

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR  
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR  
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

Angyán János, Donhoffer Szilárd és D. Mittag Margit: Időszerű diabetesproblémák. (1151—1156. oldal.)  
Zárday Imre: A pitvari asynchronia klinikai jelentősége. (1157—1159. oldal.)  
Matolesy Tamás: A veleszületett repülőhártya sebészi kezeléséről. (1159—1161. oldal.)  
vitéz Borsos László: A gümös csigolyagyulladás műtéti kezelésének eredményeiről. (1161—1162. oldal.)  
Bud György: Császármetszés ritka indoka. (1163—1164. o.)

Bokréta András: A fehérvérsejtek cholesterin-ingadozása akut fertőző betegségeknél. (1164—1165. oldal.)  
Szabó Tibor: Módszer a duodenum-bulbus feltöltésére. (1166. 1167. oldal.)  
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (203—206. oldal.)  
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Orr-, torok- és gégegyógyászat. — Bőrgyógyászat. (1167—1169. oldal.)  
Könyvismertetés: (1169. oldal.)  
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1169—1172. oldal.)  
Vegyes hírek: (1172—1174. oldal és a borítólap III. és IV. o.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Időszerű diabetesproblémák.

(A pécsi belklinikai 10 éves anyaga alapján.)

Irták: Angyán János dr., Donhoffer Szilárd dr.,  
és D. Mittag Margit dr.

A diabetes insulinkezelésének bevezetése óta szerzett tapasztalatokról az utóbbi évek során számos, igen nagy anyagra támaszkodó beszámoló látott napvilágot. Ezek mellett mégis érdemesnek látszik az aránylag kicsiny pécsi anyagról (530 eset) megemlékezni, mert egyrészt ezen anyag feldolgozása olyan módszerrel történt, mely több kérdésben az eddigieknél bizonyítóbb erejű eredményhez látszik vezetni, másrészt, mert a pécsi belklinikai diabetes anyaga egyes kérdések tanulmányozása szempontjából olyan előnyöket nyújt, melyeket nagyobb anyaggal rendelkező, vagy beteganyagukat válogató intézmények sokszor nélkülözni kénytelenek. Így a pécsi klinika beteganyagát szolgáltató területen a lefolyt évtizedben más kórházi intézmény, mely diabetes gyógyítással foglalkozott volna, nem volt, minek következtében egy eléggé jól körülhatárolható terület egész diabetes anyaga a klinikában összpontosult; az évek óta fennálló diabetes gondozó révén elég nagy számmal rendelkezünk hosszú időn át megfigyelt, havonta ellenőrzött esetekkel; ezenkívül a betegek további sorsa is lényegesen könnyebben követhető, mint a nagyvárosokban. Az ismertetendő kérdések vizsgálatában azonban legjelentősebbnek az a körülmény bizonyult, hogy 1926. óta minden insulinra szoruló beteg 50—60 gr. fehérjét és 100—120 gr. szénhidrátot tartalmazó étrendet kap annyi insulinnal, hogy vizeletével cukrot ne ürítsen. Az insulinra nem szoruló étrendje sem korlátozottabb, inkább insulinban részesülnek. Ennek következtében a betegek insulinhiányuk azonos körülményekre vonatkozik és így összehasonlításuk lehetővé vált.

A diabetes súlyosság szerinti osztályozására már alkalmazást nyert az insulinhiányosság; a közlendő adatokban azonban nem ez a szempont volt irányadó, hanem az képezte vizsgálat tárgyát, vajjon az egyéb ismérvek alapján megkülönböztetett csoportok átlagos insulinhiányossága között mutatkozik-e különbség, s ha igen elégséges-e annak feltételezéséhez, hogy a vizsgált csoportok között quoad diabetim valóban van különbség.

Ezen eljárás jogosultsága a következő feltételektől függ:

1. alkalmas-e azonos étrend mellett a diabeteses állapot jellemzésére az insulinhiányosság, vagy sem?
2. jogosult-e az insulinhiányosság átlagát az összehasonlítás alapjául venni, vagy sem?

Az első kérdésre azt kell mondani, hogy klinikai szempontból az insulinhiányosság legalább is olyan karakteristikuma a diabetes esetnek, mint bármely más jellemvonás. Ez aligha lehet vitás. Ez azonban egymagában nem elég, hanem követelni kell, hogy az insulinhiányosság azonos viszonyok között a diabetes esetnek ne folyton változó, hanem relative állandó jellemzője legyen. A vizsgált anyag, mint az a továbbiakból kitűnik, megfelel ezen követelménynek.

A második kérdésre vonatkozólag meg kell jegyezni, hogy átlagszámításnak csak akkor van helye, ha az egyes értékek a középérték körül tömörülnek, pontosabban, ha az értékek fele a négyzetes eltéréstől számított valószínű eltérés határain belül van; a táblázatokból kitűnik, hogy az egyes sorozatok e szempontból kielégítőek. A feltüntetett négyzetes eltérés az átlagértékre vonatkozik; „k” az összehasonlított átlagértékek közötti különbség signifikans voltára nézve ad felvilágosítást. Ha  $k > 2.5$ , úgy igen valószínű, hogy a két átlagérték közötti különbség nem véletlen műve, ha  $k > 3$ , úgy ennek valószínűsége a bizonyossággal határos; ha  $k < 2$ , a két sorozat között valódi különbséget feltételezni nem jogosult, ha  $k < 1$ , úgy a vizsgált tulajdonság szempontjából a két sorozat azonosnak mondható. Mind ennek feltétele, hogy a kérdéses sorozatok elég nagyszámú egyedből álljanak, úgyhogy megoszlásuk általánosnak legyen vehető.

### I. Az insulinszükséglet változása hosszabb megfigyelés során.

Öt évnél hosszabb ideig 60 insulinszükségletre szoruló eset állott megfigyelés alatt; ezek közül az insulinszükséglet nem változott 32 esetben. A 28 eset közül, melyben az insulinszükséglet változott 17 esetben mégis 5 évnél hosszabb ideig volt az állandó és csupán 11 esetben nem észleltünk legalább öt éves állandó periódust. Ez a megállapítás válasz egyúttal a felvetett kérdésre, vajjon az insulinszükséglet a diabeteses eset elég állandó jellemzője-e ahhoz, hogy az összehasonlítás alapjául vételessék. Fokozottan kitűnik ez akkor, ha tekintetbe vesszük az esetek kor szerinti megoszlását. A 60 eset közül ugyanis 40 éven alul volt 19, ezek közül az insulinszükséglet változott 13 esetben, míg 41 ennél idősebb beteg közül csak 11-ben következett be változás. Látszik tehát, hogy különösen a 40. életév felett az egyes eset insulinszükséglete szinte meglepően állandó. A fenti esetek jelentős részében az anyagcsere-zavar hiányos diéta és insulinkelés folytán ismételtelen került egyensúlyozatlan állapotban klinikai megfigyelésbe, anélkül, hogy az insulinszükséglete végeredményben változott volna. Az észlelt beteganyag szerzett tapasztalatok tehát mindenben fedik *Umber* 7000 esetre támaszkodó újabb megállapítását, hogy a diabeteses anyagcsere-zavar karaktere általában állandó és azt még többszörös jelentős átmeneti súlyosbodás után is helyes kezelésre visszanyeri.

Az insulinszükséglet relatív állandóságát tekintve feltűnő, hogy azon öt évnél hosszabb ideig megfigyelt esetekben, melyekben az insulinszükséglet változott, ez a változás az esetek nagy többségében igen jelentős volt, t. i. átlagosan 50 egység. Ugyancsak jelentős változást mutat az a 13 öt évnél hosszabb ideig észlelt eset is, mely eleinte insulinszükségletre nem szorult (átlag 46 egység). A változást mutató esetek nagy többségében csak egy ízben változott az insulinszükséglet.

Fentiek alapján tehát a diabetes lefolyása során az életet is fenyegető rosszabbodások között éles különbséget lehet tenni, aszerint, hogy valódi progressióról van szó, tehát azonos viszonyok között az insulinszükséglet emelkedett-e, vagy pedig csupán a diabeteses anyagcsere-zavar tünetei fokozódtak-e helytelen étrend, elégtelen insulinszükséglet, stb. következtében. Azon nagyszámú esetben, melyben az egyensúlyi helyzetnek egészen a súlyos acidosisig felborulása mellett az anyagcsere-zavar mindig azonos diétával és azonos (nem feltűnően nagy) insulindaggal rendezhető, a betegség progressiójáról ennek valódi értelmében nem szólhatunk. A rendelkezésre álló anyag arra vall, hogy a 40. életéven innen a valódi progressio, amint az várható is volt jelentősen gyakoribb, mint magasabb életkorban, feltűnő azonban hogy idősebb korban még ismételt tüneti rosszabbodás után is milyen ritka az alapzavar valódi progressivitása.

Az a körülmény, hogy az észlelt, valóban progrediáló esetek tulnyomó részében az insulinszükséglet legalább öt éves megfigyelés alatt csak egyszer, de akkor többnyire jelentősen változott, arra utal, hogy nem lassú, fokozatos előrehaladásról van szó, hanem aránylag gyors változásról, melyet az előzőtől sok esetben évekig tartó, nyugalmi helyzet választ el.

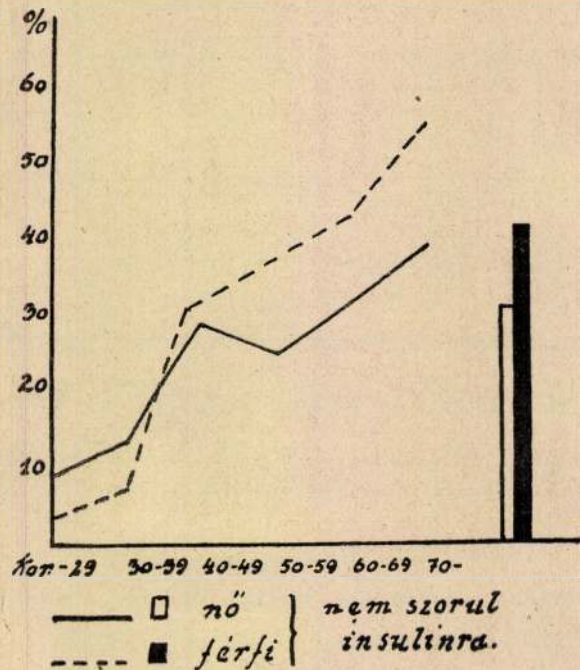
Az a megfigyelés, hogy a diabeteses anyagcsere-zavar ismételt decompensációja nem vonja maga után az állandó insulinszükséglet emelkedését, alátámasztja *Brentano* állítását, hogy „dieser Glaube, dass eine Zuckerausscheidung, mit der Zeit die Krankheit verschlimmere, habe sich nicht als richtig erwiesen.” Ebből nem következik természetesen, hogy gyakorlatilag a glykosuria számba nem veendő, mert ha az alapzavar nem is súlyosb-

bodik, az egyensúlyozatlan állapot magában véve is veszélyes lehet.

A rendelkezésre álló anyag aránylagos kicsinyisége e kérdésben nem engedi meg a végleges határozottsággal való állásfoglalást, de talán alkalmas arra, hogy nagyobb anyag, hasonló szempontok szerinti átvizsgálására indítékul szolgáljon.

### II. Az insulinszükséglet változása életkor és nem szerint.

Az I. számú ábra mutatja, hogy előrehaladó korral, mint az ismeretes, mindinkább növekszik az insulinszükségletre szoruló betegek száma és egyúttal arra utal, hogy az 50. életév felett aránylagosan több férfi nem szorul insulinszükségletre, mint nő.



1. sz. ábra.

I. TÁBLÁZAT.

Az insulinszükségletre szorulóknak insulinszükséglete nem és kor szerint:

Kor	Esetek száma		Átlagos insulinszükséglet		Sign. diff. k=
	nő	férfi	nő	férfi	
—29	20	22	75 ± 7 (40%)	57 ± 6 (46%)	1.9
30—39	12	22	50 ± 5 ? (75%)	66 ± 6 (50%)	2.1
40—49	35	28	38 ± 5 (46%)	58 ± 6 (53%)	2.6
50—59	68	45	46 ± 3 (66%)	43 ± 4 (45%)	0.6
60—69	56	38	46 ± 2 (48%)	39 ± 4 (42%)	1.5
70—	15	9	42 ± 4 (47%)	41 ± 6 (66%)	0.1

(A zárjelben lévő szám jelzi, hogy az esetek hány százalékában esik a tényleges insulinszükséglet a számított valószínű eltéréseken belül.)

Az insulinszükséglet nem és kor szerinti csoportosítását az I. sz. táblázat tünteti fel. Ugy ebben, mint a hasonló táblázatokban, csupán az insulinszükségletre szoruló esetek vétettek figyelembe. Megjegyzendő, hogy az összes 40. éven aluli esetek insulinszükségletének átlagát az összes

idősebb insulinra szoruló esetek átlagával összehasonlítva  $k > 5$ , tehát azon két csoport között, melynek klinikai különbözősége sohasem volt vitás, az alkalmazott statisztikai módszer is kétséget kizárva rámutat a csoportok különbözőségére.

Az I. sz. táblázatból kitűnik, hogy az 50. éven felül a nemek között insulinszükséglet szempontjából különbség nincs és noha az előrehaladó életkorral az insulinra nem szoruló esetek száma mindig növekszik, az insulinra szoruló átlagos insulinszükséglete nem változik. Feltűnő azonban, hogy a 40–50. életév között a nők átlagos insulinszükséglete lényegesen alacsonyabb, mint a férfiaké. A különbség oly jelentős ( $k = 2.6$ ), hogy nagy valószínűséggel nem véletlennek tulajdonítható, hanem valószínűsítő különbségnek tekintendő. Ennek magyarázatát keresve, felmerül az a feltevés, hogy nőkben az úgynevezett öregkori diabetes (talán éppen a klimakteriummal kapcsolatban) korábban jelentkezik, mint férfiakban. E feltevést bizonyos mértékig alátámaszthatja az a körülmény, hogy míg az alacsonyabb évjáratokban a férfiak vannak többségben, addig éppen ebben az életkorban kezd a nők száma a férfiak fölé emelkedni.

### III. Adatok a stheniás, az insulinresistens, a kövér és a sovány diabetes kérdéséhez.

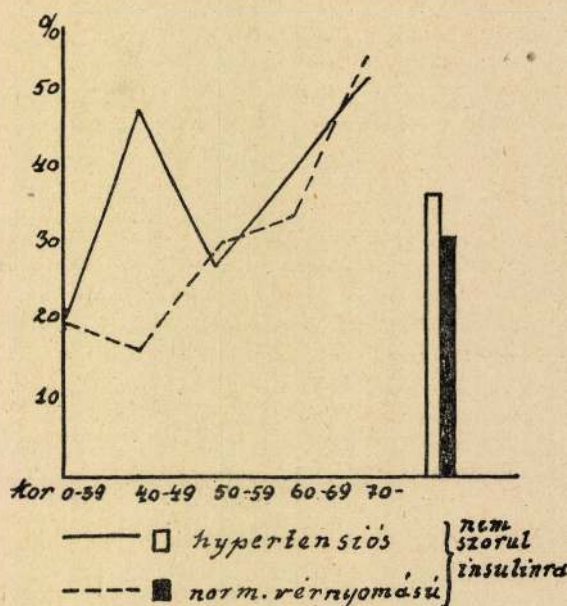
R. Schmidt stheniás diabetesében a legfontosabb jellemvonás a magas vérnyomás, de jelentős szerepet tölt be a hypertensio *Faltának* az „insulinresistens” diabetesről adott leírásában is. A magasabb vérnyomás és a diabetes közötti korrelációt számos szerző vizsgálta, nagyrészt azzal az eredménnyel, hogy diabetikusok között a hypertensiót gyakoribbnak találta. A különböző vizsgálok a diabetikusok 17–50%-ában találtak emelkedett vérnyomást; az eredmények nagyrésze azonban közelebb esik a felső határhoz. A diabetes és hypertensio kapcsolatának másik megnyilvánulását egyes szerzők abban látják, hogy a hypertoniás cukorbetegek közül több compensálható insulin nélkül, illetőleg az insulinra szoruló, azzal csak nehezen cukormentesíthetők, más szóval az insulinresistentia tünetét mutatják. E kérdések vizsgálata céljából rendelkezésünkre álló anyagot három szempont szerint csoportosítottuk: megállapítottuk a) diabeteses és nem diabeteses betegek között a magasabb vérnyomás előfordulásának gyakoriságát, b) nem hypertoniás és hypertensió diabetikusok megoszlását aszerint, hogy insulinra szorultak-e, vagy anélkül voltak compensálhatók, c) összehasonlítottuk az insulinra szoruló hypertensió és nem hypertensió esetek átlagos insulinszükségletét. (Hypertensio = 150 Hg mm-nél magasabb vérnyomás.).

II. TÁBLÁZAT.

150 Hg mm-nél magasabb vérnyomás		
Kor	Nem diabeteses	Diabetes
40–49	31.8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	24.4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
50–59	34.9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	34.7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
60–69	45.0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	51.0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
70—	53.0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	45.0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Összes	37.2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	40.9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

A II. sz. táblázatból kitűnik, hogy a diabetikusok és nem diabetikusok között a pécsi belklinika beteganyagában a hypertensio gyakorisága szempontjából értékelhető különbség nincs. A fenti eredményektől eltérő irodalmi adatok minden valószínűség szerint azzal magyarázhatók,

hogy válogatott beteganyagban alapulnak. A diabeteses betegek ugyanis elenyésző számú kivétellel intézeti elhelyezést nyernek, ennek következtében az összes hypertoniás diabeteses is kórtermi megfigyelés alá kerülnek; ezzel szemben a nem diabeteses hypertensió betegek jelentős része a járóbetegrendelésen nyer elintéztést. Ezenkívül a diabetikusok a gyakorló orvos majdnem minden esetben intézetbe utasítja, viszont a nem diabeteses hypertensió beteget többnyire maga kezeli. Tekintetbe kell venni azt is, hogy nagy városokban az egyik intézményt igen gyakran előnyben részesítik a cukorbeteg, míg a hypertensió betegek inkább egy másik rendelőt keresnek fel. Utóbbi szempontok a pécsi belklinika anyagában nem, vagy alig játszanak szerepet. A II. sz. táblázat nem diabeteses betegek vonatkozó adatai az említett oknál fogva a járóbetegrendelésen megfordult betegek vonatkoznak; ha csak a klinikára felvett betegek vettük volna alapul, mi is arra a megállapításra jutottunk volna, hogy diabetikusok között gyakoribb a hypertensio.



II. sz. ábra.

A II. sz. ábra mutatja, hogy az 50. életév felett a hypertensió és normális vérnyomású diabetesesek között egyenlő százalékban fordulnak elő insulin nélkül kezelhető esetek. Feltűnő különbség mutatkozik azonban a 40. és 50. életév között. Ebben az időszakban a hypertoniások jelentősen nagyobb hányada compensálható insulin nélkül. A hypertensió esetek száma ebben a korosztályban csekély (17) így ez a különbség nem tekinthető bizonyítottnak és véletlennek is tulajdonítható. Valószínűbbnek látszik, azonban az a feltevés, hogy a különbség részben realis és azzal magyarázható, hogy a már fiatalabb korban jelentkező hypertensióban a diabetes öregkori alakja is korábban jelentkezik. Teljes bizonyossággal leszövegezhető azonban, hogy az 50. év felett e két csoport között insulinra szorulás szempontjából különbség nem tehető.

A III. sz. táblázat meggyőzően mutatja, hogy az 50. életév felett hypertensió és normális vérnyomású diabetikusok átlagos insulinszükséglete között különbség nincs, vagyis, hogy a hypertoniás csoportban nem halmozódnak akár a kevesebb insulinnal rendezhető, akár az insulinresistens esetek. Azt az elméleti lehetőséget, hogy egyrészt kis insulin szükségletű, másrészt pedig sok insulinra szoruló „insulinresistens” esetek keveredése adhatná az átlagértéket, kizárja az a körülmény, hogy a

III. TABLAZAT.  
Hypertenziós és normalis vérnyomású, insulinra szoruló dia-  
betesesek átlagos insulinszükséglete.

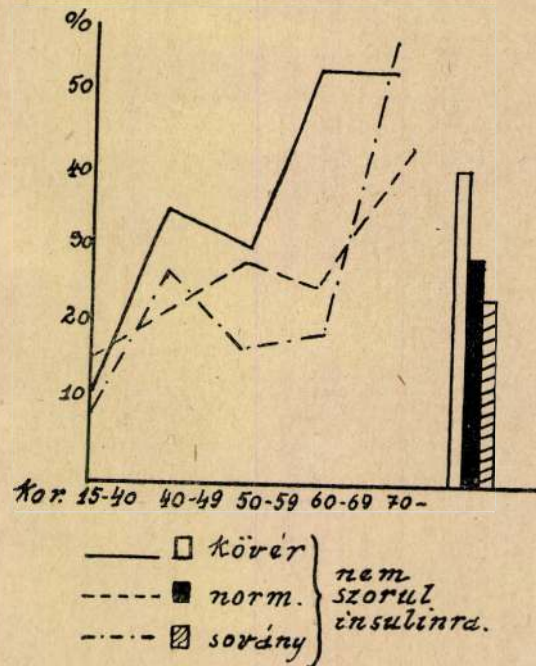
Kor	Hypertoni- ás esetek száma	Nem hyper- toniás esetek száma	Átlagos insulinszükséglet		Sign. diff.
			Hypertensio	Nem hypertoniás	
40—49	7	43	32 ± 4 (43%)	51 ± 4 (53%)	k= 3,4
50—59	36	70	39 ± 4 (53%)	39 ± 2 (40%)	k= 0,0
60—69	45	48	43 ± 3 (60%)	39 ± 3 (48%)	k= 0,94
70—	14	13	42 ± 4 (43%)	38 ± 5 (54%)	k= 0,55
Összesen	102	174	41 ± 2 (57%)	42 ± 2 (40%)	k= 0,37

megfigyelt értékeknek megközelítően a fele, a valószínű eltéréseken belül esik. A 40—50. életév között megnyilvánuló jelentős különbség magyarázata könnyű. Először is a hypertoniás esetek száma ebben a korosztályban túlságosan csekély ahhoz, hogy megoszlásuk átlagosnak volna vehető, ami értékelés szempontjából a legnagyobb óvatosságra int. Azonban az átlagértéket reálisnak elfogadva sem állapítható meg e korosztályban eltérés a két csoport között, mert a hypertoniás csoportban történetesen kizárólag nők szerepelnek és ha az átlagértéket a hasonló korosztályba tartozó összes insulinra szoruló nők átlagos insulinszükségletével (II. táblázat) hasonlítjuk össze, a különbség jelentéktelen ( $k = 1$ ). Tehát semmi ok sincs annak felvételére, hogy e korosztályban a hypertenziós és normalis vérnyomású csoportok között insulinszükséglet szempontjából különbség volna, sőt megállapítható, hogy minden valószínűség szerint ebből a szempontból e korosztályban is egyezik a két csoport.

Mindezek alapján jogosnak és szükségesnek látszik az a következtetés, hogy a hypertensio a diabeteses anyagcserezavar csoportokra bontása szempontjából értéktelen tulajdonságnak tekintendő mindaddig, míg közötté és a diabetes valamely más, lényeges jellemvonása között korreláció fennállása bizonyítást nem nyer.

Az „insulinresistens” diabetes fogalmának tág és eltérő értelmezését legjobban az világítja meg, hogy *Umber* eseteinek kb. 3%-ában találkozik az insulinresistentia jelenségével, ezzel szemben *Falta* anyagának több, mint 70%-ában észleli. Addig míg e szó csak azon esetek megjelölésre szolgál, amelyek aránylag csekély glykosuria megszüntetésére sok insulinra szorulnak, az egész csupán definitio és többé-kevésbé helyes, vagy helytelen nomenklatura kérdése. Ilyen esetek létezésé nem is vitatott, pathophysiologiás mechanizmusuk kérdésének mérlegelése nem tartozik e tanulmány kereteibe. Amennyiben ezen esetek gyakorisága *Umber* adatainak felel meg, úgy nem is várható, hogy a fentiekben és következendőkben vizsgálat tárgyává tett tulajdonságok és az insulinresistentia között correlatio állapítható meg. Egészen más az eset, ha *Falta* adatait vizsgáljuk. Természetes, hogy a jelen tanulmányban alkalmazott módszerek az insulinresistentia jelenségére vonatkozólag az esetben, ha az insulinresistens esetek egyenletesen oszlanak meg a különböző csoportok között, tehát, ha az insulinresistentia és a vizsgált tulajdonságok között correlatio nincs, felvilágosítást nem adhatnak. A felvetett kérdés tehát nem az, vajjon léteznek-e aránylag csekély glykosuria mellett sok insu-

linra szoruló esetek, hanem az, vajjon valóban elkülöníthető-e a diabetesnek olyan alakja, amelyet az „insulinresistentián” kívül egyéb tulajdonság, nevezetesen a hypertensio és az elhízás jellemez, mint azt *Falta* felveszi. Erre a kérdésre az alkalmazott módszereknek — amennyiben az esetek gyakorisága csak némileg megközelíti *Falta* adatait, — feltételenül választ kell adniok. — A hypertenziót illetőleg a II. sz. ábra és a III. sz. táblázat már negatív értelemben adott választ.



III. sz. ábra.

A III. sz. ábrából kiviláglik, hogy az insulinra szoruló, illetőleg az azt nélkülözni tudó esetek aránya a sovány, normalis és kövér csoportban a 40. életéven innen egyező. A 40. életéven túl azonban szembetűnően több insulinra nem szoruló eset fordul elő a kövérek között; különösen áll ez a 60. éven felül. E tényből messzemenő következtetéseket vonni a kövérek diabetesének kórtani különállására, nem nevezhető jogosultnak; csupán azt lehet mondani, hogy az insulinra nem szoruló esetek arányának magasabb életkorban megállapítható emelkedése kövérekben korábban következik be.

IV. TÁBLÁZAT.  
(Csak az insulinra szoruló esetek tekintetbevételével.)

Kor	Esetek száma			Átlagos insulin szükséglet			Sign. diff. k=		
	sovány	norm.	kövér	sovány	normális	kövér	sovány és norm. között	sovány és kövér között	norm. és kövér között
15—40	39	27	8	65 ± 5 (46 <sup>0</sup> /o)	52 ± 4 (41 <sup>0</sup> /o)	74 ± 12 (50 <sup>0</sup> /o)	2.0	0.7	1.7
40—49	12	21	27	57 ± 8 (58 <sup>0</sup> /o)	45 ± 6 (45 <sup>0</sup> /o)	46 ± 5 (52 <sup>0</sup> /o)	1.2	0.9	0.1
50—59	13	51	49	43 ± 5 (46 <sup>0</sup> /o)	40 ± 3 (49 <sup>0</sup> /o)	49 ± 4 (45 <sup>0</sup> /o)	0.5	0.9	1.8
60—69	25	43	25	40 ± 4 (48 <sup>0</sup> /o)	41 ± 3 (53 <sup>0</sup> /o)	47 ± 5 (48 <sup>0</sup> /o)	0.8	1.1	1.1
70—	3	10	9	47 ± ?	39 ± ?	43 ± ?	—	—	—
Összes 40. év feletti	53	125	110	45 ± 3	42 ± 2	47 ± 2.5	0.8	0.8	1.3

(A zárjelben lévő számjegyekre vonatkozólag l. az I. táblázatot.)

A IV. sz. táblázatból látható, hogy az insulinra szoruló kövér, sovány és normalis diabetesbetegek csoportja között átlagos insulin szükséglet szempontjából a 40. élet-éven túl számbajövő különbség nincs. A 40. éven innen a sovány és normalis csoport közötti különbség sem mondható bizonyossággal, significansnak, bár valószínű, hogy nem véletlenről van szó; de ez semmiképp sem használható fel a diabetes típusokra való felosztására.

Végeredményben tehát arra a következtetésre kell jutni mindezek alapján, hogy úgy a hypertoniás és nem hypertensiós csoportok összevetése, mint a sovány, normalis és a kövér diabetesbetegek csoportjainak összehasonlító vizsgálata nem szolgáltatott támpontot a diabetesnek két kórtanilag is különböző csoportra (stheniás-astheniás, insulinérzékeny-insulinresistens *Falta* szerint, sovány-kövér) való felosztására. E megállapítás természetesen époly kevésbé vonja maga után az insulinresistenciának az előzőekben megadott, szigorúbb értelemben veti létezésének, vagy az ellerregulatio változó jelentőségű szerepének tagadását, mint ahogy nem vitatja, hogy van hypertoniás vagy kövér és sovány diabeteses. Csupán azt mondja ki, hogy a diabeteses anyagcsere zavart olyan lényeges jellemzője, mint az insulin szükséglet és részben az insulinra való szorulás ténye és a vizsgált egyéb tulajdonságok (vérnyomás, kövérség, soványság) között korrelatio nincs. Ebből következik, hogy mindaddig, míg ezen tulajdonságok és a diabeteses anyagcsere zavart valamely más lényeges jellemvonása között korrelatio megállapítást nem nyer, a diabetesnek fenti tulajdonságokon alapuló felosztása, úgy kórtani, mint klinikai szempontból jogosulatlant.

#### IV. Az insulinkezelés eredményességéről és a diabetes prognózisáról.

Az insulinkezelés eredményességét szakkörök nem vitatják, mégis sok gyakorlóorvos bizonyos ellenszenvvel viseltetik irányában, sőt különösen az angol-szász országokban a nagyközönség körében időnkint valóságos insulinellenes hadjárat üti fel a fejét, mely a napi sajtóban is kifejezést nyer. Az insulinnal elérhető eredmények pontosabb megítélésében azonban a szakirodalom sem egységes. *Umber* optimismusa mellett igen sok pessimistikus

hang is hallatszik. A diabetes-mortalitás emelkedésének különösebb jelentőséget ebből a szempontból tulajdonítani nem lehet. Azonban a különböző intézeti és klinikai statisztikák is váratlanul kedvezőtlen képet adnak. *Joslin* igen nagy anyagon azt találta, hogy míg az insulin bevezetése előtt a diabetes átlagos tartama 6.1 év volt, ez 1926—29. között 8.4 évre és 1930—35. között 11 évre emelkedett; az európai eredmények sem sokkal kedvezőbbek. — Ezért az insulinkezelés eredményességének bizonyítását a legtöbb szerző olyan kiválasztott esetekre alapítja, melyek insulin nélkül kétségtelenül elpusztultak volna. Ilyenekkel minden intézet, mely diabetesgyógyítással rendszeresen foglalkozik, bőven rendelkezik. Ez a módszer azonban arra nézve, hogy az insulin használata egész általánosságban mennyiben befolyásolja a diabetes prognózisát, választ nem adhat; erre csak statisztikai vizsgálatok alkalmasak. — Az insulinkezelés előtti korszakból köztudomású, hogy a diabetes súlyosabb alakja mennyivel rosszabb prognózisú volt, mint az enyhe, nem túlságosan szigorú étrendi korlátozással egyensúlyozható eseteké; ezért kívánatosnak látszott e két csoportnak összehasonlító vizsgálata. Ez a szembeállítás már csak azért is az egyedüli helyes, mert az insulinkezelés a súlyosabb diabeteses anyagcsere zavart ugyanolyan mértékben igyekszik compensálni, mint azt a könnyű esetekben az étrendi megszarítás teszi; tehát csak ez utóbbi csoporttal való összehasonlítás segítségével lehet az insulinhatást helyesen megítélni. Ezenkívül ez a módszer az egyetlen, melynek segítségével azok a tényezők, amelyekben az egyes esetek kitünő és a statisztikák lesújtó eredményének magyarázatát látják, nevezetesen a kedvezőtlen socialis körülmények, az étrend be nem tartásának hatása, kiküszöbölhetők, mert joggal felételezhető, hogy ezek a factorok a két csoportban azonosak. A következő táblázatokban nincsenek felvéve azok a comában beszállított és elhalt esetek, melyek előzőleg kezelésben nem részesültek.

Az V. és VI. táblázatban foglalt eredmények meglepők. Az V. mutatja, hogy az elmúlt évtized folyamán a klinikán kezelt diabetesbetegek halálozási aránya az insulinra szoruló csoportban és az anélkül compensálható esetekben azonos volt. E megfigyelés jogosít arra a kö-

V. TABLAZAT.

Kor	Insulinra szoruló			Insulinra nem szoruló		
	Összes eset	Meghalt	Meghalt %-ban	Összes eset	Meghalt	Meghalt %-ban
—39	79	18	23%	7	1	14%
40—49	60	13	19%	29	6	21%
50—59	116	25	20%	48	9	19%
60—	117	39	33%	76	29	38%
Összesen	372	95	26%	160	45	28%

vetkeztetésre, hogy az insulinra szorulás ténye, tehát a diabeteses anyagcserezavar súlyosabb foka ceteris paribus a prognosira lényeges befolyást nem gyakorol. Az insulinkezelés eredményességére vonatkoztatva ezt úgy lehet kifejezni, hogy az insulin segítségével lehetővé vált a súlyosabb esetek prognosistát a könnyű, mérsékelt étrendi megszorítással is compensálható diabetesével egyenlővé tenni. Még inkább alátámasztja ezt a következtetést a VI. táblázat, mutatva, hogy az insulinra szoruló esetek közül az elhalálozottak átlagos insulin szükséglete teljesen azonos az életben maradtakkal, bizonyítva, hogy a sok insulinra szoruló között sem halnak meg többen, mint a kevesebb insulinra compensálhatók közül. Mindezek alapján tehát azt kell mondani hogy ceteris paribus az insulin a súlyosabb diabeteses anyagcserezavar prognosistát a könnyű esetekével egyenlővé teszi és hogy e tekintetben különbség a sok és kevesebb insulinra szoruló esetek között nem észlelhető. Így tulajdonképpen meg lehet állapítani, hogy az insulin statisztikai vizsgálatok szerint is beváltotta mindazon reményeket, melyeket mint substitúciós therapiához, jogosan fűzhetek hozzá; nevezetesen elérte, hogy a prognosist szempontjából az insulinkezelésre szoruló esetek egyenlővé váltak azokkal, melyek ilyen substitúcióra nem szorultak.

VI. TABLAZAT.

Kor	Esetek száma		Insulinszükséglet		Sign. diff.
	élő	elhalt	élő	elhalt	
—39	61	18	63 ± 4	60 ± 6	k= 0.42
40—49	47	13	47 ± 4	52 ± 7	k= 0.62
50—59	91	25	43 ± 2	47 ± 6	k= 0.63
60—	78	39	41 ± 2	42 ± 4	k= 0.22
Összes 40. év feletti	216	77	43 ± 1	46 ± 3	k= 0.95

A fenti eredmények magyarázatául két lehetőség szolgálhat: a) a diabetesbetegek halála nem a szűkebb értelemben vett diabeteses anyagcserezavar következménye, hanem az anyagcserezavar fokától független szövődmények eredménye; b) a betegek a szűkebb értelemben vett diabeteses zavar olyan tényezője következtében pusztulnak el, mely egyenlő mértékben fenyegeti a könnyű és a súlyosabb eseteket. Az első lehetőség bizonyos tekintetben általánosan elfogadott, hiszen közismert, hogy az insulinkezelés bevezetése óta aránylag kevés beteg hal meg a diabetes közvetlen következményeképp. — De

hangsúlyozni kell, hogy a szövődményes tényezők a diabetes fokától függetlenül mutatkoznak. Ez a körülmény arra utal, hogy e „szövődményeket” nem szabad egyszerűen a szűkebb értelemben vett diabetes, azaz az abszolút, vagy relatív insulinhiány következtében létrejött anyagcserezavar következményének tekinteni, hanem arra is kell gondolni, hogy a szűkebb értelemben vett diabeteses zavar és a diabetes halálozás mértékét megszabó „szövődményes” tényezők egymással közvetlen okozati összefüggésben nincsenek, hanem mellérendelt megnyilvánulásai egy rejtettebb közös folyamatnak.

A b) lehetőségre is taláunk támpontot. Bizonyosra vehető ugyanis, hogy az otthon, kellő ellenőrzés hiányában elhaltak, számot tevő része szűkebb értelemben vett diabeteses anyagcserezavar következtében pusztul el. Ennek oka részben kétségtelenül a szükséges insulin elhagyása és az étrendi előírások semmibevevése lehet, előbbi azonban tapasztalásunk szerint — túlnyomórészt az insulin közületek fedezik — nem gyakori eset, az utóbbi körülmény pedig igen ritkán fog nagyobb veszedelmet felidézni. A szűkebb értelemben diabetes okozta halálozás legfontosabb tényezője minden valószínűség szerint az anyagcserezavar valódi súlyosbódása mint az a diabetes lefolyására vonatkozó megfigyelésekből kitűnik, azonos arányban és mértékben fordul elő az előzőleg is insulinra szoruló és az azt nélkülözni tudó esetekben. Az anyagcserezavar múltó egyensúlyozatlanságából eredő esetleges veszedelmek tekintetében pedig nem várható olyan döntő különbség, hogy az statistikailag kifejezésre jusson.

Mindezek alapján feltételezhető, hogy mindkét lehetőségnek van szerepe abban, hogy a diabeteses halálozások arányszáma függetlenül mutatkozik a szűkebb értelemben vett diabeteses anyagcserezavar fokától. A két lehetőség jelentőségének számszerű megállapítására a rendelkezésre álló anyag nem alkalmas, mert az esetek igen nagy részében a halál okát megnyugtató módon tisztázni nem lehet.

A közölt adatok alapján önként felvetődik a kérdés, hogy mennyiben remélhető jelen eszközeink mellett az eredmények további javulása. Az insulinról többet, mint hogy a súlyos esetek prognosistát a könnyűekével egyenlővé tegye, a jövőben sem lehet várni. Bár nem várható, hogy a jelenlegi eszközeinkkel a diabetes „szövődményei” okozta halálozás tekintetében eredményt lehetne elérni, helytelen volna a teljes pessimismus álláspontjára helyezkedni, mert maga a diabeteses anyagcserezavar múltó vagy állandó rosszabbodása következtében fenyegető veszedelmekkel szemben jelen eszközeinkkel is eredményesen vehetjük fel a küzdelmet. Ennek módja a diabetes betegek fokozottabb ellenőrzése és gondozása az eset súlyosságára való tekintet nélkül.

Az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap budapesti Szakorvosi Rendelőintézetének közleménye.

## A pitvari asynchronia klinikai jelentősége.

Irta: Zárday Imre dr. h. főorvos.

Előző közleményeinkben (Zárday: O. H. 43. és 46. sz., azonkívül Zschr. exp. Med. 98. k. 662. o.) könnyen alkalmazható eljárást írtunk le a két pitvar actió áramának az izolált ábrázolására, 100 eset kapcsán kiderült az is, hogy az izolált elvezetésnek csak a kísérletes kutatásban volt nagy jelentősége, a klinikai megfigyelésben azonban könnyen nélkülözhető, mert a *hasadt P hullám* önmagában is azt fejezi ki, hogy a két pitvar nem egyszerre húzódik össze, amit — mellőzve a helytelen „dissoziatio” kifejezést — *pitvari asynchroniának* nevezünk el. *Lauffer* szerint ép szívben a bal pitvar  $0.01''-0.03''$ -cel később húzódik össze, mint a jobb (*physiologiás asynchronia*), jelen vizsgálataink szerint  $0.02''$  vagy  $0.03''$  különbség lehet már kóros is,  $0.03''-0.04''$  felett viszont mindig kóros a késés (*pathologiás asynchronia*). Oka interauricularis vezetési zavar. Ha nagyfokú a vezetés-gátlás, akkor az ingerület a rendes útján elkerülve a fasciculus interauricularis Bachmannii-n át előbb jut a bal pitvar izomzatához, mint a jobbéhoz s a bal pitvar összehúzódása megelőzi a jobbét.

Azt is láttuk, hogy az anatómiai viszonyok folytán az I. elvezetésben igen gyakran, sőt néha a II-ban is, csak a bal pitvar actió áramának a kifejezője látható a P hullám képében, a II-ban viszont mindig a két pitvar működését kifejező summatis P hullám van jelen. Így, ha a bal pitvar  $0.02''$ -nél nagyobb késéssel húzódik össze a jobb után, akkor az I. elvezetésben mért P—Q távolság rendszerint rövidebb lesz, mint a II-ban észlelhető. Tehát — amint izolált elvezetéseinkből kiderült — az I. és II. elvezetésben mért *különböző P—Q távolság* (= differentialis P—Q) szintén pitvari asynchroniának (interauricularis vezetés gátlás) a jele.

a kérdéses felvételeket, ami nem ad olyan pontos részleteket, mint a huross készülékek. Különben is vigyázni kell, hogy igen vékony hűrt használjunk és compensációval dolgozzunk. Régebbi condensatoros felvételeinken sokkal kisebb arányban találtunk asynchroniás jeleket. Ha kis filmsebességgel dolgozunk, akkor a P hasadása sokszor összefolyik, a fenti nem egyenlő P—Q távolságok azonban ilyenkor is útbaigazítanak. Felvételeinket a *Zwar Ferenc* (Budapest) gyártotta huross készülékkel végeztük, ez a gép egyes szempontokból felülmúlja a legtöbb külföldi készüléket. Mindig  $1\text{ mV}:10\text{ mm}$  húrérzékenységgel dolgoztunk,  $1\text{ m}$  hűrtávolság mellett, compensációs módszerrel.

A könnyebb számszerű áttekinthetőség kedvéért 73 asynchroniás görbénket a régebbi hetek anyagából kiegészítettük 100-ra és ezt az anyagot dolgoztuk fel diagnosztikai jelentősége szempontjából. Megjegyezzük, hogy 100 görbénk között 63-ban a  $P_2$  hasadtsága és az átvezetési idők egyenlőtlensége ( $>0.02''$ ) együtt fordult elő, 32-ben a P—Q távolság az I. és II. elvezetésben egyenlő, a P hullám azonban egy vagy két elvezetésben hasadt volt, és a két csúcs időbeli viszonyainak a kiméréséből ( $0.02''-0.09''$ ) ismertük fel az asynchroniát. Ezenkívül volt 5 olyan esetünk, ahol csak az átvezetési idők különböztek, az I. és a II. elvezetés között, a P hasadtsága ellenben nem volt észlelhető. Ha az I. elvezetésben mindkét pitvar képviselve van, akkor asynchronia esetében az első hullám (jobb pitvar) rendszerint igen lassan emelkedik, majd ennek a hátából meredeken emelkedik ki a második csúcs, a bal pitvarnak megfelelő hullámrészlet. A kettő közti időbeli különbség mindig megfelel az izolált elvezetésekkel ábrázolt pitvari actióknak, tehát jogosulttá teszi, hogy ezt a jelet éppúgy értékeljük pitvari asynchronia mellett, mint az I. és II. elvezetésben mért különböző átvezetési időket.

A 100 asynchroniás görbénk elemzéséből levonható tanulságokat a mellékelt táblázat szemlélteti.

I. Fő csoport					II. Fő csoport			
1	2	3	4	5	6	7	8	
Valószínű szívizombántalom	Biztos	Koszorús érbetegség	Tiszta billentyűhiba	Tiszta hypertensio	Ideges eredetű	Csak subjectiv	Tünetmentes	
10	52	15	5	1	8	6	3	
83					+	17		=100

A hasadt P és a nem egyenlő P—Q (az I. és II. elvben) azonos diagnosztikai jelentőségű tünetnek mondható, azért a jövőben ezeket együttesen a pitvari asynchronia jeleinek fogjuk nevezni.

Mivel *Lewis* és *Gilder* „egészségesek”-en is gyakran talált hasadt P-t, *Ritchie*, *Hoesslin* pedig vagus nyomással is elő tudták idézni, viszont *Spehr* 180 esete közül csak 17 volt „egészséges”, válogatás nélkül átnéztük az utolsó 6 hét alatt készült 500 felvételünket (az arrh. abs.-k kizárásával) és ezek között 73 (14.6%) esetben találtunk hasadt P-t, vagy P—Q különbséget, tehát pitvari asynchronia jeleit. Ez a szám sokkal nagyobb, mint *Spehr* adata, aki a *Morawitz*-klinikán 4000 görbe között csak 180 (4.5%) hasadt P-t talált. A különbséget megmagyarázza egyrészt az, hogy mi előző kísérleteink alapján a hasadt P-n kívül az I. és II. elvezetésben mért nem egyenlő P—Q-kat mutató görbéket is számításba vettük, másrészt, hogy a lipcei klinikán *Siemens* géppel készítették

1. Valószínű szívizombántalomnak tekintettük azt, ha enyhe decompensációs tünetek közt nagyobb szívtempulatot, tiszta, de halk szívhangokat találtunk és a Rtg., valamint az Ekg nem mutatott *biztos* szívizombántalmat (*enyhe* S—T elváltozások). 2. A biztos szívizombántalom csoportjába soroztuk az olyan eseteket, ahol fenti anamnestikus és fizikális tünetek mellett a Rtg. petyhüdt szívet, vagy az Ekg *biztos* szívizombántalmat mutatott (negatív  $T_1$ , kifejezett S—T deviációk, több gócu ES, Tawara-szár laesio, stb.), vagy ha digitalisra javult a beteg állapota. 3. A koszorús érbetegségek csoportja részben összefolyik az előbbivel: az anamnesisből, az Ekg-ból (S—T) és ex juvante (nitroglycerin) diagnosztizáltuk, de a biztonság kedvéért számszerűen együtt tárgyalhatjuk a szívizombántalom csoportjával, ahová előbb-utóbb a coronaria-betegek bekekerülnek. A 4. oszlop a tiszta billentyűhibákat tartalmazza. Ahol emellett szívizombántalom is kimutatható volt, azt az előző csoportokba soroz-

tuk. Valószínű azonban, hogy az a fertőzés, amely a vitiumot okozta, a szívizmot sem hagyta teljesen érintetlenül. Mitralis stenosiszt összesen 6-ot találtunk, részben tisztán, részben szívizombántalommal szövődve. Ezt, mint közismerten a P hasadtságához vezető kórformát a %-os elemzésbe nem vettük bele. 5. Egy olyan esetünk volt, ahol a subjectív tünetek alátámasztására a balra nagyobb szíven (physikalisan és Rtg. ernyő előtt) kívül csak az emelkedett RR-nyomást (150 Hg. mm. syst.) tehetjük felelőssé. *Razghával* és *Zilahyval* régebben kifejtettük, amit számos külföldi utánvizsgálás (*Bonnsdorf* — *Göttingen*, *Fabre* — *Bordeaux*, *Duffield* és *Harris* stb.) is megerősített, hogy a RR nyomás értékek nem haladnak párhuzamosan a tényleges vérnyomásértékekkel. Lehet, hogy ebben az esetben is nagyobb vérnyomása volt a betegnek, mint amelyet a RR apparatus mutatott (myodegeneratiós szív folytán aránylag kis pulsusenergia) és ez hatott vissza károsan a szívre.

*Összeadva az első 5 csoportba sorozott betegek számát (I. főcsoport), az eredmény: 83. Tehát 100 asynchroniás eset közül 83-ban tárgyi jelek támogatják a szív kóros voltának a feltételezését.*

Nézzük, hogyan alakul a maradék 17 eset. 8 esetben határozott „ideges” panaszok és tünetek voltak jelen (6. oszlop), túlnyomóan a vegetatív idegrendszer zavarainak a kimutatható jeleivel (főleg vasomotor és endokrin zavarok, climax). Ezek között is volt olyan, aki nehéz légzésről, esti bokaduzzanatról panaszkodott, objectív tünetet azonban nem találtunk rajta. 6 esetben csak subjectív panaszok álltak fenn (7. oszlop) — szívtáji fájdalom, szívszúrás, nyomás, szorongásérzés, gyakori szívdobogás, gyors kifulladás, — objectív jelek és idegrendszeri tünetek nélkül. Ezenkívül összesen 3 olyan esetünk volt, (8. oszlop) ahol asynchroniás jelek mellett sem subjectív, sem biztos objectív tüneteket nem találtunk.

Az I. főcsoportba (ahol az asynchronia mellett egyéb objectív jelek mutattak a szívizom bántalmazottságára), tartozó esetek száma (83) viszonylagosan oly nagy, hogy komolyan kell arra gondolnunk, hogy a maradék 17 esetben észlelt asynchronia nem jelent-e — a szokásos tünetek hiányában is — szintén szívizombántalmat, illetve interauricularis vezetési zavart? A 17 között, amint említettük, 8 esetben találtunk vegetatív idegrendszerbeli zavarokat. *Ritchie*, *Hoesslin* említett kísérletei alapján tudjuk, hogy a vagustónus fokozódása hasadt P-t hoz létre, nyilván az interauricularis ingervezetésre gyakorolt negatív dromotrop hatása folytán. Amióta az extrakardialis idegeknek a szívműködésre gyakorolt rendkívül nagy hatását jól ismerjük (*Hering*), azóta más világításban kell látnunk az u. n. „tisza szívneurosisokat” is. Ha nincs is ilyenkor anatómiai elváltozás a szív izomzatában, nem tagadhatjuk a neuro-hormonalis rendszer zavarainak káros hatását a szívre: a) a hormonok és a vegetatív idegimpulsusok a koszorús erek természetes játékát megbolygathatják, ami bár functionalisan, de gyakori ismétlődés esetén mégis megzavarhatja a szív működését és okozhat előbb subjectív (szúrás, szorongás, nyomás) tüneteket, majd a gyakran ismétlődő érszűkületek révén ischaemiát a szív izomzatában; — b) a neuro-hormonalis zavarok befolyásolhatják a normalis pitvar-kamrai, illetőleg pitvar-pitvar-közötti vezetést és így megzavarhatják a 4 szívrész harmonikus összeműködését, ami — a pitvari és kamrai systole optimalis egymásutánja megbolygatásává — a keringésre nem közönbös és gyakran subjectív kellemetlenségeket előidézője.

Ha tehát az ideges és subjectív (6. és 7. oszlop) tüneteket feltűntető betegeket úgy fogjuk fel, mint olyanokat, akiknek a szívizma esetleg ép, a keringése

azonban neurohormonalis zavarok folytán nem teljesen kifogástalan, akkor ezen 14 beteg számát hozzáadva a szervi bántalmat mutató 83 beteg számához ( $83+14=97$ ), arra az eredményre jutunk, hogy 100 között összesen 3 olyan, asynchronia jeleit mutató egyént találtunk, akiket egészségeseknek kell tekintenünk.

Ha viszont máshol húzva meg a határt az egészséges és a betegek között, ehhez a számhoz hozzáadjuk a csak subjectív tünetes egyének számát — egészségeseknek tekintve ezeket is — az eredmény akkor is csak 9 lesz, aminek az alapján — *Lewis* és *Gilder*-rel ellentétben — joggal tulajdoníthatunk az asynchronia jeleinek diagnosztikai jelentőséget szervi, vagy functionalis interauricularis vezetési zavar felismerése szempontjából.

Valószínűbbnek tartjuk azonban, hogy a 6. és 7. oszlopba tartozó egyének szívműködése nem teljesen ép, hiszen az idegrendszeri vagy tisztán subjectív tüneteken kívül az Ekg pitvari asynchroniát mutat, ez pedig — amint láttuk — 83%-ban feltétlenül kóros szív tünete volt. Így ezen Ekg jel értékét többek között abban látjuk, hogy jelenléte pusztán subjectív panaszok esetén fel kell, hogy hívja figyelmünket interauricularis vezetési zavar lehetőségére és ezek alapján arra, hogy a pitvarok nem egyidejű működését ne tartsuk feltétlenül ártatlan Ekg-variantasnak.

Megjegyezzük, hogy a 3 teljesen tünettelen egyén közül kettőnek a szíven systoles zöreje volt hallható, bilentyűhiba jelenlétét azonban más tünet nem támogatta. Kétes tehát, hogy ezeket egészen egészségeseknek tekintsük-e. Megjegyezzük azt is, hogy ezen 3 beteg differentialis P—Q-ja 0.02"—0.05" között mozgott, a csak subjectív tüneteket felmutatóké, valamint a neuroticus csoporté: 0.02"—0.08", a biztosan kóros szívűeké 0.02"—0.09" között. A differentialis P—Q számértéke és a tünetek súlyossága között szembeszökő párhuzamot azonban nem találtunk. Ami a betegek korát illeti, az I. főcsoport 4—76 között (átlag: 38.1) mozgott, a II. pedig 16 és 63 között (átlag: 42.1%, 30-on alul csak 2), a teljesen „egészségesek” (8. oszlop) 16, 39 és 61 évesek voltak. Olyan beteg, akinek az asynchroniája mellett a pitvar-kamrai átvezetési ideje abszolút értékben is megnyúlt (>0.20"), 9%-ban fordult elő. Ezeket — amint említettük — a megnyúlt A—V átvezetési idő oka nem a His-kötegben, hanem a pitvari izomzatban keresendő. Olyan beteget, akinek a balpitvari actiója megelőzte a jobbat, 1-et találtunk, a biztosan beteg szívmű csoportban, halmozott kamrai extrasystoliával, kóros physikalis tünetek mellett.

Az az ellenvetés, hogy azért találtunk olyan kevés teljesen „egészséges”-et asynchroniás betegeink között, mert elektrokardiogramot már eleve csak szívbajra gyanús betegen végeztet az orvosa, a mi viszonyaink között nem helytálló. Az OTBA-ban az Ekg úgyszólván a routine-vizsgálatok közé tartozik és nagyrészt mint kizáró diagnosztikai eszközt alkalmazzuk. Így igen sok olyan beteg kerül vizsgáatra, akin semmilyen szívbántalomra utaló subjectív és objectív tünet nem található, ami nagyban emeli statisztikai megállapításaink értékét.

Ha már most azt keressük, mi az oka az asynchroniát előidéző interauricularis vezetési zavarnak, a mondottak alapján két mechanizmusra kell gondolnunk. Az egyik a vagushatás, a másik a pitvari izomzat bántalmazottsága. Egyéb vegetatív idegrendszerbeli tünet esetén az előbbi lehetőségre fogunk gondolni, ilyenek hiányában viszont az utóbbira. Ezt a fertőző betegségek toxinjai, a pitvar izomzat túlerőltetésén (diffus laesiók) kívül leggyakrabban körülírt hegek (fibrosis myocardii), amelyek a csúzos, vagy egyéb (diphtheria) fertőzésből maradtak vissza, vagy az izomzatot tápláló valamelyik kis arteria megbetegedése (elmeszesedés, lues, thrombosis,



spasmus, intimagyulladás stb.) idézi elő (*Condorelli, Scherf* kísérletei és esetei). A kisfokú szívizombántalom felismerése főleg a beteg életmódrendezése (sport, megéröltetés kerülése) és a prognózis szempontjából fontos.

Minthogy *Spehr* hasadt P-t mutató betegeknek boncolásakor több, mint 50%-ban talált anatómiai elváltozást a pitvari izomzatban, mi pedig ezen eddig nem egysegesen értelmezett és értékelt, tapasztaláson nyugvó diagnostikai jelet kiegészítve a differentialis P—Q ismeretével s mindkettőt közös functionalis vagy anatómiai alapra helyezve kimutattuk ezen jelek szoros összefüggését a kóros klinikai tünetekkel, azt hisszük, hogy vizsgálataink révén sikerült a pitvari Ekg ismeretéhez néhány újabb használható elméleti és gyakorlati adattal hozzájárulni, ami diagnostikai és prognostikai ténykedésünket hasznosan mozdíthatja elő.

#### Összefoglalás::

500 Ekg felvétel közül 73-ban voltak észlelhetők hasadt P hullámok, vagy az I. és II. elvezetésében mért nem egyenlő P—Q távolságok (pitvari asynchronia jelei). 100 pitvari asynchroniát feltüntető beteg közt 83 biztosan szívbeteg volt, a maradék 17 közül 8 esetben zsigeri neurosis, 6-ban a szívre vonatkozó subjectív tünetek voltak jelen és csak 3 volt teljesen egészséges. A kóros esetek nagy arányszáma valószínűvé teszi, hogy az idegrendszeri tünetek és subjectív panaszokat feltüntető betegek szív működése sem teljesen ép, hanem akár a pitvari izomzat bántalmazottságán, akár vagus túlműködésen alapuló interauricularis vezetési zavar van jelen, ami támogatja fenti eddig részben nem ismert, részben elhanyagolt tünetek diagnostikai jelentőségét.

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

## A veleszületett repülőhártya sebészi kezeléséről.

*Matolcsy Tamás dr.*, egyet. tanársegéd.

A veleszületett repülőhártyaképződés alatt azt a különleges fejlődési rendellenességet értjük, amikor elsősorban a nagy ízületek hajlító oldalán olyan bőrlebeny keletkezik, mely valóságos uszóhártya módjára köti össze az ízület két szárát és az ízület mozgását gátolja. Genetikai szempontból éppen olyan kevésbé tisztázottak, mint a syndaktiliák. *Wolff* egy classicus esete alapján repülőhártyának keresztelte el ezen képződményeket és atavistikus jelleget tulajdonított nekik, habár a madarak esetében az alszár és a comb között hiányzik a repülőhártya. Eppenúgy *Koblinszki* is, aki még *Wolff* előtt ismertette esetét (1833), ahol a bőrlebeny háromszög alakban a nyak mindkét oldalán a processus mastoideus és az akromion között feszült ki atavisztikus jelenségnek tartotta; feltevését azzal magyarázta, hogy a csimpánzoknál hasonló bőrredő mutatható ki ugyanott. Vele ellentétben *Bruns* és *Kredel* ezeket az állhártyákat hibásan elhelyezett és abnormisan képződött izomcsökevényeknek vélik, melyek az egyébként normalis bőrt ketőzöt alakjában boltosítják elő. Eldöntve a kérdés azonban még ma sincs és a vita a körül forog, hogy ezek a veleszületett uszonyok eltévedt ébrényi csirok maradványai-e avagy talán magzati sérülés következményei (*Erbstein*). Kórbonctanilag a repülőhártyák nem egyebek, mint két belső oldalukkal egymásra fektetett bőrlebenyek, amelyekben előfordulhatnak rostos kötegekre emlékeztető elfajult izomkötegek is.

A térdhajlatban megjelenő repülőhártyának eddig 9 esete ismeretes az irodalomban. Első a *Wolff* által leírt 10 éves leány, akinek a bal térdhajlatában tomporától sarkcsontjáig húzódó 1/2 cm. vastag háromszög alakú bőrlebeny helyezkedett el, amely a térdizületben a kinyújtást csak 100 fokra engedte meg. Az uszóhártyában a hajlítóizmok, ideg- és érkegek is bennfoglaltak. Még egyéb fejlődési rendellenessége közül említést érdemel a mindkét oldali dongaláb, a bal lábon két ujj hiánya és a kéz ujjainak összenövése. A műtétben az idegek és erek megkímélésével az izmok átvágása után sikerült a végtag kinyújtása és a dongaláb redressálása. *Hackenbroch* 15 éves kislánynon veleszületett repülőhártya miatt végzett műtétet. Ezek a bőrlebenyek azonban nem okoztak olyan súlyos zsugorodást, csak enyhén hajlított helyzetben tartották a térdizületet. *Kopits* négy esetről számol be, akik közül három testvér volt. Mindegyiken mindkét oldali térdhajlati repülőhártyáról tesz említést, amelyek közül kettőn végzett műtétet. Egyéb veleszületett rendellenesség náluk kimutatható nem volt. *Ascher* 5 hetes újszülöttön észlelt mindkét térdhajlatban a comb és az alszár között kifeszített háromszögletű bőrlebenyt. Betegén műtét nem történt; *Basch* két 9 hónapos magzat boncolásával kapcsolatban írt le térdhajlati repülőhártyát, amelyekhez azonban még egyéb súlyos veleszületett rendellenességek is társultak (situs inversus viscerum, eventeratio), amelyek a magzat életét lehetetlenné tették.

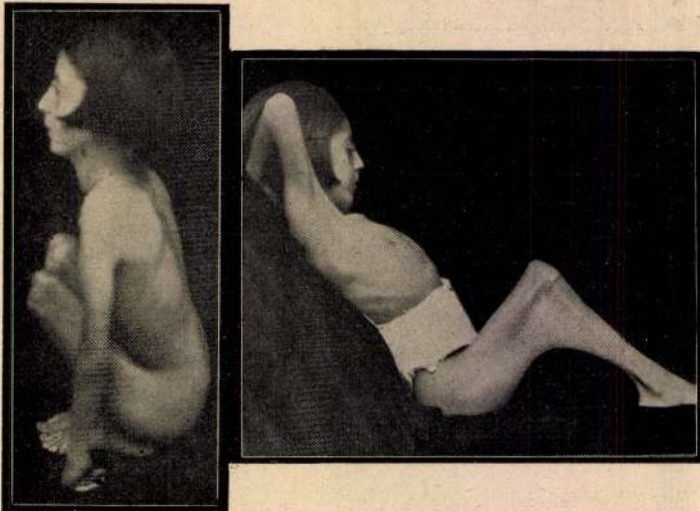
Ha az irodalomban ismert 9 esethez hozzásoroljuk a mi két esetünket is, ezzel 11 (tizenegy) veleszületett repülőhártya ismeretes a térdhajlatban. Ha ezenkívül figyelembe vesszük, azt, hogy műtét ezek közül csak 6 esetben történt, akkor érthető, hogy ez a kérdés nemcsak fejlődéstani szempontból tisztázatlan, hanem sebészi megoldása sincs kiforrva és mindenki eseteinek súlyosságához mérten iparkodik újabb és újabb megoldást találni.

A mi két esetünk nemcsak a műtét technikájának megoldása szempontjából érdemes közlésre, hanem a világirodalomban teljesen egyedülálló a repülőhártyának ilyen sokszoros megjelenése egy egyénen. Mert betegeinken nemcsak a két térdhajlatban, hanem mindkét könyök-, hónalj-, és nyak, valamint a kéz összes ujjai között is feltalálhatók az uszonyok. Éppen ezért betegeink leírását valamint a műtét menetének ismertetését részletesen ismertettük.

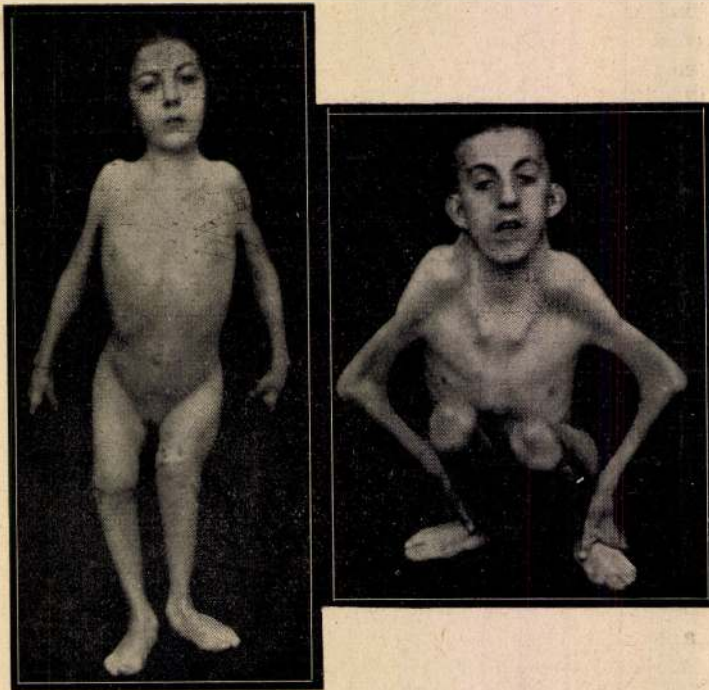
Három testvéren fordult elő ezen ritka veleszületett rendellenesség. Közülük egy csecsemőkorban meghalt és így csak a két testvért volt alkalmunk operálni, akik közül az egyik 10 éves leány, a másik pedig 13 éves fiú volt.

A szülők teljesen egészségesek, rokon kapcsolat közötti ki mutatható nem volt. Többcsöri Wassermann reakció negatív. Az anya hatszor volt másállapotban, melyeket mind kihordta. Az első két fiúgyermek időre, de halva született, míg a harmadik leánygyermek már néhány órát élt. Mindhárom gyermek teljesen normalis volt, rajtuk veleszületett rendellenesség kimutatható nem volt. A negyedik fiúgyermekük, aki egy hónapig élt, éppen olyan repülőhártyával született, mint az utolsó két gyermek, akiknél a műtétet volt alkalmunk elvégezni.

**Jelen állapot:** A fiatalabbik 10 éves leánygyermeken mindkét térdhajlásban a nagy tomportól az Achilles-in tapadásiáig vasos izomkötegeket tartalmazó bőrlebeny feszül ki. Ezen bőrlebeny által alkotott háromszög átfogója 10 cm, magassága 16 cm. A kifeszített bőrlebeny következtében a térdizületben az alsó végtag nyújtása csak 90°-ig lehetséges, míg a hajlítás tökéletes. A beteg járni csak ülő helyzetben tud, úgy, hogy kezével segít a lábának előrehelyezésén, felállani nem tud, álló helyzetben gluteusaival a sarkára ül. Könyök-, hónaljban és a nyakon kisebb uszonyok láthatók, amelyek más képleteket nem tartalmaznak, csak bőrlebenyekből állanak. A bőrlebenyek kisebbek, mint a fiútestvérénél.



13 éves fiún az uszonyok a térdhajlásban a nagytempor és a sarok között feszülnek ki, s bennük vaskos izomképletek, valamint idegkötegek tapinthatók. Ennél a térd nyújtása csak 45°-ig lehetséges, tehát a térdizület hegyes szögben rögzítve van úgyannyira, hogy a hajlítás is csak néhány fokra lehetséges. A bőrlebeny átfogója 7 cm, magassága pedig 20 cm. A mindkét hónaljban helyetfoglaló uszonyok jóval nagyobbak, mint a leánytestvérénél. A hónalj-bőrlebeny átfogója 13 cm, magassága 8 cm. A nyak mindkét oldalán a processus mastoideustól az acromionig szintén bőrlebeny feszül ki (5 cm), valamint a kéz összes ujjai között is uszonyok találhatóak. A fiúnak emellett rejtett heréje is van, valamint a mellkas torzulása és görbülése.



A térdizületekről készült röntgenfelvételek semmi kóros elváltozást nem mutatnak. Mivel a járás a térduszonyok miatt lehetetlen, így először azok javítását határoztuk el.

**Műtét:** (Verebélytanár) félhordalaki bőrmetszés a térd külső oldalán oly módon, hogy a metszésvonal párhuzamosan halad a comb és a sípcsont hossz tengelyével. Az így keletkezett bőrlebenyt lefejtve, elibénk tárult az ellapult gastrocnemius két feje, úgyszintén a biceps és a semitendinosus ina is. Az izmok szabályos helyen eredtek és tapadtak. A bőrlebeny alsó szélén, tehát a háromszög átfogójában mint kifeszített húr foglal helyet a nervus ischiadicus. Az arteria és a vena femoralis rendes lefutást mutattak. A legnagyobb nehézséget a műtétben az idegek sorsa okozta, mivel azok teljes kiszabadítása után sem vált lehetségessé a térd lényegesebb nyújtása. Ezt csakis a csontos váz megrövidítésével lehet elérni. A combcsont alsó epiphysiséből, szabadá tétele után 8 cm darabot lefűrészeltünk. A sípcsont porc felszínét az epiphysis porc megkímélése mellett szintén el-

távolítottuk. A biceps inainak átvágása után így sikerült a végtagot teljesen kiegyenesíteni. Az eltávolított csontból transplantációra szükséges darabkát készítettünk, amelynek egyik végét a comb velőüregébe, míg a másikat a sípcsontba fűrt csatornába süllyesztettük, amivel sikerült a két csont elmozdulását megakadályozni.

A transplantatum további sorsát 3 hetenként röntgenfelvétellel ellenőriztük, amikor is kitént, hogy a 6-ik héten beültetett csont gyors felszívódás miatt annyira elvékonyodott, hogy eltört, viszont a callusképződés még nem volt olyan tökéletes, hogy a két csontváz merev rögzítését létrehozta volna s így a láb térdizületben kisfokú flexió elhajlással gyógyult. A többi esetben a műtét eljárást úgy módosítottuk, hogy a transplantatum helyett a combcsont végét kihagyva, közvetlenül ültettük be a sípcsontba fűrt nyílásba. Ezzel az eljárással tökéletesen egyenes végtagot kaptunk, minden elgörbülés nélkül. A műtét egy-egy szakaszát a mellékelt képek szemléltetik.

A műtét eredmény a fiú jobb végtagjának kivételével jó volt. Ennél ugyanis nemcsak a térdizület nagyfokú zsugorodása nehezítette meg a helyzetet, hanem az is, hogy ezen végtagon már előzőleg másutt műtétet kíséreltek meg, aminek a következménye az volt, hogy az arteria femoralis és a nervus peroneus olyan hegtömegbe ágyazódott be, amelyből felszabadítani a műtét kapcsán nem sikerült és így a kiegyenesítés alkalmával, annak ellenére, hogy mintegy 10 cm. hosszú darabot távolítottunk el a combból, mégis az arteria thrombotisált és így a beteg lába elhalt úgy, hogy a térdizület magasságában kénytelenek voltunk amputálni. A könyök-, és hónalji uszonyokat, mivel azok az izület mozgását lényegesen nem gátolták műtétilag nem javítottuk ki.

A velszületett repülőhártya a könyökizületben szintén ritka. Eddig az irodalomban 5 esetet ismertettek, amelyek közül csak egy eset került műtétre. Ezek a bőrlebenyek a könyök nyújtását csak kis mértékben korlátozták, amiért annak javítása felesleges volt és ha marad is hátra némi akadály a nyújtásban, a betegeket ez a rendellenesség jóval kevésbé zavarja, mintha ugyanez a zsugorodás a térdizületben foglal helyet, ahol a beteg járását lehetetlenné teszi. Érthető tehát, hogy a könyökizületi uszonyok sebészi kezelése háttérbe szorul és csak azokban az esetekben végeztek műtétet, ahol a bőrlebeny izmokat és egyéb képleteket nem tartalmazott. *Wilms* ismertet egy esetet, ahol a mindkét könyökhajlatban helyetfoglaló repülőhártya a könyöknek a nyújtását csak 90°-ra engedte meg. Érdekessége ennek az esetnek még az is, hogy itt az átöröklődés apáról fiúra kimutatható volt, ami ellene szól annak a feltevésnek, hogy az uszonyképződés tisztán a méhenbelüli életben létrejött sérülések következménye volna.

*Erbstein* és *Wierzejewski* ismertettek egy-egy könyökizületi uszonyt, amelyekben műtét szintén nem történt. A mi anyagunk között szerepel még egy hat éves kisleány (*T. I. 1933.*), akin a bal könyökhajlatban találtak veleszületett repülőhártyát. Mivel az a könyök nyújtását nagyobb mértékben nem korlátozta, nála műtétet nem végeztünk.

A hónalji repülőhártya már jóval gyakoribb, mint a térd- és könyökhajlati. *Binder* 26 esetet, *Steché* 10 esetet gyűjtött össze az irodalomban, amelyekben többnyire durva, néha azonban vékony bőrredő alakjában köti össze a hártya a felkart a mellkassal. A bőrlebenyek a pectoralis tapadási helyről húzódnak a II. és IV. borda tájára. Mindkét szerző egyetért abban, hogy a kettős bőrlebenyekben tömör, inas kötőszövet foglal helyet, sokszor erős kötegek alakjában; minthogy a hártyaképződés mindig társult pectoralis hiánnyal feltehető, hogy az említett izom sorvad (heg) formájában benne foglaltatik a bőrlebenyben, habár szövettanilag soha sem sikerült ki-

mutatni izomrostokat. Jellemző a hónalj uszonyokra az egyoldalúság és az, hogy nem örökölhető.

Nyaki repülőhártyaképződés jóval ritkább. — *Funke*, *Kabdebo*, *Nayotte* ismertettek egy-egy esetet, ahol a bőrlebeny a proc. masteideustól az acromionig huzódott. A műtét rendszerint csak kozmetikus szempontból történt; néha előfordult, hogy a lebeny felső részében a sternocleidomasteideus rostjai is bennfoglaltattak. Eredetükre nézve ezeket a repülőhártyákat *Funke* amniotikus összenövésnek tartja, míg *Kobilinszki* Darwin atavistikus elméletével iparkodik megmagyarázni.

Amint az irodalomból kitűnik, a térd-, könyök-, hónalj- és nyaki repülőhártyák ritkán fordulnak elő, az összes közölt esetek száma 53-ra tehető. A mi két betegünkhöz hasonlót nem találtunk, ahol a repülőhártyák az összes nagy ízületekben, a nyakon és a kéz ujjai között ilyen nagy számban lettek volna jelen. Az esetek ritkaságát fokozza még az a körülmény is, hogy hat testvér közül három esetében volt uszonyképződés. Az első testvérről, mivel az néhány hétre születése után meghalt, részletes leírást nem kaptunk, de szülei elmondása szerint a bőrlebenyek és a velük járó zsugorodások még kifejezettebbek voltak. A későbbi gyermekeken az uszonyok nagysága valamelyest csökkent, a csökkenés legszembetűnőbb a 10 éves leányon. A fiún már igen nagyfokú a nyaki, hónalj, térdizületi uszony, amelyek miatt a mellkas is igen súlyos elégtelendést szenvedett, amennyiben a testnek rendellenes tartása miatt nagyfokú görbülés fejlődött ki.

Természetesen nem remélhető, hogy a gerincoszlopnak és a mellkasnak ezek a súlyos elváltozásai a lábak kiegyenesítése után teljes mértékben megjavulnak, de nem kétséges, hogy az egyenes testtartáshoz az új erőviszonyoknak megfelelően valamelyest módosulni fognak, mint ahogyan az a kislánynál már mutatkozik is, amennyiben az alsó végtag zsugorodása miatt erősen előrehajlott törzsre az egyenes járás után fokozatosan javulni kezdett.

Az utókezelés gipszkötésből, sebkezelésből és massageból állott. A gipszkötést mindkét esetben a műtét után a hetedik napon levettük. A bőrvarratok eltávolítása után ismét gipszkötést helyeztünk vissza, amely hat héttig maradt az operált végtagon. A kislánynak mindkét láb sebére per primam gyógyult, tehát itt sebkezelésre szükség nem volt; a fiú ballábjában a bőrfeszülés miatt kisebb felületen bőrelhalás jött létre, melynek kezelése három hetet vett igénybe. A sebet a gipszkötésen kivágott ablakon át kezeltük. A jobb lábon, mivel ott az arteria femoralis thrombotisált, az amputált csonk is másodlagosan gyógyult.

A massaget rögtön a gipszlevétel után megkezdtük, a kislánynak ezzel egyidejűleg a járást is megengedtük. Eleinte csak állni tanult meg, majd a harmadik héten már mankóval, az ötödik hét végére pedig teljesen önállóan, minden támasz nélkül tudott járni. A fiú azonban csak később kezdhet járni, mert az amputált csonkra csak a seb gyógyulása után lehet műlábat alkalmazni.

Felmerülhet az a kérdés, hogy érdemes-e veleszületett térdhajlati repülőhártyánál ilyen gyökeres műtétet végrehajtani? Ha figyelembe vesszük azt, hogy ezek a torzok a térd zsugorodása miatt teljesen ki voltak kötve a társadalomból azáltal, hogy csak úgy tudtak járni, hogy a gluteusokkal állandóan súrolták a földet, székre felülni, ajtó kilincsét kinyitni nem tudták, akkor feltétlenül indokolt volt, — mint ahogyan azt a szülők is kérték — mindent megkísérelni, hogy legalább emberhez méltóan, egyenesen járhasanak.

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

## A gümös csigolyagyulladás műtéti kezelésének eredményeiről.

Irta: *vitéz Borsos László dr.*, tanársegéd.

A gümös csigolyagyulladás a gerincoszlop leggyakoribb elváltozása és úgy a megbetegedés súlyossága, mint a halálozás szempontjából az első helyen áll.

A megbetegedés, mely úgyszólván mindig a csigolyatestben képződik, olykor még röntgenfelvételen láthatatlan góc mellett is már megváltoztatja a gerincoszlop mechanikáját. Ez abban áll, hogy a beteg csigolya környékének izomrögzítése által úgyszólván merevítő rendszert létesít ép úgy, mint ahogy azt gyógyításra használatos eljárásoknál láthatjuk.

A gümös csigolyagyulladás klinikai lefolyásáról, alakjairól, a higiénikus kezelés feltétlen szükségességéről és testgyógyászati részleteiről itt nem akarunk szólni, csak a végezhető műtéti eljárások módjairól, alkalmazásáról s főleg eredményeiről akarunk beszámolni. Ha a gümös csigolyagyulladás gyógyításának lényegét össze akarjuk foglalni, úgy a legfontosabb követelményt a folyamat nyugalomba helyezése céljából a gerincoszlop megfelelő részletének csontos megmerevítése képezi, mely azután az összeroppanástól és a kiújulástól is megvéd. Olyan gyógyulás, mely időelőtti mozgathatósággal jár, a folyamat kiújulásának veszélyét hordhatja magában. A csigolyák mesterséges csontos megmerevítése az úgynevezett Albee-Henle-féle műtét, tehát elméletileg okszerű és lényege abban, hogy a beteg csigolyával szomszédos 2 csigolya tövisnyúlványait hosszanti irányban szétvésve, oda a sipcsontból vett léceket ültetünk be. Nem említem itt a műtét történetét, változatait, a beültetés helyét és annak módjait, mert minden eljárásnak lényege az, hogy végeredményben a merevítést szolgálja. Legcélszerűbb két csontléc beültetése, oly módon, hogy azokat a lemez-telenített ívekhez a tövissek és a harántnyúlványok közé helyezzük. — A beültetett csontrészt tehát, ha az csontosan rögzít és tehermentesít, mint gyógyfaktor kíván szerepelni, túlzás volna azonban ettől a műtétől a folyamat feltétlen gyógyulását várni, főleg azért, mert gümös folyamatról van szó, ahol a kilátások mindig bizonytalanok. — A műtét a gyógyulás számára csupán kedvezőbb körülményeket teremt, s azonkívül a fektetést és a támasztó készülékek hordásának idejét megrövidíti.

Fontos ezen műtét kivetele előtt a javallatok szigorú betartása, mert csak így érhető el a megfelelő eredmény. Az utóbbi évek irodalma olyan bőven foglal állást a műtét ellen és mellett, hogy szinte alig áttekinthető. A legtöbben a gyermekkorban ellenzik a műtétet, mivel az a növekedést gátolja és a mozdulatlanságot maradóvá teszi, de ennek ellenére is vannak, akik a gyermekkorban is kedvező eredményekről számolnak be, az bizonyos, hogy ebben a kérdésben elegendő eltelt idő az ellenőrzéshez még nem állhat rendelkezésre. Ellenjavalt a műtét, ha csontgóc, tályog, vagy sipoly van jelen, ami már eleve ellenkezik a csontátültetés szabályaival. Nem ajánlható azonkívül a műtét nagyobb púp eseteiben sem, mivel a csontos tartóléc ilyen félkör alakú megterheléssel szemben nem ellenállóképes. A beültetett csontléc tartóereje azonkívül csak ott lehet végleges és biztos, ahol a tövisnyúlványok maguk elég erősek és élettani görbületük sem túl kifejezett. A legjobb eredményt tehát a hatodik, hetedik háti csigolyáktól lefelé történt beültetés adja, azokon felül csak egészen kivételes esetekben bizo-

nyult az átültetés hasznosnak. A műtét alapján véve, nem nagy beavatkozás és közvetlen halálozása úgyszólván nincsen.

Az I. sz. sebészeti klinikán 13 év alatt 1920-tól 1933-ig 99 gümös csigolya-gyulladásos bentfekvő beteget kezeltünk, nem számítva a járó rendeléseken kezelt betegeket, kiknek száma az említett 99 esetnek sokszorososa. Ezen betegek adatait ugyanis nem volt módunkban pontosan utánvizsgálni. 2092 sebészeti gümőkóros beteg feküdt összesen klinikán, a 99 spondylitises tehát az anyag 5%-át teszi ki.

Az összes szerzők egybehangzó megállapítása szerint a gümös csigolya-gyulladás a legsúlyosabb és legnehezebben gyógyítható gümös megbetegedés, már csak azért is, mert saját anyagunkban a betegek 70%-ának egyéb gümös elváltozása is volt, legfőképpen a tüdőkben. *Clairmont* társfertőzést 75%-ban tudott kimutatni s így ezen adatok meggyőzően bizonyítják, hogy legtöbbször nem a kezelés minemősége, hanem az egyéb gümös góccok leküzdése dönti el a beteg sorsát. Klinikai adataink az életkorra vonatkozólag azt bizonyítják, hogy a megbetegedések 50%-a az első és a harmadik évtized között fordul elő. A klinikán bentfekvő 99 betegnél 61 esetben csak testgyógyászati elvek alapján jártunk el, amennyiben az első évben a gipszágyban fektetést ajánlottuk, míg a többi 38 esetben műtétre is folyamodtunk. Az esetleg jelenlévő hideg tályogokat punkcióval kezeltük és Calot-otdatot fecskendeztünk azokba. A vegyesen fertőzött lázokozó tályogok kinyitása legtöbbször elkerülhetetlen és ilyenkor azok üregét kikaparva, jodoform-behintés után elsődlegesen egyesítettük s csak kényszerhelyzetben nyitottuk azokat újra ki. A 38 műtét közül 18 esetben Albee szerinti tibia-lécet ültettünk át, 5 esetben costotransverssectomiával nyitottunk ki a meg nem pungálható gátori tályogokat, 3 esetben végeztünk laminectomiát és 12 esetben nyitottunk ki psoas tályogokat, 4 esetben hasmetszés útján, kettőt lumbalis és hatszor a combra lesúlyedttályog miatt. A 18 Albee-műtéttől meggyógyult 16, műtét után meghalt kettő, azaz kb. 10%. Az egyik elhalt betegnél az átültetett csontléc genyisedés kapcsán lökődött ki, a gümös folyamata oly súlyos volt, hogy 46 napi ápolás után elpusztult. Második elhalt betegünk állapota a műtét után folyton rosszabbodott és 130 napi ápolás után általános gümös fertőzésben halt el.

A 18 eset közül 11-nél ágyéki, 5-nél háti és két esetben nyaki csigolyákon végeztük a műtétet és egy eset kivételével a gerincoszlop csontos merevítése sikerült is. Az egyik nyaki csigolyákba ültetett csontléc, miután a beteg egy év alatt meggyógyult, eltört és lassankint felszívódva, a csigolyák mozgóképessége újra helyreállt.

A 12 vegyes fertőzéses tályognyitás kapcsán egy beteg pusztult csak el a vesék társfertőzése miatt, mit azután a boncolás is igazolt.

Három betegnél a tályogokat nyitva kellett kezelni, ezek mindegyikénél még hosszú ideig sipoly állott fenn.

A három laminectomisált beteg közül kettőn a benuulásos tünetek javultak s gyógyult sebbel kerültek otthoni kezelésbe, míg egy betegünk benuulása, amit a gümös sarjszövet nyomása idézett elő, nem javult és hólyag- és végbélbenuulás mellett a felfekvések következményeiben a 35-ik napon pusztult el.

Az 5 costotransverssectomia eredménye kedvezőtlen. Ezek közül ugyanis 3 meghalt, 1 egy nappal a műtét után shock kapcsán, míg 2 betegünk a nem zárható tályogüreg genyede miatt hosszú ápolás után pusztult el. A két gyógyult beteg közül az egyik 1½ év után teljesen és véglegesen meggyógyult, míg a másik esetből sipoly maradt vissza, ez azonban 4 év óta él.

Ugy a laminectomia, mint a costotransverssectomia műtéteit csak a legszigorúbb javaslatok alapján végeztük megfelelő előzetes vizsgálatok után. Laminectomia előtt lipiodollal eldöntendő a folyamat helye és kiterjedése, s a műtét még akkor végzendő, amikor a benuulás még nem helyrehozhatatlan.

*Clairmont* 10 laminectomiáról számol be, amelyek közül háromszor csontsequester nyomása, öt esetben dura-granulatio, két esetben fibrosus heg volt a benuulás oka. Ezek közül 3 gyógyult, 3 javult, 1 műtét alatt halt meg, míg a további 3 hónapok mulva pusztult el. Ezen adatok megfelelnek az általános tapasztalatnak, mely szerint egyharmad gyógyul, egyharmad javul és egyharmad meghal, amit a többi szerző is hasonlóképpen észlelt, egybehangzóan javasolva a korai műtétet.

A costotransverssectomia javallatát mellkasi nyomási tünetek és súlyos másodlagos fertőzés indokolhatják, alkalmazását korlátozza a kb. 50%-nyi halálozás.

Az Albee-műtét veszélyességét annak ellenzői túlbecsülik, sokan pedig kétségtelen eredményeit nem ismerik el. — Az orosz szerzők igen nagy anyagon tett tapasztalatai és főleg *Sorrel* az 1934. évi varsói kongresszuson tartott előadása azt bizonyítják, hogy az Albee-műtét kétségtelen gyógytényező, s ha megfelelő javallat alapján végezzük, megrövidíti a betegség tartamát.

A késői eredmények természetesen azok, amelyek bizonyító erővel bírnak. Sajnos, hogy klinikai 99 esetünk-ből levélbeli megkeresésünkre csak 64 válasz érkezett, ami csak hozzávetőlegesen teszi értékelhetővé azokat. 40 válasz csak a testgyógyászati gipszágyban kezeltre vonatkozik, kik közül 21 gyógyult meg teljesen, 7 beteg több éves kezelés után sem gyógyult, ezek közül 4-nek sipolya is fennáll, míg 12 meghalt.

A 18 Albee szerint operált beteg közül 14 válaszolt. Ezekből 11 teljesen meggyógyult és munkaképes, 2 beteg 2—5 év között tüdő, illetve agyhártyagümőkórban elhalt és csak 1 beteg nem gyógyult meg, akinek egy évvel a műtét után hideg tályogja keletkezett, amelynek sipolya még most is fennáll.

A tályognyitással, laminectomiával és costotransverssectomiával operált betegek közül 10-en válaszoltak, ezek közül 3 meghalt, és 2 sipoly fennállása mellett nem gyógyult.

Az elmondottak szerint a műtét nélkül kezelték közül 40-ből 12 meghalt, ami 34%, nem gyógyult 7, azaz 16%, tehát ezen betegeknek a fele gyógyult meg. Az Albee-szerint operált és ellenőrzött 14 beteg közül meghalt 4, ami 26% halálozás, 1 beteg maradt gyógyulatlan, ami kb. 10%, összesen tehát 35% nem gyógyult, 65% pedig gyógyult, hozzátéve, hogy lényegesen rövidebb idő alatt, ami *Franz König* adataival is megegyezik.

*Összefoglalva adatainkat*, a gerincoszlop gümös részletének csontléc-cel történő merevítése tapasztalataink szerint megfelelő javaslatok alapján a gümös csigolyagyulladás gyógyulását kedvezően befolyásolja.

A gyermekkorban alkalmazása egyelőre csak szűk korlátok között kísérelhető meg, tályog és kifejezett púp esetén ellenjavalt s főleg a gerincoszlop alsó felének gyógyítására alkalmas. Nem teszi azonban semmiképp sem feleslegessé a már jól bevált összes kezelési eljárásokat, de ha alkalmazása sikerrel jár, lényegesen megrövidíti és befolyásolja a gyógyulást s veszélytelensége folytán melllette szól az a tény, hogy a gümös csigolya-gyulladás ellen indokolt minden eljárás, amely a magas halálozási számot csökkenti.

Kétségtelenül akkor a legsikerültebb a műtét, ha a korai kórisme lehetővé teszi a megbetegedés kezdetén a megfelelő kezelési mód kiválasztását.

Budapest Székesfőváros Szent Margit Közkórháza szülő- és nőbeteg osztályának közleménye. (Főorvos: Bud György.)

## Császármetszés ritka indoka.

### Új szempontok a szöveti atóniák és hypertóniák kóroktanában.

Irta: Bud György dr.

Vannak szülések, amelyek alkalmával a nyakcsatorna kitágul és a belső méhszájjal együtt folytatódik a méhürébe, a külső méhszáj azonban zárt, vagy majdnem zárt marad. A nagyon tágult és elvékonyodott cervix-zsákban foglal helyet a magzatvízzel telt burok és a magzat előfekvő része. A hosszas fájások ellenére is a szülés elakad, a külső méhszáj nem tágul, az anya és a magzat élete veszélyeztetett. Bármilyen ok folytán keletkezett méhszájhegesedés, strictura, a buroknak a nyakcsatorna falához történt odanövése stb. e szülési szövődemény kielégítő magyarázatát adhatja, ha azonban a méhszájon ilyen kóros elváltozás nincsen, a magyarázat már nehezebb. Nehezebb még akkor is, ha idős I. P.-val (rigid méhszáj) vagy az anamnesisben olyan körülménnyel (előzetes ab. stb.) van dolgunk, ami a méhszáj állapotát érthetővé tenné. A tapasztalat szerint ugyanis ezeket az eseteket a normalis terhességgel és szüléssel kapcsolatban is a cervicalis nyakcsatornában képződő, nyákcsapnak kóros, méhszájösszetapadásával magyarázták. A conglutinatio elnevezés is innen származik. A conglutinatiohoz vezető későbbi észlelések is megerősítették azt, hogy a nyákcsapnak szülés előtti szokásos kiürülése nem egyszer elmaradt, a kicsiny méhszájgödröcsben tapintották azt.

Az irodalomban egyrészt felismert és sikeresen megoldott conglutinációs esetekről, másrészt kórismézési tévedésekről (fogót alkalmaztak, mert a papírvékonyaságú cervix-fal rásimult a koponyára, a méhszájat nem találván, azt eltűntnek vélték), spontán létrejött és művi lágyrészsérülésekről, (cervixfal leszakadás, méhruptura), sepsisről, elvérzéséről, magzati halálról értesülünk. Ritkábban előforduló (5—10.000 szülésre egy), de a gyakorlati szülészet és törvényszéki orvostan szempontjából jelentős, s mint látni fogjuk, kóroktani szempontból figyelemreméltó kérdéssel van dolgunk.

M. I. 38. é. II. P. — I. P. 4 év előtt ab. III. bef. spontan, láztalan lefolyással. Folyása nincs. I. M. 18 é. k. Rendes. U. M. 1934. VI. 10. Előrement betegségek: hastifusz, tüdőgyulladás, fog- és gégepanaszok. Terhessége végén sokat köhögött. A közepesen fejlett és táplált nő 2—3 percnként jelentkező fájásokkal kerül 1934. II. 15-én 21 órakor a szülőszobára. A fájások 1934. III. 14. 3 órakor kezdődtek. A vajudó nyugtalan fuldokló érzésről panaszkodik, T.: 37,2 P. 90. Bronchitis. — Alhas, alszárok és bokátájuk feltűnően oedemások. Vizeletben fehérje (10/00), kevés geny. A has — különösen a cervicalis rész tájékán — feszes, elődomborodott. Kpf. nagynak imponáló magzat, jó szívhangok. Medence méretek: Dsp. 25, Dist. cr. 28. Coni. ext. 19. Conidiag. 11. — Bv. k. t. g. hüvely. A hüvelyben erősen ledomborodó, elastikus — feszes képletet találunk, amely körkörösén a hüvelyboltozatba folytatódik. — Kétségtelen, hogy ez az elvékonyodott falú, zsákt képező cervix. A méhszájat hosszas keresés után, mint lencsényi gödröcsöt találjuk kissé hátra, a promontorium felé kitérve. Nyákcsapot nem érziünk. A feszülő cervixfalon át magasan a koponyát véljük tapintani. Diagn.: grav. m. IX. 48 óras vajudás. Congl. orif. externi uteri. I. fokban egyaránt szűk medence. Nagy magzat. Oedema-nephropathia. 38. é. gyermektelen nő. Hossztagelyes transperitonealis császármetszés, bronchitisre tekintettel evipan altatásban, intravenás eljárás-sommal (elfogyott 8 ccm evipan). — 52 cm. 3750 gr. 36 fejk. é. é. I. A hossztagelyes császármetszőkor vérvesztés alig volt. A lepény és a burok eltávolítása könnyen ment. A méh alsó szakasza mélyen a hüvely felé nyíló, igen vékonyfalú, petyhüdt zsákt képez, amelynek legmélyebb pontján lévő gödröcs jelzi a méhszájat. (Schol hegesedés, vagy összenövés

nincsen.). A gödröcs ujjnyomásra könnyen tágul, annyira, hogy további tágitás céljából a Zangenmeister-kürtöt vezetjük a hüvely felé. A műtét befejezésével a kürtöt a hüvelyen át kihúzzuk, a méhszájat tehát gyorsan és könnyen kitágítottuk. A gyermekágy két első napján lázas, — subfebrilis, — azután láztalan. Straus diæta. Az oedemák, fehérjevelés 3—4 nap alatt szűnnek. A IX. napon kialakult portiával, jól involvált uterussal, egészséges gyermekével kibocsátjuk. Gócvizsgálati leletek: tonsillitis chr., idült gégehurut (deviatio septi nasi). Bronchitis. Röntgenel jól mozgó, domború rekeszek, a j. hilus a rendesnél terjedtebb, tömörebb, benn 3—4 babnyi, meszes gócarányék. A bal hilusban 1—2 kisebb régi góc. Szív ép. Tüdőmezők szabadok, csücsök tiszták. A j. sinus frontalis és a b. antrum Highmoori fedettek. 3 tályogos fog. Wa. R.:  $\phi$

Egy 38. é. II. P.-nak (előzetes egy ab.) császármetszés alkalmával újjnyomásra könnyen szétnyíló és Zangenmeister-kürttel gyorsan táguló, 48 óras vajudás után észlelt conglutinációjáról van szó. Már említettem, hogy idős I. P. méhszáj rigiditása, annak mások által conglutinációkor több esetben észlelt tágulékony volta miatt nem mindig szerepelhet kórok gyanánt. Még kérdésesebb, hogy a nyákcsap okozta összetapadás elegendő magyarázat-e. Már v. *Bardleben* kétségbe vonja a conglutinatio elnevezés jogosultságát. A napokig elhúzódó, cervix kinyúlásra, sőt uterus rupturára is vezető esetek egészen valószínűtlenné teszik azt, hogy csupán a nyákcsap okozta össze-tapadás ilyen súlyos következményekre vezető mértékben tudna ellentállni a szülőerők tágitásának. A figyelem joggal fordul tehát magyarázatért a megzavart szülésmechanizmus felé.

*Stievenek* vizsgálataiban az emberi méh nyaki részének anatómiáját, annak szerepét a terhesség és szülés alatt jobban megismertük. A burok diverticulumának általa ismertetett tágitó szerepe, a nyákcsapképződés és kiürülés, a cervix falában lévő corpus cavernosumok (Schwellkörper) szerepe újabb támpontokat szolgáltathat a szülési, klinikai megfigyelésekben. A szülészeti klinikai megfigyelés azonban arra tanít elsősorban, hogy a tágulási és kitolási szaknak mindenképpen legfontosabb tényezője az egészséges, jó beidegzésű méhizomzat marad.

Eppen emiatt nagyon figyelemre méltó *H. Kraatz*-nak dolgozata, amelyben a *Stoekel* klinika 5 conglutinációs esetének ismertetése alkalmával a cervix izomfalának esetleges ártalmára utal. *H. Kaatz* szélesebb klinikai összefüggéseket keresve, *A. Mayernak* a méhszáj retrodeviatiója magyarázatára alkalmazott factorait, (morfológiai elváltozás, innervációs zavarok, cervixfal-tonuscsökkenés) conglutinációs esetekben is érvényesnek látja, sőt a nyálkahártya mirigyekre is vonatkoztatja. Szerinte ugyanis részben a nyálkahártya mirigyek anatómiai elváltozásában kell feltételezni a nyákcsap kiürülésének elmaradását és azt, hogy a talán qualitative is változott nyákcsap a méhszájat összetapasztja. Ennek eredménye volna az, hogy a szülőerők mindinkább az összetapadt méhszájnal kisebb ellenállású cervicalis fal felé fejtik ki hatásukat. Az irodalom adatai szerint conglutinációval nem egyszer méhszáj-retrodeviatio is párosult. A méhszáj-retrodeviatio néha már a terhesség végén észlelhető. Ezekben az esetekben már a fájások megindításával a szülőerők helytelen irányban, a cervix falának irányában érvényesülnek. A burokdiverticulum tágitó hatása az epithel lehorzsolása (Abschilferung) és ezek miatt a nyálka kiürítés is már eleve csökkent, a méhszáj szívósan összetapadhat és a kórkép kibontakozik.

*H. Kraatz*, *A. Mayer* és mások a conglutinatio, méhszájdeviatio, uterus intussusceptio, inversio, stb. kóroktanában bizonyos közös vonásokat keresnek. Véleményem szerint mindezen atóniás jelenségek részletei az

általános szöveti atonia kérdésének. Másszóval a méhnek vagy alsó szakaszának, a méh nyaki mirigyeknek, vagy akár a bőrmirigyeknek, a vesemedencének, bélnek, az érrendszer izolált, vagy nagyobb területének atoniás jelenségei éppen úgy az általános szöveti atonia kérdésébe illesztendők, mint a prolapsusok, descensusok, herniák, stb. Tudjuk, hogy terhességi pyelitis esetén a terhes méh nyomása, ureter megtöretés, stb. okozta pangásnak kiváltó, elősegítő szerepe lehet, a hangsúly mégis, a vesemedence-ureter atoniáján van (Stoeckel). A genitális prolapsusok, inversiók, stb. keletkezésében az előrement szüléseknek, mechanikus okoknak, daganatok vonaglásának, stb. elősegítő, kiváltó szerepük lehet (vannak veleszületett prolapsusok is, feltűnő, hogy legtöbbször spina bifidával kapcsolatban!), a lényeg mégis a függesztő és támasztó készülékek atoniája. Így conglutinatio esetén is a méhszájösszetapadás, a szülőerők helytelen iránya kiválthatják, elősegíthetik a kórkép kibontakozását, mégis az alsó méhszakasz herniaszerű kórképe egészében véve elsősorban atoniás jelenség.

A tónus élettani, az atonia (hypertonia) kórtani fogalmi még nem teljesen tisztázottak. Anélkül, hogy részletekbe bocsátkoznék, klinikai szempontból helyesnek látnám, ha a szöveti atoniának tartott változott funkciót — hűdés-atonianak (hypotoniának) neveznénk. E megjelölés szerint a hűdés-atonia változott szöveti funkciójának alapja a központi vagy peripheriás idegrendszer zavarában, annak kisebb-nagyobb méretű hűdésében, az izgalom-hypertonia ugyancsak idegrendszeri zavarban, annak kisebb-nagyobb méretű izgalomában volna keresendő.

A hűdés-atonia (hypotonia) és az izgalom-hypertonia fogalmában jelentősebb, sőt lehet, hogy az összes kórtani kérdések fonódnak össze. Emlékeztetek arra, hogy egyik dolgozatomban terhességi hűdéses-atonias kórjelenségek, a pyelitis-ileus kapcsán hívtam fel a figyelmet a góctoxinok jelentőségére, szükségszerűen egybefoglalva a toxicosisokon, gyermekági lázon keresztül a daganatokat, petemellékrész, sőt petemegbetegedéseket is. Az eklampsia góctoxinok okozta idegrendszeri izgalmi-hypertoniás, a pyelitis-ileus és általában a szöveti atoniák ugyanazon toxinok okozta idegrendszeri hűdéses-atonias (hypotoniás) jelenségek volnának. Az Arch. f. Gyn. 1936., 162. köt. 497. o. megjelent eklampsia dolgozatomban felhívtam a figyelmet a góctoxinok idegrendszeri hatásaira. Az idegrendszeri, főképen hűdéses jellegű görcsnélküli eklampsiában láttam azt a szoros kapcsolatot, ami a gyermekági lázat és convulsiós eklampsiát közös kóroki alapon köti össze. A szoros kapocs az idegrendszer, közös kóroki alap a góctoxin. Bizonyos hűdéses-atonias és izgalmi-hypertoniás terhességi kórképekkel együttesen észlelt daganatféleségek miatt arra a gondolatra jutottam, hogy talán a daganatképződésben a góctoxinok okozta idegrendszeri trophicus zavaroknak is szerepük lehet. \*) A kérdést a jövő fogja eldönteni. Egyelőre lényeges az a klinikai tapasztalat, hogy a hűdéses-atonias és izgalmi-hypertoniás jelenségek a különböző betegeken különböző fokon, hol együttesen, hol külön-külön, hol egymást követőleg észlelhetők.

A szöveti atoniák keletkezésében tehát a góctoxinok okozta idegrendszeri zavarokra fogjuk figyelmünket fordítani. Nem befolyásolhat bennünket ezirányú megfigyeléseinkben az a körülmény, hogy atoniák sorozatában (pyelitis, prolapsus, stb.) a klinikai tapasztalatok szerint alkati kérdések is szerepelnek. Megfigyeléseim szerint ugyanis erősen vitatható az, vajjon a veleszületett kóros alkat élettani erők variációja-e, vagy élettani és kórtani (pyogen, tbc.-s és lueses) erőkből származó eredőnek te-

kinthető-e. Az utóbbi esetben a veleszületett és átörökölhető, góctoxinokból származó idegrendszeri zavarokkal is számolnunk kell.

A kérdés horderejét igyekeztem megvilágítani akkor is, amikor arra mutattam rá, hogy a vesemedence-ureternek a góctoxinok által feltételezett hűdéses-atonija teszi lehetővé a bakteriumok elszaporodását, tehát a pyelitisnek, illetőleg a pyelitisen keresztül esetleg fellépő sepsisnek létrejöttét. Kermauner a Deutsche Ges. für Gyn. wieni 1925-ben tartott congressusán a postpartalis vérzésekről tartott referatumban hajlandó volt az atoniás vérzéseket és a fájásgyengeséget is latens puerperalis fertőzéssel kapcsolatba hozni. Megfigyeléseim, bizonyos góckiirtásokkal elért gyógyeredményeim alapján úgy látom, hogy a gyermekági láznál, akárcsak a pyelitis-sepsisnek létrejöttékor, genitális (elsősorban ér) szövetek góctoxin okozta idegrendszeri hűdés-atonias állapota teszi lehetővé a bakteriumok elszaporodását és invasióját.

Ezeket a kérdéseket csupán nagy vonalakban akartam érinteni, hogy esetemet megfigyeléseimből, gyógyeredményeimből leszűrődött tanulságok megvilágításába helyezhessem. — A conglutinatio jelen esetben nephropathiával-oedémával kombinálódott. A nagyfokú oedemat, valamint a nephropathiát is angioneuritikus, végeredményében tehát toxinok okozta idegrendszeri zavarokra vezetem vissza. Ugyanezen toxinok okozta idegrendszeri zavaron nyugodna a méhszáj összetapadását előidéző kóros cervixmirigyműködés és az alsó méhizomszakasz atoniája is. Ezek együttesen képeznek alapját annak, hogy conglutinatióval a méhszáj tágulása és a cervixfal felszedődése akadályozott. Az idegrendszeri hűdéses-atonias és izgalmi-hypertoniás jelenségek előidézőit esetemben a klinikai észlelés és vizsgálatok által kimutatott góccok toxinjaiban vélem látni.

A góctoxinok okozta idegrendszeri elváltozásoknak morphologiai kimutatása kórboncolási feladat. A törvényszéki orvostan mérlegelni fogja a jövőben azt is, hogy milyen szerepet játszhattak a góctoxinok idegrendszeri hatásai az éppen szóbanforgó és orvosi műhibának minősíthető (laesio, elvérzés, sepsis) eset létrejöttében.

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

## A fehérvérsejtek cholesterolin ingadozása acut fertőző betegségekben.

Irta: Bokrétás András dr., egyetemi tanársegéd.

A vérben lejátszódó physiologiás folyamatok legnagyobb része a lipidok jelentős részvételével zajlik le. Ezen lipidok közül főleg a cholesterolin az, melynek állítólag nagy a jelentősége egyrészt — bár ezt sokan tagadják — bizonyos betegségek létrejöttében (mint pl. az arteriosclerosis), másrészt fertőzőes toxikus betegségek elhárításában. Az elhárító működés egyrészt a cholesterolin méregkötő képességén, másrészt a cholesterolin immuntestképzést fokozó hatásán alapul. Ez utóbbit Surányi bizonyította cholesterolinrel táplált állatokon. A test csaknem összes sejtjei és nedvei tartalmaznak cholesterolint, melynek eredetére Gaál András és Groák Béla is végeztek vizsgálatot. Legtöbbet a vérserumban vizsgálták a cholesterolintartalom ingadozását physiologiás és kóros körülmények között. A heveny fertőzőes megbetegedésekben a lázas szak alatt hypocholesterinaemiát találunk, melynek oka lenne egyrészt a cholesterolin elhasználódása a mérgező termékek megkötésekor, másrészt a hiá-

\*) O. H. 1936. 48. sz. és Magy. Nögy. 1936. 11. sz.

nyos táplálkozás. A láztalanodással egyidejű hypercholesterinaemiát francia szerzők az immunizáló folyamatok fokozódása jelének tartják. — A vércholesterintartalom ingadozásának foka a fertőző betegségekben két factortól függ: egyik az infectio intenzitása, a másik az infectio tartama. Mennél enyhébb az infectio, annál csekélyebb a cholesterin ingadozása.

Bürger szerint a plasma cholesterintartalmának physiologiás ingadozásaiban a vér sejtjes elemeinek részük nincs. A vizsgálók a vörösvértestek cholesterintartalmát kb. 100 mg%-ban, a fehérvérsejteket pedig 500 mg% körül találták.

Az alant részletezendő vizsgálatok a fehérvérsejt-cholesterintartalom ingadozásainak megállapítására irányultak a fertőzések megbetegedésekben. Lázás, elesett betegetől több ízben kellett vért venni, így valamilyen kis vérmennyiségekkel dolgozó mikromethodust kellett alkalmaznunk. Mivel igen kis mennyiségű cholesterin meghatározásáról volt így szó, gravimetriás methodust alkalmazni nem lehetett. A színreactio elvégzésekor az összes eredményt befolyásoló faktort (idő, hő, fény, stb.) legpontosabban szem előtt tartva és a leolvasást Stufenphotometerrel végezve sikerült meglehetősen pontos összehasonlító értéket nyernem. A fehérvérsejteket Szilárd Pál methodusa szerint izoláltam. Az izolált fehérvérsejteket kis félgömb alakú, 1 cm. átmérőjű ezüstedénykébe téve, exsiccatorban beszárítottam. Pár órás beszárítás után ezen fehérvérsejteket tartalmazó edénykét torsios mérlegen lemérve, az edényke súlyát már megelőzően meghatározva, kiszámítottam a beszárított fehérvérsejtek súlyát. Ezen beszárított fehérvérsejtekből Acél előírása szerint szappanosítás után chloroformmal kivonva a cholesterint, Liebermann-féle színreactiót állítottam elő, melynek fokát azután Stufenphotometerrel olvastam le. A cholesterintartalmat kiszámítva, ezt 100 gr. nedves fehérvérsejtre számítottam át: a nedves fehérvérsejteket a száraz fehérvérsejtek háromszorosának véve.

30 egyénnél 91 meghatározást végeztem. Először egészséges egyéneken vizsgáltam a fehérvérsejtek cholesterintartalmát, melyet 440—510 mg% közt ingadozóknak találtam. Az irodalomban leírt ilyen meghatározások hasonló értékeket mutattak.

Másodszor leukaemiás betegeken végeztem vizsgálatokat. Lymphoid leukaemia besugározatlan esetében kétszeresét, 330 mg%-ot, tehát igen alacsony értéket találtam. Ezzel szemben a myeloid leukaemia besugározatlan esetében 660 mg%-ot, tehát a normalisnál magasabb értéket találtam. Ez arra utalna, hogy a myeloid elemek fiatalabb alakjai cholesterindúsabbak, mint a lymphoid elemek. Besugárzás után mindkét leukaemiában emelkedett a fehérvérsejt cholesterintartalma.

Boyd nőgyógyászati lázas betegségek (abortus, puerperalis sepsis, stb.) esetén vizsgálta a fehérvérsejtek cholesterintartalmát, melynek fokozódását jó, csökkenését rossz prognosis-jelnek tartja. Helyi genyedéses (abscessus perinephriticus), sepsises, scarlatinás, meningitises, hastypusos, pneumoniás, ill. bronchopneumoniás és tetanusos betegeken végeztem vizsgálatokat.

A helyi genyedéses (abscessus perinephriticus) betegen a fehérvérsejt cholesterintartalmát alacsonynak (426 mg%) találtam, tb-s empyma esetén valamivel magasabb értéket (590 mg%).

A sepsises betegeken egy héttel, három nappal, illetőleg egy nappal a halál előtt 680—650 ill. 560 mg%-ot, tehát a magas értékek fokozatos csökkenését észleltem.

Scarlatina lázas időszakában kissé fokozott a cholesterintartalom (620 mg%), mely a reconvalessentiában

igen magas fokot (1150 mg%) ért el. Egy másik halálos esetben két nappal a halál előtt az érték meglehetősen alacsony (460 mg%) volt.

Meningitis basilarisban és influenzás meningitisben a lázas szak alatt magas (710, ill. 740 mg%) értéket kaptam, mely az első esetben az exitus előtt 4 nappal csökkent (640 mg%-ra), az utóbbi esetben a reconvalessentiában viszont erősen fokozódott (860 mg%).

Bronchuopneumoniákban és lobaris pneumoniákban az első héten legtöbb esetben igen alacsony a fehérvérsejt cholesterintartalma (340—380 mg%), mely a láztalanodás után fokozatosan magasra emelkedik (800—900 mg%-ra), hogy azután a normalis értékekre süllyedjen vissza.

A legalacsonyabb értéket a lázas szak alatt typhus abdominalisban észleltem (193—320 mg%). Itt a láztalanodás után csak mérsékelten emelkedik a normalis fölé (530—770 mg%).

Végül tetanus-esetekben 5 nappal a halál előtt igen magas (900 mg%), három nappal a halál előtt már alacsonyabb (610 mg%), s végül 2 nappal a halál előtt igen alacsony (250 mg%-os) értékeket kaptam.

A vizsgálat alapján megállapítható, hogy a serum és a fehérvérsejt cholesterintartalma körülbelül hasonlóan viselkedik, bár nem haladnak pontosan párhuzamosan. A hypercholesterinaemiás szakban a fehérvérsejtek kicsit később érik el a legmagasabb cholesterin-értékeket és később is csökkennek a normalisra, mint a serum ch-értékek. Nagy eltérést a serum és a fehérvérsejt cholesterintartalma között csak egy ízben észleltem: a ty-nak icterussal szövődött esetében, mikoris a fehérvérsejtekben subnormalis (320 mg%) érték, a serumban pedig hypercholesterinaemia (280 mg%) volt észlelhető. Tehát a májzavarok már régóta ismert serum-hypercholesterinaemiáját a fehérvérsejtek cholesterintartalma nem követi. Ez is bizonyítéka annak, hogy a fehérvérsejt cholesterintartalma nem egyszerű függvénye a serum cholesterintartalmának.

A fehérvérsejt-cholesterintartalom, fehérvérsejtszám és qualitativ kép közt összefüggést kimutatni nem lehetett.

*Összefoglalva* azt látjuk, hogy általában a lázas szak alatt a fehérvérsejt cholesterintartalma kevés. Ez igen kifejezett typhusban és pneumoniában, míg a többi betegségben nem ennyire. A láztalanodás után a fehérvérsejtek cholesterintartalma magasra emelkedik, főleg a pneumoniában és a skarlátban, legkevésbé kifejezetten pedig a ty-ban. A fehérvérsejt cholesterintartalmának emelkedése helyetti süllyedő irányú, vagy a fokozott értékről subnormalisra csökkenő értéke az exitus letalis előjele. Ezen vizsgálatok azonban nem felelnek arra a kérdésre, hogy az észlelt ingadozások egyszerű transport kifejezői, avagy pedig a fehérvérsejtek fokozott küzdőképességének jelei.

---

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

---

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

## Módszer a duodenum-bulbus feltöltésére.

Irta: Szabó Tibor dr.

A duodenum-bulbus, valamint közvetve a pylorus-tájék átvilágításos és felvételes vizsgálatának sikere függ a kifogástalan projectiótól és a megfelelő bulbus-telődés elérésétől.

A bulbus, a máj és a gerincoszlop topographiai viszonyának figyelembevételével, a *Ratkóczy* által ajánlott extrem dextro-sinistral helyzet és az ebben alkalmazott műfogás által érhető el a legtisztább projectió, amelyből kiindulva, a beteg célirányos forgatásával jól áttekinthető a bulbus minden részlete.

Ismert tény, hogy már normalis körülmények között bizonyos idő telik el addig, amíg a pylorus-csatorna láthatóvá lesz és gyakran a gyomortelődést csak hosszabb idő múltán követi a bulbus telődése. A bulbus-kitöltés elérése ugyanis függ mindazoktól a tényezőktől, amelyek a pylorus nyitását, illetve zárását befolyásolják. Ezen tényezők során úgy a pylorus reflex, valamint a peristaltika szerepére vonatkozólag, újabban jogos kételyek merültek fel. *Sorkin* kymographiai vizsgálatai szerint a pylorus nyitásában kizárólagos tényezőnek a gyomor-peristoletet tekinti, míg a pylorus zárásában a peristaltika szerepelne oly módon, hogy valamelyik hullám elérve a pylorust, kiváltja annak záródását. *Götze* viszont a gyomortartalom hydrostatikus nyomására mutatott rá a gyomor-mechanikus szempontjából. Mindezek mellett a vegetatív idegrendszer gátló és serkentő impulzív hatásával, mint a correlatív szervműködések szabályozója bír különös jelentőséggel. Ezen különböző tényezők szerepe teszi érthetővé, hogy a pylorus nyitásától, illetve zárásától feltételezett bulbus-telődés gyors- és tartós elérése céljából alkalmazott eljárások nem vezetnek kielégítő eredményhez.

A legtöbb módszerben (különböző compressiók, effleurage, stb.) az alkalmazott fogások mindenek szerint peristole-szerűen hatnak a pylorusra. Ugyancsak ennek juttat kizárólagos szerepet *Marmur* abban, hogy a folyadék gyorsabban hagyja el a gyomrot, mint a szilárd étel, bár a hydrostatikus nyomás szerepe, valamint a pylorus-csatorna számára a könnyebb passage szempontjából megfelelő consistencia is számításba veendő. A hígabb pép alkalmazása, tehát a bulbus feltöltése céljából előnyös (*Holzknicht*). A legmegbízhatóbb eljárásban, a *Haudék* által ajánlott jobbrafektetésben (esetleges medence-felcolóással, vagy compressióval), a peristole mellett a gyomortartalomnak a kiürülés irányában történő elhelyezkedése és a pylorus nyitásához a fektetés által adódó hosszabb időtartam is szerepel.

Specialis bulbusvizsgálati módszerként ajánlották *Skinner* és *David* a bulbusnak duodenum-sondán át történő feltöltését. Ezen kivételében körülményes és a betegre nézve sem indifferens vizsgálat, már a sondának és olivának zavaró árnyéka miatt sem nyert általános alkalmazást. Még kevésbé vált be *Pribram* methodusa, aki sondán át contrast-pép és levegő bejuttatásával vizsgálja a bulbusreliefet, amely eljárás nem mondható éppen veszélytelennek. Szellemes, kevésbé veszélytelen, de annál körülményesebb *Nordwig* módszere, melyben a beteg Trendelenburg-helyzetben fekszik és így az antrumba emelkedett gyomorlégőhólyaggal kitölthető a bulbus.

Mindezen, olykor körülményes, a betegre nézve kellemtelen hosszadalmas eljárások mellett az ismertető módszer sok tekintetben előnyösnek látszik. Vizsgálataink

során ugyanis azt tapasztaltuk, hogy olyan esetekben is, amikor a nehezen telődő bulbus kitöltése céljából használatos eljárásokkal megfelelő bulbus-telődés elérhető nem volt és az csakis jobbrafektetéssel lett volna várható, a gyomor középső harmadára kifejtett enyhe nyomás mellett, egyidejűleg a beteggel végeztetett mély be-, majd ezt követő hirtelen kilégzéssel, jó bulbus-telődés érhető el. A telődés a hirtelen végzett kilégzés pillanatában egyszerre következik be, mintegy „betör” a pyloruson át a contrastanyag a bulbusba. — Ezen eljárással a vizsgálat folyamán bármikor ismételt bulbus-telődés érhető el. Az effleurageval végzett kitöltések, melyek sokszor a legkiméletesebb technika mellett is fájdalommal járnak, elkerülhetők. A jobbrafektetés is csak kevés esetben vált szükségessé. Olyan üzemekben tehát, ahol az átvizsgálendő napi beteganyag nagyszámú, időkimérlést, de egyúttal hosszabb manipulációk elkerülésével nem utolsó sorban sugárkimérlést is jelent az egyszerű módon, könnyen és gyorsan elérhető és többször megismételhető bulbus-telődés.

*Plaschkes* leírja, hogy többszöri mély légvétellel kapcsolatosan peristaltika fokozódást, illetve megindulást észlelt, amikor a fokozódó peristaltika hatására idővel megnyílhat a pylorus is. Amerikai szerzők, mint *Hruby*, *Litschgi* és *Joannides* szerint is a rekeszmozgás vezeti be és tartja fenn a peristaltikát, mégpedig azáltal, hogy a bal-rekesz összehúzódása a gyomorfundusra kifejtett nyomásával növeli a gyomorürnyomást, ez pedig a gyomorfalra kiható feszítő hatásával peristaltika kiváltásához vezethet. Igazolja ezt az is, hogy baloldali phrenicotomia esetén a belégzésnek a peristaltikára kifejtett hatása elmarad. Jobboldali rekeszbénulás erre hatással nincsen.

A leírt módszerben azonban kizárólag a kilégzés, még pedig a hirtelen kilégzés pillanatában és vele egyidejűleg nyílik a pylorus és telődik a bulbus. Ennek elérésére sokszor már egyetlen hirtelen végzett kilégzés is elegendő. Tehát, hogy ezen eljárásban peristaltikafokozódás nyitná meg a pylorust, melynek lehetőségére *Plaschkes* vizsgálatai utalának, szóba nem jöhet. — *Danielopolu* a peristaltika kiváltódásában, a hyperpnoe következtében fellépő alkalosisnak és ezúton a vegetatív idegrendszernek tulajdonít jelentőséget. Hogy ezen módszerben ennek esetleges szerepe volna, már azért sem valószínű, mert egy-két mélyebb légvétel számbajövő alkalosist nem okoz, de egyébként is a légvételeket közvetlenül követő, velük szinte szemelláthatólag közvetlenül összefüggő jelenségről van szó, ilyen értelmű hatás tehát nem feltételezhető.

Az ismertetett eljárásban a bulbus-telődés létrejöttében főleg két factor szerepelhet.

Az említett amerikai szerzők szerint mély belégzéskor az összehúzódó rekesz leszorítja és egyidejűleg összeszorítja a fundust, ugyanakkor az antrum és a pylorus-tájé kitágul, aminek ellenkezője történik kilégzéskor. Ha tehát eközben a gyomor középső harmadára nyomást gyakorolunk, úgy peristoleszerű, nagyobb nyomásfokozódást létesíthetünk az antrum részben, mint az egyszerű effleurageval. A hydrostatikus nyomás ugyanezen okból szintén emelkedik. Mindkét körülmény pedig a pylorus nyitásában számottevő tényező.

További factorként a máj-duodenum szalagrendszernek is szerepe lehet olyképen, hogy a máj követve a rekeszmozgást, a máj-duodenum-szalag a hirtelen kilégzésben megfeszül és ezen húzó hatás révén elősegítheti a bulbus telődését. Ezen feltevést támogatja azon körülmény, hogy a telődés a kilégzés pillanatában hirtelen kö-



vetkezik be, továbbá, hogy jobboldali phrenicustmütét után, amikor ezen szalagrendszer feltételezett szerepe megszűntnek tekinthető, bulbusztelődés ezen eljárással el nem érhető.

**Összefoglalás:** Az ismertett módszer előnye, annak egyszerű és kiméletes kivitelében, a gyorsan és könnyen többször megismételhető bulbusztelődés élerésében mutatkozik.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**Mellékvesekéreg-virilismus.** *W. Saphir és N. L. Parker.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1936. 107. k. 16. sz.).

15 éves leány kórtörténetét közlik, aki hirtelen amenorrhoeás lett, férfias szőrzete nőtt, hangja mély lett, egy év leforgása alatt 14 kg.-t hizott. Teljesen normalis physicalis és röntgen-lelet mellett vizeletének 1000 cc-e 5000 egérgyógyeni oestrogen anyagot tartalmazott. Laparotomia alkalmával a mellékvesék normalisaknak bizonyultak, a jobb ovarium azonban valamivel nagyobb volt a balnál és apró cysták látszóttak rajta. Ezt az ovariumot eltávolították. Műtét után a beteg nem hizott tovább, újra normalisan menstruált. Szövet-tani vizsgálatok az ovarium szövetébe beágyazott mellékvesekéreg szövetet találtak. Magyarazza ezt a szövettani leletet az a körülmény, hogy a mellékvese-kéreg és a genitális mirigyek közös embryonalis eredetűek. Eltávolított mellékvesekéreg-csirok előfordulhatnak nemcsak az ovariumokban, hanem a retroperitonealis térben, vagy a ligamentum lútumban is. Ezeknek az elszórt kéregelemeknek a hyperfunctiója normalis mellékvesék mellett is okozhat mellékvesekéreg-eredetű virilismust.

*Podhradsky dr.*

**Glossopharyngeus-neuralgia.** *W. B. Hoover és J. L. Poppen.* (Journ. of Amer. Med. Ass. 1036. 107. k. 13. sz.)

A IX. agyideg típusos „idiopathiás” neuralgiája csak 1920. óta ismeretes, aránylag ritka betegség. A fájdalom hirtelen, igen hevesen lép fel a glossopharyngeus érzőterületében (nyelv hátsó  $\frac{1}{3}$ -a, garatfal, tonsillák környéke), kiválthatja mindenféle inger, amely ezekre a helyekre hat: tehát nyelés, ásítás, köhögés, orvosi beavatkozás, stb. Néhány esetben fülészti beavatkozás is kiváltotta a rohamot. Ha sürün jelentkeznek a rohamok, a beteg sem táplálkozni, sem aludni nem tud. Belgyógyászati kezelésére legalkalmasabb a napjában többször ismételt trichloroethylen-belégzés, gyökeresen megszüntetni a fájdalmakat azonban csak az ideg intracranialis átvágásával lehet. A műtét állítólag nem veszedelmesebb, mint a glossopharyngeusnak a nyak felől történő felkeresése, sőt célszerűbb is ennél, mert kisagy-hidzögleti daganat is okozhatja a fájdalommaságot, már pedig ilyen esetben sem az alkohol injectio, sem az ideg nyaki átmetszése nem vezet eredményre. Az intracranialis átvágás után a garatizmok beidegzésében kiesés nincs, csupán a nyelv hátsó  $\frac{1}{3}$ -án vész el az ízérzés.

*Podhradsky dr.*

### Sebészet.

**A hasnyálmirigy hypophysis és mellékvesék szerepe a kísérletes, pancreas eredetű cukorbeteg hyperglycaemiájának keletkezésében.** *Leon Kepinov.* Paris. (La Presse Medicale 1936. X. 21.)

Szerző az idevágó irodalom kísérleti eredményeiből megállapítja, hogy az a feltevés a legvalószínűbb, mely szerint a depancreatizált állatok diabeteses hyperglykaemiája kifejlődésében több tényező játszik szerepet. — A cukoranyag-cserét több endocrin mirigy, főképpen a hasnyálmirigy, hypophysis és mellékvesék antagonista működése szabályozza. — Kísérletei több más szerzővel összhangban megállapítják, hogy a depancreatizált kutya vérében bizonyos hyperglycaemiát előidéző anyagok vannak, melyek hypophysis eredetűek. — Továbbá kiténik, hogy az insulin a cukor elégetésében a hypophysis hormon pedig a cukorképző folyamatokban játszik fontos szerepet. — A kísérletek eredményéből az a feltevés vonható le, hogy a hyperglycaemiát a hypophysis-hormon az adrenalinnal karöltve, synergista módon hozza létre.

*Roska Lajos dr.*

### Szülészet.

**Szülés alatt recidiváló sepsis, a magzatra átmenettel.** *H. Kraatz.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 27. sz.).

20 éves I. gravida kórtörténetét ismerteti, akit lázas állapotban, terhessége VIII. hónapjában, megindult szülőképességgel szállítottak be klinikájukra. Az asszony 7 héttel a szülés előtt a bal lábán súlyosan megsérült, septikus infectiót kapott, mely látszólag meggyógyult. A csirok azonban diaplacentaris úton a magzatba is átmentek és nyaki, valamint háti gerincoszlopának határán tályogot okoztak. A magzat harántfekvésben helyezkedett el és a forditás és extractio alkalmával a tályognak megfelelő helyen a gerincoszlop fracturája következett be. A gyermekágyban 6 hidegrázással járó septikopyaemiás hőmérséklet, melyet intravenás alkohol és Balkanol-injectiókkal kezeltek. 55. napon hazabocsátották. Véleménye szerint a magzaton kívül, a placentában és a méh falában is maradhatnak latens csirok, melyek a fájástevékenység hatása alatt, a méhizomzat eltávolítása következtében, már álló burok mellett fellobbanhatnak és esetleges operatív beavatkozások alkalmával a vérpályába préselődhetnek. A lázas gyermekágy okát esetében ilyen alapon véli megmagyarázni. A csirok átvándorlását diaplacentaris úton a magzatba állatkísérletek alapján teljes bizonyossággal kimutatták és alig van csira, melyet a placentában ne mutattak volna ki. Egy, a terhességben lefolyó, sepsis megítélésekor, tehát ha az meg is gyógyult, óvatosságnak kell lenni, mert lázas visszamaradó csirok a szülés alatt újabb fellobbanásra adhatnak alkalmat.

*Abrahám János dr.*

**A vörösvérsejtsüllyedés és fehérvérsejtszám jelentősége az operatív nőgyógyászatban.** *G. Kugland.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 25. sz.).

308 esetben végzett rendszeres süllyedésvizsgálatot és fehérvérsejtszámolást nőgyógyászati műtéttekkel kapcsolatban. Általános érvényű szabály a műtét időpontjának megváltozását illetően a süllyedés és fehérvérsejtszám alapján szerinte nem állítható fel. A méhfüggelék gyulladással megbetegedése esetén végzett műtét után zavartalan lefolyású gyógyulást csak akkor remélhetünk, ha a műtétet megelőzően úgy a vörösvérsejtsüllyedés értéke, mint a fehérvérsejtszám normalis volt. — Kisebb műtéttek, (méhkaparás, próbakimetszés) egy óránál gyorsabb süllyedés mellett is nyugodtan elvégezhetők, ha a fehérvérsejtszám nem emelkedett, s ha a süllyedésgyorsulás oka nem adnexgyulladás. — Általában minden műtét előtt kívánatos a süllyedésvizsgálat és fehérvérsejtszámlálás elvégzése s ezek eredményének egybevetése a klinikai lelettel.

*ifj. Mauks Károly dr.*

**Veleszületett elmeengesség és genitális fejlődési rendellenességek.** *Sigwart.* (Zbl. f. Gyn. 1936. 27. sz.).

Kisszámú eugenetikusan sterilisatiós műtéttek kapcsán három esetben észlelte a genitális fejlődési rendellenességét. Két esetben kifejezett mellékszarképződés volt jelen, egy esetben uterus bicornis unicollis. Ha ismeretes is, hogy veleszületett elmebaj gyakran testi fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos, mégis ezen gyakoriságot érdemesnek tartja megemlíteni, mert több ezer, egyéb okból végzett laparotomia kapcsán ilyen rendellenességekkel alig találkozott.

*Abrahám János dr.*

### Szemészet.

**A dystrophia corneae totalis esetén végzett szaruhártya átültetéséről.** *Friede,* (Ztschr. f. Augenhk. 99. k. 6. f.)

Az egész szaruhártyára kiterjedő rácos és csomós el-fajulás gyógyszeres kezelése kilátástalan. Talán a széli részek némi tisztulása észlelhető, azonban a központi szaruhártya részre ez nem terjed. A szaru lekaparása sem hoz jelentős eredményt, ugyanígy az optikai iridectomia sem. Csupán a keratoplastikától remélhető látásjavulás, azonban *Elschnig, Stanka* és még néhány szerző ilyenirányú elszórt próbálkozásai sem számolnak be biztató eredményekről. Szerző három esetben próbálkozott minden kezeléssel dacoló szaruhártyael-fajulás esetén a szaru egész vastagságára vonatkozó homoplastikával s eredményei a fenti szerzők pessimismusát megcáfolták. Egyik esetében pl. a visus, amely műtét előtt  $\frac{3}{4}$  méterről ujjolvasás volt, szaruhártya átültetés után  $\frac{1}{4}$ -re, tehát  $\frac{5}{20}$ -ra javul s az eredmény tartós volt. Szerző azt ajánlja, hogy először egy központi szaruhártya átültetés végzendő s amennyiben ez elhomályosodna egy teljes szaruhártya átültetés után — mivel ez részlegesen mindig el-

homályosodik — újabb centralis szaruátültetés végleges eredményt hozhat.

(A szemklinikán jelenleg ápolásunk alatt áll egy férfi-beteg, akin csomós elfajulás miatt mindkét szemén központi szaruátültetést végeztünk s a beültetett szarukorong átlátszóságát megtartva szépen megtapadt. Az átültetett szarukorongot melanosarcoma miatt eltávolított szemből vettük. Ref.)

Németh Lajos dr.

**Tanulmány az ideghártya központi verőérében uralkodó vérnyomásról:** Dr. Suganuma (klin. Monatsbl. f. Augenhk. 97. k.)

Az ideghártyai erekben uralkodó vérnyomás ismerete a modern szemészet egyik fontos feladata. *Builiart*, *Maglot* és *Vancea* stb. ezirányú kutatásaival foglalkozik, majd saját kutatásainak eredményéről számol be. Vizsgálatait az általános vérnyomásemelkedés különböző formáiban, valamint az izolált agyi vérnyomásemelkedés eseteiben végezte. Az utóbbiak közé azon eseteket sorozza, ahol az általános vérnyomás rendes, csupán az ideghártyai verőérnyomás magasabb. Eseteiben ezen hipertensio nemcsupán bizonyos megbetegedésekben; mint agygyulladás, terhességi vese, epilepsia stb. található, hanem az essentialis hypertonia, vagy chronikus nephritis bizonyos stádiumaiban is. A hypertoniának ezen formája nem is olyan ritka, csupán könnyen elnézhető.

Az ideghártyai verőeres nyomás viszonya az általános vérnyomáshoz = 56 : 100-hoz essentialis hypertoniánál; chr. nephritisnél. valamint secundaer zsgorvесе esetén = 51 : 100-hoz.

Az ideghártyai erek lefutása, valamint a kaliber és reflex változásai nincsenek állandó viszonyban a központi verőér vérnyomás magasságával. A Gunn és Salus tünet a verőérfal tonus fokozódása és vérnyomás emelkedés által jön létre és igen kifejezetté válik, ha egyidejűleg organicus elváltozások is találhatók az érfalakon. Ezen tünetek többékevésbé kifejezett volta sincs párhuzamos viszonyban a retinalis vérnyomás magasságával. Szerző szerint az intracranialis és intracranialis keringési viszonyok biztos diagnózisához és belgyógyászati és szemfenéki vizsgálat mellett még hozzátartozik a retinalis éryomás vizsgálata is.

Németh Lajos dr.

## Gyermekgyógyászat.

**Füledetű genyes fültőmirigygyulladás gyermekken.** Adams. (Amer. Journ. Dis. Childr. 1936. 52. 608.)

5 hónap alatt 5 esetet észlelt, amikor is a középfülgyulladással egyidejűleg genyes parotitis fejlődött ki a gyermekeken. A betegség tüneteit a fülfolys, a parotis-táj egyoldali fájdalmas duzzanata, a szájszár és magas láz képezte. A fül előtti daganat egyik-másik esetben ráterjedt az orbitára, vagy hátra a mastoidealis tájra. A baj keletkezését úgy magyarázza, hogy a fültőmirigygyulladást a lymphatak közvetítésével a középfülgyulladás idézte elő. A kezelés sebészeti: incisióból áll. Differentiáldiagnostikai szempontból fontos a betegségnek elkülönítése a közönséges, vagy a zygomato-mastoidistól, olykor a járványos fültőmirigygyulladástól. A geny kiürülése után a betegség rövid idő múlva meggyógyul.

Geldrich János dr.

**Diphtheria kezelése ascorbinsavval.** Otto. (Klin. Wschr. 1936. 15.)

Annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy az ascorbinsav mennyiben hatásos a diphtheria kezelésében, 50 kezeletlen eset gyógyulási eredményét hasonlította össze 42 ascorbinsavval kezelt eset eredményével. (Minden esetben adott azért pro kg. 55 I. E. diphtheria-serumot.) Az ascorbinsavval kezelt esetekben a gyógyulási arány nem volt jobb, mint a kezeletlen esetekben, ezért az ascorbinsavat, mint kizárólagos gyógyszert a diphtheria kezelésében nem tartja elégségesnek.

Móritz Dénes dr.

**A thrombocyta értékek összehasonlító vizsgálatairól a gyermekkorban.** Kassay—Farkas. (Arch. f. Khk. 184 k. 1. f. 1936.)

200 gyermekben, akik közül csak hat esetben volt kimutatható a vérképző apparatus zavara, összehasonlítólag vizsgálta a thrombocytaszámot *Fonio* és *Jürgens* szerint. Az esetek 70%-ában *Fonio* módszerével alacsonyabb átlagos értékeket talált. Középtérték *Jürgens* szerint: 463.000, *Fonio* szerint 244.000 volt. A gyermekek kora, az egyes vércsoportok és a thrombocytaszám magassága közt összefüggést nem talált. *Jürgens* módszerével a thrombocytaszám sokkal állandóbb értéket mutat, azért megbízhatóbbnak tartja.

Martyn Róbert dr.

## Orr-, torok- gégegyógyászat

**A lipijodol therapiás alkalmazásáról agytályogok esetében.** Karbowski. (Mschr. für Ohrenhk. u. Rhino. Lar. 1936, 8, f.),

Lipijodol eddig csak mint contrast anyag szerepelt az agytályogok röntgen diagnosztikájában és a felvételekben nagy gyakorlati jelentőségük volt. Így pld. *Uffenorde* és *Meyer* eseteiben lipijodol segítségével tünt ki a tályog át-törése az oldalkamrákba.

Szerző tudomása szerint a lipijodolt az agytályogok therapiájában eddig még senki sem alkalmazta. Azon tapasztalati tényből kiindulva, hogy tüdőtályogok esetében gyakori javulás, sőt tartós gyógyulás követte a töltést, szerző agytályogok azon eseteiben alkalmazta a lipijodolt, ahol a postoperatív lefolyás nem volt kielégítő. Az eredmények igen jók voltak; a tályog egy-két, vagy több töltés után kiürült, a geny helyét a lipijodol plomb foglalta el, végül pedig az üregek megkisebbedtek.

Szerző a lipijodol jó hatását részben a benne levő 40% jód erős desinfiáló hatásának tulajdonítja részben pedig annak hogy magas fajsúlyú anyag lévén, az üreg minden részét kitölti, a geny felette gyűlik össze és így annak kiürülése meg van könnyítve. A lipijodol felszívódása a bennlévő zsír elszappanosodása révén történik.

Ajkay Zoltán dr.

**Tanulmányok az ozaena köréből.** Kurata. (Folia. Otolaryng. 1936, 10 füzet.)

Az ozaena aetiologiáját illetőleg számos theoria van. A legújabb *Glasscheib*-tól ered, mely a betegséget avitaminosisnak tartja és azt A és D vitamin adagolásával parkodik gyógyítani. Szerző ezirányban kísérleteket végzett patkányokon és a következő eredményekre jutott: A és D vitaminmentes táplálékon tartott patkányokon egy, az emberi ozaenához hasonló megbetegedés jött létre a felső légutak területén, amely nap, vagy mesterséges fény (ultraviolett) behatására és acetylcholin injectiókra javult, illetőleg gyógyult. E tapasztalati tény részben a vitaminok és a fény közötti szoros kapcsolatra, részben az acetylcholin értágító hatására vezethető vissza.

Ajkay Zoltán dr.

## Bőrgyógyászat.

**Psoriasis pustulosa és annak kezelése A. T. 10-el.** K. H. Volkwein, Tübingen. (Derm. Wschr. 1936. 41. sz.)

60 éves nőbetegének kórtörténetét közli, akin 25 évvel ezelőtt struma-műtetet végeztek. 1933-ban typosos psoriasis-vulgaris, amely rövid kezelés után tünetmentessé vált, jelen állapotban pedig pustulosus kiütések alakjában recidivált. — 11% eosinophylia. Vércalcium-tartalom 5.2 mg%. Sem a szájon át, sem a vivőér útján adagolt calcium nem változtatta a 39.0—41.5 C° lázban szenvedő beteg állapotán. Javulás csak akkor mutatkozott, amikor 6 ccm A. T. 10 készítményt nyújtott, egyidejű calcium glyconicum magas adagjaival. A szer hatását a vércalcium szintre egy görbén mutatja be, amely 7 adagolás után normalis magasságot ért el. A bőrtünetek rövid idő alatt visszafejlődtek. Helyi kezelés kátrányos kenőcsökkel előzőleg hatástalannak bizonyult, az A. T. 10 adagolása után azonban kiváló szolgálatot tett.

Schmidt, La Baume és M. Schubert két impetigo herpetiformisban szenvedő beteget kezelte sikeresen a fenti készítménnyel. A készítmény egy ergosterin derivatum, amelynek mézszobilisáló tulajdonságai vannak. A kezelés csakis kórházi osztályon végezhető el; a vércalcium-tökiür ellenőrzése ugyanis elengedhetetlen, mert a tuladagolás bizonyos körülmények között súlyos, életet veszélyeztető ártalmakkal járhat. További kutatásra van szükség, hogy felismerhesük az elért gyógyeredmények és a pathogenesis közötti összefüggést.

Preininger Tamás dr.

**Familiaris intersexualitás mellett fennálló hypertrichosis röntgenkezelése és általma két nővéren.** I. Gohlisch. (Derm. Wschr. 1936. 39. sz.)

Egy 20 és 25 éves testvérpárnak kórtörténetét közli, melyből kitűnik, hogy nőbetegeli erősfokú hypertrichosisuk miatt tartós röntgenepilatióban (13 X, 2 mm. Al. filt., 2—3—6 havi időközökben) részesültek és ezt követően az arcon, az ajkakon, az állon és a nyakon a bőr röntgenártalma lépett fel. Legtöbb szerző szerint a hypertrichosis idiotypicusan feltételezett. Szerző eseteiben megemlítésre méltó az intersexualitás. Mindkét testvér alacsony, jól fejlett nő, erős férfias izomzattal és fejlett osontrendszerrel. Emlőmirigye egyiknek sem volt kifejlődve, az emlőbimbók, — miként a férfi nemen — kicsinyek és laposak voltak. A bimbóúvar

kevésbé kifejezett. A mons pubis fölött a szőrzet nem haránt irányban záródik, hanem a linea alba mentén tenyérnyi szélességben túlhaladja a köldököt. A fiatalabb nővér külső genitáliái inkább férfi nemi szerveket árulnak el, míg az idősebbiken inkább pseudohermaphroditismus femininus externus van jelen. Az intersexualitások legtöbbször öröklötték. Szerzőnek nem állt módjában a többi családtagot megvizsgálni.

Eseteiből az a tanulság vonható le, hogy női archytrichosisok kezelése előtt ajánlatos a betegeket intersexualitásukra vonatkozólag megvizsgálni és ennek jelenléte esetén a tartós röntgenepilatiótól elállni.

Preininger Tamás dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Szemölcsök, papillomák és rák.** (Warzen, Papillome und Krebs.) Baló I. és Korpássy B. (Kiadta a szegedi egyetem barátságos szövetsége a Rothermer alapítvány segítségével. Eggenberger, Budapest és I. A. Barth, Leipzig.).

Megint olyan könyv termett a magyar ugaron, amelyről hiszem, hogy az egész világ rákkutatói örömmel és hálával fogadják. Ha értékelni próbálom, hogy miért olyan kiváló ez a munka, első helyen kell említenem azt a nagy előnyét, hogy annak a magyar kórtani iskolának szülötte, amelynél a pontos szövettani kutatás nem öncél, hanem csak alkalom arra, hogy a klinika, az élet feladatait szolgálja. Már *Gener-sich* és *Krompecher* iskolája is ebből a talajból fakadt. *Buday* professor iskolája ezt az irányt még kimélyítette. A másik jó tulajdonsága, hogy mindvégig önálló, igen kiterjedt vizsgálatokon nyugszik, de emellett példás következetéssel dolgozza józan bírálattal az egész világirodalom (nemcsak a német) anyagát. Harmadik előnye, hogy hihetetlen gazdasága mellett rövid és kitűnő formában van megírva. Végül jó a stílusa és gyönyörű a kiállítása. Szeged város nyomdája és könyvkiadóvállalata nyomta. Külön kiemelendő a szövettani ábrák és fényképek kiváló minősége. Akad benne néhány sajtóhiba. A külföldre menő példányokba célszerű volna ezek jegyzékét „Errata” címén beragasztani.

Szövettani kép, kórtan és statistika az a három pillér, amelyre a könyv végső célkitűzése, a ráknak a szemölcsök-höz és papillomákhoz vonatkozása felépült. Az anyag olyan gazdag, hogy csak egy-két, különösen fontos adatra utalhatok.

1. 1480 iskolás gyermekben és egyetemi hallgatón közönséges szemölcs 5,9%-ban volt található. 1800 boncolt tetemen 5—14 éves korig 5—6%, 12—24 éves korig csak 3%-ban fordult elő. Ez a szemölcsfajta csakúgy, mint a condyloma acuminatum és a gégepapilloma szűrhető virusterméke és a szűrlettel átoltható. Mind a három féleség sugárérzékeny és a fiatalok betegsége. Az emberből vett szűrlettel az állatra is átoltható. (Saját észlelés tehénen megfigyelt szemölcs átvitelről.).

2. Az öregkori szemölcsképződés gyakorisága egyenes arányban áll a korrallal. 75 éven felül 62—63%-ban volt kimutatható. Átoltságuk ezideig nem sikerült. Valószínű, hogy a szervezetben fejlődő izgató anyagok okozzák.

3. 930 férfitetemben 180, 870 nőben 121 esetben találtak leukoplakiát a nyelocsőben. Ennek gyakorisága is a korrallal arányos. A luesselel vonatkozása nincsen. A fehér foltok a nyálmirigyek körül fejlődnek. Valószínű, hogy ezeknek váladéka és nem a lenyelt táplálék indítja meg a fejlődésüket.

4. A bél polyposisa 1100 boncolt esetben 110-ban volt található. Ezek is a korrallal arányosan szaporodnak.

5. Az arc öregkori szemölcssei néha rákosakká válnak. A keratoma senile, amely a fedetlen testrészekben fejlődik, ezekkel nem azonos.

6. Minthogy az öregkori szemölcs a nyelocső leukoplakiája és a vastagbél polypusai az életkorral párhuzamosan szaporodnak, ezen elváltozások és a rákbetegség viselkedése között analogiák állapíthatók meg. Az említett elváltozások a szervezet rák hajlamosságára mutatnak.

7. A statistika adatai szerint azok, akiknél aggkori szemölcsök fejlődnek, háromszor több rákot mutatnak, mint azok, akiknél ez az elváltozás nem található.

8. A fiatal állatokon fejlődő szemölcsöket szűrhető vírus indítja meg. (Tehén tőgyén, kutya és zergék szájnyalak-hártyáján, nyulakon.).

9. Az emberi húgyhólyag papillomáit valószínűleg vegyi inger váltja ki. A gyerekkori gége, a száj-, orr- és húgycső papillomái valószínűleg nem egységes okra fejlődnek. Vírus, mint kórokozó, a gyermekkori esetekben lehetséges. Bizonyos e kérdésben még nem mondható. A papillomák csak az idősebb korban szoktak rákosan elfajulni.

Manninger Vilmos dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület nov. 27-i ülése.

Bemutatások:

**Külley L.:** *Spondylarthritis ankylopoetica* eseteket mutat be, melyek fürdőkezelésre s activ, mobilizáló therapiára javultak. Bemutatja röntgenfelvételeiket, kiemeli ezeknek — a gerinc kis ízületeiről, ferde irányban készült — felvételeknek fontosságát a betegség korai diagnosisában.

**Bogárdi I.:** *Adatok a Rudasfürdő forrásainak biológiai hatásához.* Vizsgálta, lehet-e tengerimalacokat sensibilizálni a forrásvizekkel és azt találta, hogy az állatok a reinjectiótól erős dyspnoet kaptak. Az összes forrásvizek erősen katalytikus hatásúak, a hydrogénperoxyd bomlását siettetik. Míg a vezetéki víz alig hatott kétszer 24 óra alatt, addig a forrásvizekben csaknem teljes a bomlás. A víz minimális vastartalma, a bicarbonát és a radiumsók lehetnek a hatás előidézői. A diastaseferment hatását a keményítőemésztesre nagyon nagy mértékben növeli a forrásvíz, a diastasetiter 2—8-szorosra növekszik. A vizekben levő calciumra gondolunk elsősorban, mint a hatás előidézőjére és tényleg a megfelelő mennyiségű calcium hozzáadása létrehozta a titerfokozást. A kérdést tovább vizsgálják. A vizek úgy a nyál, mint a bélnedv és pankreasdiastasere egyformán hatnak. A szénhydratemésztes zavaroknál valószínűleg kedvező vizek hatása. A fehérjeemészto fermentre semmiféle hatást sem gyakorolnak a forrásvizek, a zsírbontó fermentet kismértékben kedvezően befolyásolják.

**Rausch Z.:** Az ásványvizek hatásukat egyrészt lokálisan az emésztőtraktusban fejtik ki fizikai tulajdonságaik révén, másrészt felszívódás útján az egyes elektro ionok specificus távolhatást fejthetnek ki. Ebben a távolhatásban szerepel az ásványvizek katalytikus és fermentativ — anyagcsere aktiváló — hatása, mely az ivókurák eredményességét alátámasztja. *Jörkendorfer* és *Lang* a katalytikus hatást a vas-, HCO<sub>3</sub>-ion és CO<sub>2</sub> jelenlétéhez köti. A Hungaria források csoport vizeiben ezek közül legtöbb a HCO<sub>3</sub>, ami éppúgy mint a szabad szénsav a vas aktivitását fokozni képes és katalytikus hatást hozhat létre.

**Benczur Gy.:** Bogárdi vizsgálataival hasonló vizsgálatok ma Németországban többfelé folynak az ottani gyógyforrásokkal. Ajánlatos volna vizsgálni, hogy mesterséges, a gyógyvizeket utánzó oldatok mennyire idéznek elő hasonló hatásokat. Lehet, hogy ily módon ki fog tűnni, mely tényező okozza az itt megfigyelt fermentativ stb. hatásokat, de lehet, sőt valószínű, hogy kitűnik, hogy a Bogárdi által megfigyelt hatásokat az egyes bevált gyógyforrások erőteljesebben idézik elő, mint mesterséges oldatok.

Előadások:

**bilkei Pap L.:** *A chronikus ízületi gyulladások aranytherapiájáról.* — Az idült sokizületi gyulladások balneotherapiája nem kielégítő, a gyulladásozó folyamatot nem szünteti meg. — A primaer chronikus polyarthritist nevezett formánál ugyancsak nem jelent a betegség lefolyásában nagy változást a gócek kiirtása, nem gyógyítja meg a betegséget a vaccinakezelés, a serumkezelés, a protein vagy kéntherapia, az ismert gyógyszerek vagy fizikotherapiás eljárások. Ennek a progrediáló és gyógyíthatatlan betegségnek megállítását, ezideig csak a helyesen alkalmazott aranytherapiától láttuk. Az arany a legkülönbözőbb fertőzésekben hatásos, de legjobban a fertőző granulomákra hat, a tbc., a luesnél és a polyarthritist esetén. Ez a hatás katalyzálás, főként a védekező erők életrehívásából áll.

Előadó több mint 100 esetben rendelte az aranykurát. Arthrosis, spondylarthritis, arthritis urica, heveny gyulladás esetében az eredmény elenyésző. Az aranytherapia igazi indicációs területe a gyulladással, fájdalommal, apró hőemelkedésekkel, magas vérsejtsüllyedéssel járó chronikus folyamat. Kizárólag a solganal B. oleosumot alkalmazta, melynek tehapiás indexe a legmegfelelőbb (1:75), felszívódása lassú és egyenletes, toxicus volta elenyésző. Adagolása eleinte tapogatózó (a 2%-os oldatból 0.1 a kezdő adag, a legmagasabb dosis a 20%-os oldatból 0.75 ccm, szóval 15 cgr. aranyos hetenkint.). — Egy kúrában 2.10 gr. adandó amely kúra 2—3 hónap mulva megismétlendő 3—4-szer egymásután. A szer hatásossága néha csak hónapok mulva válik bizonyossá. Az esetek 60%-a aranyra feltűnő jól reagált, mérsékelten javult még kb. 20%, refraktaer volt 10%, el kellett hagyni a kurát 10%-ban az arany mérgező hatása miatt. Az aranykezelés közben a nyálkahártyán, bőrön, vérben, a visceralis szervekben nem kívánatos változások jelentkezhetnek, melyek azonban aránylag jóindulatúak és a leírt letalis kiminetelű zsíros májdegeneratio (3 eset) nyilván túlادagolás következményei. Az elváltozások jórésze intolerantia, az ilyen jelnségek lezajlása után a kúra nyu-

godtan folytatható, míg a mérgezési tüneteknél azonnal megszüntetendő. Az aranytherápia veszélyeit csökkenti a calcium glyconat állandó szedése, a parathyreoidea készítmények is segítenek. Az aranytherápia olyan meg gondolással és lelkülettel folytatandó az orvos és a beteg részéről, mint a salvarsan és bismuth kezelés a luesnél.

**Bernáthné Pártos Alice:** Az aranytherapiát elsősorban alkalmazandónak tartja és igen jó eredménnyel alkalmazta is olyan subchronikus ízületi gyulladásokban, hol a klinikai kép arra utal, hogy még *activ infectio* áll fenn. Ezek a „meleg” ízületi gyulladások, — ahol a hőmérséklet emelkedett, egyik, vagy másik ízület meleg és duzzadt, — rendszerint minden alkalmi ok hiányakor is progrediálnak, egyik recidiva követvén a másikat. Kellő beavatkozás hiányában, ezen esetek idővel részben rheumás, részben a szív invalidusok statistikáját növelik. Kellő módon alkalmazott aranytherapiával legtöbbször sikerül a betegség acut élet megtörni és a progressiót hosszú időre feltartóztatni. A kimondottan chronikus „hideg” esetekben az aranytherapiára nincs szükség, mert nem ad jobb eredményt, mint pl. a fizikotherapiás eljárások, vagy a proteintherápia. Az arany nem ártalmatlan szer, miután a gyomor-béltractusra, a bőrre és a vesére kellemetlen mellékhatásokat fejthet ki. Az adagolásban mindenképen óvatosságra van szükség. Rendszerint úgy jár el, hogy heteken át solganal-t ad per os, s azután tér át az intramuscularis allochrysin injectiókra, miből 10 hét alatt kb. 2 g-t ad. Hónapok mulva ez megismételhető.

**Laczkó J.:** A polyarthrititis rheumatika aetiologiája még nem ismeretes. A berlini Rheuma-Institut-ban végzett vizsgálatok alapján Zimmer-, Fehlow-, Wadel-, Landel-Abderhalden-féle inkret reakciók alapján kimutatták, hogy a szív polyarthrititis rheumatikájában a belső secretiók zavarok 80—90%-ban szerepelnek. A megfelelő belső secretiók hormonkezelésre meggyógyulnak. Így mindenesetre ajánlatosabb, mint a veszedelmes aranykezelés.

**Benczur Gy.:** A therapiás eredmények megítélése subjectiv benyomások alapján nehéz, a primaer arthrititis befolyásolása is igen nehéz. Hozzászóló kérdezi az előadót, tudni-e az aranytherápia hatását primaer arthritisek eseteiben objectiv javulások alapján is demonstrálni.

**Bilkei Pap L.:** A Laczkó-féle ajánlott hormontherapiát a chronikus polyarthritisekben állandóan alkalmazza. Az ilyen organikus készítmények egymagukban nem elég hatásosak. Gyakran észlelték azt, hogy a solganal therapia után alkalmazott glandubolin, hogival és progynon készítmények hatásosabbakká válnak. Benczur kételkedésével szemben az irodalomra és a betegek kórtörténetére utal, amelyek rendelkezésére állanak. A 60%-os feltűnő jó gyógyeredményeket nem tartja gyógyulásoknak, de a javulásoknak cm-ekben és szögekben kifejezése helyett is fontosabb a munkaképesség visszaállítása, amely a frissebb esetek jórésztében sikerült. Az évtizedes idült esetek javulása természetesen csak az adott lehetőségeknek megfelelő és a betegeket az említett arányban kielégítette.

**Hergloz J.:** Az iszapgöngyölések hatása a szívizomzatra. — A Szent Gellért-gyógyfürdő rheumás beteganyagán iszapgöngyölés alatt végzett elektrokardiographiás vizsgálatok azt mutatják, hogy az ekg az iszapgöngyölés hatására jellegzetesen megváltozik. Általában csökken az összes csipkének mm-ekben kifejezett millivoltzáma. Ezt az elváltozást kiegészíti az egyes csipkék alakbeli módosulása, ill. a voltzámszökkenésben egyenlőtlen részvételük. A csökkenésben legkifejezettebben a kamracomplexum vesz részt. A P csipke mm vesztesége az R és T csipkéhez arányítva, azoknak mintegy csak felét ill. harmadát teszi ki. Az R és T csipkék magassága sem csökken egyenletesen. Inkább az R csipke szenved a legnagyobb veszteséget, de előfordul, hogy a T csipke változik olyannyira, hogy csaknem izoelektromossá lesz. A Q csopke a millivoltzáma csökkenésében rendszeren nem vesz részt. Az S csipke változóan viselkedik, néha megtartja eredeti mélységét, néha alakjának erős deformálásával csomósodásba megy át. Az ingerületvezetés ideje sem a pitvar és kamra között, sem a kamrában a kezelés tartama alatt lényegesen nem változik. A frequentia a kezelés kezdetén rendszeren csekély emelkedést mutat, amely később újból csökken, de a 20 perces kezelés végén a kiindulási értéket nem éri el. Ezek az elváltozások I—III. elvezetések mindegyikében előfordulnak, de esetenként egymásközötti csekély különbséggel. Az elváltozások nagysága egyenes arányban van az életkorral, az iszapgöngyölés kiterjedésével, hófokával, időtartamával, de a legkifejezettebb az összefüggés a szívizomzat anatómiai állapotával illetve az ekg-ben kifejezésre jutó szív-

izomlaesio fokával. Valószínűnek látszik, hogy e jelenségek okát az iszapgöngyölés okozta hőhatásban, felületi és mélyre terjedő vérbőségben, vérnyomáscsökkenésben és így a keringő és koszorúerekbe jutó vérmennyiség elosztódásának megváltozásában találhatjuk.

**Rausch Z.:** Iszap részgöngyölés alatt a pulusszám emelkedik, a systolés vérnyomás csökken és a Strassburger szerint számított vérnyomásquotiens a szív munka csökkenéseire utal, ami arra enged következtetni, hogy az iszapgöngyölések nem terhelik meg a normális vagy compensált keringést.

**Zárday I.:** A P és T hullámok lelapulása nyilván úgy jön létre, hogy iszappakolás alatt a bőrerek kitágulása folytán a börmirigyek secretiók működése fokozódik, aminek révén a bőr vezetőképessége éppúgy változik meg, mint böroedema (myxoedema) esetén. A Siemens-géppel viszont ezt a megváltozott vezetőképesség torzító hatását nem lehet compensálni. Ami a kóros szívűeket illeti, a helyi hyperaemia és a Hoyer-csatornák megnyílása folytán helyi arteriális és hajszáleres pangás jön létre, aminek következtében a szívhöz kevesebb vér jut vissza a gyűjtőerekben át. Az abnormis véreloszlás folytán csökkent verőeres nyomást a szív a pressor-reflex útján ütemszaporulattal igyekszik kiegyensúlyozni, ami a myocardium részéről fokozott vér-szükséglettel jár együtt. Így circulus vitiosus áll elő, a szívizom abszolút és relatív hypoxaemiája, ami durván a T-hullám vázolt elváltozásaiban nyilvánul meg. Finomabb elváltozásokat az S—T szakasz elemzésével lehetne kideríteni, erre azonban a „feszültség-elektrokardiograph”-ok kevésbé alkalmasak, mint a húrosak.

**Bernáthné, Pártos A.:** Szerinte az iszapkezelés következtében az ekg. P és T csipkéje rendszerint nem kisebbedik meg. Az ő methodikája ugyan nem volt azonos az előadóval, nem az iszapgöngyölés tartama alatt, hanem közvetlenül előtte és utána ejtette meg a vizsgálatokat. Az iszapkezelés alatt olyan böryhyperaemia van jelen, mi által a bőr physikalikus tulajdonságai változást szenvednek s így az ekg. csipkének esetleges módosulásaiból nem lehet mindig a szívizomra következtetni. Az iszapgöngyölések folyamán még mindig fellép sinustachykardia, mi az iszapkezeléseket kísérő testhőmérséklet emelkedésének, az ú. n. „fürdő láz”-nak egyenes következménye. A P és T csipke az iszapgöngyölések után igen gyakran emelkedik, sok esetben nem változik és néha valóban süllyed. Tapasztalatai alapján az a véleménye, hogy az óvatosan adott iszapgöngyölésnek nincs a szívre ártalmas hatása. Stenokardiás betegben, ahol az ekg. is arra utalt, hogy a rheumás neurológiához sokszor nagyon hasonló tünetek oka a szívben rejlik, localis (a hátra, vállra, balkarra alkalmazott) iszapgöngyölésekre subjectiv javulás állott be. Ezzel a subjectiv javulással az ekg-ben az S—T vonal emelkedése is rendszerint együtt járt. Lehet, hogy reflektorikusan a szív oxigénnel ill. vérrel való ellátása javul, aminél talán az iszapnak a vegetativ idegrendszerre gyakorolt kedvező hatásának tudható be.

**Hergloz J.:** A húros (áram) és feszültségelektrokardiograph között levő technikai és az ekg-ban is megnyilvánuló különbségek mellett a kétféle gép közötti vita még nem tekinthető lezártnak. Mindkét gépnek megvannak egyaránt előnyei és hátrányai. A balneológiai gyakorlatban a könnyen hordozható feszültségelektrokardiograph igen jól beválik. A fent említett elváltozások keletkezésében a bőr fizikai állapotváltozása nem tisztázott, azonban esetleg jelentős szerepe ellen szól az a körülmény, hogy előadó egyes negatív eseteiben kiterjedt iszapkezelés sem okozott az ekg-ban elváltozást. A jelenségek teljes magyarázatához kétségtelenül további kísérletek szükségesek.

## Közkezei Orvos-Társulat november 25-i ülése.

**Bodrogi Gy.:** A vizeletből kimutatott daganatsejtek által kórimézett vesedaganat esete. Diagnostikai szempontból igen érdekes esetet mutat be. Ureter kateterrel nyert vizeletből sikerült a daganatsejteket kimutatni (Zalka). Az i. v. és retrograd pyelographia is vesedaganatra utalt. A műtét (Mező) által kiirtott vese kórbonctani és szövettani lelete (Zalka) Cc. renis papill.-t mutatott.

**Verbényi B.:** Májsérülés két esete. 1. 25 éves férfi, kit kocsmái verekedés közben konyhakéssel hasba szúrtak. Sérülés után 8 órával került a Szent István kórház I. sebészeti osztályára erősen kivértett állapotban, 140-es pulussal. Műtétkor a lig. falciforme mellett 4 cm hosszú, 6 cm. mély szúrt sebet talált, melyet elvarrt. Láztalan lefolyás. Prima sebgöngyölés. A 10. napon gyógyultán hagyta el az osztályt.

2. 36 éves férfi, ki villamoskocsiról leesett, utána saját lábán hazament. Másnap szállították be a Szent István kórház II. sebészeti osztályára igen elesett állapotban 180-as pulussal. Műtétkor a hasürben kb. 2 liter részben alvadt, részben epével szennyezett vér mellett a jobb májleány alsó felszínén 12 cm. hosszú faagszerűen elágazó, helyenként 4–5 cm. mély repedést talált, melyet elvarrt s a hasüret drainálta. A beteg a 20-ik napon gyógyultán távozott.

**Tuba torsio esete:** 16 éves nőbeteg ki 3 nap előtt uszodában fejest ugrott, felvétele előtt 8 órával kezdődtek jobboldali alhasi görcsei. Műtét alkalmával 17 cm. hosszú, abdominalis végén lúdtójsznyira duzzadt, a mesosalpinx körül 4x360 fokra torquált tubát talált, melyet kiirtott. A beteg a 9. napon gyógyultán távozott. A szövettani vizsgálat (Prof. Zalka) minden rétegében véresen imbibált falú kocsány, csavarodott tubát mutatott ki.

**Minder Gy.:** *Az urologia utolsó évtizedének vívmányai.* Az urológia utolsó évtizede hatalmas fejlődést mutat, amely nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a szakma önállóságának elismerése mind általánosabbá váljék. A diagnostikai téren a pyeloscopia és a kiválasztásos pyelographia sok új fogalommal ismertetett meg s nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a húgyutak morfológiai alkata mellett a physiológiai alkata is jelentőséget tulajdonítunk. Az újabb gyógyeljárások közül a diathermiás prostatareactio nagy érdeklődést keltett, az eljárás értéke felett a vélemények még eltérők, mert a helyes megítéléshez évek szükségesek. Az új eljárás azonban kétségtelenül haladást és gyógyeljárásaink bővülését jelenti, bár a prostatectomia tökéletes és tartós gyógyhatásával nem versenyezhet. Az újabb sebészeti eljárások közül a vese enervatiojáról és a praesacralis sympathectomiáról emlékszik meg. Az újabb húgydesinficiensek között a külföldi neotropin, pyridium mellett a magyar vestin és coeruleamin egyenragúnak bizonyult. Hasznos szer az amphotropin és egyike a legjobb spasmusoldó szernek az oktin. Erzekény betegek urologiai kivizsgálás és kisebb műtétek elvégzéséhez az evipan narkosist ajánlja. Röviden érinti a hormontherapiát, melynek fejlődésétől még sokat vár.

**Nánásy L.:** *A tüszőhormon és C-vitamin alkalmazásának új indiciója a szülészetben és nőgyógyászatban.* Újabb Tietze mutatott rá arra a tényre, hogy a vér folliculin-tükrének csökkenésekor elsősorban a méhbelhártya ereinek átteresztő képességével növekedik a vérzési készség; emellett a folliculin a functionalis réteget is hámosodásra serkenti. Ezért használta Tietze igen jó eredménnyel a tüszőhormont endometritis és szülés, ill. vetelés utáni endometritis vérzéseiben. A Gyöngyösi-úti szül. osztályon is használta az előadó e kezelést 52 esetben a különbséggel, hogy a folliculint natív állapotban IX–X. h. terhesek sterilizált vizeletének végébe adagolásával nyújtotta. Mindössze 1 esetben volt sikertelen a kezelés, ahol az endometritis súlyosága volt a sikertelenség oka. Caffier után az előadó megkísérelte az említett betegségek gyógyításában az ascorbinsavat. A C-vitamin, mint fibrin-aktiváló, thrombocytáképző, capillaris tömörítő, hámosító és anyagcserét előmozdító anyag igen jól bevált az alkalmazott 32 esetben, amikor is a C-vitamint friss citromnedv alakjában nyújtotta, amelyben még capillaris activáló P-vitamin is van. Az endometritis súlyosága miatt a kezelés 2 esetben volt sikertelen.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának november 18-i ülése.

**Révész B.:** *Pyramiscsücsgenyedés két esete.* Mindkettő acute otitis kapcsán fellépő pyramiscsücsgenyedés. Az egyik 7 éves gyermek, kinek az antrotomia radicalis elvégzése után a fül-folyása nem szűnt meg, 39 fokig terjedő lázai voltak és szemében kisugárzó fájdalmat érzett. A röntgen a Stenvers-felvételen kiterjedt csontdestruációt mutatott a pyramison közel a csücszhoz. Ekkor elvégezte a radicalis műtétet, a középső koponyagödör feltárását a tubáig és a dura elemelését. Extraduralis tályogot nem talált. Műtét után a gyermek rossz kardialis állapotba került, továbbra subfebrilis maradt, a fül-folyás és szemfájdalom fennállott, további beavatkozást a rossz kardialis állapot miatt, a lumbal punctiótól tett függővé, amely mindig negatív volt. A gyermek közben láztalan lett, elvéve egy-egy hőemelkedés 37.2 fokig, a retroauricularis seb teljesen begyógyult, csupán a felső részen látható egy borsónyi sipoly, melyen át nagymennyiségű geny ürült, feltételezhető, hogy a góc ezen a fistulán át kiürült, emellett szól a kontroll röntgen-felvétel is, amely a defectus megkisebbedését mutatja.

A második esetben a radicalisan elvégzett antrotomia után a zygomaticus táj duzzanata és a már megszűnt fül-folyás ismét jeletkezett, a röntgen itt is kiterjedt csontdestruációt mutatott a pyramiscsücsön. A zygomaticus gyököt egész az álkapocs izületig resecálta és az antrumot tágn feltárta, a beteg meggyógyult. Az esetek mellett szól, hogy pyramiscsücs genyedés esetében néha elegendő a radicalis antrotomiát, vagy attico-antrotomiát elvégezni; természetes, hogyha a labyrinthusba betörés, vagy sepsis, vagy meningitis veszélye fenyeget, a gócot direct is fel kell tártani.

**Fleischmann L.:** *Acute otitishez társult genyes labyrinthitis és pyramiscsücsgenyedés extraduralis tályoggal. Műtét. Gyógyulás.* 38 éves nőbeteg; acute otitis. med. 4 napján teljes siketség és labyrinth-tünetek, (diffus serosus labyrinthitis), melyek pár nap alatt lezajlottak. Az otitis 3. hetében mastoiditis fejlődött ki, emiatt antrotomia. Átmeneti javulás után fokozatosan jelentkeznek a Gradenigo-körkép tünetei, utoljára az abducens bénulás. Ezen állapotban került a beteg a bemutató osztályára. A vizsgálat genyes labyrinthitist és a röntgen-képen kitűnően látható, (Stenvers-felvétel) erősen pneumatizált sziklacsonban a csücssejtek beolvadását és a tályog áttörését a koponyagöregbe, derítette ki, meningitis legkezdetibb jeleivel. Újabb műtét az otitis 7. hetében: radicalis műtét, labyrinthectomia (geny a labyrinthüregben), középső és hátsó agygödör széles feltárása, front. ivjárat levésése után előrehatolás a pyramiscsücs irányában, mire megnyílik a csücsben fekvő tályog, melynek med. fala az ikcsont testével határos és 7 cm-re esik a műtési üreg külső szelétől. Drainage. Fokozatos visszaféjlődése az összes tüneteknek, 3 hét múlva retroauricularis secundaer varrat. A pathogenesisben kiváló szerep jut a pyramiscsücs teljes pneumatizációjának. A labyrinth vizsgálatok feltűnt az ép labyrinth csökkent ingerlékenysége forgatással szemben. A facialis bénulás lehet a labyrinth genyedés, vagy a serosus meningitis következménye, mely átmeneti rosszabbodás után (műtési trauma folytán) fokozatosan megjavult. A diagnosis szempontjából legértékesebb a röntgen-lelet, mely a műtési technika szempontjából is értékes útmutatásokat nyújtott. Ugy a diagnosis, mint műtési eljárás szempontjából fontos minden esetben a Schüller- és Stenvers-felvételek elkészítése. Az indicatiót a sürgős beavatkozásra a genyes labyrinthitis és kezdődő meningitis adták meg. Ahol ilyen szövdmények nincsenek, csak a műtési eljárások fokozatos kiterjesztése (paracentesis, antrotomia, perilyabyrinthhaer csontállomány eltávolítása, esetleg attico-antrotomia) van helyén, végső esetben a pyramiscsücs feltárása, egyszerűbb esetekben Voss-szerint, súlyosabb esetekben, ha labyrinth-functio nincs, Unterberger szerint, mint a bemutatott esetben; ép lebyrint esetén a Ramadier-féle eljárással (Carotis-kanális felvésése és a carotis félrehúzóása) érünk legbiztosabban célt. A bemutatott esetben hazánkban első ízben végeztetett a pyramiscsücsnek tervszerűen, műtét útján történő feltárása.

**Kepes P.:** *Adat a sziklacson pneumatizációjához. Készítmény bemutatása.* A sziklacsonoknak a sorozatát vizsgálták át Szabó tanársegéddel. Ugy találták, hogy a pyramiscsücsének a feltárásához a legtermészetesebb út a járomív gyöke felől vezet. Azokon a készítményeken, amelyeken egyáltalán pneumatizatio volt feltalálható, a pneumatikus sejtek a processus zygomaticus felől húzódtak a pyramiscsücs felé. A bemutatott készítményen látható, hogy a zygomaticus gyök és a squama érintkezésétől egy pneumatikus sejt-huzal halad megszakítás nélkül a pyramiscsücsnek a középső koponyagödör felé néző felületére és innen a csücsra. Kitűnően demonstrálják ezt erről a koponyáról készült röntgen-felvételek. Egy ilyen koponyában pl. a mütőnek azokat a sejteket kellett volna követni, amelyek a zygomaticus gyök és a squama szögletében találhatók. Ez tehát egy természetes út a sziklacson csücsa felé. A hozzáférhetőség szempontjából a járomív nehézséget okozhat. Ennek az eliminálására egyesek a járomív időleges, illetve osteoplastikus resectióját ajánlják. Ahol labyrinthgenyedés van, ott természetesen ezen keresztül, tehát a hátsó koponyagödörrel át kell követni a genyvel telt és beteg sejteket. Ez már nehezebben járható út, mert a hátsó koponyagödörből kell felkapaszkodni a pyramiscsücs felszínére, tehát a középső koponyagödör felé néző felületére. Ép labyrinthnál ez az út nem is engedhető meg, mert felidézük vele a genyes meningitis veszedelmét. Egyes kutatóknak a vizsgálatait azt mutatják, hogy a tuba közelében is haladhatnak pneumatikus sejt-huzalok a pyramiscsücs felé. Ahol ilyen szerkezete van a sziklacsonnak, ott természetesen célszerűbb a tuba, illetve a carotis felől vezető utat követni a sziklacson csücsének a feltárásához. Nagy nyereség volna, ha még műtét előtt a röntgen mutatná meg a pneumatikus sejt-huzalok által alkotott, a pyramiscsücs felé vezető utakat.

**Krepuska G.:** A sziklacsont a fanosodás idejében éri a fejlődés befejezését, néha megakad a fejlődés gyermekkori megbetegedések következtében (rachitis, dobüregi gyulladások, trophoneurotikus elváltozások). Így keletkeznek az erősen pneumatizált sziklacsontok. Nincs két egyforma sziklacsont. A pulposus csontban is van variatio, mert a csontlécek vastagabbak, vagy vékonyabbak. A röntgen-képek sokszor tévedésre adnak okot, azért kizárólag a röntgen-leletre nem lehet mindent alapozni. Műtét közben kell tájékozódni. Ezek a pyramiscsücsgenyedések perilabyrinthhaer lobok tályogjai. Subduralis tályogok sziklacsont tájához kötve. Egyéb helyeken is keletkezhetnek. Spontan is meggyógyulhatnak, mert a dura igen erős. Sokszor peribulbaris tályogként jelentkeznek és sinusphlebitis keletkezik, fiatal korban pedig retropharyngealis tályog képződésére adhatnak okot.

**Kelemen Gy.:** *Kepes* kitűnő bonctani demonstrációs készítményével kapcsolatban emlékezteti *Gyergyay* eljárására, aki a hallószerv összes fontos részét a hullából trepánnal, henger alakjában nyeri.

**Révész B.:** Feltűnő, hogy a röntgen annyi esetben mutat kóros eltérést a pyramison. Ez már a röntgenológusoknak is feltűnt, vizsgálatai szerint ilyenkor nincs mindig gyulladás jelen, néha csak decalcinatio. — Analogiát keresve a csontpatológiában, a Sudeck-féle atrophíában mutat a röntgen hasonló képeket, lehet, hogy az esetek egy részében a pyramis gócai is csupán ilyen trophoneurotikus, vagy vér-ellátási zavarok kifejezői.

## A Magyar Phonetikai Társaság nov. 17-i ülése.

*Előadás:*

**Szondi L.:** A dadogó az alkatelemzés tükrében. A dadogók származásánál: epilepsziás, migraines és dadogó ösök leszámazottjai. Alakilag jellemző a dadogókra: 1. vasoneurosis, 2. endokrinopathia, 3. savbázis-egyensúly zavara, 4. infantilis érzelmi reakciók és 5. dysplasiás alkat. A dadogás hajlama két alapgéhez van kötve. Valószínűleg az egyik gén-pár determinálja a paroxismalis embervariációkhoz tartozását; míg a másik a paroxismusok helyét az agyban, tehát azt, hogy a hypothalamo-extrapiramidális rendszernek éppen az a része betegszik meg, mely a beszéd összerendezését végzi.

A) A dadogási tünetcsoport elengedhetetlen feltétele a két alapgén jelenléte az egyén ősalományában; B) a dadogást kiváltó, úgynevezett „balbutogen” tényezők: a) a következő mellékgének: a férfi nemhez tartozás, az endokrinopathia, a savbázis-egyensúly zavara, bizonyos öröklött, vegetativ-effectív zavarok; b) külső tényezők, mint pl. agyrázkódás, szülési sérülés, agygyulladás, shock hatás, stb. E külső tényezők is ott hatnak az agyban, ahol a dadogók öröklöttlen fejletlenek, azaz a hypothalamo-extrapiramidális rendszerre.

A dadogók kezelését többdimensionálisan kell kiépíteni. Gyógyszeresen küzdeni kell a vasoneurosis, az endokrinopathia és a savbázis-egyensúly zavara ellen. Psychotherapia útján: kísérlet teendő az egész ember lelki organizációjának átnevelésére.

**Liebermann T.:** Az idült tonsillitis és a sympathicus, illetőleg a thyreoidea-vasoneurosis között összefüggést talált és műtéttel eredményeket látott.

**Szondi L.:** Az epilepsziának a tonsillektomia utáni megszűnése ritka jelenség, de nem áll ellentétben azzal a feltevéssel, hogy az úgynevezett epileptogen és balbutogen factork ellen lehet és kell sikerrel küzdeni.

## VEGYES HIREK

**Személyi hírek.** A belügyminiszter *Scholtz Kornél dr.* kir. titkos tanácsos, nyug. államtitkárnak az Országos Orvosi Kamara megalakítása körül miniszteri biztosi minőségben kifejtett munkásságáért és *Engel Antal dr.* budapesti orvoskamarai főtítkárnak a miniszteri biztos mellett teljesített közreműködéséért elismerését fejezte ki. — A belügyminiszter a m. kir. közigazgatási bíróság orvosi tanácsának tagjává *Grosch Károly dr.* miniszteri tanácsost, *Kelen Béla dr.* egyetemi tanárt, *Keleti József dr.* a MABI rendelőfőorvosát, *Petres József dr.* az OTI alelnökét, *Sárbó Artur dr.* egyetemi címzetes rk. tanárt, *Cserey-Pechány Albin dr.* kecskeméti igazgató főorvost, *Pekár Mihály dr.* pécsi egyetemi tanárt, *Szaller Miklós dr.* szolnoki m. kir. tisztifőorvost és *Szlávik Péter dr.* szegedi orvost kinevezte.

**Az amerikai magyar főiskolások hálaadási vacsorája.** A Budapesten tanuló magyar származású amerikai egyetemi hallgatók immár harmadizben ünnepelték meg az amerikai Hálaadási-ünnepet (a szerencsés megtelepedésért) a Hungária szálló különtermében, november 25-én. A fényes vacsorán megjelentek: *Hon. J. F. Montgomery* amerikai követ és a követség, báró *Perényi Zsigmond*, a Magyarok Világkongresszusának elnöke, *Pataky Arnold dr.* a Pázmány egyetem, *dr. Szabó Gusztáv*, a Műegyetem rektorai, *Darányi Gyula* dékán, *Balogh Ernő*, *Vámosy Zoltán*, *Orsós Ferenc*, *Burger Károly*, *Sigmond Elek*, *Heller Farkas* egyetemi tanárok, *Stewart* amerikai, *Medgyesy László* chicagói főkonzulok feleségeikkel, *dr. Taylor*, a Rockefeller-alap megbízottja és felesége, *Jalsovitzky Károly* kultuszminiszteriumi osztályfőnök, *Baranyay Zoltán*, *dr. Kristóffy József* külügyminiszteriumi tanácsosok, *Aldássy József* ny. államtitkár és még számszerűen az amerikai ifjúságon kívül.

A vacsora első szónoka báró *Perényi Zsigmond* volt, akinek angol nyelvű beszédét a közönség állva hallgatta végig. *Perényi* Roosevelt elnök nagy győzelmére emelte poharát. Beszélt a hagyományos magyar-amerikai barátságáról, arról a sok szálról, amely Amerikát a magyarokhoz fűzi és megemlékezett azokról a derék magyar szülőkről, akik fiaikat és leányait az óhazába küldik tanulni.

*J. F. Montgomery* amerikai követ válaszolt báró *Perényi* felkészítőjére és poharát *Horthy Miklós* kormányzóra ültette, mire az amerikai magyar diákok háromszoros hurrá!-kiáltottak.

Ezután *Kállay István* szigorló orvos beszélt magyarul. Elmondta, hogy ha majd visszamennek Amerikába, mindig boldogan fognak visszaemlékezni szüleik hazájára, amely nekik is második hazájuk és mindig jó amerikai magyarok lesznek s hú barátai maradnak Magyarországnak. Ugyanebben a szeltemben beszélt *Domonkos Antal* ötödéves orvosnövendék angol nyelven. Majd *Pataky Arnold* a Tudományegyetem és a Műegyetem nevében üdvözölte a magyar származású amerikai ifjakat.

A termet *Schaffer Arthur* new-yorki festőművész-növendék, *Aba-Novák Vilmos* tanítványa igen ötletes, az egykori hálaadó telepesek életéből vett tréfás jeleneteket ábrázoló rajzokkal díszítette.

A vacsorát tánc követte és a társaság késő éjfélig maradt együtt.

**Alkohol mérgezésben meghaltak száma hazánkban az 1931—34. évi időközben csökkent; 1932-ben 139, 1933-ban 133, 1934-ben már csak 77 volt a számuk. Ezzel szemben egyéb mérgezések száma ugyanezen időközben emelkedett. A szilárd vagy folyékony méreggel és a mérges gázokkal elkövetett öngyilkosságok száma az 1931-beli 464-ről 1934-ben 542-re, a mérgezőes balesetek 209-ről 221-re emelkedtek és így az egyéb mérgezésekkel együtt az egymillió lélekre számított arányszám a négy év alatt 77.2-ről 86.0-ra nőtt. A különböző mérgekkel történt visszaélések megakadályozására hozott intézkedések és a forgalombahozatal ellenőrzése nagymértékben járult hozzá ahhoz, hogy a csecsemők baleset-szerű mérgezésének 1931-beli 4.35 százalékos arányszáma 1934-ben csaknem a felére (2.57 százalékre) csökkent.**

**Német birodalom területén kacsatójas csak úgy hozható forgalomba, ha minden egyes darab „Kacsatójas, megfőzendő” felirású bélyegzővel van megjelölve. Kacsatójást árusító kereskedésekben figyelmeztetés függesztendő ki, hogy kacsatójást csak főtt, illetve sült állapotban fogyasztható, nem élvezhető lágy tojás alakjában és nem használható oly ételek elkészítésére, amelyeknek nyers tojás képezi egyik alkotórészét. Ezen intézkedés azért történt, mert Németországban az utóbbi időben mind gyakrabban észleltek nyers kacsatójás élvezésére visszavezethető paratyphus eseteket. (Elsősorban a kacsák megbetegedését okozó, de emberre is pathogen *Salmonella Anatum* fertőzheti a tojást, de olykor *Breslau-és Gärtner-bacillus* is megfertőzheti a kacsákat és tojásait.)**

**A francia hadseregben eddig minden újoncot typhus és himlő ellen beoítottak, újabban a tetanus elleni ojtást is kötelezővé tették**

**Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen november 28-án: Gábor József, Jávör Pál, Kámocsay Dezső Endre, Niederkirchner Dénes, Puskás Elemér. — A pécsi Tudományegyetemen november 30-án: Vajda László, Hübner János, Kaldrovits Andor. Üdvözljük az új Kartársakat!**

**Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, Glandubólin-ról szóló ismertetését mellékeljük.**

## HETIREND

A budapesti Orvosi Kör december 7-én este 7 órakor tartandó ülésének napirendje: *Stief Sándor*; A központi idegrendszer súlyos heveny kórképei.

A Közkórházi Orvostársulat december 9-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Onódi János*: Daganatos kettős méh műtete. — 2. *Akkerman János*: Terhesség és szülés kettős méh mindkét felében. — 3. *Zágon András*: Terhességek és szövödmények kettős méh esetében. — Előadások: 1. *Pászith P. Antal*: Az evipan-natrium altatás használhatósága a sebészetben. — 2. *Balogh György*: Evipan-narcosis a szülészetben és nőgyógyászatban.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának december 9-én d. u. 1/2 7 órakor az Apponyi Poliklinika előadótermében tartandó ülésének tárgysorozata: Előadások: *Pesti Lajos*: Az ozaena kóroktanáról és műtéti kezeléséről. — *Weisz Márton*: A retinitis nephritika mai állása. — Bemutatás: *Lobmayer Géza*: Érdekes sebészi esetek.

A Magyar Röntgen Társaság december 10-én este 7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Beszámoló az Österr. Gesellsch. für Röntgenkunde I. wieni congressusáról; — *Haas L.*: Therapia; — *Huszár L.*: Technika. (A mult ülésről elmaradt előadások). — Bemutatás: *Révész V.*: 1. Paget kór esete sarkomás elfajulással. — 2. Contrastot adó gyógyszerdepót-k az izomzatban.

A budapesti Királyi Orvosegyesület december 11-én d. u. 6 órakor tartandó ülésének előzetes napirendje. Bemutatások: *Perémy Gábor*: Hypophysis eredeti alacsony vérnyomás időszűlt nephritisben. — *Torday Árpád*: Az idült gyomorhurutról. — Előadás: *Czeyda-Pommersheim Ferenc*: Az orbáncról. — Ezen napirend változást szenvedhet.

Az Országos Közegészségi Egyesület december 12-én este 6 órakor a Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének előadótermében tartandó közgyűlésének tárgysorozata: *József Ferenc* kir. herceg öfensége, az Egyesület védnökének megnyitó beszéde; — *Darányi Gyula* egyet. ny. r. tanár, elnök ünnepi beszéde; — *Melly József* egyet. m. tanár, főtitkár beszámolója az egyesület 1935. évi működéséről; — *Annók Imre* pénztáros jelentése; — A számvizsgáló Bizottság jelentése; — A hőmezővásárhelyi, debreceni és kecskeméti fiókosztályok jelentései; — Választások az alapszabályok 18., 21., 23. és 24. §-ai értelmében; — Esetleges intézkedések; — Zárszó.

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

# Fagyás ellen CADOGEL-CHINOIN 33%-os kenőcs

Készen kapható 20 grammos tubusban, ára P 2'40

5325—1936. kig.

Bajai járás főszolgabírája.

### PÁLYAZATI HIRDETMEY.

Bács-Bodrog vármegye bajai járásához tartozó Csátalja községben nyugdíjazás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a 62.000—1926. B. M. rendeletben megállapított és az időközben kiadott rendeletekkel csökkentett fizetés és szabályrendeletben megállapított díjak.

A pályázati kérvényeket az 1936. évi IX. t. c. 11. §-a és a 900—1936 B. M. sz. rendelet 16. §-a értelmében a m. kir. Belügyminiszter Urhoz kell intézni és nálam ezen hirdetménynek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül kell benyújtani, mert az elkészen érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogják.

A kérvényhez, eredetben, vagy hiteles kivonatban a következő okmányokat kell csatolni:

- születési anyakönyvi kivonat;
- hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt;
- magyar honosságot igazoló bizonyítványt;
- az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelét;
- egyetemi leckekönyvet, kórház szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat;
- esetleges tisztiorvosi, illetőleg községi orvosi képesítést igazoló okmányt;
- polgári közzolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat;
- közzszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítványt;
- a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat;
- az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat;
- az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat.

A közzszolgálatban állók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal igazolhatják.

Az 1936. évi IX. t. c. 12. §-ának 1. bekezdése értelmében kivételesen olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tiszti orvosi vizsgát még nem tett, illetőleg községi orvosi tanfolyamot még nem végzett, az illető azonban három éven belül az említett képesítés egyikét megszerezni köteles, mert ellenkező esetben állását veszti.

Baja, 1936. november 23.

Dr. Vojnits László s. k.  
főszolgabíró.

5326—1936. kig.

Bajai járás főszolgabírája.

### PÁLYAZATI HIRDETMEY.

Bács-Bodrog vármegye bajai járásához tartozó Széremle községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a 62.000—1926 B. M. rendeletben megállapított és az időközben kiadott rendeletekkel csökkentett fizetés és szabályrendeletben megállapított díjak.

A pályázati kérvényeket az 1936. évi IX. t. c. 11. §-a és a 900—1936 B. M. szám- rendelet 16. §-a értelmében a m. kir. Belügyminiszter Urhoz kell intézni és nálam ezen hirdetménynek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül kell benyújtani, mert az elkészen érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogják.

A kérvényhez, eredetben, vagy hiteles kivonatban a következő okmányokat kell csatolni:

- születési anyakönyvi kivonat;
- hatósági erkölcsi valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt;
- magyar honosságot igazoló bizonyítványt;
- az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelét;
- egyetemi leckekönyvet, kórház szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat;
- esetleges tiszti orvosi illetőleg községi orvosi képesítést igazoló okmányt.
- polgári közzszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat;
- közzszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tiszti orvosi bizonyítványt;
- a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat;
- az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat;
- az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat;

A közzszolgálatban állók a felsorolt követelmények közül azokat amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal igazolhatják.

Az 1936. évi IX. t. c. 12. §-ának 1. bekezdése értelmében kivételesen olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tiszti orvosi vizsgát még nem tett, illetőleg községi orvosi tanfolyamot még nem végzett, az illető azonban három éven belül az említett képesítés egyikét megszerezni köteles, mert ellenkező esetben állását veszti.

Baja, 1936. november 23.

Dr. Vojnits László s. k.  
főszolgabíró.

# Rudas Gyógyfürdő

43—47 C<sup>o</sup>-os radioaktív gyógyforrások. Gőzfürdő hét különböző hőfokú medencével. Modern rádiumos fürdők. Elektrotherapia. Hőlégkezelések. Gyógymasszázs.

## Isókrák:

**Hungária forrás:** Indicatiói: Húgyutak, légutak idült hurutjai, húgysavas diathesis, húgyutak kolloid-kristalloid kicsapódásai.

**Attila forrás:** Indicatiói: A gyomor, bélrendszer, epeutak hurutos megbetegedései. Légutak hurutjai.

**Juventus forrás:** Hypertonia klimax, köszvény, húgysavas diathesis, korai előregedés, testi és szellemi kimerülés, rheumás fájaldalmak.

### Kimutatás 1936. XI. 15-től XI. 21-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetéről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.				Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	2	1	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	6	1	—	—	5	—	25	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—
4. Békés	336.592	10	—	—	1	15	1	2	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	5	3	—	—	6	1	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	10	1	—	—	2	—	7	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	1	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	2	—	1	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	3	1	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	2	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	3	1	—	—	6	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
12. Heves	323.191	2	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	6	—	—	1	17	3	3	—	—	—	1	—	61	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	6	—	1	—	3	—	3	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	229.215	4	1	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	9	—	2	—	28	1	71	—	—	—	1	—	62	2	—	—	—
17. Somogy	390.100	4	—	—	—	5	1	19	—	—	—	—	—	39	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	—	2	1	2	1	4	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	9	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	8	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—
21. Tolna	266.405	4	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	1	—	—	—	2	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	3	1	—	—	—	1	19	1	—	—	2	—	12	—	—	—	—
24. Zala	368.903	2	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	9	2	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
I. Baja	30.238	—	—	—	—	1	—	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	7	2	3	—	35	—	60	—	—	—	—	—	17	1	—	—	—
II. Debrecen	124.128	3	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	2	—	—	—	6	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	—	—	3	—	18	1	—	—	—	—	4	1	—	—	—
IX. Sopron	35.938	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	3	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	2	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
<b>Összesen: 8,943.533</b>		<b>133</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>195</b>	<b>11</b>	<b>316</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>—</b>	<b>321</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>—</b>	<b>—</b>
<b>Előző évben:</b>		<b>423</b>	<b>62</b>	<b>77</b>	<b>16</b>	<b>216</b>	<b>13</b>	<b>509</b>	<b>9</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>8</b>	<b>—</b>	<b>1,47</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

242—1936. sz.

Pásztói Alapítványi Margit-kórház Igazgatósága. Pásztó.

### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Pásztói Alapítványi Margit-kórházban megüresedett orvososi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása havi 200.— P fizetés, I. oszt. ételmezés, lakás, fűtés és világítás. Az orvos magánygyakorlat nincs megengedve.

Az állásra való megválasztás egy évre szól, mely idő elteltével az alkalmazás pályázat mellőzésével további egy évre több ízben is meghosszabbítható.

A pályázók kérvényeiket kellően felszerelve (keresztlevél, oklevél, erkölcsi és magyar állampolgárságot igazoló okmány, szakképzettséget és működést igazoló bizonyítvány,

curriculum vitae) a kórházbizottsághoz címezve alulírott kórházigazgatósághoz f. évi december hó 14-ig lehetőleg személyesen adják be.

Sebészeti szakorvosi képesítéssel rendelkező orvosok, vagy orvosnők előnyben részesülnek.

Az állás a megválasztás után azonnal elfoglalandó.

Pásztó, 1936. október hó 29-én.

Zemán Dezső dr. s. k.  
sebészszakorvos, kórházigazgató  
főorvos.



# ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR  
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR  
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## TARTALOM:

**Angyán János és Teschler László:** Statistikai adatok a pécsi belklinikán ápolott 23.250 betegről. (1175—1176. oldal.)  
**ifj. Scipiadés Elemér:** Kocsányos méhtömlő. (1176—1179. o.)  
**Rakonitz Jenő:** Polyradiculitis diagnostikájának újabb, biztos neuralgiai tünete. (1179—1183. oldal.)  
**Scheffer László és Megay László:** Vértőrszint és jódforgalom pajzsmirigybetegekben. (1183—1186. oldal.)  
**Possaghi Ubaldo:** A reticulocyták viselkedése normalis terhesség és gyermekágy alatt. (1186—1188. oldal.)  
**Kiss Pál:** Paroxysmalis tachykardia acetylcholinkezelése. (1188—1189. oldal.)  
**Illényi András:** A heterohaemagglutinatio kimaradása. (1189.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (207—210. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Orr-, torok- és gégegyógyászat. — Bőrgyógyászat. (1189—1192. oldal.)  
**Könyvismertetés:** (1192—1193. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (1193—1196. oldal.)  
**Nagy Sándor:** A typhus abdominalis elleni indirect immunizálás terve. (1196—1198. oldal.)  
**Vámoossy Zoltán:** Üdvözlét Itáliából a magyar orvosoknak. (1198. oldal.)  
**Vegyes hírek:** (1198. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Statistikai adatok a pécsi belklinikán ápolott 23.250 betegről.

#### A lueses és idegrendszeri betegségek.

Közlök: *Angyán János dr. és Teschler László dr.*

Az alábbi statistika 23.250, 1925 július 2-től 1935 július 5-ig ápolott betegre vonatkozik.

Lues betegek 4.871%-ában volt kimutatható. Ezek közül idegrendszeri lues 353, más természetű II. és főleg III. lues 780. A neurolus tehát a lueses beteganyagnak majdnem 1/3 részét tette ki. Az esetek egy része latens lues. A Wasserman- és a Sachs-Georgi-reakciót a fekvő beteganyagon minden esetben elvégeztük. A klinika *kórházi jellege* miatt a *járóbetegrendelésen jelentkező minden bel-, vagy idegbeteg, kinek állapota kórházi ápolást igényel, felvételre kerül.* A hosszas megfigyelési idő és a nagy beteganyag miatt a fenti adatokból bizonyos mértékben következtetni lehet a lues általános elterjedésére, bár valószínű, hogy a klinikán jelentkező betegek közt nagyobb számban van képviselve a lues-beteg, mint az egészséges lakosságban. A 4.871%-nyi szám lényegesen kisebb, mint a háború után közölt németországi adatok (*Huber 10%, Senger 7%, Leser 10%*), és *Scipiadés* pécsi szülészeti anyagon nyert száma 8.4%. Ennek oka *egy részét* abban keresendő, hogy betegek jelentős része földműves falusi lakos, másrészt abban, hogy a vidék, melyről betegek származnak, a fő közlekedési vonaltól távol esik. *Neuber Ede* debreceni 1612 főnyi iskolás gyermekanyagában 2.2, ill. 1.99%-ban talált biztosan luest, ill. 2.88%-ban pedig gyanú volt a luesre. A biztosan lueses gyermekek száma kisebb, mint a mi beteganyagunkban, ha azonban a gyanús eseteket is idevesszük, mely esetben a 2—2 szám összege 4.8, ill. 4.87%-ot tesz ki, akkor ezen szám nagyon jól egyezik a felnőtt beteganyagra vonatkozó számításunk eredményével.

2116 idegbetegünk a fenti beteganyagnak 9.11%-át teszi ki.

	A betegek száma	23.250 beteg közül 0/00	2116 idegbeteg közül 0/00
1. Tabes dorsalis	244	10.50	115.20
Paralysis progressiva	33	1.42	15.56
	277	11.92	130.76
Lues cerebrospinalis	76	3.27	35.90
Összesen: I.	353	15.19	166.66
2. Enkephalomyelitis	99	4.26	46.51
Parkinson post. enkephalit.	15	0.65	7.08
Sklerosis multiplex	72	3.10	33.21
Chorea infectiosa	6	0.26	2.83
Összesen: IV.	192	8.27	89.63
3. Tetanus	71	3.05	35.21
4. Meningitis	138	5.93	65.30
5. Neurosis, neuropathia	541	23.25	255.30
6. Heredodegeneratio és endogen betegségek	31	1.33	14.65
7. Daganat, térszükítő folyamat, fejlődési rendellenesség	85	3.66	40.20
8. Apoplexia	243	10.44	114.60
Thrombus, embolia	81	3.48	38.20
Összesen: II.	324	13.92	152.80
9. Senilis Parkinson és más dyskinesis	6	0.26	2.83
10. Senilis agyi elváltozás	12	0.52	5.66
11. Peripheriás idegbetegség	244	10.50	117.00
12. Tetania	6	0.26	2.83
13. Trauma és commotio	22	0.94	10.37
14. Epilepsia	91	3.92	42.90

Az idegbetegek mintegy 1/4 része az ú. n. funkciós neurosisok csoportjába tartozik.

A szervi idegbetegségek során számbelileg az első helyen áll a neurolus. Ebben a csoportban a tabes és paralysis betegek számaránya a cerebrospinalis lueséhez 3.65:1. — Arányszámunk a *Mattauschek-Pilcz* jól ismert arányszámánál (2.25:1) jelentősen magasabb, ami azért is figyelemre méltó, mert ez az arányszám még jelentősen magasabb is lehetne, ha a belklinikáról az elme-

klínikára irányított paralysis progressiva betegeket is idesorozhatnánk. A neurolueses betegek nagyrésze a jelentkezésig nem, vagy csak elégtelen kezelésben részesült. A további számbeli sorrend:

II. A vascularis betegségek.

III. A peripheriás idegbetegségek; ezen csoportban kóroktanilag különféle bénulásos, neuritises, neuralgiás, infectiosus, traumás, stb. kórképet foglaltunk össze.

IV. Az encephalomyelitis. Ezen csoporthoz soroltuk a sklerosis multiplexet is.

A sklerosis multiplex Európa sok országában a szervi idegbetegségek közt a neurolues után foglal helyet az előfordulás gyakorisága szempontjából (*Müller, Schultze, Marburg*), sőt *Akkermann* anyagában még gyakoribb, mint a lueses idegrendszeri betegség. Az eddigi tapasztalatok amellet szólnak, hogy a sklerosis multiplex Európa országai közül a skandináv és angolszász államokban a leggyakoribb, kisebb számban fordul elő Franciaországban és a kontinens déli részeiben, még ritkább Afrikában, Japánban (*Marie*), Chinában (*Steiner*), Madagaszkárban, Egyiptomban és Szibériában. Érdekes *Stendar* Amerikában végzett megfigyelése, mely szerint a sklerosis multiplex ott aránylag ritka betegség, de a betegek közt amerikai és angol származásúak kétszer nagyobb számban fordulnak elő, mint ahogy az az absolut számokból folya. A betegség létrejöttében tehát a faji adottságnak szerepe van.

Beteganyagunkban a sklerosis multiplex, ha a legnagyobb számot kitevő neuropathiás kórformáktól eltekintünk, az idegrendszer organikus betegségei között a nyolcadik helyet foglalja el. Ezrelékes aránya kerekén 34%, az organikus idegbetegségekre vonatkoztatva 45%-t tesz ki. *Obständer* Bécsben Redlich neurológiai osztályán 1919. és 1925. között 3565 organikus beteg között 75%-nyi sklerosis multiplex esetet talált, *Marburg* ugyancsak Bécsben, de nem ausztriai eredésű ambulans anyagában 96<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-nyit talált. Ha ezen számadatokat —, melyek hozzánk földrajzilag legközelebb fekvő Ausztriára vonatkoznak, — összehasonlítjuk a mi adatainkkal, úgy azt kell mondanunk, hogy a sklerosis multiplex nálunk ritkább. *Obständer* anyagában sklerosis multiplex viszonyítva a tabeshez 75:59, anyagunkban 45:150. Az arányszám, tehát Pécsen és vidékén fordított, itt a tabes és a paralysis progressiva gyakoribb.

Idegbetegeink közül 58 esetben találkozunk oly kórformával, mely a koponyüregbeli térszűkítő folyamat tüneteinek felelt meg. Ennek kapcsán meg kell emlékeznünk *Allen Star* 1893-ból származó operatív beteganyagáról, mely 300 esetre vonatkozik. *Allen Star* azt találta, hogy beteganyagában a gyulladással természetű granuloma a tuberculom és syphiloma 71%-ban szerepel az agytumor kórképét létrehozó ok gyanánt. Ezen feltűnő magas számmal szemben meg kell állapítanunk, hogy tumoros betegeink közt a műtét, vagy a boncolás lelete szerint a térszűkítő tüneteket tulnyomó részben valóságos daganat okozta. A tumoros syndromát utánzó granulomás betegség tehát most ritkább. Ez a tapasztalásunk egyezik *Cushing* 1925-ből származó adataival, melyben 1146 esetből számítva mindössze 37 esetben, kerekén tehát 3.2%-ban okozott granuloma térszűkítő tüneteket. (A daganatos betegségek csoportjához soroltuk a kisszámú agytályog eseteinket is.)

Trauma, commotio anyagunkban feltűnően kisszámúban szerepel; ennek oka az, hogy a heveny esetek tulnyomó része a sebészeti klinikán és a bányakórházban nyert elhelyezést. Eseteink nagyobb része contusio, commotio, vagy trauma utáni neurosis állapotnak felelt meg.

Az Erzsébet Tudományegyetem szülő- és nőbeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Scipiades Elemér ny. r. tanár.).

## Kocsányos méhtömlő.

Irta: ifj. Scipiades Elemér dr., a kórbonctani intézet gyakornoka.

Az úgynevezett méhcysták előfordulása az irodalom tanúsága szerint általában nem ritka. Kritikailag tanulmányozva azonban az idevágó közléseket, kiderül, hogy *R. Meyer* szerint azok egy részét a valódi méhcysták csoportjából ki kell különítenünk, így pl. a némelyek által helytelenül ugyane csoportba sorolt adenomyosissos cystákat is. S ha még tovább folytatjuk az esetek kigyomlálását, *Eichenberg* szerint, az irodalomban mindössze kb. csak 20 eset marad, mely valódi méhcystaként fogadható el. Ilyeneket a német irodalomban *Jaschke, Frankl, Küstner, Stübler, Franque, Pribram, Otto, Halter, R. Meyer*, stb. írtak le.

Magyarországról *Dubrauszky* közölt e körbe tartozó eseteket, s szerinte a szegedi klinikán ez a daganat az észlelt összes méhdaganatoknak 3.5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ét tette ki.

Bizonyítja ritka voltát *Nakano* legutóbbi közleménye is, mely szerint az egész japán irodalomban ilyen rajta kívül még csak *Vagi, Matsumoto* és *Fukushima* írtak le. Mindezen közlések szerint az említett cysták kb. kétharmad részben széles alappal tapadnak a méhhez. Vékony kocsányosak ellenben köztük csak a legritkább esetben voltak találhatóak. Olyan eset pedig, melyben a daganat a méhről teljesen lefűződve a szabad hasürben feküdt, csak egy ismeretes s ezt *Recklinghausen* közölte.

A kocsányos uterus cysták ezen ritkasága ingokolja épen, hogy esetemet ismertessem.

33 éves IX. P. (VIII. P. I. Ab.) U. P. 2 éve, U. Ab. 4 hónapja, a m. kir. Erzsébet Tudományegyetem pécsi női klinikáján. Már az utolsó vetélés alkalmával a II. hónapban a terhes méh melletti és mögött jobboldalt, egy közel ökölnyi cystát találtak. Azóta has és derékfájdalmakról panaszkodik. Felvétele előtt egy nappal hasában, főleg jobboldalt, nagy görcsökkel rosszul lett. Utóbbiak a beszállításakor is átlag 5 percenként ismétlődtek. Egy nap óta időnként hidegrázása van, hány, csuklik.

A közepesen tág hüvelyben a portio a közepén van. A méh anteponált. Mögötte közel ökölnyi, mérsékeltlen mozgatható, fájdalmas, rugalmas képlet foglal helyet. A hasfalán mérsékelt defense.

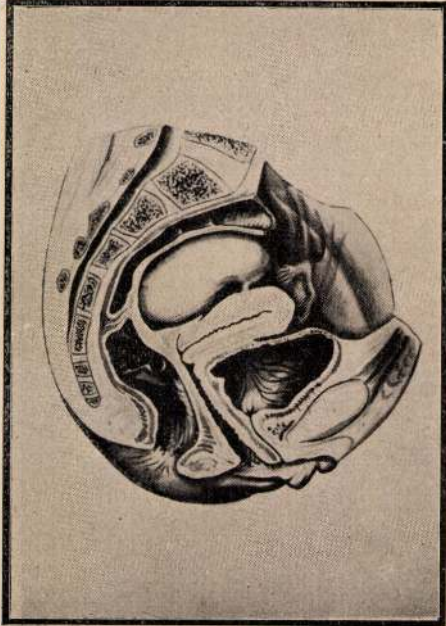
Cysta ovarii l. d. cum torsione pendunculii kórisme alapján (1936. III. 21.-én), hasmetszést végeznek. Ekkor a kis-medence jobb felében egy kis férfikölnyi cysta kerül látótérbe, mely jobboldali falával a lig. latumhoz tapadt. Itt az összenövéseket ollóval oldják, közben a cysta megpukkad, s belőle vizes szíva folyadék ömlik el. A daganat kiemelésekor kiderül, hogy a képlet a méh fenekének hátsó részén, annak közepéről ered, kis kocsány közvetítésével. (1. ábra). A képletet, a kocsánynak a méh falából kimetszésével távolítják el, a sebet pedig csomós catgut varratokkal egyesítik.

Az appendix a megvastagodott falú cecumhoz tapadt. Appendectomiát végeznek. A beteg sima gyógyulás után a 11. napon távozik.

A később végzett szövettani vizsgálat szerint a féregnyulvány nyálkahártyájának kötőszöve gómbsejtekkel van telehintve, a submucosa kötőszöve a nagy nyirok folliculusok között nagyon sejtűs. A sejtes infiltratio legnagyobb részét lymphoid sejtektől származik. A féregnyulvány enyhe subacut gyulladása froyg fenn. (Prof. *Entz* Kórbonctani Intézet. Pécs.).

A műteti észítmény: kis férfikölnyi (10x8x6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm.) síma felületű cysta. Falában 6 leánycysta található, melyek lencse és dió nagyság között ingadoznak. Közülük egy diónyi a főttumor hátsó falán ül, egy mogyorónyi a mellső falon, a többi négy, átlagosan lencsenyi-borsónyi, pedig utóbbi környékén csoportosul. A főddaganat basisán 1 cm hosszú, 8 mm széles kissé lelapított kocsány látható. A cysta fala e helynek megfelelően kissé szürkés

színű s kb. átlagosan 2—3 mm vastagságú. E helytől a tumor polusa felé haladva annak mellső fala fokozatosan elvékonyodik, pergamentszerűen áttűnik s e helyen nem éri el a  $\frac{1}{2}$  mm-t. A poluson, illetve innen a cysta jobboldala felé, annak falfelülete kissé véresen beszűrődött, s itt kb. 5 pengősnyi területen kisebb összenövéséből szár-



1. ábra. A cysta a méh fenekének hátsó részén annak közepéről ered, kis kocsány közvetítésével.

mazó hártványok figyelhetők meg. A cysta balfelé, mint a mellső oldal is, áttűnő, vékony. A hátsó oldal viszont némileg a basis structurájának megfelelő. Az egész cystát, a kocsánytól kiindulva, finom erek hálózják be.

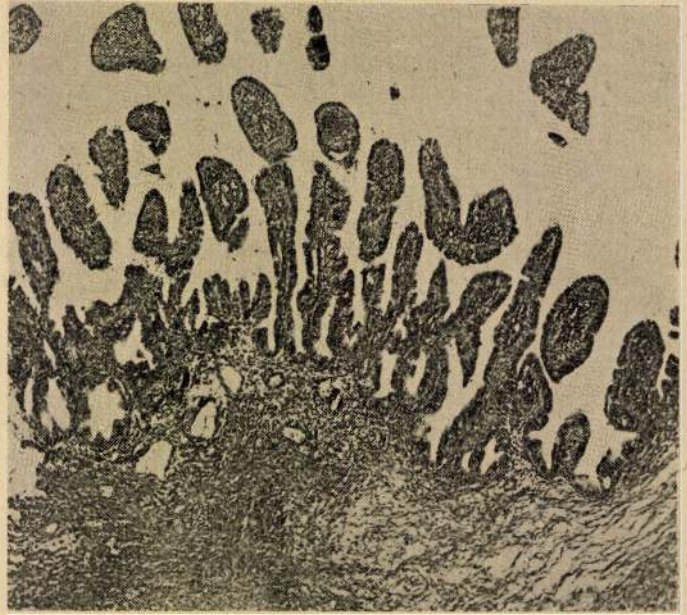
Felnyitva a daganatot azon a helyen, ahol a műtét alatt megpukkadt, kitűnt, hogy annak falát, ott, ahol már kívülről vastagnak látszott és szürke volt, belülről daraszemcséknek megfelelő finom papillák borítják. A pergamentszerűen áttűnő területeken ellenben ilyeneket egyáltalán nem, vagy csak igen elszórtan, egyesével, találani. A leánycysták ugyannyira nyomulnak be a daganat belsejébe, mint amennyire azok annak falából a külső oldalon kiemelkednek. Egy-egy ilyen leánycysta tehát a főcysta falába teljesen részarányosan van beállítva.

A szövettani vizsgálattal a cysta kocsányának basisán a méh izomzata található meg, melyből a kocsánynak megfelelően, főleg párhuzamosan, nem egy helyen azonban egymást keresztezve, tetemes izomkötegek nyomulnak a tömlő falának irányába. A közöttük lévő üregeket laza kötőszövet tölti ki, melybe ágyazva számos vér- és nyirokér nyílása látható. A tömlő falát legnagyobb részben tömött, rostos kötőszövet alkotja. Ettől eltekintve azonban úgy a nagy tömlő, mint a leánycysták, falából, tetés szerinti helyekről vett metszeteken elég bőven figyelhetők meg, különösen Van Giesonnal festett készítményeken, sima izomnyalábok is, melyek úgy egymáshoz, mint a felülethez képest párhuzamosan haladnak.

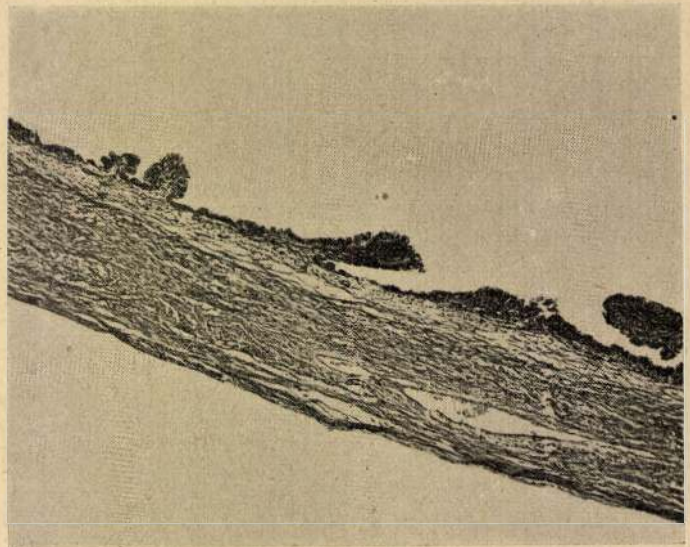
A tömlők belését egysoros, köbös, helyenkint alacsony hengerhám borítja. A sejtmagvak élénk vörösre festődnek s inkább a sejt basisához fekszenek közel. — Csillósörök rajtuk sehol sem fedezhetők fel, úgyszintén nyákelválasztás sem mutatható ki bennök. A hám a már makroszkoposan leírt területeknek megfelelően papillákat képez, melyek különösen a nagy tömlő basisából készült metszeteken kifejezettek és elágazásokat is mutatnak. (2. ábra.).

Ezen papillák számban is meg nagyságban is, megfogynak, illetve megkisebbednek, azon területeken, ahol

a nagy tömlő fala pergamentszerűen vékony és áttűnő. (3. ábra.).



2. ábra. Elágazódó papillák a tömlő basisából készített metszeten.



3. ábra. A tömlő falának képe a pergamentszerűen áttűnő területeken.

Ugy a papilláknak, mint a tőlük mentes területeknek, hengerhám alatti stromáját igen laza, csillagos sejtekből álló, kötőszövet alkotja, mely oedemás s nem egy helyen enyhén gömbsejtesen beszűrődött. Ugy ezen stromában, mint a cysta falában mindenütt számos vérér nyílása látható.

Mint tehát látjuk, a klinikailag ovariális cystának diagnosztizált képlet makroszkoposan és mikroszkoposan méhcystának bizonyult.

A méhen előforduló ilyen valódi cystákat két különálló nagy csoportba osztják. Az elsőbe tartoznak a serosus cysták, a cysto-myomák és a lymphangio-cysto-fibromák. A második csoportba pedig azokat a daganatokat sorozzák, melyek a hugyivarszervek fejlődése alatt levált embryonalis csírok postfoetalis burjánzásából származnak. Ezen utóbbiak az ősvéséből, a Wolff-féle járatokból, továbbá a Müller-féle csövekből származhatnak.

Ezen felosztás alapján ismertetett tömlőnket a második csoportba kell sorolnunk, mert annak úgy makroszkopos, mint mikroszkopos viselkedése az első csoport mindhárom tagját eleve kizárja.

Kérdés azonban, vajjon az embryonalis korban levált s később valamely ismeretlen ingerre burjánzásnak indult csíroknak melyikéből kell a mi daganatunkat származtatni.

Tudjuk, hogy a fejlődés folyamán a későbbi kürtnek és a méhnek őstelepét képező Müller-féle csövek az ősvese redőbe történő fokozatos betüremkedés révén keletkeznek, valamint azt is, hogy a kifejlett nőben az időközben teljesen visszafejlődött ősvese maradványok, az embryo topographikus viszonyainak megfelelően, szintén a kürt, illetve a méh, közvetlen közelében találhatók.

*R. Meyer* pedig 1903-ban megjelent dolgozatában azt is megjelölte, hogy a felnőtt nő szervezetében melyek azok a helyek, ahova ilyen ősvese csírok juthatnak, illetve hogy hol kell ülnie egy daganatnak avégből, hogy azt elhelyezkedése révén, ősvese csírokból kiindulónak lehessen tartani. Mint ő írja, ősvesemaradvány az epiphoronon, mely a mesosalpinxban található. Osvesetumor indulhat tehát ki ebből, valamint ennek környékéről és pedig az ovariumból, a tuba ampullájából, továbbá a lig. latum szabad széléből. Szerinte a paroophoronból, mely hasonlóan ősvesemaradvány, a lig. latumban maradhatnak vissza csírok és pedig valamivel mélyebben, mint ahogy az epiphoronon fekszik. Utóbbiak azonban legritkábban ülnek a méh közelében, hanem inkább a medence oldalánál helyezkednek el. Mivel továbbá az embryonalis korban a fejlettsége magaslatán álló ősvesetelep nem nyulik mélyebbre, mint a későbbi lig. teresnek eredési helye a méhen, *R. Mayer* szerint a paroophoron csírokból fejlődő daganatok csupán a tuba uterinalis végéről, illetőleg legfeljebb a méhszarvakra indulnak ki.

Ilyen mindenek szerint mesonephritikus eredetű uterus cystáról *Frankl* számolt be. Esetében a 47 éves asszonyban kétújjnyira a köldök fölé nyúló daganat volt jelen, mely jobboldalt intraligamentarisan fejlődött, kiindulási helyéül pedig említett szerző a jobb méhszarvat jelölte meg. Ezért is, számbavéve a cysta barnaszínű folyadék bennéjét, továbbá a jobb adnexák aplasiáját, cystáját fejlődési rendellenességéből magyarázta és azt minden valószínűséggel mesonephriticus eredetűnek tartotta.

Az általunk leírt tömlő azonban a méh fenekének hátsó oldaláról eredt, nem pedig a *R. Meyer* által megjelölt s a *Frankl* esetében is ismertetett praedilectio helyekről, továbbá az szövettanilag sem mutatott az ősvese csövek, illetve glomerulusok rajzolatával hasonlóságot. Ezért tumorunknak ősvese csírokból származását el kell ejtenünk.

Nézzük most, vajjon származhatott-e méhtömlőnk a második lehetőségként kínálkozó Wolff-féle járatokból

A Wolff-féle csövek az ősvese kivezető járatai. E csövek nőben a fejlődés folyamán mindinkább csökevényesekké válnak, szövettanilag azonban, mint ú. n. Gartner járatok, legtöbbször még a nemileg érett nőben is kimutathatók. Ezek a corpus uteri állományában oldalt és kissé mellfelé húzódnak lefelé, később pedig a cervix oldalán, majd ebből kilépve, a hüvelybe folytatódnak, s ebben nagyjából a hymen magasságáig követhetők.

Ha tehát cystánk ezen Gartner járatokká csökevényesedett Wolff-féle csövek valamelyikéből fejlődött volna, úgy az, mint az irodalom hasonló esetei, pl. a W. v. Arx- és a Küstner-félék, vagy a corpus alsó szakaszának mellső, illetve oldalsó részén, vagy a cervixben vette volna eredetét. A mi esetünkben azonban az említett két féleség közül egyik sem forgott fenn.

Mivel tehát így cystánk úgy mesonephritikus eredete, mint a Wolff-cső maradványokból származása szerintünk kizárható, nem marad más hátra, mint tömlőnket a Müller-csővek embryonalis összenövésakor levált, s a későbbi korban valamely ingerre burjánzásnak indult csírokból származtatni.

Hogy ezen következtetésünk valóban helyes lehet, a következők bizonyítják.

*R. Meyer* és más szerzők is az embryo méhében isóltan fekvő kisebb-nagyobb méhnyálkahártya szigeteket írtak le, melyeket ők a nemi redőkből, illetve az ezekben húzódo Müller-féle csövekből származóknak mondtak. S a kb. 10 ismeretes idevágó eset 90%-ában az említett szigetek az embryonalis méh hátsó oldalán felül, a sagittalis síkban, közepén, voltak megtalálhatók. Ezen embryonalis levált csíkokból differentiólódozt szigetektől pedig *R. Meyer* szerint később cysták keletkezhetnek, mint azt ő csecsemő méheken nem egy esetben constatálni is tudta.

Ezen csíráknak a méh izomzatába jutását pedig ő egyrészt bizonyos szövetnek helyidegen differentiólásából, másrészt a mechanikus hatásokra történő csírleválásból magyarázta. Az első feltételezés esetén nevezetesen, szerinte megeshetik, hogy a Müller-csőveknek egy körülírt része a differentiólásban előbbre jut, mint a többi, mikor is ez a jobban differentiólt rész a többire nézve idegenné válik s belőle kilöketik, lefűződik. A második mechanikus alapon történő csírleválásra pedig szerinte olyankor kerülhet sor, mikor a növekedő Müller-csőveknek bizonyos akadályokat kell leküzdeniök. Ez pedig először olyankor következhetik el, mikor a mesenchyma egyes sejtjei már behatoltak a nemi redőnek a coelom háms s a Wolff-test közötti részébe, melyben a Müller-csővek lefelé burjánzanak. Ilyenkor nevezetesen feltehető, hogy ezen csövek lefelé burjánzó végeiből, az említett akadály áttörése alatt, egyes sejtek lesodortatnak s egy későbbi daganat embryonalis telepévé válhatnak. Egy második alkalommal ilyen akadályok leküzdésére a Müller csöveknek méhhé egyesülésekor kerülhet sor. S az a körülmény, hogy az említett nyálkahártyaszigetek főképp a méh hátsó felső és középső részében voltak találhatóak, azt látszanak bizonyítani, hogy a két genitalis redő összenövése valóban itt, tehát cranialis irányban és pedig mindenek szerint a végbélnek itteni éles szögben megtörése folytán, a leginkább megnehezített, miért is itt van legtöbbször az alkalom a csírok embryonalis elsodortatására.

Mint tehát az imént vázoltakból látjuk, a Müller-csővekből származó azon csírok, melyekből cysták fejlődhetnek, főleg az uterus corpusának hátsó, középső és felső részén találhatóak s így a belőlük származó tömlős daganatoknak is e helyen kell találhatóknak lenniök. — Emellé pedig még azt is kell hangsúlyoznunk, hogy természetesen az ilyen cystáknak hámbélése ezen eredésnek megfelelőleg a Müller-csővek későbbi származékainak, tehát a kürtöknek, a méhtestnek, vagy a méhnyaknak hengeres hámbélééséhez kell hogy hasonlítson.

Mikor tehát egyrészt a fentebb vázolt kizárások után, másrészt, leírt, — s a méh corpusának hátsó, középső, felső részéből kiindult — cystáknak helyzetéből, annak fala minőségéből, továbbá egyrétegű — s magját a sejt alapjához közel hordozó — csilló-szörtelen hengerhám sejtekből álló borítékából e daganatnak származását mindenek szerint a Müller-csővekből származtatjuk, úgy látszik, az elmondottakból folyólag helyesen következtettünk, nem hagyva figyelmen kívül annak a lehetőségnek mérlegetését sem, hogy az általunk leírt, hasonló módon elhelyezkedő tömlők nagyon csekély része levált coelom-hámból is származhatik, mely következtetést olyan véletlen lele-

tekből vonták le, mikor a Müller-csővek egyesülése után ezek között coelom-hám maradványokat is találtak.

A teljesség kedvéért meg kell még említenünk, hogy az irodalmi adatok szerint az általunk leírthoz hasonló eredetű méhtömlők rendszerint jóindulatú daganatok. *Frankl, Dworzak* és *Eichenberg* azonban írtak le eseteket mikor ilyen jóindulatú tömlőből rák is indult ki.

Ami most a kérdés klinikus részét illeti, említettük, hogy a nőorvosi vizsgálat a talált cystikus képletet a hasmetszés elvégzése előtt, ovarialis tömlőnek kórismézte s a hidegrázás, hányás és csuklás panasza alapján melléje a kocsánycsavarodás szövődményét tétélezte fel. Láttuk viszont az elmondottakból azt is, hogy a leírt esetben méhtömlő forgott fenn és pedig kocsányának megcsavartatása nélkül, de összenövésekkel a daganatnak a lig. latum felé eső oldalán és chronikusan lobos elváltozásokkal a coecum falán, továbbá subacut elváltozásokkal az appendixen, ami a férenyulvány eltávolítását is szükségessé tette, jeléül annak, hogy a peritonealis tüneteket az appendicitis csinálta.

Világos tehát ezekből, hogy a klinikai kórisme a daganatnak is, meg a szövődménynek is, minőségében tévedett.

A daganat minőségét illető tévedés ilyen képletek kapcsán azonban, az irodalom tanulsága szerint, csak igen kevés esetben hiányzott, jeléül annak, hogy a klinikus alig van abban a helyzetben, hogy az egyébként is ritka valóságos méhtömlők kórisméjét a hasfalon keresztül meg tudja állapítani. A szövődmény minőségét illető tévedés pedig arra figyelmeztet, hogy a cysták kapcsán a peritonealis tüneteknek nem mindig kocsánycsavarodás az okozója, hanem ilyen jelenségek kapcsán a féregnyulványgyulladás lehetőségének fennforgása, főképp jobboldali daganatok esetén, nincsen kizárva.

Az elmondottak összegezéséből tehát az tűnik ki, hogy leírt esetünkben — a Müller-csővek embryonalis összenövésekor levált, s a későbbi korban, valamely ingerre burjánzásnak indul ritka előfordulása — valóságos méhtömlővel s ezeknek is még ritkábban előforduló kocsányos fajtájával volt dolgunk, amely a klinikai vizsgálatkor, mint rendszerint, petefészek-tömlő fennforgásának feltételezését keltette s amelyben a vele kapcsolatos subacut appendicitis a kocsánycsavarodás szövődményének jelenségeit utánozta.

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

## Polyradiculitis diagnostikájának újabb, biztos neurologiai tünete.

Irta: *Rakonitz Jenő dr.* egyetemi tanársegéd.

### I.

Radiculitisnek nevezzük egy vagy több gerincvelő gyökér infectiós, vagy toxicus, főleg acut gyulladással megbetegedését, amely kizárólag a nervus radicularisra terjed ki. *Erb, Dejerine, Andre-Thomas, Guillain, Barré* és mások a radiculitist mint radiculoneuritist ismerték, vagyis úgy tekintették, hogy ilyenkor nemcsak a n. radicularis, hanem a radixból kialakuló ideg is beteg. Ismeretes az olyan combinatio is, amidőn a gerincvelőre és a nervus radicularisra terjed rá a folyamat. Ujabbban *Guillain-Barre, Fornara, Richter Hugó* és mások önálló polyradiculitises kórképet igyekeztek egyes tünetekből és főleg a betegség lefolyásából körülhatárolni és önálló localisatiójú, bár aetiologialag nem egységes kórképet alkotni. A radiculitis különleges jeléül eddig csak a serologiai lelet

szolgált, a *Guillain-Barré f. liquor fehérje dissociatio* (csekély vérsajt szaporodás mellett, négy ötzörös fehérjetartalom), amennyiben az esetek igen nagy számában ez meg volt.

A radiculitis különleges neuralgia jelét eddig megállapítani nem sikerült. Ugy találták, hogy radiculitissnél a folyamat főleg egyoldalt lép fel és egymás mellett lévő gyököket támad meg. A kiesés igen különböző a megtámadottság foka szerint, továbbá aszerint, hogy a gyökér motoros vagy érző része megtámadott-e és a kiesés rendszerint sosem teljes. A motoros radiculitises kiesés a neuritises kieséssel szemben különbséget nem mutat. Az érzéskiesés más segmentes kieséssel szemben sem mutat biztos különbséget, noha egyes szerzők felveszik, hogy a radiculitiseknél, amennyiben teljes anaesthesia van, úgy a megfelelő dermatomában az anaesthesiás sorrend a következő: legnagyobb a hő, kisebb a fájdalom, és még kisebb a tapintás-kiesés területe. Mivel azonban egy-egy gyökér három dermatomát lát el, egy gyökér sérülésekor csak hő, két egymás melletti sérüléstől állítólag már hő- és fájdalomkiesést kapunk és csakis három egymás melletti gyökér sérülése esetén kapjuk a fent vázolt kiesést. Mindez azonban bármely más gyökérfolyamaton is észlelhető és így diagnostikus szempontból nem döntő. Az is előfordul, hogy érzéskiesés nincs vagy nem szigorúan segmentes típusú. Valójában ezen tünet lényegileg iuxtamedullaris tünet. Általában a gerincvelő diagnostikájában három tünetcsoportot különböztetünk meg: 1. intraspinalis, 2. iuxta medullaris — gyökerek és hártályak tünete — és 3. extraduralis tünetek. Egyesek által hangsúlyozott azon megfigyelés, hogy neuritissnél (mivel ilyenkor főleg az ideg végeloszlása van leginkább megtámadva), a legsúlyosabb érző- és motoros kiesés distalis, viszont radiculitissnél inkább proximalis, elméleti értékű. Felemlítik azonkívül a megfelelő csigolya érzékenységét, hajlításra, csavarásra és kopogtatásra nyilvánuló fájdalomosságát. Gyakran hátsógyöki fájdalmat is találhatunk, melyet azonos dermatomában mint előresugárzó fájdalmat localizálnak. Előfordul, hogy fájdalom localizálása a Head-féle zónának megfelelően direkte félrevezetően történik, pld. C 3 gyöki fájdalom a fülben, L 3 a térdben mutatkozik. Így adódhat, hogy negatív füllet miatt pld. fülészeti megfigyelésben tartják a beteget, vagy véletlenül párhuzamosan fennforgó, csekély fülészeti elváltozást tesznek felelőssé.

Mindebből láthatjuk, hogy eddigi ismereteink keretén belül fajlagos radiculitises tünettől nem rendelkezünk.

### II.

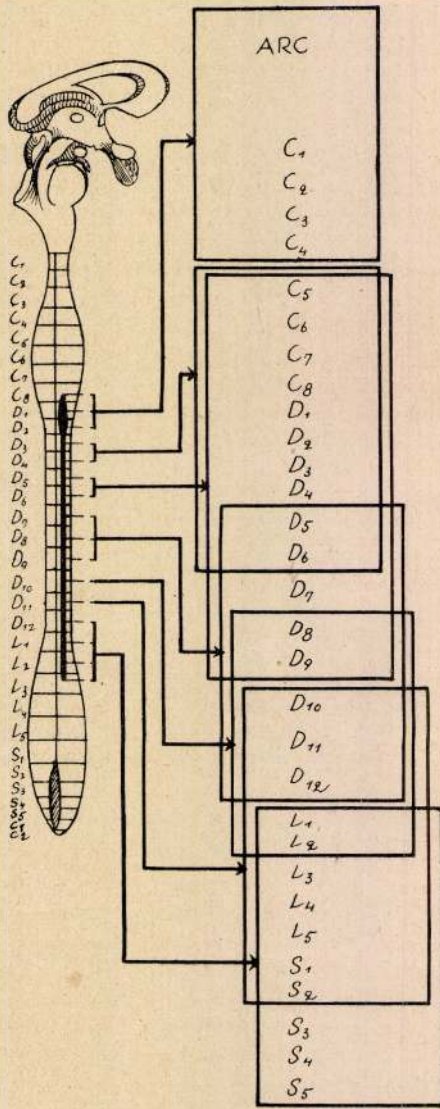
Az alábbiakban egy biztos tünetet ismertetünk: a *verejtékelváltás viselkedését. A verejtékelváltás zavara*, amint látni fogjuk, más radiculitises és más neuritises folyamat esetén és ismét más radiculomyelitises combinationál. Ezen lényeges különbség pedig a sympathicus anatómiáján alapul. A kísérletet a Minor-féle jódkeményítő verejtékező próbával végeztük. Előbb azonban röviden tárgyalnunk kell a sympathicus által történő verejtékbeidegzést.

*Gagel exact* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a sympathicus praeganglionaris rostjai a gerincvelőből, annak oldal-szarvából erednek. A sympathicus oldalszarvoszlop emberben C 8-nál, a cervicalis segmentum alsó szakaszában kezdődik és leterjed az egész dorsalis gerincvelőn át a felső lumbális gerincvelőbe és a 3-ik lumbális segmentum felső részénél végződik. Természetesen mindkét oldalt megvan ez a C 8-tól L 3-ig terjedő oldalsó szarvoszlop. Vagyis a legfelső elülső gyökér, amely sympathicust visz C 8 (*Förster* szerint D 1), a legalsó, amely még visz L 3, (*Förster* szerint L 2).

Fontos, hogy egy-egy gerincvelő szelvényből, — a nervus radicularison átfutva, — kilépő sympathicus neuritek, nemcsak azonos magassági ganglionnal, hanem

több ettől orálishan és caudalisan fekvő ganglionnal is kapcsolatot teremtenek. Így emberre nézve is érvényes Langley azon klasszikus megállapítása, hogy minden elülső gyökér számos sympathicus határganglionhoz futó praeganglionalis rostot tartalmaz. Vagyis minden gyökér több dermatomát is ellát.

Langley, Head, Riddoch, André-Thomas és Förster kísérletei nyomán pontosan tudjuk, hogy minden egyes elülső gyökér villamos ingerlésére mely terület verejtékezik. Az alábbiakban főleg Förster adatai alapján a verejtékelválasztás sympathicus segmentalis innervációját állítottuk össze (1. ábra.). A gyöki sympathicus verejtékinnervatio a bőrön szigorúan segmentes és nem peripheriás dermatomákat ölel fel. A gyöki verejtékdermatoma alsó és felső határa mindig összeesik egy-egy érző segment határával.



1. ábra.

Az ellátás röviden: C 8 — D 2-ből jövő rostok ellátják nagyrészt az arcot és a nyakat egészen C 4-ig. D 3 — D 4-ből jövő rostok ellátják a C 5 — D 6 segmentumot; D 5 — D 6-ból jövő rostok ellátják a C 5 — D 9 segmentumot; D 7 — D 9-ből jövő rostok ellátják a D 4 — D 12 segmentumot; D 10 ellátja a D 8 — L 4 segmentumot; D 11 ellátja a D 10 — S 2 segmentumot és végül D 12 — L 3 ellátják az L 1 — S 5 segmentumot.

Ezen összeállításból azt látjuk, hogy 1. egy-egy gyökér a határköteg-kapcsolatok révén több szomszédos segmentumot, tehát egész övezetet lát el; 2. a segmentumos verejtékdermatomák egymást C 4-től lefelé részben zsindeyszerűen fedik.

Mindezen ismeretek a verejtékpróbaival kapcsolatosan az esetleges radiculitis diagnosis felállítását teljesen lehetővé teszik. Ugyanis neuritisben, minthogy az ideg van megtámadva, a verejtékelválasztás a peripheriás dermatomának, szóval az ideg által ellátott érzőfelületnek megfelelően hiányzik, vagy csökken. Plexus laesiók is hasonlóan viselkednek, csak hogy itt több, a plexusból eredő ideg, összegezett peripheriás dermatomáiból alakul ki az anhydrosisos terület. A határ felül és alul azonban természetesen ismét peripheriás és nem segmentaris dermatomának megfelelő.

radiculitisben		Verejtékezés hiány.		dermatoma	
ÖVEZET	TYPUS	ARC	neuritisben	ARC	dermatoma
1	C <sub>1</sub>	Nincs	Megfelelő környéki dermatomában m.k.d.	C <sub>1</sub>	C <sub>1</sub>
	C <sub>2</sub>			C <sub>2</sub>	
	C <sub>3</sub>			C <sub>3</sub>	
	C <sub>4</sub>			C <sub>4</sub>	
	C <sub>5</sub>			C <sub>5</sub>	
	C <sub>6</sub>			C <sub>6</sub>	
	C <sub>7</sub>			C <sub>7</sub>	
2	a <sub>1</sub> D <sub>1</sub>	A többi zavarból elütő extra területben m.k.d.	m.k.d.	D <sub>1</sub>	D <sub>1</sub>
	D <sub>2</sub>			D <sub>2</sub>	
3	b <sub>1</sub> D <sub>3</sub>	Részben más ascendálban még 7 dermatomában m.k.d.	m.k.d.	D <sub>3</sub>	D <sub>3</sub>
	D <sub>4</sub>			D <sub>4</sub>	
4	c <sub>1</sub> D <sub>5</sub>	Részben más, ascendálban és descendálban még 2 dermatomában m.k.d.	m.k.d.	D <sub>5</sub>	D <sub>5</sub>
	D <sub>6</sub>			D <sub>6</sub>	
5	c <sub>1</sub> D <sub>7</sub>	Részben más, ascendálban és descendálban még 2 dermatomában m.k.d.	m.k.d.	D <sub>7</sub>	D <sub>7</sub>
	D <sub>8</sub>			D <sub>8</sub>	
6	b <sub>1</sub> D <sub>9</sub>	Részben más, ascendálban és descendálban még 7 dermatomában m.k.d.	m.k.d.	D <sub>9</sub>	D <sub>9</sub>
	D <sub>10</sub>			D <sub>10</sub>	
7	a <sub>1</sub> D <sub>11</sub>	A többi zavarból elütő extra területben m.k.d.	m.k.d.	D <sub>11</sub>	D <sub>11</sub>
	D <sub>12</sub>			D <sub>12</sub>	
8	L <sub>1</sub>	Nincs	m.k.d.	L <sub>1</sub>	L <sub>1</sub>
	L <sub>2</sub>			L <sub>2</sub>	
	L <sub>3</sub>			L <sub>3</sub>	
	L <sub>4</sub>			L <sub>4</sub>	
	L <sub>5</sub>			L <sub>5</sub>	
S <sub>1</sub>	S <sub>1</sub>				
S <sub>2</sub>	S <sub>2</sub>				
S <sub>3</sub>	S <sub>3</sub>				
S <sub>4</sub>	S <sub>4</sub>				
S <sub>5</sub>	S <sub>5</sub>				

2. ábra.

Ezzel szemben radiculitisnél a sympathicus eredetű anhydrosis vagy hypohydrosis mindig több, egymás mellett levő segment dermatomából tevődik össze. Az alsó és felső határ mindig segmentes érző dermatomának megfelelő. Ennél sokkal fontosabb alapvető körülmény adódik nézetünk szerint azon tényből, miszerint a sympathicus gyökök csak C 8 — L 3-ig lépnek ki és ezeknek úgy a C 8 fölötti és az arcterületet, valamint a L 3 alatti területet is el kell látniok. Ez idézi elő, hogy a sympathicus verejtéksegmentek nem esnek össze az illető gyökök által innervált érző segmentekkel, illetőleg megfelelő motoros területekkel. Lényeges incongruentia van, ami döntő eltóladáshoz vezet. Ezen szempontból (1. 2-ik ábra) a testre vetítve nyolc övezetet különböztethetünk meg és ezen 8 övezeten belül felülről lefelé, illetve alulról fölfelé haladva a köldökig, 3—3 typust, amikor is minden typus a

köldök felé centripetalisan ugyanazon sorrendben megismétlődik.

Nézzük az övezeteket. A C 8 — D 2 gyökök sympathicus verejtékbeidegző területe *extrazónás*, ugyanis az arcot és nyakat idegzi be C 4-ig, tehát oly területet, amihez a C 8 — D 2 gyökök sem érző, sem motoros innervációt nem adnak. Ezért mondjuk ezen viselkedést *extrazónásnak* és az ilyen *extrazónás* övezetypust a felépítés illusztrálására *a*)-val jelöljük. (A táblán a 2. övezet.)

A következő övezetet — *b*)-t — jellemzi, hogy bár a saját érző területével D 3 — D 6 a verejtékterület összeesik, de ezt ascendálóan jóval felülmúlja C 4-ig és descendálóan is túllépi D 9-ig. Az ascensus lényegesebb, mert 7 segmentet (C 4 — D 2), a descensus kisebb, mert 3 segmentet ölel fel. (Táblán 3. övezet.)

A következő övezetre jellemző, hogy a saját dermatomáján kívül D 7 — D 9, az ascensus és descensus ugyanannyi, mindig két segment. Ez a *c*)-típus. (A táblán 4. övezet.)

Most a köldöknél az egész elrendezés megfordul, a *köldökhöz* képest centripetalisan.

A következő verejtékövezet ismét *c*)-típusú, vagyis a saját dermatoma ascendálóan és descendálóan nagyjából ugyanolyan terjedelmű, összesen 7 segmentre kiterjedő terület. (Táblán 5. övezet.)

Ez alatt ismét *b*)-típusú következik, vagyis a saját segmentumon kívül most a köldökhöz ismét közelebb eső területen, vagyis jelenleg ascendálóan kisebb és a távolabb eső területen, jelenleg descendálóan (5 segmenttel) nagyobb innervációs terület. (A táblán 6. övezet.)

Ehhez csatlakozik ismét az *a*)-típusú övezet, vagyis főleg *extrazónás*, mint a legelsőként tárgyalt, de most *extrazónásan* lefelé terjed. (Az ábrán a 7. övezet.)

Ha az egész testre, vagyis C 1 — S 5 gyökökre vetítjük a sympathicus C 8 — L 3-ból induló innervációt, akkor fent és lent egy-egy övezetet kapunk (a táblán 1. és 8. számmal megjelölt) 7—7 gyökér területét, ahol a kilépő gyökök C 1 — C 7, illetve L 3 — S 5 sympathicust nem vesznek. Így ezen két övezet tisztára más terület sympathicus ellátására van utalva.

Eszerint láthatjuk, hogy szeszélyesnek vélt sympathicus verejtékbeidegzés a köldöktől kiindulva fel- és lefelé a legszigorúbb törvényes felépítést mutatja.

Hogyan értékesíthetjük mindezt a radiculitis diagnostikájában? Mint a mellékelt 2. ábrán) a második oszlopban) feltüntetjük, neuritis esetében mindig az ideg érzőterületének megfelelő környéki dermatomában (m. k. d.) lesz az anhydrosis, radiculitisben (az első oszlop) segmentaer lesz és övezetenként változik. Még pedig:

Az 1 és 8 övezetben radiculitisben *verejtékkelválásztás zavar nem lehet*. Tehát a gyökereknek megfelelően érző- és motoros kiesést sympathicus verejtékkelválásztászavar sohasem kísérhet.

A 2 és 7 övezetben radiculitisben verejtékzavar van, de *extrazónásan*, vagyis az övezeten kívül. Pl. C 8 — D 2 radiculitisben érző- és motoros tünetek C 8 — D 2-nek megfelelően mutatkozhatnak, de anhydrosis ezen zónán kívül az arcon és nyakon C 4-ig. Lent ugyanígy D 12 — L 2 radiculitis esetén (Förstert szerint L 3 sympathicust már nem visz) érző és motoros kiesések ezen gyököknek megfelelően mutatkozhatnak, de az anhydrosis perdöntően *extrazónásan* S 3 — S 5-ben mutatkozik.

Az 1. 2. és 7. 8. valójában a legfontosabb zóna, mert a végtagidegek eredési területét ölelik fel és a radiculitis, illetve neuritis közötti differentialediagnózis megállapítása itt a legfontosabb és itt adódik problémaként leggyakrabban.

A törzsön, a differentialediagnózis radiculitis és neuritis között lényegileg nem oly fontos, de a mellékelt 2. ábra szerint ott is megejthető. Ugyanis a 3—6 övezetben is megvannak a verejték beidegzőkben a „túl”-tolá-

sok, vagyis a verejték szempontjából más dermatomák is tangálva lesznek, mint érzés szempontjából. Ehhez járul még az a szerencsés körülmény, hogy a túltolódás, a dermatomák zsindelyszerű fedése, a köldöktől kiindulva egyre jobban széjjelhúzódik. Egyes esetekben ez igen szép megállapításhoz segíthet, bár itt a teljes anhydrosis a többszörös dermatoma fedés miatt nem fordul teljes tisztaságában elő és főleg jelentékeny, a reactio által észrevehető, hypohydrotikus vagy megközelítőleg anhydrotikus tünetet fog adni. Az egész hypo-an-hypohydrotikus terület kiterjedéséből identifikálhatjuk a megfelelő radixot.

Az a tény, hogy több gyökér pl. C 8 — D 2 lát el egy területet, tehát működéstani egységet, abban is megnyilvánul, hogy egy gyökérnek sérülése elégséges ahhoz, hogy az anhydrosis az egész területen fellépjen. Ugy látszik a határkötegekben a továbbvezetés nem izolált, hanem az övezetenként gyökerekből eredő sympathicusok csoportokban vannak a további neuronra kapcsolva és valamennyi *conjunctionális* (synergetikus) innervációja szükséges, amit egy gyökér sérülése már lényegesen zavar és quasi teljes anhydrosist manifestál. Langley észlelései hasonlóak. Ezen kérdés különben is akadémikus, mert radiculitis esetében mindig több, közvetlenül egymás mellett fekvő gyökér betegszik meg. Mindamellet azonban felemlítjük, hogy éppen Förster műtéti kísérletei szerint igen erős árammal ingerelve, pl. D 1 főleg az arcot, D 2 főleg C 1 — C 4 terület látja el verejtékvezető rostokkal, úgy, hogy csoportos *confunctionalis* rákapcsolódáson kívül úgy látszik még *direct* izolált vezető kapcsolatoknak is kell kisebb számban lenniök, melyek erősebb ingerlésre működésbe lépnek. Ez még exactabb localisatiót is megenged.

A mellékelt 2. ábrát tanulmányozva, kétségtelen, hogy a sympathicus verejtékpróba a radiculitis diagnosizálásának biztos neurologiai felállítását lehetővé teszi azáltal, hogy *incongruensen más területen van a verejtékkelválásztás és más területen a többi neurologiai tünet*. (Érzés-, mozgás-reflexzavar, stb.)

### III.

Radiculitis esetében a sympathicus bénulása anhydrosist okoz. Tehát izzasztásra (aspirin, thea, hőlég, stb.) a Minor-féle próbánál a megfelelő fent ismertetett anhydrosist észlelhetjük. Az is lehetséges azonban, hogy a folyamat kezdeti szakban a sympathicust izgatja. Ilyenkor minden mesterséges izzasztást előidéző beavatkozás (aspirin, thea, hőlég stb.) nélkül, már megtekintésre fel fog tűnni az előbbi övezetek szerint egy spontán hyperhydrotikus övezet. Ezért elsősorban meg kell figyelni az izzadást, amit esetleg Minor-próbával kiegészíthetünk, de ilyenkor, spontán övezetszerű izzadás esetében mellőzzük az izzasztó eljárást. Előfordulhat, hogy az ilyen hyperhydrotikus, több segmentre terjedő területben, teljes anhydrotikus dermatomás csík fut végig. Az utóbbit a hátsó gyökereken át kilépő *parasympathicus verejtékgtátló innervációja* okozza. A parasympathicus szigorúan segmentes. Minden hátsó gyökér megfelelő érző területtel congruens területet lát el verejtékgtátlókkal, C 1 — S 5-ig bezárólag.

Mivel a parasympathicus szintén a nervus radicularisban fut, úgy a folyamat elején, amikor sympathicus hyperhydrosis esetleg felléphet, ugyanakkor anhydrotikus csík is keletkezhet a hyperhydrotikus területen. Ilyenkor hárommezős zászlóként hyper-an-hyperhydrotikus terület mutatkozik, (hyperhydrotikus területben anhydrotikus segmentintervallum, zászlójel) a 2—7 övezetben. Az 1. és 8. övezetben csak anhydrotikus csíkot ad zászlójel nélkül. A magassági diagnózis a parasympathicus segítségével a legexactabb, mert szigorúan egy-egy gyökér parasympathicus egy-egy dermatomát lát el. Rendszerint ilyen azonban nem észlelhetünk, mert a beteg azon szakban

keres fel, amikor a radiculitis már előrehaladt. (Hacsak a folyamat a betegség alatt más területet is meg nem támad és véletlenül ott észleljük.) Az észlelésre kerülő acutabb gyulladásos, roncsolásos szakban a verejték főbeidegző sympathicust éri a behatás és így az előbb bőven letágyalt nagy sympathicus, zonális, anhydroticus kieséseket észlelhetjük. A parasympathicus bénulása verejték elválasztást nem okoz és így ennek a lehetőségnek a tárgyalása nem szükséges. Tehát összefoglalva: 1. leggyakoribb eset a sympathicus bénulás, vagyis anhydrosis, zónánként, 2. ritkább eset a sympathicus izgalom, spontán hyperhydrosis zónánként, tehát ugyanazon területben és regulák szerint, mint ahogy a sympathicus anhydrosist bőven ismertettük. A 2—7 övezetben a parasympathicus megtámadottsága miatt előfordulhat a zászlójel. Az 1—8. övezetben, az érző és motoros gyöki tünetekkel szigorúan correspondáló dermatomában léphet fel parasympathicus anhydrosis. — (Ezen utóbbi esetben az 1. és 8. övezetben a radiculitises és neuritises kiesés közötti különbséget az adja, hogy a parasympathicus radiculitises anhydrosis segmentes, viszont a neuritises anhydrosis, amely most is valójában sympathicus, de az ideg lefutásában történő roncsolás, peripheriás kiesést mutat.) — Egy gyökérre szorító radiculitis esetében, vagyis legkezdetibb szakban az anhydrotikus parasympathicus segmentumot megkaphatjuk, de ugyanakkor, mivel csak egy gyökér beteg, érző- és mozgatózavart nem kapunk, mert ehhez több egymásmelletti gyökér bántalmazottsága szükséges. Így a verejték-elválasztási zavar radiculitis esetében nemcsak diagnostikai döntő, hanem az első tünet is lehet.

## IV.

*Radiculomyelitis* esetében a gerincvelő is meg lévén támadva, a verejték-kiesés nem fog zónásan mutatkozni, hanem a gerincvelő laesiójára jellemző haránt verejték-laesió képet kapunk, mint ahogy ezt Förster és mások megállapították. Ilyenkor orálsan a legfelső megtámadott segmentum magasságának megfelelő verejtékdermatomától lefelé végig teljes *hemianhydrosis* mutatkozik, mert ezen magasságtól lefelé a dienkephalonból jövő és az elülső és oldalsó szarv közötti szögletben haladó, előrefelé a lehágó keresztzett pyramis előtti területig érő, supranuclearis verejtékbeidegző pálya lefelé is blokkírozva van és így mélyebb segmentumok centralisan ható izzasztókra (aspirin, thea, stb.) centralis impulsust nem kapnak. Természetesen itt is tekintetbe kell vennünk azon körülményt, hogy a sympathicus verejtékdermatomák az érző dermatomákkal nem esnek össze. Myelitisben az anhydrosis felső határa, mindig a sympathicus és sohasem a parasympathicus verejtékdermatomával esik össze, mert az utóbbinak verejtékbenulási folyamatok esetén, szerepe, — aktivitáshoz kötött verejtékgátló működése miatt, — nem lehet. Myelitis megállapítása az anhydrosis szempontjából látszólag egyhelyütt, nehézséget okozhat. Ugyanis az 1. övezetben (C1—C7) történő spinalis laesio, ugyanúgy teljes hemianhydrosist okozhat, a supranuclearis neuron sérülése miatt, mintha a 2. övezetben (C8—D2) történik. Vagyis anhydrosis szempontjából a két kiesési kép, a nuclearis és spinalis supranuclearis, azonos. Azonban mihelyt teljes hemianhydrosist észleljük, úgyis tudjuk, hogy myelitisről van szó és így radiculitis szempontjából az eset meg van oldva. Egyébként myelitis esetén bőven fogunk még más spinalis tünetet találni, úgy, hogy myelitises esetekben a verejték-elválasztási vizsgálatára nincs is szükségünk. A myelitises verejtékképre csakis a teljesség kedvéért térünk ki, illetve azért, hogy ha teljes hemianhydrosist, vagy egy adott magasságtól lefelé terjedő hemianhydrosist észleljük (természetesen a legelső övezet kivételével, amelyik ilyen szempontból nem

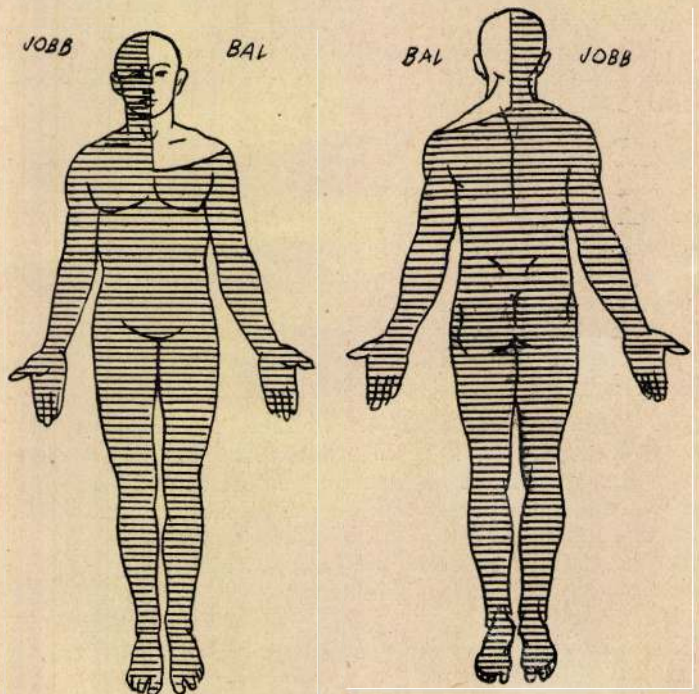
számít) a verejtékképből rögtön myelitisre vagy más spinalis folyamatra következtethessünk.

## V.

Befejezésül anyagunkból röviden két esetet ismertetünk, ahol a verejték-elválasztás viselkedése biztosította a polyradiculitis diagnosist.

1. K. L. 26 éves munkás. A betegség megindulásáig értékesíthető körelőzményi adat nincs. Két hét előtt nyakában balra hajlításkor fájdalmat érzett, amit csúzos eredetűnek gondolt, mert nedves lakásban lakik. 10 nap óta bal kezén a 4-ik és 5-ik ujj zsibbad és körülbelül egy hét óta ügyetlen lett és bémuli kezdett. Lázas nem volt.

Jelen állapotból az értékesíthető adatok. 1932. dec. 31.: Bal oldalt jelzett Horner? A 8-ik nyaki csigolya ütögetésre, úgyszintén a fejnek balra és előre forgatásakor érzékeny. Csigolya-röntgen negatív, ugyancsak tüdő-röntgen is. Bal kéz ulnaris tartásban. Az ulnaris reflex bal oldalt hiányzik. Közepes fokban bémult a musc. flex. carpi ulnaris, részlegesen a flex. dig. profundus, míg az interosseusok és lumbricalisok kevésbé. C8—D1-ből ineroálódó abd. poll. brevis, flex. poll. long. pronator quadratus és opponens működése hiánytalan. Fibrillatio, sorvadás nincsen. ER. nem mutatható ki. Az V. ujj mélyérzése bizonytalan, objectív hő-, fájdalom- vagy tactilis zavar nincsen. Hőmérsékletkülönbség (a két kéz IV. és V. ujj között a nyeregben, vegyészeti hőmérővel mérve) a beteg oldalon 0.5 C°-al magasabb. Belgyógyászati lelet negatív. Laboratoriumi vizsgálatok: vizelet, vér negatív. Vérték: normalis, vércukor szintén. Cysternából vett liquor: sejtszám 7, összfehérje 116 mgr.%, Pándy ++; a többi reactio negatív. Colloidalis benzoé: 5—7 csöben teljes, 8 csöben fél kiesést ad.



3. ábra.

□ anhydrotikus terület    ■ hydrotikus terület

Az izzasztási próbát ezen status után egy héttel ejtettük meg. (Lásd 3. ábra.) Bal oldalt az arc és nyak területe C 4-ig teljes anhydrosist mutatott. 10 nappal később megismételve, hasonló eredményt adott. *Diagnosis:* Bal C 8—D 2 gyökök polyradiculitise.

Urotropin, salicyl, atophan, stb. kezelésre 4 hónap után a motoros és egyéb tünetek teljesen visszafejlődtek. Ugyanakkor a megejtett harmadik izzasztási próba az előző két izzasztási próbával szemben teljesen normalis verejtékképet adott.

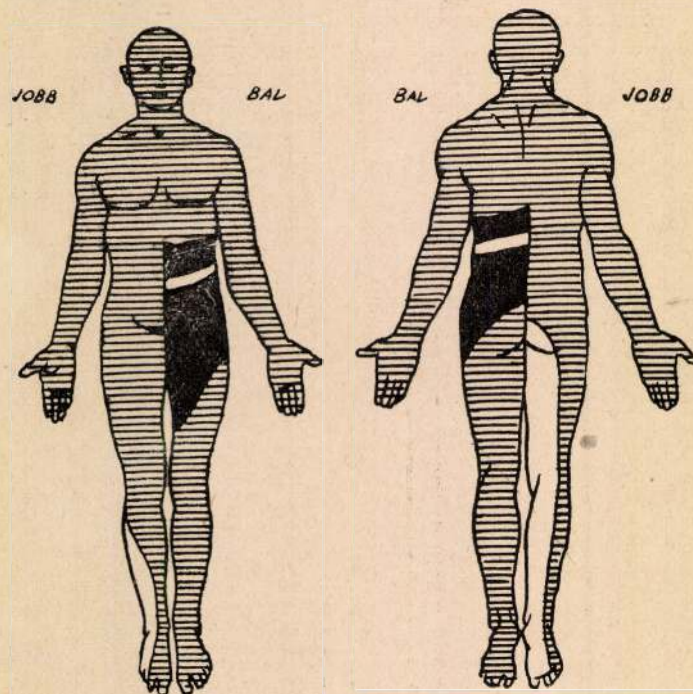
2. H. J.-né, 32 éves. (Magánészlelés.) 6 hét előtt lázas mandulagyulladás volt. 4 hét előtt a jobb lába combban gyengülni kezdett, különösen a kinyújtás nem ment, úgy hogy a térdben hibás járásúnak érezte magát. A legelső tünetet lépcsőjárásakor vette észre. Később nem tudott felállni.



Amidőn ezen tünetei felléptek, 37 C<sup>o</sup> körül mozgó hőemelkedése volt, de ő ezt mandularecidivának gondolta, bár a torka nem fájt. 2 nap óta úgy érzi, mintha köldöktől balra valami „mászna” és gyakran ezen területben „csiklandós viszketést” érez. 5 hónap előtt hólyaghurut miatt kezelték. Ezenkívül a kórelőzményben lényeges nincsen.

Jelen állapotból az értékesíthető adatok (1931. VI. 16.): A csigolyasor erősebb nyomásra sem érzékeny. Csigolyaröntgen negatív. Bal oldalt a középső hasfali reflex hiányzik, amely körülmény a többi hasfali reflex élnéességéhez képest igen szembeötlő. (Gravid nem volt.) Jobb lábát nem tudja csípőben behajlítani és térdben kinyújtani. A jobb lábon a következő izmok működése hibás, bár teljes bénulás nincs: Ileoasoas (L1, L2, L3), sartorius (L1, L2, L3), gracilis (L1, L2), Rectus femoris (L2, L3, L4). Adductorreflex meg van. Csípőadductorok, noha szintén L2, L3-ból kapják a beidegzést, jól működnek. A csípőrotorok szintén. A tensor fasciae lataeréflex (lábtalpon végig húzva reflector contractura) meg van, minthogy úgy a tensor, mint a többi csípőadductor is működik. Fibrillatio, sorvadás, ER. nincs. Érzészavar nem észlelhető. Belgyógyászati, úgyszintén nőgyógyászati lelet negatív. A megfelelő gyökerekből a visceralis szerveket beidegző sympathicus következőképpen viselkedik: Colon ascendens (L1) és flexura (L2, L3) röntgenologice spasticus, vagyis a többi bélrészlettel szemben vagus túlsúlyt mutat. Véletlenül régebbi cystitise miatt röntgenpyelographia is történt, amikor is az urether távolságában (D9—L2) és a hólyagban (D12—L3 és S2—S5) semmi elváltozást sem észleltek. Laboratoriumi vizsgálatok: vizelet, vérkép, vércukor normalis. Wassermann: negatív. Cysterna punctiós liquor: sejtszám 8, összfehérje 96 mgr.%, Pándy ++; a többi reactio negatív. Colloidális benzoé: 4—8 csőben teljes kiesést ad. Lumbal punctiós liquor, 3 nappal később: magasabb nyomás, sejtszám 13, összfehérje 152 mgr.%, Pándy +++; a többi reactio negatív, a colloidális benzoé 5—9 csőben teljes kiesést ad.

A két punctio között megejtett verejtékezés próba (lásd 4. ábra) jobb oldalt S2—S5 területében teljes anhidrosist ad. Bal oldalt D10 területében anhidrotikus dermatomás csík, efelett D8—D9-ben és ez alatt D11—L2-ben hyperhydrosis. Zászlójel. Itt azon ritka esetet látjuk, amikor egy előrehaladott folyamathoz később bal oldalt a 10-ik háti gyökeret izoláltan megtámadó folyamat csatlakozott, amelynek későbbi voltát a beteg az előzményben helyesen jelezte. Diagnózis: Jobb oldalt D10, bal oldalt L1, L2 gyökök polyradiculitise.



4. ábra.

□ anhidrotikus   ▨ hydrotikus   ■ hyperhydrotikus terület

A lumbal punctio az állapotát lényegesen megjavította, úgy hogy ezzel az esettel is alátámaszthatjuk Richter akkor még nem közölt észleletét, a liquor lebecsátás gyógyító hatásáról. Emellett a beteg urotropinos és ezüstbedörzsöléses kezelést kapott. 8 hét múlva tünetei teljesen visszafeljöttek és az akkor megejtett újabb verejtékvizsgálat teljesen normalis viszonyokat tüntetett fel.

Az Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye.  
(Igazgató: Angyán János ny. r. tájár.)

## Vérjódsszint és jódforgalom pajzsmirigy betegségekben.

Irták: Scheffer László dr. és Megay László dr.

A jódbiologiai jelentőségét elsősorban az adja meg, hogy állandó alkotórészét képezi a pajzsmirigy hatásos belső secretumának, a pajzsmirigyhormonnak. A pajzsmirigy, mint belső elválasztású szerv a maga élettani hatásait csakis a pajzsmirigyhormon útján fejtheti ki, tehát a kóros pajzsmirigyműködés is csak a pajzsmirigyhormon mennyiségi, vagy minőségi megváltozása következményeképpen jöhet létre. Ha az úgynevezett pajzsmirigybetegségek kizárólag a pajzsmirigy megbetegedésén alapszanak, akkor két lehetőséggel állunk szemben: először lehetséges, hogy a pajzsmirigy a normalis pajzsmirigyhormont nagyobb mennyiségben termeli és önti a vérpályába, mint ép viszonyok között (tisztá hyperfunctio); másodsor lehetséges, hogy a pajzsmirigy kóros összetételű hormont termel (pajzsmirigy-dysfunctio): ebben az esetben a kóros pajzsmirigyhormon toxikus hatása idézi elő a pajzsmirigybetegség klinikai képét. Számolnunk kell azonban azzal a lehetőséggel is, hogy a pajzsmirigybetegségek kóroktanában a szövetek megbetegedése a primaer, melyek elvesztik azt a képességüket, hogy a pajzsmirigyhormont normalisan használják fel, s így az oxidatív folyamatok során a pajzsmirigyhormon atypikusan mérgező termékekre hasad. Bármely lehetőség legyen is a pajzsmirigybetegségek tulajdonképeni oka, azt várhatjuk, hogy a kóros változás a jódforgalmában is kifejezésre jut és a vérjódsszint megváltozására vezet.

*Physiologiás és pathologiás vérjódsszint.* Hogy az egészséges ember vére jódot tartalmaz, azt Gley és Bourcet már 1900-ban megállapították. Azóta a vizsgálok egész sora határozta meg a vér jódtartalmát, mely a vizsgálatok középértéke szerint normalisan 12—13 gamma%. Télen alacsonyabb, nyáron magasabb értékek figyelhetők meg. Pécssett a normalis vérjódsszintet 14—20 gamma%-nak, középértékben 17.1 gamma%-nak találtuk. A vérjód egy alkoholban oldható (anorganikus) és egy alkoholban oldhatatlan (organikus) componensre bontható (v. Fellenberg): az organikus rész az egész vérjódsszint  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  részét képezi.

Kóros pajzsmirigyműködés mellett a vérjódsszint megváltozik. v. Fellenberg, de Quervain és Schmith a cretenek vérjódsszintjét lényegesen csökkentnek (5.6 gamma%) találták, közönséges (euthyroid) golyva esetében pedig de Quervain, Curtis vizsgálatai szerint a vérjódsszint a normals határokon belül marad. Veil és Sturm azt állapították meg, hogy thyreotoxikosisban szenvedő betegek vérjódsszintje erősen emelkedett. Lunde, Closs, Pedersen alapvető vizsgálatai ezt a megállapítást azzal egészítették ki, hogy a vérjódsszint emelkedésében az organikus componens igen nagy mértékben vesz részt. A Plummer-féle jódkézelés hatására — a klinikai tünetek javulása mellett — az organikus componens a normalis értékre csökken. E tényekből azt a következtetést vonták le, hogy az alkohol oldhatatlan componens a pajzsmirigy activ hatóanyagát foglalja magában és a thyreotoxikosiszt a vérnek ezen activ pajzsmirigyhatóanyaggal elárasztása hozza létre. Vannak azonban az irodalomban adatok arra, hogy thyreotoxikosisban normalis vérjódsszint is előfordul, másfelől kétségtelen, hogy nem pajzsmirigybetegeken is észlelhető a vérjódsszint nagymértékű emelkedése (Curtis, Vermes). Az úgynevezett vegetatív stigmatizáltakon is emelkedett vérjódértékeket lehet kimutatni.

A belklinika pajzsmirigybeteganyagán vérjód szint meghatározásokat végeztünk, külön meghatározva az alkoholban oldható és oldhatatlan fractiókat. Az I. táblázat a thyreotoxikosisban, illetőleg hyperthyreosisban szenvedő betegek vérjód szintjét tünteti fel.

## I. TABLAZAT.

Basedow-kórban, illetőleg hyperthyreosisban szenvedők vérjód szintje.

vérjód szint $\gamma$ -ban:		összesen
anorganikus	organikus	
14.4	7.5	21.9
10.7	11.8	22.5
4.3	6.5	10.8
4.8	8.8	13.6
13.9	8.6	22.5
11.8	9.6	21.4
8.0	8.9	16.9
4.8	5.0	9.8
6.4	13.9	20.3

E táblázatból azt látjuk, hogy thyreotoxikosisban a vérjód szint az esetek többségében emelkedett, de a normalis felső határát épen csak hogy meghaladja. Találunk azonban olyan eseteket is, ahol a vérjód szint a normalis ingadozás határain belül marad. Az organikus fractio minden esetben a normalis arány felett van; 25—35% helyett kb. 45—55%-ot tesz ki. Lunde és munkatársai fentidézett munkájukban az alkoholban oldhatatlan rész sokkal nagyobb arányú megszaporodását találták, amely náluk a vér összjód tartalmának 70—80%-át alkotja.

A II. táblázat az euthyreoid golyva esetében észlelhető vérjód szintértékeket mutatja. A betegek alapanyag-cseréje az esetek többségében normalis volt; csak néhány esetben találtunk 25%-ig terjedő fokozódást. Ez megfelel annak a régebbi megfigyelésünknek, hogy Pécssett a tünetmentes golyvaesetek 20%-ában az alapanyagcsere fokozott.

## II. TABLAZAT.

Golyvás betegek vérjód szintje.

vérjód szint $\gamma$ -ban:		összesen
anorganikus	organikus	
18.2	11.7	29.9
48.8	11.7	60.5
5.4	6.4	11.8
19.3	5.4	24.7
8.6	5.4	14.0
72.8	13.9	86.7
13.9	8.0	21.9
4.8	12.3	17.1

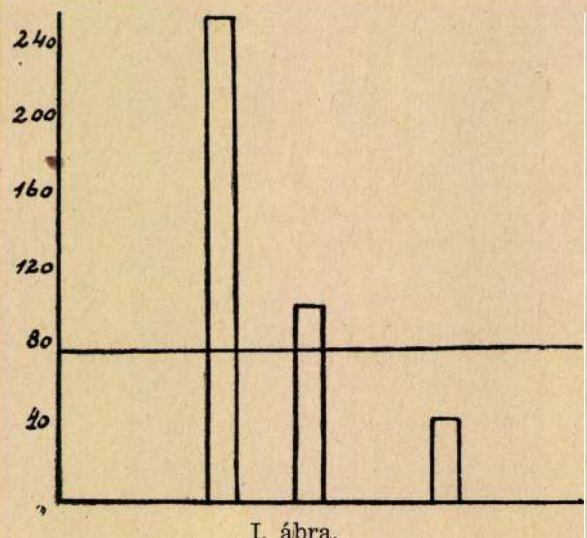
A II. táblázatból azt a meglepő tényt olvashatjuk ki, hogy golyva esetén a vérjód szint sok esetben emelkedett, sőt az emelkedés sokkal nagyobb mértékű, mint thyreotoxikosisban. Emellett azonban normalis vérjód szintértékeket is találunk. Az organikus fractio ott, ahol a vér összjód tartalma igen nagy, nem magas, alacsonyabb összjód tartalom mellett azonban az organikus fractio éppúgy emelkedett, mint thyreotoxikosisban. Különösen meglepő a táblázat első adata, mely egy-két éve strumektomiált, — annakidején tünetmentes golyvában szenvedett — beteg vérjód szintértékét tünteti fel, s amelyből azt látjuk, hogy a ma is teljesen tünetmentes, annakidején mechanikai okokból műtett beteg vérjód szintje magasabb, mint bármely thyreotoxikosisban szenvedő betegé.

E vizsgálati eredmények alapján azt kell mondanunk, hogy a vérjód szint emelkedése nemcsak thyreotoxikosisban, hanem egyszerű golyva esetében is előfordulhat, sőt az igazán magas értékek csak golyva alkalmával láthatók. A vérjód szint emelkedése tehát thyreotoxikosisra jellemzőnek nem tekinthető és nem állhat meg az a fel-

fogás sem, mely a thyreotoxikosis klinikai tüneteier az egész vérjód szint és benne különösképen az organikus fractio emelkedését teszi felelőssé. A vérjód szint emelkedés semmi esetre sem jelenti azt, hogy a hyperfunctionáló pajzsmirigy a maga activ hatóanyagaival a vért elárasztja és így hozza létre a thyreotoxikosis klinikai tüneteit, mert ugyanez az emelkedés a tünetmentes golyva esetében is előfordul, másfelől pedig toxikus esetekben a vérjód szint nem mindig emelkedett.

Ezeknek az eredményeknek nagy pathológiai jelentőséget kell tulajdonítanunk. Hudson kutyán strumektomia után a vérjód szintnek 5.5 gamma%-ról 33.0 gamma%-ra emelkedését figyelte meg; ez a hatalmasan emelkedett vérjód szint thyroxin adagolására a normalisra csökkent. A vérjód szint emelkedését tehát úgy kell tekintenünk, mint a pajzsmirigy működés, illetőleg a pajzsmirigy-hormon kiesésének következményét s így golyva esetében, mely feltétlenül a pajzsmirigyműködés részleges kiesésének felel meg, a vérjód szint emelkedése teljesen érthető. Egyszermind érthetővé válik az az adatunk, mely szerint az úgynevezett hyperfunctionális kórformákban a vérjód szint számottevő emelkedését nem találjuk.

Ép és kóros jódforgalom. I. Ha a teljes jódforgalmat az úgynevezett egyensúlyi jódanyagcserét vizsgáljuk, akkor a jódbevitel és jódleadás viszonyát állapítjuk meg és egyben felvilágosítást kapunk arról, hogy mely szervek végzik a jód kiürítését. Tudjuk, hogy a jód a természetben állandó körforgást végez, mely az energia és a víz körforgásával teljesen analóg módon folyik le. Az élő szervezeteket úgy tekinthetjük, mint ennek a körforgásnak egy specialis szakaszát. Normalis viszonyok között, egészséges embereken a jódanyagcsere egyensúlyban van; a szervezet annyi jódot ad le, mint amennyit felvesz. A jód kiürítését a vese, a bőr, a bél és a tüdő végzik. Kóros viszonyok között, pajzsmirigybetegeken a jód körforgása megtörik, a jódforgalom egyensúlya megbomlik, a pajzsmirigybeteg nem annyi jódot ad le, mint amennyit felvett, hanem vagy többet, vagy kevesebbet. A jódforgalom egyensúlyának ez a megbomlása azzal is együtt jár, hogy a kiürítő szervek részvétele a jód eliminálásban megváltozik, egyes szervek kiürítő működése megszűnik, másoké jobban előtérbe nyomul. Pajzsmirigybetegeken vizsgálataink szerint a jódanyagcsere három formája figyelhető meg, mint azt az I. ábra mutatja.



Az átlagos napi jódfelvétel és jódkiürítés középértékben napi 80 gammára tehető Pécssett. A pajzsmirigybetegek első csoportjára az jellemző, hogy a jódháztartás

mérlege erősen negatív. Az átlagos napi 80 gamma jódtüreléssel szemben ennél a típusnál naponta átlagban 220 gamma jódtürelé ki, ami a szervezetnek jódtürelésére kell, hogy vezessen. A jódtürelés túlsúlya a vesére esik, de a bőr és bélrendszer is gyakran ad le olyan nagy jódtüreléseket, aminőket ép viszonyok között nem szokott kiüríteni. A jódtürelés kóros formáinak második típusára az jellemző, hogy a jódtürelés negativitása sokkal kisebb mértékű, az átlagos napi ürítés 102 gammát tesz ki, a kiürítő szervek közül pedig a bélrendszer az, amelyre a jódtürelés túlsúlya esik. Amíg az első két formára a bevitelt meghaladó többletjódtürelés, tehát a negatív jódtürelés jellemző, addig a pajzsmirigybetegeken észlelhető jódtüreléscsere harmadik formájának karakteristikus vonása abban áll, hogy a jódtürelés mérlege pozitív, a szervezet kevesebb jódot ad le (napi 40 gamma), mint amennyit felvesz, a szervezetben tehát a jódtürelés visszatartására és felhalmozódására kerül sor. A kiürítő szervek közül a bőrön át történő jódtürelés teljesen megszűnik, illetőleg minimumra csökken, a tüdőn keresztüli jódtürelés pedig gyakran mutat emelkedett értékeket.

Említettük, hogy a jódtürelés forgalma a természetben az energia és víz körforgásával analóg. Ez az analógia az emberi szervezeten belül is felismerhető. Czike és Szél a belklinikai beteganyagon végzett vizsgálataik során kimutatták, hogy a pajzsmirigybetegeken az extrarenális vízleadás jelentékeny fokozódása figyelhető meg. Ez a fokozódás egyes betegeken extrém magas értékeket érhet el, mint ahogy az első jódtürelési típusban mi is extrém módon negatív jódtürelést találtunk, más betegeken az extrarenális vízleadás fokozódása — bár szintén igen jelentékeny —, nem olyan nagymértékben fokozódott, éppúgy, mint a jódtürelés a második típusunkban. Ezzel szemben egyszerű golyva esetében az extrarenális vízleadás az ép viszonyoktól nem különbözik. Nagyjában ugyanez áll az anyagcsere fokozódására is. Beteganyagunkon meghatározott anyagcsereértékek összehasonlítása azt mutatja, hogy a fokozódás átlagban az első csoportba tartozó betegeken a legnagyobb, a második csoportban aránylag kisebb, a harmadik csoportban pedig normalis értékek mellett csekély fokozódások és csökkenések egyaránt előfordulnak.

A berni, 1933.-i golyva- és hyperthyreosis konferencián a pajzsmirigybetegségekre vonatkozóan az a feltevés alakult ki, hogy az úgynevezett hyperfunctiók alakok két csoportba oszthatók; a primaer thyreotoxikózisokra (beleértve a Basedow-kórt) és a secundaer thyreotoxikózisokra (hyperthyreosis). Ezek mellett, mint harmadik csoport a tünetmentes golyva szerepel. Emellett a felosztás mellett foglalt állást a kérdés patholog-anatomiai referense, de Josselin de Jong, aki a két kórképet a pajzsmirigy szövettani strukturájának szembetűnő különbségei alapján választja el, s a hyperthyreosist az egyszerű, tünetmentes golyvából vezeti le. Ehhez az állásponthoz a felszólaló klinikusok is csatlakoztak és hangsúlyozták azt a pathologus által is kiemelt tételt, hogy az egyes kórformák között a különbségek a klinikai megjelenést illetően is gradualisak. Ha ehhez a kérdéshez a jódtüreléscsere szempontjából akarunk hozzászólni, akkor mindjárt meg kell állapítanunk, hogy mi is három típusát találjuk a betegeknél. Az első kettő egyirányú és legjellemzőbb vonása a jódtürelés negatív mérlege, különböznek azonban egymástól gradualisan a negativitás mértékében és a jódtürelésben résztvevő szervek részvételi arányában; a harmadik típusra a pozitív jódtürelés jellemző, ez tehát az első kettőnek biochemiai ellenlábasa.

Ha ezek után az egyes kórformákhoz tartozó beteg kórtörténetét, a betegség megjelenésének és lefolyá-

sának képét vizsgáljuk, akkor a következő eredményre jutunk: az első csoportba tartozó betegeken, akik jódtürelésének mérlege erősen negatív, feltűnő a folyamat toxikus képe. Az úgynevezett primaer thyreotoxikózisok, melyekre a golyva fellépésének és a klinikai tünetek megjelenésének egyidejűsége jellemző, s melyek esetében a testsúly csökkenése a kardiavascularis tünetek és az idegrendszer részvétele súlyos mértékben jelentkeznek; mind ebbe a csoportba tartoznak. Ide tartoznak a jódtüreléscserek is. Azt mondhatjuk tehát, hogy az erősen negatív jódtüreléscsere a súlyos primaer és secundaer thyreotoxikózisokra: a Basedow-kórra és a jódtüreléscsere jellemző.

A másik csoportba tartozó betegek, akiknek a jódtürelés kismértékben negatív és akiknek a jódtürelését túlnyomóan a bélrendszer végzi, általában enyhébb tüneteket mutatnak és nagyrészt a secundaer hyperthyreosisok sorába tartoznak. Itt a súlycsökkenés kismértékű, a kardiavascularis tünetek mérsékeltek, az idegrendszer részvétele is csekélyebb. A kórkép kifejlődése előtt sokszor évekig tünetmentes golyva állott fenn.

A pozitív jódtüreléscsere dolgozó harmadik csoport teljesen egyértelmű: ide kizárólag tünetmentes, euthyreoid golyvák tartoznak.

A jódtüreléscsere viselkedése a különböző kórképekben elég egyértelmű és jellemző. Kétségtelen — ezt azóta más szerzők is megállapították, (Curtis, Szász, Elmer) —, hogy gradualisan a negativitás fokozódása a kórkép súlyosságával arányban van. Ugyanez áll Czike és Szél vizsgálatai szerint az extrarenális vízleadásról is; az extrarenális vízleadás mértéke annál nagyobb, minél súlyosabb a betegség klinikai képe. Az anyagcsere már nem jelzi ennyire arányosan a párhuzamot. Bár középértékben általában a súlyos primaer kórformákhoz magasabb alpanyagcsereértékek tartoznak, kétségtelen, hogy egyes esetekben a kevésbé súlyos kórformák igen magas alpanyagcsere értékeket adhatnak és a toxikus esetek relatív alacsonyabb alpanyagcsere-értékekkel járhatnak együtt.

A jódtüreléscsere-vizsgálatok eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a pajzsmirigybetegségek ilyen besorolása a jódtüreléscsere három észlelt formájával a klinikai lefolyás szempontjából is összhangba hozható. — Messze túlnőne a munka keretein, ha az egyes kórformák diagnostikájával, prognostikájával és terapiájával akarunk foglalkozni. Itt csak arról akarunk még megemlékezni, hogy a therapiás effectusok hatása a jódtüreléscsere megváltozásában is kifejezésre jut. A therapia hatása alatt megnyugvó thyreotoxikózisok esetében először a jódtürelés negativitása csökken, majd rövid egyensúlyi állapot után a golyvára jellemző retentiós típusává válik a jódtürelés. Ez a tény is arra mutat, hogy az egyes kórformák egymásba átmenhetnek, talán, mert a különbségek közöttük csak fokozatiak. A könnyebb hyperthyreosisban szenvedő beteg jódtürelésén is megfigyelhető a therapia hatása, ami a negativitás eltűnésében és a székléttel történő jódtürelés mértékének további fokozódásában jut kifejezésre. Ezzel megvan a lehetőségünk arra, hogy therapiánk hatásosságát ellenőrizzük, mely célra az alpanyagcsere meghatározása nem annyira célszerű. Éppen egy Basedow-kórban szenvedő betegünkön figyeltük meg, hogy az alpanyagcsere változatlanul magas értéket mutatott akkor, amikor a jódtüreléscsere, de a klinikai status is kétségtelen javulásra vallott. Azt is tapasztaltuk, hogy éppen toxikus esetekben az alpanyagcsere nehezen befolyásolható, míg a könnyebb esetekben a therapiás beavatkozás hatása az alpanyagcsere hamar megmutatkozik.

Ezzel röviden vázoltuk is a vérjódsszint és a jó-anyagcsere jelentőségét a pajzsmirigybetegségek kórköztanában és klinikájában. Ezek a vizsgálatok, melyek azóta már megerősítést nyertek és a litteratúrába is átmentek, még nem tekinthetők lezártaknak. Kétségtelen azonban, hogy megmutatták azt az utat, melyen továbbhaladva a pajzsmirigybetegségek e fontos fejezetének tisztázása várható.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Tóth István † ny. r. tanár.).

## A reticulocyták viselkedése normalis terhesség és gyermekágy alatt.

Irta: Possaghi Ubaldó dr.

Az utóbbi évszázadban igen sokan foglalkoztak a rendes terhesség és gyermekágy ideje alatti vérelváltozásokkal. Ennek ellenére a vélemények nem egységesek. Elejnte csaknem dogma volt terhességi plethoráról beszélni. 100 évvel ezelőtt *Baudelocque* és *Nasse* hibásnak mondták ezt a véleményt és megállapították, hogy a terhesség alatt *hydraemia* keletkezik. Ugyanezt állapították meg mások is (*Andral*, *Bequerel*, *Regnault*, stb). míg *Strauss* és *Castle* ezt a nézetet csak bizonyos mértékig tartják helytállóknak.

*Spiegelberg* és *Heidenhein* úgy vélik, hogy a terhesség második felében az egész vérmennyiség megnövekedett. Mások azt találták, hogy terhesség alatt az asszonyok egy részében csökkent a vörösvértestek és a haemoglobinnal mennyisége. (*Bidone*, *Alder*.), *Filo* hypochromiás anaemiáról ír, mely azonban többnyire rejtett; *Zaharescu* pedig hyperchromiás anaemiáról, amit a 100 vizsgált terhes közül 69-ben talált. — *Gram* úgy véli, hogy minden terhesben megtalálhatni az anaemiát és ezért physiologiás vérszegénységről szól. Ezekkel ellentétben *Wild*, *Möllenberg*, *Dietrich*, *Fehling*, *Dubner* és *Schröder* azt írják, hogy a vörösvérsejt és haemoglobin értékek emelkedettek. *Meyer* és *Gazew* chloroanaemiát említenek. *Bernard* úgy véli, hogy a terhesség alatt a vörösvértestek számának és a haemoglobinnak mind növekedése, mind csökkenése is előfordulhat az asszony constitúciója szerint. *Virchow* azt hiszi, hogy a vérelváltozások hol chlorotikusak, hol *hydraemiásak* az asszonyok egyéni különbsége szerint. Végül vannak, akik azt mondják, hogy a vér állapota változatlan marad (*Ingeslev*, *Kehrer*, *Davies* és *Reinl.*).

A csontvelő működésének vizsgálatára a vörösvérsejtek fiatal alakjainak meghatározását használhatjuk fel, mert ezeknek szaporodása a csontvelő fokozott működésére mutat, míg megfogyásuk csökkent működésre. E célra a legegyszerűbb és legmegbízhatóbb módszer a reticulocyták számolása, vagyis azon vörösvértesteké, amelyekben supravitalis vagy praemortalis festéssel hálózattal, vagy annak maradványa látható s amely sejtek — általánosan elfogadott vélemény szerint — az erythropoeticus csontvelő hyperfunctioja esetén kerülnek nagyobb számban a keringésbe. (*Ferrata*.). A reticulocyták normalis száma a számolásukhoz használt módszer szerint változó. Egészséges egyénekben *Moravitz* és *Deneke* 1—2 ezreléket, *Naegeli* 1 ezreléket, *Franke* 2 ezreléket, *Schapiro* ugyanannyit, *Moldawsky* és *Seyferth* 1-2 ezreléket talált. *Batizfalvy* a *Boross-Pappenheim* módszerével egészséges, nem terhes nőkben 5.9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et kapott, éppen így *Pataký* is. Én ugyanezen eljárást alkalmazva 5.9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et találtam.

*Feldmann* és *Jankelwitsch* azt írják, hogy normalis terhesség alatt a reticulocyták száma nem emelkedik jelen

tékenyen, míg a gyermekágyban szaporodás áll be. *Caf-faratto* és *Pesce* ezzel szemben azt találták, hogy a reticulocyták száma a terhesség alatt valamivel nagyobb az V., VI. és VII. hónap kivételével, amikor az értékek a normalis alá is eshetnek. A gyermekágyban is nagyobb számot találtak, ami azonban lassan csökken úgy, hogy kb. a hatodik-hetedik napon eléri a rendes értékét. Az irodalmat áttanulmányozva láthatjuk, hogy erről a kérdéstről a vélemények megoszlanak úgy, hogy egyesek terhességi physiologiás anaemiáról beszélnek, míg mások ilyennek létezését tagadják. Erre való tekintettel a reticulocyták vizsgálata révén kíséreltem meg azt megállapítani, hogy létezik-e ilyen terhességi physiologiás anaemia és ha igen, mi lehet annak az oka?

Terhesekkel és gyermekágyasokkal együtt 200 nőt vizsgáltam meg a 17. és 40. életéveik között a terhesség különböző hónapjaiban kivéve az első hónapot, amikor a terhesség még csak biologiás módszerekkel állapítható meg biztosan. Az adatok értékelésére nézve fontos, hogy a vizsgálatokat mind saját magam végeztem.

Az asszonyok részint a klinika háziterhesei, részint az ambulantián jelentkező egészséges terhes nők voltak, részben először, részben többször szülők. A gyermekágyasok a klinikán fekvő beteg anyagból kerültek ki. Minden terhességi hónapnak, illetve gyermekágyi napnak megfelelően 9—24 nőt vizsgáltam. Ellenőrző vizsgálatokat is végeztem részben a klinika női alkalmazottain, részben a szemészeti klinika által rendelkezésemre bocsátott szem-betegeken (15). A készítmények festésére a *Boros-Pappenheim*-féle eljárást alkalmaztam.

Vizsgálataim szerint a reticulocyták 5.9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et véve normalisnak, az egész terhesség alatt szaporodtak. Már a második hónapban átlagosan 9.2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et észleltem, ami a V., VI. és VII. hónapban még nagyobb lett és elérte az 12<sup>0</sup>/<sub>100</sub> átlagot, vagyis a normalisnak kétszeresét. Ez világosan mutatja, hogy terhesség alatt nagyobb fokú a vörösvértestképződés, mint rendes körülmények között a havi vérzés idejét kivéve. Eszerint nehezen képzelhető el, hogy az állítólagos physiologiás vérszegénység oka a csontvelő csökkent működése lenne. Eseteim közt egyet sem találtam, amelyben a reticulocyták száma úgy megkevesbedett volna, hogy a csontvelő működés csökkenésére gondolhattam volna. Csupán 3 esetben találtam 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et, 5 esetben 4—5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-et, vagyis összesen 8 esetben találtam ar endes értéknél alacsonyabbat. Ezzel szemben az esetek többségében egészen 22<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ig emelkedő arányszámot kaptam.

Lehetséges volna az is, hogy a terhességi physiologiás anaemia csak látszólagos, mivel terhesség alatt a plasma megszorodott (*hydraemia*). Ha tehát felvesszük azt, hogy terhesség alatt a vér folyékony alkatrészei szaporodottak, nyilvánvaló, hogy a vörösvértestek száma kevesebb lesz, de csupán relative.

Ha tehát a terhességi physiologiás vérszegénység nem fogható fel a csontvelő csökkent működésének következményeként, még az a lehetőség állhat fenn, hogy a vörösvérsejtek képződése az egészséges csontvelőnek a fokozott véresejtpusztulással szemben compensáló törekvése volna.

Ezen felfogás mellett szól 1. a lépnek vagyis a vörösvértestek „sírjaként“ felfogott szervnek vérbősége és megnagyobbodása (*Aschner*, *Berger*), 2. A chorion-bolyhokban és azok felületén található haemosiderin-kristályok, amelyek elpusztult anyai vörösvértestekből származhatnak. (*Hofbauer*) 3. A terhesek gyakran észlelt haemoglobinaemiája (*Wyche*, *Hofbauer*.) 4. Különösen pedig a terhesek székletében és vizeletében 30%-al növe-

Reticulocyták számaránya a terhesség különböző hónapjaiban.

II. hónap:			III. hónap:			IV. hónap:			V. hónap:		
éves			éves			éves			éves		
III. P.	22	0.3	VI. P.	25	0.3	II. P.	24	0.5	III. P.	28	0.6
II. P.	24	0.6	II. P.	27	0.4	II. P.	29	0.5	I. P.	27	0.7
II. P.	27	0.7	II. P.	28	0.5	I. P.	23	0.6	I. P.	28	0.7
III. P.	28	0.8	IV. P.	23	0.6	I. P.	39	0.6	II. P.	18	1.0
II. P.	30	0.9	V. P.	35	0.7	III. P.	23	0.7	III. P.	25	1.1
VII. P.	33	0.9	III. P.	25	0.8	II. P.	30	0.7	I. P.	25	1.1
I. P.	33	0.9	III. P.	30	0.8	I. P.	21	1.1	II. P.	31	1.3
VI. P.	26	1.3	II. P.	34	0.8	I. P.	23	1.2	III. P.	25	1.4
IV. P.	22	1.4	II. P.	30	1.3	I. P.	23	1.2	IV. P.	33	1.6
II. P.	27	1.4	III. P.	40	1.5	II. P.	27	1.3	VIII. P.	32	2.2
Középérték: 0.92%			Középérték: 0.77%			Középérték: 0.90%			Középérték: 1.17%		

VI. hónap:			VII. hónap:			VIII. hónap:			IX. hónap:		
éves			éves			éves			éves		
III. P.	29	0.5	I. P.	21	0.7	III. P.	38	0.3	I. P.	22	0.5
I. P.	16	0.6	I. P.	23	0.8	I. P.	22	0.6	II. P.	24	0.7
II. P.	26	0.6	I. P.	21	0.9	I. P.	24	0.6	I. P.	16	0.8
II. P.	28	0.6	I. P.	22	1.0	I. P.	27	0.6	I. P.	22	0.8
II. P.	25	0.7	II. P.	29	1.0	III. P.	30	0.6	I. P.	26	0.8
III. P.	28	1.0	I. P.	29	1.0	I. P.	18	0.7	VI. P.	28	0.8
II. P.	23	1.0	I. P.	31	1.1	I. P.	23	0.7	I. P.	21	0.9
I. P.	26	1.2	I. P.	26	1.3	II. P.	25	0.8	I. P.	16	1.0
I. P.	21	1.4	III. P.	20	1.3	II. P.	27	0.8	I. P.	19	1.0
III. P.	31	1.7	I. P.	21	1.3	I. P.	20	0.8	V. P.	26	1.0
II. P.	27	1.7	I. P.	22	1.4	I. P.	21	1.0	I. P.	23	1.1
Középérték: 1%			I. P.	17	1.6	II. P.	24	1.0	I. P.	22	1.2
			I. P.	19	1.6	II. P.	29	1.0	I. P.	33	1.2
			III. P.	25	1.6	IV. P.	27	1.1	II. P.	21	1.3
			Középérték: 1.18%			I. P.	25	1.2	IV. P.	26	1.4
						I. P.	25	1.3	II. P.	26	1.4
						III. P.	39	1.6	II. P.	39	1.4
						Középérték: 0.87%			V. P.	32	1.5
									III. P.	34	1.5
									I. P.	26	1.6
									I. P.	22	1.8
									I. P.	20	2.0
									Középérték: 1.16%		

Reticulocyták számaránya a gyermekágyban.

1. nap:			2. nap:			3. nap:			4. nap:		
éves			éves			éves			éves		
IV. P.	27	0.5	I. P.	19	0.9	I. P.	17	0.7	II. P.	29	0.6
II. P.	21	0.9	I. P.	25	0.9	I. P.	28	0.7	I. P.	22	0.7
I. P.	18	1.2	II. P.	28	0.9	I. P.	21	1.1	I. P.	24	0.9
III. P.	39	1.2	III. P.	32	0.9	I. P.	23	1.0	II. P.	30	1.0
III. P.	34	1.2	I. P.	17	1.1	I. P.	24	1.1	I. P.	18	1.1
IV. P.	36	1.3	II. P.	23	1.1	I. P.	25	1.1	II. P.	24	1.1
I. P.	17	1.5	II. P.	39	1.3	II. P.	21	1.2	I. P.	25	1.2
II. P.	23	1.6	I. P.	21	1.4	II. P.	24	1.4	III. P.	26	1.5
II. P.	28	2.0	I. P.	18	1.5	II. P.	39	1.7	I. P.	20	1.5
I. P.	23	2.0	III. P.	33	1.5	II. P.	23	1.8	I. P.	17	1.7
I. P.	21	2.3	II. P.	29	2.6	Középérték: 1.18%			Középérték: 1.13%		
Középérték: 1.42%			Középérték: 1.28%								

5. nap:			6. nap:			7. nap:			Controll Rc.%	
éves			éves			éves				
II. P.	37	0.6	II. P.	28	0.6	II. P.	28	0.3	0.5	
II. P.	21	0.7	I. P.	22	0.7	I. P.	31	0.3	0.5	
II. P.	29	0.7	I. P.	17	0.8	I. P.	22	0.5	0.3	
I. P.	28	0.9	I. P.	19	0.8	I. P.	25	0.6	0.4	
I. P.	22	1.1	I. P.	25	0.8	II. P.	29	0.6	0.6	
I. P.	24	1.2	II. P.	29	0.8	I. P.	18	0.6	0.4	
II. P.	24	1.4	II. P.	32	0.8	II. P.	37	0.8	0.6	
I. P.	21	1.6	III. P.	29	0.8	I. P.	17	0.9	0.5	
III. P.	26	1.7	I. P.	22	1.9	I. P.	24	0.9	1.0	
Középérték: 1.10%			II. P.	28	2.3	III. P.	26	1.4	0.4	
			Középérték: 1.03%			Középérték: 0.71%			1.1	
									0.7	
									0.7	
									0.5	
									0.7	
									Középérték: 0.59%	

kedett urobilinogen mennyiség (Huver), minthogy a haemoglobin-katabolizmus és urobilinogen kiválasztás között szoros összefüggés van. Végül nem hagyható figyelmen kívül, hogy több belső secretios mirigy többé-kevésbé erős befolyást gya-

korol a vérképre és csontvelőre. Különösen, ha arra gondolunk, milyen mélyreható elváltozásokat okoz a terhesség a hormonális rendszerben, nem indokolatlan annak feltételezése, hogy ez a körülmény is nagy szerepet játszik a tehrességi physiologiás vérszegénység keletkezésében.

Belső secretió hatás mellett szól az is, hogy a pajzsmirigy eltávolítása után a reticulocyták megkevesbedése észlelhető. (Uno.).

Sőt észleltetett még a lépnek és a mellékveséknek a reticulocyták szaporodására irányuló hatása is. (Uno.). Végül megemlíthetjük, hogy a vegetatív idegrendszer is gyakorolhat befolyást a vérképzésre.

Összefoglalólag azt mondhatjuk, hogy a terhességi reticulocytaszaporodás fokozott csontvelőműködésre mutat, s ez a fokozott csontvelőműködés a vörösvérsejtes-vesztés pótlására szolgál. Ez a veszteség fokozott szételés kövekezménye lehet. Emellett még a neurovegetatív és hormonalis rendszer is játszhat kisebb és kevésbé állandó szerepet.

Könnyebben megérthetjük a gyermekágy alatt talált viszonyokat, vagyis azt, hogy fokozatosan csökken a reticulocyták aránya. Ez arra mutat, hogy a vörösvérsejtképződés gyorsabb ütemű, mivel a szervezet a szülés alatti vérvesztés pótolni akarja. Végül megállapíthattam, hogy az asszonyok kora és szülei száma a reticulocyták számára semmiféle befolyással nem bír.

Ezúttal fejezem ki hálás köszönetemet a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikája vezetőségének és orvoskarának azért a barátságos vendégszeretetért, amellyel munkámat lehetővé tették.

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

## Paroxysmalis tachykardia acetylcholin-kezelése.\*

Irta Kiss Pál dr., egyet. magántanár.

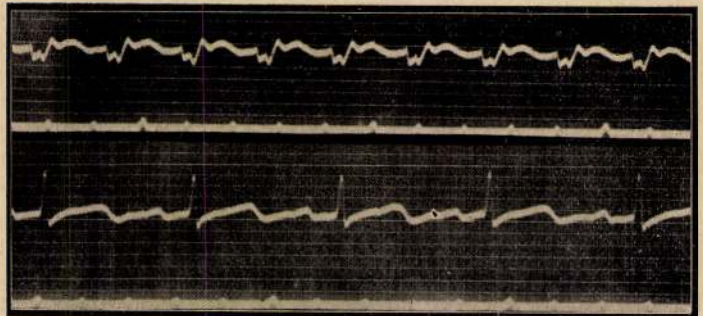
Sí. A. 16 éves leánykát\* azzal a panasszal vettük fel 1936. X. 14-én a klinikára, hogy a délután folyamán minden előzmény nélkül hirtelen erős szívdobogása támadt. Előzőleg semmi túlerőltető munkát nem végzett, a szobában foglalatlanoskodott. A rohamot jól ismeri, mert már hasonló panasszal évek óta ismételtelen felkereste a klinikánkat s így most is minden kísérő nélkül egyedül jelentkezik felvételre. Az általános kórelőzmény (családi viszonyok, újszülöttkor, csecsemőkori, kisgyermekkor) különös adatokat nem szolgáltat. 1 éves korában kanyarója, 3 éves korában bárányhimlője volt. A legelső, szívre vonatkozó adatot 4 éves korából kapjuk, akkor vörhenyen ment át, valamilyen szívgyengesége volt, egyszer elájult. Ettől kezdve 5 évig, vagyis 9 éves koráig semmilyen betegségen nem ment át.

1929. tavaszán, 9 éves korában, egyik délelőtt elájult. Eszméletlensége mintegy 5 percig tartott, utána pár óráig szívdobogása maradt vissza, ami minden beavatkozás nélkül elmúlt. Ugyanazon év nyarán egyik délután hirtelen, mintegy csapásra erős szívdobogást érzett. Arra gondoltak, hogy gyomorrontása van s ezért az újját bedugva a torkába, hányást váltott ki, mire az ¼ óráig tartó szívdobogás megszűnt. Következő rohama ugyanaz év karácsonyán jött éppen délelőtt, ebéd előtt, mikor az iskolából hazajött. A szívdobogás akkor is hirtelen lépett fel s ugyanazon nap éjjelen szívtáji hidegborogatásra szűnt meg. 1930-ban, 10 éves korában két hasonló rohama volt, egyik husvétkor, másik júniusban. A husvét 20 óráig, a júniusi 48 óráig tartott. Kezelésül csak hidegvizes borogatást alkalmaztak a szívtájra. 1931-ben a következő rohama volt: júniusban 2 napig tartó, augusztusban 6 napig tartó. Utóbbi rohamát a 6-ik napon Kolozsvárt intravenás chinin injekcióval kezelték (Dr. Traub), a roham azonban megszűnt. Utána 5 hétig szedett per os napi 0.10 gr. chinint. Mi 1931. október 9-én láttuk először roham alatt, október 8-án délelőtt ¼ 10-kor kezdődő rohama 30. órájában. A per centéki szívösszehúzódások száma 192 volt. Naponta 3×0.30 gr. chininum hydrochloricumot adtunk per os, a kezelés 2. napján a roham megszűnt. Ettől kezdve, vagyis most már 5 éve, minden nagyobb rohamát észleltük. 1931. nov. 12-én éjjel 1 órától nov. 13-án délután 6 óráig

\*) A Magyar Gyermekorvosok Társaságának ülésén tartott bemutatás nyomán.

190—200 közötti pulusszám. Kezelés: 3×0.20 gr. chinin hydrochlor. per os + 2 ccm 10%-os chinin-urethan intramuscularisan. 1934. okt. 14-én hajnali 3 órától éjjel 11 óráig. Pulsus 180—190. Kezelés: 2 ccm 10%-os chinin-urethan intramuscularisan + 40 ccm 30%-os dextrose intravenásan. A roham megszűnt egybeesik egy hányással. 1936. június 21-én délután 4 órától hajnali 4 óráig. Pulsus 180—200 között. Kezelés: 2×2 ccm. 10%-os chinin-urethan. A roham egymást követő 4 nagyon erős, saját maga által erőltetett hányás után szűnt meg. 1936. május 30-án délután 5 órától délután 8 óráig. Pulsus 200 körül. Kezelés: 20 ccm. 20%-os dextrose intravenásan + 2×2 ccm 10%-os chinin-urethan intramuscularisan. A roham megszűntét közvetlenül megelőzte 3 igen erőltető hányás. 1936. július 14-én reggel 8 órától este 11 óráig. Pulsus 190—200 között. Kezelés: 2×20 ccm. 20%-os dextrose + 1 ccm. adigan intravenásan, 3×2 ccm 10%-os chinin-urethan intramuscularisan. A nap folyamán hétszer hányt, a roham megszűntét közvetlenül megelőzte egy igen erőltető hányás.

Ezek a tachykardiás rohamok mind egyformák voltak s teljesen megegyeztek a mostani rohammal: a roham előtt nem érez semmit, egyszerre a legváratlanabb pillanatban úgy érzi, mintha egy igen rövid pillanatnyi időre megállna a szíve, utána melege lesz s máris ott érzi rendkívül szapora működésben a szívét a torkában. A roham tartama alatt semmi étvágya sincs, kezdetben hánynia kell. A roham elmúltát azon veszi észre, hogy a torkából elmúlik a szívdobogásérzés. A roham megszűntével azonnal meg van az étvágya is.



1. ábra. Felső kép. Ecg. 231/7. III. levezetés. Infranodalis paroxysmalis tachykardia roham. P a kamara complexum után van, negatív. A kamara complexum kiszélesedett, fogazott, jeléül a roham alatt fellépő functionalis intraventricularis vezetési zavarnak. Időjelző 1/5 másodperc. — Alsó kép: Ecg. 231/9. I. levezetés. Tonocholin-B intramuscularis injectiója után 26 perccel. A roham megszűnt, a görbe teljesen normalis. Időjelző 1/5 másodperc.

A roham alatt a vizsgálat lelete is mindig egyezett: sápadt bőrszín, nyálkahártyákon csak alig kivehetően, finom cyanosis. Hideg izzadás. Emelkedett vérnyomás: 130/90 Hg mm. Rendkívül szapora pulsus: per centéki 180—200 között. Szívtompulat normalis nagyságú, a rendkívül szapora szívhangok tiszták. A beteg kissé fáradtabb benyomást kelt, de incompensatiós jelek nincsenek, több roham alkalmával minden kísérő nélkül, villamoson jött be a klinikára. Mindezek alapján egyáltalán nem volt nehéz a paroxysmalis tachykardia kórismézése. A typus megállapítás az electrokardiogramm alapján lehetséges.

Az éveken át figyelt rohamok alatt felvett electrokardiogrammok mindig ugyanazt a typust mutatták. Az electrokardiogramm alapján eldöntöttük, hogy infranodalis typusú paroxysmalis tachykardiás rohamról van szó, a roham közben előálló intraventricularis vezetési zavarral kombinálva.

A rohamok 1929-től 1931-ig minden kezelés nélkül megszűntek, egyszer hányás után, máskor szívtájra alkalmazott hidegborogatásra. 1931-ben azonban 6 napi fennállása után csak intravenásan alkalmazott chinin-injectió után múlt el. Az általunk 1931. óta észlelt hat roham intramuscularis chinin-urethan + intravenás hy-

pertoniás cukoroldatra szűnt meg. Az volt a benyomásunk, hogy a rohamok mindig közvetlenül több erőltető hányás után maradtak el, vagyis a kezelés mintegy előkészítette a vegetatív rendszert arra, hogy a hányás által előidézett vagusizgalom eredményes lehessen. A chinin injectiója előtt ugyanis úgy az ismételt hányások, mint más mechanikus vagusizgatás (bulbusnyomás, szájpadnyomás, nyaki vagusnyomás) hatástalanok voltak, a chinin injectiók utáni hányások viszont eredményesek.

A most észlelt roham alkalmával mindez eredménytelen maradt. Hiába hányt a beteg az injectiók előtt három izben, hiába adtunk 7 órán belül kétszer 2 ccm. 10%-os chinin-urethan-t intramuscularisan, ugyanakkor 20 ccm. 20%-os dextrose-t + 0.10 gr. adigan-t intravenásan, hiába hányt ezek után négyszer igen kínosan, semmi eredmény nem volt. A roham 20 órai fennállása után acetylcholin-kezelésre határoztuk el magunkat. A Richter-gyár által előállított *tonocholin-B*-t alkalmaztuk, ami ccm-ként 0.10 gr. acetylcholinbromidot tartalmaz. A *tonocholin-B* igen megbízhatónak bizonyult, 1 ccm-t injiciáltunk a comb izomzatába 12 óra 49'-kor s 13 óra 15'-kor, vagyis az injectio után 26'-el a roham megszűnt (l. 1. ábra). Az addig 186-os szívösszehúzódás a *tonocholin-B* intramuscularis injectiója után 26 perccel leesett 86-ra, a beteg arca kipirult, közérzete megjavult, vérnyomása rendszerre szállt alá, 110/65 Hg mm.

Esetünkben tapasztaltak alapján azt mondhatjuk tehát, hogy a paroxysmalis tachykardia *Stepp* és *Schliephake* által 1925-ben bevezetett cholin-kezelése gyermekkorban is eredményesen alkalmazható. Nem feltétlenül szükséges az intravenás alkalmazás, mert az intramuscularis adagolás is hatásos. A *tonocholin-B* hatásos acetylcholin készítmény, a már 20 órája semmi más módon nem befolyásolható paroxysmalis tachykardia *tonocholin-B* intramuscularis injectiója után 26 perccel megszűnt.

A Pázmány Péter Tudományegyetem általános kórtani intézetének (igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár) és a „Mabi” orvosi laboratóriumának közleménye.

## A heterohaemagglutinatio kimaradása.

(Előzetes közlés.)

Irta: Illényi András dr.

*Hanganatziu* írta le először 1924-ben, hogy fajidegen fehérje befecskendezése után az emberi savó heterohaemagglutinin tartalma erősen emelkedik. A leletet *Deicher* erősítette meg.

Ujabban pathologiai vonatkozásban nyert különös érdekességet *Paul* és *Bunnell* megfigyelése, kik a savó haemagglutinin tartalmának különös erősödését találták infectiosus mononucleosisban birkavérrel szemben. A leletet *Friedmann* és *Beer*, *Rosenthal* és *Wenkebach*, *Boweri*, továbbá *Höring* erősítette meg. Egyes más betegségekben is sajátságos agglutinációs emelkedést írtak le: *Paul* és *Bunnell* egy nem tisztázott esetben (aplastikus anaemia?) *Boweri* angina lacunaris kezdeti stádiumában, hepatitis és mumps eseteiben; *Deicher* antipyrim exanthema egy esetében írt le hasonló emelkedést. Az agglutinációs emelkedés inf. mononucleosis, lymphoidsejtes angina stb. eseteiben olyan gyakori s olyan magasfokú a szerzők egyező véleménye alapján, hogy a heterohaemagglutinin meg-szaparodásának differentialdiagnostikai jelentősége nem vitatható el.

Míg a fenti szerzők kivétel nélkül azt vizsgálták, milyen pathológiás jelenségekkel hozható összefüggésbe a heterohaemagglutinin megszaporodása, addig én azt kutat-

tam, lehet-e symptomatikus jelentősége annak, ha a heterohaemagglutinatio kimarad.

Methodikám nagyjában az volt, amit az ischaemagglutinaciónál használunk, azzal a különbséggel, hogy haemagglutinogenül mosott birkavörösvérsejtet használtam.

751 Wassermann r.-ra küldött savót vizsgáltam meg, melyek különböző nemű, korú és betegségu egyéntől származtak. Ezekben 4.26%-ban tapasztaltam kiesést.

Igyekeztem kórtörténetek alapján betegségek szerint feldolgozni adataimat. Ez csak 374 esetben sikerült, melyeknek adatai a mellékelt táblázatban vannak összefoglalva:

	Metalues	Más betegség
Heterohaemaggl. kimarad	15	17
„ nem marad ki	30	312

A táblázat adatai szerint a heterohaemagglutinatio kimaradása igen gyakori (33%) metalueses betegségek esetében (tab. dors., par. progr.), míg más betegségek esetében 4.26%-ban van jelen.

Igen nehéz természetesen eldönteni azt, hogy „más betegségek” között nincs-e elkönnyelve olyan metaluetikus is, akinél sem a klinikai, sem a laboratóriumi vizsgálat ezt nem derítette ki. Ez annál is inkább feltehető, mert a vizsgálatok nem szigorúan ebből a célból történtek. Feltűnt a vizsgálatok alkalmával az is, hogy gyakran jelentkezik a heterohaemagglutinációs jelenség kimaradása olyankor, mikor a kezelés következtében a WaR negatív és viszont friss, erősen pozitív WaR esetében a heterohaemagglutinatio nem marad ki.

Továbbiakban csak olyan betegeket vizsgáltam meg, kiken a klinikai diagnosis metalues volt. Nevezetesen 38 ápolás alatt tartott szegényházi beteget vizsgáltam meg, hol a fenti vizsgálatokhoz hasonlóan cca 28%-ban találtam meg a heterohaemagglutinatio kimaradását. Tehát metalueses betegségek esetében nagyobb százalékban marad ki a heterohaemagglutinatio, mint más betegségek esetében. A leletet azért tartom fontosnak, mert a metalueses megbetegedések diagnostikájában szolgálthat újab támpontokat.

**Összefoglalás:** 751 különböző betegben 4.26%-ban hiányzott a heterohaemagglutinatio. Metalueses megbetegedésekben mintegy 30%-ban marad ki a reactio. További észlelések után ez a jelenség a metalues diagnostikájában juthat szerephez.

Öszinte köszönetet mondok *dr. Halász Aladár* főorvos úrnak, ki osztályát készségesen bocsájtotta rendelkezésemre.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

A helium terapiás alkalmazása. *A. L. Barach.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 1936. 107. K. 16. sz.)

A helium alacsony fajsúlya következtében respirabilis arányban összeállított helium-oxygen keverék belégzése lényesen kevesebb légzési munkát igényel, mint a levegővel vagy oxygennel történő légzés. A levegőnél könnyeb gázkeverék jobban is diffundál és az oxygenisatiót fokozza. — Megfelelő légzőkészülékkel (részletes leírása az eredeti közleményében) jó eredménnyel használható a helium-oxygen gázkeverék obstructiós dyspnoek kezelésére. Igen súlyos, adrenalin-refractaer status asthmaticus esetén oxygen-helium belégzéssel megszüntethető a dyspnoe és a betegek adrenalin érzékenysége visszatér. Ezen legfontosabb indicációs terület mellett lényeges eredményeket értek el gyulladásoz légútszűkölések, emphysema, bronchyektasia esetében is. Megnehezíti az ilyen gázkeverékek széleskörű gyakorlati alkalmazását a helium magas ára.

*Podhradský dr.*

## Szülészet.

**A méh atmokausisáról.** *H. Fuchs.* (Zbl. f. Gyn. 1936, 27.)

64 esetben végezte a méh atmokausisát. A kezelés előfeltétele, hogy a méhür és a cervix hosszát sondával lemérjük, mert a belső méhszáj és az isthmus környékét a gőzöktől meg kell óvni. Minden esetben előzetes méhkaparást végzett. Az endometriumot 3—4 magasságban, az eszköz forgatásával és visszahúzásával, egy helyen legfeljebb 30 másodpercig gőzölték; a kezelés maximalis tartama 120 másodperc volt. A gőzpörkök leválása enyhe vérzés kíséretében többnyire egy hetet vesz igénybe. Contraindicációk: specifikus folyás, acut és chronikus adnexgyulladások, subserosus myoma, polypusok vetélés és szülés utáni állapot. Alkalmazási területe juvenilis egyének életveszélyes vérzései, praeklimaterikus és klimakterikus methrorrhagiák. Két juvenilis vérzés esetében azonnali eredményt látott, 62 prae-, illetve klimakterikus vérzésben 90.6%-ban jó eredményt kapott. A menopausa az esetek felében azonnal, vagy 1—2 enyhe lefolyású menstruatio után beállott, másik felében rendes lefolyás mellett tovább is jelentkezett. Tömörfalú, fibrosus méhek kedvezőtlen objectumok az atmokausis számára. A ma oly elterjedt mély röntgenbesugárzás eredményei ugyan a vérzés megszűnését illetőleg sokkal jobb eredményt adnak, de hatásukat a petefészkek funkcióképességének teljes megszüntetésével érik el. A hormonális, neurovegetatív és anyagcsere rendszerbe ezen durva beavatkozást nem tartja egész közömbösnek és úgy gondolja, hogy elkövetkező vizsgálatok ezen aggodalmát meg fogják erősíteni.

*Abrahám János dr.*

**A gyermekágyban végzett sterilisatiókról.** *Otto.* (Zbl. f. Gyn. 1936, 27.)

Nem ritkán fordul elő, hogy terhelt asszonyok sterilizálási döntvénye a terhesség II-ik felében lévő asszonyokban kerül jogerőre. Tekintve, hogy a terhesség megszakítása már szöba nem jöhet, ilyenkor a művi sterilizálás elvégzésére a legalkalmasabb időpontnak a szülés utáni első 12—24 órát tartja. Ekkor már számítani lehet a méh viszonylagos jó contractio állapotára. Közvetlenül a szülés után a méh még atoniára hajlamos, később pedig már felszálló hüvely-csírakkal kell számolni. A kürtöket mindig eltávolította, de a tubasarkokat nem metszette ki, sőt a kürtök gyermekágyi visszafelődésére gondolva, belőlük kb. 3 cm-es darabot visszahagyott. 11 esetben végezte a műtétet, valamennyien símán gyógyultak. A szülés vezetésében mindennemű beavatkozástól, belső vizsgálattól tartózkodott, hogy a gyermekágy zavartalan lefolyásának prognosist ne rontsa. Ha ilyen beavatkozások szükségessé váltak, úgy a korai sterilizálástól elállt és a műtétet csak három hónappal a szülés után végezte el. Esetleges gátsérülést ellátását a hasmetszéssel egyidejűleg, egy narkosisban végezte el.

*Abrahám János dr.*

**A női sterilitás gyógyítására vonatkozó megállapítások.** *Stanca, Kolozsvár.* (Rev. de Encord. Gyn. Obst. 1936, I. évf. 4. szám.)

A szokásosabb és közismert eljárások felsorolása után eredeti, egyéni eljárás ismertetését találjuk. Azokban az esetekben, amikor minden próbálkozás sikertelen, a nemzőszervek anatómiailag normalisak és laparotomia indiciója megvan, (appendicitis, összenövés, a nemzőapparat betegségei, stb.), szerző folliculin és totalis petefészkek kivonatból álló steril készítmény 1 ccm-ét fecskendezi a petefészkekbe. Két ismertett elsőleges amenorrhoea esete közül egyikben a beavatkozás után 4 hét múlva, a másodikban 12 nap múlva jelentkezett a havivérzés, mely ettől fogva rendes volt; a második beteg a beavatkozás után kétszer teherbe is esett és rendszeren szült.

*Boér László dr.*

**Essentialis terhességi hypertoniával kapcsolatos agyvérzés eseteiben észlelt basophil-sejt túlszaporodás az agyfűggelékben.** *Voicu és Pana Kolozsvár.* (Rev. de Encor. Gyn. Obst. 1936. I. évf. 4. szám.)

Szerzők két esetüket ismertetik. Mindkettőn 210—240. ig terjedő vérnyomásemelkedés mellett agyvérzés és halál következett be. Sectiókor az agyfűggeléket nagyobb tömegűnek találták. Az elülső lebenyben a basophil-sejtek túlszaporodása észlelhető és ezek a sejtelek lapszerint nyu-nu-nak be a hátsó lebeny szövetébe. Szerzők a hypertonia és a hátsó lebenybe nyomuló basophil sejtek között összefüggést látnak fennállani és ezeknek a sejteknek tulajdonítják a hypertonia létrejöttét.

*Boér László dr.*

## Szemészet.

**Hályogműtét utólagos tokkihúzással.** *Horváth B.* (Kl. Monatsbl. f. Aug. 1936. jun.)

Szerző eljárásának lényege, hogy a tokon készített résen a lencse állományát kihajtja, majd a tokot utólagosan húzza ki a szemből. A tok eltávolítására a magaszerkesztette tokhúzócsipőjét használja. A csipőjét már 1933-ban bemutatta a Szemorvostársaságban, mint hártályos utóhályog eltávolítására különösen alkalmas eszközt. A lencse tokban eltávolításához szükséges előkészítés (retrob. és akin. injectio, Blaszkovics szemhéjterpesztő, köth. kötény, fonalrögzítés) után  $\frac{2}{5}$ -ös sebet készít, peripheriás, vagy teljes szivárványkimetszést végez. Az elülső lencsetok behatása minél közelebb a lencse felső széléhez, s azzal párhuzamosan történjék. A tok hasítóhoroggal lehető nagy nyílás készítenőd, hogy rajta a lencse állománya a gyűrűs csővel végzett és felfelé irányuló simitásokkal könnyen kihajtható legyen. Azután csipőjét az elülső csarnokba viszi oly módon, hogy a csipő hátsó szárával a tokseben keresztül a fonalrögzítés kerüjön. A csipővel így óvatosan az alsó pupillaszél mögé megy, a csipő zárásával megfogja a tokot és azt óvatosan kihúzza a szemből. A sebet az előkészített kötőhártyalebeny lehúzásával és rögzítésével zárja.

Ismerteti a műtét előnyeit, hátrányait és a műtét közben beállható szövödményeket. A műtétet 30 esetben végezte, nagyjából teljes szivárványkimetszéssel. 5 esetben felül keskeny sarióalakú tokrészet, 2 esetben pedig nagyobb tokdarabka maradt vissza. Csak két esetben kellett a tokot horoggal eltávolítani. Üvegtestvesztés nem volt. A nem erőltetett látási eredmény: 15—20%, de esetenként 40% is volt. A szerző műtétjét főleg azon esetekben ajánlja, ahol már előre kétséges a hályog tokban történő eltávolításának sikere (pl. duzzadó hályog), de ajánlja általános módszerként is, mivel technikáját nem tartja nehezebbnek a mostanában használatos intracapsularis műtétnek.

*Csillag Ferenc dr.*

**A subcutan és retrobulbarisan adott pilocarpin- adrenalin- oldat hatása az intraocularis nyomásra.** *Suzuki,* (Acta. ophth. Jap. 1936. VIII. k. 116. o.)

Nyulakon pilocarpin- adrenalin-oldatot bőr alá, illetve a szemteke mögé fecskendezve a következő eredményeket kapta.

I. Subcutan injectióval: 1. 0.5 ccm 1%-os pilocarpin + 0.5 ccm adrenalin (Ciba—Epinephrin) oldatból 0.5 ccm-t adva ugyanazon az állaton egyszer gyors feszüléscsökkenést, más esetben lassan bekövetkező tartós nyomás-csökkenést észlelt. 2. Fenti oldat 1 ccm-ét adagolva a nyomás-csökkenés jelentékeny volt és hosszú ideig tartott.

II. Retrobulbaris injectióval: 1. 1 ccm 1%-os pilocarpin + 0.1 ccm Ciba—Epinephrin-ből 0.2 ccm-t adva, az injectio után kis fokú tensio emelkedés állott be, amit a feszülés fokozatos leszállása követett a normalis érték alá. A következő napon a normalis kiindulási érték visszaállt. 2. 1 ccm 1%-os pilocarpin + 0.2 ccm adrenalin 0.2 ccm-e jelentékeny nyomáscsökkenést idézett elő, mélyen a normalis érték alá. 3. 1 ccm 1%-os pilocarpin + 1 ccm Ciba—Epinephrin oldat 0.5 ccm-e a tensiót tartósan (napokig) a normalis határ alatt tartotta. Néhány nap múlva az előző állapot lassan visszaállt.

*Bíró Imre dr.*

**A megalocorneáról.** *Kraupa.* (Ztschr. f. Aug. 1936. 90. k. 192. o.)

Szerző történeti visszaillesztést vet a megalocornea első leíróira, (*Hasner, Horner*), s hangsúlyozza, hogy már azok idejében (a múlt század második harmadában) élesen elhatárolták az egész szemteke kóros megnagyobbodását, a megaloglobust (nagyfokú myopia, buphtalmus, különböző staphyloomák, stb.) a különben ép szerkezetű és felépítésű, de abnormalis nagyságú szaruhártyával rendelkező szemgolyótól, amelynek funkciói normalisak.

*Bíró Imre dr.*

**A trachoma massage kezelése.** *Ascher* (Zschr. f. Augenheilkunde. 89. k. 6. f.)

Az Elschnig-iskola által használatos üvegpálcika masagét szerző ezüstpálcikával végzi, mivel az üvegpálcika a legnagyobb óvatosság mellett is olykor-olykor eltörik és kötőhártyasérüléseket okozhat. Emellett az ezüstpálcika terapiás hatása nagyobb, amelyet specificus fémhatásnak tart. 8 cm hosszú, 6 mm széles ezüstpálcika egyik végén egy finoman csiszolt 9 mm átmérőjű ezüstgolyó látható, a másik végén lévő enyhén érdes felszín. Ez utóbbi főleg



csomókat tartalmazó kötőhártyán alkalmazandó, úgyhogy a szemhéj mögé csúsztatott pálcikát jobb kézzel gördítve a bal kéz nagy ujjja a szemhéjat az eszközre nyomja. Ez a nyomás a kezelés folyamán mindig erősebbé lesz. A kötőhártya cocainozása nem tanácsos, mert a szaru epithel könnyebben sérülhet. Pannus a fenti kezelésnek nem képezi contraindicációját. A finoman csiszolt golyó főleg a tarsalis kötőhártya erősebb papillaris hypertrophiája esetén alkalmazandó.

Németh Lajos dr.

**Intravitálisan festett szemek festéktelenedése:** Prof. *Towbin* (Archiv f. Ophth. 136. kötet 1. füzet.)

Több szerző foglalkozott már azzal a kérdéssel, hogy mennyi idő szükséges ahhoz, hogy a vitálisan festett szervezet a bevitt festéket kiürítse. A fenti vizsgálatok fontos eredményekre vezettek, érdekes módon azonban a szemre vonatkozó megfigyelések mindig kimaradtak. *Towbin* ezen hiányt pótolandó nyúlakon megfigyeléseket végzett s eredményei a következőkben foglalhatók össze: kezdetben a legtöbb festéktartalmú sejtet a retroorbitalis szövetben, a conjunctivában látjuk, míg a sugártesti nyúlványokban csak mérsékeltlen láthatók. Az 55-ik napon már lényegesen eltöltődés látható, amennyiben az előbb említett szövetek vitális festődésű sejtjei megfogynak s a festék főleg a ciliáris nyúlványokban halmozódik fel s a 100-ik nap után már kizárólag csak itt található fel mérsékelt számban. Tehát a vitális festék kiürülése közben különleges szerepet játszanak a sugárnyúlványok, amelyek a legtovább tartják vissza a festéket, ugyanakkor azonban a legkifejezettebb degenerációs elváltozásokat mutatják. Ez a tény bizonyos klinikai párhuzamokra ad alkalmat.

Németh Lajos dr.

## Gyermekgyógyászat.

**Veleszületett pitvar-kamrai ingerületvezetési zavar esetei.** *Otto. Camman.* (Mschr. f. Khk. 1936. 66. k. 278—287. oldal.)

3 esetét ismerteti szép elektrokardiogramokkal. 2 esetben teljes pitvar-kamrai blockot, 1 esetben megnyult pitvar-kamrai ingerületátvezetési időt mutatott ki. Esetei kapcsán ismerteti az idevonatkozó irodalom adatait. Ha a halál az első életévben nem áll be, úgy a betegek elérik a felnőttkort. Klinikailag az ilyen idősebb esetek nem mutatnak súlyos képet, szemben a szerzett block esetekkel. A helyes diagnózist az elektrokardiogramm adja meg, a prognózist a functionális vizsgálat eredményeire alapozva.

Kiss Pál dr.

**Adatok a keratomalacia keletkezéséhez.** *Holthausen.* (Archiv. für Kinderheilkunde. 109., 1.)

Szerző egy 11 hónapos dystrophiás, rachitikus, bronchopneumoniás, anaemiás csecsemőn m. o. súlyos keratomalaciát talált. Női tej és A-vitamin adagolás ellenére 36 óra múlva exitus. Anamnesis szerint a csecsemő egy állandóan Berlin-Brandenburg közt úton lévő hajón volt, avitaminosisra támpont nincs, állítólag bőven kapott tejet, vaját és hámozott almát.

Szerző fel akarja hívni a figyelmet arra, hogy minden leromlott csecsemőn egy intercurrentis infectió keratomalaciával járhat.

Mendelényi dr.

**Rák a gyermekkorban.** *Klemt.* (Monatschrift f. Kk. Bd. 66. H. 5—6.)

Szerző 3 esetet közöl. Az első beteg nagyfokú xleroderma pigmentosumban és a szemüreg körül elhelyezkedő laphámrákban szenvedett. Jelen esetben feltűnő a kórképet kísérő xleroderma pigmentosum, melyet mint rákos dispositiót fogott fel. Ezt igazolják Philipp megfigyelései, aki 16 bőrcarcinománál 10 esetben észlelt xleroderma pigmentosumot s ezek közül 2—2 testvérnél, ami familiaris dispositióra enged következtetni.

A második beteg 10 éves peritonitis tuberculosa diagnózissal állt kezelés alatt s a kezelés negyedik napján súlyos ileusos tünetek jelentkeztek, melyeket adhaesióknak tulajdonítottak. A beteg operáció nélkül javult, majd néhány nap múlva erősen leromlott állapotban újabb ileusos tünetek köztöt exítált. A boncolás a jobb colon flexurában elhelyezkedő adenocarcinomát állapított meg.

A harmadik esetben appendicitis gyanúja miatt appendectomia. Az appendix ép, a kis medencében tiszta savós folyadék, néhány apró mirigy a colon ascendens mentén. 8 nappal az elbocsátás után újabb felvétel ileus miatt. Az operáció lelet: jobb colon flexura mentén kiterjedt tumor. Néhány nappal ezután exitus. Szövettanilag: adenocarcinoma.

A tapintási lelet egyik esetben sem adott útbaigazítást. A vörösvértetszüllyedés mindkét esetben normalis volt, ellenében a felnőtt carcinómások vértetszüllyedésével.

Míg felnőtteknél leginkább gyomor-, méh- és emlőcarcinoma, addig gyermekeknél gyakoriság sorrendjében vége a bél-, ovarium- és legvégül a bőrcarcinoma jön szóba.

A betegség lefolyása gyermekkorban acutabb.

Familiaris dispositio a bőrrákot kivéve, nem játszik szerepet.

A hibás diagnózis sok esetben annak tulajdonítható, hogy a vizsgáló a kor miatt nem gondol carcinoma lehetőségére.

Hertl Antal dr.

**Adatok a gyermekkori pyuria gyógykezeléséhez.** *Unshelm.* (Arch. f. Khk. 1936. 65. 109.)

Prontosillal végzett kísérleteiről számol be. Összesen 34 esetben alkalmazta a prontosilt, legtöbbször per os adagolva, mintegy 14 napon át. A rövidebb ideig tartó kezelés nem adott kielégítő eredményt. A kórokozó a legtöbb esetben a bac. coli volt, ritkábban a staphylococcus, proteus és egyéb bakterium. Az eredmény minden esetben jó volt, a geny a vizelethől 1—2 hét alatt eltűnt, a vizelet steril lett. Kő okozta pyuria prontosil kezelésre természetesen nem szűnt meg. — Csecsemőkön olykor nem kívánatos mellékhatásokat észlelt, ú. m. hányást, hasmenést, az étvágytalanság fokozódását. A kezelés pár napi szünetelésére azonban ezek a tünetek rövidesen elmúltak. Csecsemőknek napi 1½—2, kisgyermekeknek napi 2—3, iskolásgyermekeknek napi 5—6 tablettát prontosilt ajánl.

Geldrich dr.

**Az allergiás megbetegedések a gyermekkorban.** *Urbach.* (Arch. f. Khk. 1936. 90. 109.)

Az összefoglaló referátum első részében a fogalmakat kívánja tisztázni. A kóros jelenségek összességét, mely a szervezet megváltozott reakciómódjának köszönheti létrejöttét, *pathergiának* nevezzük. Ez négyféle lehet: 1. *allergia*, melyben egy bizonyos anyagnak, az antigennek hatására kifejlődött antitestek teszik képessé a szervezetet a megváltozott reakciós módra. 2. *Parallergia* esetében A) antigennel szemben specifikusan sensibilizált szervezetben egy másik, B) antigen hatására allergiás betegségek mutatkoznak, melyek azonban nem az A), hanem a B) antigenre jellegzetes klinikai képet mutatják. (Példa: tuberkulinnegatív gyermek a vaccinatios reactio csúcspontján tuberculinoltásra tipusos tuberkulinreactiót és nem vaccinaustulást produkál.). 3. *Metallergia* esetében viszont az A)-ra jellegzetes kép fejlődik ki. (Példa: tuberkulin reactio fellángolása nem specifikus fajidegen fehérje hatása alatt.). 4. *A nem allergiás pathergiás* jeneségek sorába tartoznak az ú. n. idiopathiák vagyis a túlérzékenység bizonyos toxikus anyagokkal (pl. morphin, nikotin) szemben, az antitoxikus immunitás, továbbá a thermikus, mechanikus, stb. ingerekkel szembeni túlérzékenység (fény-, hideg-, meleg-, nyomási urticaria). Az allergia lényege, jelentkezésének előfeltétele, az antigen-antitest reactio, mely aszerint, hogy az antitestek a szervezetben hol helyezkednek el, más- és más szerben jelentkeznek, (epidermis, orr-, tüdő-, bélnyálkahártya savós hárttyák, agyerek, idegközpontok stb.) Ismertetésre kerülnek ezután egyes az allergen kikutatására szolgáló próbák, melyek az allergiás jelenségek megjelenésének helye szerint mások és mások. A részletes rész a következő kórfarmákkal (és néhány szóban kezeléssel) foglalkozik: az asthma bronchiale, ekzemák, erythema nodosum, szénanátha, fényhatásra jelentkező dermatosisok, a gyomor-béltraktus allergiás megbetegedései, serumbetegség és anaphylaxiás shok, strophulus infantum és prurigo Hebrae, urticaria, Quincke-oedema, a gyakran ideosorolando enuresis nocturna és végül a migraen kerülnek tárgyalásra.

Lenárt György dr.

**A thrombopenia differentialis diagnózis.** *Christel Diethel.* (Jb. f. Khk. 1936. 147. 5.)

Szerző 4 gyermekkori haemorrhagiás diathesis esetet ír le, amelyek az előzetesen ismertett Morawitz-féle felosztás szerint, a heredofamiliaris, vagy endogen típusok csoportjába tartoznak. A heredofamiliaris jelleg a thrombopoeticus apparatus csökkentértékűségére vonatkoztatva mind egyik esetben ki volt mutatható. Az esetek ismertetése után azt a következtetést vont le a szerző, hogy az essentialis thrombopenia familiaris jelleggel is jelentkezhet és szoros vonatkozásban van az ugyanazon családban jelenlévő egyéb thrombocyta apparatus kórfarmákkal. További gondos vizsgálatok szükségessé arra nézve, hogy a Frank-féle thrombopenia, a Glanzmann-féle thrombasthenia és egyéb rokon kóralakok felfoghatók-e ugyanazon betegség különböző klinikai megjelenési formái gyanánt.

Dudás Pál dr.

## Orr-, torok- gégegyógyászat

**A homloküreg alsó falának endonasalis trepanatiójáról.** *Matis.* (Mschr. f. Ohrenheilk. und Lar. Rhin. 1936, 6 füzet.)

A homloküreg megbetegedésben a diagnózis felállítása nem mindig egyszerű. Biztosan kell tudnunk, hogy az üreg egyáltalában beteg-e és, ha igen, milyen mértékben, hogy ehhez képest végezhesük a gyógykezelést. A szokásos vizsgálati methodusok; mint endonasalis vizsgálat, röntgen felvétel nem mindig vezetnek eredményre, mert negatív endonasalis lelet mellett is beteg lehet az üreg. Az üreg proba-kiöblítése az orrban lévő kedvezőtlen anatómiai viszonyok miatt gyakran nem lehetséges. Abszolút biztonságot a diagnózis tekintetében csak a kívülről történő trepanatio biztosít, de — szerző szerint — mellékkörülmények, mint az arcot elcsúfító heg, erős vérzés miatt ez csak sürgős és súlyos esetekben indokolt.

Mindezek miatt szerző az általa kidolgozott és 53 esetben jó eredménnyel kiprobált endonasalis probatoricus homloküreg megnyitást ajánlja, amelynek kivitele főbb pontokban a következő:

Localanaesthesia után ivalaku, endonasalisan csontig ható metszés az apertura piriformis széléig. Ezután a megfelelő orrfél és a felső orbita falat borító lágyrészek sub-pericistalis letolása, mindaddig, míg a homloküreg alsó falának a mediális része láthatóvá lesz. Itt valamivel a sutura fronto-maxilláris felett történik a fal átvésésével az üreg megnyitása. Ha a lelet negatív, a vestibulum nasiba laza tampon helyezve, a sebüreget csakhamar spontán záródik. Ha pozitív, úgy gondoskodni kell széles összeköttetésről az üreg és az orr között, ami a processus frontalis levésével érhető el.

*Ajkay Zoltán dr.*

**Biologiai eljárás az ozaena sebészi kezelésében.** *Doroschenko.* (Folia. Oto-Lar. 1936 10 füzet.)

A különböző sebészi eljárások közül első helyen áll az Eckert-Moebius féle transplantatio, de hibája, hogy a transplantátum akár macerált borjucson, akár zsírszövet az, sok esetben felszivódik, vagy mint idegen test genyedetést okoz.

Szerző ugyanazon egyénből nyert és perichondriummal borított bordapordarabkát ajánl az átültetésre a következőképpen: Localanaesthesiában az utolsó valódi bordából megfelelő nagyságu lemezkét vág ki a perichondriummal együtt. 10%-os cocainnal érzéstelenítve a megfelelő oldali septum nyálkahártyát, azt a perichondriummal együtt leválasztja a porcról és az így nyert tasakba úgy helyezi be a lemezkét, hogy annak perichondriuma és a septumról leválasztott perichondrium érintkezzenek. Utána vaselin tampon kerül az orra, melyet naponként cserél. A septum nyálkahártya infiltrációs anaesthesiáját; mivel az a szövet vitalitását gyengíti, elhagyja.

Szerző eképen operált betegek a műtét ideje óta (3—4 év) nagy javulást mutattak. Eseteiben a pörkösödés, orrbűz és fejfájás megszűnt, a nyálkahártya vérbő lett, a szaglás javult.

Szerző kiemeli, hogy a transplantátumok közül egyedül a bordaporc nem szivódik fel. E tény az élettani körülmény alapján veszi fel, mely szinte szabályszerűen a felszínre tört. Előtt bacillusok által előidézett göcban fistulaképződés nem következik be, úgy hogy e kép nagyon hasonlít az emberi scrophuloderma kórképéhez. A tuberculotikus constitutio létrejöttét illetően azt tapasztalta, hogy élő Koch-bacillusok közül a virulensekből már kevesebb számú is előidéz a szervezet áthangolódását. Előtt bacillusok intracutan ojtva nem, hanem csak subcutan adva idéznek elő chemiai szövétáthangolódást. Előtt bacillusok intracutan ojtása után 7 nap szükséges az áthangolódáshoz; subcutan ojtás után 11—12 nap. Terhes és kachektikus állatokon nem jön létre specifikus reactio.

*Ajkay Zoltán dr.*

## Bőrgyógyászat.

**A tengerimalac bőr- és constitutivonalis tuberculosis.** *L. K. Frey,* Giessen. (Arch. f. Derm. u. Syph, 173, k, 1, f. 1936.)

Szerző a tengerimalac tuberculosisát tanulmányozta. — Cutan és subcutan módon fertőzte az állatokat Koch-bacillusokkal és figyelte ezeken az áthangolódás létrejöttét. Ha előtt Koch-bacillusokat ojtott intracutan, heggel gyógyuló enyhe papulosus helyi elváltozás jött létre. Előtt Koch-bacillusok typosus indolens és torpid ojtási daganatokat idéznek elő. Előtt Koch-bacillusok a subcutisban infiltrált csoport idéznek elő, mely szinte szabályszerűen a felszínre tört. Előtt bacillusok által előidézett göcban fistulaképződés nem következik be, úgy hogy e kép nagyon hasonlít az emberi scrophuloderma kórképéhez. A tuberculotikus constitutio létrejöttét illetően azt tapasztalta, hogy élő Koch-bacillusok közül a virulensekből már kevesebb számú is előidéz a szervezet áthangolódását. Előtt bacillusok intracutan ojtva nem, hanem csak subcutan adva idéznek elő chemiai szövétáthangolódást. Előtt bacillusok intracutan ojtása után 7 nap szükséges az áthangolódáshoz; subcutan ojtás után 11—12 nap. Terhes és kachektikus állatokon nem jön létre specifikus reactio.

A chemiai affinitás hordozója a kötőszövet. Nem tuberculotikus tengerimalac kötőszövetében a Kich-bacillusok csak lassan tűnnek el, míg constitutivonalisan tuberculotikus állapotban ezek egyszerre feloldódnak. A szabaddá lévő tuberculotoxin heves reactiót vált ki nem tuberculotikus állapotban. — Constitutivonalisan tuberculotikus állapotban a toxikus tünetek enyhék. Az áthangolódás a kötőszövet közvetítésével végül az egész szervezetre ráterjed. Ha kevés Koch-bacillusal beoított tengerimalac egy bizonyos idő múlva elpusztul az infectio következtében, ez azt jelenti, hogy a constitutivonalisan tuberculotikus tengerimalac tette szervezetben a normalis életeregek alatta maradnak a chemiai összetételükben megváltozott — tuberculotikus tette — organikus állományok funkciójának.

*Skutta Árpád dr.*

**Bőrvizsgálatok mesterséges lakmusoldatos urticakkal.** *R. Lescynsky és E. Falik,* Lwow. (Dermat. Wschr. 1936. 29.)

A bőr alkalisációs képességének vizsgálatára az urtica előidézé eljárás a legalkalmasabb megfelelő indicatorral egybekötve. A kétszínű lakmusindicatort használták 1:5000-es hígításban. Piros és kék oldatot készítettek. A vizsgálat lényege az, hogy piros, azaz savanyú oldattal készült az urtica és figyelendő, hogy a piros szín mennyi idő alatt változik kékre. Ez utóbbi folyamat bekövetkezésének ideje adja az értékeket. Szerzők először a normális bőr körülményeit vizsgálták. Normalis bőrön az átváltozás ideje eseteik alapján kb. 8 percre tehető. A 6. percen aluli és 12 percen felüli eredmények kórosnak minősíthetők.

A bőr alkalisációs képessége a vértől függ. E feltevést megerősítették azok a kísérletek, miket a Slyke-módszerrel végeztek vérben. Míg a Slyke-eljárás a vér alkaloid-tartalmát mutatja ki, addig a szerzők eljárása a bőr alkalizációs képességéről ad képet.

Vizsgálati sorozatuknak 3. csoportját az képezte, hogy mesterségesen savanyították a szervezetet és ezután újból vizsgálták a színváltozást. Savanyítás után a színváltozás ideje hosszabb lesz, a Slyke-reactio értéke pedig kisebbedik.

Szerzők szerint az eljárás értékét az adja, hogy ezáltal bepillantást nyerhetünk a bőr élettanába. Jól tudjuk, hogy a morphologiai kép a talaj dinamikus tulajdonságaitól függ. Ha a szervezetet tartósan savanyítjuk, a bőr ellenálló képessége csökken, ez különböző ártalmakkal szemben érzékenyebb lesz. Ily módon a bőr szerzett dispositióra tehet szert, mely fajlagos, vagy nem fajlagos megbetegedésben nyilvánul. — Három acetonuriás diabeteses beteg színváltozása 15, 17, 18 perc múlva következett be, mely körülmény igazolja a fenti elgondolást. Szerzők az eljárást belgyógyászati vizsgálatokra is alkalmasnak tartják.

*Skutta Árpád dr.*

## KÖNYVISMERTETÉS

**A magyar belorvosok VI. nagygyűlésének tárgyalásai 1936. június 2. és 3-án.** (Kiadja: *Fornet Béla* prof., az egyesület e. i. titkára.)

Ez az előkelő külsejű 222 oldalas füzet nemcsak megelőzi a mi „Orvosi Nagyhat”-ról karácsonykor megjelenő jegyzőkönyvünket, hanem annak kivonatol voltával szemben teljes terjedelmükben tartalmazza a szépen kidolgozott referátumokat és hozzászólásokat. Kétségtelenül dicséretes áldozatkészre mutat megjelenése, mivel a belorvosok a saját komoly munkájukat tisztelik meg. A könyv három nagy vitakérdést ölel fel referenseikkel és értékes hozzászólásaival: 1. Actualis kérdések a keringés elégtelensége köréből: *Boros József*: A szív szerepe a keringés elégtelenségében; *Rusznay István*: A postoperatív collapsus; *Dobozy Elemér*: A vérdepot-k; *Groák Béla*: A vénás rendszer szerepe a keringési elégtelenségben; *Razgha András*: Az anyagcsere megváltozása a keringési elégtelenségben; *Hetényi István*: A pulzustér fogat megváltozása szívelégtelenségben; *Mezey Kálmán*: A keringő vérmennyiség gyógyszeres befolyása.

2. A mézanyagcsere physiologiája és pathologiája (*Hetényi Géza*). A mézanyagcsere zavarok kóronctani vonatkozásai (*Boros-Nachtnebel Ödön*). A mézanyagcsereben beállott kóros eltolódások sebészi vonatkozásai (*Bakay Lajos*).

3. A belső betegségek traumaticus eredete (*Csépai Károly és Putnok Gyula*). Az endokrin betegségek traumás eredetéről (*Hajós Károly*).

Azt hisszük, már a címek felkeltik mindenki érdeklődését. — A füzetet megkapják a hátralékban nem levő és a most belépő tagok is, ha *Fornet* professor főtitkárhoz fordulnak.

*Sz.*

**Allatorvosi gyógyszer- és méregtan.** *Hasskó Sándor dr.*, egy. helyettes és magántanár, Budapest. (Szerző kiadása, 1936. Ára: 15.— P. 345. oldal.).

Szerző előszava szerint a könyv összeállításakor az a cél vezetett, hogy a gyógyszerek hatásáról, rendeléséről, terápiás alkalmazásáról részletes, korszerű leírást nyújtson. Minden gyógyszer hatástani ismertetése után a megfelelő recepteket is közli és ezáltal a hallgató és az állatorvos munkáját nagyon megkönnyíti. Rövid és szabatos utasításokat ad könyve végén a receptek szerkesztését illetően. Ugyancsak tudományos tankönyvhöz méltó módon sikerült a hormonok és a vitaminok fejezete.

Sajnos azonban különösen könyve első felében oly súlyos tárgyi tévedéseket követ el, amelyeket nem lehet sajtóhibáknak minősíteni és amelyek következtében az olvasó egészen zavaros és téves ismereteket szerez, nem hogy tiszta képet nyerne a gyógyszerek hatásáról. Ime egy pár kémiai tévedés: Szerinte az ac. hydrochloricum dil. „100 súlyrészben 10 rész *chlorgázt* tartalmazó szintelen, nagyon savanyú folyadék.” (115. o.). A hypnoticumokat halogéntartalmú és halogénmentes vegyületekre osztja. Erthetetlen módon azonban a *halogéntartalmúak közé sorolja a halogénmentes evipant, a sulfonált és a methylsulfonált.* (25. o.) Teljesen hibás a hőcsökkentők antipyrin-csoportjának leszámaztatása. (48. o.). Már a fejezet címe is rossz. De ettől eltekintve, szerinte az *antipyrin, salipyrin, pyramidon és az acetanilid az anilinből és a paraamido phenolból vezethető le, a phenacetin és a lactophenin pedig a pyrazolonból!* Mindezek közül egyedül az acetanilid származtatását írta helyesen. A 68. o. szerint a cardiazol, a coramin és a hexeton *vegyileg rokon szintetikus camphorkészítmények.* Az igazság pedig az, hogy e 3 anyag vegyi összetétele nagyon is eltér egymástól. A cardiazol pentamethylentetrazol, a coramin pyridin-carbonsav-diaethylamid és a hexeton methylisopropylcyclohexanon. A 70. oldalon azt írja: „minthogy a széndioxid rendkívül gyenge sav, vegyületeiből már nagyon híg légek is felszabadíthatók”. Természetesen híg savak teszik ezt. A phenacetin *Hasskó dr.* állításával ellentétben (50. o.) vízben nem jól oldódik. Az ac. carbolicum liquefactum 1 gr-ja a 216. o. szerint *megfelel 1 gr. kristályos carbolsavnak*, ami nem helytálló. Ugyancsak nem felel meg a ténynek az sem, hogy a *sol. ars. Fowleri légyes folyadék* (170. o.), mert a IV. Gyógyszerkönyv szerint készítve inkább savanyú. Mint farmakológustól igen rossz néven vehető, hogy a Ringer-oldatba natriumhydrocarbonat helyett natriumcarbonatot tétet. (176. o.). A többi tévedés ismertetését helyszűke miatt nem közöljük.

A farmakológiai tévedések közül megemlíthjük a következőket. A 72. lapon a köptető szereket tárgyalva azt írja, hogy „a nyálka kiürülését támogathatjuk az *aiveolusok sima izmait összehúzó vegyületekkel is (pilocarpin, adrenalin).*” Az aiveolusokban anatómusok szerint sima izmok nincsenek, csak a bionchiolusokban; ezek sima izmait viszont az adrenalin közismerten elernyeszti (asthma therapia). A 87. lap szerint a *physostigmin* a szem belső nyomását emeli, ami helytelen, de viszont helyesen írja e helyen azt, hogy pupilla-szűkítő. Sajnos azonban a következő oldalon már két ízben is *pupilla tágulatot* ír le a szer hatásaként. — Közvetlenül a parasymphathikus izgatók tárgyalása után a 89. oldalon az arecolin hatásáról következőképpen emlékezik meg: „hatása az előbb említett mérgektől eltér, mert ez nem annyira a parasymphathikus idegvégeket, hanem inkább a nyíltvelői vasgocentrumot támadja meg. *Ennek ellenére az arecolin hasonló tüneteket vált ki, mint a pilocarpin, vagy az eserin.*” A tünetek szempontjából természetesen mindegy az, hogy a vagus központ, vagy a vagus végék izgalma fejlődik-e ki. A 135. l. szerint a *coffein* „a *spianchnikus terület véreirel a vagusközpont izgatása folytán szűkíti.*” A *tyramin hatása*, a 120. lapon írottak szerint, *ugyanolyan, mint az ergotaminé*, holott az előbbi nem bontja a symphathikus serkentő működését, mint az utóbbi. Nem hinnék, hogy a morphin és származékai köhögéscsillapító hatásának megmagyarázásában e szerekek légző, vagy köhögéscsillapító megnyugtató hatását mellőzni lehetne, amint a szerző teszi. (72. o.). Mivel közismert az, hogy a digitalis egyik legjobb terápiás haszna arhythmia perpetua esetében észlelhető, mikor a pitvarokban keletkezett nagyszámú ingernek a kamrára terjedését az ingervezetés gátlása folytán megakadályozza és ezért a legtöbbször szabálytalanul, szaporán és elégtelenül összehúzódó kamra működését pulusszám-csökkentés révén nagy mértékben megjavítja, nem érthető a következő fogalmazás. (126. o.): „Ebből önkéntelenül adódik, hogy az olyan szívarrhythmia, melyet a kamrák fokozott összehúzódása okoz, a digitalis a pitvar-kamrai ingervezetés gátlása által megszünteti. Ezzel szemben a pitvarok fokozott, vagy a kamrák csökkent össze-

húzódása által kiváltott szívarrhythmia nem befolyásolja, de súlyosbítja azáltal, hogy az amúgyis renyhén működő kamrák összehúzódását tovább lassítja.”

Stilusa pongyolaságának következményeként értelmezhetjük csak azt, hogy szerinte a veramon (26 o.) vagy a pulvis barbamidi az embergógyászatban kedvelt *allatők* közé tartozik. Tankönyvben talán még sem szabad az *avást az álommal összetéveszteni*, mint ezt szerző a 24. o-on háromszor egymásután, következetesen cselekszi. Vagy hogy a szintetikus chemia fejlődése révén nyert igen hatásos gyógyszereket teljesen figyelmen kívül hagyva, kijelenti a *gyógyszerek származásával foglalkozó külön fejezetben* (2. o.), hogy *gyógyszereinket csak az ásvány-, növény- és állatvilágból nyerjük.* A példákat — sajnos — még hosszan lehetne folytatni.

A szerző véleményével ellentétben nem mernék könyvét részletes és különösen „korszerű” hatástannak nevezni. — Hiszen többek között az utóbbi évek legszebb és épen farmakológusok által kidolgozott fontos kutatási eredményeit, a vegetatív idegereknek a végorganumra közbülső anyagok útján ráterjedését sem fejt ki. *Riesser és Taubmann* 1935-ben megjelent és ugyancsak kis terjedelmű tankönyve például ezt megteszi. A mondanivalók lerövidítése miatt meg épen gyakran pongyolává és kétértelművé válik stilusa.

Röviden összefoglalva véleményünket, azt mondhatjuk, hogy a könyv helyenként jól, helyenként tárgyi ismeret nélkül és jórészt igen nagy hanyagsággal összeállított munka, amely messze elmarad azoktól a nemzetközileg is igen elismert híres tankönyvektől, amelyeket az állatorvosi főiskola tanárai szoktak hazánk dicsőségére producálni. Jelenlegi formájában tankönyvnek egyáltalán nem alkalmas.

*Simon Sándor dr.*  
egyetemi magántanár.

#### „Az első segítségnyújtás” új kézikönyve.

*Körmöczy Emil*, a Budapesti Önkéntes Mentőegyesület igazgató főorvosa „Az első segítségnyújtás” című kézikönyvének III. bővített kiadása jelent meg. A könyv népszerűen megírva 200 oldalon keresztül, 78 jól sikerült ábrával magyarázza tárgyát az első segítségnyújtást. A könyv nagy használatosságát bizonyítja, hogy az immár III. kiadásban jelent meg. A könyv ára 5.— P és kapható a Budapesti Önkéntes Mentőegyesület gazdasági hivatalában és bármely könyvkereskedésben. Sz.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület dec. 4-i ülése.

### Bemutató:

**Liebermann T.:** a) *Háborús eredetű endocranialis tályog műtéttel gyógyult esete.* A bemutatott beteg 1916-ban háborús sérülést szenvedett. Hosszú ideig súlyos látási zavarai miatt hónapokig állt gyógykezelés alatt, erre valamelyest megjavult. A bemutató észlelésének kezdete előtt a bal szem felett levő sipoly környéke egy ideig erősen meg volt duzzadva, úgy hogy anthraxgyanúval a fertőző kórházban is tartózkodott, ahol azonban a vizsgálatok negatív eredményel végződtek. Osztályára diffúz orrpolyposisa mellett fennálló supraorbitalis sipolyának műtéte végett vették fel. A röntgenvizsgálat sem a keresett homloküreget, sem a csontszövetek felől megfelelő felvilágosítást nem nyújtott. Műtétkor kiderült, hogy a sipoly excisiója után egy a selláig biterjedő extraduralis tályog került felszínre, míg a környező csontszövet teljesen mállékonyan bizonyult. A műtéti elintézés a beteg csontszövet eltakarítása, az egész glabellatájék feltárása, az orr felé levezetése és a bőrnek megfelelő drainage mellett való restructiójából állott, a túlóldalon módosított Luc-Caldwell-műtét rostasejtkitakarással. A gyógyulás zavartalanul folyt le, a beteg 10 hónapja tünetmentes, szemének ép. Feltűnő az eset teljes tünetmentessége. Nemcsak a műtét előtt, de még a koponyaüreget drainageja közben is hiányoztak mindazok a tünetek, amelyeknél koponyánbeli szövődményre következtetni lehetett volna.

b) *Tünetileg érdekes foudroyans tonsilla-sepsis; műtétek, gyógyulás.* A bemutatott beteg futballozás közben rúgást szenvedett a bal mellkas és hasfelén, melytől összeesett. Másnap munkába ment, de újból rosszul lett, hazavitték, ágyba fektették. A következő napon lázas lett, orvosa tonsillitist állapított meg, másnap este erősen prostrált beteget talált, akinek két hidegrázásán kívül 40 fokos láza volt. Baloldali peritonilláris infiltratum, a baloldali nagy nyirokerek tájéka egészen le a kulcsontig még érintésre is erősen fájdalmas. A beteg nem tud felülni, még passive sem, fájdalmai a szívtájékra, gyomortájékra, hasra is kiterjednek, minden érin-

tesre felszisszen. Lépe nagy, fvs. száma 19.500, csekély balra-tolódással. A consiliumba hívott sebész az endo-thoracalis v. endoabdominalis trauma gyanúja ellen nyilatkozik. Collaris mediastinotomia aethemarcosisban sem nyert, sem látható gyulladást nem mutat, thrombosis a vena jugularisban nincs. Ennek lekötése után tonsillektomia a beteg oldalán. A beteg azonnal a narkosisból történt felébredése után jó közérzetről számol be, mely sima gyógyulása folyamán állandóan megmarad. A bemutatás oka főleg a leírt és esetleg várákozásra készítő baloldali fájdalomnak ismertetése. Ezeket a tonsillából kiáramló baktériumok és toxinok rovására kell írni. Emlékeztetnek azokra a karfájdalmakra, melyek némely gyógyszeres intravenás befecskendezés után szoktak jelentkezni egészen fel a vállig és be a szív felé. A tonsillektomiának — góckiirtásnak — a heveny szakban sohasem látta a bemutató kárát.

#### Előadások:

**Neuber E.:** *Újabb vizsgálatok és megfigyelések az actinomykosis kóriszmérésében és gyógykezelésében.* Arany + vaccina terapiára úgyszólván valamennyi actinomykosis betegét sikerült megmenteni, de legalább is mindazokat, — még a legsúlyosabbakat is, — akik megtartották szervezetük-ellenálló képességét és reakciós készségét, vagy ha azokat el is veszítették, azonban roboráló diatával és gyógykezeléssel (aranytherapiával) utóbbiakat visszanyerték. De az arany és a fajlagos vaccina-terapia teljesen hatástalan volt olyan actinomykosis esetekben, amelyekben (36 eset közül 4-ben) a szervezet ellenálló és reakciós készsége annyira legyengült, hogy megfelelő roboráló diatával és gyógyszerekkel (arannyal) már nem lehetett őket ebből a leromlott állapotból, anergiás szakból kiragadni. Utóbbi esetekben a boncolás az életfontosságú szervekben nagyobbára parenchymás, vagy amyloid el-fajulást mutatott ki. Igen természetes, hogy az ilyen szervezet antigén-bevitelre nem képes fajlagos védőanyagokat termelni, sőt a fertőzés következtében termelt fajlagos védőanyagokat a bevitt antigén lekötí s így a szervezet fajlagos védőanyagok nélkül marad, ami természetszerűleg a klinikai kép rosszabbodásában nyer kifejezést.

Altala 1931-ben kidolgozott *intracutan fajlagos allergiás* reakcióknak komoly szerepük van a sugárgombás megbetegedések felkutatásában, ami különösen belső szervek kóriszmérésében nyer kifejezést. A fajlagos intracutan allergiás reakciók megjelenése, vagy kimaradása úgyszólván mindenkor hű képet adott az actinomykosisban szenvedő beteg reakciós készségéről. Anergias beteget tehát — akik nem adták a biológiai reakciót — előbb roboráló kúrában (megfelelő diatában és aranykezelésben) részesítette s ezek az allergiás állapotuk visszanyerése után kaptak fajlagos vaccinakezelést. Az utóbbi időben az allergiás reakciókat adó betegeknél is arany előkezelést adott, mert meggyőződött arról, hogy az ilyen előkezelés után fajlagos vaccinára gyorsabban és biztosabban gyógyulnak beteget.

Rendkívül fontosnak bizonyult a *vaccina-adagnak helyes megválasztása* is; úgy találta, hogy e célra különböző hígításokban végzett allergiás reakciók adják a legmegbízhatóbb támpontot, mert helytelen adagolással esetleg többet ártunk, mint használunk.

Kétségtelen, hogy az *autovaccina* alkalmazása a legtöbb sikert biztosítja, ha azonban a sugárgomba kitenyészése nem sikerül, akkor kell, hogy *polyvalens vaccina*hoz folyamodjunk. Ha az első arany + vaccina-kezelésre nem következik be a gyógyulás vagy javulás, akkor 8—10 heti pihenés után egy másik arany + vaccina-kezelést kell adni.

Három esetben *actinomykosis-reconvalescens savó* adásától igen jó eredményt látott. Egyik súlyos beteget kizárólag 2 reconvalescens savó kezelésre meglepően gyorsan és kozmetikailag is igen szép eredménnyel gyógyult.

Elsősorban tehát azokat az actinomykosis betegeit mutatta be, akik már minden egyéb (chemotherapiás, sugaras, sebészi, stb.) kezelésben részesültek, azonban eredmény nélkül, mert betegségük feltartóztathatatlanul haladt tovább s az eddig használatos gyógyeljárásokkal bizonyára nem is lehetett volna őket megmenteni, arany + fajlagos vaccina-therapiára azonban teljesen meggyógyultak.

Súlyosabb eseteit gyógyulás után histológiailag nem dolgozhatta fel, mert a gyógyult actinomykosis-folyamat olyan testrészekben, illetve szervekben fordult elő, amelyekből próbametszést nem végezhetett. Kivételt képezett a XII. sz. beteget (actinomykosis periproctalis), aki arany + vaccina-kezelésre teljesen meggyógyult, sőt már egy hónapig hivatalba is járt s csak azután halt meg intercurrentis (thrombosis) betegségben. A histológiai lelet azonban teljes mértékben az actinomykosis-folyamat gyógyulása mellett bizonyított.

Az előadásban és ábrákban bemutatott actinomykosis-betegeit különben is, mint teljesen reménytelen eseteket küldték be. Az arany + fajlagos vaccina-therapiával azonban sikerült őket meggyógyítani. Ezért tartja szükségesnek, hogy az actinomykosis-therapiának ezt az újabb hajtását részletesebben bemutassa.

**v. Szathmáry Z.:** 28 éves asszonyt operált, kiben a kis-medence balfelét kitöltő daganatot myomának tartották. A képlet a köldökig ért. Műtétkor kiderült, hogy az elváltozás a belekből kiinduló s a nemzőszervekre is ráterjedő, a hasfalat szélesen beszűrő sugárgombás megbetegedés. A bélkacsok tenyérnél nagyobb területen kapaszkodtak össze a cseplesszel és hasfallal. Az eltávolított jobb petefészkekben és körülben típusos sugárgombatelepeket találtak. A folyamat olyan súlyos volt, hogy gyógyulásra alig volt remény. *Neuber* prof. ajánlatára Solganal-B, Pápai-féle polyvalens actinomycess vaccina és sugárgombás betegőt vett gyógysávvá, valamint lugolos és roboráló kezeléssel a beteg meggyógyult. 1 év előtti ellenőrzővizsgálatkor a bélösszenövés és a hasfal beszűrődése eltűnt, a baloldali függelékek ökölnyi conglomeratumából csupán néhány vékony heges köteg maradt vissza, ami a gyógyeljárás teljes értékét bizonyítja.

**Minder Gy.:** *A vesetáji fájdalom és a veseüreg alakja közötti összefüggésről.* Vizsgálatainak tárgyát 200 normal pyelogramra alapítja, amelyeknél a veseműködés normális volt. Az ép pyelogram a fájdalomnak a veseeredetét nem zárja ki, mert a veseüreg morfológiai épsége mellett a veseüreg kiürülési mechanizmusa már kórossá válhat és fájdalmat okozhat. A veseüreg a normalis határokon belül oly nagy változatoságot mutat, hogy típusok szerinti elkülönítésnél a fájdalom és az üreg alakja közötti összefüggést kimutatni nehéz. Adott körülmények között kimutatható, hogy bizonyos típusok fájdalomra inkább disponálnak, de az ilyen elkülönítésnek nagy gyakorlati jelentősége nincsen, mert a fájdalom fellepte és kiváltása oly sok körülménytől függ, hogy azok pusztán morfológiai alapon nem magyarázhatók. A vese topographiai helyzete a fájdalom kiváltásában lényeges szerepet nem játszik. A súlydelt vesék fájdalom viszonylag nem gyakoribb, mint normalis fekvésű veséké. Az abnormalis medencekijárat, aseptikus esetekben a fájdalom lehetőségét kétszeresre, inficiált esetekben ötszörösre emeli. A fájdalomnak bizonyos pangásos esetekben hiányát a felső húgyutakban lehetséges resorptió jelenségekkel hozza összefüggésbe.

**Orsós F.:** Osztja előadó nézetét, hogy functionalis zavarokkal kapcsolatban vesefájdalmak léphetnek fel, amikor bonctani elváltozást találni nem lehet. Ez azonban nem jelenti azt, hogy több ismerettel és fejlettebb technikával a jövőben ilyen esetekben is találunk morfológiai fundamentumot. *Minder* collega által említett simaizom-sphinctereket az anatómusok is ismerik, de nem helyeztek erre eddig különös súlyt. Ismeri az anatómia nemcsak a vesemedence, de az egész vese simaizom-rendszerét. *En* is foglalkoztam évekkézelőtt a vesetok, a vese-papillák és a medence izomrendszerével különböző irányú sorozatos metszetek alapján. Az eredményekkel azért nem léptem a nyilvánosság elé, mert meggyőződtem arról, hogy a főtények már feltalálhatók a bonctani irodalomban, sőt a nagy egyéni ingadozásokra való célzás is. Saját vizsgálataim is azt mutatták, hogy egyes egyéneknél úgy a medence, mint a pyramisok és a tok kivételesen gazdagok simaizomszövetben, míg máskor, pl. a tokban és a pyramisokban, alig kimutatható izomnyomok fordulnak elő. Az izombőségben esetleg hypertrophia és hyperplasia szerepelhet még látszólag normalis esetekben is. Kóros esetekben, pl. hypernephroma és vesetuberculosis esetén a góccok szomszédságában úgy a veseállományban, mint a tokban olykor meglepően hatalmas simaizomkötegek fordulnak elő, gyakran a tok alatti rétegben egyenletesen elhintett nyiroktelepekkel együtt. Alig képzelhető el, hogy a túltengés esetében a vese simaizomrendszere ne contrahálódjék és természetesen fogjuk tartani, hogy az ilyen contractiók tünetekkel, pl. görcsökkel, illetve fájdalommal járhatnak. Véleményem szerint az orvosi tudomány még nincs túlspecializálódva, sőt az a baj, hogy az egyes speciális ágak még nincsenek elmélyítve. A vese funkciójára és morfológiájára nézve is a legtöbbet és a legfontosabbat bizonyára még nem ismerjük.

**Minder Gy.:** Az izomzat szerepét nem vonom kétségbe, amit bizonyít az is, hogy műtéti leleteknél végzett histológiai vizsgálat atonia okozta hypomobilitásnál mindig izomsorvadást is mutat. A pyelum kijáratnál levő sphincter jelenlétét tudomásom szerint az anatómusok nem hangsúlyozzák eléggé.

## Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete okt. 28-i ülése

**Hermann J.:** *Elmeszesedett vesehygróma esete.* Egy 36 éves asszony röntgenképeit mutatja be, amelyeken a bal rekesz alatt gyermekfőnyí, vesealakú, vékonyhájú meszes árnyék látszik. A betegnek csupán újabb keletű panaszai voltak s az árnyéknak megfelelő helyen a hasüregeben kemény tapintatú test volt tapintható. A bal vese semmiféle kiválasztást nem mutat, az ureter a meszes árnyék alsó harmadához haladt. A beteg elmeszesedett vesetokhygróma diagnózisával műtétre került; a nehéz körülmények közt végrehajtott műtét (Melly dr.) igazolta a röntgendiagnosztikát. Maga a vese a folyadékkal telt meszes falú üregnek alsó és külső harmadában volt összenyomva. Az elváltozásnál szó lehetett még elmeszesedett lépről, echinococcusról, daganatról vagy hasúri mirigyekről. A röntgenkép helyes értelmezését a kiválasztás teljes hiánya tette lehetővé. A vesetok hygrómája ritkán előforduló elváltozás, elmeszesedése pedig unikumszámba megy.

**Sigora B.:** *A chronikus otitis media röntgenképe, különös tekintettel a cholesteatomára.* A chronikus otitis mediáról, ellentétben az acut otitissal, illetve mastoiditissal, az elváltozásokat nem a processus mastoideusban, hanem a középfül üregekben keressük. Hangsúlyozni kell, hogy a műtét indikációjánál a röntgen lelet nem mindig abszolút döntő, hanem csak a klinikai lelet figyelembe vételével értékesíthető. Azon esetekben, amikor a röntgenlelet diagnosztikára, illetve a műtét indikációjára vonatkozólag semmi különös támpontot nem ad, mégis értékes szolgálatot tehet az operatív beavatkozás technikai körülményeire. Tájékoztató a dura helyzetéről, a sinus fekvéséről, a processus mastoideus csontszerkezetéről, a pyramis alakjáról és fekvéséről stb. A röntgenfelvétel értékes kiegészítője a fülészeti vizsgáló eljárásoknak a chronikus otitiseknél is és azt modern klinikum nem nélkülözheti.

**Kovács A.:** Hozzászólásként olyan eseteket mutat be, melyekben részben bizonyos diagnostikai nehézségek merültek fel, részben ellentmondás állt fenn a klinika lefolyás és a röntgenlelet között.

**Ratkóczy N.:** A stereo felvételek által elért kitűnő eredményekre figyelmeztet, s a fülészeti röntgendiagnostikában való alkalmazását ajánlja.

## A Magyar Röntgen Társaság nov. 12-i ülése.

**Haas L.:** *A gyomor motilitásáról* szóló előadásához hozzászól:

**Révész V.:** *Haas új módszerét* értékesnek tartja, mert először is felhívja a figyelmet a gyomor motilitás-vizsgálatainak fontosságára, amit a modern vizsgálati technika teljesen háttérbe szorított. Másodsorban új oldalról világítja meg a motilitás és kiürülés viszonyait, ami új adatokat fog szolgáltatni és új megfigyelések lehetőségét nyújtja. Haas-hoz hasonlóan az általában szokásos 3 óránál rövidebb kiürülést vizsgál. Sajnos a módszer nem a mindennapi gyakorlat számára való.

**Holits R.:** Felhívja a figyelmet arra, hogy tisztán psychikus momentumok is kiváltnak pylorospasmust és befolyásolják a motilitást. Ilyenkor egyszerűen felöltözött és kiküldi a beteget és rövidebb-hosszabb várakozás után spontán duodenum telődést lát.

**Vidor J.:** Részletesebben foglalkozik a benignus pylorusstenosisok motilitásának kérdésével, melynél a spastikus componens viselkedése néha egészen váratlan meglepetés elé állítja a vizsgálatot. Ezen jelenség a pylorus-reflex bonyolult mechanizmusával függ össze. A Hirsch-Mering tétellel kapcsolatban ismerteti *Bársonyék* vizsgálatait. Az ilyen beteget a szanatóriumban *Förster dr.* intenzív sóadás alá fogta és ez az eljárás az organikus és spastikus componens szétválására jobban bevált, mint a régiek (*Révész, Ötvös, stb.* papaverin-atropin eljárása). Bemutatja a legutóbbi ilyen beteget, aki teljesen incompensált pylorus-stenosisból származó, symphysisig érő ektasiával jött be (profus hányások, 23 óra rest, stb.); a 8 nappal később végzett kontrollvizsgálatnál — a szokásos sóadás után — az ektasia eltűnt, a gyomornak tónusa volt és 5 óra ürülést mutatott. Az eljárási módnak nagyobb kórházi anyagon történő kipróbálását és ellenőrzését ajánlja.

**Haas L.:** Előadásában három fontos momentum volt: 1. a fractionált gyomorvizsgálat, 2. a fractiók motilitás, 3. a motilitás graphikus ábrázolása. Ez utóbbi csak szemléltetésre való, de nem lényegi fontosságú. Módszere tömegpraxisban valóban nem alkalmazható, de megfelelő individualis esetekben

hasznos gyakorlati célokat is szolgálhat. Egyrészt a gyógykezelés eredményességének objektív kontrollálására, másrészt súlyosabb functionális panaszok differenciálására örül, hogy *Révész* is egyetért vele a motilitás vizsgálati idejének lerövidítésére vonatkozó kérdésben.

**Holits R.:** *A féregnyúlvány nem telődésének functionális okai.* Hozzászól:

**Révész V.:** Nagyon régóta igen intenzíven foglalkozik az appendix röntgenvizsgálatával. Tapasztalatai teljesen megerősítik *Holits* megfigyeléseit. Elveti azt a módszert, amely este megitatja a contrastanyagot és másnap vizsgálja az appendixet. Mindig meg kell vizsgálni a gyomrot és duodenumot is. Nem telődés esetén fontos a megismétlés keserűvizes bariummal. „Az appendix nem telődött” kifejezés kiirtandó a leletekből, csak azt szabad írni: appendix telődést nem lehet észlelni”, vagy hasonló kifejezést. — A coecumról mindig felvételt kell készíteni. Kétizben látott actív appendix mozgást, amikor az szemeláttára felkunkorodott, stb. Contrastbeöntéssel az appendix ritkán telődik fel, az azonnali defaecatio elősegíti a feltöltést. — Bemutatja egy eset felvételeit, hol a túl hosszú appendix 11 nap múlva is tartalmazott contrasttöltést — és más érdekes eseteket.

*Beszámoló az österr. Gesellsch. für Röntgenkunde I. wieni congressusáról.*

**Holits R.:** *Diagnostika.* Részletesen ismerteti az e tárgy-körben elhangzott érdekesebb előadásokat.

## A Magyar Urológiai Társaság okt. 26-i ülése.

**Bochkor B.:** *Vesekőrüli tályogok* 4 esetét mutatja be, különös tekintettel a röntgenleletekre. Pathognomostikusan jellemző tüneteket nem talált ugyan, de magának a tályognak az árnyéka, amely a veseconturokat elmosódottakká teszi, a lumbalis gerincoszlop skoliosisa, a psoasárnyék eltűnése, a rekeszizom expiratóris állása, adott esetben a vesekőrüli tályog fernforgására engednek következtetni. Mind legállandóbb tünetet a psoas-árnyék elmosódottságát említi. Bizonyos fenntartással és kritikával a vese dislocatiója is ennek tekinthető.

**Farkas I.:** *Kötávozás után* a vese körül tályog jelentkezett, melyet feltárt. Sebzés után magas lázak miatt újból kényszerült feltárássra; harmadik műtét után a vesét eltávolította. A vese aránylag ép volt, a felső paluson és a hilus körüli genyedés azonban a vese miatt nem volt drainezhető. A teljes gyógyulás érdekében tehát kénytelen volt az aránylag ép vesét feláldozni. II. esete septikus állapotban felvett fiatal emberre vonatkozik, akin catheterezés után hatalmas, a kis medencébe leterjedő tályog jelentkezett, a prostata, ondóhólyaginfeciója, vagy metastasis következtében. A széles feltárással ellenére a beteg nem volt megmenthető.

Vesekőrüli tályog kezdeti stadiumában nagyobb vesekőrüli tályogok figyelhetők meg a vesekőrüli zsír vizenyős beivódása következtében. Igen nagy tályogok esetében esleg a vese-medence és uretereknek a gerincoszlophoz feltűnő közelsége lehet jellegzetes. A pyelographia csak másodlagos vesekőrüli tályogok esetében mutat elváltozást.

**Minder Gy.:** *Hidronephrosis, plastikai műtét, secundaer nephrectomia.* 27 éves beteget jobbold. előrehaladott hidronephrosissal operált, akinél a másik oldalon is kezdődő hidronephrotikus állapot állott fenn. A rossz vesefunctio ellenére plastikai műtétet végzett. A veseműködés 2 héttel a műtét után feltűnő javulást mutatott, a kryoskopiai érték 0.58-ról 2.04-re emelkedett. A vizeletvezetésről állandó ureterkatheterrrel és transrenális drainage által gondoskodott. A plastikai műtét jól tartott, egy hónappal a műtét beavatkozása után azonban a secundaer nephrectomia mégsem volt elkerülhető, mert az ureter legfelső szakasza erősen beszűkült. Plastikai műtétek mindig bizonyos rizikóval járnak, mert azok eredményét postoperatív heggedések felboríthatják. Ez azonban nem lehet ok, hogy a plastikai műtétek ellen állást foglaljunk.

**Minder Gy.:** *A vesetuberculosis spontán gyógyulásának kérdése.* A klinikailag felismerhető vesetuberculosis spontán gyógyulása csak látszólagos, mert tulajdonképpen csak a gümös góc kirekesztéséről van szó s csak a legkritikább esetekben sikerült ezen góccokról anatómiai és bakteriológiai értelemben is gyógyulást kimutatni. A tapasztalat igazolta azon álláspont helyességét, hogy az ilyen kirekesztést gócknál is indokolt a nephrectomia. A kórismézett vesegümőkör helyes terapiája továbbra is csak a megfelelő javallat alapján végzett nephrectomia. Lehetséges azonban, hogy a vesegümőkörnek van egy u. n. praeklinikus állapota, midőn a fertőzés már kifejlődött, annak bizonyosságát azonban még klinikailag kimutatni nem lehet. Az ilyen kezdeti elváltozásoknál, melyek azonban a klinikai felismerhetőség határán kívül esnek, gyó-

gyulási hajlam nem zárható ki, 2 esetet hoz fel. Egyiknél a látszólag spontán gyógyult vesét eltávolította, a beteg rövid idő alatt 12 kilogrammot hízott, a vesében eltokolt caverna volt, a másik sectiós lelet: egyik oldalon u. n. degeneratio massiva állott fenn, a másik oldalon nephritis zsongorvase. Klinikailag a gümőkór kimutatható nem volt. A műtét idejében való elmulasztása, illetve a látszólagos gyógyulás ez esetben toxikus alapon a másik vese megbetegedését, súlyos uraemiát okozott. A vesegümőkór spontán gyógyulásának gyakorlati jelentősége nincs.

**Farkas I.:** A vesetuberculosis spontán gyógyulásának kérdése még ma sincs teljesen tisztázva. Gyakran tapasztalható, hogy egyik oldali vesemegbetegedésnél, a másik oldalon is bacillusok találhatók. Lehet, hogy az ureterkatheterrel vitetnek fel, valószínűbb azonban, hogy transitoricus bacilluriákról van szó, ami a nephrectomia után eltűnik. A pyelographia már korai stádiumban bizonyos elváltozást mutat. Aránylag kis fekély mellett nagy functiós kiesést találhatunk. A „Kittniere” nem tekinthető igazi gyógyulásnak, a megmaradt vese szövetében sok bacillust találtak. Ebben az esetben már 30 év előtt voltak hólyagpanaszok, melyek gyógyultak, a műtét alkalmával tiszta vizeletet talált, az uretersugorodás miatt fellépő fájdalmak tették szükségessé a műtétet.

## A Pesti Izraelita Hitközség Kórházai Orvosi Karának nov. 12-i ülése.

### Bemutatók.

**Molnár T.:** *Tüdő tbc. műtéttel kezelt esetei tüdőgondozónk utolsó két évi anyagából.* A tüdő tbc. kezelésében mindinkább előtérbe lép a tüdők műtéti kezelése. A legfontosabb műtétek: a pneumothorax, phrenikus műtét, oleothorax. Jacobeus-féle thorakocaustikapomba műtét, thorakoplastika és intercostalis neurolysis. A bemutatott röntgenfelvételek sorozatban mutatják az indicatiót és az elvégzett műtétek eredményét.

**Fohn T.:** *Az insolatio ártalmai a tüdőtuberculosisban.* A napsugár hatása olyan, mint a sugárkezelésé. A sugárkezelés ingertherapia, melynek biológiai ismérve a gócreactio. Ez perifocális exsudatio és hyperaemia képében jelentkezik. — Fibrocaceosus folyamatokban a heves gócreactio újabb területek infiltrálását, köpet, ill. bacillusürítés megindulását okozhatja. Haematogen folyamatokban a góccok conflualhatnak és beolvadhatnak. A véráramba kerülő bacillustömeg legkülönbözőbb szervekben okozhat új áttételeket. Igen gyakori kísérő jelenség a haemoptoe. Az utóbbi hónapokban nyolc esetben volt kimutatható a napozás és a folyamat fellángolása, ill. rosszabbodása közti összefüggés. Ebből az a tanulság szűrhető le, hogy leghelyesebb tüdőbetegeket folyamatuk milyenségére és nyugalmi helyzetére tekintet nélkül teljesen eltiltani a napozástól.

**Gergely J.:** *Typusos és atypusos tuberculosis kórfarmák.* Typusos kórfarma a fibrocaceosus phthisis, váratlan fellobbanásai, vagy megnyugvása ellenére is nagyjából egyenletes menetű. Atypusos formákat a haematogen tuberculosis teremt. Ezek egy csoportját paratuberculosis tünetek és metatuberculosisos kórállapotok néven *Benedict* jellemezte mesterien. Idetartoznak *Holló* juvenilis tuberculosis kórfarmái is. — A haematogen tuberculosis leghevenyebb, legsúlyosabb formáit, az acut általános miliaris tuberculosisist is, gyakran előznek meg kisebb, enyhébb szűrások, melyek discret jeleit a röntgenfelvétel megmutatja. Ezek fontosak, mert más szervek tuberculosisának gyanuját erősítik meg. Még a tuberculosis miliaris discreta megállapodottnak látszó gócai sem jelentőség nélküliek, új fellángolások kialakulását képezhetik. A friss miliaris szűrődások lobos-sajtos gócai teljes resorptióval gyógyulhatnak, a subacut és chronicus göbök productiv szöveti elemei nem mulnak el nyom nélkül. A változatos formákat röntgensorozatokkal demonstrálja, hangsúlyozva azt, hogy különösen a therapiában sohasem szabad szem elől téveszteni a proteusszerű kórfarma generalizálódó jellegét; a gócreactiókat teremtő ártalmakat távol kell tartani.

### Emlékeztető! . .

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

Vámossy. prof.

## A typhus abdominalis elleni indirect immunisálás terve.\*

A typhus vaccinának, mint therapeutikumnak, a szemészetben bevezetett több, mint tíz éves alkalmazása után megállapítható, hogy a typhus vaccina egyike a leghatásosabb és leghelyesebben adagolható heteroprotein készítményeknek. Ezzel az „idegenfehérjével” csupán a jó tej veheti fel a versenyt. Azonban a tejnek különböző minősége, előkészítési nehézsége, individualisan pontatlan adagolhatósága, a legnagyobb elővigyázatosság mellett is itt-ott előforduló elgenyvedése, de főleg az ismételt injectiók anaphylaxiás veszélye miatt a typhus vaccinával szemben feltétlen hátrányban van. Az első időkben, amikor a typhus vaccinát csak intramuscularisan, vagy subcutan adtuk, nem tudtunk ugyan olyan heroikus hatást kiváltani, mint amilyent a tej 10 ccm-ével majdnem minden esetben elérünk, azonban ma, amióta a typhus vaccinát intravenásan is alkalmazzuk, a legexaktabb módon, úgyszólván előre meghatározott emperaturát, tehát ha kell a legheroikusabb hatást is el tudjuk érni. (Heteroprotein-hatás és hőmérséklet összefüggése.).

Ami a többi igen sok és különböző elnevezés alatt divatba hozott és folyton propagált heteroprotein készítményeket illeti, azok hatása a klinikai és a mindennapi gyakorlat tapasztalatai alapján a typhus vaccinával szemben jóval kisebb értékűnek bizonyultak.

Azok a klinikai tapasztalatok, melyek a typhus vaccina értékét a többi heteroprotein készítmény fölé emelik, a szemészetben, a legkülönbözőbb gyulladási szembajok esetében alkalmazott typhus vaccina kezelés-kor vettük észre. Megállapíthatjuk, hogy sérüléssel szaruhártya infiltratumok, ulcus corneae, staphylo-streptopneumococcus fertőzések, áthatoló fertőzött sérülések, hályogműtét utáni sebfertőzések és postoperatív iritisiek, gonorrhoeás szemgyulladások, stb. eseteiben az idejében és helyesen alkalmazott typhus vaccina, lázkeltő hatása mellett, a gyógyulási folyamatot megrövidíti és igen sokszor a legsúlyosabb kórképet másnapra sima lefolyású folyamattá teszi. Ezen tapasztalatokat a debreceni szemklinikán szereztük, ahol *Kreiker A.* prof. vezette be a typhus vaccinát, mint idegenfehérjét a szemészetbe először. Későbbben az OTI gyulai Ker. Pénztárának szemszakrendelésein 1930 óta idegenfehérjéjűl úgyszólván kizárólag csak a typhus vaccinát használjuk, megbizonyosodván arról, hogy ezen eljárás a keresőképtelenség idejét megrövidíti és miután a súlyosabb esetek is ambulanter kezelhetők, a kórházakba utaltak számát csökkenteni. Tudomásom szerint a budapesti volt II., jelenleg I. sz. szemklinikán is kiterjedten alkalmazzák a typhus vaccinát. Az idevágó tapasztalati adatok felsorolása hosszadalmas lenne, de itt nem is céloim, — azok a megfelelő kórrajzokban le vannak fektetve.

Miután a typhus vaccinának, mint lázkeltő idegenfehérjének a gyakorlatban kiterjedtebb alkalmazása, — eltekintve a szemészet és ideggyógyászat területeitől, mely utóbbira, mint ismeretes *Wagner Jauregg* vezette be a typhus vaccinát, — nem nagyon közismert, vázolnunk kell néhány szóban annak adagolását, alkalmazását. Ugyanis a hazai gyártmányú gyógykereskedelmi vaccina „erősség” tekintetében eltér a külföldi (*Behring*) és az Országos Közegészségügyi Intézet által készített typhus vaccinától. Míg a két utóbbi készítmény 1 ccm.-ében 1000 millió csíra van, addig a hazai gyártmányú (*Pápay-féle*) vaccina 1 ccm-e 500 millió csírárt tartalmaz. Ezek szerint a különböző készítményektől, illetőleg a készítmények csíra-

\*) Erre vonatkozó beadványomat az Országos Közegészségügyi Intézet véleményezte.

számától függ az adagolás mennyisége. Sajnos az Országos Közegészségügyi Intézet által készített igen olcsó vaccina csak a hatósági orvosoknak állhat rendelkezésükre, így egyelőre csak a Pápay és a Magyar „Farma” által képviselt Behring-féle gyógykereskedelmi vaccinák jöhetnek szóba.

Ugy a Behring-, mint a Pápay féle készítmények egy dobozában 3x1 ccm-es ampulla van. Amennyiben és leginkább intramuscularisan (gluteus), vagy subcutan alkalmazzuk a vaccinát, úgy felnőtteknek a Behring-féle vaccinából 1 ccm-t, a Pápay-féle 2x1 ccm-t kell egy injectióra adnunk. Tehát egy oltás 1000 millió csirával történik, melyet alkalmas esetekben 1500 millióra is emelhetünk. Természetes tehát, hogy a Behring-féle vaccina gazdaságosabb. Az injectiót lehetőleg a déli órákban kell adni, (optimalis hatás Kreiker prof. javaslata.). A reactio lezajlása 24 óra. A hőmérséklet középértéke 37.3—38.4 között von. Fájdalom csekély, ambuláner adható. Az oltást harmadnap megismételjük és szükség szerint esetleg még egyszer. Amennyiben intravenásan adjuk (herikus hatás elérése), úgy 50—100 millió csírával (0.05, 0.1, ill. 0.1—0.2 ccm-t) adunk. Ez esetben a hőmérséklet magas, 39—40 C°-ig emelkedik, hidegrázása párosul. A reactio lezajlása valamivel hosszabb, de 36 óra, vagy legkésőbb 2x24 óra alatt lezajlik. Az eredmény legtöbbször meglepő. Anélkül, hogy helyi reactiót okozna, a súlyosabb klinikai tünetek visszafejldnek, a gyulladás csökken, az esetleges véladékosság megszűnik, a szem megbékül. — Általában azt mondhatjuk, hogy egy súlyos folyamat megállításában a typhus vaccinának mint kiváló heteroproteinnek, hasonlóan a tejhez, sokszor döntő szerepe van. Itt kell említést tennünk a preventive alkalmazott vaccina hatásáról is. Vidéken, ahol műtétek előtt (főleg hályog műtétek esetében) nincs alkalmunk a véladék kulturáját elvégezni, ill. elkészíteni, hogy ezáltal a műtét sikerét minden lehető módon biztosítsuk, csupán a mikroszkópiai leltre vagyunk utalva, — bevezettük a műtét után közvetlen adott typhus vaccinát. Ugyanis, ha egy postoperatív sebfertőzés, vagy iritis lép fel, tulajdonképpen egyetlen hatásos fegyverünk a heteroprotein. A post hoc, ergo propter hoc elve alapján nem várjuk meg ezt a manapság ugyan ritka, de annál kellemetlenebb lehetőséget, hanem a műtét napján a déli órákban megkapja a beteg az 1000 millió csirával megfelelő mennyiségű vaccinát, mely a beteg közérzetét nem befolyásolja annyira, mint a tej, úgy hogy a beteget másnap épügy kifeltehetjük az ágyból, mint egyébként és így a műtétet, — hogy úgy mondjam, — a lehetőség szerint „bebiztosítottuk”. Nem rendelkezünk olyan nagy műteti anyaggal, hogy ezen eljárásból következtetéseket vonhatnánk le, de az bizonyos, hogy három év óta egyetlen sebfertőzés vagy postoperatív iritis sem fordult elő.

Ugy látszik tehát, hogy a typhus vaccina, mint nem specifikum is, a szervezet általános immunbiológiai készségét leginkább emeli, s a fent betegségeknek egyébként is használatos gyógyszeres kezeléssel karöltve, leginkább alkalmas arra, hogy a szervezet, illetőleg a megbetegedett szerv súlyos betegségét kiheverje.

Ezen tapasztalatok alapján — nem esvén abba a tévedésbe, hogy egy csodaszer van a kezünkben, — azt kell mondanunk, hogy ha a typhus vaccina a természetben ilyen jól bevált, akkor az nem lehet másképpen a orvoslás más területein sem. Annál is inkább, mert a természetben sem csupán a szem ellenállóképességén és a kórokozó fertőzőképességén múlik a betegség leküzdése, hanem az egész szervezet fogékonyságának és ellenállóképességének kölcsönhatásán is, sőt főleg ezen.

Három éve propagálom az általános gyakorlattal foglalkozó kartársak körében a typhus vaccina therápiá-

ját, olyan esetekben, amikor egyébként is más heteroprotein készítményekkel próbálkoznánk. Korai volna még az aránylag kis számú tapasztalatokból következtetéseket levonni, mégis megemlítendő, hogy az összesített vélemény szerint az elért eredmények kedvezőek és hogy a typhus vaccina más heteroprotein készítményekkel legalább is egyenlő értékűnek bizonyult. Különösen kedvező eredményeket értek el a gonorrhoeás szövödmények eseteiben (epididimitis, salpingitis, stb.), továbbá a polyarthrititis rheumatica azon eseteiben, melyek salicyllal és phenochinallal szemben refracterek voltak.

Már most a fent előrebocsátott tapasztalati tények mellett tudjuk és általánosan ismert azonban, hogy a typhus vaccina eredeti célja activ immunizálás, egyik leg súlyosabb fertőző betegség ellen, a typhus abdominalis ellen. Az activ immunizálást viszont keresztül vinni, igen sok jól ismert ok miatt, nem kényelmes feladat. Még a háborúban is, amikor a védőoltások elfogadása a legszigorúbban köteleztetett, sokan kivonták magukat alóla. Elképzelhető tehát, hogy békés viszonyok mellett milyen sok erély és tapintattal párosult fáradtságos munkájába kerül a hatósági közegeknek és orvosoknak a tömeges immunizáció.

Tehát a kérdést más felől is meg kellene fogni.

A probléma megoldásának véleményem szerinti előbbrevitelére az egyébként is ismert, *de nem értékesített tapasztalat vezetett, mely szerint tulajdonképpen amikor a typhus vaccinát heteroproteinként adjuk, egyszerűsített immunizálunk is typhus ellen.* — Ennek a ténynek gyakorlati hasznára kirívóan egy typhusjárvány alkalmával jutottam. Egy család, mely typhusban megbetegedett, a betegséget a családnak csak azon tagja nem kapta meg, aki hónapokkal előzőleg szembetegsége miatt typhus oltásokban részesült. Azóta figyelemmel kísérem a typhus vaccinával kezelteteket s néhány hasonló megállapítást tehettem.

Ezek után önként adódott a gondolat: *ha a typhus vaccinában valóban a legjobb heteroprotein készítményt ismertük meg, (ami a gyakorlatban igazolást nyert), akkor annak kiterjedt alkalmazásával a gyógyítás mellett tulajdonképpen tömegimmunizációt végeznünk a typhus abdominalis ellen.*

Ezen a ponton a preventio és gyógyítás manapság annyit emlegetett látszólagos ellentéte is szerencsésen kiegyenlítődik. *A beteg pedig, aki a gyógyulását keresi, természetesen nem fog vonakodni az általa nem is sejtett typhus elleni immunizációtól, illetve oltásoktól.*

Nézzük most már, hogy a typhus elleni küzdelemnek ezzel az új methodusával, — feltételezve, hogy a typhus vaccinának ide vágó kautélái a birtokunkban van, — milyen gyakorlati eredményeket lehetne elérni.

Ennek megállapítására körkérdest intéztem több kisebb-nagyobb gyakorlattal bíró orvoshoz és kórházhoz, hogy közölnék velem: *hány heteroprotein injectiót adnak le havonta új betegeknek különböző betegségek kapcsán?* (tej, caseosan, omnadin, polysan, aktropotin, saját vér, stb.). Kivéve azokat az idegen fehérjéket, amelyeket specifikus therapia céljából adnak (pl. tuberculin készítmények stb.). A középátlagosított eredmény az, hogy minden orvos, a különböző betegségeknek átlag 10 idegenfehérje készítményt alkalmaz heteroprotein hatásra alapítva a gyógykezelést, vagy veszi igénybe egyéb gyógyszeres kezelés mellett.

Ezek szerint, ha a Magyarországon paktizáló orvosok számát csak 6500-nak vesszük, akkor is havonta 65.000 heteroprotein injectiót adnak le az orvosok. — Ha tehát elgondolásomnak megfelelően a különböző bizonytalan hatású heteroprotein készítmények helyett typhus vaccinával történnék ez a therápia és még egy latitúd is

maradna az orvosoknak arra, hogy egyharmad részben egyéb tapasztalata és felfogása szerinti idegenfehérje hatástól várja a javulási vagy gyógyulási eredményt, — tehát átlag havonta a 6-os számot fogadnánk el, akkor is évente 468.000 ember részesülne indirekt úton typhus elleni védettségben.

A klinikák és kórházak a számításon kívül estek, hasznalóképpen a különböző nagytömegű Pénztárak, melyeknek gazdaságilag is eminens érdekük a megelőzés. Tehát ha idővel ezek is felkarolják ezt a terapiát, mely egyszerűsége miatt tesz majd védetté nagyobb számú embercsoportot, — és ha feltesszük, hogy a typhus elleni immunizáció hatályossága nem is terjed tovább egy évnél, — akkor is minden évben fél millió embert tenénk védetté (relative) a typhus abdominalissal szemben, mert a typhus elleni védekezésnek ez a módja sui generis olyan lenne, mely önmagától haladna tovább évről-évre. De ha mint elméleti elgondolásnak túl optimisztikusan vetetem volna is meg a számítási, statisztikai alapját, semmi esetre sem lesz az oly alacsony, hogy elhanyagolható lehetne olyan fontos megbetegedésben, mint a typhus.

Tudatában vagyok annak, hogy egy elméleti elgondolás gyakorlati kivitele — még ha támogatják is azt megfigyelések és tapasztalatok, — milyen nehézségekbe ütközik, éppen ezért a terv keresztülvitelének egyik legfontosabb feltétele a legfelsőbb közegészségügyi szerv tekintélyével ellenjegyzett tudományos propaganda.

Tehát dacára a fent említett gyakorlati tapasztalatoknak, kívánatos lenne, hogy egy klinikai kivizsgálás és tudományos laboratóriumi munka előzze meg ezt a propagandát, annak megállapítására, hogy a typhus vacína, mint antigen, a szigorúan fajlagos hatásán kívül milyen és mely mértékben képes emelni a nem fajlagos védőanyagokat is, s ezáltal bebizonyítani, hogy a typhus vaccínát, mint idegenfehérjét is sikeresebben lehet alkalmazni más heteroprotein készítményeknél.

Amikor ezt a javaslatomat az Orvosi Hetilap hasábjain megjelentetni bátorítottam, teszem ezt azzal a szándékkal is, hogy a m. t. Kartársak kritikai megjegyzéseiket, esetleges javaslataikat alkalmuk legyen megtenni és így minél szélesebb körben ismertetve a gondolatot, azt a gyakorlati életbe minél előbb elültetni sikerüljön.

Szerény véleményem szerint a typhus elleni küzdelemben a gazdasági, socialis, hygieniai és egyéb beavatkozások mellett ez az indirekt typhus elleni immunizáció a probléma megoldását feltétlenül előbbre vinné.

kaáli Nagy Sándor dr.

v. klinikai tanársegéd, szemorvos.  
(Békéscsaba)

## Üdvözet Itáliából a magyar orvosoknak.

E héten, amikor *Horthy Miklós* magas személyének jelenlétével erősíti meg a császári Rómában, Olaszország és a nemes Magyar Nemzet közötti baráti kapcsolatokat, a mi orvosi ujságunk hasábjairól meleg üdvözetet, mély együttérzésünk és csodálatunk kifejezését küldjük magyar kartársainknak.

*L'Avvenire Sanitorio.*

(nov. 28-iki 44. számából.)

Laptársunk és olasz kartársaink meleg rokonszenvekből fakadó üdvözetét hálással köszönjük és szívből viszonozzuk. Ezeréves kultúránk bölcsője és ki nem apadó forrása Róma volt, s mi hálás emlékezéssel fordulunk ma is az Örök Város s a legrégebb kultúrnép felé. — Olasz Kartársak! — Köszöntenek a magyar orvosok!

A 80 éves „Orvosi Hetilap”

Örömmel válaszoltunk erre az igaz és mély érzésből fakadó üdvözetre, mit *Piero Sangiorgi dr.*, az allergiás betegségeket kutató állami intézet vezetője irt meg nagy elterjedtségű lapjában. Ez a minden érdek nélküli, önkéntes megnyilatkozása a rokonszenvenek nagyon becses nekünk, mert hiszen közel 30.000 itáliai és külföldi olasz orvos lelkében kelt visszhangot és emlékeztést olyan történelmi időkre, melyekben ismételtén fűzték össze népeinket a legszorosabb kultúrkapcsolatok. Szt. István koronájától s a kereszténység felvételétől az Anju-kon át Mátyás király és Bethlen Gábor olasz tudósainak és építőművészeinek a török harcok és hódoltság alatt elpusztult alkotásáig. Orvosaink és túlnyomórészt Itáliában szereztek tudásukat, míg a protestantizmus nyugat felé nem irányította tudományoszomjas ifjaink vándorlását. Mily kár, hogy nyelvi nehézségek vertek éket köztünk, noha egy századdal ezelőtt még latinul írtunk, tárgyaltunk és politizáltunk. De a népek rokonszenve nagy erő, olyan mint a vegyi affinitás, melyben mégis csak egymásra találnak a disszociálódott elemek. — Hálással köszöntjük *Piero Sangiorgi dr.*-t és laptársunkat, a *L'Avvenire Sanitorio* orvosi kultúránk közös munkájában.

Vámossy prof.

## VEGYES HIREK

Az Orvosi Nagyhét ezévi jegyzőkönyvét lapunk jövőhét 51—52. összevont számához díjtalanul mellékeljük előfizetőinknek.

Lapunk ezévi utolsó 51—52. száma összevonva, bővítet terjedelemben december 19-én jelenik meg. — Az 1937. évi 1. szám a rendes időben, január 2-án jelenik meg.

A budapesti Királyi Orvosegyesület december 18-án délután 6 órákor tartandó ülésének napirendje. — Elő.

Halálozás. *dapsai Dapsy Viktor dr.* székesfővárosi tisztiorvos folyó hó 3-án, életének 66. évében elhunyt.

Megalakult a vaktság elleni magyar bizottság. A vaktság ellen világszerte hatalmas mozgalom indult meg. Az eredményesebb munka elérésére vaktság elleni nemzetközi bizottság alakult, amelynek székhelye Párizsban van. A nemzetközi bizottság megalakulása után minden államban megalakultak a vaktság elleni nemzeti bizottságok. A magyar bizottság, mint külön szakosztály, az Országos Közegészségügyi Egyesület keretében alakult meg folyó hó 3-án, ünnepélyes külsőségek között. A szakosztály alakuló ülésén a vaktság elleni mozgalom fővédnöke, gróf *Károlyi Gyuláné* elnökölt, akinek megnyitóját után *Grósz Emil* prof. ismertette a vaktság elleni nemzetközi szervezkedés történetét. Közölte, hogy a Közegészségügyi Egyesület magába olvasztja az összes preventív munkát folytató egyesületeket, mert így eredményesebb munkát tudnak majd kifejteni venereás, a tuberculotikus, a rákos, stb. megbetegedések ellen. Rendkívül nagy fontossága van a vaktság megelőzésére megalakult szakosztálynak, mert pl. Magyarországon a vakok mintegy 40%-át megmenthették volna, ha a megelőző óvintézkedéseket megteszik. Hazánkban szám szerint mintegy 6000 gyógyíthatatlan vak van és ezek közül 2500 vaknak a látását meg lehetett volna menteni. Ezt a munkát hivatott elvégezni a szakosztály. A legfontosabb feladat, csökkenteni a fertőző szembetegségek pusztítását, s a másik igen fontos feladata a szakosztálynak: megakadályozni az ipari szemsérüléseket. E tekintetben már megtörténtek a kezdeményező lépések, mintaszerű berendezéssel rendelkezik az Állami Gépgyár és többek között a Ganz-gyár is. A modern technika fejlődésével, a gépesítéssel, nagyon megnövekedett az ipari szembetegségek száma, amit bizonyít az is, hogy pl. Amerika egyetlen államában évente egymillió dollárt fizetnek ki a szemsérülést szenvedettek kártérítése fejében. A szakosztály elnöksége feladatát tűzte ki a csökkentésük iskoláztatását is, e tekintetben teljesen el vagyunk maradván. Nálunk egyetlen ilyenirányú iskola sincs, holott Londonban harminchétf osztály működik már, az Egyesült Államokban pedig több mint négyszáz. — *Grósz Emil* professzor végül részletesen ismertette a szakosztály munkaprogramját és több javaslatot terjesztett elő, amelyet az alakuló ülés elfogadott. — A szakosztály védnökévé választották gróf *Károlyi Gyulánét*, szakosztályi elnök lett *Grósz Emil* professzor, akit megbízták a vaktság megelőzésére irányuló munka országos megszervezésével is. Szakosztályi titkárrá *Horay Gusztáv dr.*, egyet. c. rk. tanárt választották meg.



## HETIREND

Az Orvostanhallgatók Symphonikus Zenekara és Kamarazeneegyesülete 1936 december 14-én, hétfőn este 1/2 8 órai kezdettel a Gyógyszertani Intézet tantermében rendezendő hangversenyének műsora: *Gluck*: Iphigenia Aulisban, nyitány; — *Haydn*: G dur Symphonia (No. 100.) Allegro — Allegretto — Menuett — Finale; — *Sibelius*: Valse triste; — Szünet. — *Bókay János* prof.: a) Merengés. Gordonkán játssza vonós zenekari kísérettel: *Novák Emil*; — b) Románc. Előadja a vonózenekar; — *Saint-Saëns*: Haláltánc. A hegedűszólót *Weidinger Ede* játssza; — *Weiner*: F-moll szerenád. — Vezényel: *Kolonits Barna dr.* és *Mihálovics Szilárd dr.* — Műsormegváltás személyenként 80 fillér, egyetemi hallgatóknak 30 fillér. — A jótékony célra tekintettel felülfizetéseket köszönettel fogad az elnökség.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének december 15-én, este 8 órakor a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezendő hangversenyének műsora: *Bach-Tausig*: Toccata és fuga d-moll. *Beethoven*: Andante favori, F-dur. Zongorán előadja: *Vidor Imre*. — *Schumann*: a) In der Fremde, b) Intermezzo, c) Waldesgespräch, d) Die Stille, e) Wehmut, f) Frühlingsnacht. Énekli: *Török Maja*. Zongorán kíséri: *Herz Ottó dr.* — *Tartini*: Szonáta, g-moll. — *Schubert*: I. szonatina. Előadják: *dr. Székács Istváné Molnár Alice* (hegedű) és *Vidor Imre* (zongora). — *Beethoven*: Vonósnégyes, f-moll. op. 95. — Allegro con brio. — Allegretto ma non troppo. — Allegro assai vivace ma serioso. — Largo-hetto espressivo. — Allegretto agitato. Előadják: *Belehorszky Gábor dr.* (I. hegedű), *Zoltán László dr.* (II. hegedű), *Zsöggön Béla dr.* (mélyhegedű), *Sebestyén Sándor dr.* (gordonka).

## A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

A budapesti Orvosi Kör december 14-én este 7 órakor tartandó ülésének napirendje: *Kiss Pál*: Súlyos heveny kórformák a gyermekkorban.

A budapesti Orvosi Casino december 15-i ülésének napirendje: *Fodor Imre*: Postoperatív állapotok belorvosi vonatkozásai és terapiája.

A budapesti Királyi Orvosegyesület Orr- és Géagyógyászati Osztálya és a Magyar Phonetikai Társaság december 15-én d. u. 1/2 7 órakor az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán (VIII., Szigony utca 36.) együttesen tartandó tudományos ülésének napirendje: Előadás: *Weiss Dezső* (Wien) m. v.: A hangszalagbénulás kezelésének újabb irányelvei.

Az Országos Közegészségi Egyesület december 15-én d. u. 6 órakor a Közegészségtani Intézet tantermében tartandó ülésének napirendje: *Boros József*: A szív és az érrendszer betegségeinek megelőzése.

A budapesti Királyi Orvosegyesület Otológiai Szakosztályának december 16-án d. u. 1/4 7 órakor az Orr-, gége-, fül-klinika tantermében tartandó ülésének napirendje: Előadások: *Ranschburg Pál*: Az agykérgi siketnémáság és a siketnémák hallásfejlesztésének kérdése. — *Szegezsky Dezső*: Vérvizsgálatok a vakok, a hülyék és a siketnémák intézetében.

Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete december 16-án délután 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: — Előadások: *Ernst Fritsch* főmérnök m. v. Berlinből: Di Kurzwellen in der ärztlichen Praxis. (Fizikai kísérletekkel). — *Hrabowszky Zoltán*: A tüdő gyenes folyamatának ultrarövid hullámú kezelése.

## Kimutatás 1936. XI. 29-től XII. 5-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetéről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.				Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	6	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	—	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	3	—	1	—	5	1	19	—	—	—	—	14	3	1	—	—	—
4. Békés	336.592	9	—	—	—	25	2	—	—	1	1	—	21	—	—	—	—	—
5. Bihar	181.105	2	—	—	1	5	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	4	2	—	—	5	—	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	3	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	2	—	—	—	4	—	3	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	2	—	—	—	4	—	14	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
12. Heves	323.191	6	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	9	—	—	—	14	1	7	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	1	—	—	—	2	—	13	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
15. Nograd és Hont	229.215	5	2	—	—	2	—	2	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1.454.326	8	1	5	—	19	2	4	—	—	—	—	29	2	—	—	—	—
17. Somogy	390.100	4	1	—	—	2	—	12	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—
18. Sopron	142.743	1	1	—	1	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	11	1	1	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	18	—	1	—	—	—
21. Tolna	266.405	3	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
22. Vas	273.097	1	—	—	—	5	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
23. Veszprém	247.787	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
24. Zala	368.903	2	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
25. Zemplén	149.524	3	2	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	30.238	3	2	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
II. Budapest	1.043.459	5	—	2	—	24	—	57	1	—	—	—	15	1	—	—	—	—
II. Debrecen	124.128	2	—	1	—	7	2	3	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	3	—	—	—	6	—	3	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	2	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	—	—	—	—	6	—	10	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
IX. Sopron	35.938	1	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	2	—	5	—	7	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Összesen: 8,943.533		105	15	12	2	192	10	263	2	2	1	3	—	269	11	2	—	—
Előző évben:		213	54	30	11	182	13	465	3	—	2	7	—	81	6	—	—	—

# Arsen-Triferrol

Aromás, igen jóízű **vasnuclein-essencia**,  
csekély mennyiségű stimuláló arsénal.

**Régóta bevált, kitűnő hatású.**



GEHE & CO., A.G.

DRESDEN-N. 6

Képviselet: DR. HAAS MIKLÓS „KERESZT” GYÓGYSZERTÁR, Budapest VII., Rákóczi-út 88.

A Királyi Magyar Természettudományi Társulat élet- és kórtani szakosztályának december 17-én este 1/2 7 órakor az egyetemi közegészségtani és élettani intézet tantermében tartandó ülésének tárgysorozata: *Margittay-Becht Endre*: A hypophysis növekedési hormonjának hatása A-avitaminosisban. — *Gömöri Pál*: A kísérleti extrarenalis (hypocholesterinémia) azotaemiának mechanizmusa (*Podhradsky dr*-ral végzett kísérletek). — *Schimert János*: Az idegrost hüvelyének alaki sajátosságai és működése (különös tekintettel a vegetatív idegrendszerre).

A budapesti Királyi Orvosegyesület december 18-án délután 6 órakor tartandó ülésének napirendje. — Előadás: *Löwinger Simon*: Szegycsontvelő vizsgálatának diagnosztikai értéke. A tudományos ülés után az egyesület CXIV. közgyűlését tartja.

M. kir. Belügyminiszter.

228.030—1936—KVII. szám.

## PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A főfelügyeletem alatt álló m. kir. állami menhelyek orvosi létszámában megüresedett, a kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél betöltésre kerülő és az igazgatási teendők ellátásával egybekötött főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kinevezés az állami rendszerű VIII. fizetési osztály 3. fokozatába fog történni és előfeltétele a gyermekszakorvosi képesítés igazolása.

A gyermekvédelmi közigazgatás terén gyakorlattal bíró pályázók előnyben részesülnek.

A pályázati kérvényeket 1936. évi december hó 28-ig kell hozzám benyújtani.

Mellékelni kell a következő okmányokat:

1. Születési anyakönyvi kivonatot;
  2. A magyar állampolgárságot, vagy optálást igazoló okmányt;
  3. Hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt;
  4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet;
  5. Az egyetemi leckekönyvet; a kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat;
  6. A szakképzettséget igazoló bizonyítványt;
  7. Az eddigi szolgálatokat igazoló bizonyítványokat;
  7. A forradalmak alatti magatartást igazoló bizonyítványt;
  9. Közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű hatósági orvosi bizonyítványt;
  10. Közszolgálatban álló pályázók az előírt kellekeket törzskönyvi lapjukkal (minősítési táblázatukkal) igazolhatják. Ismertetni kell továbbá az életrajzi adatokat.
- Budapest, 1936. évi december hó 4.-én.

M. kir. Belügyminiszter.

## Plasmorobin

**növényi** roborans, tonicum, stomachicum  
Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált

Római Császár Gyógyszertár, Budapest, II., Fő-utca  
Minden gyógyszerárban beszerezhető

2654—1936. kig. szám.

## PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrád vármegyei „Mária Valéria” közkórházban lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000—1926. N. N. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tisztai étellemezés, amelyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen, illetve hajdon orvosdoktorok. A kinevezés 1 évre szól, amely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve. — Sebészi gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények 1937 január 23-án déli 12 óráig méltóságos dr. Soldos Béla főispán úrhoz intézve a kórház igazgatójához nyújtandók be. A kérvényhez melléklendők születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Balassagyarmat, 1936. december hó 5.én.

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

Sopronvármegye Kapuvári Közkórház, Kapuvár.  
131—1936. szám.

## PÁLYAZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Sopronvármegye Kapuvári Közkórházánál megüresedett alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása a 124.000—1936. N. N. M. M., illetve a 300—1935. B. M. számú rendeletben a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy butorozott szobából álló intézeti lakás, fűtés, világítás, mosás és kiszolgálással, továbbá I. oszt. étellemezés az önköltségi ár 50%-os megtérítése mellett.

Az állásra kinevezés egy év időtartamára szól, mely javaslatomra — pályázat mellőzésével — 2 évre meghosszabbítható.

Távózás 2 hónappal előbb bejelentendő.

Intézeti bentlakás kötelező.

Orvosi magángyakorlat nincs megengedve.

Felhívom azon nőtlen műtő-, illetve sebészi gyakorlattal bíró orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy alábbiak szerint felszerelt és kellően felbéllyegzett pályázati kérvényüket méltóságos dr. Ostffy Lajos Sopronvármegye főispánjához címezve, hozzám 1936. év december hó 31-ig nyújtásuk be. Később érkező kérvényeket figyelembe nem veszek.

A kérvényhez csatolni kell:

1. Születési bizonyítványt;
  2. Hatósági erkölcsi bizonyítványt;
  3. Orvostudori oklevelet;
  4. Életleírást. (Curriculum vitae.);
  5. Magyar honosságot igazoló bizonyítványt.
- Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Kapuvár, 1936. december 7.-én.

*Forin Viktor dr.*  
kórházigazgató sebész-főorvos.

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

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA. HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC  
VÁMOSSY ZOLTÁN

ISSEKUTZ BÉLA  
VIDAKOVITS KAMILLÓ

GORKA SANDOR  
REUTER KAMILLÓ

HÜTTL TIVADAR  
JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

Verebély Tibor: A nyelvfekélyekről. (1200—1201. oldal.)  
Hainiss Elemér: Neurofibromatosis Recklinghausen. (1201—1204. oldal.)  
Reichenfeld László: Elektrokardiographikai tapasztalatok rheumás megbetegedésekben. (1204—1208. oldal.)  
Endersz Frigyes: Geloplegia (Oppenheim) esete. (1208—1211. oldal.)  
Paul Benő és Dzsínich Antal: Allergiás betegségek magno-phyllin-histamin kezelése. (1211—1213. oldal.)  
Nemes J. György: Endovasalis jódkezelés a tüdőorvoslásban. (1213—1214. oldal.)

Jenő Andor: Dorso-anterior fejtetőtartásos szülés esete. (1215. oldal.)  
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (211—214. oldal.)  
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. (1215—1217. oldal.)  
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1217—1219. oldal.)  
Vámossy Zoltán: Az 50 éves Országos Közegészségi Egyesület. (1219—1221. oldal.)  
Keleti József: Mezőgazdasági népbiztosítás. (1221—1225. o.)  
Heinrich Emil: A typhus elleni indirect immunisálás kiegészítése. (1225—1226. oldal.)  
Tiszamarti Antal: Nyelvművelés. (1226—1228. oldal.)  
Vegyes hírek: (1228. oldalon és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

## ÜDVÖZÖLJÜK KARTÁRSAINKAT

és avval a bizalommal fordulunk hozzájuk, amit a becsülettel végzett munka ébreszt bennünk a 80-ik év zártával. Ebből 13 év munkája esik reánk és ezt az időt méltán lehet az Orvosi Hetilap újjászületésének nevezni. Ez elsősorban bölcs *kultuszkormányunknak köszönhető*, mert megváltotta, megmentette lapunkat, s azóta is rajtunk a gondja; — másodsorban pedig a *négy hazai egyetem érdeme*, melyekhez lelkesedéssel csatlakoznak kitűnő *kórházaink, rendelő intézeteink* és nem utolsó sorban kritikus szemmel megfigyelő *gyakorló orvostársaink*, kik kutató munkájuk szellemi értékeit oly gazdagon ontják az orvosi ismeretek és kultúra tárházába, minek lapunkat tekinthetjük.

A mi szerény feladatunk már csak az volt, hogy ezt az értékes termést begyűjtve adminisztráltuk és előfizetőinkhez eljuttattuk lelket öntve lapunk hasábjába, keresve a contactust olvasóinkkal, igényeik és érdeklődésük kielégítésére törekedve gyakorlati mellékletünkkel, közérdekű kérdéseikre válaszok adásával, tanulságos klinikai és összefoglaló előadásokkal, referatumokkal, jegyzőkönyvek időszerű közlésével, nem feledkezve meg olykor az orvostörténelmi, egészségpolitikai és orvostársadalmi kérdések tárgyalásáról sem.

Úgy érezzük, hogy ez utóbbi feladatunknak a jövőben több figyelmet és több helyet kell szánunk, hogy megfelelhessünk annak az egyre növekvő érdeklődésnek, amivel orvosközönségünk egyrészt az orvosi munka egyre terjedő és elkerülhetetlennek látszó socializálódása, az állam és közületek fejlődő egészség-gondozása, másrészt az orvosi kamarák felállítására következtében a maga rendi érdekei felé fordul. Ennek jelét olvasóink már ezen számunkban is láthatják.

Mindezt a munkát nem tekintjük érdemünknek, csak kötelességteljesítésnek, minek jóleső tudata azonban csak addig él bennünk, amíg előfizetőink sokaságában annak méltánylását látjuk és érezzük. Őszintén mondjuk: ez a tudat kezd inogni bennünk. Mert nem tudjuk hinni, hogy ennyi törekvés és jóakarattal mellett előfizetőink táborának folytonos csökkenése a mai gazdasági helyzet és orvosnyomor következménye volna. És mi nem is a fiatal, állástalan vagy teljesen praxis nélküli diplomásoktól várjuk a támogatást, hanem a beérkezettektől, a kultúráért áldozni tudóktól. A magunk megnyugtatóására arra gondolunk, hogy talán nem ismerik eléggé Hetilapunkat? Ezért arra az áldozatra szántuk el magunkat, hogy mindazon collegáknak, akiknek ezen mutatványszámunkat megküldöttük, folytatólagosan küldeni fogjuk lapunkat egész január folyamán, hogy megismerhessék és megkedveljék. Így reméljük azt, hogy kartársaink jóindulatú pártfogását elnyerhetjük és ennek alapján a 81-ik évébe lépő Orvosi Hetilapot továbbfejleszhetjük és gazdagíthatjuk.

Adja Isten, hogy reményünket Kartársaink valóra váltsák!

Vámossy Zoltán

## A nyelvfekélyekről.

(Klinikai előadás.)

Irta: Verebély Tibor dr., egyetemi ny. r. tanár.

A kórfolyamatok tudományos rendszerezéséhez alapul a bonctani elhelyezkedésen belül természetszerűen a kóroktan szolgálat; a klinikai kórismezés gondolatmenetében is szükségképpen ez az irányadó. Az egyes kórképek felismeréséhez azonban a gyakorlati vizsgálat inkább egy-egy szembeszökő tünetből indul ki, amely körül csoportosítja azután az egyes kórképek további jelenségeit. Az újabbkori diagnostikának legismertebb példája e téren *Ortnernek* a kísérlete, aki általánosságban a fájdalmat értékesíti kiindulási pontul az egyes kórképek elkülönítésére. Kiseb méretű ilyen diagnosztikai vázlatok régóta használatosak a gyakorlatban és különösen a szemmel látható vagy közvetlenül tapintható elváltozásokból indulnak ki az elkülönítő kórismezéshez. A bőrön a foltos, vérzéses, fekélyes, göbös és egyéb elváltozások képeznek ilyen kórismezési csoportokat. A nyelven a fekélyes elváltozások értékesíthetők ilyen alapfogalomként, amelyeknek további részletezésétől és az erre alapított helyes kezeléstől függhet a betegek sorsa, sőt élete.

A nyelvfekélyek áttekintéséhez mindenképpel különbség teendő a hevenyen fellépő és lassan fejlődő fekélyek között, amely előbbieket ismét kiterjedésük, illetve mélységük, az utóbbiak elhelyezkedésük szerint képeznek diagnosztikus csoportokat.

A *heveny felületos* fekélyek két jellemző képviselője a mindenképpen ártatlan *aphtha* és a *syphilis* második szakában jelentkező *papula*, vagy másképpen *plaque mucqueuse*. Az *aphtha* genykeltő baktériumok hatására keletkezik legtöbbször oly módon, hogy a szájban visszamaradó cukor erjedése vagy bizonyos illó olajoknak (héjjas dió) hatása segíti elő valamely szájbaktériumnak gyulladást keltő hatását, ami a felületos hámkopásban jut megnyilvánulásra. Többnyire egyenként fellépő, szürkés-fehér, fénytelen, keskeny élénk vörös udvarral körülvett igen fájdalmas folt ez, amely a nyelést, beszédet és rágást éppen fájdalmasságával akadályozza. Említett kórokozó tényezői magyarázzák, hogy főleg gyerekeken, szoptató és terhes nőknél, továbbá nemdohányzó férfiakon lép fel a nyelv oldalsó szélén az alsó felszínét kedveli. Teljesen ártatlan, de kínzó elváltozás, amely amilyen gyorsan támadt, oly gyorsan el is tűnik, ha pokolkő pálcikával, vagy 1%-os *lapis* oldatba mártott vattával megérintjük. Ezzel szemben a másodlagos *syphilis*ként jelentkező *plaque-ök*, amelyek összetévesztésig hasonlóak az előbbiekhöz, azáltal, hogy teljesen fájdalommentesek, a beteg figyelmét elkerülik, viszont a rájuk hemzsegő *spirochaeták* folytán a *syphilis* legfertőzőbb termékei közé tartoznak, fertőzés szempontjából felette veszedelmesek. Kedvenc helyük ugyancsak a nyelv alsó felszínének széli része, ahol kisebb, néha nagyobb, akár fillérnyi szürkés-fehér foltok alakjában jelentkeznek, amelyek körül hiányzik a vérbő udvar. Mindég fájdalommentesek, egyébként ép oly gyorsan jönnek és múlnak, mint az *aphthák*. Felismerésükre említett alaki tulajdonságaikon kívül a test egyéb helyein jelentkező másodlagos *syphilis*es elváltozások jó útmutatók; mint-hogy pedig a *syphilis* generalisatiójának tünetei, az általános *syphilis*-ellenes kezelés sürgős bevezetését teszik kötelezővé.

A *heveny mély* fekélyeket *glossitis ulcerogangraenosa* néven szokás összefoglalni, ami főleg azért jogosult, mert keletkezésükben a fertőzés mellett mindig jelentékeny szerep jut az egész szervezet leromlásának, amit rossz egészségügyi viszonyok, senyvesztő betegsége-

gek, idült mérgezések vagy avitaminosis idéznek elő. A nyelv elváltozása voltaképpen mindég csak részlete az egész szájban elterjedő fekélyes szétesésnek (*stomatitis ulcerogangraenosa*), amely a *scorbuton*, mint kifejezett avitaminosison kívül, mint *stomatitis ulcerosa* és *noma* jelentkezik a szájban. A *stomatitis ulcerosa* legkönnyebb alakja a kisgyermekek *stomatitis aphthosája*, súlyosabb a serdülő korban jelentkező *stomatitis ulcerosa infantilis*, legsúlyosabb pedig a felnőtteket megtámadó *stomatitis ulcerohaemorrhagica*, amely különböző eredetű vérzéses diathesisekhez társul. Mindhárom inkább a foghúson, mint a nyelven jelentkezik, súlyos alakjaiban azonban a nyelv bűzös szétmállását eredményező fekélyesedés, amely a nyelv széleiről kiindulva, az egész nyelv pusztulását eredményezheti. A *noma* ugyancsak az egész száj megbetegedése, amely a pofáról kiindulva a foghúson át csak később terjed rá a nyelvre, ami a betegség tragikus végének többnyire előfutárja. A szervezet általános leromlása folyamán a száj két állandó elődjé: a *bacillus fusiformis* és a *spirochaeta (Buday)* ébred itten pusztító virulenciára, ha a szervezet valamely általános fertőzés kapcsán (kanyaró, vörheny, vérzéses diathesis) ellenálló képességében legyöngült. A megtámadott nyelv-részletnek vizenyős beszűrődését hamarosan szederjes elhalás és üszkös-bűzös szétmállás követi, amely a nyelvnek gyorsan haladó pusztulásához vezet. Ha a folyamat a pofáról tovaterjedve a nyelvet elérte, a legenergikusabb helyi kezelés sem tud gátat vetni a további terjedésnek, amely a halálos véghez vezet.

Az *idült* nyelvfekélyek egyes alakjai annyira jellemzően localisálódnak a nyelv bizonyos területeire, hogy már az elhelyezkedés maga is irányadó lehet a kórisme felállításában. A nyelv csúcsán a gümös és elsődleges *syphilis*es fekély, a nyelv oldalsó szélén a felfekvéses (*decubitalis*) és rákos, a nyelv hátának elülső részén a behasadásos (*rhagade*), a nyelvháton hátrafelé a gumás és sarkomás fekély a jellemző.

A nyelv csúcsának gümös fekélyét, amely csaknem kivétel nélkül előrehaladott tüdőgümősödés kísérője, már fájdalmassága is feltűnővé teszi, ami a nyelv szabad mozgását igénylő rágást, nyelést és beszédet egyaránt gátolja. Alakja miben sem különbözik a gümös fekélyek általános képétől, amit az ilyen fekélyek keletkezése magyaráz meg: öblözött, karélyos, szabálytalanul alá-vájt szél, finom szemcsés, genyesen belepett, de be nem szűrődött alap jellemző minden gümös fekélyre. Feltűnő, hogy a környéki nyirokcsomók beszűrődése hiányzik, vagy csak igen későn jelentkezik a fekélyek mellett. Bár röntgen besugárzásnak és fénykezelésnek hozzáférhető, s bár lekaparásuk után végzett tejsavas edzésük is jó eredményt adhat, gyógyításukra ma is sokan a sebészeti késhez folyamodnak, ami a fájdalom szinte pillanatnyi megszüntetésével különösen alkalmas arra, hogy a táplálkozás zavartalanossága az általános kezelés érdekében lehetőleg rövid idő alatt helyreállíttassék.

A *syphilis*es elsődleges fekély (*sclerosis primaria*) kedvenc helye ugyancsak a nyelv csúcsa, amely helyzeténél fogva a fertőzés bekövetkezésére leginkább alkalmas. Megjelenését a nyálkahártya szintjéből virágágy-szerűen kiemelkedő porckemény, fájdalommentes beszűrődés előzi meg, amely a közepén élesen metszett széllel, szalonás alappal és mélyre terjedő megkeményedéssel fekélyesedik ki. Igen korán megjelennek körülötte mindkét oldalt a fájdalommentes, porckemény mirigyek (*bubo indolens*), amelyek egymagukban is alkalmasak a betegség természetére felhívni a figyelmet.

A nyelvszéli *felfekvéses (decubitalis)* fekélyek rosszul álló ép fogak, odvas foggyökerek, rosszul megépített hidak vagy fogsorok állandó nyomása helyén támad-

Ideges nyugtalanság,

neurasthenia,

félelemzés

leküzdésére a nappali megnyugtatószer

# Abasin

Eredeti csomagolások:

Cső 10 és 20 tablettával à 0.25 g.



NEHÉZ ELALVÁSNÁL  
KORAI ÉBREDÉSNÉL

## Evipan

az egyetlen típusos elaltató és  
újraelaltató szer.

Gyors elalvás, egészséges, nyugodt alvás, ébredés a megszokott időben teljes felüdültség érzésével.

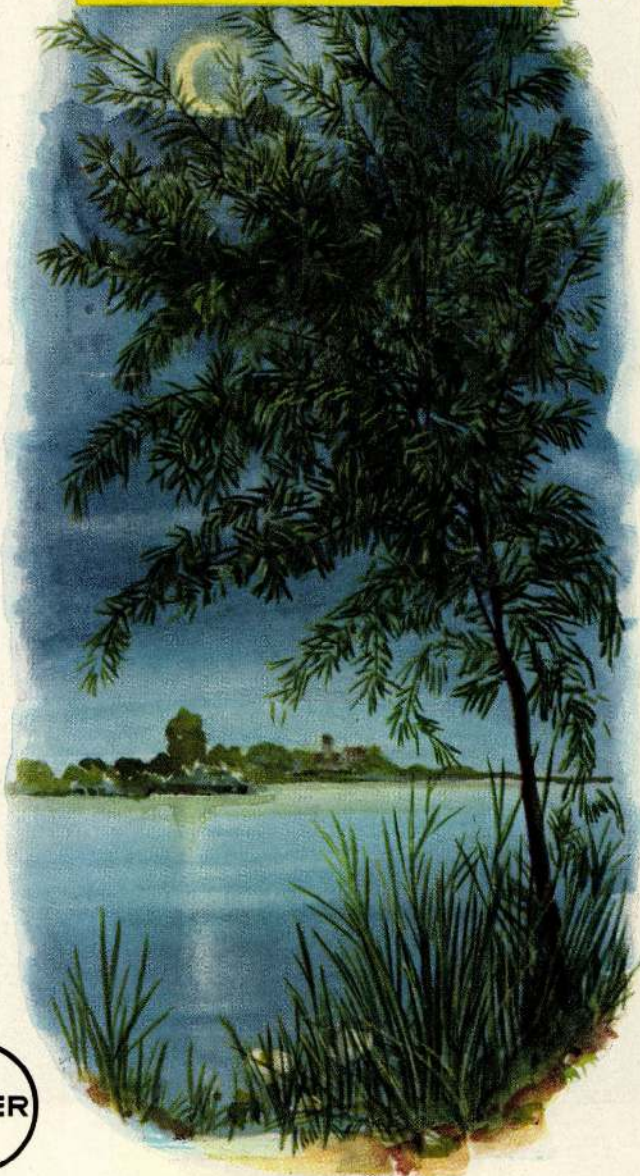
Eredeti csomagolás:

Cső 10 tablettával à 0.25 g.



» Bayer «  
Leverkusen a. Rh

Magyarországi vezérképvislet:  
Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.  
Budapest, V. Akadémia-utca 3.



# Campolon

prof. Gänsslen szerint

Magasértékű befecskendezhető májkészítmény az elsődleges és másodlagos anaemiák folyamatos és depot-kezelésére; kitűnő roboráns. Gyors és tartós hatás a vérképző szervekre.

A májparenchyma kímélésére olyan gyógyszeres eljárásoknál, amelyek a máj működését fokozottan veszik igénybe, pld. kezelés fémkészítményekkel, mint arzén, higany, arany stb.

Eredeti csomagolások: Dobozok 5 és 25 ampullával à 2 ccm  
Dobozok 3 és 15 ampullával à 5 ccm

# Tonophosphan

Nagyhatású, teljesen méregtelen foszforkészítmény. Tartós stimuláló és tonizáló hatással, különösen a szívizomzatra. Minden kimerültségi állapotban, különösen fertőző betegségek után.

További javallatok: hyperthyreosis, neurasthénia, szívizombetegségek stb.

Erősen legyengült betegeknél és tuberkulózisnál ajánlatos a kombinált Campolon—Tonophosphan-kezelés.

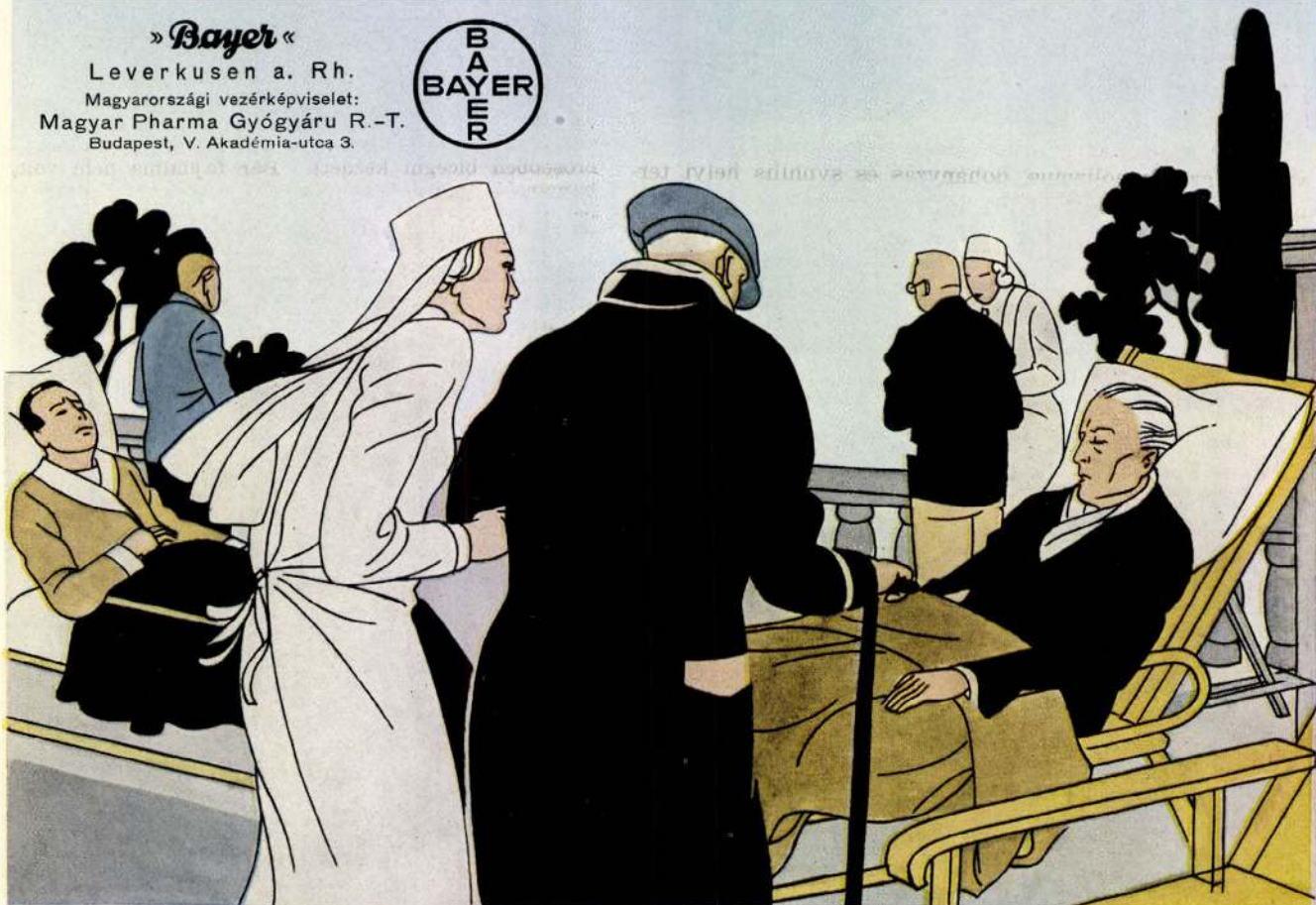
Eredeti csomagolások: **Tonophosphan-oldat** 1%-os 10 és 20 ampulla à 1 ccm  
**Tonophosphan „fortius”** 2%-os 10 ampulla à 1 ccm  
**Tonophosphan-tabletta** üveg 30 darabbal à 0.1 g

»Bayer«

Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselőt:

Magyar Pharma Gyógyárú R.-T.  
Budapest, V. Akadémia-utca 3.



nak. A folytonosan megújuló kisebb sérülések okozta hámlekopást vérbőség és vizenyős beszűrődés követi, amelynek nyomán piszkos-szürkésen belepett, vörös udvartól övezett, fájdalmas fekély támad, lassanként megkeményedő alappal. Bár a közvetlen összefüggés az ugyanezen helyen fellépő rákos fekélyekkel természetesen ki nem mutatható, mégis a nyelvvrák legjobban ismert praecarcinomás elváltozásának tekinthető. Ha a kiváltó ok gondos eltávolítása után az ilyen felfekvések rövid időn belül meg nem gyógyulnak, gyökeres kiirtásuk még akkor is javalt, ha a széleikből történt próbakimetszéses darabkákon a rákos hámburjánzás még ki nem mutatható. A rákos nyelvfekély három szabad szemmel felismerhető alakja: a kiemelkedő szemölcsös (*ulcus papillare s. elevatum*), a nyelv szintjében tovakúszó lapos (*ulcus rodens, seu planum*) és a nyelv izmos állományába mélyen beszüremkedő (*ulcus keratosum seu profundum*) rákos fekély nagyjából egyforma gyakorisággal található a nyelv szélén. A krátterszerűen mélybehatoló, beszűrődött alapu, túllógó szélű rákos fekély, amelynek üszkös lepedéke mindég jellemző büzt áraszt, éppen beszüremkedésével már igen korán megzavarja a nyelv mozgásait, ami a nyelés nehézsége folytán állandó nyálcsurgással, a beszédben sajátságos ügyetlenséggel, mint szokás mondani: „nehéz forgással“ hívja fel a beteg figyelmét bajára még akkor is, ha a fájdalom maga csekély. A nyelvvrák kezelésében ma a röntgen és radium versenyével a sebészi késsel, de megbízható eredményt mind a kettő csak akkor nyújt, ha a környéki nyirokcsomók rákajektóitól még mentesek. Mirigyáttétel a rákos vég kezdetét jelzi.

A behasadásos fekélyek megvastagodott hám termelte leukoplakiás nyelven támadnak, amely elváltozás viszont az alkoholizmus, dohányzás és syphilis helyi termékeként jelentkezik, főleg idősebb férfiakon. Ott, ahol a vastag elszarusodó hámfoltok közepén ilyen berepedés támad, a nyelv fájdalmassá és lassan fokozódva beszűrődötté lesz. A hasadékokban olykor szagtalan, máskor inkább bűzös váladék gyűlik meg, amely szétesésével a behasadás lobos izgalmanak forrása. Éppugy, ahogy az említett felfekvése fekélyek, ugy ezek a behasadások is a praecarcinosisok közé tartoznak. Mindenesetre fontos szabály, hogy berepedt leukoplakia izgatása edzéssel, égetéssel, ecseteléssel mellőzendő és leszögezhető az is, hogy bár a kórelőzményben igen nagy, némelyek szerint 90%-ban szerepel syphilis, a kifejlődött leukoplakia ellen a syphilis ellenes kezelés is hatástalan. Ha az ilyen behasadásos fekély hámburjánzásában a hámsejtek változatos nagysága és festődése, a magvak chromatin tartalmának különbözősége, a megoszlások nagyobb száma és többsarkúsága mutatható ki, a behasadt vagy megkeményedett leukoplakia akkor is kiirtandó sebészileg, ha kifejezett hámheterotopia még nincsen jelen.

A gummás fekély a nyelv hátának hátsó, vaklik körüli tájékán jelentkezik, mint teljesen fájdalomtalan, porcmeny, ép hámtól fedett göb, melyből gyorsan fejlődik ki mély, élesen metszett szélű, tölséres-kráteres, beszűrődött szalonnás alapú fekély, mely mindig bőségesen termel igen bűzös váladékot. Bámulatos az a gyorsaság, amellyel a szalonnás elhalt részletek kiürülése után a sebfelszín behámosodik, ha felismerve az egyedül helyes általános syphilis ellenes kezelésbe kerül a beteg.

Felette hasonló képet ad a nyelv sarkoma is, amely azonban inkább fiatalok, sőt gyermekeiket élő egyénekben termel gyorsan növekvő, fájdalmas göbből széteséses, mély kráteres fekélyt. Az ilyen fekélyes sarkomák a gummától s a behasadt leukoplakiákból fejlődött ráktól előrehaladott esetben csak gondos górcsövi vizsgálattal különböztethetők meg.

A nyelvfekélyeknek leírt alakjait az elmondottak elég pontosan jellemzik ahhoz, hogy az elkülönítő kórisme a fekélyesedés kezdetén is megközelítő pontossággal felállítható legyen. De mindettől eltekintve szinte kínálkozik kétes esetekben a próbakimetszés, amely rövid napok alatt meg nem fellebbezhetően dönthet a fekélyek természetét illetőleg. S mégis valósággal megdöbbentő az a tény, hogy a nyelvfekélyek kórismézésében milyen gyakori a jövátelhetetlen hiba. Ártatlan fekélyek a rákfélelem (carcinophobia) révén felesleges műtétekbe kergethetnek bele betegeket s viszont ártatlan fekélyek leple alatt operálhatatlanokká lehetnek egyéb nyelvfekélyek, amelyek kellő időben megtámadva ma már biztos gyógyulással kecsegtetnek.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Neurofibromatosis Recklinghausen.

Irta: Hainiss Elemér dr., egyet. ny. r. tanár.

Neurofibromatosis Recklinghausen egy esetét érdekesnek tartom közölni, egyrészt hogy felhívjam a figyelmet ezen betegség gyermekkori megnyilvánulásaira, másrészt pedig azért, mert a közlendő esetben a bőrtumor lapszerű és nem tömlős elhelyezést mutat, ami kétségtelül ritkább.

K. G. 14 éves leánygyermeket 1936. szeptember 17-én vettük fel a klinikára azzal a panasszal, hogy pár nap óta észreveszik, hogy a bal láb térdkalácsa „kifordult” s ekkor erősebben bicegni kezdett. Bár fájdalma nem volt, mégis hamarabb kifáradt és ez idő óta vált mindinkább feltűnővé bal combjának és lábszárának vastagodása.

Időre született ötödik gyermek. Születési súlya 4200 gr. volt. Normális szülés, világrajötte után rögtön felsírt, jól szopó volt, nem volt aluszékony és elhúzódó sárgaságról sem tudnak. Mikor a pólyából először kivették, feltűnt, hogy a bal láb vastagabb, mint a jobb; megtapintották, de fájdalom nem volt és csomót sem éreztek, s minthogy más rendellenességet nem láttak, orvosnak sem mutatták. Mindezek dacára statikai funkciói jól fejlődtek, 8 hónapos korában állodálni kezdett, 1 éves korában járt és igen eleven, virgoc gyermek volt. 2 éves korában, mikor egy ízben ruhát varrattak neki, vették észre, hogy a gyermek bal lába rövidebb, mint a jobb. 6 éves korában az iskolaorvos emiatt egy kórházba küldte be, ahol orthopaedcipót kapott, s ezzel a bicegése nem volt feltűnő.

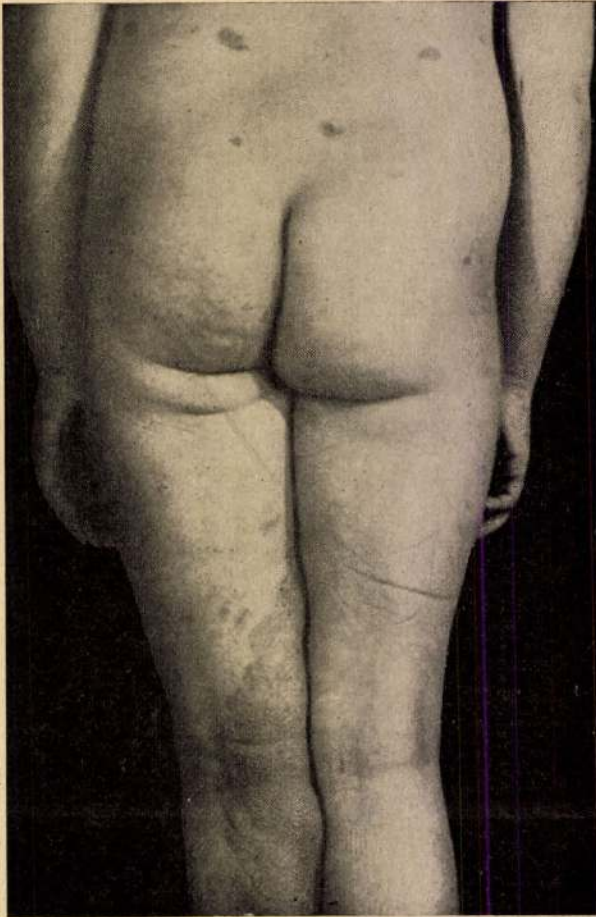
2 testvére él, ezek közül az egyik gyengeelméjű. 2 testvére csecsemőkorában halt meg. Tbc., lues, vagy más terheltségről a családban nem tudnak. Anyai nagypja alkoholist volt, acut alkoholmérgezésben is halt meg.

A kisleány testén levő foltok pár hónappal ezelőtt kezdődtek. Felemlítik mindezeket kívül a szülők, hogy kiskorától kezdve „magának való volt”, nem voltak játszótársai, érzékeny, könnyen haragszik, veszekszik.

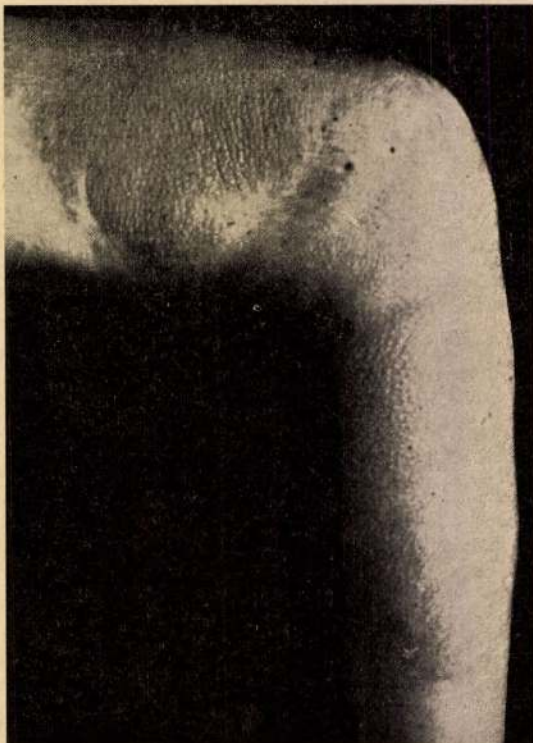
A beteg közepesen táplált, zömök termetű, szőke hajú, zöldes-szürke szemű leány. Bőrén testszerte lencsényi, fil-lérnyi-pengőnyi sárgás-barna folt s elszórva szeplőszerű pigmentatio az arcon, a nyakon, a hátra és mellkasra terjedően. A háton a bal scapulán mandulányi, a medence-fartájékon szinte egyvonalban 6, kisebb-nagyobb pigmentált terület (1. ábra). Előre a jobb mammán, a köldöktől jobbra és balra pengő nagyságú barnás pigmentatio, ugyanilyen a jobb és bal lágyékahajlatban. A bal comb és alsó végtag jóval vastagabb, mint a jobb oldali, a combon a bőr és a bőr alatti kötőszövet vastagabbnak imponál, puha, petyhüdt tapintatú és bő ráncokba emelhető. A petyhüdség legkifejezettebb a comb alsó harmadának medialis oldalán, igen feltűnő puha, lötyögős és tasakszerűen lenyúlik a térd medialis felszínéig. Ez a terület erősebben pigmentált, barnásba játszó színű (2. ábra).

\*) Magyar Gyermekeorvosok Társasága 1936. nov. 3-iki ülésén tartott előadás nyomán.

A bal medence sokkal magasabban áll a jobbnál, indokolja ezt az, hogy a bal alsó végtag a jobboldaliról 7 cm-el hosszabb (82—75). E 7 cm. hosszúság-differenciából 4 cm. a combra, 3 cm. pedig az alszárra esik (37—34). A bal comb 1 cm-el, alszár 4 cm-el vastagabb, mint az ellenoldali. A bal alszár dudoros, de a tibia egészében is vastagabb.



1. ábra.



2. ábra.

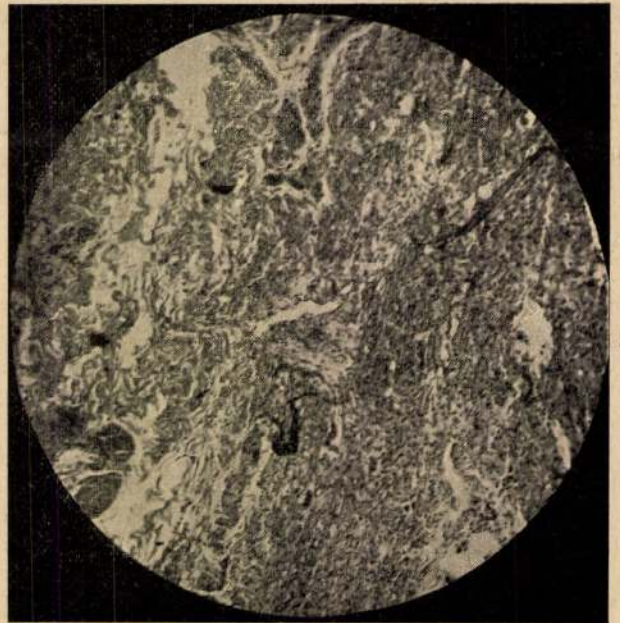
Mellkasi és hasi szervek részéről semmi elváltozás nincsen. Reflexek kiválthatók, a bal patella-reflex kissé csök-

kent, egyébként negatív lelet. Wa. R. M. T. R.: negatív. — Ektebin: negatív. — Mantoux (1:10.000): gyengén pozitív. — Vvs.: 4,520,000; Fvs.: 8.400; Hgb.: 100%. Qualitativ vérékép normalis. Vérsejtsüllyedés: 3 óra. Vér P.: 4.3 mg%. Vér Ca.: 10.3 mg%.

Röntgenfelvételen a következő elváltozások láthatók:

A baloldali combcsont egész terjedelmében csökkent mésztartalmú, atrophias; ezen atrophia aránylag kifejezettebb a combcsont felső felén, ahol helyenként, így a trochanter minor magasságában és alatta 4 harántújjnyi területen finom foltosságig fokozódott. Mészszegények a symphysis körüli csontok, főképen a baloldali os ischii. A bal combcsont felső kétharmada megvastagodott, főképen a medialis corticalis enyhén hullámosává vált. A felső és középső harmadban a normalis csontgerenda-szerkezet felritkult, ehelyütt durva, hosszú csontlécek képződtek. A corticalis általában kiszélesedett, megvastagodott. Egyetlen mészrtalmú, deformált, kampószerű a baloldali trochanter minor, fellazult a corticalis és a spongiosa a trochanter maior környékén is. A baloldali combcsont kissé meghajlott, a hajlás helyén a corticalis megvastagodott. A lágyrészek a bal combon és a bal alszáron tömöttek és durva rostos szerkezetű árnyékot adnak. Ugy a bal comb, mint a bal alszár lágyrészei kifejezetten megvastagodtak. A baloldali tibia felső felén a combcsonton már leírt elváltozások még kifejezettebben látszanak. A tibia itt meghajlott, a külső corticalis durván megvastagodott, a belső viszont elvékonyodott s e helyen cystás szerkezetű felritkulás is kimutatható. Pótlására vasos hosszanti és több helyen rövid harántirányú csontléc képződött. A velőállomány így szabálytalanul rostossá vált.

Tekintettel a csontelváltozásokra és figyelemmel a bal comb bőrniveau-elváltozásának lapszerű jellegére, ezen terület szövetéből próba-excisiót végeztünk, hogy a kórszöveti vizsgálat erősítse meg gyanúnkat neurofibromatosis felvételére.



3. ábra.

A próba-excisióból közönséges haematoxylin-eosinnal és van Giesonnal festett készítményeken a cutis mélyén hosszú csikban húzódnó sejtdús szöveten belül a peripheriás idegkeresztszetteknek látszó kisebb-nagyobb kötegekben, amelyek azonban a legtöbb helyen elmosódottan illeszkednek be az említett szövetburjánzásba, velőshüvelyfestésnél típusos velőshüvelyű idegrostokat lehetett kimutatni, amelyek egy-két helyen szemcsés szétesést mutattak. Nemcsak a cutis legmélyén, hanem a bőr alatti zsírszövet közti sövetekben is a mélybe betérjedően, azonos elváltozások észlelhetők, ahol normalis viszonyokkal szemben kifejezetten felszaporodtak ezen idegkötegek és szabálytalan lefutásúak. Az idegkötegek perineuriuma egyes helyeken megtartott, legtöbbször azonban már nem ismerhető fel és az idegkötegek összefolynak a környezetükben elhelyezkedő szövetburjánzással. Ennek sejtelemei részben hosszúságú magvú, sajátosan hullámos lefutású sejtekből állanak, a peripheriás részekben orsóalakú kötőszöveti sejtekre emlékeztető sejtek találhatóak (3. ábra).

A leírt és a vizsgálatok szerint számos idegelemet tartalmazó szövetburjánzás nem alkot ugyan nagyobb körülírt



görbéket, hanem csíkszerűen helyezkedik el a cutis mélyén, valamint a zsírszövet szöveteiben, de szövettani szerkezete szempontjából *neurofibromatosis*-nak felel meg. (A budapesti m. kir. Pázmány Péter Tudományegyetem kórbonctani és kísérleti rákkutató intézetének megállapítása.)

A *Recklinghausen-féle betegség* (1882) (*neurofibromatosis*, *neurinomatosi*) egy *symptomacomplexum*, amelyet az embyonalis életből származó anomália alapján az ideghüvelyből kiinduló, de egyéb bőrszervek kötőszövetét is burjánzásra serkentő lágy tapintatú, zacskószerűen kiemelkedő, vagy laposan elterülő tumoros bőrelváltozások, sárgás-barna pigmentációk jellemeznek és rendszerint ezzel kóros kapcsolatban álló csontelváltozások kísérik.

A *Recklinghausen-betegséget* általában egy *dysontogenetikus processus*-nak tartják, amely talán részjelensége a legkülönbözőbb rendszermegbetegedésnek (*F. Kafka*). *Novicki* és *Orzechowski* a sklerosis tuberosával aetiologailag azonosnak mondják, de *Carol* ezt tagadja. En ehhez a negáló nézethez csatlakoznék inkább, mert a *Pringle-kór*-nál általam is észlelt gyakori „*petit mal*” kombinációt *Recklinghausen-betegségnél* egyáltalán nem hangsúlyozzák. Általában *Feindel* hypothesisét fogadják el, aki annak a nézetének adott kifejezést, miszerint a *Recklinghausen-betegség* egy olyan fejlődési zavar következménye, amely az ektodermát differenciálódása előtt érte, tehát egy igen korai ektodermális ártalom, amelynek okát nem tudjuk. A familiáris vonatkozást sok helyen kimutatták s öröklődhet nemre való tekintet nélkül sorozatosan, vagy egyes generációk kihagyásával.

A *betegség kifejlődésének időpontja* igen változó. Minthogy a csiraplasma bántalmazottságában kell a betegség eredetét keresni, egyes jelenségek már egész fiatal gyermekkorban is felelhetők, de jelentéktelenségük miatt elkerülnek a figyelmet. *Acuna*, *Mamerto* és *Bazan* aránylag rövid idő alatt láttak nyolc esetet 5—16 éves korban. Logikusan következtetnek ebből arra, hogy a betegség nem is olyan ritka s a fel nem ismerés oka, hogy igen gyakran csak pigmentfoltok láthatók s daganatot nem mindig találunk. *Grenet* és *Ducroquet* szerint gyermekkorban előfordul a *neurofibromatosis* oly alakja, amelynél csak csontelváltozások és pigmentfoltok vannak jelen, de sem ideg-, sem bőrtumorok nem találhatók s ezek csak egy későbbi időpontban jelentkeznek.

A *bőrelváltozások* 3 csoportját látni: pigmentfoltokat, a bőrniveau elváltozásait és a kettő kombinációját.

A pigmentációk sárgás-barna, különböző nagyságú foltok a testen szétszórva, vagy csoportosan s találozva nevezik színük alapján „tejeskávé” (*café au lait*) foltoknak. Ezek a *Recklinghausen-betegségek* előzetes első jelei, a niveau-elváltozások inkább későbbiek. A pigmentációk legnagyobb részben veleszületettek, de később szaporodnak. Ezek részben kicsinyek, sárgák, részben nagyok, barnásak és a naevusoktól kerekded szélük különbözteti meg. Praedilectió helye a végtagok hajlítóoldala és a ruhával fedett testrészek területe, főként a törzsrészen. Ezek a kis *Recklinghausen-foltok még az abortív alakoknál* is láthatók, sőt ilyenkor az egyedüli elváltozások. A festenyzettség foka rendkívül különböző.

A tumoros elváltozások részben puha fibromák, részben az idegek velőshüvelyét érintő neurinomák. A fibromák kezdetben laposan kiemelkedők, az idők folyamán mind jobban nőnek, tömlőszerűen kiemelkednek és kocsányt képezve lógnak a bőr felületén. Ritkább a széles területen laposan kiterjedt elefantiasis-szerű daganat, mint esetünkben is. A fibromák száma és nagysága rendkívül változó, így *Nékám* esetében (1893) 4000 körül volt.

Az idegek tumorai *Recklinghausen-betegségben* centralisak, vagy peripheriásak. A neurofibromás daganatszövetet a peripheriás glia, vagyis a Schwann-féle neu-

rilemmasejtek burjánzása alkotja. *Recklinghausen* maga még a daganatokat a peri- és endoneuralis kötőszövetből származtatja. *Verocay* mutatta ki, hogy itt nagyrészt sajátos, a Schwann-féle sejtekből származó képződményekről van szó. Az idegek sajátos elváltozást mutatnak: amíg a góc szélén az idegek jól elhatároltak, a góccok közepe felé ez az elhatároltság mindinkább elvész. Néha ezenkívül regenerációs jelenségekre emlékeztető elágazódások észlelhetők, amelyeket *Schaffer* és *Miskolczy* a proliferáló Schwann-sejtek által kiváltott „*vitalis reactio*” tartanak. A neurofibroma ektodermális eredetű lemezekből áll, de a daganatos burjánzásban a kötőszöveti elemek is részt vesznek, különösen nagyobb góccokban és így magyarázható a néha észlelhető sarkomás, malignus elfajulás. A neurofibromás területen belül a bőr függelékei lassan elsorvadnak.

A *csontelváltozásokat* régebben véletlen találkozásnak vették, ma azonban már nem vitás, hogy ezek a karakterisztikus tünetekhez tartoznak és diagnostikus jelentőségük lehet, főleg nem tipikus esetekben (*Brooks* és *Lehmann*). A csontelváltozásokat két momentum jellemzi, egyrészt a *csontképzés többlete*, amely a csontok megvastagodásában és disproportionált hosszúnövekedésében nyilvánul, másrészt a *csontok törékenysége*, amely traumák alkalmával válik szembetűnővé. A periostalis idegekből kiinduló *Recklinghausen-tumor*ból vagy kontur szabálytalanságok fejlődnek ki, vagy nagyobb daganatok, amelyek röntgenen cystáknak imponálnak, de szövettileg neurofibromák. Ezen elváltozások eredménye a csöves csontok disproportionáltsága, abnormis hosszúság, vagy rövidülés.

Egyesek jellemzőnek tartják a *psychikus defectus*-okat; neuropathiát, gyengeelméjűséget, imbecillitást együttjáró tüneteknek írják le, de ezt nem mindenki igazolja. Esetünkben is legfeljebb melancholiába hajló psychikus változásról lehet szó. Amennyiben tényleges szellemi defectusok vannak, akkor a megbetegedést pluri-glandularisnak kell tartani, hiszen a centralis idegekben és agyban fekvő tumorról nem egy észlelet számol be.

A vércép nem jellemző, egyesek ugyan felhívják a figyelmet a mononuclearis sejtek, mások az eosinophil-sejtek nagy számára, de ezt sokan tagadják s többek közt a mi esetünk sem igazolja. Vérbemelés elváltozásáról ír *Prado*, *Mardones* és *Illanes*, akik a serummész emelkedését és a phosphor csökkenését találták. Esetünkben a serummész 10.3 mg%, a serumphosphat 4.3 mg%, tehát normalis.

A *diagnosis* kifejezett esetekben nem nehéz, ahol pigment-foltok, niveau-változások és tumoros csontelváltozások együttesen vannak. Nehézség akkor lehet, amikor csak pigment-foltok mutatkoznak, bár ezeknek a jellemző színe és localisatiója a gyanút felkeltheti. Ilyenkor a csontok röntgenvizsgálata sokszor támogatást nyújthat, amikor physikailisan még nem veszünk a csontrendszeren elváltozást észre. Ha daganatok vannak, ezek multiplicitása a solitaer tumorformákat kizárja. Még leginkább lipomával lehetne összetéveszteni, de a daganat puhasága, ubiquitaer fellépése, pigmentáltsága olyan jelek, amelyek a neurofibromatosis diagnosisát erősítik, csontelváltozások kísérőjelensége esetén pedig kétségtelenné teszik.

A *prognosis* quo ad vitam jó, legfeljebb a daganatok centralis localisatiója esetén lehet komoly, ami aránylag ritka. A betegeknek nincs sok panaszuk s a fájdalom sem gyakori. A tumorok malignus elfajulására a hajlam kétségtelenül megvan, de ez irányban a traumáknak tulajdonítanak a hajlamnál jelentősebb szerepet.

*Therapiája* — minthogy kóroktanát teljes homály fedi — csak symptomatikus lehet és a szükségszerűségre szorítkozik. A pigmentációk elhalványítását kozmetikus

szempontok kívánhatják, ilyenkor fehér pp. kenőcs, trichloreccsav kezelést szoktak bizonyos beállítás szerint alkalmazni. A tumorok kiirtását vagy aesthetikai igények, vagy pedig az a szükségesség követelheti, ha elhelyezkedésük és nagyságuk kellemetlen a betegnek. Centralis tumorok és deformáló csontelváltozások sebészi beavatkozást tesznek szükségessé. A fibrolysin- és endokrin-készítményekkel való kezelés problematikus, szintúgy a röntgenkezelés is az eddigi próbálkozások formájában. *Saalfeld* kilátásosnak tartja *Rihová* és *Velantová* eljárását, akik az interscapularis és lumbalis részre adnak filter nélkül egy erythema-dosist.

Az orvosi érdeklődés mindjobban az ú. n. „*formes frustes*” irányába terelődik, amelyek elég gyakorinak látszanak. Pigmentált neurofibromatosis daganatok nélkül (*Landois* és *Variot*) sokan ismertettek s így *Feindel-Oppenheim* és *Jost* nézeteit, akik a szerintük négy kardinális symptomának — (a kis- és nagyfoltos pigmentációnak, bőrdaganatnak és idegtumornak) — különböző combinációban történő megjelenése alapján tartják a nem kifejezett eseteket *Recklinghausen*-betegségnek, bizonyos tartózkodással kell fogadni. Ha t. i. a *Recklinghausen*-kórt egy csiraplasma-ártalom következményének fogjuk fel, akkor ennek a quantitativ kihatása igen különböző lehet s így az abortív alakok s a *formes frustes* gyakorisága, valamint a kardinális symptomák complexumát nélkülöző esetek feltételezhető *Recklinghausen*-azonossága kellő indokolást nyernek.

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

## Elektrokardiographiai tapasztalatok rheumás megbetegedésekben.

Irta: *Reichenfeld László dr.*

Az a nagy betegségecsoport, amely a rheumás megbetegedések gyűjtőfogalma alá sorozható, a klinikus és a pathológus számára is rendkívül változatos képekben, más és más szervcsoportokban jelenik meg, manifestációi a mesenchymalis rendszer egész területét felölelik. Rendkívüli gyakoriságuk a népbetegségek sorába emeli őket, de az egyén szempontjából az egész életre kiható jelentőségük azáltal, hogy többnyire már a 20-ik életév előtt kezdődnek, többé-kevésbé elhúzódó módon, lökészerűen terjednek és közvetlen ártó hatásukkal, valamint késői következményeikkel a beteg szíven tartós bajt idézhetnek elő. A szív és keringési szervek részvétele a rheumás megbetegedésben és annak gyakorisága közismert. Különösen a szegény néposztályban e megbetegedések gyakorisága emelkedni látszik, s gyakorisága kb. a rákéval egyenlő. Bostonban végzett 5215 boncolás közül (*Davis* és *Weiss*) 9.1%-ban került rheumás szív észlelésre. Az összes valaha rheumás folyamaton átesett betegek közül 34.5%-ban szerepelt rheumás szívelváltozás a halál okaként és közvetett módon még 13%-ban járult hozzá a halál létrejöttéhez.

A szív rheumás megbetegedésében annak mindhárom rétege résztvesz, de közülük valószínűleg a szívizomnak jut a legnagyobb szerep. Az *Aschoff* által 1891-ben leírt myokardialis csomók azóta is mint a myokardium rheumás betegségének legbiztosabb s minden szakban fellelhető anatómiai megjelenési formái általánosan értékeltek. *De Vecchi* szerint a szív többi rétegei is ezekből a gócból betegednek meg másodlagosan. S miután a góccok a rheumás megbetegedés lezajlása után is megtalálhatók, közelfekvő a gondolat, hogy egyéb testszerte előforduló focusok mellett e szívizomban fennmaradó gó-

cok is felelősek lehetnek a folyamat fellángolásáért és recidiválásáért. *Holst* egyenesen az *Aschoff*-csomókat tartja a rheuma „áttelelési helyének”. Az újabb időben sok kórboncnoknak sikerült az *Aschoff*-göbök „*aequivalenseit*” a szívizmon kívül egyebütt is megtalálni, így *Chiari*-nak a recidiváló polyarthritistben elhalt egyének aorta-adventitiájában. *Perla* és *Deutsch* az ilyen adventitia-csomók mellett, melyek a szíven a gócos myokarditissal hasonlíthatók össze, az aortában a diffus interstitialis myokarditisnek megfelelő elváltozást mutattak ki, az intima burjánzása, a rugalmas elemek pusztulása s kötőszövetes túltengés formájában. *Pappenheimer* és *Glahn* testszerte a nagy és kis arteriák hasonló elváltozásairól számolnak be (panarteriitis). *Krehl* már 1890-ben megfigyelte, — s azóta az újabb kutatók sokszorosan megerősítették, — hogy fiatal egyénekben, kik rheumás szív-megbetegedésen mentek keresztül (8—17 éves korban), a koszorús erek elváltozásai, kiterjedt intima fibrosis, vagy rheumatikus óriás- és basophil-sejtekből álló csomók alakjában fellelhető. A koszorús erek az endo-, myo-, vagy perikardiumhoz hasonlóan szenvednek (*Karsner*, *Howard*) s könnyen lehetséges, hogy az ereket ért ilyen ártalom a későbbi életkorban a koszorús erek sklerosizására s következményes szívizomelfajulásra hajlamosít. *Gross*, *Kugel* és *Epstein* a koszorús erek múltó exsudatív elváltozásaira hívják fel a figyelmet, melyek talán az észlelhető anginás fájdalom, múltó szívizomtáplálkozási zavar, múltó vezetési zavarok, stb. anatómiai alapjául szolgálhatnak.

A rheumás általános megbetegedés bizonyos megjelenési formái egyes szervcsoportokat előnyben részesítenek *Grzimek* és *Klinge* rheumás betegségtípusról beszélnek [classikus, visceralis, (szív, aorta, serosa) és peripheriás (izom, ideg, in) typus], de még ezen csoportokon belül is nehéz lenne a szív helyét megjelölni, mint olyanét, mely egyik típusban a károsodástól mentes. Gyermekek majdnem 2 évtizeden keresztül történt megfigyelése (*John* és *Nobel*) azt eredményezte, hogy azok, akik valaha valamely rheumás kórfolyamaton mentek keresztül, múltó (26%), vagy a kiújulások kapcsán fellépő (26%), vagy maradandó (26%) szívkárosodást szenvedtek; csak 22%-ban nem lehetett a megbetegedés alatt, vagy a későbbi vizsgálatok folyamán szívelváltozást kimutatni.

Az idültlen lefolyó, elsősleges ízületi folyamatok és a szív megbetegedése közötti összefüggés már nem olyan nyilvánvaló. *Grzimek* és *Notker* 520 esetében (genuin arthritisek) 42.8%-ban járt az ízületi folyamat recurráló vagy lefolyt szívbélhártyagyulladásal együtt, míg az ilyen szívbélhártyagyulladás, illetve billentyűhiba csak 17.9%-ban fordult elő ízületi folyamat nélkül. Egyéb adatok azonban már kevésbé meggyőzőek. Ezeknek összevetése után kiderül, hogy elsődleges idült ízületi folyamat mellett a szívizom elváltozása csak felényi, a billentyűhiba csak  $\frac{1}{3}$  olyan gyakori, mint a secundaer chronikus folyamatok társaságában, tehát semmivel sem gyakoribb, mint más hasonló korú egyéneké, kik még addig rheumás megbetegedésben nem szenvedtek.

A fenti néhány adatból látható, hogy a szervezetnek abban a reakciójában, amely az *activ* rheumás kórformákat létrehozza, a szív és elsősorban a szívizom számára nem kell kiválasztott helyet keresnünk. A szívizom megbetegedése nem a polyarthritist vagy valamely más kórforma szövödménye, hanem annak velejárója. A szívizom elváltozásai azonban rejtettebbek, el kell érniök bizonyos küszöbértéket, míg vizsgáló módszereink számára kimutathatók.

Az elektrokardiographia (ekg.) klinikai gyakorlata nagy haladást jelentett a szívizom állapotának ob-

jectiv megítélésében. A szív állapotában történő változások felismerésében és kórjólátában természetesen a beteg subjectiv panaszainak, továbbá az objectiv statusban beálló változásoknak (dilatatio, hallgatódzási lelet, decompensatiós jelek, pulsusbeli eltérések) értékelése ma is döntő fontosságú. Az ekg-tanulmányok első idejében, mikor annak legfőbb alkalmazása a ritmuszavarok megfigyeltetésében állott, az arrythmiát tekintettük a myokarditis legfőbb jelének. *Parkinson* a pitvari extrasystolénak, *Esmein* és mások a heterotopiás ingerképzésnek (nodalis rhythmus, kamrai tachykardia) tulajdonítanak nagy jelentőséget.

Mikor a szívizom károsodásának és a koszorús erek elváltozásainak ekg. jelei kísérletesen és klinikailag is eléggé tisztázódtak, akkor terelődött a figyelem az ekg. alakú elváltozásait, amelyek mellett a rhythmusbeli eltérések jelentősége egyre jobban háttérbe szorult, főképp mikor a vizsgálatok nagy anyagon s a betegség különböző szakaszaiban, tehát sorozatosan történtek.

*Cohn* és *Swift* 1924-ben az izületi rheumatismusban található ekg-elváltozásokat 3 csoportba osztják: 1. az átvezetési idő meghosszabbodása (block nélkül); 2. a kamrai complexumok és az utólagos elváltozásai; 3. különböző rhythmuszavarok. 37 betegükben 35 esetben sikerült valamely e csoportba sorolható elváltozást kimutatni.

Az utolsó évtizedben történt nagyszámú vizsgálat igen sok értékes adattal gyarapította ismereteinket. Jóformán egyedül áll az olyan megfigyelés, mint *Bain* és *Curtis*-é, akik 50 gyermek közül mindössze 6%-ban találtak kóros jelentőségű ekg-elváltozást. A többi vizsgáló rendkívül változatos, mégis sok tekintetben jellemző ekg-elváltozásokat írt le. Összehasonlító vizsgálatok kimutatták, hogy a szívizomártalom ekg-jele rheumasokban sokkal gyakoribb, mint bármely egyéb, a szívizmot tapasztalás szerint megtámadó lázas megbetegedésben (diphtheria, typhus, pneumonia, sepsis, influenza). Még a streptoc. viridans-sepsisek okozta ekg-elváltozások is elmaradnak gyakoriság tekintetében a rheumasoké mögött. Legnagyobb jelentőségűek mégis azok az ekg-jelek, melyek már a betegség korai szakában fellelhetők s ma már nem egy olyan észlelés ismeretes, mint pl. *Routier*-é is, ki hevenyen fellépő totalis blockot észlelt, s a polyarthritises tünetek csak azután jelentkeztek.

Az irodalmi adatok összevetése kapcsán kitűnik, hogy a „rheumas ekg”-ben a vezetési zavar a legnagyobb jelentőségű. A vezetési zavar leggyakoribb oka a rheumas kórfolyamat (*Lewy* és *Thurner* 9 éves anyagában 53.8%); az arteriosclerosis, hypertonia, lues és bakteriumos endokarditisek jóval mögötte maradnak. Míg azonban a rheumas folyamatban többnyire csak az egyszerűen megnyúlt átvezetési idő észlelhető, addig a degeneratív természetű betegcsoportok gyakrabban hoznak létre súlyosabb vezetési zavarokat (partialis és totalis block). *Lewy* szerint ha 35 éven aluli egyénnél, kinek syphilis nincs és digitalis adagolásban nem részesült, megnyúlt átvezetési időt találunk, akkor ebből rheumas kardiitis jelenlétére következtethetünk.

A régebbi szerzők arányszámával szemben az újabbak (*Clerk*, *Grotel*, *Lukomski*, *Lian* és *Calcena*) összeállításában a vezetési zavarok 26—67%-os arányszámmal szerepelnek. Néhány esetben a megnyúlt átvezetési idő, kamracomplexum-kieséssel is járt; a teljes pitvar-kamrai dissociatio és a múló természetű interferentiás dissociatióról csak kevés említés történt.

Az a körülmény, hogy az átvezetési idő normalis viszonyok között ugyanazon egyénben csak igen szűk határok között ingadozik, azaz az extrakardialis idegek útján érkező behatások az ép szív vezetőképességére minimálisak, nagymértékben fokozza a megnyúlt átvezetési idő

kóros jelentőségét. Vegetatív stigmatizált egyének vizsgálata (*Stoss*) azt mutatta, hogy vagotoniások átvezetési ideje a normalis felső határához közel esik ugyan (0.175—0.205 mp), de azt meg nem haladja.

Ismeretes, hogy a rheumasok vezetési zavara, még a súlyosabb alakok is (pl. 3:2 block, teljes dissociatio: *Lukomski*) az esetek nagy számában spontan változhat, meg is szűnhet, vagy az észlelés folyamán ismételtén eltűnhet és megjelenhet, s csak ritkán és többnyire ismétlődő recidiva okoz maradandó zavarokat, másodlagos degeneratív elváltozások kifejlődése folytán.

A *P-hullám* az ekg-nek élettani viszonyok között is legváltozatosabb része. Változása (alacsony, negatív, hasadt, felrostozódott, bifázisos, stb.) mintegy 20%-ban normalis görbéken is megtalálható (*Hamburger*). A rheumasok ekg-in 5—38%-ban van feltűnőbb *P*-változás (*Hochrein* 35%, *Grotel* 25%, *Lukomski* 38%). A hasadás a leggyakoribb.

A *QRS-complexum* megítélésében a szerzők felfogása szintén nem egységes. Ezen a változás általában ritka és nem jellemző. A kilengések alacsony voltának a legtöbben semmi, vagy csak mérsékelt jelentőséget tulajdonítanak.

Az *ST*-szakasz és a *T-hullám* elváltozása az irodalom adatai szerint elég gyakori. A százalékos arányszámok azonban nehezen vethetők össze, mert sokan azokat az elváltozásokat is idesorolják, melyek csak egy elvezetésben találhatók, s az utólagos kóros voltának megítélésük a rekeszállásra is csak kevesen vannak tekintettel. A *T-hullám* múló invertálódását *Grotel* 32 esetében 24-szer észlelte. *Sebastiani* megbízható észlelései vezetnek a gyakoriság tekintetében, ki 26 heveny myokarditises betegben mindig megtalálta az utóhullám elváltozásait különböző fokú depressió (alacsony, bifázisos, negatív) alakjában, több mint egy elvezetésben. Az *ST*-szakasz izolált depressiójával kevesen foglalkoznak. Biztos koszorúsér-ártalmat jelentő görbék ritkák. Hasonló elváltozásokat friss perikarditises esetek kapcsán is ritkán észleltek. Általában a koszorúsér-elégtelenség kórismézését rheumas folyamat kapcsán csak szórványosan látjuk.

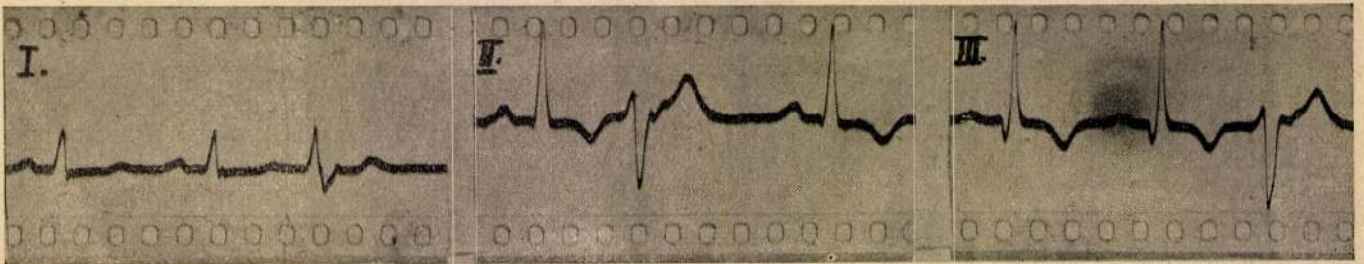
A *szívműködés szaporaságára* vonatkozóan csak azokat az észleléseket emeljük ki, melyek szerint az esetek felében sinus-bradikardiáról 40—60 percnként) volt szó (*Grotel*, *Lian*, *Lukomski*). A bradykardia többnyire már a lázas szakban kezdődött és a reconvalescentiában is hosszú ideig fennáll.

Ez alkalommal a klinikánkon észlelt 50, válogatás nélkül vizsgált rheumas betegről szerzett ekg-tapasztalatainkról számolunk be. Ott, ahol a külső körülmények folytán csak egyetlen felvételt készíthettünk, 52%-ban sikerült kóros ekg-elváltozást kimutatni. A sorozatosan vizsgált betegeink — s eseteink túlnyomó számban ide tartoznak — 82%-ban mutattak kórosnak tekinthető ekg-elváltozást. E számadatok is szemléltetik a sorozatosan végzett vizsgálatok szükségességét. Ilyen ismételt vizsgálatra annál is inkább nyílt alkalom, mert betegeink többsége helybeli, vagy környékbeli, s így a recidivák alkalmával rendszerint visszatér.

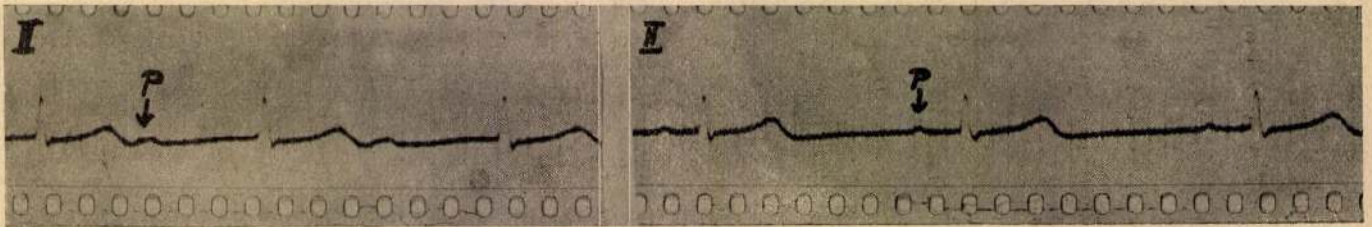
Beteganyagunk klinikailag a következőképp oszlott meg: Polyarthriti rheumatica acuta (első megbetegedés): 12 beteg. Polyarthriti rheumatica subacuta (első megbetegedés): 6 beteg. Polyarthriti rheumatica recidivans (és néhány másodlagosan idültté váló folyamat): 22 beteg. Primaer idült izületi rheumatismus: 10 beteg.

Az egész beteganyagban észlelt ekg-eltérések a következőképpen szemléltethetők:

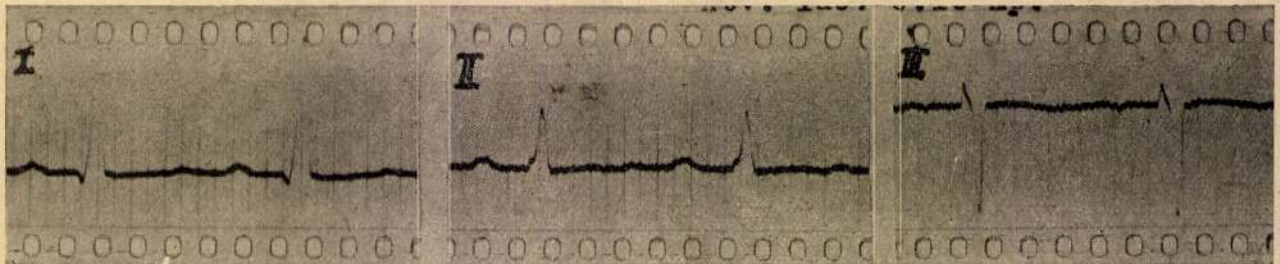
A *szívműködés szaporasága*: normalis, ill. lázas állapotban a láznak megfelelő: 46%. Tachykardia (láztalan



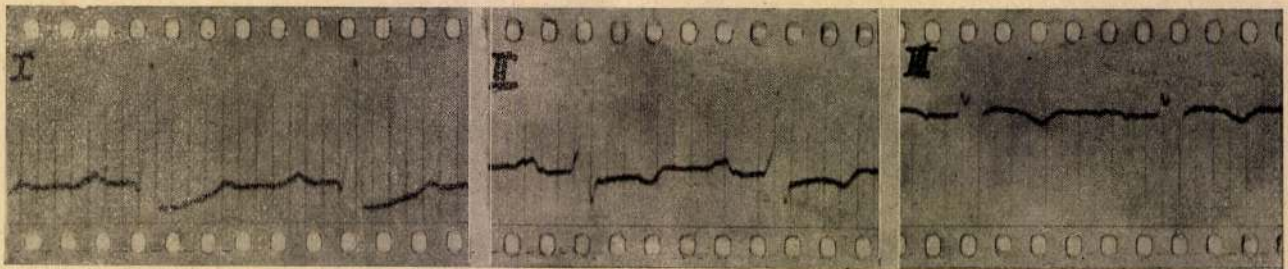
33 éves férfi. III. polyarthritises recidiva. P 2—3 hasadt, átv. idő: 0.17 mp. ST<sub>1</sub> kissé süllyedt, T<sub>1</sub> alacsony, T<sub>2</sub> és T<sub>3</sub> neg. Számos compensált balkamrai extrasystole. Jobbszív-túlsúly.



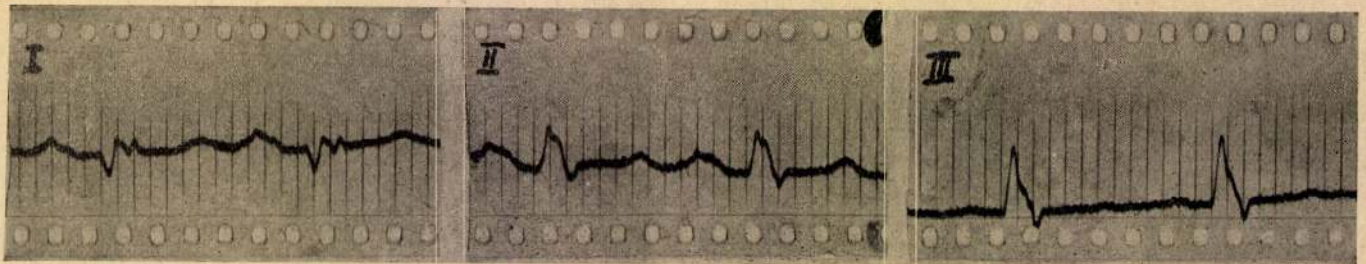
34 éves férfi. II. tonsillitis + polyarthritises recidiva. 1 mg. atropin után 20 perccel Atv. idő: 0.16 mp.



34 éves férfi Polyarthritises acuta. Első megbetegedés (1936. I. 14.) Isoelektromos ST-k, alacsony T-hullámok.



Recidiva (1936. III. 13.) ST<sub>1 2</sub> depressió, ST<sub>3</sub> elevált, felfelé ívelt. T<sub>1</sub> alacsony, T<sub>2 3</sub> negatív.



35 éves nő. Első polyarthritise után stenosis ostii ven. sin. fejlődik ki. A felvétel egy polyarthritises endokarditises recidiva alkalmával készült. P. széles, magas, deformált. Átv. idő: 0.22 mp. QRS széles (0.12 mp.), csomós, az I. elv.-ben kb. „W” alakú. ST normalis. T<sub>1 2</sub> positiv. T<sub>3</sub> isoelektromos. Q<sub>1</sub> mély, R<sub>3</sub> > R<sub>2</sub> > R<sub>1</sub>. — A stenosis ostii venosi sinistri ekg.-jelei mellett szívizomártalom, intraventricularis vezetési zavarokkal.

(Az összes felvételek Siemens-féle erősítés, hordozható elektrokardiograph-fal készültek. Erzékenység: 1 mV = 10 mm. Időjelzés: 1/20 mp. Szokásos végtagelvezetések.)

állapotban percnként 90 felett, lázas állapotban viszonylagosan szopora működés): 32%. Bradykardia (percnként 60 alatt, illetve viszonylagos): 22%.

Rhythmuszavarok v. nagyfokú sinusarhythmia a betegek 10%-ában s mindig a láztalanvá válás vagy a láztalanság időszakában volt észlelhető. — Extrasystolék közül sinusból, pitvarból, kamrából, kamra és pitvarból kiin-

dulók kb. egyenlő mennyiségben fordultak elő. Egy esetben blokkozott pitvari extrasystolákat észleltünk, és pedig olyankor, mikor egyébként vezetési zavar nem állott fenn. Extrasystole csak az esetek 8%-ában volt. — Pitvarcsillogás 2 esetben fordult elő (4%), olyan betegekben, kik ismételtén recidiváltak, s kikben a bal vivőeres szájadék szűkülete állott már fenn.

Az ekg egyes hullámaiban jelentkező elváltozások közül a P-hullám elváltozásait csak akkor értékeltük, ha azok legalább két elvezetésben (elv.) voltak láthatók. Ilyen eltérés a betegek 80%-ában fordult elő. Fontos az, hogy az észlelés folyamán az eltérések 30%-ban változtak: A változás többnyire abban állott, hogy az ekg. egyéb részeiben is jelentkező javulásban a P-hullám is hasonló értelemben vett részt, vagy pedig egyéb klinikai és ekg-jelekkel párhuzamosan a progressió képét mutatta, többnyire azért, hogy közeledett a pitvarhypertrophiának megfelelő alak felé. Ujelváltozás pedig majdnem minden esetünkben a pitvar-kamrai vezetés rosszabbodásával egyidőben jelentkezett.

Vezetési zavart eseteink 32%-ában láttunk, mindannyiszor megnyúlt átvezetési idő alakjában (0.20—0.40 mp.). Alkalmunk volt spontan ingadozást észlelni, s ismételtén láthattuk, amint az átvezetési idő normálissá vált, vagy megint kóros értékeket vett fel. Egy esetünkben 10 percenként is már igen nagy ingadozás mutatkozott az átvezetési idő értékében. — Francia szerzők a rheumás vezetési zavaroknál végzett atropin kísérletnek igen nagy jelentőséget tulajdonítanak, s amennyiben hatására a vezetési zavar megszűnik, bizonyítottan tekintik a vezetési elégtelenség ideges eredetét. Szerintük azokban az esetekben, melyekben az atropin adása eredménytelen volt, a vezetési zavar még a betegség kiállása után is hosszú ideig fennállott. Eseteinkben az atropinkísérlet sokszor járt eredménnyel, gyakran tekintélyes vezetési idő meghosszabbodáskor is (pl. 0.40-ről 0.16 mp-re), néhány századmásodpercnyi rövidülést minden esetben észlelhetünk. A bőr alá fecskendezett 1 mg. atropin többnyire csak a 20. percben, vagy még később fejtette ki hatását. A legtöbb esetben a lázas időszak eltelte után a vezetési idő ismét a normalisra tért vissza, mindössze 3 betegünkben állandósult hónapokra a pitvar-kamrai vezetés gyengesége. Ez esetek egyike éppen azok közül került ki, kikben az atropin-kísérlet minden alkalommal teljes eredményre vezetett. Észleléseinkben az átvezetési idő meghosszabbodása folytán sokszor a P-hullám az előző T-hullámmal összeolvadt; kamrasystole kiesést azonban egyszer sem láttunk. — Intraventricularis vezetési zavar (egy ízben arborisatiós blockhoz közel eső formában) 4%-ban volt, sohasem önállóan, hanem mint a súlyos szívizomkárosodás részjelensége.

A QRS-complexum kevésbé kifejezett elváltozásai (szélesebb mint 0.08 mp., nagy kilengéseknél mint 0.10 mp.) csomókkal és felosztódásokkal 18%-ban volt észlelhető. Ez elváltozások hosszabb észlelés folyamán súlyosbodtak; visszafejlődésük vagy eltűnésük egyszer sem következett be. — A kilengések alacsonyabbá válása néhány esetünkben volt észlelhető; 0.5 mV-nál kisebb kilengést valamennyi elv-ben (low-volt.) csak egy esetben észleltünk, olyankor, amikor egy endomyokarditises betegünk ismételtén angina pectoris rohamban szenvedett.

Az ST-szakaszon 36%-ban volt elváltozás. Ebből 25%-ban az ST-szakasz az izoelektromos vonal alá süllyedt (depressió), kórosnak véve a legalább 2 elv-ben jelentkező kb. 2 mm-nyi süllyedést. 11% volt az olyan esetek száma, melyekben az ST-szakasz I. elv-ben észlelhető depressiója a III. elv-ben elevatióval párosult, vagy fordítva, amely elváltozásból még nagyobb valószínűséggel lehetett a koszorúér-elégtelenségre és izom-bántalmára következtetni, mint a pusztá depressióból. 3 esetben a fentiek közül már az R-hullám leszálló ágában kezdődött az elevatiós plateau-szerű elváltozás, az I. vagy III. elv-ben, az ellentétes elv. megfelelő depressiójával. Mély Q<sub>3</sub> hullám (Pardée) coronaria elváltozás mellett

mély Q<sub>2</sub>-vel együtt egy esetben volt felismerhető. — Az ST-szakasz fenti elváltozásai majdnem az esetek felében (az összes esetek 16%-ában) az észlelés ideje alatt megváltoztak, legnagyobb részükben teljesen reversibiliseknek mutatkoztak.

Az ST-szakasz kórosnak tekintett változásai a legtöbb esetben a T-hulláméval együtt jártak (34%). Kórosnak tekintettük a T-hullámnak legalább 2 elv-ben előforduló depressióját (alacsonnyá, izoelektromossá, negatívív válását). — Az esetek kb. kétharmadában (az összes betegek 26%-ában) a reversibilitás kimutatható volt.

Kifejezett tengelyeltolódást jelentő, u. n. „túlsúlygörbék” 40%-ban találhatók anyagunkban, melyekből a jobb típusra 18%, a bal típusra 22% esik. A jobb típusú görbék létrejöttét túlnyomórészt bal vivőeres szájadékszűkületével, kisebb részükben mély rekeszállással, gerincoszlop- és mellkasdeformitásokkal magyarázhattuk. A jobb típusú görbéknek 8%-a maradt magyarázatlan, valamennyi 20 éven aluli egyénben (Schmolka szerint physiologiás). — A bal típusú görbék felerészben billentyűhibákkal biró (insuff. aortae, vagy bicuspidalis), kistrészükben magasabb rekeszállású, hypertoniás, vagy nephritisben szenvedő betegek görbéi közül kerültek ki, csak 7%-ban nem sikerült biztos okot kimutatni idősebb egyéneken. — A túlsúlygörbék hosszabb észlelése folyamán az összes esetek 8%-ában mutattak lényeges változást, mely a jobb-typus eltűnésében, vagy annak fokozatosan bal-typusba történt átáakulásában nyilvánult. Az okot főképen előrehaladó szívizomkárosodásban (minden irányú dilatációban), vagy billentyűhibák kombinálódásában (meglévő stenosis ostii ven. sin.-hez bicusp. elégtelenség társult, stb.) lehetett megtalálni.

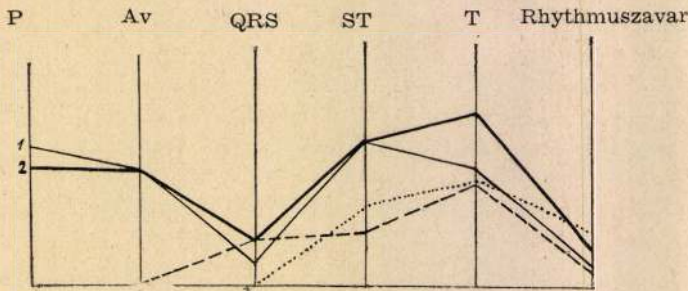
Az ekg-változások értékelésében digitalis-hatással nem kell számolnunk, mert betegeink közül mindössze kettő kapott rövid ideig digitalist, ill. strophantint. — Betegeink gyógyszeres kezelése antirheumaticumokból állott (pyramidon, salicyl, atophan). Az ekg-re való biztos befolyásukról — az irodalmi felfogással egyezően — nem győződhettünk meg, a javulás és rosszabbodás jeleit olyan változó mennyiségben láttuk alkalmazásuk mellett, hogy azokat gyógyszeres behatással összefüggésbe hozni nem tudtuk.

Az ekg. adatainak klinikai értékelése céljából át kell tekintenünk azt is, miképpen oszlanak meg a kóros ekg-k és az ismertett elváltozások az egyes kórformákban.

Kórforma:	Kóros ekg.-%.
I. heveny polyarthrit	54
I. subacut polyarthrit	50
Recidiváló polyarthrit	77
Primaer idült polyarthrit	20 (70)

A fenti összeállítás szerint tehát a recidiva károsítja a szívet a legerősebben. Az először visszaesőkben a kóros ekg. arányszáma csak 60% volt, míg a második, vagy későbbi recidivákban nyert görbék 100%-ban tartalmaztak kóros elváltozásokat. A heveny és kevésbé heveny lefolyású kórképekben a szívkárosodás megközelítőleg egyenlő gyakoriságú. A kezdettől fogva idült lefolyású izületi folyamatokban 70%-ban nyertünk kóros ekg-eket. Azoknak az eseteknek a levonása után, melyekben a kór-előzmény adatai vagy régebbi észleléseink szerint már az izületi megbetegedés előtt is fennállott valamely kifejezett változás, vagy keringési zavar (aortasklerosis, decompensált hypertonia, myodegeneratio), csak 20% maradt az olyan esetek arányszáma, melyekben a többnyire szemünk előtt kifejlődő elváltozásokat az izületi folyamattal hozhattuk összefüggésbe.

A „kóros ekg.” megjelölés alatt a különböző kórformákban különböző elváltozások értendők. E viszonyokat az alábbi ábrával szemléltetjük:



1. I. acut polyarthritís; 2. I. subacut polyarthritís,  
3. Recidiváló polyarthritís. 4. Primaer chr. polyarthritís.

Az ábrából kitűnik, hogy az első acut és recidiváló polyarthritisek görbéi nagyjában hasonlóan haladnak, mindkettőben a P + vezetési idő, ill. az ST + T complexum elváltozásai vannak többségben; a QRS-csoportban és a rhythmusban észlelhető zavarokkal szemben. Az ST és T-szakasz elváltozásai többnyire együttesen fordulnak elő, izoláltan fellépő ST-szakaszeltolódások az első folyamat kapcsán gyakrabban észlelhetők, mint a recidivákban. — Subacut és chronikus alakok görbéi szintén nyomon követik egymást s náluk a T-hullám elváltozásai dominálnak, az ST + T-complexum együttes eltérései mellett. A QRS-csoportban lényegesebb eltérések csak a chronikus formákban jelentkeznek. A P + vezetési idő zavarai subacut és chronikus formákban hiányoznak.

A sorozatosan végzett ekg. vizsgálat minden esetben positiv, amikor a betegágyi észlelés alapján gyanú volt szívartalomra, 6 beteg esetén pedig anélkül hogy klinikailag ilyen gyanú fennállott volna, kóros elváltozásaiával értékes felvilágosításokat nyújtott.

#### Összefoglalás:

50 rheumás beteg észlelése alkalmával a sorozatos ekg-vizsgálat igen jelentékeny kóros változást eredményezett. Az így nyert nagyszámú positiv lelet egyezik az irodalom újabb adatai szerinti szövettani vizsgálat adataival.

Az észlelhető elváltozás az ekg. minden részére kiterjed; az alaki eltérés mellett a rhythmuszavar jelentősége háttérbe szorul. A szív működés szaporasága nem viselkedik sajátságosan, magatartása olyan, mint egyéb lázas állapotokban. Az irodalomban ismertett gyakori bradykardiát észlelésünk nem erősíti meg.

Az alaki eltérések közül a P-hullám hasadását, amennyiben az a pitvar-kamrai vezetés zavarával egyidőben lép fel, jellegzetesnek, s az intraauricularis vezetési elégtelenség jelének tartjuk. — A vezetési zavarok közül csak az átvezetési idő egyszerű meghosszabbodásának van gyakorlati jelentősége és ez is túlnyomóan reversibilis elváltozás. Az atropin-kísérlet eredménye prognostikai megítélésben nem értékelhető. A megnyúlt átvezetési idő a heveny kórforma jellegzetes ekg. jele. — Az ST-szakasz és a T-hullám változása szigorú feltételek betartása mellett is a leggyakoribb elváltozás és pedig az összes rheumás kórformákban. Fontosságát tulajdonítunk — különösen a heveny szakban fellépő — koszorúsérülégtelenségre utaló észleléseinknek, melyek a kórbonctani irodalom adataival összhangban állanak és amelyeket a klinikai irodalom eddig még kevés figyelemre méltatott.

Anyagunkból is kitűnik a sorozatos vizsgálatok szűk-ségessége. Az ekg, mint vizsgáló módszer, a betegágyi észlelést értékesen igazán csak így egészítheti ki.

Somogy vármegye kaposvári kórháza elme- és idegbetegosztályának közleménye.

## Geloplegia (Oppenheim) esete.

Irta: Endersz Frigyes dr., egyetemi magántanár, osztályvezető főorvos.

Oppenheim 1902-ben „Lachschlag” (Lachschwindel; Lachohnmacht, gelosynkope, geloplegia, ictus ridentis) név alatt sajátos betegséget írt le, melynek jellemző tünete, hogy egyébként egészséges egyénekben a természetes, jókedv által kiváltott nevetés közben teljes, de igen gyorsan múló eszméletlenség következik be, úgy hogy a betegek merev tekintettel és arckifejezéssel összerogynak, vagy hirtelen elesnek. Oppenheim egyik betegén, 18 éves leányon ez az állapot erősebb nevetéskor csaknem mindig bekövetkezett, másik betegén, 45 éves férfin három ízben, az első és második ilyen roham között mintegy 13 év telt el. E betegnek az utolsó rohamokat megelőzően erős nevetés közben időnként fejének hátsó részében kellemetlen érzése támadt és szédülés-szerű érzése keletkezett.

Oppenheim e két esetén kívül Binswanger egy esete ismeretes. 15 éves leány minden alkalommal eszméletlenséggel járó rohamot kapott, ha túl hevesen nevetett.

A betegségnek feltűnően ritka volta és épen ezért más betegségekhez, elsősorban a narkolepsiához és epilepsiához való eddig meg nem határozható vonatkozása indokolja meg az alábbi eset közlését.

A. B. 41 éves tisztviselő négy napig volt a kórház idegbetegosztályán ápolásban. Előadta, hogy anyja 36 éves korában tüdőgyulladásban, anyja 37 éves korában elmebajban halt meg egyik központi elmeosztályán, ahonnan csak annyit sikerült megtudnunk, hogy 1 hónapi kórházi ápolás után demenciában (?) halt meg. Édes testvére nem volt, anyjának második házasságából születet 2 mostohatestvére sorsáról nem tud. Születése rendes lefolyású volt. Csermekorában vérhenyben és báránymilőben szenvedett. Kb. 14 éves koráig ágyba vizelt. 6 éves korában került iskolába. 6 évet, majd magánúton 4 polgárit végzett. 14 éves korában kétoldali heregyulladás volt, amelynek okát nem ismeri. 18 éves korában közöszlöt először, előzően ritkán orvászalt. 22 éves, majd 33 éves korában gonorrhoeát kapott. 27 éves kora óta ejaculatio praecoxa van. A nemi actus mindig fel-tűnő rövid idő alatt fejeződik be nála. Nemi ösztöne fiatal kora óta általában gyöngé. Most havonként egyszer-kétszer közöszlöt. 28 éves korában megnősült, felesége, akit mint el-vált asszonyt vett el, 5 évi házasság után lues cerebriában halt meg. Betegsége házasságának második évében kezdődött kettős látással, szédüléssel, epileptiformis rohamokkal. Majd múló féloldali bénulás, továbbá beszéd- és nyelészavar lépett fel. Betegsége miatt 2 hónapig tartó klinikai ápolás-ban részesült. Az ott végzett vizsgálat baloldali facialis-parezist, magas vérnyomást (195 Hg. mm.) állapított meg. liquorában a Wassermann f. vizsgálat positiv eredménnyel volt. (0.1 cm.: +++); vizeletében 1/4% fehérje volt Esbach szerint. Betegünk 1922-től 1929-ig minden évben végeztetett Wassermann f. vizsgálatot, amely azonban minden esetben negativ eredménnyel volt. Az 1929-ben végzett liquorvizsgálat kóros elváltozást nem mutatott. Ennek ellenére bismut- és salvarsan-kezelést végeztetett magán. Első felesége házasságuk első évében teherbe esett, amely azonban annak harmadik hónapjában elvetéléssel végződött. 3 évi özvegység után újból megnősült, második felesége nem volt teherben. 1918-ban spanyolbetegségben szenvedett. 40 C° körüli lázai voltak. 1926 októberétől 1927 májusig izületi csúszban szenvedett. 1928-ban és 1929-ben ideges szívpanaszai voltak, ezek brómtól megszűntek. Magát érzékeny természetűnek jellemzi, aki azonban indulatait visszafojtja. Szokatlan helyzetekben, nehezebb feladatok elvégzése előtt gyakran kell vizelnie. Könnyen izzad, gyakran egy-két perc alatt nedves a keze. Általában nyugtalanul alszik, éjjel gyakran felébred, nyugtalanító álmai vannak, reggel pedig többnyire fáradt, rosszkedvűen ébred. Rendszeresen délben és este 1—1 deci liter bort fogyaszt, ha pedig társaságban van, 6—8 decilitert is. Általában jól bírja a szeszes italt. Életében kétszer volt részeg, amikor hányáson kívül egyéb kellemetlensége nem volt.

Már kisgyermekkorától, amennyire csak vissza tud emlékezni, jóízű nevetéskor nyakában, a tarkó tájon, a pro-tuberantia occipitalis alatti mélyedésben főképpen görcsös fájdalmat, majd következő pillanatban kiefokú szédülést érzett. Ez az érzés csupán néhány másodpercig tartott és annyira kellemetlen, hogy a nevetést egyik pillanatról a másra kénytelen volt abbahagyni, minthogy a fájdalom erősebb volt, mint a nevetést kiváltó jókedv. Még sohasem fordult elő, hogy a fájdalmi ellenére tovább nevetett volna, ez annyira csökkent a jókedvet, hogy abban a pillanatban megszűnik a nevetés. Kb. 16 éves korától annyiban módosult a jelenség, hogy kisebb fokú szédülést érzett, az az érzése támadt, hogy elesik, bár ez sohasem következett be. Ilyenkor egyúttal minden elhomályosodott előtte és néhány másodpercig nem is látott. Néhány év múlva a látászavar elmúlt, de a szédülés érzése fokozódott. 22 éves korára a szédülés is elmúlt és csak a görcsös fájdalom maradt meg. Ilyenkor is érez ugyan egy kis gyöngeséget, de végtagjait szabadon tudja mozgatni, sőt ilyenkor mindig erősen simogatja a nyakát, melynek izomzatát keményebbnek érzi, egyúttal pedig fejét hátrahajtja, amikor is a fájdalom, ami általában 4—5 másodpercig tart, szintén csökken.

Eszméletlenség, öntudatzavar az alábbi esettől eltekintve sohasem jelentkezett. A jókedv egyedül a görcsös fájdalmat nem váltja ki, csak a jókedv által kiváltott nevetés bizonyos erősebb foka, a hangos hahotázás, vagy „ahogy mondani szokták: a röhögés”, amelyet akár egy jó adoma, vidám mozdídarab, vagy olvasmány vált ki. Más érzés, indulat, köhögés, nemi actus azt nem idézi elő.

Egyik este álló helyzetben jóízűen kacagott. Hirtelen azt érezte, hogy nyakában görcsöt kap, szokása szerint „el akarta masszírozni”, de nem volt már ideje, mert a következő pillanatban eszméletlenül összeesett, amely eszméletlenség kb. 4—5 másodpercig tartott. Barátai felsegítették, utána rögtön beszélt, arról panaszkodott, hogy rosszul van, nagyon gyönges és szédül. Néhány másodperc múlva azonban felkelt a szelionról, ahová lefektették, pár percig még gyöngének érezte magát, azután visszatért az előző rendes érzése, csak farcsontja fájt, mert ráesett. Barátai szerint az elesés pillanatában arca kivörösödött, utána feltűnően sápadt volt, 8—10 perc múlva azonban visszanyerte rendes arcszínét. Ez este társaságban 0.4 l. bort ivott.

E rosszulletét óta vigyáz magára, jókedvét visszafojtja, úgy hogy azóta sem görcsös fájdalom, sem eszméletlenség nem jelentkezett.

Testi vizsgálat: 165 cm. magas, 80.5 kg. súlyú férfi. Gerincoszlopa az ágyéki és alsó háti részen mérsékelt lordosist mutat. A hason, az emlő, csipő és glutealis tájon erősebb, feminin jellegű zsírfelrakódás. Mindkét heréje kicsiny, puha tapintatú, úgyisintén aránylag kicsiny himbesszője is. Szeméremszőrzete a szeméremdomb felső részén harántul határolt, nőies jellegű. Az aránylag rövid nyakon pajzsmirigy, nyaki mirigyek nem tapinthatók. A fej körmérete 58 cm., hosszúsági átmérője 195, magassági 150, szélességi 160 mm. Az agykoponya részarányos, különösebb alakú eltérést nem mutat. A bal arcfél kifejezetten kisebb, mint a jobb. Fülkagylói nagyok. Az arc és nyelv beidegzése ép. A jobb szemrés valamivel tágabb. A szemészeti vizsgálat szerint (Erdős dr.) „mindkét szem az alsó szemhéj időnkint befordul. A jobb szem kissé befelé kancsalító állásban. Szemmozgások szabadok. Pupillák középágak, épszerűek, két oldalt egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Közégek tiszták, a fénytörés myopiás astigmatizmussal. A szemfenéken az erek viszonyai normálisak. A retinában és chorioideában elváltozása nem észlelhető. A látóideg fő és határai sapszak-szerűen körülvevő fehér szigetben vesznek el. Látás jobb szem: 1 1/2 m-ről ujjakat olvas, —9.0 D-val 5/10 cylinder nem javít. Bal szem: 3 m-ről olvas ujjakat, —7 D-val 5/8 cylinder nem javít. Dg. Entropium spasticum valp. inf. lat. utr. Strabismus converg. ocul. dextr. Coloboma n. optici. (Conus nach unten). Myopia et astigmatismus oculi utr. Cornea és conjunctiva reflexek kiválthatók. Garatívek egyenlő magasságban állanak. Garatreflexek kiválthatók. Nyelv és garatképletek tiszták. Tüdők, szív és hasi szervek részéről kóros eltérés nem észlelhető. Pulsusa telt, rhythmusos, száma percenkint 84—86. Vérnyomása 125—95 Hg. mm. Végtagok izomzata ép, az izmok tónusa normális, izomerő megtartott, izommozgások koordináltak. Ugy az alsó, mint a felső végtagok inreflexei kissé élénkek, két oldalt egyenlők. Has-, cremaster-reflexek kiválthatók. Babinski, Oppenheim, f. tünet, lábfej-, patellaclonus, Romberg-tünet, félre-mutatás, adiadochokinezis nincs. Iz- és szagérzés rendes. Érzéskörében rendellenesség nem észlelhető. Fülészeti vizsgálat (Magyar dr.): „Chr. hurut az orr-garatban. Türelékenység a garatban. Mindkét dohártya ép, hártás, fénykép nélküli mérsékelt reakcióban. Webert jobb oldalra localisálja. Rinne pozitív. Csontvezetés normális. Suttogó hangot 8—10 méter-ről percipiál. Feltűnő a labyrinthusok élénk caloricus reac-

tiója, különösen jobb oldalt.” A koponyáról két síkban készült Röntgen-felvétel kóros eltérést nem mutat. A sella turcica normalis tágasságú. (Szász dr.) Vérben a Wassermann f. r. φ. Fehérvérsejt szám: 8700, vörösvérsejt szám: 4.900.000. Minőségi vérkép: Jug. φ, St. 12%, Se. 55%, Eo. φ, Ba. φ, Mo 7%, Ly. 26%. Liquor cerebrospinalis viztiszta, nyomása 140 H<sub>2</sub>O mm.; Queckenstedt t. φ, sejtszám 3/3. Nonne-Apelt r., Pándy r. φ, mastix r.: normalis görbe, Wassermann f. r. 0.2—1.0: φ.

15 percig tartó hyperventillációs kísérlet sem fejfájást, sem öntudatzavarral járó rohamot nem váltott ki.

A fentieket összefoglalva azt látjuk, hogy 41 éves férfinek a gyermekkorától a jókedv által kiváltott erős nevetés közben a tarkótájon heves, görcsös fájdalom lép fel, ami oly fokú, hogy a további jókedvet és ezzel a nevetést félbeszakítja. 16 éves korától 22 éves koráig a jelenség olyképpen módosult, hogy a fájdalommal egyidejűleg szédülésszerű érzése támadt, továbbá látászavar, miközben szemei előtt minden elhomályosodott. 22 éves kora óta újból csak a tarkó táji fájdalmak jelentkeznek, amiknek oka — úgy látszik — a nyaki izomzat contractiója. A beteg ilyenkor nyakizmait keményebbnek érzi, azt erősen simogatás útján igyekszik megszünetetni és az ilyenkor érzett fájdalmat azzal is csökkenti, hogy fejét hátrahajtja. A nevetésnek bizonyos fokot kell elérnie, hogy a fájdalmas érzést előidézzék, maga a jókedv nevetés nélkül nem váltja azt ki. 41 éves korában jóízű nevetés közben álló helyzetben hirtelen eszméletét veszítve összeesett, arca kivörösödött. Az eszméletlenség 4—5 másodpercig tartott, utána feltűnően elsápadt, gyönges és fáradt, de néhány perc múlva teljesen jól érezte magát.

A testi vizsgálat során említésre méltó idegrendszeri eltérést nem észleltünk. Feltűnő fejének nagy körmérete, a nemi szervek gyönges fejlettsége, a nőies jellegű zsírfelrakódás és szeméremszőrzet, továbbá a testmagassághoz viszonyított nehezebb testsúly. Coloboma nervi optici-e minden esetre súlyosabb fejlődési rendellenesség.

A beteg rendszeresen, de mértékletesen fogyaszt szeszes italt, alkohollal szemben nem intoleráns. Az eszméletlenséget megelőzően a szokottnál ugyan valamivel több bort (0.4 l) ivott, de máskor ennél több sem okozott semmiféle kellemetlenséget.

Az előzményekből kiderül, hogy anyja 37 éves korában valamilyen elbutulást okozó elmebetegségben halt meg. Betegünk 14 éves koráig enurezis nocturnában szenvedett, később pedig izgalomkor gyakori vizeletelési ingere volt. 14 éves korában, még a nemi élet megkezdése előtt kétoldali heregyulladásra volt. Első felesége, aki tőle egy ízben teherbe esett, de elvetélt, luesben szenvedett és lues cerebriában halt meg. Azonban sem a jelen vizsgálat, sem az évek óta rendszeresen megismételt vérvizsgálat és a két ízben végzett liquorvizsgálat arra vonatkozólag semmi féle következtetést nem enged, hogy betegünk is fertőzött. Encephalitis epidemica utaló tünetet nem észleltünk, de az influenzának és izületi gyulladásnak sem tulajdoníthatunk szerepet betegségének keletkezésében, mint hogy ezeken akkor esett át, amikor betegsége már fennállott. Vegetatív funkciói körében bizonyos labilitás észlelhető: nemi életében gyöngeség nyilvánul meg, potenciája általában gyönges, többnyire korán, gyakran még a nemi actus megkezdése előtt ejaculál. Könnyen izzad. Alvása nyugtalan, nyugtalanító álmok által zavart, reggel fáradtan ébred. Megemlítendő még mérsékelt tachykardiája és 2 éven át tartó szívapanaszai, amik brómtól elmúltak.

Esetünkön az Oppenheim által leírt geloplegia jellegzetes tünetét találjuk meg: a természetes, jókedv által kiváltott erős nevetés teljes, de rövid ideig tartó eszméletlenséget váltott ki. De egyéb tüneteket illetően is meg-egyezik Oppenheim második esetével, amennyiben, erős,

hangos nevetéskor betegünk a tarkó táján erős fájdalmat és egy időben „szédülést” érzett. E tünetnek annál nagyobb fontosságot tulajdonítunk, minthogy hosszú éveken át egyedüli, de határozott szabályszerűséggel bekövetkező jelenség volt, amely egyúttal az eszméletlenséggel járó rohamot is megelőzte és részjelenségének tekintendő. Végül megegyezik *Oppenheim* második esetével abban is, hogy az eszméletlenséggel járó roham ritkán lépett fel, *Oppenheim* 45 éves betegén háromszor, a mi 41 éves betegünkön egyszer.

*Oppenheim* eseteinek közlésekor a *Gélineau* által leírt narkolepsiát nem ismerte, később a geloplegiát azzal rokon betegségnek tartotta, mind kettő szerinte az epilepsiától és pyknolepsiától mint önálló betegségek különválasztandók, bár az utóbbihoz való bizonyos vonatkozásuk nem utasítható el.

*Lewy* szerint a genuin epilepsiát a genuin narkolepsiával bizonyos betegségcsoportok kötik össze, mik között a geloplegia is szerepel. Mai ismereteink alapján mégis — egyes közös tünetek ellenére — a narkolepsiától és epilepsiától különálló betegségnek kell tartanunk. Valamely betegség lényegének felismerését nem segíti elő, ha annak körét túlságosan kiterjesztjük. Végeredményben egyes tünetek alapján tetszés szerinti átmeneteket konstruálhatunk betegségek között anélkül, hogy azok között valódi biológiai rokonság lenne.

A narkolepsiának, amelyet *Westphal* (1877) írt le először és epileptoid megbetegedésnek tartott, de mint önálló betegséget *Gélineau* (1880) ismert fel, két jellegzetes tünete van. Az egyik az esetleg naponta többször is ismétlődő, többnyire hirtelenül bekövetkező, le nem győzhető, rövid ideig tartó elalvás, a másik a kedélyi behatásokra bekövetkező hirtelen izomelernyedés és mozgásképtelenség, az u. n. „affectiv tónusvesztés” (*Redlich*), melyet azonban eszméletlenség nem kísér. A narkolepsia annyiban hasonlít a geloplegiához, hogy narkolepsiánál is az „affectiv tónusvesztés” leggyakrabban nevetéssel kapcsolatban jelentkezik, eltér attól azonban abban, hogy a kiváltó körülmény tulajdonképpen nem a nevetés, hanem az azt kiváltó affectus, a jókedv, míg geloplegiánál a nevetés (vagy mind a kettő együtt?) és pedig annak bizonyos foka. Maga a jókedv a geloplegiás rohamot ép úgy nem képes kiváltani, mint az affectus nélküli nevetés. A geloplegia a narkolepsiától abban is különbözik, hogy az izomelernyedést egyúttal eszméletlenség is kíséri. Végül pedig sem *Oppenheim* eseteiben, sem betegünkénél a narkolepsia másik jellegzetes tünete, az elalvásroham nem fordult elő, bár ismereteseek oly narkolepsia-esetek, amelyekben az elalvásroham és az „affectiv tónusvesztés” külön-külön időpontban, vagy ritkán — egyedül jelentkeztek. *Oppenheim* második és saját betegünkénél észlelhető aura-szerű jelenség nem jellegzetes geloplegiára. Narkolepsiában, főleg a symptomás (encephalitis) esetekben, szintén találkozunk oly, többnyire subjectiv jelenségekkel, amiknek a tonusvesztéshez való tartozásuk abban nyilvánul meg, hogy ugyanannál az affectusnál jelentkeznek vagy teljesen kifejlődött rohamnál is, előtte vagy alatta (*Wilder*). Következtetéseinkben ugyan csak a beteg által leírt jelenségeket értékelhetjük, úgy látszik, a fájdalmas érzéseket a nyakizomzat összehúzódása váltja ki és csupán utalunk arra a physiológiás jelenségre, hogy heves nevetés közben előfordulnak hasonló bár kisebbfokú érzések, továbbá többé-kevésbé kellemetlen érzéssel járó izomösszehúzódások (hasizmok) és izomelernyedések (bevizelés).

Ha az egyéb, betegünkön észlelhető tüneteket vesszük figyelembe, nem tagadhatjuk, hogy bizonyos jelenségek észlelhetők, amik a narkolepsiához való közelállóságra utalnak. *Wilder* szerint a genuin narkolepsia minden valószínűség szerint az alvással összefüggő központok alkati

cökcentértékűségén alapul és elősegítik a vegetatív rendszer betegségei és rendellenességei. Mint különösen gyakori jelenséget említi a nemi mirigyek (működése) körében megnyilvánuló rendellenességet. Esetünkben ilyenek a gyöngén fejlett herék és himvessző, a nőies jellegű zsírpárna és szeméremszőrzet, az általában gyöngye és egyébként is zavart potentia. Már *Redlich* utalt a narkolepsiában gyakran található elhízásra. Betegünk is mintegy 14.21 kg.-mal nehezebb az átlagos súlynál (*Hessing* f. táblázat sz.). A vegetatív functiók zavara értelmében mértékkelhető zavart alvása, fiatalkori enurezis nocturnája és erős izzadása.

Már *Oppenheim* utalt a geloplegia és epilepsia között való bizonyos hasonlóságra és eseteiben az első pillanatban arra gondolt, hogy tulajdonképpen hysteriáról, vagy epilepsiáról van szó, ahol a nevetés csupán az aura szerepét játssza. Mindkét esetben azonban a nevetés természetes ok által kiváltott volt és így legfeljebb nevetés által kiváltott epilepsiás roham jöhetett volna számításba. *Oppenheim* szerint azonban alig lehet jogosult a rohamokat epilepsiás rohamoknak minősíteni, mert akkor minden hirtelenül fellépő és újból eltűnő eszméletlenséget epilepsiának kellene tartani. Mindenesetre érdekes, hogy *Kalischer* később *Oppenheim* első esetét megvizsgálta és azt észlelte, hogy a nevetés egyszer eszméletlenséget, máskor epilepsiás rohamot váltott ki, míg a másik eset sorsa ismeretlen. Véleményünk szerint nem tartozik a geloplegia körébe *Lewy* esete, akinél a nevetés epilepsiának tartott rohamokat váltott ki és pedig nem csak a jókedv okozta nevetés, hanem az affectus nélküli nevetés is, továbbá az is, ha pl. nevetést látott, vagy hallott pusztán. Betegünkön epilepsiára utaló tünetet nem találtunk, azzal csak a roham-szerű fellépés, teljes eszméletlenség és gyors lefolyás közős.

A nekem hozzáférhető irodalomban *Oppenheim*éhez és saját esetemhez teljesen hasonlót nem találtam. Az egyes szerzők leírt „Lachschlag” eseteiben tulajdonképpen narkolepsiáról van szó, ahol a rohamot a nevetés helyesebben a nevetést kiváltó jókedv idézte elő. Közeliállónak látszik *Rothfeld* esete. 39 éves féfi 7 év óta rohamokban szenved, amik erős, szívből jövő nevetés közben jelentkeznek, hirtelen beáll, le nem küzdhető gyöngeségben nyilvánulnak, úgy, hogy a beteg ilyenkor földre zuhan, de 1—2 másodperc múlva újból jó érzi magát. A rohamok néha az öntudat igen rövid elborulásával, nem ritkán teljes eszméletlenséggel járnak. A nevetés foka és a derült hangulat intenzitása szerint különböző erősségű rohamok jelentkeztek és a rohamokat egyéb körülmények is befolyásolták. Hasonló rohamok léptek fel coitus közben is. Az ejaculatio pillanatában a beteget oly foku gyöngeség fogta el, hogy képtelen volt az actus folytatására, legtöbbször az erectio is megszűnt. *Rothfeld* betegén a nagyobb mennyiségű alkoholélvezet elősegítette a rohamok jelentkezését, hosszabb ideig tartó alkoholabstinentia után ritkábbak lettek. Ennek oka talán az affectusoknak alkoholélvezettel kapcsolatos való korlátlan érvényesülésében rejlik. Betegünkön előfordult rohamnak az alkoholélvezettel való esetleges kapcsolatáról már az előbbieken szóltunk. *Rothfeld* a geloplepsia és orgaemolepsia elnevezést megfelelőbbnek tartja, mint az *Oppenheim* által ajánlott nevetést. *Wilder* *Rothfeld* esetét izolált affectiv tonusvesztésnek tartja és nem látja indokoltnak a narkolepsiától való különválasztását. *Ferreri* ictus laryngis neve alatt írta le a következő esetet: 33 éves férfinek az utolsó 3 hónap alatt nevetésre ingerlő elbeszélés közben el nem nyomható nevetése támadt, majd eszméletét veszítve összeesett. Néhány pec múlva újból teljesen jól érezte magát. A roham a gége összeszorulásának érzésével kezdődött. Az ictus laryngis, vertige laryngé tünetcsoportra először *Charcot*, utána *Gasquet* hívta fel a figyelmet. (Idézi *Oppenheim*.) Egyébként egészséges, ideges, vagy idegbajos



(tabes), vagy gégebajban szenvedő egyéneknek a torokban sajátságos csiklandozás, vagy fulladásszerű érzésük támad, majd köhögnek, azután hirtelenül, többnyire petyhüdt végtagokkal, ritkábban epileptiformis rángásokkal összeesnek, rövid idő, többnyire másodpercek múlva minden utóhatás nélkül újból magukhoz térnek. Ferreri esete a Charcot által leírt ictus laryngis-szel annyiban mutat közös vonásokat, hogy a betegnek az eszméletlenséget megelőzőleg sajátságos érzése keletkezett, azonban — legalább amennyiben Oppenheim leírásából kitűnik, a nevétesnek Charcot eseteiben szerepük nem volt. Kérdés, vajon Ferreri esetében a gégesensatioknak nem ugyanaz volt-e a jelentőségük, mint esetünkben a tarkótáji, szintén görcsös jellegű fájdalmaknak. Kevés rokonságot látunk a geloplegiával Redlich esetében, amelyet ő közelállónak tartott. 22 éves férfinek nevetéskor főfájása, homályos látása, erősebb rohamok közben bizonytalanság, szédülés érzése keletkezett. A betegnek ilyenkor meg kellett támaszkodnia, le kellett fekiúdnie, egyszer fejevel az asztalra esett. Eszméletlenségéről azonban Redlich nem számol be. Betege egyébként is — az eddig ismert geloplegia esetekkel ellentétben — szervi idegrendszeri elváltozásra utaló tüneteket mutatott. A nőiesen kövér betegnek hydrocephalus, nystagmus, kistokú exophthalmus, fokozott térdreflexei, lábclonusa, Babinski-tünete volt.

Természetesen a betegség lényegére esetünkben semmiféle határozott következtetést nem vonhatunk, hisz a sokkal gyakoribb narkolepsiát és epilepsiát illetően is csupán feltevésekre vagyunk utalva. Oppenheimmel együtt mi is a geloplegiát a narkolepsiához közelálló betegségnek tartjuk, aminek oka esetünkben talán a középponti idegrendszer fejlődési rendellenessége. E feltevés mellett szól a betegségnek kora gyermekkorban való megnyilvánulása és egyéb fejlődési rendellenességre utaló tünetek.

A Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye.  
(Igazgató: Fonet Béla ny. r. tanár.)

## Allergiás betegségek magnophyllin-histamin kezelése.

Irták: Paul Benő dr. és Dzsinič Antal dr.

Az allergiás jelenségek alapja, mai tudásunk szerint, az antigen-antitest reactio. A szervezetbe jutott antigen találkozhat specifikus ellenanyagaival és egymáshoz kötődésük, mely a sejteken, vagy sejtekben játszódik le, az ú. n. hyperergiás gyulladásra vezet. A sejtek felületén, vagy belsejében végbemenő immunbiológiai folyamatok azonban megváltoztatják azok fizikai-chemiai szerkezetét is. (Widal kolloidoclasisa, Lumiere flocculats invisibles-je). A kolloidális szerkezet megváltozása nem lehet közömbös a sejtek működésére sem, a sejtizgalom olyan anyagokat is szabadlátra tehet, amelyek rendes körülmények között, vagy egyáltalában nem jutnak a keringésbe, vagy csak igen kis mennyiségben. A sejtek izgalmára egészen azok pusztulásáig is fokozódhat, ami még érthetőbbé teszi, hogy miért jutnak fehérjebomlástermékek, a szervezetre ártalmas anyagok keringésbe. Már régen feltételezték, hogy allergiás állapotokban a vérben egy külön shokméreg, az ú. n. anaphylatoxin kering, amelynek képződési helye talán a máj. A máj szerepét bizonyítja, hogy ha a májat a keringésből kiiktatjuk, a szabályos shokjelenségek elmaradnak, amint azonban ismét keringésbe vonjuk, a shok azonnal kifejlődik. Egészséges, nem sensibilizált állatokon is shokot lehet kiváltani oly módon, hogy sensibilizált állat máját keringésükbe iktatjuk. Valamilyen mérgező anyag úgy látszik tehát, tényleg kering a vérben, amit még úgy is ki lehet mutatni, hogy a shok alatt vett vért más egészséges állatba fecskendezzük be.

Allergiás betegségek rohamai alatt vett vérben ugyan csak sikerült más állatra mérgező hatású anyagot kimutatni. Storm van Leeuwen és Zeyden asthma bronchialis betegek rohamai alatt vett vérből készített olyan kivonatot, amely izolált tengeri malacbélen contraháló hatásúnak bizonyult. Migrain roham alatt vett vérből ugyanilyen hatású kivonat készíthető. Anaphylaxiás shok alatt vett vérből előállított ilyen görcsokozó anyag mibenlétének vizsgálata alkalmából Gebauer-Fuelnegg és Dragstedt azt találta, hogy az dializálható anyag, basikus, nem fajlagos valami, dyazotált sulfanylsavra hatástalanul válik, atropinózott macskák vérnyomását csökkenti és végül hogy emberek bőrén urticát okoz nagy bőrvérű udvarral. Ebből azt következtették, hogy a shokméreg hatásában a histaminnal azonos és biológiai módszerekkel vizsgálva annak minden jellemző tulajdonságával bír. Ennél még tovább jutott el Burgh-Daly és Schild: azt találták, hogy az előállított shokméreg hatásosságát teljesen elveszti, ha histaminase porral hozzuk össze. Ha tehát az a fermentum, mely specifikusan csak a histamint bontja, a shokmérget is hatástalanítja, akkor kétségtelen, hogy a shokméreg és a histamin között legalább is nagyon közeli rokonság van. Amint hogy histaminnal az anaphylaxiás shokhoz igen hasonló tünetcsoportot lehet is előidézni, még májától megfosztott állaton is, biznyságául annak, hogy a tünetek okozója tényleg a keringő méreg. Az egyes állatok histaminra ugyanúgy fajukra jellemző shokkal felelnek, mint az anaphylaxiás kísérletekben. Sensibilizált állatnak egyidejűleg adott antigen és histamin egymás hatását támogatja. Friedberger fél halálos adag histamint és fél halálos adag antigent adott, a kettő synergikus hatásaként az állatok jellegzetes shokban pusztultak el. A histamin és az anaphylaxiás shok analógiája mellett szólana még több, klinikánkon végzett vizsgálat is, amelyek szerint a humoralis elváltozások mindkét shokban nagyjában véve egyirányú eltolódást szenvednek. (Dzsinič és Sarudy, Dzsinič és Pély, Paul és Popper). Ha azonban a histamin a shokméreggel azonos, vagy hozzá legalább is igen hasonló, akkor allergiás betegeken histaminnal éppen úgy sikerülnie kellene rohamot kiváltani, mint ha saját antigenjüket adtuk volna, mert hiszen az antigen is csak endogen histamint szabadítana fel. Ezt a feltevést igazolja Döllken, ki egy mgr. histamin befecskendezése után migraines betegeken szabályos rohamokat tudott kiváltani, továbbá Dzsinič, ki asthma bronchialisokon idézett elő rohamokat histamin-injectióval és végül Gottsch iontophoresissal bőrbe vitt histamin után észlelt rohamokat.

Ezek után az a kérdés, hol és miből képződik a histaminszerű shokméreg. Azt a föltevést, hogy a bejutott antigenből képződött volna, már eleve is el kell vetni. Lehetetlen, hogy maga az antigen ment volna át oly proteolysisen, melynek eredménye a mérgező anyag felszabadulása lett volna, lehetetlen még pedig azért, mert a bejutott antigen és a shokméreg között óriási mennyiségi aránytalanság van. A kevesebb antigen is elegendő már ahhoz, hogy shokot váltson ki, olyan kis mennyiség, melynek bomlástermékei még csak arra sem lennének elegendők, hogy egy kis érterület capillarisait bántalmazzák, nem hogy az egész szervezetét. De már csak azért sem állhat meg ez a föltevés, mert Landsteiner kísérletei óta tudjuk, hogy antigen nem fehérjetermészetű anyag is lehet. Mint már említettük, az antigen-antitest reactio helyét a sejtekbe kell tennünk és ezért a shokméreg képződése csak úgy képzelhető el, hogy a sejtizgalom következtében mérgező hatású aminok jutnak a keringő vérbe. Watanabe tényleg azt találta, hogy pl. kutyák mája vagy tengeri malacok tüdeje a sensibilizálás után majdnem négyszer annyi histaminszerű anyagot

tartalmaz, mint normalis állatoké és a reinjectióval kiváltott shok után mennyiségük hirtelen megcsökken, mélyen a rendes alá. Shok alatt tehát nagy histaminkiráramlás indul meg, ami magának a sejtizgalomnak következménye kell hogy legyen, mert izolált túlélő szövetek shokjában is ugyanúgy bekövetkezik. (*Bartosch-Feldberg* és *Nagel*). A kérdés bővebb taglalása nem célunk, e tekintetben *Feldberg* és *Schilf* munkájának megfelelő fejezeteire utalunk.

Igazoltnak tartjuk ezek szerint azt a föltevést, hogy allergiás állapotokban annak a histaminnak van döntő szerepe, mely a túlérzékeny szervezetben az antigen-antitest találkozásakor a sejtekből felszabadul. Föltehető továbbá, hogy az antigen behatolási kapujától függően változó a hyperergiás gyulladás helye is és így a histamin asthmában a bronchusok, urticariában a bőr, szénalázban az ornyálkahártya és szemkötőhártya, migrainben az agy véredényeinek sejtjeiből válik szabaddá és okozza az illető betegségre jellemző helyi és általános tüneteket. Természetes volt ezek után a gondolat, hogy allergiás betegeket kintről bevitt, exogen histaminnal kísérjük meg betegségükkel szemben ellenállóbbá tenni. Remélhető, hogy egészen kis, tört adagokkal kezdődő és lassan emelkedő histamin mennyiségekkel a szervezetet fokozatosan saját endogen-histaminjának hatásához is hozzá tudnók szoktatni, mert hiszen az endogen és exogen histamin között különbséget tenni nem tudunk. A növekvő adagban adott histamin talán fölemeli azt a küszöbértéket, melyen a mérgezési tünetek már megnyilvánulnak és így elképzelhető lenne, hogy bár az antigen-antitest találkozás megtörténik, a felszabaduló mérgezés mégsem okoz akkor megrázkódtatást, sőt esetleg a szervezetet teljesen hozzá tudnók szoktatni a histaminhoz, úgy hogy rohamnak többé nem is szabadna támadni. Állatkísérletben már többeknek sikerült a histamin iránti érzékenységet ilyen módon csökkenteni, olyannyira, hogy pl. *Eichler* és *Kilian* állatai a halálos adag többszöröséhez is hozzáedztek. *Ramires* és *George* 10 asthmás beteget kezelt histaminnal, javulást azonban csak két esetben láttak. *Stahl* és *Masson* 19 esetről számol be, ebből 15 jelentékenyen javult. *Friedländer* és *Petow* histamin befecskendezéstől migrain esetében tapasztalt jó eredményt. Nagy anyagon pontosan kidolgozott módszerrel *Dzsinich* ért el jó eredményeket, a kezelést egészen kis adagokkal kezdte, lassan emelkedett addig a határig, amelyet tapasztalatai alapján allergiás betegségekben át lépni nem ajánlatos. Kezelési menetét a későbbiek folyamán még pontosan ismertetni fogjuk. A betegek nagy része 10—12 befecskendezés után lényegesen javult, úgy hogy azt állíthatjuk: helyes technikával és egyéni adagolással tartós és kielégítő eredményt és hosszú ideig teljes panaszmentességet biztosíthatunk. *Gottsch* és *Woldrich* iontophoresis útján transcutan vitték be a histamint és igen jó eredményeket értek el. Nagyobb anyagon, ugyanezen eljárással végzett kezelések igen kedvező eredményéről számol be *Gottsch* is.

Valószínűnek tartjuk, hogy a nem specifikus deszenzibilizálásra ajánlott módszerek hosszú sora végeredményben nem más, mint álcázott histaminkezelés. A pepton-injectiók ható anyaga is mindezek szerint histamin-szerű anyag. A bőr scraficálá-ával járó kezelések vagy a láztherapiák alatt, a szervezet sejtjeinek pusztulásával felszabaduló aminok szerepelnek. Hasonló folyamatok képzelhetők el a röntgenbesugárzás és egyéb sugár- és hőkezelések alkalmával is. *Thieberge* 110 asthmás egyik felének typhusbakterium-fehérjét, másíknak histamint adott intracután. Mindkét eljárástól feltűnő jó eredményt látott, a histaminnal kezeltéken a hatás jobb volt.

Majdnem az összes szerzők, kik histaminkezeléssel foglalkoztak, figyelmeztetnek arra, hogy a histamin-

injectio után az allergiás betegség hirtelen fellángolása következik be átmenetileg. Asthmás roham támadhat, vagy újabb urticariás eruptio. Klinikánkon három éve számos kezelés kapcsán ez átmeneti fellángolást magunk is gyakran észleltük, különösen asthmás betegeken, akik a kezelés előtt a rohamok sűrűn jelentkeztek. Egészen különböző reakciókat látunk histamin-injectiók után kifejlődni. Láttunk dermatitiseket, hőemelkedéseket, megváltozott jellegű asthmás rohamokat stb. Tekintettel arra, hogy a histaminkezelés ez esetekben is eredményteljén járt, igyekeztünk a kezelés kapcsán esetleg mutatkozó átmeneti fellángolásokat és egyéb kellemetlenségeket valami módon elkerülni. Az eddig rendelkezésünkre álló antiallergiás gyógyszerek, mint pl. a tonogen, két oknál fogva is alkalmatlannak látszóttak ezek megszüntetésére. Egyrészt azért, mert a histamin hatását lerontják, hiszen majdnem antagonistáknak tekinthetők, másrészt pedig gyakori alkalmazásuk nem közömbös a szervezetre. Ez a megfontolás késztetett arra bennünket, hogy a histaminkezelést oly szerrel támogassuk, mely hatását nem rontja le, az átmeneti fellángolásokat és egyéb kellemetlenségeket azonban kiküszöböli. Erre a célra a *magnophyllin* (*sec. Richter*) (1 ampulla 10%-os magnesiumsulfat oldatot és 0.01 g. theophyllint tartalmaz) látszott alkalmasnak, mert egészen más úton, a vízanyagcsere rendezése által fejti ki hatását.

Allergiás betegségekben a szervezet vízmegkötő képessége megnő és a rohamok erősségétől és gyakoriságától függően napok vagy hetek múlva szűnik csak meg. A bevitt folyadék mennyiségének egy részét visszatartja és a szövetekben köti meg. A szövetek víztartalma nő, amit a hasi szervekre és a bőrre vonatkozólag ki is lehet mutatni (*Paul*). A szövetek vízaviditása és egyben vízenyőssége akkor is bekövetkezik, ha a beteg allergiás rohamai alatt folyadékot nem is vett magához, mert saját vizét mozgósítja, a vérből a szövetek felé. A vér besűrűsödik, a haematokrit és vörös vérsejtszám megszapordik. A vízforgalom fentvázolt zavarának rendezése, melyet magnophyllinnal sikerült elérni, az allergiás készsége nagyon csökkenti. A heveny rohamot egy befecskendezéssel épűgy sikerül leküzdeni, mint ahogy a sorozatos befecskendezések az általános készsége is csökkenthetik, mert hiszen a vízforgalmi zavarok nemcsak a rohamok alatt, hanem után is még jóideig fennállanak (*Paul*).

A fent kifejtettek alapján allergiás betegeken a két különböző elven alapuló kezelést egy közös módszerben egyesítettük és a lentiekben már a magnophyllin + histamin együttes kezelés eredményéről számolhatunk be. A kezelést a felvételkor minden esetben azonnal megkezdjük, függetlenül attól, hogy a beteg rohamai ritkán avagy sűrűn jelentkeztek-e.

Eljárásunk a következő volt. Naponta 10 ccm. magnophyllin *sec Richter*-t adtunk érbe. A befecskendezést lassan végeztük, hogy a velejárási melegézés ne váljék kellemetlenné. A befecskendezéseket mindaddig folytattuk, míg a beteg teljesen rohammentessé nem vált és míg meg nem bizonyosodtunk arról, hogy az emelkedő histaminadagok nem lobbantják ismét lánggra. Kb. 10—20 napon keresztül adtuk. Már az első nap hozzákezdünk a histaminkezeléshez is, amelyet másodnaponként növekvő adagokban fecskendeztünk bőr alá. Az első adag súlyosabb esetekben 0.0001 mgr. histamin volt, melyet első ízben intracután alkalmaztunk és csak azután térünk rá subcutan adagolásra. Tízszáz mgr.-ról csak akkor mentünk vissza a százszáz mgr.-ra, ha az intracután befecskendezés a rendes helyi reakción felül általános tüneteket is okozott. Kezelésre a *histamin sec. Richter* egyezrelékes oldatának physiologiás konyhasóval végzett hígításait használtuk. A hígítások a következő képen készülnek: Az ampullákban levő egyezrelékes his-

tamin oldatból egytized ccm.-t szívunk fel és felhígítjuk 10 ccm. physiologiás konyhasóval, úgy hogy az így elkészített oldatnak 1 ccm.-re 0.01 mgr., 0.1 ccm.-re 0.001 mgr. histamint tartalmaz. Ha ennek 0.1 ccm.-ét ismét 10 ccm.-re hígítjuk, akkor ennek a második oldatnak 1 ccm.-e egyezred mgr.-ot és 0.1 ccm.-e pedig egytizedred mgr. histamint tartalmaz. Ujabbán a Richter-gyár *histamin dilutiones I., II., III.-t* hoz forgalomba, ezzel az egész kezelés nagyot egyszerűsödött. Az adagok növelése a *Dzsinich* közölte séma szerint történik, amelyet itt is közlünk.

Súlyosabb asthma:	Enyhébb asthma:
1. nap 0.00001 mgr. hist. 1. c.	0.0001 mgr. hist. 1. c.
2. „ 0.00001 „ „ subc.	0.0001 „ „ subc.
3. „ 0.00003 „ „ „	0.0003 „ „ „
4. „ 0.00006 „ „ „	0.0005 „ „ „
5. „ 0.00008 „ „ „	0.0008 „ „ „
6. „ 0.0002 „ „ „	0.001 „ „ „
7. „ 0.0005 „ „ „	0.004 „ „ „
8. „ 0.0008 „ „ „	0.007 „ „ „
9. „ 0.001 „ „ „	0.009 „ „ „
10. „ 0.003 „ „ „	0.01 „ „ „
11. „ 0.005 „ „ „	0.01 „ „ „
12. „ 0.008 „ „ „	0.01 „ „ „
13. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
14. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
15. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
16. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
17. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
18. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
19. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „
20. „ 0.01 „ „ „	0.01 „ „ „

Számos beteget orvosoltunk a fent leírt vegyes magnophyllin + histaminnal. Valamennyi esetünket felsorolni azonban nem tudjuk, mert a betegek nagy része, amint jelentősen vagy teljesen megjavult, kezelésre többé nem jelentkezett. Azon eseteket, amelyekben a kezelést teljesen be tudtuk fejezni, a következő összeállításban közöljük:

Diagnosis	Magn.inj. száma	Histamin	Rohammentes
Asthma br.	10	teljes kúra	10. nap óta
„ „	10	„	11. „ „
„ „	9	„	7. „ „
„ „	8	„	6. „ „
„ „	13	„	21. „ „
„ „	19	„	23. „ „
„ „	11	„	12. „ „
„ „	4	„	6. „ „
Urticaria <sup>1</sup>	8	„	9. „ „
Rhinitis vas. <sup>2</sup>	20	„	18. „ „
Conj. vernalis <sup>3</sup>	13	„	
„ „	10	„	
„ „	12	„	

#### Megjegyzés

<sup>1</sup> Tejérzékenysége megszűnt

<sup>2</sup> Gyógyult.

<sup>3</sup> Állapota fokozatosan javul.

Az allergiás állapotok igen különféle formáit vettük kezelés alá. Kezeltünk — egy részét sajnos csak ambuláns — asthma bronchialét, urticariát, migraint, Quinke-oedemát, rhinitis-vasomotoricát és conjunctivitis vernalist. Teljes tudatában vagyunk annak, hogy az allergiás betegek kezelésében psychikus tényezőknek is jelentőséget kell tulajdonítanunk. Minden újabb kezelési mód eredményeinek megítélésakor óvatossággal kell eljárni. Betegeink javulása azonban annyira meglepően egyöntetű és nagyrésztükben annyira tartós, hogy tovább észlve őket, egyesek több hónapon, sőt van aki két éven

át rohammentes maradt, hogy joggal tekinthetünk el suggestiv hatásoktól. A kezelések jó eredményeivel igazoltnak látjuk fent ismertetett elgondolásunkat és a tartós javulás elérését tényleg úgy képzeljük, hogy a magnophyllin a vízforgalom befolyása révén a heveny föllángolásokat előzi meg, miközben a növekvő adagban adott exogen-histaminnal hozzászoktatjuk a szervezetet az antigen-antitest találkozásokor létrejövő sejtizgalom kapcsán felszabaduló endogen-histaminjához. Az elmondottak alapján minden allergiás betegség kezelésére az általunk ajánlott vegyes magnophyllin + histamin módszert igen alkalmasnak tartjuk.

A székesfővárosi XI. ker. Tüdőbeteggondozó Intézet közleménye. (Vezetőfőorvos: Ifj. Zsögön Béla.)

## Endovasalis jódekezelés a tüdőorvoslásban.

Irta: Nemes J. György dr.

Frank „Encyclopaedia“-jának 1855-beli kiadásában a jódot mint erőlyes huyhajtót és antiskrophulotikumot ajánlja, különösen káliumhydrojodid alakjában. Evtizedeken át így a jódkálium volt a jódekezelés formája s leginkább per os vizes oldatban. Mirigyes bántalmak, anti-luetikus kúrák elengedhetetlen velejárója volt a jód, nem is szólva az érlemeszesedésben és más érbántalmakban csaknem egyedüli szerepéről.

Valamennyi szerző elismeri, hogy a jód főleg kis adagokban értágító és permeabilitást növelő, ez már nemcsak „homoeopathia involuntaria”, hanem tudományosan is megállapított tény, melynek mechanizmusa a jódvérzést elsősleges növekvésétől a pajzsmirigy jódepotjának gyarapodásáig ismert. *Brugsch* szerint a jód így a pajzsmirigy működésének élénkítése útján javítja a vérkeringést, valószínűleg fokozódik a pajzsmirigy jódeleadása is, ami *Guggenheimer* és *Fischer* szerint mikrojódfelhalmozódás útján fejti ki értágító hatását nemcsak a központi, hanem a környéki arteriolákra is.

A tüdőalveolusok arterioláinak tágulása jobb és bővebb átáramlásuk révén járulhat a köpethígításhoz és — amj tüdőgyógyászati szempontból nem elhanyagolandó — a toxikus tüdőváladék könnyebb kiküszöböléséhez is!

A tüdőbeli köpeteltávolításnak a köhögéscsillapításon kívül ugyanis célja, hogy a lázokozó toxinok, de nem csekély mértékben maguk az (saválló) élő és pusztuló bacillustömegek is eltávolodjanak, tehát a kötőszövet-duzzasztással és vízbőséggel járó secretiót fokozó és mucinoldó tulajdonságánál fogva a jód a köpetürítést könnyíti és bizonyos tekintetben így sterilizációs távhatású is.

Igy próbáltunk közelébe jutni a tüdőgyógyításban használatos jódepectorantia mechanikai magyarázatához akkor, midőn az eddigi perorális jódekezelést sok célszerűséggel pótló parenterális adagolásra mutatunk rá.

A köptető és váladékmozgósító szerek nagy sorában ugyanis a gyógytőrekvés olyan készítményekig jutott, melyek kikerülnek a szájon át alkalmazott adagolás nehézségeit. Sok betegnek gyenge a gyomra, mások bizonyos szaggal, ízzel szemben érzékenyek, sokszor pedig maga a nyálkaürítés kínos hányingert okoz.

Ettől eltekintve, lehetővé válik a gyógychemia értékesebb jódekezelésének bekebelezése. A vizes jodidok mint sóoldatok egyrészt nyálkahártya izgatók is, másrészt resorbtiójuk, kiválasztásuk is gyorsabb, mint akár olajokhoz, akár még lassú felszívódású és deponálódású colloidokhoz kötött jódekezeléseknek. E készítmények lassú jódfelszívódását és kiürítését *Kornick* és *Moll* állat-

kísérletei igazolták, a vizeletbeli kiválasztás hetekig elnyúlik és jó és gyors felszívódásuk ellenére, elegendő *optimális jódraktárt létesítünk* anélkül, hogy túlságos hosszúra nyúljának kiválasztásukat.

Másrészt a legtöbb jodid jódionjai nem is lipotropok, nem tudnak felszívódásuk útján lipoid szövetekbe, agyszövetbe hatolni, ami nemcsak specifikus folyamatokban (lues), hanem pl. tüdőfolyamatokban is eddig hátrányos volt, míg a szerves jódkészítmények és jódcolloidok sedatív hatást pl. asthmában *Januschke* mutatta ki (Wien, Med. Woch. 1926. 50. sz.)

És míg a jódkáliák egyik fontos javallatának tekintették a gyors felszívódást és kiküszöbölődést, addig ma nemcsak a toxinok együttes kiürítését tartják főcélnek, hanem a szervezet sejtjeinek teljes áthangolását is, amit *omnicellularis* reakciónak neveznek s nálunk *Sellei* és *Beck* e célnak elérésére a *parenterálisan adott jódkészítményeket* ajánlja.

Az, hogy a csak intramusculárisan adható jódolajokkal szemben a Richter gyár most intravenásan is alkalmazható colloidális jóddatokat hoz *vasojod* néven forgalomba, szintén ezen az elgondoláson épült fel nagyrészt, mert az intravenásan a szervezetbe juttatott colloidális anyagokhoz hasonlóan a colloidálisan oldott jód is a reticuloendotheliális rendszerben halmozódik fel, ami köztudomás szerint a *szervezet védőfolyamataira gyakorol hatalmas ingert*. A vérkeringés útján a tüdő reticuloendotheliális szerveihez közvetlenül juttatott colloidális jód így a tüdőbántalmak egész sorában lesz képes ugyancsak védő és gyógyító szerepet vinni. Itt tehát nemcsak egyszerű hurutoldás, felszívódás lesz a hatása, hanem *tényleges blokádszerepet is betölthet egy-egy gócnak, avagy cavernarendszer körül*. Hogy a colloidális oldatokkal szemben a valódi oldatokkal mennyivel hatásosabb gyógykezelés folyhat, azt v. *Jancsó* vizsgálta kísérletileg és bebizonyíthatta az alkalmazott gyógyszer mennyiségének csökkenési lehetőségét is.

Igy vált lehetővé, hogy a Richter gyár által forgalomba hozott *vasojod* 2 ccm-es ampulláiban fehérjementes, igen finom disperzitású védőcolloidhoz *mindössze 0.2%-nyi elemi jód van kötve*, melynek mennyisége, elosztása és felületi hatása a legkedvezőbb. Az érbejuttatott anyag sem az érfalakra thrombotizáló hatást nem okoz, sem általános reakciókat nem vált ki. Legutóbbi kísérleteink szerint megfelelő vénával nem rendelkező egyéneknek, avagy még lassítottabb hatást kívánó esetekben minden szövettizalom, avagy fájdalom nélkül adható izomközé is, ami a szerencsés összetételének még nagyobb előnye. Lehetőség nyílik így az alkalmazás változatosságára is, mert heti kétszeri intragluteális befecskendéssel kívül naponta, vagy másnaponként érbe is adhatunk *vasojodot*.

Nem állítjuk, hogy a *vasojod* egyetlen parasitotrop hatású, de megállapíthattuk közvetett hatását mind atoxikus, mind hurutsökkentő szempontból, sőt az intermediaer anyagcsere kedvező befolyásolása által a kóros szövetszaporulatok, kötőszövetes elemek megkisebbedése révén.

Tüdőgyógyászati javallatai is ilyen tág lehetőségűek. Legtermészetesebbnek látszik a régi jódicatiók alapján mindamaz *öregkori phtisikusok* esetében való adagolás, ahol rigid tüdőrostozottság, meszes érfalak, szívós nyákok vannak előtérben, továbbá genuin, vagy vicariáló emphysemák, chron. bronchitis, asthma bronchiale esetében. Több ilyen esetben csaknem euphorias megkönnyebülést mutatott endovasalis másodnaponkénti jódkelésünk. Arteriosklerozissal kapcsolatos bronchitis chronikák kinzó általános panaszai gyorsan megszűnnek, a köhögés

kevesbedik, a fejfájás rendszeren jelentékenyen csökken. Számításba kell venni természetesen itt is jóderzékenyebb egyéneket, akik eleinte talán fejfájást jeleznek, később, egy heti szünet után folytatva és némileg ritkítva a kezelést, ez eltűnik. (A vérpályán való jódadagolás előnye, hogy nyirokutak kikerülésével bőri jodizmus nem jelentkezik.)

Azokban a gümös esetekben, ahol eddig a köpet előidézésére jódkálit itattunk (pl. diagnostikai köpetvizsgálat céljából) szintén előnyös lesz a *vasojod*.

Igen szép eredmény mutatkozott két betegen: a retahált tüdő parenchimája röntgennel ellenőrzött szép feltisztulást mutatott. Egyik nőbetegünkön a cavernaüledék feltisztulását láttuk, egy másikon a pleurális izzadmány maradékának és a pleura megvastagodásában gyors felszívódását észlelhetjük.

Ugy látszik, a tüdőgyógyászatban a jódnak sokkal nagyobb szerep juttatható, mint eddig, mióta az endovasalis colloidális jódadagolás útja megnyílt. Eddigi észleleteink azonban azt mutatják, hogy a jód a *megnyugvóbb folyamatok*, phtisisek, hilus és pleurabetegség protrahált és utókezelésében lesz nélkülözhetetlen. Így oly esetekben, amikor pl. a calcium adása már-már műhibának látszik, pl. pleuraöszenövések, merev tüdőerek és rostozottságok eseteiben a *jód colloidduzzasztó, felszívódás-fokozó, permeabilitásnövelő szerepe kívánatosabb*. Érdekes az a tapasztalatunk, mely a jódadagolás után bekövetkező köpetürítés gyors csökkentését mutatta. Berlinerolajinjekcióktól nem javuló, bőven köpő betegek adva *vasojodot*, a köpet hígulásán kívül csakhamar azt panasolta a beteg, hogy kezd „nehézren könni”. A bacillus lelet igen erős csökkentése mellett, úgy látszik, bekövetkezett a gyulladáshörgutak colloidális áthangoltsága, a váladék transsudatio befelé áramlása és felszívódása, a kötőszövetzaporulat kisebbedése és gyógyulási reakciója. (Egy crúcsüreg esetében is jól láthattuk a körkörös heg-szövet összeesését.)

A jódnak ezt a hörgőkbeli váladékot felszívódásra alkalmassá tevő hatása az összes expectoránsoknál is *előkelőbb szerepet szán*, hiszen jól tudjuk, hogy ezzel a hatással sem a salináliák, sem a saponáriák nem rendelkeznek.

Külföldi szerzők is elismerik a jód ily sikerét a tüdőgyógyászatban. *Delrat* a légzőutak betegségeiben és a tbc. megelőzésben is szerepet ad, *Loumos*, *Voizard* a jódnak a gümös góca való chemotherapiás hatását emeli ki, *Maberly* a serotikus tüdőfolyamatokban adja guajacollal egyidejűleg, *Rodet* terpentinnel vegyesen.

Véleményünk szerint a gyógyszerkombinációk egész sorával támogatható a *vasojod* adagolása.

Ami a tilalmakat illeti: miliáris, caseosus, heveny lázas folyamatokban és vérzési hajlamban nem szabad adni. Gyógyszerkönyvek általában vérzési lehetőségekről beszélnek a tüdőgümőkórnak jódkelésével kapcsolatban. Ez így általánosságban nem fogadható el. *Schneider-Pollak* bécsi közlései szerint nem láttak parenterális jódtól sem haemoptoet, sem hyperthyreoidizmust. Egyetlen haemoptoes betegünk szerepelt a *vasojod* kezeléssel kapcsolatban. Világos, hogy a jód, mint olyan, nem haemostypticum. Az ilyen esetben a jód kihagyandó. (Vérzését fibrocacozus destructio, arrosio okozta.)

Minden fentebb említett tüdőgyógyászati esetben a *vasojodnak* bátran adhatunk előnyt, mert ez az új magyar készítmény a pharmacobiologiai elvek egész sorával bizonyítható fejlődést ígér a belorvoslás e részében.

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

## Dorso-anterior fejtetőtartásos szülés esete.\*)

Irta: Jenő Andor dr.

A Zbl. f. Gyn.-nak 1935. 23. számában a göttingeni klinikáról Nordmayer egy dorso-anterior fejtetőtartásos szülésről számol be s egyben összefoglalja a világirodalomban eddig leírt 9 ilyen esetet.

Ezen rendellenesség elnevezése Martius-tól származik. Ha az előidéző okokat tanulmányozzuk, úgy azokat mind a medence elváltozásaiban, mind a magzati koponya részéről fennálló eltérésekben találjuk meg. Igen tág, továbbá rachitikus lapos medencénél, a medencefenék izomzatának elváltozásainál ép úgy előfordulhat a dorso-anterior fejtető-tartás, mint kicsiny magzatnál, vagy a magzati koponya alakváltozásainál.

Az irodalomban közölt esetek okai nem egységesek. A szülésmechanizmus ily megváltozását először- és többször szülőnőknél egyaránt észlelték. A mechanizmust Rossenbeck írta le, melynek lényege az, hogy a koponya beigazodásánál nem a kiskutacs kerül a symphysis alá, hanem a kiskutacs felett 1—2 harántújjnyira történik a megtámaszkodás, az arc a gát tájon gördül ki s a koponya a szeméremrésből történt kilépés után is egyenes irányban halad lefelé.

Hasonló esetet észleltünk az I. sz. női klinikán. 1935. XII. 17-én, 33 éves harmadszor szülő nőt vettünk fel a klinikára, akinek az előbbi két szülése szintén klinikánkon teljesen simán folyt le. A medence méretei: 25, 28, 21, 32 és a promontorium nem érhető el, a linea terminalis nem járható körül. A szülés 14 óra alatt folyt le, ebből 11½ óra a tárgulásra, 1 óra a kitolásra és 1½ óra a lepényi szakra esett. A burok kétujjnyi méhszájnal megrepedt s a magzatviz erősen meconiumos volt. A szülés előtt 2½ órával belső vizsgálatot végeztünk, mikor is 4 ujjnyira tágult méhszájnal a bemenetre nyomott csontos nagy koponyát találtuk, melynek nyilvarata harántban fut, kútsót a kislama nagyságú fejdaganat miatt tapintani nem tudtunk. Jó fájások mellett a méhszáj rövidesen eltűnik s a koponya 1 óra múlva sem haladt át a bemeneten, úgy hogy az volt a benyomásunk, hogy téraránytalanság állhat fenn. A fájások gyógyszeres fokozásával, majd pedig Willink-párnára fektetéssel haladt át a koponya a bemeneten. Majd mikor a szeméremrésen kigördült, nem normalis koponyatartásban, hanem ú. n. turrikaphal megnyúlásában született meg. A subocciput nem támaszkodott meg a symphysis alatt, hanem atypikusan a fejnek a kiskutacs előtt 2 harántújjnyira lévő része támaszkodott meg a szeméremcsont alatt, s ilymódon a nagykutacs volt a vezérpont. A gát előtt kigördült a fejtető, a homlok, s az orrgyök, majd megszületett az arc többi része is. Az arc kiemelkedő részei, főleg az orr a szülés okozta duzzanat következtében teljesen eltűnt s az egész arcot vastag rétegben magzatmáz borította. Legelőször fejlődési rendellenességre gondoltunk, majd a magzatmáz eltávolítása után láttuk, hogy az orr teljesen oldalfelé lapult, sőt a nyomatás következtében rajta véraláfutások láthatók. A magzat livid asphyxiában született meg, nyákszívással, bőringerek alkalmaszásával sikerült az érett leányújszülött légzését megindítani. Az arcon lévő duzzanat csak órák múlva fejlődött vissza, s az arc csak lassan nyerte vissza rendes formáját. A magzat súlya 3400 gr., hossza 52 cm., fejkerülete 36 cm volt (koponya átmérői: bt. 7.3, bp.: 9.0, fo.: 10.0, mo.: 12.8, fr. so.: 9.5).

A Sellheim-féle elmélet szerint a hajlító erő a legkisebb ellenállás irányában fejti ki a hatást.

Fejtetőtartásnál az arc a fej deflexiója révén a fejnyaki ízület tengelye felé tolódik el. Mivel az arcél közelebb van a fejnyaki ízület tengelyéhez, mint az occiput, így a szülőerők hatására a koponya az elhajlás facillimumát akkor követi, ha az arc fordul a szeméremcsont alá. Tágabb medencénél, többször szült nőkön u. n. brady-

kephal, turri-kephal koponyánál ez a kényszer megszűnik, ilyenkor az arc a keresztcsont felé is fordulhat (rotatio), vagyis ilyenkor az arc nem a szeméremcsont alá, hanem a gát felé fordulva gördül ki.

Esetünkben a koponya első forgása (flexio) nélkül nem a suboccipito-bregmaticus átmérővel, hanem a fronto-occipitalis átmérővel igazodott a bemenetbe, amelyen az áthaladás csak lassan történt meg. (Fejdaganat, meconiumos magzatviz.) A fej valószínűleg a tág medence miatt arccal a keresztcsont felé fordulva végzi a rotatiót, úgy, hogy a tarkó, a hát, az anya hasi oldala felé fordul. A kimenetben a fejtető a kiskutacs előtt 2 harántújjnyival támaszkodik meg a symphysis alatt.

Az arc elváltozásai valószínűleg a bemeneten áthaladás alkalmával keletkeztek, amikor is a koponya a fronto-occipitalis átmérővel haladt át a bemeneten s az arcél közvetlenül érintkezett a szülőcsatorna csontos bel-felületével.

A gyermekágyas hőmérséklete az első napon 38.5° C, a második napon 38° C, harmadik 39° C, majd fokozatosan csökken a láz, a X. naptól kezdve láztalan. A has az első 3 napon puffadt s nyomásra érzékeny, de az érzékenység jégtömlő és borogatás alkalmazására lassan megszűnik. A klinikáról történt távozáskor végzett belső vizsgálatkor: a hüvely tág, a méhszáj zárt, a méh lúdtójasnyi s környezete szabad, nem érzékeny. A 6 hét múlva végzett ellenőrző vizsgálatkor elmondja, hogy az eltelt idő alatt teljesen egészséges volt.

Az újszülött láztalanul, jól fejlődött. Távozáskor súlya: 3450 gr. volt.

Jellemzők ezen szülési mechanizmus ritkaságára Kovács professor könyvének erre vonatkozó sorai: „Egyesek szerint — Ahlfeld, Lindig és v. Jaschke — rendkívül ritka kivételképpen előfordulhat dorso-anterior fejtetőtartás is előreforgó nyakszírttel. Ha ezen észlelések helyesek volnának is, azok ritkasága mitsem változtat az általános elveken.”

Szóban lévő esetünket főleg azért közöltük, hogy ezen rendellenességre a figyelmet felhívjuk, mert hasonló szülés bizonyára gyakrabban fordul elő, mint általában gondolnók. Azonban a belső vizsgálat kiküszöbölésének elve kizárja a szülésmechanizmus részleteinek gyakori ellenőrzését. Holott adott esetben szükségünk lehet ennek a szülésmechanizmusnak ismeretére.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

A jóindulatú tüdődaganatokról. W. Hollman. (Med. Klin. 1936. 47. sz. 1585 o.).

Jóindulatú tüdődaganatok az irodalmi adatok szerint igen ritkán fordulnak elő. Geipel 348 bronchusrák közül csak két jóindulatú daganatot talált. Többen írtak le neurofibromatosis Recklinghausenben eseteket, melyekben a bronchus nyálkahártyája alatt ülő fibroma okozott súlyos légzési nehézségeket. A szerző 3 jóindulatú mellkasi daganat esetről számol be. Egyik betege 34 éves férfi, ki egy év óta főleg munkavégzéskor erős nehézlégzéses s köhögéses rohamokat kapott. A mellkas röntgenvizsgálata negatív volt. Egy köhögésroham alkalmával a beteg haemoptoet kapott, melylyel borsónyi adenoid polypnak bizonyuló tumordarabot irtett. Bronchoskopia útján a jobb főbronchusban ülő polyp többi részét is sikerült eltávolítani. Másik betege, akin a tünetek főleg a vena cava superior területére localisálódó pangásban nyilvánultak, boncolásra került, midőn jobb rekesz pleurából kiinduló férfikölnyi, nem összekapaszkodott fibromát találtak. Harmadik betege 38 éves nő, akin a röntgenvizsgálat a jobb mellkasfélben a lapocka közepéig érő fel-felé homorú, élesszélű intenzív árnyékot mutatott, mely az oesophagust és szívet balra, a májat pedig lefelé tolt. A klinikai kép egy éves megfigyelés alatt nem változott és a rosszindulatúságnak semmi jelét sem mutatta, s így valószínű, hogy e betegnek is jóindulatú tüdődaganata van.

Augustin dr.

\*) Előadva a Magyar Nőorvos Társaság 1936. június 5-én tartott nagygyűlésén.

**Ligamentum flavum okozta gyöki tünetek.** *Abbott, (J. Amer. Med. Assoc. 106. k. 2129. o.)*

Rendszerint trauma következtében, néha kimutatható ok nélkül megvastagodott ligamentum flavum okozhat gerincvelői, vagy cauda equina-gyöktüneteket. Az irodalomból összegyűjtött néhány eseten kívül ismerteti saját operált esetét.

*Perémy dr.*

**Radiculoganglionitis gyermekeken.** *Davis, (Journ. Amer. Med. Assoc. 107. k. 1620. o.)*

5 év alatt több, mint 250 gyermekben észlelt meghűlést, a felső légutak hurutja után legtöbbször a törzs bőrszervéneire kiterjedő kisebb-nagyobb, egy vagy kétoldali hyperaesthesiás-hyperalgesiás, nyomásérzékeny, spontán fájdalom-maj járó öveket. A hideg-melegérzés, a vibrációs érzés és a Weber-körök normalisak voltak. Bénulás, reflexhiány, vizelezavar nem fordult elő. 2 esetben herpes zoostert látott. A liquorlelet és a vérkép normalis volt. Néhány hét alatt teljes spontán gyógyulás következett be. Neurotrop virusra vagy a herpes abortiv alakjára gondol.

*Perémy dr.*

## Sebészet.

**Az icterus haemolyticus sebészi kezelése és annak eredményei.** *R. Grégoire, (La Presse Médicale 1936. 97.)*

Megállapítja, hogy az összes ajánlott kezelések közül egyedül a lépküirtás ad teljes eredményt, ezzel a beavatkozással szemben semmilyen más gyógyszeres kezelés nem hasonlítható össze. A lép vörösvérsejtet pusztító hatása akkor vezet nagy vérszegénységre, ha a vörösvérsejteknek veleszületett elváltozása van jelen, t. i. a vörösvérsejtképző szervek dystrophiája. A lép ezeket a gyengébb alkutú vörösvérsejtet pusztítja. Ez a betegség a fiatal kor betegsége s főleg *Debré* vizsgálata óta a a műtétet is minél korábban végzik. Súlyos vérszegénység jelenti elsősorban a műtéli javallatot, ritkábban a nagyfokú sárgaság, vagy a lép megnagyobbodása. Sokkal gyakrabban epehólyagtünetek adnak okot a beavatkozásra. (A Mayo-klinika anyagából 68%-ban volt epeköv a haemolytikusokban.). A lépküirtás ellenjavallata nagy láz, súlyos általános állapot, s igen nagy fokú vérszegénység. 1.200.000 az alsó határ, amely esetben még operálható a beteg. Néha a műtét előtti vértömlesztéssel még alacsonyabb vörösvérsejtszámmal is operáltak, de a vértömlesztésnek ilyenkor bizonyos veszélyei is vannak, s ezt az eljárást ezért csak feltétlen szükség esetén alkalmazzák.

*Móra Sándor dr.*

**Rheumatikus fájdalmak helyi kezelése izületkörüli és idegkörüli befecskendezésekkel.** *De Sèze, (Presse Médicale. 1936. 97.)*

A közlemény első része ugyanezen folyóirat 1935. évi 95. számában jelent meg. Itt most az idegkörüli befecskendezések kivételét ismerteti a szerző. Ülőidegzsába elven epidurális és mély paravertebralis idegtörzskörüli injectiókat ajánl. A Sicard- és Cathelin-féle epidurális injectio esetében térd-könyök helyzetben van a beteg, s a canalis sacra-ísa 6 cm hosszú tüvel adják a befecskendezést. *Barré* mély paravertebralis befecskendezéseit az V. ágyéksigolya harántnyulánya mellett adják be. Az idegkörüli injectiót *Lévy* és *Baudin* szerint ismerteti. A nagy tomport a kereszt-farok-csonti izületi összekötő egyenesbe, annak belső és középső harmadától 2 cm-re oldalfelé szúr be, 8 vagy 9 cm mélyre és 10—20 ccm oldatot juttat be. A lumbagó elleni paravertebralis befecskendezéseket is leírja, melyek lényegükben az ágyéki gyökök infiltrációjából állanak. A nyaki- és a felső-végtag-fájdalmak kezelése nyaki paravertebralis injectióval, a két utolsó nyaki gyök befecskendezésével, illetőleg a plexus brachialis környezetébe adott befecskendezésekkel történik. A nervus subcapularis, a radialis valamint az alkar idegein végezhető befecskendezések kivételét ismerteti még részletesen.

*Móra Sándor dr.*

## Szülészet.

**A meddőség műtéli kezelése a petefészkeknek a kürt-sarokhoz történő rögzítése által.** *Mikulicz-Radecki, (Zbl. f. Gyn. 1936. 25.)*

A meddőség oka 60%-ban a méhkürtök kétoldali megbetegedése a hasúri szíjadékok elzáródása következményes hydro-, vagy sactosalpinx képződéssel. Ily esetekben a meddőségen csak műtéttel lehet segíteni, úgy hogy az elzáródott kürtresztlet eltávolítása után különféleképpen igyekszünk a készített nyílás újabb elzáródását meggátolni; ez azonban csak ritkán sikerül, a megtermékenyülés kivételes, s ekkor is többnyire kürtterhesség következik be, mert a betegfalú kürt petevezető szerepének meg nem felelhet. A kedvezőtlen

eredmények miatt jogos az a törekvés, hogy a meddőségen a beteg kürtök felhasználása nélkül segítsünk. Az első ilyen kísérlet: a petefészkek beültetése a méh falába nem hozta meg a kívánt eredményt, egyrészt a műtét utáni szövődmények gyakorisága miatt, másrészt, mert a beültetett petefészkeknek a méhüregbe nyúló felszínét hamarosan kötőszövet-és méhnyálkahártya vonja be, megakadályozva az ovulatiót; de ha kerül is pete a méhüregbe, onnan előbb kiürült, mintsem beágyazódhatott volna. Célszerűbbnek látszik a két *Estes* által ajánlott műtét; ők a petefészket a kürt eltávolítása után a kürt-sarokhoz rögzítették, hol az a kürt megmaradt intramuralis részével kapcsolódhatott. Ifj. *Estes* 50 meddő nőn végzett ily műtétet, kik közül 4 később teherbe jutott. *Mikulicz-Radecki* maga is kipróbálta e biológiailag jól megalkozott műtét eljárást oly meddő nőknél, kiknek mindket méhkürtje beteg, s elzáródott volt. A kürtök kiürülése után egyik vagy mindkét tubasarak egy részét eltávolította, úgy, hogy itt fillérnyi, sima, sebészeti keletkezett, közepén a kürt nyílásával. Ezután a petefészket a ligamentum ovarii proprium megóvásával mobilizálta, rajta sima metszészapot készített, s ezt pontosan a tubasarak sebéhez illesztve, a petefészkek széleit vékony catgut-ültésekkel a méh-seb széléhez rögzítette, végül a műtét területét a kerek szalaggal, vagy a hólyag hashártyájával borította. E műtétet 9 esetben végezte, a betegek 10—14 nap alatt simán gyógyultak, a méhhez rögzített petefészkek jól megtapadt, tömös e-fajulás később sem mutatkozott. Terhesség eddig egy esetben sem következett be, de ez a műtétet óta eltelt idő rövidsége miatt nem lehet irányadó az eljárás eredményességét illetőleg, aminek megítélésére, — mint ifj. *Estes* adatai is mutatják — több évi észlelés szükséges.

*ifj. Mauks Károly dr.*

**Rövidhullámú gyógykezelés a nőgyógyászatban.** *Schumacher, (Zbl. f. Gyn. 1936. 33.)*

A sebészeti és belgyógyászati téren jó eredménnyel alkalmazott rövidhullámú gyógykezelés arra készítette, hogy azt nőgyógyászati téren is kipróbálja. A Siemens-féle „Radiotherm” készüléket használta, melyben 6 és 12 méteres hullámokkal lehet kezelést végezni. Szerző az irodalom eddigi adatai alapján 6 m. hullámokkal végzett kezeléseket. 125 beteget 1500 alkalommal kezelt, közben ellenőrizte a subjectiv panaszok, az általános és helyi lelet, hőmérsék, pulsus, vérkép és versejtszűlyedés változását. Sikeresen alkalmazta úgy gonorrhoeás, mint gyermekági eredetű subacut adnex megbetegedésekben. A hatás a panaszok azonnali csökkenésében, a helyi lelet javulásában nyilvánult. Az adagolással óvatosságnak kell lenni, mert a túladagolás következtében rosszabbodás áll be és pyosalpinx megrepedése folytán akár peritonitis is bekövetkezhet. Ezért 3 perces kezeléssel 18—19 Volt feszültség mellett indult ki és ezt naponként folytatva 2—3 hetes kúra alatt maximalisan 30 percig emelte a feszültséget 22 Volt-ig fokozva. Idősült folyamatokban 10 perccel kezdte és egy hét alatt 30 percre emelkedett. Az eredmények itt is jobbák voltak, mint a diathermiás gyógykezeléssel elért eredmények. Postoperativ haematomák és csontexsudatumok különösen jól reagáltak és igen hamar eltűntek. Tbc.-és folyamatokban óvatos adagolás ellenére úgy subjectiv, mint objectiv rosszabbodás következett be. Endometriosisok hasonlóan rossz eredményt adtak. Fontosnak tartja az eddigi adagolási mód pontosabb kidolgozását.

*Thaisz Kálmán dr*

## Szemészet.

**Keratitis parenchymatosa.** *Lazarescu, (Arch. d'Ophthalm. 53. 10.)*

A jassy-i klinika 349 esetét dolgozta fel a szerző. A szembetegek 4%-a szenved benne. Leggyakoribb az 5 és 20 év közt (77%). A nemek eloszlása egyenlő, 32%-ban volt egyoldali a folyamat, a többiben kétoldali. Szerzett syphilis 4%-ban fordult elő (20 és 40 év közt, jóindulatú.). Az anyák spontán vetélését 26%-ban mutatta ki.

Legfontosabbak a „heredo”-lues stigmáinak gyakorisági adatai (77%); nyirokmirigyek és tonsillák túltengése 43%-ban, Hutchinson-fogak 36%, tibia, kulcsont és orrcsont megvastagodása 19%-ban fordultak elő. Ritkább a teljes triász (6%), a nagyothallás és nyeregorr (mindegyik 6%). Még ritkább az olympusi homlok és rhagadok (4%), továbbá a gyakorinak tartott térdi hydrarthritis (2%). A Wassermann-reactio 83%-ban pozitív. Gyakori jel még a pofacsontok besüppedése, melyet az os malare és a felső állcsont agenesiája okoz. A két szem megbetegedése közt átlag 45 nap telt el. Az antiluetikus kezelés 87%-ban megakadályozza a 2. szem gyulladását. — A sérülésnek kiváló szerepe van. A kiséző szembajok közt iritis 10%, iridocyklitis 2%-ban jelentkezett. (A Wassermann-reactionál érzékenyebb eljárás

a luetin reactio, mely legjobban az intracutan adott Luotesttel végezhető. Az antiluetikus kúra megelőző szerepéről a nézetek nem egybevágók. (Ref.).

Grósz István dr.

**Szemglioma röntgenbesugárzása. Teräskeli.** (Acta Ophthalm. 14. k. 3—4. sz.).

Szerző 7 kétoldali glioma retinae-ben szenvedő kisgyermekről számol be. A rosszabb állapotban lévő szem eltávolítása után az egyetlen szemet röntgentherápiában részesítette. A 7 beteg közül csak kettő maradt életben, sőt egyik az utolsó szemet is enucleálni kellett. Tehát csupán egy szemben állította meg a besugárzás a daganat növekedését; a leadott sugár-mennyiség ez esetben elég kevés volt: 4600 r. 3 más esetben a mennyiség nagyobb volt, mégis tovább nőtt a daganat. Az egyes adag a gyógyult esetben és egy másikban (exenteratio ellenére halál) azonos volt: 100 r, a többiekben sokkalta több.

A szem-glioma primaer röntgenkezelése még kísérleti stadiumban van; bizonytalan hatása miatt csak az egyetlen látó szem kezeléseként kísérhető meg. Sem az egyes sugár-adagra, sem az összmennyiségre nézve határozott adatok nem állapíthatók meg a daganatszövet változó viselkedése miatt.

(Megjegyzendő, hogy az ilyen esetekben a rádiumbesugárzás angol mintára eredményesebb; a kis platinacsövet a sklerára varrják és bizonyos idő múlva eltávolítják. Másik megoldás a Wewe-féle diathermiás coagulatio. (Ref.).

Grósz István dr.

### Gyermekgyógyászat.

**Diphtheriás betegekben és bacillusgazdáiban található bacillusok pathogenitására.** Aicham. (Monatschr. f. Kheil. 1936. 67. k.).

Vizsgálatokat végzett abban az irányban, hogy beteg és egészséges gyermekek torok- és orrváladékából kitenyészett pathogen diphtheria-bacillusok mennyi idő múlva válnak apathogenné. Ezen vizsgálatok azt mutatták, hogy az eseteknek csak 27%-ában szűnt meg a diphtheriabacillusok pathogenitása és ebből gyakorlatilag az következik, hogy minden bacillusgazda veszélyt jelent a környezetére és azok elkülönítendőik addig, amíg a torokváladék negatív lesz.

Móritz Dénes dr.

**Veleszületett lueses csecsemő gyógyítása kis dosis spirociddal.** Gerth. (Monatschr. f. Kinderheilkunde. Bd. 67. H. 1-2. 1936.).

3½ hónapos, súlyos visceralis és bőrtünetekkel járó lueses csecsemőnek szerző 2 nap alatt 0.125 gr. spirocidot adott, mire erős Herxheimer-reactiót kapott. 7 napos pauza után 10 nap alatt per os összesen 0.115 gr. spirocidot adagolt, mire az összes lueses tünetek maradék nélkül eltűntek, úgy, hogy a toxikus dispepsia nyomán bekövetkező halála után a kórhoncnok luest kimutatni nem tudott.

Ezen esetből szerző a következő tanuságokat vonja le: Lueses csecsemők spirociddal való kezelésekor a dosirozás még ma sem tisztázott kérdés. A nagy dosisok adása ellen szőló egyrészt a gyakori fenyegető Jarisch—Herxheimer-reactio fellépte, amely esetleg maradandó elváltozásokat hozhat létre, másrészt a kis- és középnagy dosisoktól látott jó eredmények. A Herxheimer-reactio óvatos therápiával elkerülhető. Rossz tűróképesség esetén a spirocid azonnal elhagyandó. Az egyes lueses betegek spirocid-érzékenységének indicatora ezidőszert még ismeretlen, bár már lépések történtek ezirányban (vércsoportvizsgálatok: Kiss és Skrop). A további vizsgálatoktól várja szerző azt, hogy individualisan minden esetben az optimalis dosisal kezelhessük jövőben a betegeket.

Wollek dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Anleitung zur Schmerzbetäubung.** Prof. F. Härtel és H. Jencio. (Drezda—Leipzig. Steinkopff kiadás. Ara: 10. RM.).

A sebészi fájdalomcsillapítás területén az utóbbi évek során jelentős haladás történt. Régi eljárások módosításán és átértékelésén kívül új érzéstelenítő szerek s methodusok egész serege került felszínre, melyeknek értéke részben már általánosan elismert, részben még vita tárgyát képezi. A kérdéss állandó hullámzása kívánatos teszi olyan összefoglaló, tájékoztató munkák megjelenését, melyek annak pillanatnyi állásáról megfelelő helyzetképet nyújtanak. Ennek a célnak felel meg a szerzők most megjelent kis mono-

graphiája, mely különösen az orvosi továbbképzésnek fog hasznos szolgálatokat tenni. A könyvecske, mely minden elméleti ballasttól mentesen elsősorban a gyakorlat igényeit tartja szem előtt, két főrésze oszlik. Az első rész tárgyalja az érzéstelenítés különböző alakjainak javallatait a kis és nagy sebészetben, a különböző fájdalmas diagnosztikus beavatkozásokban (endoszkopia, próbapunctio, stb.), továbbá a baleseti és hadisebészetben. Külön tanulságos fejezet foglalkozik a kórisme és a gyógyítás szolgálatában álló érzéstelenítő eljárásokkal. (Trigeminusneuralgia, angina pectoris, megakolon, stb.).

A második rész egyenként veszi sorra a helybeli és általános érzéstelenítés céljaira szolgáló gyógyszereket és eljárásokat. (Local- és lumbalanaesthesia, inhalatiós combinált gáznarkosis, subcutan, intravenás és rectalis narkosisok.). Leírja az egyes eljárások technikáját, higgadt kritikával mérlegeli a különböző újabb, (néhány oldalról túlzottan dicsőített), altatószerek előnyeit, hátrányait és veszélyeit. Fontosabb új eljárások (Kirchner-féle magas nyomású local, öv-alakú spinalaesthesia, Härtel-féle Gasserducpunctio, stb.), kellő méltatásban részesülnek. A legfontosabb vezetési érzéstelenítési módszerek technikáját jól sikerült ábrák illusztrálják.

A könnyed stílusban írt, áttekinthetően beosztott kis könyv hasznos tanácsadója lesz minden gyakorló orvosnak és sebésznek, aki a sebészi fájdalomcsillapítás bármely kérdéséről röviden és gyorsan tájékozódni kíván.

Milkó prof.

**Belorvosok egyesületének alakulása, alapszabályai és I. nagygyűlésük tárgyalásai. (1931.)** (Kiadta: Angyán János prof., az egyesület titkára.).

Csak egy hete jeleztük jól megérdemelt dicsérettel a belorvosok társasága VI. nagygyűlésének (1936.) most megjelent jegyzőkönyvét és ime már kezünk között van az első alakulás és az I. nagygyűlés vaskos 379 oldalas kötete is. Úgy halljuk gyors egymásutánban még a hiányzó II—V nagygyűlés tárgyalásai is meg fognak jelenni ilyen teljes terjedelemben, referátumokat, előadásokat, bemutatókat és hozzászólásokat tartalmazó kötetekben és mindezeket tagilletményként megkapják az összes hátrálékban nem lévő tagok, sőt csekély ellenértékért, amíg a készlet tart, — az új tagok is. — Ez minden esetre igen vonzó lesz és a mai könyvdrágaság mellett nagy előnyt jelent a társaság tagjainak, mert épen a legactualisabb kérdésekben kap ezekből oly pompás tájékoztató összefoglalásokat, amelyek minden érdeklődőt kielégítenek és feleslegessé teszik a nagy kézikönyvek felkutatását és áttanulmányozását.

Ez a kötet 36 referátumban és előadásban az anaemiákkal, vérképzéssel, hepatitisekkel, oboesitással, hasnyálmirigy-füncióval stb. és vegyes vitákban a thrombosisal és embóliával, s a gyomorfekélyvel foglalkozik.

A tagbelépést, ez értékes jegyzőkönyvek megszerzésének egyedüli módját melegen ajánljuk kartársainknak.

Vámossy prof.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület dec. 11-i ülése

### Bemutatók:

**Perémy G.: Hypophysis-eredetű alacsony vérnyomás idült nephritisben.** Két testvéren észlelt puriglandularis körkört ismert: diabetes insipidus és tetania. Az egyik idült nephritis következtében uraemiás comában halt meg, vérnyomása igen alacsony volt és a testtartással változott. A hypophysis elülső lebenyében alig volt basophil sejt. Nézete szerint a hypophysisnek ezen fejlődési hibája miatt nem fejlődhetett ki a hypertensio a vesebaj következtében.

**Torday A.: A nyák kimutatásának jelentősége idült gastritisek körismézésében.** Idült gyomorhurut körismézésére a gyomor chemiai vizsgálatán kívül főleg a relieképeket és a gastroscopiát alkalmazzák. A bántalom körismézésében az éhgyomri váladék göröcsövi vizsgálatának, valamint a nyák mennyiségi kimutatásának is jelentékeny szerep jut. Ezek alapján az üledék göröcsövi váladék-vizsgálatának jelentőségével, a nyálkának Baltzer-módszer szerinti kimutatásával foglalkozik, továbbá a gastritis serosa körképével. A nyák szerepe az aciditásban a szabadsósav és összaciditás közötti nagy különbségben, chlormeghatározásban, az anaciditásban némelykor észlelhető magas chlorértékekben, továbbá a pH vizsgálatokban az alacsony aciditás mellett magas pH értékekben is megnyilvánul. Az epeutak idült gyulladással állapotában alacsony savértéket talált, míg epekövek esetén, ha azokat az epeutak gyulladással hurutja nem kísérte, a normacid és a hyperacid-értekek voltak túlnyomók. Ezen alapon

lehetséges az, hogy a máj működése és az epeutak állapota a gyomor secretiójára szabályozólag hat.

**Czeyda-Pommersheim F.:** Az orbáncról. A Szent László kórházban 3 év alatt kezelt beteganyagban szerzett tapasztalatairól számol be. Az orbánc a bőrnek streptococcusok által okozott azon megbetegedése, amely hevenyen, magas lázzal, rendszerint rázóhideggel kezdődik, a felszínről kiemelkedik, és határral bír, élénk vörös és a bőrben rohamosan terjed szét. Megtárgyalta a fertőzés behatolási lehetőségeit, az orbánc megjelenésének tüneteit, jellegzetes képét, a szinkülönbségeket, a terjedés módját. Klinikailag egyszerű, hólyagos, vándorló, phlegmonosus, elhalásos és üszkös orbáncot különböztet meg. Részletesen szólt a lázról, a rázóhidegről, az érelkésről, a szív megterheléséről, az üt- és visszerek és nyirokerek részvételéről. A zavartság, a nyelv, száj, garatür szárazsága, a hányás, kellemetlenül befolyásolják az állapotot. Orbánc esetében a tüdőszövődmények sem ritkák, a göccs tüdőgyulladásnak vándorló jellege van. A vizelet ellenőrizendő, a vesegyulladás sem ritka. A fejevérsejtszám az orbánc súlyosságával arányos. A vérkép balratolódott, sepsisben a vérszegénység kórképéhez hasonlít. Mint szövödmény nem ritka az agyhártyagyulladás, az agy, gerincagy, központi és környéki idegek betegségei. Az elkülönítő kórisma szempontjából szóba jön: a furunculosis, folliculitis, carbunculus, dermatitis, égés, napozás, quars, herpes zooster, erythema nodosum, exsudativum, az urticariák, a serumbetegség kiütései, a himlőoltás környéke, a nyirokérgyulladás. A nyálkahártya orbánc az orr, garat, gége, hüvely nyálkahártyáira vonatkozik, amely piros, lepedékes. Gyakori a streptococcus okozta torokgyulladás. A garat orbánc középfülgyulladást okoz. A gégeorbánc súlyos vizenyőhöz, gégemetszéshez vezet. A gyomor-bél orbánc ritka. Gyakoribb a genitális orbánc, amely veszedelmes a terhesség végén és a szülés után. Érzékenyek az orbáncra szemben az emlők. Súlyos szövödmény az izületek áttételes genyedeése. A legtöbb áldozatot szedi az orbánc a csecsemők közül. A halálozási arány 60%-ról 14%-ra esett. Az orbánc sokféle sajátosságát figyelembe véve, előadó felveti a kérdést, hogy az orbánc a fertőző betegségekhez tartozik-e? Az orbánc létrejöttéhez szükségesnek tartja a kórokozón kívül a szervezet olyan változását, amely azt érzékenyíti, illetőleg áthangolja a kórokozóval szemben. Véleménye szerint az orbánc fertőzés, de nem fertőző ragályos betegség. Az érzékenység fokozódik, aki orbáncra átesett, az bármikor ki van téve újabb megbetegedésnek. Beszél a kiújulásról, a visszaesésekről és azok megelőzéséről. Az elkülönítő kórisma szempontjából kitér az erysipeloidra, az erysipelas carcinomatosumra és az erysipelas staphylococcikára.

A második fejezet az orbánc kezelése. Itt felhívja a figyelmet arra, hogy az orbáncosok 90%-a magát is meggyógyul. Az orbánc kezelésének különböző lehetőségein táblázatok segítségével vezeti végig hallgatóságát. A tüneti kezelés első csoportja a helybeli kezelés, amely a bőr megvédését célozza. A zinkkenőcs híve, mely közömbös és nem marja a beteg bőrt. A borogatások közül jól hat az általános gyulladáshoz vezető jejes-vizes borogatás. Megemlíkezik többek között a röntgen és a quars jó eredményeiről, az általános erősítőszerekről, az alkohol jó hatásáról, a szíverősítők szükségéről. A chemotherapia megbeszélésekor részletesen tér ki a prontosil kiváló szerepére, elsősorban csecsemő-orbáncban. Beszámol a Sanochrommal és egy, még névtelen, új szerrel tett jó eredményekről. Az immunizáló szerek közül a phylaxia orbáncsavó és a reconvalescens savó képezte részletes megbeszélés tárgyát. A nem fajlagos ingerkezelésben pedig a tej kiterjedt használatáról szólt. Utalt az orbánc kezelésében a sebészeti kezelés fontosságára és a zárzóban azon nézetének adott kifejezést, hogy minden orbáncost a betegség kezdetétől a legerélyesebben kell kezelni, mert amikor a szövödmények már kifejlődtek, akkor már nem vagyunk a helyzet urai, akár a savó alkalmazásának, akár a chemotherapiás vagy a nem fajlagos ingerkezelésnek vagyunk is hívei. Ugy látja, hogy a közeljövőben a chemotherapia fog az orbánc kezelésében lényeges javulást hozni, a végcél azonban a fertőzés és megbetegedés megelőzése kell, hogy legyen, ami csak biológiai, illetőleg serológiai úton remélhető, azáltal, hogy a szervezetet ellenállóvá tesszük a kórokozóval szemben, helyesebben azáltal, hogy a fertőzéstől meg is védjük.

**Kanyó B.:** Bivkhaus nyomán a Szent László kórházban kezelt, súlyos orbáncos betegektől elkülönített streptococcus-törzsek toxinjaival immunizálva, az orbáncsavót is sikerült előléptetni — vörhenysavó mintájára — az antibakterialis savók csoportjából az antitoxikus savók közé. 8 év előtt megkezdett kísérleti orbánc, sepsis és vörheny immunsavókkal — toxinközömbösítési, agglutinációs és fermentációs próbák alapján — nem tudták az orbánc streptococcusok különállását a vörheny és sepsis esetekből származó streptococcusokkal szemben igazolni. Inkább kvantitatív, mint kvalitatív

különbségek voltak megállapíthatók. Ugy látszik azonban, hogy az orbáncsavónak a specifikus toxinokat erősebben közömbösítő hatása a beteganyagban is érvényre jut és hatása emiatt felülmúlja egyéb streptococcus savók hatását. Az orbánc savó főleg a toxinaemia tüneteit enyhíti, bár állatkísérletekben védőhatása streptococcus fertőzéssel szemben is kimutatható.

**Lobmayer G.:** Eddig tapasztalatai szerint orbánc esetében a prontosil hatásosabbnak bizonyult, mint a sanochrom. Elvéve vannak olyan esetek, midőn sebészeti szempontból kívánatos, hogy az orbáncban megbetegedett egyént továbbra is az osztályon tartsák, örömmel üdvözlő tehát előadó azon álláspontját, mely szerint az orbánc okozója fertőző ugyan, de kellő elővigyázattal az átvitel más betegre elkerülhető. Ez volt az ő eddigi álláspontja is, de minthogy ez nem ment még át az orvosi köztudatba, kéri előadót, hogy erősítse meg hozzászóló ezen álláspontját.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának okt. 29-i ülése.

**Frigyesi J.:** Üdvözlö a Szakosztálynak intézeti igazgatókká kinevezett tagjait, *Burger Károly* professort és v. *Szuthmáry Zoltán* m. tanárt. — Bejelenti, hogy 1938-ban Amsterdamban nemzetközi gynaekologiai congressus lesz.

### Bemutatók:

**Nagy Gy.:** *Endometriosis hasmütét hegében.* Evekkel ezelőtt történt hasmütét után a hegben kifejlődő endometriosis két esetét mutatja be. Az elsőben nagy ubo-ovariális tályog megnyitása és kiszegése után apró halvány csomócskák léptek fel a hegben, melyekből a havibajjal egyidőben vér-szivárgás jelentkezett. A másodikban egyik oldali adnexotomia és ventrofixatio után (*Leopold-Czerny*) képződött az endometriosis, az előbbi esetben minden valószínűség szerint a kürt bolyhaiból, az utóbbiban pedig a ventrofixatióval kapcsolatban. Keletkezésükre vonatkozó elméletek közül a képződményeket, mint autotransplantatumokat foghatjuk fel. Mindkettő a belső genitáliákkal erős összenövés és fájdalom miatt újabb hasmegnyitást tett szükségessé. — Zavartalan gyógyulás.

**Frigyesi J.:** Szívesen látta napirenden az endometriosis kérdését. Az endometriosissal is úgy vagyunk, hogy mióta ráterelődött a figyelmünk és megismertük lényegét, sokkal többször kell vele foglalkoznunk, mint gondolnók.

Megoldása sokszor nehéz feladat, akár a köldökben, akár valamelyik hasúri szervben látunk endometriosist. Úgy véli, létrejövételéhez nem szükséges a méhüreggel — endometriummal — közvetlen érintkezés.

A diagnózis felállításakor mindenesetre óvatosaknak kell lennünk, pl. a közelmúltban foglalkozott egy állítólagos köldök-endometriosissal, mely esetben az illető beteg és az orvosa minden menstruatio alatt a köldökből vérzést észleltek. A betegnek a menstruatio alatti klinikai megfigyelése azonban beigazolta, hogy endometriosisa nincsen.

Egyébként az ilyen köldök endometriosisok kivételénél azt hiszi, hogy a bemutatott esettől eltérően, a rendes laparotomiás úton is sokszor eszközölhető a műtét, úgy a kiirtás, mint a tájékozódás szempontjából.

Ugyancsak nemrég operált egy endometriosis rectocervicalist, mely előzetes egyszerű kimetszés után sok kellemetlenséget okozott. Paquellinnel történő kimetszés és elvarrás után, mivel még a rectum részéről is voltak tünetek, (bár az épnek látszott) a 46 éves nön prophylactikus szempontból az ovariumoknak röntgensugarakkal történő sorvasztását végezte. Így igyekezett elejét venni az esetleg bent maradt részek — tudvalyóan ovarium-működéssel összefüggő — további tevékenységének.

### Előadás:

**Horváth K.:** *Az activabb szülészeti működés befolyása a magzati és újszülöttkori halálzásra.* Az I. sz. női klinika szülészeti működésének 5—5 évi anyagát hasonlítottuk össze abból a szempontból, hogy az activabb eljárások, a fogó-műtét és császármetszés javallatainak kiterjesztése, illetőleg a műtétek lényeges megszaporodása, másfelől újabb eljárásaink, valamint a rendszeresített terhes-ellenőrzés befolyásolta-e a magzati és újszülöttkori halálzást?

Adataink szerint:	1920—24	1930—34.
Fogóműtét gyakorisága	3.56%	6.10%
Császármetszés gyakorisága	0.54%	2.30%
Ugyanakkor a halvaszületések gyakorisága	3.60%	2.85%



Míg az összes újszülött halálozás (az intézeti tartózkodásnak, általában

8—10 nap halálozása) 6.60% 4.60%

a különbség tehát 2%, ami 5 év anyagára kb. 10.000 szülésre vonatkoztatva 200 ténylegesen megmentett újszülöttet jelent.

A jelentősnek mondható eredmény elérésében több tényező szerepel. A rendszeres terhes-ellenőrzés lehetővé teszi, hogy a szövődeményeket idejekorán felismerjük, esetleg a terhést intézetbe utasítsuk; nagyrészt ennek, másrészt a terhesség alatti lueskezelésnek eredménye, hogy a koraszülése száma intézetünkben lényegesen csökkent. A koraszülöttek pedig, tudvaleg a magzati halálozásnak csaknem 50%-át adják. Szerepe van továbbá annak a körülménynek, hogy a jobb kiképzésű, intelligensebb bábák a szövődeményeket felismerik és a terhést, illetőleg vajudót még a sikeres beavatkozásra alkalmas időben utasítják intézetbe; másfelől a régebbi évekhez képest intézetekben a normális szülések száma erősen megszorodott, miáltal a halálozási arány is kedvezőbbé vált. Kétségtelen azonban, hogy a kedvező eredmény egyik legfontosabb tényezőjét az említett aktívabb eljárások képezik. A műtéti megoldások jelentékeny emelkedése mellett a szüléssel kapcsolatos anyai halálozás — szülészeti működésünk legfontosabb értékmérője — 5—5 év anyagának adatai szerint, szintén igen jelentős javulást mutat. A szüléssel kapcsolatos anyai halálozás 1920—24-ben 0.63%, míg 1930—34-ben 0.34%, a javulás tehát csaknem 50%.

**Frigyesi J.:** A bemutatott, elsősorban statisztikai anyag annyira sok klinikai tanulságot foglal magában, hogy beható tárgyalásra is nagyon érdekes alapul szolgál. Őva int attól, hogy a tudományos életben, vitákban, külön részletes indoklás nélkül, helytelen következtetésekre vezető jelszavakat használjunk, mint „modernbb, aktívabb, sebészebb”, stb., mert ezek téves következtetésekre vezetnek. Ugyanis pl., ha egy statisztikában azt látjuk, hogy kétszer-háromszor annyi sec. caesareát végzünk, mint azelőtt, arra lehetne következtetni, hogy a sec. caesarea még a klinikai észlelés alapján álló szakemberek anyagában is gyakori lehet, holott az eseteknek ma is csak 2—3%-át oldjuk meg sec. caesareával. Nem fogadhatja el, hogy kétféle szüléset van. Az egyik, amit a szülészeti kiváló képviselői, *Winter, Stoeckel, Jaschke* és a legtöbb szülészeti klinika vezetője képviselnek és a másik, amit az előadó által említett *Hirsch* és *Doerffler* propagálnak. Csak egy tudományosan megindokolt klinikai szüléset van, melyben minden műtétnek szigorúan mérlegelendő: úgy a kilátásai, mint a kockázatai. Ez kötelező minden szülészre — minden esetben. Az természetes azonban, hogy az ilyen összeállításoknak mindig meg van a maga, tudományos értéke és eredménye még akkor is, ha revidióra kerül egyik-másik megállapodottnak gondolt álláspontunk. (Pl.: régebben a 2—3% fogó-frequentia tartottunk ideálisnak). Így a mai felfogásunk szerint a magzati sérülések nem mindég a fogó alkalmazására vezethetők vissza, hanem az elhúzóító kitolás következményei is lehetnek. Meg fogjuk tehát érteni, hogy a szülész szakemberek kezében a magzat érdekében indokolt volt és nem állott ellentétben az anya érdekével, hogy a fogó-frequentia 4—5%-ra emelkedjék.

Ellenére a szülészeti műtétek jó eredményeinek és annak, hogy a másképp teljesen kielégítő eredménnyel meg nem oldható esetek részére a császármetszések eredményei nagyon jók, mégis azt mondhatjuk, hogy a szüléseknek állandó, pedáns, szigorú ellenőrzésével a magzatot fenyegető veszedelemnek idejében felismerésével még mindég tetemes számú, elvesztett magzat volna megmenthető és asphyxia nélkül világra hozható. Mint a táblázat mutatja, mindenesetre több magzatot tudunk a szülés alatti elhalástól megmenteni, mint a császármetszésnek a mostani kereteken túl történő fokozásával.

**Schürger S.:** Szempontok és eljárások, melyek a tágulási szak optimális menetét biztosítják. A tágulás menetének kedvezőbbé tételére prophylactikusán is befolyásolhatunk. — Ide vonatkozik a sóltan diétaának a tágulás lefolyását megkönnyítő és a terhesség végén vett meleg lábfürdő fellazulást elősegítő hatása. Kedvezőtlen a tágulás folyamán annak elhúzódása. Több szempontból, álló burok mellett sem célirányos a napokra terjedő tágulást tétlenül nézni —, ha a szülés megindult. Meleg fürdő, morphin inj., a burok alsó pólusának a méhfalról történő leválasztása, kifejtett méhszáj esetében burokrepesztés jöhet szóba. A méhizomzat görcsös állapota, tágulás folyamán nem ritka. Ha kutatunk utánuk, akkor gyakrabban találjuk, mint gondolnók. A méhszáj izolált görcse is előfordulhat. Kizárólagos gyógyszere a mo. és származékai. Már görcs gyanújakor is indikált. A mo. a lágy részeket annyira fellazítja, hogy utánuk a tágulás lefolyása meglepően gyors. A tágulást megakadályozhatja a méhszáj retrodeviatioja is. Időelőtti burokrepedés után még kevésbé engedjük a tágulást elhúzódni. Primaer fájásgyenc-

geség esetében a chinint csak kis adagban adjuk, azaz csak a méhtevékenység sensibilizálására célszerű használni. A tágulási szakban 0.1—0.2 ccm-es adagban hypophysis kivonatot adunk. Mi több, mint 200 esetben thymophysint adtunk. Manapság I. fájásgyengességgel is teljes siker reményében vehetjük fel a küzdelmet. A tágulás optimális menetének biztosítása érdekében igyekezzünk a fájásokat a physiologiás mértékre emelni és azon tartani. Kellő javallat alapján, kellő kimélettel a méhszáj merevsége esetében annak újjal tágitása is hasznos eljárás lehet.

**Burger K.:** A fájáskeltő gyógyszereket illetőleg a chininnel szerzett tapasztalata az, hogy a chinin nagy adagjainak szembetűnő fájáskeltő hatásuk nincsen, ellenben a magzatvíz, adagolásuk után, többnyire meconiumossá lesz. A chinin kis adagjai már több sikerrel alkalmazhatók, mert kisebb (0.05—0.10 gr-os) adagokkal a méhizomzatot sensibilizálni lehet. Előadó véleményét osztja abban az értelemben, hogy a tágulási időszak elhúzóadását sokszor nem a méhszáj merevsége, hanem annak görcsös összehúzódása okozza. Ilyenkor görcsoldószerektől jó eredmény várható. Ide tartozik a régebben „fájásrendezés” céljából adott morphin is. A méhszáj újjal történő tágitására vonatkozólag megjegyzi, hogy a beavatkozást illetőleg különbséget kell tenni aszerint, hogy a fej még magasan van, esetleg csak a bemenetre illeszkedik, avagy már mélyebbre szállt a medencében. Első esetben az újjal történő tágitástól nem sok eredményt várhatunk, mert ha a fej nem száll mélyebbre, a méhszáj a tágitás után újra szűkülőni szokott.

**Fekete S.:** A tágulási szak előkészítése már a terhesség utolsó heteiben megkezdődik. Ugy látszik, hogy a rendszeresen vett meleg lábfürdők a portio felpuhulását elősegítik. A régi Prochownik-diaeta, s az újabban ajánlott sószegény étrend jó hatása talán azon alapszik, hogy a méh izomzatának kálium tartalma emelkedik s a natrium-calcium csökken. Chemiai vizsgálatok ugyanis a szülés idején a K. emelkedését mutatták ki. Fontos még a hüvely bakterium-flórájának kedvező alakulása, hogy az esetleg szükségessé váló digitalis tágitás kedvező feltételek között legyen elvégezhető.

## Az 50 éves Országos Közegészségi Egyesület.

Ez év december 12-én tartotta az Országos Közegészségi Egyesület ünnepélyes külsőségek között, nagyszámú előkelőség részvételével 50-ik közgyűlését. Az ünnepi közgyűlésen *József Ferenc* királyi herceg elnökölt és miután keresetlen szavakban megnyitotta a diszkozygyűlést, az egyesület elnökének, *Darányi Gyula dr.*, egyetemi tanárnak adta át a szót, aki a következő ünnepi beszédet mondotta:

Királyi Fenség! Tisztelt Közgyűlés!

Az Országos Közegészségi Egyesület lankadatlan munkája közepette a mai napon ünnepre gyűlt össze. Határhözöz érkezünk el az Egyesület történetében. Szükséges, hogy megálljunk ennél a határhözöz, visszatekintsünk az elmúlt ötven esztendő alatt megtett útra és annak dicsőségéből erőt merítsünk az előttünk álló, megvalósításra váró feladatokhoz. Az utóbbi évtizedben gombamódra alakultak egyesületek, hogy újra eltűnjenek az ismeretlenségben, mert nem egyszer egyéni érvényesülés hozta őket létre. Biztos alapot egy szervezkedés fennmaradására csak a köznek önzetlen szolgálata ad. Ez volt az ereje az Országos Közegészségi Egyesületnek is, ez biztosította az Egyesület ötven éves fennállását. — *Treffort Ágostonról, Berzeviczy Albertről, Hlosvay Lajosról* mindenki tudja, hogy nem azért vállalták Egyesületünk elnökségével járó terhes munkát, hogy maguknak nagyobb positiót szerezzenek. Az Egyesületet nem felhasználni, hanem az Egyesületnek és így az országnak használni akartak. *Fodor József* is nagynevű tudós volt már, amikor 50 évvel ezelőtt Egyesületünket megalapította. Az Egyesület vezetése neki csak munkát jelentett, de ő tudta, hogy ezzel a munkával jót tesz hazájának és szolgálta önzetlenül az ország közegészségügyét. Az a baj nálunk, hogy a traditiókat nem becsülik.

Mindig új egyesületek alapításával próbálkoznak egyesek, ha a régi egyesületben személyi amitióik kielégülést nem nyernek.

Az egészségügyi kormányzat, *Johan* államtitkár és munkatársai bölcsesége felismerte az Egyesület jelentőségét. Meggyőződött arról, hogy az új haladás a régi hagyományok kereteiben történhetik legmegfelelőbben. Ennélfogva támogatta azt a gondolatot, hogy az összes egészségüggyel foglalkozó szervezetek az Országos Közegészségi Egyesületben tömörüljenek. Az Egyesületet sikerült az utóbbi évben anyagi zavaraiából kiemelni és bár még tekintélyes adósság terheli a gazdasági deconjunctura következtében, mégis jelenleg minden pénzügyi kötelezettségének meg tud felelni.

Nem akarom itt az Egyesület legutóbbi működését ismertetni. Csak utalni akarok arra, hogy az egészségügy népszerűsítését szolgáló előadásaink a legmagasabb szintet érték el. Professzorok és magántanárok vállalkoztak előadások tartására. Az Egyesületben működő szakemberekből álló higienikus társaság — *Belák* professzor elnöklésével — külföldi előadókat: *Gerlach* és *Gins* professzorokat nyerte meg rendkívül érdekes előadásokra s kilátásba helyezte lejjövetelét a világhírű *Uhlenhut* és *Schlossberger* professzor is. Az Egyesület többi szakosztályai is élénk működést fejtenek ki, az Országos tuberculosus bizottság a karácsonyi, külföldön oly jól bevált bélyegakciót készíti elő *Parassin József* vezetésével, az országos antiveneréás bizottság *Neuber* professzor elnökletével tovább dolgozik ambulatoriumok létesítésén és csak az imént nagy reményekkel indult meg *Károlyi Gyuláné* grófnő és *Grósz Emil* professzor vezetésével a vakság leküzdésére alakult szakosztály. Nemrégiben pedig az eugeniai és gyermekvédelmi szakosztályunk ülésezett *Benedek* professzor elnöklete alatt. Remény van rá, hogy az International Union of eugenic Societies legközelebbi ülését Budapesten rendezi. — A rák leküzdésére alakult országos bizottságunk *Manninger* professzor úr elnöklésével igen élénk és hasznos tevékenységet fejt ki. Foglalkoztunk a gyógyszereseknek az egészségügyi munkába való fokozottabb bevonásával és itt *Mozsonyi Sándor* miniszteri tanácsos úr igen hasznos szolgáltatásokat tett ennek az ügynek érdekében.

Az Egyesület a közegészségügy iránti érdeklődést a nagyközönségben mindig ébren tartotta és ez azután a hivatalos körök érdeklődését is felkeltette. Nem akarok itt az Egyesület régebbi működésére visszatérni, csak néhány, az Egyesület eredményes működését igazoló munkát kívánnék felsorolni. Az Egyesület születési dátuma 1886. november 26., amikor *Markusovszky Lajos dr.* elnöklésével történt a megalakulás. A megalakítást már egy évvel előbb elhatározták, amiben *Fodor Józsefnek* volt elsősorban nagy érdeme. Maga *I. Ferenc József* öfelsége 1000 forintot adományozott az Egyesületnek és nagyszámú alapítvány is létesült. Elnöke volt az Egyesületnek *Korányi Frigyes*, *Müller Kálmán*, *Kétly Károly*. *Fodor József* az Egyesület fennállása 10. évében azt hangoztatta, hogy ez az Egyesület nem segítséget, nem élelmet, téli ruhát osztogat a szegényeknek, hanem ez az Egyesület erjesztő az egész nemzet számára, mely egészségessé tanítja tenni a nemzet táplálkozását, lakását, munkáját, élete folyását. Ennek megfelelően harcolt mindig Egyesületünk a közegészségügyért. Nagy érdeme volt annakidején az Egyesületnek a védőoltás ügy tekintetében kifejtett működése, melynek az 1887-ben a kötelező oltás és újraultás lett az eredménye. Az Egyesület kitartó működésének lehet köszönni, hogy az egészség-tanítását a középiskolákban, tanítóképzőkben, sőt a főiskolák egy részébe annakidején bevezették. A hamisított élelmiszerek nagy jelentőségére először Egyesületünk mutatott rá és ennek lett eredménye a különböző élelmi-

szervizsgáló állomások felállítása. Az Egyesület indította meg a harcot a Fertőtlenítő Intézet létesítéséért, ami eredménnyel is járt. A csendrendelet megjelenését Egyesületünkben tartott előadássorozat és anket előzte meg, mely nagymértékben hozzájárult a rendelet kiadásához. Egyesületünk több feliratot intézett a kormányhoz a falusi utak portalan építése tekintetében. Ezt figyelembe ajánló rendelkezés a törvényhatóságoknak már ki is ment és reméljük, hogy az ezirányú eredményeknek még folytatása is lesz. A kutyák veszettség elleni kötelező oltásának propagálása Egyesületünkben indult ki és az elrendelés az Egyesület munkájának volt az eredménye. Egyesületünk síkra szállt az iskolaorvos egészség-tanári intézmény országos bevezetése érdekében és ez a kérdés ma már a kultusz- és belügyminisztériumot is élénken foglalkoztatja. Ezzel kapcsolatban egy 43 éves könyvet adott ki az iskolaorvosi működésről. Előadássorozatot tartottunk a füst és korom ártalom leküzdéséről a fővárosban. Előadássorozatot tartottunk a fajhygienéről, ami egy értékes önálló kötetben is megjelent. Kiad az Egyesület egy népszerű egészségügyi könyvtár sorozatot, melynek eddig 30 száma látott napvilágot. Szükséges volna természetesen vidéki szervezkedésünk minél nagyobb kiépítése és itt biztató jelnek tekinthetjük debreceni szakosztályunk újjáéledését *Jeney* professzor vezetése mellett. Fontos volna, hogy lapunkat az iskolák tanárai, tanítói, egészségügyi intézményeink alkalmazottai olvassák és itt biztató jelnek tekinthető a *Keller* igazgató úr vezetése alatt álló Stefánia fiókok kezdeményezése, melyek több mint 100 példányban a lapra előfizetnek. Az Egyesület lapja, az „Egészség”, új felvirágzás elé néz. Jelenleg oly példányszámban és terjedelemben állítjuk elő, ami évtizedek óta nem történt. A még másfél évvel eze'ótt legfeljebb kéthavonként és félívenként megjelent „Egészség” ma már minden hónapban 1¼ ív terjedelemben változatos és érdekes illusztrált tartalommal lát napvilágot, úgy hogy olvasóközönségünk a legmagasabb megelégedésének adott nem egyszer hangot. A lap tehát a legjobb egészségügyi propagandát fejt ki.

Amikor *Fodor József* Egyesületünket 50 évvel eze'ótt megalapította, arra gondolt már, hogy a közegészségügy emelése csak akkor lehetséges, ha a társadalom arra elő van készítve. A törvények, a rendeletek, a megállapodások általában csak akkor igazán hatásosak, ha ezeket az egyének, a társadalom jóindulatú támogatása kíséri. Különösen érvényes ez a közegészségügyre. Hiszen ha teljes megértés volna mindenki részéről a törvények szelleme tekintetében, akkor törvényre tulajdonképp szükség sem volna. Ha az az ideális állapot volna, hogy mindenki ismerné az egészségügy követelményeit, tudatában volna az egészséget megtámadó veszedelmeknek, ha a fertőző betegségek elleni védekezés szükségességét ismerné és belátná, rendeletekre e tekintetben talán szükség sem volna. Minél magasabbrendű a társadalom, annál kevesebb rendelkezés szükséges, mert az emberek önszántukból helyes úton járnak.

Mi nem számíthatunk arra, amint ez az angolszász népeknél van, hogy a közegészségügy a legfontosabb társadalmi feladat legyen. Amerikában, Angliában a kórházak egy része, az orvosi iskolák, sőt Amerikában az egész tuberculosus leküzdése jóformán csak a társadalom kezében van. A mi leszegényedett társadalmunk ilyen anyagi áldozatokat nem bir el, de lehetséges azért a társadalom fokozottabb bevonása az egészségügyi munkába. Ha nem is tisztán társadalmi adakozásból fenntartott, de az állam által támogatott, nagyrészt azonban társadalmi erőket kihasználó intézmények működése mutatkozik a leggazdaságosabbnak. Hasonló ez talán ahhoz a tapasztalathoz, hogy magánintézmények állami ellenőrzés alatt jobban virágzanak, mint tisztán állami intézmények, melyek büro-

kratizmusuk által nem egyszer haladásra képtelenekké válnak. Nem szabad tehát a túlságos államosításnak álláspontjára helyezkedni és nem szabad mintának elfogadni a német túlzott koncentrációt és államosítást, mert ennek következménye nem egyszer a bürokratizálás lesz. A német és a magyar serumtermelő intézetek, a Stefánia Szövetség mintaszerű működése példa a magán- és a társadalmi erők helyes kihasználására.

Bár állami feladat a közegészségügy az 1876. évi XIV. t. c. szerint, mégis az állam csak megértő társadalommal boldogulhat. A társadalomnak ez az előkészítése nálunk az Országos Közegészségügyi Egyesület legszebb feladata.

Tisztelt Ünneplő Közönség! Előadásom végére jutva, azt kérem minden egyes tagjától az Egyesületnek, hogy vegye ki a maga részét a közegészségügy javítására irányuló munkából. Ilyen módon összefogva, a jobb jövőbe vetet suggestív hitel dolgozva, nagyra fogjuk tenni Egyesületünket és a közegészségügyi kultúrának emelésével hazánknak boldogulását segítjük elő. Adja a Mindenható, hogy ez így legyen!

A beszéd után az Egyesület elnöke, *József Ferenc* királyi hercegnek a közegészségügy terén és az Egyesület felvirágztatásában szerzett érdemeit kiemelve, átnyújtotta az Egyesület által alapított Fodor-érmét. — A Főherceg hálásan megköszönte az Egyesületnek ezt a kiüntetését, melyet elsőízben neki nyújtottak át és ígérte, hogy a közegészségügy emelésében, mint Budapest fürdőváros kialakításában végzett úttörő munkájában eddig is tette, ezentúl is minden erejével részt fog venni.

Az ünnepi közgyűlést a Hungária termeiben több mint 100 személyes bankett követte, amelyen *Darányi Gyula* üdvözölte a megjelent notabilitásokat és *József Ferenc* királyi herceget kérte fel az ünnepi beszéd megtartására. A királyi herceg szép beszédben ismertette az Egyesület multját, a reá háruló nagy feladatokat, amelyeket különösen a falusi és kisvárosi körzetekben kell fokozott erővel dolgozva elérni. Rámutatott az Egyesület nagy tradícióira, amelyek ezt az Egyesületet teszik arra hivatottá, hogy a közegészségügy társadalmi munkáját elvégezze.

A királyi herceg beszédéért *Belák Sándor* professor mondott köszönetet, majd a minisztériumok nevében *Grosch Károly* miniszteri tanácsos, a Vörös Kereszt Egyesület nevében *Simon Elemér* titkos tanácsos, a Stefánia Szövetség nevében *Keller Lajos* igazgató üdvözölte az Egyesületet.

Sz.

## Mezőgazdasági népbiztosítás.

Irta: *Keleti József dr.*

Megtisztelő reám nézve a Szerkesztő Ur kérése, hogy az Orvosi Hetilap olvasótáborára számára írjak tájékoztatót e kérdéssel, de bevallom, minél jobban ismerem a tárgy gazdasági vonatkozású részleteit, annál többször akadok fenn a tervek szövögetésében és annál gyakrabban áll meg a toll kezemben. Érthető ez akkor, ha megfontoljuk, hogy a biztosítandók számát tekintve az OTI-t is túlszárnyaló szociális egészségügyi intézmény létrehozásáról van szó, amelyben azonban egészen új utakon kell járni, mert az anyagi megalapozást az iparétól sokban eltérő és sokkal rosszabb viszonyokra lehet csak építeni, az egészségügyi ellátást illetőleg pedig az egész ország területére szétszórt, szinte teljesen szervezetlen, röghöz kötött, falusi, tanyai lakosságról kell gondoskodni. Nagyon sokra vállalkoznám, ha a kérdés gazdasági vonatkozásait is részletesen tárgyalni akarnám,

ezért csak arra szorítok, hogy a mai viszonyok ismeretése után a tervezett intézmény anyagi oldalának csak körvonalait rajzoljam meg és részletesebben inkább az orvosi kérdéssel foglalkozom.

Az első mezőgazdasági szociálpolitikai intézmény *Darányi Ignác dr.* minisztersége alatt létesült az 1900. évi XVI. t. c. útján, mely a gazdasági cselédek kötelező balesetbiztosítását és az önkéntes öregségi, rokkantsági biztosítását valósította meg. A kötelező balesetbiztosítást az 1902. évi XIV. t. c. a gazdasági gépmunkások bizonyos kategóriáira (a cséplő- és szecskavágó gépek mellett alkalmazottakra), az 1921. évi VIII. t. c. pedig minden gazdasági gépmunkásra kiterjesztette. Ezek szerint a jelenlegi gazdasági munkásbiztosítás súlypontja a kötelező balesetbiztosításon van. A munkavállalók közül biztosítás alá esnek:

1. a gazdasági cselédek,
2. a gazdasági gépmunkások,
3. a víztársulatok és öblözetek által és a földművelésügyi tárca által házi kezelésben végzett erdei és vízi munkálatoknál alkalmazott munkások.

Megjegyzem, hogy 1927. óta a gazdasági cselédek csoportjához tartoznak az ú. n. idénymunkások is. A cselédek után a gazda évenként és fejenként 1.44 P-t fizet. (Balesetbiztosításról lévén szó, a munkavállaló nem fizet!) 1934-ben 277.472 cseléd, közöttük 45.227 idénymunkás volt biztosítva. Érdekes, hogy a gazdasági gépmunkások nem személyenként biztosítottak, hanem a gépek bejelentése útján — általányszociális révén tartoznak a balesetbiztosítás keretébe. 1934-ben 34.338 gazdasági gépet jelentettek be — a gépmunkások száma abban az évben 343.380-ra becsülhető. Míg az előbb említett kategória csak baleset ellen biztosított és az családtagokra nem terjed ki, addig a 3. sorban említett víztársulati és erdei munkálatoknál alkalmazottak nemcsak baleset, hanem betegség esetére is biztosítottak és a betegségi biztosítás a családtagokra is kiterjed. A biztosítási díj bérük 6%-a, aminek felét a munkaadó, másik felét a munkavállaló viseli és ennek ellenében nagyjában olyan segélyezésben részesülnek, aminőt az OTI ad. Az említett víztársulatok betegségi alapjukat maguk kezelik és csak a balesetbiztosítás tekintetében tartoznak együvé az első két csoporttal. — 1934-ben 19.378 ilyen munkás volt biztosítva.

Gondolom a fentebb közölt adatoknál nagyobb érdeklődésre tarthat számot az, hogy a röviden ismertetett balesetbiztosítás miként foglalkoztatja az orvosokat és munkájuk révén ők mennyit keresnek. Az Országos Gazdasági Munkáspénztárnak (OGM) — így nevezik azt az intézményt, mely a fentemlített biztosítások ügyeit intézi, — két központi tisztviselő orvosán kívül kinevezett vagy külön szerződött orvosai nincsenek, hanem a fennálló törvényes rendelkezés értelmében az orvosi ellátást igénylő biztosítottak az első segélynyújtástól kezdve a további gyógykezelésig elsősorban a községi és körorvosokhoz (városban a városi tiszti-kerületi orvoshoz) fordulnak, de sürgős szükség esetén magánorvosok is igénybe vehetők. Az orvosok munkájukért az OGM részére miniszterileg megszabott díjakat kapják, melyekre nézve megjegyzem, hogy — különösen a mindennapos ténykedésekre vonatkozó tételei még a falusi viszonyokhoz mérten is kicsinyek, de megvan a remény arra, hogy a MOOSz. intervenciójára ezek az alacsony díjak az érdekelteket orvosokat is kielégítő módon felemeltetnek. A többször idézett 1934. évben kb. 640.000 biztosított után 15.652 balesetet jelentettek be és az igazolt (kisebbszámú) balesetek orvosi gyógykezeléséért 94.892 P-t fizettek ki a kórházi ápolási díjakon kívül, ami a pénztár bevételeinek 9%-a. E szám mérlegelésekor nem szabad fi-

gyelmen kívül hagyni azt, hogy ez az összeg csak baleseti sérültek orvosi ellátására szolgál, olyan intézmény keretében, amelynek nem feladata a hosszantartó betegségek gyógyítása, hanem a baleseti sérültek hosszantartó kártalanítása. Eképen az OGM részéről a gyógyításért feizetett 9% aránylag sokkal nagyobb, mint az OTI vagy MABI által a biztosítottak és az igen tág értelemben vett hozzátartozóik hosszantartó betegségei kezeléséért fizetett 11.5%! Ez az elismerés — ami csak összehasonlításra alapszik — természetesen nem jelenti azt, hogy az OGM díjszabásán érdekképviselői szempontból nincs is mit javítani. *Ellenkezőleg — ezt szorgalmazzuk; de még fokozottabban kell törekedni a díjazás felemelésére a többi rosszul fizető betegségi biztosítónál.* Visszatérve a gazdasági munkásság szociális biztosításának kérdésére, ha az ismertetés során eddig elmondottakhoz hozzáteszem, hogy az OGM-nél biztosítottak a balesetből kifolyó bántalom teljes gyógyulásáig kapják a gyógykezelés költségeit; a gazdasági cselédek munkaképtelenségük első negyedéve alatt megkapják bérüket a munkaadóktól; a gazdasági gépmunkások és a vizitársulati stb. munkások munkaképtelenségük első 70 napja alatt napi 1.20 P segélyt (táppénzt) kapnak, ugyanezek — ha a 70 nap után is keresetképtelenek, vagy csökkent keresetképtelenségük maradnak, — járadékot kapnak és végül, ha a biztosított baleset következtében meghal, hátrahagyott családja 320 P-től 800 P-ig emelkedő egyszersmindenkorra szóló segélyt kap, — akkor a gazdasági munkások jelenlegi szociális gondozásának felsorolását kimerítettem.

El kell ismerni, hogy az OGM a minimális járulékszedés ellenére megfelel hivatásának, mégis azt kell mondanunk, hogy a mezőgazdasági népesség szociális és egészségügyi szükségleteinek csak igen kicsiny részét fedezi. E tekintetben nemcsak a külföldi országok mögött maradtunk el, hanem a mezőgazdasági munkásság az ipari munkásokhoz viszonyítva is nagyon mostoha sorsban él. A gazdasági cselédek sorsa az egyéb gazdasági munkásénál annyival jobb, hogy a földbirtokosok orvosi kezelésükről gondoskodni tartoznak. Nincs szükség arra, hogy nagyobb ékesszólással vagy akár a mai divatos biopolitikai phraseológiával bizonyítgassam a legnagyobb többségében magyar mezőgazdasági népesség megfelelőbb szociális gondozásának és egészségügyi viszonyai megjavításának szükségességét. Legyen elég annyi, amit erről három év előtt és ez év májusában is mondtam: „A mezőgazdasági munkások és a saját földjük hozamából megélni nem tudó, legfeljebb 5 (és nem 20) katasztrális holdas törpebirtokosok szociális betegségbiztosításának megszervezése nemzeti feladat. Egyaránt szükség van a betegségi, öregségi (rokkantsági, özvegyi, árvasági) és a balesetbiztosítási ágazatra és ha anyagilag győzni lehetne, még mint végső célt, az idénymunkások (télidény) esetére történő biztosítását is fel kell említenünk.” Az óhaj oly természetes, de a kivétel akadály a általános anyagi válságon kívül még a különösen nagy agrárválság is. És mégis azt mondom, hogy mivel népünk, magyar fajunk válsága még ennél is nagyobb és azt a törzsököt, melyből a nemzet az élet törvényei szerint regenerálódik, minden körülmények között meg kell erősítenünk, — el kell háritani az akadályokat és a legszükségesebbet meg kell valósítanunk. Ez legyen az első igazi, Széchenyi szellemében végrehajtott reform! Természetesen gondolni sem lehet arra, hogy mindent egyszerre valósítsunk meg. Evolúcióra, a meglévő intézmény továbbfejlesztésére van szükség. A jövő nagy feladata a hiányzó ágazatok megalapozása lesz, de viszont nem rejthetem véka alá azt a nézetemet, hogy azokat a sokszor emlegetett reformokat egyszer már el kell kezdeni! Tudom, hogy anakronizmusnak tűnik fel, hogy az említett és két-

ségtelenül nagy tőkét igénylő újabb szociális biztosítás felállítását éppen ma sürgetjük, amikor az ország olyan szegény és a mezőgazdaság teherbíró képessége olyan csekély, — de azért mégsem torpanhatunk meg ezen az akadály előtt sem! Annál is inkább monható ez, mert hiszen a földbirtokosok különböző címeiken eddig is igen jelentős összegeket fizetnek cselédjeik gyógyításáért (évente kb. 9.5 millió!) és az általános szegénygondozásért, — tehát részben csak a szétforgácsolt tételek összefogásáról és egy kimondott célra való felhasználásáról van szó. Mindentől eltekintve, a mai szegénységünket nem is tartom minden vonatkozásban kedvezőtlen körülménynek, mert ha ennek tudatában tervezünk, nem építünk légvárakat, nem olyan szociális biztosítás kereteit rakjuk le, amely kellő megalapozottság híján roskadozik (mint az eddigiek), hanem olyan intézményt létesítünk, amely szegénységünkben is megállja a helyét és amit jobb sorsunkban csak fejleszteni lehet.

Az új intézmény létrehozása, — a mezőgazdasági népesség szociális gondozása és főleg egészségügyének javítása útján a magyar faj megerősítését jelenti, de igen közelről érinti a magyar orvosi rend sorsát és egyúttal tudományunk szabad fejlődését is. Amikor és ahányszor ezeket a szavakat kimondtam, mindig megálltam gondolataimban és jól megfontoltam, hogy mint az orvosi pálya szabadságáért küzdő gyakorló orvos és egyúttal mint orvosérdekképviselői főtitkár, a szociális megújulásért hevülő lelkem akarásával nem taszítom-e az eddig is már agyonsanyargatott rendemet végső pusztulásba, a teljes szociálozódás állapotába? Kétségeimet nem azzal a megadással egyenlő felismeréssel oszlatom el, hogy t. i. az árral szemben úszni úgy sem lehet, ma a kollektivizálás divat és ha a hatalom úgy akarja, akkor úgy is megcsinálja; ezért legalább mentsük, ami menthető; hanem azzal az activ tervszerű elgondolással, hogy az orvosi rendnek már eleve beleszólást kell biztosítani a szociális egészségügyi kérdések elintézésébe. A jövő gazdasági népbiztosítást úgy alkossuk meg, hogy teljesen szakítva a mai felfogással, általa a szintén szociális gondozásra szoruló orvosi társadalmat magasabbrendű hivatásának teljesítésére tegyük képessé. Az új rendszerű megoldást emelőszerkezetnek szánom, melynek segítségével az orvosi társadalom mai tönkretett és mellőzött állapotából kiemelhető.

Lássuk először, hogy miről lenne szó? Az illetékesek között még mindig afelett folyik a vita, hogy ha egyáltalán csinálni lehet valamit, akkor a meglévő baleseti biztosításon kívül a betegségi vagy öregségi (rokkantsági, özvegyi, árvasági) ágazat valósuljon-e meg előbb. Az idénymunkások munkahiány esetére szóló biztosításáról egyelőre szándékosan nem is beszélek. Magam azon a nézeten vagyok, hogy amennyiben a betegségi és öregségi biztosítás pénzügyi okokból egyszerre nem lenne megvalósítható, *először a betegségi ágazat létesüljön.* A szükséges tőke attól függ, hogy mily néprétegeket kívánnak bevonni a biztosításba és hogy a szolgáltatásoknak mi lesz a mértéke. Erről később szólok, de előbb néhány adatot jegyzek fel a biztosításba bevonni kívánt néprétegek számára nézve.

A sok közzétett tervezet közül két olyan elgondolást ismertetek, melyek a legellentétebb felfogást tükrözik vissza. Ha biztosítás körébe a mezőgazdasági munkások, napszámosok, gazdasági cselédek, dohány, paprika, hagyma és egyéb kertészek, az egy katasztrális holdon aluli önálló birtokosok, bérlők és részes földművesek tömegeit vonják be, akkor az *Kovring Béla dr* szerint kb. 870.000 keresőt és 1,171.000 családtagot, összesen 2,041.000 lelket jelent. Ha mindezek felül a biztosításba a mezőgazdasági tisztviselőket, a 20 holdas, illetve az évi

3.600 P jövedelmű kisbirtokosokat is bevonnék —, mint ahogy azt *Antal Lajos dr.* akarja, akkor ez a szám 4 millió 159.900-ra növekszik. Most még néhány adatot arranézve hozok fel, hogy mindez mibe kerülne. *Kovrig* szerint az általa megszabott határig kiterjesztett betegségi biztosítás mintegy 23.8 millióba, a betegségi és öregségi biztosítás együtt 34,056.000 P-be kerülne, amiből az orvosok honorálására 4,907.000 P-t szán különböző címeken, beleértve a tisztviselőorvosokat is. Ennek fejében a biztosítottak a következő szolgáltatásokat kapnák: 1. táppénzt, 2. szülészeti, gyermekágyi, szoptatási segélyt, 3. kórházi ápolást 28 napra; 4. orvosi kezelést (körzetit és szakorvosit); 5. gyógyszerel és gyógyászati segédeszközt; 6. halál esetén segélyt; 7. 60 évtől havi 12 P. öregségi járadékot. Felfogásában lényegesen eltér ettől *Antal dr.* terve. Ő táppénzt nem adna, de nyújtana: 1. kórházi ápolást 28 napig; 2. gyógyszert, minimalis 10, maximalis 20 fillér hozzájárulása ellenében; 3. házi orvosi kezelést; 4. szakorvosi ellátást; 5. terhességi, gyermekágyi és szoptatási segélyt. Tekintve azt, hogy *Antal dr.* az adminisztráció legnagyobb részét is az orvosokra bízna, — míg *Kovrig dr.* az OTI-éhoz hasonló szervezetet állítana fel, — *Antal dr.* terve szerint az összes orvosi szolgálat 12.205.100 P-be, az egyéb szolgáltatások 21.123.500 P-be, az ügyvitel 1.500.000 P-be, összesen tehát 34.837.600 P-be kerülne. Ebben a közel 35 millió összegben nem foglaltatik benn a táppénz, öregségi járadék és egyéb más szociális segítség sem, amiket *Kovrig dr.* felemlít. Tisztán csak egészséggondozást kíván megvalósítani, de azt nagyjában még egyszer akkora néprétegre akarja kiterjeszteni. Az orvosi honorálásra szánt nagyobb összeg, — ami esetleg az orvosi körök számára tetszetős, — tehát ilyen szempontból ítélendő meg. Az ismertetett tervezetek megégyeznek abban, hogy — bár az egyik az OTI-t, a másik az OTBA-t veszi mintául, — a kötött orvosi rendszer szerint akarják az orvosi szolgáltatásokat nyújtani. *Nagy különbség van köztük a biztosítás határát és a szolgáltatások mértékét illetően, de még nagyobb a szükséges tőke előteremtésének kérdésében.* Jelen ismertetés keretében erről a kérdéstről igazán csak dióhéjban lehet megemlékezni. *Kovrig dr.* a betegápolási és gyermekgondozási pótdoból, továbbá az inségadó egy részéből fedezne kb. 6.4 milliót, míg 27 és fél milliót a mezőgazdasági munkaadók és munkavállalókra hárítana paritásos alapon; *Antal* a munkavállalóktól, tehát a biztosítottaktól hozzájárulást nem kér, az egész szükséges összeget azokra a rétegekre akarja kiróni, amely rétegek a mai elszegényedtségükben is viszonylag teherbíróképesek. A magam nézetének kifejtésére sem szánhatok több helyet, ezért röviden azt mondom, hogy a mezőgazdasági népesség szociális gondozása a föld terhe, — az ország többi adófizető népessége csak másodsorban. — a szükséges állami hozzájárulás tételén keresztül terhelhető meg vele. A mezőgazdasági munkaadók és munkavállalók paritásos költségviselésének gondolatát nem tartom egészen helyesnek, mert a mezőgazdasági munkás nem bír el annyit, mint az ipari; de viszont a biztosítottak teljes mentesítését is túlzásnak tartom, mert enélkül biztostásiáról szó sem lehet. *Keleti Imre dr.* e kérdés alapos ismerője azt mondja: a hozzájárulás „helyes, mert valamely intézmény gazdasági egyensúlyának fenntartására sokkal jobban vigyáz az a társadalmi réteg, amely a fenntartás terhehez maga is hozzájárulni köteles. Az ajándékként adott juttatása sohasem elég, a vele szemben támasztott igény szinte kielégíthetetlen.” Öcsémmel egyetemben azon a nézeten vagyok, hogy a gazdasági munkavállalókra a közösen viselendő terhek egyharmadát hárítsuk.

Éppen a teherviselés kérdése a legnehezebb probléma. A kivetés és behajtás sokkal nehezebb, mint az ipari

munkavállalók esetében, ezért éppen ebben a szociális biztosításban fontos annak a határnak megszabása, ameddig terjeszkedni lehet és kell. E kérdésben az orvosszövetségi állásfoglalás, — ami ugyan érdekképviseleti szempontból alakult ki, — egészen helyesen adja meg a feleletet: *a kötelező szociális biztosítás csak arra a néprétegre terjedjen ki, melynek tagjai saját maguk emberi és egészségügyi gondozására képtelenek.* Ez ellen a helyes elv ellen vét legtöbbet a mai expensive kollektivizáló irányzat, mely szegényt és nem szegényt, igénytelen és igényeset összevegyít és kiszolgáltatásukra szegyenletes díjak fejében sajátítja ki az orvosi kart! Tehát véleményem szerint a biztosítás határa a gazdasági munkások (cselédek, napszámosok, stb.) rétegén túl csak az egy-két holdas törpebirtokosokra terjedjen ki. Ebben egy nézetem vagyok *Kovrig dr.*-ral (és mindazokkal, akik hasonló módon nyilatkoztak meg, — de említést külön nem teszek róluk.). Még az öt holdat is sokallom, nem a húsz holdat! Az évi 3.600 P jövedelemhatárt pedig a viszonyok nem ismeréséből fakadó számnak tartom, nemcsak azért, mert az fővárosi viszonylatban a duplájánál is többet jelent, hanem azért is, mert ekkora tiszta jövedelme a 100 holdas gazdának nincs! (És hogyan lenne ellenőrizhető ez a „tiszta jövedelem?” — Sz.)

A szolgáltatások mértékét is nagyon meg kell gondolni. A segély-természetűek közül a táppénz kérdése a legnehezebb, nemcsak a táppénz éhség veszedelme miatt, ami télen a legnagyobb, hanem azért is, mert a legtöbb mezőgazdasági munkás (cselédek, részesek, sommások) keresetük legnagyobb részét természetben kapják — és egyszerre megkapják —, a napszámosok viszont nagyon is reászorulnak. E kérdésben tehát különleges szabályozásra és szigorú ellenőrzésre lesz szükség. A gyógyszerek árához hozzájárulást elvileg helyeslem, sőt általában bevezetendőnek tartom, de a mezőgazdasági munkások esetében kivételt kívánok tenni. Ezeknél a 10—20 fillér is akadályos lenne a gyógyításnak. A 28 napi kórházi ápolást keveslem, mert a szóban lévő népréteg otthonában komoly betegséget ápolni nem tud.

A következőkben részletesen érintem az orvosi szolgáltatásokat. Minden olyan kötelező betegségi biztosításban, ahová a szocialisan gyengék tartoznak, az orvosi szövetségi álláspont szerint is megengedhető, hogy az orvosi szolgáltatást természetben kapják az igényjogosultak. A két ismertetett elgondolás a beteggyógyítást a kötött orvosi rendszer szerint kívánja bevezetni. *Kovrig* az OTI, *Antal* az OTBA mintájára; de szerintem teljesen hibásan, mert, — bár mindegyik a faluról levont tapasztalatokról beszél, — mégis a teljesen városi, sőt fővárosi szakorvosi rendelőintézeti megoldást ajánlja és a kórházi kezelést csak 28 napra korlátozza.

Tapasztalatom szerint minél szegényebb és elhanyagoltabb valamely néposztály, annál gyakrabban és hosszassabban szorul kórházi ápolásra. Az helyes, hogy házi-orvosi és szakorvosi kezelést akarnak nyújtani, de azt, hogy az országot körzetekre akarják osztani és ezekben kinevezett orvosokat beültetni, mindenben elvetendőnek tartom. *Kovrig* 2193 orvosi körzetet képzel átlag 397 biztosítottal és 534 családtaggal. Az orvosok évi átlagos illetménye 1317.42 P lenne, amihez évi 75 P 24 f fuvar-átlány járulna. *Antal* minden községben orvosi körzetet alakítana. Átlagban 500 kereső és családtagjaik tartoznának egy orvosi körzetbe; amely községben 500-nál nagyobb a biztosítottak száma, megfelelően több körzetet alakítandó. Eszerint 3600 körzet lenne, az orvosok átlag évi 2.500 P honoráriumot kapnának. A szakorvosi kezelés rendelőintézetekben folynék. *Kovrig* a járási és megyei székhelyeken, valamint a megyei városokban egy-egy,

összesen 203 rendelőintézetet létesítene. Egy-egy ilyen intézet 18.000 P-be kerülne, melyben naponta 2 óra belgyógyászat, 1 óra sebészeti, 1 óra (a helyi szükséglet szerint vagylagosan) orr-, torok-, gége- fülgyógyászati vagy szemészeti, 1 óra tüdőgyógyászati, 1 óra bőr- és nemibeteg rendelés 1 óra anya- és csecsemőgyógyászat, 1 óra fogászati rendelés történnék. (Röntgen és egyéb laboratórium létesítéséről nem tesz említést! Hogyan megy enélkül a diagnostika?). A rendelőintézeti szakorvos az OTI illetmény szabályzat szerint kapná fizetését.

Antal saját szavait idézem, hogy a rendelőintézetekre vonatkozó elképzelését ismertessem. „A szakorvosi szolgálat megszervezése országos egészségügyi szempontokat, országos egészségügyi racionalizálási szempontokat kell, hogy szem előtt tartson. Főcél a falu, illetve az egész ország egészségügyi kulturájának emelése, közegészségügyi centrálék létesítése, amelyben mindenképp tekintetbe kell venni az egyéb meglévő egészségügyi intézmények szolgálatát és meglévő szervezeteit is. Országos racionalizációs terv alapján oly helyeken lenne helyes rendelőintézeteket felállítani és a rendelőintézetek működésébe a meglévő egészségügyi intézmények szolgálatait bevonni, hogy a költségek több intézmény között osztassanak szét. Így olyan helyiségekben is létesülhetnek rendelőintézetek, ahol a meglévő eddigi intézmények elszórt tagnépességének nem volt módjában szakorvosi ellátáshoz jutnia. Így egy szakorvosi munközösség alapján az országnak egészségügyi kulturát nélkülöző részei is teleszórtnának szakorvosi és preventív intézményekkel.”

Az idézett szöveg egyes szavait értem, a felemlített munkaközösséget a gyógyító és preventív intézmények között is el tudom képzelni, de végeredményben nem tudom, hogy hol lennének a szétszórt rendelőintézetek. Tudom, hogy egyes nagyobb falvakban vannak Stefánia-rendelők, más falvakban vannak az általános egészségvédelemhez tartozó „egészségházak”, — de ezek egyike sem alkalmas rendelőintézetek számára, tehát mégis csak építeni kell! Elhiszem, ha közösen építik fel és tartják fenn ezeket az intézményeket, — akkor olcsóbb az egy-egy fél számára —, de hogyan kerül bele a megfelelő számú szakorvos és hogyan él meg az apróbb egészségügyi centrálékban. Kénytelen vagyok a vándorló szakorvosok seregére gondolni, de akár autón, akár szekéren, biciklin, vagy gyalog vándorolnak, — lehetetlennek tartom az elgondolást.

Mielőtt saját tervemet röviden ismertetném, csak arra kívánok kitérni, hogy a mezőgazdasági népbiztosítás megvalósítását a már meglévő Országos Gazdasági Munkáspénztárból kiindulól tartom a legcélszerűbbnek. Ez az élő szerv olyan keret, melynek megvannak az évtizedes és nélkülözhetetlen tapasztalatai.

Bármilyen legyen is a betegellátás rendszere mindenképpen bizonyos az, hogy jól kiépített és decentralizált ellenőrzésre lesz szükség, amit természetesen elegendő számú és kellő tapasztalattal bíró tisztviselő orvosi karra kell bízni. Ezzel kapcsolatban nem mulaszthatom el fel- említeni, hogy e révén is néhány új orvosi munkakör teremődik. A betegellátás rendszerét illetőleg a falusi viszonyok ismeretében voltaképpen céltalannak látom a vitát afelett, hogy az a szabad orvosválasztás, vagy kötött rendszer alapján oldassék-e meg, mert egészen különleges és az adottságokkal számotvető gyakorlati megoldást kell választani. Minthogy a szakorvosi ténykedésektől eltekintve a betegkezelés tekintetében csakis a falvakban letelepült orvosok bevonásáról lehet szó, a városi értelem szerint vett szabadorvosválasztásos rendszerrel beszélni sem lehet, mert hiszen ha van is orvosválasztásra lehetőség, az csak igen kis számú orvosra korlátozott. Az orvosválasztás jogával voltaképpen csak az

olyan biztosítottak élhetnének, akiknek lakóhelyén, vagy közelében több orvos is van. De még e korlátozott orvosválasztási lehetőség mellett sem érvényesülhetne minden biztosított egyén szabadválasztási joga, mert elképzelhetetlennek tartom, hogy egy-egy puszta, major cselégségét több környékbeli orvos kezelje és az uradalom annyiszor, és annyifelé küldjön kocsit orvosért, ahány beteg cselédje van. Mindebből azonban nem következik az, hogy az orvosválasztásra annak a biztosítottnak se legyen joga, akinek arra egyébként módja lenne, tehát nem következik az, hogy a kötött orvosi rendszer a helyes megoldás. A biztosítottaknak körzetekbe osztása és a körzetbe tartozók gyógyításának egy bizonyos kincvezett orvosra történő rábízása megőljöje lenne a betegkezelésnek. Ennek okai közül rövidség kedvéért csak annyit említek meg, hogy ne teremtsünk olyan orvosokat, akikből minden ambíció kivész, mert valamely nyomoruságos kis fixumból kell megélniök, amiből nincs előrejutás és ne osszuk a betegeket „privát” és „pénztári” betegek csoportjára, mert az ilyen osztályozást az utóbbi fajta könnyen megsínyli. — Olyan helyzetet kell tehát teremteni, hogy az orvos minden egyes beteget egyformán magánbeteg legyen, akit szeretnie és féltetnie kell, akinek ellátása érdekében az orvosi tudásban haladnia, a hivatás teljesítésében pedig mintaszerűnek kell lennie. E témáról írt régebbi közleményemben részletesen kifejtettem azt is, hogy a falusi körzetek létesítésének a betegek szétszórt településén kívül még az is nagy akadály, hogy a mezőgazdasági területeken lakó népességnek legnagyobb része, amely az új népbiztosítás tagja lesz, eddig is már a helyben lakó orvosok ellátása alá tartozik és ezen a révén az illető orvosok jövedelmének igen tekintélyes részét szolgáltatják. Ezt a jövedelmet nem lehet az egyik orvostól elvenni és másiknak odaadni, mert akkor az élet során már úgy ahogy megalapozott existenciáikat gyengíté- nénk meg, vagy esetleg tönkre is tennék. A tervezett új nagy biztosító intézet orvosi kérdéseinek megoldása révén régi szerzett jogokat nem szabad sérteni, hanem mindenütt csak építeni és új életet kell teremteni. Ilyen megfontolás mellett is bőven lesz lehetőség az új orvosi munkakörök megteremtésére, olyan helyeken és olyan mértékben, ahol és aminő számban olyan falusi népesség vonatik be a biztosításba, amelynek egészségi gondozása eddig elhanyagolt volt. Az egészségügyi ellátás megszervezése tekintetében teljesen hamis nyomon járnánk akkor, ha a falusi népesség gyógykezelésének kérdését városi mintá szerint akarnánk megszervezni. Miként az a fővárosi viszonylatban is áll, szászszorosan érvényes a falura nézve: a betegellátás gerincévé a házi orvosi ellátást kell tenni és ezt kell minél tökéletesebben megalapozni.

Javaslatom szerint a házi orvosi kezelésbe be kell vonni minden olyan falun letelepült vagy letelepülendő orvost, aki az adott feltételek mellett rá vállalkozik és aki ellen a kamarák részéről vagy egyéb törvényes ítélet folytán kizáró ok nem forog fenn. A gyakorlatra jogosult és jelentkezett orvosok között maguk a biztosítottak vagy nevéükben az orvosválasztás jogát gyakorló egyének (földbirtokosság, vagy gazdatisztek) a falusi lehetőségek mellett szabadon válasszanak. Természetesen első sorban figyelembe kell venni az eddigi úgynevezett uradalmi orvosok régi szerződéseit és amennyiben közülük valaki a szerződés felbontására okot nem adott, vele kell megkötöni az új megállapodást. A nagyobb közösségbe nem tartozó biztosítottak a meginduláskor teljesen szabadon csatlakozhassanak a helyben lakó, vagy oda újonnan letelepülő orvosok valamelyikéhez és minden orvos annyiszoros fejqutót kapjon munkája ellenében, ahány pénztári beteget van. Az így létrejött kapcsolat egy évre szóló szerződés- jellegű legyen. Az általam említett fejqutót, azaz az egy

biztosított egyén és igényjogosult családtagjai ellátásáért fizetett összeget úgy kell megszabni, hogy az a falusi területi viszonyokhoz, a biztosítottak fizetőképességének mértékéhez és a nyújtandó szolgáltatásokhoz arányos legyen. Függetlenül magamat az OTI és egyéb kötött rendszerű betegségi biztosító intézetek szégyenletesen alacsony díjszabásától, a házi orvosokat a biztosított népreteg életviszonyaihoz viszonyítva is jól kívánám megfizettetni annál is inkább, mert a távolság és a terepviszonyok az orvosoknak különleges nehézséget okoznak. Ezért egy-egy igényjogosult családfő és hozzátartozói evi ellátásáért atlagosan 6 P-t száno. Ez a Kovrig dr.-al egyetértésben tervezett határig kiterjesztett socialis biztosításba bevenni szándékozott 870.000 keresőnek megjelölően 5.220.000 P-t tenne ki.

A szakorvosi ellátás lényege a *kórházi ellátás legyen*. Amennyiben a kórházra szükség nincs, a vidéki gócpontokon letelepült, vagy letelepülő szakorvosok végezzék a szakorvosi vizsgálatot vagy kezelést. Ez a viszony nem szerződéses, ad hoc jellegű. Minden szakorvos minden ténykedéséért kapja meg az intézet és az Országos Orvosi Kamara által megszabott díjszabást, aminek mértékére már az eddigi gyakorlatban is van példa: az ORBA, CSERBA 1, illetve 2 pengős rendelési, illetőleg a megállapított laboratoriumi díjszabása szerint. A szakorvosi ténykedést, akár kórházi, akár nem kórházi jellegű, a sürgős ténykedéstől eltekintve, csakis a házi orvos írásbeli utasítására lehessen igénybe venni. A szakorvosi kezelésre szükséges összeget ma még hozzávetőlegesen sem tudnám megjelölni, mert a rendelkezésemre álló statisztikai adatokat nem tudom irányadónak tekinteni; egyrészt azért, mert én nem OTI-szerű rendelőintézeti tevékenységet képzelek el, hanem a házi orvosokat kívánom behatibban foglalkoztatni, másrészt azért, mert az alább kifejtendő okoknál fogva elsősorban a kórházi kezelést tartom célravezetőnek. Nagy baj kell ugyanis ahhoz, hogy a falusi ember otthonát elhagyja és a városi orvoshoz, illetőleg szakorvoshoz forduljon. Most sem ideje, sem pénze nincs erre és ha majd pénzt a biztosító intézet ad is utiköltség megtérítése formájában, a lehetőséget és az időt, ami hozzá szükséges, nem tudja megadni. Mindnyáján jól tudjuk, hogy a szakorvosi ténykedést igénylő megbetegedések csak igen kis részében lehet egyszeri látásra a kérdést megoldani. Az esetek túlnyomó többségében több napos vizsgálatra, sorozatos kezelésre, vagy éppen kórházi ápolásra van szükség. Hogy képzelhető el az, hogy a szegény falusi ember, rendesen kísérvőjével, (vagy éppen az anya a beteg gyermekével) vonaton, vagy kocsin járjon be napról-napra a járási gócpontba, ahol a szakorvosi rendelőintézet van, különösen akkor, ha sorozatos kezelésre van szükség, vagy ha a megejtendő vizsgálat két, vagy több napon át tart. A szakorvosi intézetek rendelési idejét sem lehetne a napnak bizonyos órájára korlátozni, mert a vidéki ember hajnaltól napestig egyenként szalngózik, ahogy a vonat jár, fuvart kap, vagy éppen gyalogszerrel érkezük be. Jól tudják ezt a vidéki orvosok! Ily körülmények között a legtöbb beteg elkésik a rendelésről. Emiatt a rendelőintézetek mellé szállásokat kellene építeni, a betegek és kísérvők elhelyezéséről is kellene gondoskodni, mert azt, hogy a távollakók (a betegek túlnyomó része ugyanis távollakó) napi sok kilométeres utat tegyenek meg oda-vissza és hiába, azt kívánni nem lehet! Az utiköltség megtérítése a beteg és hozzátartozója kiadásának csak egy részét fedezi. A térítés viszont mérhetetlen kiadásába kerülne a pénztárnak. Ezért a beteg szakorvosi gyógyítása terén csakis a már kijárt utakon lehet járni, ezek az utak pedig azokhoz a vidéki gócpontokhoz vezetnek, ahol rendesen egy kisebb nagyobb kórház köré a szükséges szakorvosok csoporto-

sulnak. A szakorvosok megélhetését a kisebb gócpontok, ahol rendelő intézeteket létesíteni kívánának, nem biztosítják és el sem képzelhető, hogy az egyik-másik tervezet szerint a nekik jutandó havi 100—200 P fizetés ellenében az ilyen számkivetett szakorvosok létszámát tartósan fent lehetne tartani. Az automobilon mozgó rendelőintézetek, vagy a bármilyen módon vándorló szakorvosok utópiájáról nem is akarok beszélni.

A Magyar Országos Orvos Szövetség azon az elvi alapon áll, hogy az orvoskérdés *szakorvosi rendelőintézetek nélkül is jól megoldható minden intézményben akkor, ha a rendelő intézetekbe investált és fenntartásukhoz szükséges nagy tőkét az orvosok jobb dotálására fordítják*. Az általam javasolt rendszerben a rendelőintézet fogalma ismeretlen. Ehelyett a vidéki kórházak üres ágyai töltetnének meg fizető betegekkel, ami által a vidéki kórházak berendezései tökéletesednének és az ott alkalmazandó orvosok száma jelentősen szaporodnék. Ez hasznos lenne a kórházfenntartóra, a betegre, az ország kórházügyére, az orvosképzésre és az orvosok szociális helyzetére nézve egyaránt. A kórházi felvételre nem szoruló betegek szakorvosi ellátása kétségtelenül megkönnyítené a vidéki kórházak körül letelepült szakorvosok megélhetését. A házi orvosi rendszer a gyakorló orvosok nagy tömegének adna kenyeret és ezen felül a jövődi orvosképzésre lenne különösképen nagy befolyása. Az orvosképzés reformja során elsősorban annak a változásnak kell bekövetkeznie, hogy a specializálódás terén tapasztalt mai beteges túlméretezés szűnjék meg. Az ország népessége képtelen eltartani azt a sok szakorvost, amennyi ma rendelkezésre áll. A munkanélküli szakorvos helyett jelenjék meg a célnak megfelelő kiképzésű, életképes, általános gyakorló orvos típusa. — Az ilyen típusú orvos az egyetem elvégzése után, miként azt Verebély professzor többször hangoztatta, mielőtt letelepszik, kellő időn át foglalkozzék klinikán vagy kórházban belgyógyászattal, gyermekgyógyászattal, általános sebészettel és szülészettel. Ezenkívül az ilyen módon kiképzett orvosok megtanulhatnák még a legszükségesebb egyéb szakmabeli, mindennapos kezeléseket is és ily módon a vidék embere nem lesz kénytelen minden apróságért szakorvoshoz fordulni. Természetes, hogy az ilyen orvos nemcsak nagyobb megbecsülésre, hanem nagyobb javadalmazásra is joggal tart igényt. Elgondolásom szerint tehát az új betegségbiztosító intézmény orvosi kérdéseinek rationalis megoldása igen messzemenően fogja befolyásolni nemcsak az orvosok szociális helyzetét, hanem az orvosképzést is, aminek révén az ország közegészségügye elsőrangú gyakorlati emberek kezébe kerül.

## A typhus elleni indirect immunisálás kiegészítése.

Nagy Sándor kartárs tervét, hogy idegenfehérje-kezelés szüksége esetén typhus-vaccinát alkalmazunk, mikor is a kívánt heteroprotein hatás mellett egyidejűleg typhus elleni védettséget is elérünk, szerencsésnek vélem. Kétségtelen azonban, hogy kiegészítésre van szükség. Feltéve ugyanis, hogy a meginduló vizsgálatok igazolnák, hogy a typhus-vaccina az egyéb heteroprotein készítményeket ártalmatlanság, hatékonyság és különböző életkorokban alkalmazhatóság szempontjából pótolhatná és így széleskörű alkalmazást nyervén az óhajtott nagyszámú esetben vezetne évenként typhus elleni védettséghez, még mindig megmaradna az a kérdés, miért csak azok legyenek typhus ellen védve, akik valamely betegség miatt orvoshoz fordultak és ezen megbetegedéseikből kifolyólag u. n. nem-specifikus kezelésre volt szükségük? Amilyen helyesnek tartom tehát, hogy különbömben egyen-

értékűség mellett adott esetben felmerült szükség esetén más heteroprotein készítmény helyett typhus-vaccina nyerjen alkalmazást, olyan helytelen lenne, ha nem részesülnének typhus elleni védettségben azok az orvosi rendelőkben jó constitutiójuk miatt megfordulni nem szokott, erőtől duzzadó fiatalok, akik leginkább hajlamosak typhusos megbetegedésre.

A kiegészítésre tehát szükség van. Magamnak ezernél több esetben végzett typhus elleni védőoltással kapcsolatban oly jók a tapasztalataim, hogy ezek alapján a *kötelező, mindenkire kiterjedő és meghatározott életkorban eszközrendő typhus elleni védőoltás törvény útján történő elrendelését szükségesnek vélem.*

Nagy Sándort egy negativum bírta rá javaslatának előterjesztésére. T. i. egy családnak csak azon tagja nem kapta meg a typhust, aki szembetegsége miatt typhusoltásokban részesült. Nem kevésbé bizonyítók azonban a pozitív esetek, amikor csak azok kaptak typhust, akik valamilyen okból a typhus elleni védőoltást elkerülték. Ilyen esetek nagy számmal vannak.

1928-ban az itteni nagy járvánnyal kapcsolatban eszközölt typhus elleni védőoltások alkalmával úgy járunk el, hogy a könnyebb ellenőrizhetőség céljából a fertőzött községrészben levő házak lakóit előre összeirtuk. Az oltáskor azután névsort olvastunk. Így kitűnt, hogy az egyik ház lakói közül mind a három oltáskor S. P. nevű 18 éves gyári munkás hiányzott. Mindig eltűnt. Az általa lakott ház lakói közül csak nevezett betegedett meg typhusban és bélperforatiót követő peritonitisben meg is halt. Ebben a községrészben az 1928-ban eszközölt általános oltás óta két typhusos megbetegedés történt. Az egyik férfi, ki az oltások megtörténte után meghasodván, a szöbanforgó községrészben lakó apósához költözött. A másik asszony, aki az oltást azért kerülte el mert az oltás idején városban szolgált.

Nincs kétség aziránt, hogy azok a tényezők, amelyek a typhusos megbetegedéseket okozták (fel nem kutatott bacillusgazdák, stb.), tovább is hatottak és csupán a védőoltásoknak volt köszönhető, hogy itt a typhus megszűnt. Az egyik gazdaságban már tíz év óta nem volt typhus eset. Az oltások elvégzése előtt minduntalan voltak typhus esetek. A gazdasági személyzet ebben a gazdaságban nem változott. Egy másik gazdaságban az oltások befejezése után két évig nem volt typhus eset, de az azután a gazdaságba költözött és be nem oltott kövcsmester már megkapta.

Természetes, hogy néhány megfigyelésből messzemenő következtetéseket levonni nem lehet. Maga a Nagy Sándor által felvetett probléma azonban oly nagy jelentőségű, hogy annak széles alapon megvitatása felette kívánatosnak látszik. És nincs kétségem aziránt, hogy ennek kapcsán hasonló kedvező tapasztalatokról számolhatnak be számosan, amit fontosnak vélek azért, mert a typhus elleni védőoltásnak eredményes volta az orvosi közvéleményben talán nincsen annyira elismerve, amint azt megérdemelné.

Hatékonyság, olcsóság és könnyű kivitel szempontjából a fertőző betegségek leküzdésének klasszikus módszerei, az elkülönítés, fertőtlenítés, stb. nem versenyezhetnek az activ immunisálással. Azt a mondást, hogy a jövő orvosa immunisator lesz, már módosítani kell. Helyesen úgy hangzik, hogy a jelen orvosa immunisator. A himlőoltáson kívül, amely jól elintézett ügy, a diphtheria és typhus elleni védőoltás is már megérett arra, hogy törvényileg kötelezővé tétessék. A Calmette-féle eljárás is már eljutott a széles körben kipróbálhatóság stádiumáig, rövidesen az is már a legkisebb falvakban is a hatóságok rendelkezésére fog állani adott esetekbeni alkalmazás céljára. Ennek értékéről ma még nem lehet

végleges ítéletet alkotni. De a fertőző betegségek elleni küzdelem nemcsak új felfedezésektől válhatik erőteljesebbé, hanem a már meglevő eljárások kellő alkalmazásától is. A typhus elleni védőoltásokat annyira hatékonyaknak tartom, hogy valósággal anachronistikusan hat, mikor heti 105—213 megbetegedésről és 15—54 halálesetről olvasunk, holott ezeket kellő eréllyel eszközölt védőoltásokkal el lehetett volna kerülni.

Heinrich Emil dr., községi orvos.

## Nyelvművelés.

A „Magyarosan” című nyelvművelő folyóirat hátsó borítólevelének belső lapján már évek óta olvashatók azok a nyelvjúítások, melyeket a budapesti napilapok képviselője a *M. T. Akadémiában* 1932. dec. 13-án tartott sajtóértekezleten egyhangúlag elfogadott. A szöveg 5. pontja így szól:

„A -nál, -nél rag használatában ne utánozzuk a német *bei*-t.

A német *bei* használatát majmolja az ilyen beszéd: A gyermek nevelésénél az a főszezpont. — Helyesen: A gyermek nevelésében. — Sokszor a -ban, -ben, vagy -on, -en rag, sokszor a -kor rag, sokszor a közben, esetén szó használható efféle esetekben. Valódi helyhatározó jelentésben és hasonlításakor természetesen helyes a -nál, -nél. (Kisséknél fogadás volt. Drágább az arany az ezüstnél.)”

Orvosi nyelvünk legkirívóbb magyartalansága ez a németes nál-nélezés. Hetilapunk szerkesztője már régóta küzd ellene. Magam is felszólaltam e hasábokon is, más orvosi ujságokban is ez ellen a minősíthetetlen hiba ellen. Most újra ráterelem szakíróink figyelmét a -nál, -néltre s a példák zuhatagával fogom bizonyítani, hogy ez a barbárság még sokkalta pusztítóbb, mint ahogyan a „Magyarosan” szövegéből idézett 5. pont sejteti. A mi orvosi stílusunkat a németes -nál, -nél valósággal elposványosítja, undorítóvá teszi. Ez a -nál, -nél a magyar ragok, névutók s egyéb nyelvi formák sokaságát némitja el s ezzel a stílust határozottan elkorcsosítja. De beszéljenek a példák, melyeket — minthogy célunk tisztán gyakorlati — nyelvtani rendezés nélkül sorakoztatok szem elé, úgy, amint az Orvosi Hetilap kézírataiból vett jegyzetemben következnek. (Természetesen a példaszövegek más hibáit is kijavítottam.)

Műtétnél mind a két iküregben genyet talált: *műtétkor*, v. *műtét alkalmával*.

Metszett sérüléseknél a hegeképződés két hét alatt befejeződik: *sérülések esetén v. után v. nyomán*.

Hiszen alagútmunkásnál, éjjeli őrnél, erdőkerülőnél az sem nagyon számít, ha a sérülés következtében akár fél orrát is elvesztette: *a munkásnak, é. őrnék, e. kerülőnek stb.*

Mi orvosok olyan elváltozásokat is észreveszünk, ami a laikusoknál föl sem tűnik: *laikusoknak (magyar szóval: avatatlanoknak) v. a laikusok előtt*.

Alsó állkapocstörésnél úgy járunk el: *állkapocstörés esetén úgy j. e.* (mert nincsen felső állkapocs, hanem csak „állcsont”).

Azt kell mérlegelnünk, hogy betegünkél mikor és melyik műtéti eljárást válasszuk: *hogyan betegünket mikor operáljuk és milyen műtétet válasszunk*, (vagy eredeti szöveg, de „*betegünkél*” kihagyva).

Vizsgálataink során 141 betegnél 288 mérést végeztünk complicatio nélkül: *141 betegen 288 m. v. minden baj nélkül*. (Mit akar itt a complicatio?)

A vaccinakezelésnél általában szabály: *a vaccinas kezelés általános szabálya*. (A „vaccinakezelést” azért





# Novalgin

analgeticum, antirheumaticum és antipyreticum.

Jól tűrhető, hatásos pyrazolon-készítmény intramuszkuláris, intravénás és szubkután alkalmazásra. Mindenféle fájdalom leküzdésére; heves fájdalomnál, mint epe- és vesekólika intravénásan. Postoperatív fájdalomcsillapításra. Izületi- és izomrheumatizmusnál, neuralgiáknál, továbbá mint lázcsökkentő lázas betegségeknek.

Eredeti csomagolások:  
Dobozok 5 és 10 ampullával à 1 és 2 ccm

**Perorális alkalmazásra**

## NOVALGIN-TABLETTÁK

Eredeti csomagolások:  
Cső 10 tablettával à 0.5 g.

Influenza és más megküléses betegségek megelőzésére és kezelésére, különösen a megbetegedés első jeleinél

# Novalgin-Chinin

A Novalgin-Chinin gyógyító értékét az utolsó nagy influenza-járványok tapasztalatai is bebizonyították.

Megbízható antipyretikus és tartós fájdalomcsillapító hatás, kitűnő tűrhetőség.

Adagolás: naponta 1—3-szor 1—2 draszté étkezés után.

Eredeti csomagolás:  
Cső 10 és 20 drasztéval à 0.25 g.



» *Bayer* «

Leverkusen a. Rh  
Magyarországi vezérképviselő:  
Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.  
Budapest, V. Akadémia-utca 3.



Új utat nyit meg mindazoknak a betegségeknek a kezelésében, amelyek a bélfal konstitucionálisan vagy másodlagosan csökkent méregtelenítő működésére vezethetők vissza, a

# Torantil

Standardizált készítmény allergiás állapotok és intestinális intoxikációk kezelésére, mint: colitis, colitis ulcerosa, ulcus ventriculi, ulcus duodeni, asthma bronchiale, urticaria, szénanátha, akne.

Eredeti csomagolások **intramuszkuláris befecskendezésre:**  
Doboz 5 ampullával à 1 egység + 5 ampulla à 2 ccm steril dest. víz.  
Perorális alkalmazásra: Üveg 20 dragséval à 5 egység.



» *Bayer* «  
Leverkusen a. Rh

Magyarországi vezérképvislet:  
Magyar Pharma Gyógyáru R.-T.  
Budapest, V. Akadémia-utca 3.

változtattam „vaccinás k.”-re, mert az előbbi tulajdonképpen azt jelenti, hogy a vaccinát kezelik. V. ö.: betegbiztosítás, emberevés, földművelés.)

Tekintve azt, hogy műtétnél nagy pharynx-nyálkahártya esnék áldozatul: *hogy a műtéttel v. műtét kapcsán (folytán, következtében)...*

A ... daganatoknál jelentékeny megkisebbedést értünk el: *a daganatokon, vagy: a daganatokat sikerült jelentékenyen megkisebbitenünk.*

Nőbetegeknél gégecarcinomát ezen idő alatt csak egy betegnél észleltem: *nőn gégerákot ez idő alatt csak egyen (csak egyszer) észleltem, vagy: ez alatt az idő alatt csak egy nőbeteget észleltem gégerákot.*

Öblítésnél genyet kapott: *öblítésre geny távozott.*

Ilyen fogásokra a csecsemőknél nincsen szükség: *ilyen f. csecsemőkkel n. szükségeselek.*

Az újszülöttnél vagy csecsemőnél a vérvételre a következő módok lehetségesek: *az újszülöttnél vagy csecsemőből a k. módon vehetünk vért.*

A fejvena lueses csecsemőnél különösen hydrocephalusnál jól elődomborodik: *a fejt. l. csecsemőn (vagy: a lueses csecsemő fejvénája) különösen vízfejűség esetén jól elődomborodik.*

Minél régebbi időpontban történt az anyánál a fertőzés: *m. régebben fertőzött az anya (vagy: m. régebbi (régebb) az anya fertőzöttsége).*

... a gyermeknél azonban typhusos tünetek vannak: *a gyermekben stb. (vagy: a gyermeknek t. tünetei vannak).*

Semmi olyan tünet nem mutatható ki nála: *rajta v. semmi o. tünete sincs. (Nem „nincs”, hanem „sincs”! — Ez is kivész már lassanként.)*

Izzadó csecsemőnél gondoskodjunk hús ágyról: *ha a csecsemő izzad, (vagy: izzadó cs. részére g. h. á.).*

Fiatal csecsemőknél általában női tejtáplálás szükséges: *csecsemőknek á. női tejtáplálásra (vagy csak: női tejre) van szükségük.*

Az újszülötteknél előforduló prolapsusok: *az újszülöttek prolapsusai.*

A lép tapintásnál kemény: *tapintásra v. tapintata v. kemény tapintatú.*

A vér vizsgálata ezek közül is csak 10-nél volt elvégezhető: *10-el v. 10-en.*

A munkásoknál csak 0.7%-ban kaptunk latens fertőzést: *a munkások között 0.7%-ban tal. rejt. fert.*

Figyelembe kell még venni, hogy a mérgezéseknél 21 esetben chronikus mérgezés állott fenn: *a mérgezések 21 esetében idült (idősült, régi) volt a mérgezés.*

A tetanus megbetegedés mindennapos alakjánál: *a t. mindennapos alakjában. (A „megbetegedés” szó itt főleges is, rossz is. Rossz azért, mert a tetanus: betegség, kór, kórság vagy akár nyavalya, de nem megbetegedés; a megbetegedés a betegségnek, kórfolyamatnak csupán a kezdetét jelenti.)*

Mellékvesekivonatnál gyakran látható vérnyomás-emelkedés: *mellékvesekivonatra v. kivonattól...*

A máj a betegnél tapintható: *a beteg mája tapintható.*

Ha a klinikailag compensált betegnél a megterhelés után nem változik lényegesen a venás nyomás, a szív gyakorlatilag még megfelel az egészséges szívnek: *ha a klin. az egyensúlyozott beteg venás nyomása megterhelésre nem változik jelentékenyebben, akkor a szív gyakorlatilag még egészséges.*

Fejfájásnál sikerrel alkalmazható: *fejfájás ellen..*

Fertőzéseknel hatásos gyógyszer: *fertőzésekben v. fertőzések ellen, v. esetén, v. fertőzések hatásos gyógyszer.*

Végezhetnek r. besugárzást a szemhéj tbc.-s fekélyeinél: *gümös fekélyei ellen v. fekélyeinek gyógyítására is. Lumbalpunkciónál halványsárga liquor ürül: gerinc-csapolásra...*

A vizsgálatnál baloldalt hátul tompulatot lehet kimutatni: *vizsgálattal, v. vizsgálatkor, vagy egyszerűen a fölős „vizsgálat” szót is elhagyva: baloldalt h. tompulatot találunk.*

Olyan volt a gyógyulás, amelyet más antilueticumnál nem láttunk: *antil.-tól, v. antil.-mal, v. antil.-ra.*

Atrophiás csecsemőnél nagy fontosságúak: *atrophiás csecsemőre nézve...*

Ekkor peroralis cukorbevitellel kapcsolatban insulintherapiát kezdünk nála el: *insulinra, v. insulinkurára fogtuk.*

Karjainak fő'emelésénél igen csekély ellenállást sem tudott legyőzni: *fő'emelésével, v. emelésekor...*

Élő pulpa eseténél érzéstelenítést lehet ajánlani: *élő fogból esetén, vagy: ha a pulpa él.*

Teljes koronánál a fogcsiszolás munkaterve a következő: *teljes koronához v. koronára.*

Minden fognál ugyanazt a műszert kell választani: *foghoz kell választani.*

Csiszolásnál a pulpaszarvakra tekintettel kell lenni: *csiszoláskor v. cs. közben v. cs. alkalmával.*

Ez egyszerű módszert a hátsó molarisoknál nem lehet alkalmazni: *a hátsó nagyörlőkön.*

Korongokkal való dolgozásnál a legnagyobb óvatosságra van szükség: *korongokkal dolgozáskor (a „való” sehova se való! Szerk.).*

Ha a betegnél a felső állcsontnak atresiája van jelen (rettenetes!): *ha a beteg f. állcsontja atresiás.*

A torok... bedagadásánál... nem kell aggódnunk: *bedagadások v. bedagadása miatt n. k. aggódnunk.*

Lábrafordítunk elhanyagolt harántfekvésnél: *elhanyagolt harántfekvés esetén v. harántfekvésből.*

Dysmenorrhoeánál helyes therapia: *helyes a dysm. gyógyítása ezzel v. azzal.*

Ér conjunctivitis nem mutatható ki nála: *bár kötőhártyagyulladás nincs.*

Tiszamarti Antal dr.



A „zuhatagot” helyszüke miatt meg kellett állítanunk, de szomorúsággal gondolunk arra, hogy ez a zuhatag is hiába zúgott végig lapunk hasábjain, ha mindenki csak elolvassa, — azután nyugodtan ír tovább is éppen úgy, mint eddig. Sőt talán lesznek olyanok is, akik már nem is érzik fájónak ezeket a magyartalanságokat, mert megszokták és fejcsóválva fogadják, hogy az Orvosi Hetilap ilyen lappáliákkal bosszantja közönségét és akadályozni akarja *egy nyelv fejlődését*, ami nem folytathatik le átalakító idegen befolyások nélkül. Mert ma már oda jutottunk, hogy sokkal többen írnak és beszélnek rosszul, mint jól magyarul s köztük tudományban előkelő, állásban díszes és befolyásos tekintélyek is, akik nem szeretik, ha még oly apró hibákra is figyelmeztetik őket. Ilyen hátvéd mellett nem csoda, ha az írni nem tudók, vagy legalább is hibás nyelvezékűek serege vérszemet kap és hibáját nem mentetgetni, hanem annak jogosultságát bizonygatni igyekszik.

És szomorúan gondolunk arra is, hogy hányan lesznek, akiknek kezébe sem jut ez a cikk! — és éppen ezek lesznek a cikkírók, akik a klinikák, intézetek, kórházak tiszteletreméltó lázas munkájában élnek, csak osztályukkal és kutató törekvéseikkel törődnek, nem előfizetők és nem is olvasói az Orvosi Hetilapnak, mert hiszen csak az idegen nagy lapok közleményeit kell referálni az intézeti referáló estéken.

Csodálatos, hogy a magyartalanságot, a nemzet leg-sajátosabb kincsének és szelleme kifejezőjének: *nyelvének rontását* mennyire nem érzik hazafiatlanságnak, sőt még hibának sem a legtöbben, akikben különben elszánt hazafiság buzog. Aggódva kérdem: vajjon nem csak a meggyötört, halni készülő, kis nemzetekre jellemző-e ez a fásultság? Mert ime az ugyancsak meggyötört, de új életre készülő németek pár év alatt kiirtották nyelvükből a rengeteg idegen szót és keményen rászól a főnöke arra, aki valami „érthetetlen” osztrákos németséggel beszél. Hogy egy francia vagy angol kalauz vagy utcaseprő rosszul beszélje nyelvét, az meg egyenesen képtelenség. Legföljebb „argot” beszél, tájszólást, hogy a párizsi sem érti; — de hogy ne franciásan beszélje anyanyelvét, arra nincsen eset. Hibás ebben már egész nevelésünk, különösen az iskola, hol két igen fontos dologgal nem törődnek manapság: a kifejezésbeli készséggel és a jó magyar nyelv-érzéssel. Pedig tessék elhinni, hogy ha egyszer ezt elkezd valaki, — sohasem késő! — úgy belemelegszik, anynyi gyönyörűséget talál a magyar nyelv kifejező erejében, tömör szépségében, hogy lelkes apostolává válik.

Mi néhányan, akik ilyesfajta felelősséget éreztünk, igyekeztünk megtenni kötelességünket. *Jendrassik Ernő* 1908-ban írt egy „Nyelvészeti tanácsadót orvosírók használatára”; Hetilapunk lelkes nyelvésze: *Tiszamartí Antal* 1931-ben írott cikkét („Orvosi nyelvünk magyartalanságai”) 100 különnyomatban szórtuk szét klinikáinkon s kórházainkban és pár éven át „Nyelvművelés” címen rovatot tartottunk fenn lapunkban. Kitünő nyelvészünk: *Szinnyei József* „Jó magyarság” c. cikke sem használt, mi az Akadémia „Magyarosan” című folyóiratának II. évfolyamában jelent meg és számos különnyomatban terjesztetett; — de nem használt semmit ez a sok lelkesedéssel szerkesztett folyóirat sem. — Ki olvassa e füzeteket? — Nyelvészek, akademikusok és öreg urak, akik úgyis jól írnak és beszélnek. Közben a közönség továbbra is „*Siegfriedhez*” kér jegyet, mert az „*megy*” pénteken; „*lekési*” a vonatot, és „*kettő*” átszállót kér (fél talán, hogy hetet kap?), mert a kalauz olyan szépen kínálja, hogy „*szabad kérem ahol még nincs jegy*”. — Nem lehetne-e Akadémiánknak mindenütt, ahol szükséges, figyelmeztető táblákat elhelyezni, kalauzokat kitüntetni, akik népnevelő befolyásukkal máris megrögzítették a budapestiekben, hogy a *kör* az „*kör*” és az *út* az „*ut*”. —

Mind e sikertelen próbálkozások után mégsem szándékozunk elfáradni és nyelvi kérdéseinket állandóan szem előtt akarjuk tartani. — Csak egy kis jóakaratot, egy kis rokonszenvet kérünk cikkíróinktól és különösen főnökeiktől, akik jelzik a kéziratban, hogy az „közölhető”. Ez nekünk a legtöbbször parancs, de könyörgök a túlterhelt szerkesztő és az olvasók tábora, sőt az egész nemzet nevében: legyenek szívesek át is olvasni, vagy arravaló emberrel átolvastatni azt a cikket, amiért kezességet vállalnak. Még pedig úgy, hogy nemcsak a gépirónó hibái, rövid magánhangzói s egyéb sajtóhibák legyenek kijavítva benne, (legtöbb szerző maga se olvassa át, mielőtt ideküldi), hanem a felesleges idegen szavak, magyartalanságok és stílusbeli nyújtások és borzalmasságok is kikerüljenek belőle.

Mi leszünk a legboldogabbak, ha nem lesz többé panaszcikkeknek nehézkes nyelvezetére, hanem a legnehezebb problémákat is könnyen és világosan érthető, tömör formában tárhatjuk olvasóink elé. Hiszen ez minden cikkírónak is érdeke! — Fordítsanak hát reá egy kis időt és fáradságot.

Vámossy.

## VEGYES HIREK

Lapunk e heti 51—52. számához az Orvosi Nagyhét ezévi jegyzőkönyvét előfizetőinknek díjtalanul mellékeljük. Legközelebbi számunk január 2-án jelenik meg.

Az Országos Felsőoktatási Congressust rendkívüli érdeklődés mellett nyitotta meg f. hó 10-én a Kormányzó Ur Öfömlétsége. A megnyitó ünnepségen *József* főherceg és *Serédi Jusztinián* bíboros hercegprímás vezetésével megjelent a magyar tudományos, politikai és társadalmi élet színe-java. A Kormányzó, percekig tartó lelkes tapssal fogadott megnyitó beszéde után *Hóman Bálint* kultuszminiszter, *Kornis Gyula* egyetemi tanár és *Imre Sándor* egyetemi tanár tartottak előadást. A congressus hat napon át tartó ülésén a Tudományegyetem, Műegyetem és Főiskolák számos képviselője értékes előadásokkal, s azt követő vitákkal szólottak hozzá a főiskolai oktatás most előkészítés alatt álló reformjához. A congressus orvostudományi szakosztálya az utolsó napon, f. hó 16-án tartotta tanácskozáását, mely alkalommal elhangzott előadások január hó folyamán külön nyomtatásban is megjelennek, s ezekkel annakidején lapunk hasábjain is bővebben fogunk foglalkozni.

Svájc magyaránú tuberculosis ellenes küzdelmét híven tükrözi vissza az, hogy Svájcban 29 sanatorium, 4 tuberculosispavillon, 16 preventorium felnőttek és gyermekek számára, 7 gyermeksanatorium, 35 gyermekek számára szolgáló preventorium, 16 erdei iskola és napközi otthon, 86 tuberculotikus betegek számára szolgáló kórházi osztályon kívül nem kevesebb, mint 382 egyesület és gondozóintézet foglalkozott 1934-ben tuberculosis megelőzésével és gyógyításával. Összesen tehát 585 államilag támogatott ilyen irányú intézménye működött Svájcban. Ezen intézményekben 68.050 személyt gondoztak 2.230.111 napig. A kiadások összege pedig 16.422.361 svájci frank volt.

Gyermekáldás és tejgazdaság. Franciaországban minden gyermek 10 éves koráig átlag 2000 liter tejet fogyaszt. A születések csökkenése természetszerűleg magával hozta a tehénállomány apasztását, ami az utóbbi hat évben a tejgazdaságok forgalmát évi 200 millió pengővel, a tehénállományt pedig 300 ezer darabbal csökkentette. Nálunk is érezhető azonos okok miatt a tejszükséglet csökkenése. 1935-ben közel 40.000 gyermekkel született kevesebb, mint 1926-ban. E 10 év alatt a tejfogyasztás csökkenésének mértékét, valamint évi 300 literes fejési átlagot számítva, kb. 26 ezer tehén vált feleslegessé.

A világ legnagyobb orvosi könyvtára a washingtoni Army Medical Library, mely most ünnepli fennállásának 100 éves fordulóját. A könyvtárnak közel 1 millió kötet könyve van.

Kaliforniában újabbban pestissel fertőzött mókus-bolhákat fedeztek fel, melyekkel tengerimalacokat fertőzve azok 5 nap alatt typosus pestisben elhullottak.

Alapítványi Margit-kórház Igazgatósága Pásztó.

303—1936. sz.

### PALYAZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Pásztói Alapítványi Margit-kórházban betöltendő egy alorvosi és egy segédorvosi állásra 1936. december 31-ig pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. o. 3. fokozata szerint, míg a segédorvosé a XI. fiz. o. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy szobából álló lakás, az önköltségi ár fele összegének megtérítése ellenében I. o. élelmezés, fűtés, világítás és mosás.

Az alorvosi állásra olyan orvosdoktorok pályázhatnak, akik egyévi kötelező kórházi gyakorlaton kívül laboratóriumi, sebészeti és szülészeti teendőikben jártasságot tudnak kimutatni.

A választás egy évre szól, mely a pályázat mellőzésével több ízben is meghosszabbítható

Magángyakorlat nincs megengedve.

Pályázók kellően felszerelt kérvényeiket a Kórházbizottsághoz címezve alulírott kórházigazgatóhoz lehetőleg személyesen nyújtásuk be.

Pásztó, 1936. december 14-én.

Zemán Dezső dr.  
kórházigazgató főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN

Kimutatás 1936. XII. 6-tól XII. 12-ig Magyarországon bejelentett hevenyfertőző megbetegedésekről (Mb.) és halálesetekről (Mt.)

Törvényhatóságok	Lakosság	Typhus abd. et paraty.		Dysenteria.		Diphtheria.		Scarlatina.		Mening. Cerebr. e.		Poliomyelitis.		Morbilli.	Influenza.	Malaria.	Typhus exanth.	
		Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.	Mb.	Mb.	Mt.	Mb.	Mt.
1. Abauj-Torna	93.667	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	113.347	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
3. Baranya	251.659	3	2	—	—	7	1	23	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—
4. Békés	336.592	4	1	—	—	29	2	2	—	—	—	—	—	53	3	—	—	—
5. Bihar	181.105	7	1	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—
6. Borsod, Gömör és Hont	306.330	6	3	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
7. Csanád, Arad, Torontál	174.760	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—
8. Csongrád	148.200	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
9. Fejér	231.483	1	—	1	—	3	—	5	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—
10. Győr, Moson, Pozsony	156.820	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
11. Hajdu	181.283	1	—	—	—	3	1	6	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
12. Heves	323.191	2	1	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
13. Jász-NK.-Szolnok	421.741	12	—	—	—	19	1	6	—	—	—	—	—	17	2	—	—	—
14. Komárom és Esztergom	182.450	1	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—
15. Nógrád és Hont	229.215	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	49	3	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-KK	1,454.326	11	1	1	—	33	2	65	1	—	—	—	—	28	1	—	—	—
17. Somogy	390.100	1	1	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	44	—	1	—	—
18. Sopron	142.743	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs és Ung	419.707	3	—	1	—	9	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
20. Szatmár, Ugocsa, Bereg	158.013	7	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	22	—	2	—	—
21. Tolna	266.405	8	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—
22. Vas	273.097	—	—	—	—	3	—	8	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
23. Veszprém	247.787	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
24. Zala	368.903	2	—	—	—	2	—	14	—	—	—	—	—	10	3	—	—	—
25. Zemplén	149.524	3	1	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
I. Baja	30.238	2	—	—	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1,043.459	5	2	4	—	39	—	49	1	—	1	1	—	14	6	—	—	—
II. Debrecen	124.128	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Győr	50.872	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.429	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	81.735	2	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	65.825	3	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VIII. Pécs	68.957	1	—	—	—	5	—	20	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
IX. Sopron	35.938	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	138.858	—	—	—	—	6	—	3	—	1	—	—	—	18	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.646	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Összesen:	8,943.533	97	13	9	—	221	9	284	2	1	—	1	2	371	28	3	—	—
Előző évben:		243	40	30	11	226	11	515	10	—	—	4	1	1037	6	1	—	—

### Családi házat

építünk hosszú tölés-  
tésre szolid kivitelben  
Budapesten és vidéken. Ingatlan- és építkezési kölcsönök  
folyósítása. Tervezés, becslés, parcellázás.  
Szilágyi Antal és Társa **Építővállalat**  
tervező-építő és vasbeton  
vállalkozók, Budapest, VI. ker., Andrassy-út 56. szám

Lapunk mai számához a Pharma Gyógyárú R. T. (Bu-  
dapest, V., Arany János-utca 10.) *Evipanról* stb. szóló ismer-  
tetését melékeltük

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat  
az ottani egyetemi szakkbizottság képviselőihez kell  
küldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alap-  
ján fogad el közlésre kéziratokat.

## Budapesti Székesfehérváros Gyógytúrdói és Gyógyforrásai Szent Gellért Gyógyfürdő és Szálló Budapest, XI., Szt. Gellért-tér 1. Diétás konyha

47 C<sup>0</sup>-os rádióaktív gyógyforrások — iszapkezelések — Thermál kád- és társasfürdők  
Szénsavas fürdők — Vizgyógyintézet — Bélfürdő (Enteroleaner) — Napfürdők — Pez-  
sgőfürdő — Alapanyagcsere-vizsgáló (Mansfeld) — Kolopi rádiumos gyógyiszap —  
Tökéletes fizioterapiás felszerelés — Ultrarövidhullámú kezelés (Siemens: Novo  
Ultrapandoros, 1936-os modell) — Mechanothérapie, gyögmasszázs — Inhalatorium  
Pneumatikus kamra — Röntgenlaboratórium — Chemiai és bakteriológiai laboratórium  
Elektrokardiograf — Szállóvendégeknek kedvezmény az összes gyógytényezőkből.  
Kedvezmény orvosoknak: gyógytényezőkből 50 százalék, szobáknál 20 százalék.

# CALCIUM RESORPTA

Pontosan, hatásosan adagolható,  
könnyen felszívódó calcium-készítmény

Forgalomban: syrup, dragéék és por alakjában

GEHE & CO., A.G.



DRESDEN-N. 6

Képviselet: DR. HAAS MIKLÓS „KERESZT” GYÓGYSZERTÁR, Budapest VII., Rákóczi-út 88.

## Rudas Gyógyfürdő

43–47 °C-os radioaktív gyógyforrások. Gőzfürdő hét különböző hőfokú medencével. Modern rádiumos fürdők. Elektrotherapia. Hőlégkezelések. Gyógymasszázs.

**IVOKURÁK :**

**Hungária forrás :** Indicatiói: Húgyutak, légutak idült hurutjai, húgysavas diathesis, húgyutak kolloid-kristalloid kicsapódásai.

**Attila forrás :** Indicatiói: A gyomor, bélrendszer, epeutak hurutos megbetegedései. Légutak hurutjai.

**Juventus forrás :** Hypertonia klimax, köszvény, húgysavas diathesis, korai elöregedés, testi és szellemi kimerülés, rheumás fájdalmak.

## A »CHINOIN« tudományos osztálya közli:

„... Egy készítményükkel igen szép eredményt tudtam elérni. 75 éves, erős érlemeszésében szenvedő betegemnél súlyos hasi műtétet kellett végrehajtani. A műtétet követő keringési gyengeségen **TETRACOR** meglepő gyorsan segítette keresztül az évek óta angina pectorisban szenvedő beteget...”

Dr. .... orvos

**TETRACOR-CHINOIN** analepticum  
injectio, solutio, tableta, pulvis

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Telefonkönyök.

Hogy nyálkatömlőben trauma vérzést idézhet elő, melyet nyulladás követhet, az ép oly közismert, mint az a tény, hogy a legtöbb chronikus bursitis és bursa-hygroma gyakran megismétlődő trauma következménye. Bizonyos esetekben lappangó fertőzés (fogakból, mandulából kiinduló oralsepsis, gonorrhoea), vagy anyagcserezavarok is játszhatnak szerepet (*Schwarz*), de kétségtelen, hogy a legtöbb esetben mégis a trauma a legszembetűnőbb aetiologias tényező. A praxisban a leggyakrabban a lábon lévő bursitisekkel találkozunk, melyek mindig a cipő nyomásának leginkább kitétt helyeken jelentkezhetnek. A hallux valgus okozta bűtykökben pl. úgyszólván mindig találunk nyálkatömlőt, — melynek időről-időre fellépő gyulladása gyakran a hallux valgus okozta panaszok előterében áll, genyedése pedig a hallux valgus legfőbb veszedelme — jóllehet az anatomia nem is ismer ezen a helyen normalis viszonyok között nyálkatömlőt.

A bonctanilag praeformált bursák megbetegedései közül talán a legáltalánosabban ismert, (ha nem is a leggyakoribb) a housemaids knee (szobalánytérd), a bursa praepatellaris hygromája, melyet leggyakrabban suroló asszonyokon észleltek, akik ezen foglalkozásuk közben előrehajlott testtel, térdelve patellájukra nehezdednek és ilyen helyzetben ide-oda csúszkálnak. A bursa praepatellarisnak a felső végtagon, a bursa olecrani felel meg. Ilyen három van: bursa olecrani subcutanea, subtendinea és intratendinea. Ezek közül a b. o. subcutanea nemcsak a legállandóbb, hanem nyilván felületes és legkevésbé védett helyzeténél fogva a leggyakrabban is betegszik meg, viszont a másik két bursa megbetegedése igen ritka. *Torraca* szerint a bursa olecrani subtendinea megbetegedése mindössze két ízben észleltetett, (azóta *Kadronka* és *Naz* is írtak le egy esetet), *Francesco* észlelete pedig a bursa intratendinea megbetegedését illetőleg, úglátszik, egyedülálló az irodalomban (az ő esete, valamint a *Torraca* által említettek tbc-szek voltak.). Ezzel szemben a bursa subcutanea olecranin úgy acut genyedések, mint chronikus specifikus (tbc-s és luetikus) és főleg nem-specifikus gyulladások, melyek hygromaképződéshez vezetnek, elég gyakran észleltettek. Az utóbbiakat leggyakrabban bányászokon figyelték meg (miners elbow — bányászokönyök), akik a bánya szűk járataiban dolgozva könyöküket gyakran megütik. Kádárokon és bőrappreturával foglalkozó munkásokon is leírták a bursa olecrani chronikus megbetegedését foglalkozási betegség gyanánt. (*Vogt.*)

A minap kereskedő fordult hozzám a bal olecranon felett fekvő, kisdiónyi, fluctuáló, kissé lobos bőrrel fedett, az alaphoz rögzített daganattal; a bőr lobossága néhány nap alatt visszafejlődött, s a kis daganatot — a megvastagodott falú és kissé zavaros savóval telt bursa subcutanea olecranit — kiirtottam. A primára varrt seb 8 nap alatt begyógyult. Hasonló esetet az évek folyamán már láttam néhányat, az elsőt sok évvel ezelőtt. Ezen esetek közös vonása, hogy a bursitis a bal könyökön székelt és mindig olyanokon jelentkezett, akiknek hivatásuk folytán sokat kellett telefonálniok és asztali készülékük volt. A bal bursa olecrani nyilván azért betegedett meg, mert az illető az asztalon nyugvó bal könyökére támaszkodott fejével, mialatt bal kezével fogta a kagylót, a jobbal pe-

dig jegyzeteket készített. Ugy, hogy kétségtelen, miszerint a gyakori és huzamos telefonálás és annak ilyen lebonnyolítása okozta a bursa subcutanea olecrani megbetegedését.

*Osgood* szerint tennisjátékosokon gyakori az epicondylus lateralison, az extensorok tapadása alatt fekvő bursa chronikus gyulladása, s ezen bursa kiirtása megszünteti az ezáltal feltételezett ú. n. tenniselbow (tennis-könyök) okozta fájalmakat.

Az olecranon felett fekvő chronikus bursitiseknek és hygromáknak gyógyítására is a leggyorsabb, leghibosabb és legradicalisabb, mert minden recidivát kizáró eljárás, a beteg bursa falának kiirtása. Ez a gyógyítás helyes módja akkor is, ha primaer bursatuberculosisról van szó, aminő felléphet egyszeri trauma után és különben teljesen egészséges egyénekben is. Ilyenkor igazán csak a beteg bursa korai kiirtásától remélhető sima gyógyulás. Természetesen más a helyzet, ha secundaer bursatuberculosisról, valamely tbc-s csontgócra a bursába betöréséről van szó. (Gyanu esetén röntgen!). Mindenképen az a körülmény, hogy a chronikus bursitis tbc-s is lehet — csak megerősít abban az irányzatban, hogy a beteg bursát gyökeresen kiirtsuk.

Pólya Jenő dr. egyet. c. rk. tanár.

## Diphtheriával összetéveszthető torokgyulladások.

A torokdiphtheria terén diagnostikus tévedések kétféle irányban is lehetségesek. Nagyobb horderejűek minden esetre azon tévedések, midőn a megbetegedés diphtheriás jellegét nem ismerik fel vagy a serumoltást mindenképen a bakteriológiai lelet megérkezéséig teszik függővé. Elősegítik az ilyen tévedéseket a malignus di. azon alakjai, melyekben az álhártyaképződés kevésbé kifejezett és inkább az oedemas beivódás, vagy haemorrhagiás nekrosis áll előtérben. Igen gyakoriak az ellenkező irányú tévedések is, t. i., di. összetévesztése más eredetű, elsősorban vörhennyel kapcsolatos, vagy egyéb eredetű tonsillitisekkel. A diphtheriás, scarlatinás és egyéb tonsillitisek klinikai megkülönböztetése ugyanis a multhoz képest határozottan mind gyakrabban ütközik nehézségekbe. A di.-ás folyamatoknak az álhártyatermelés irányában csökkenést, a toxintermelés irányában rosszabbodást mutató jellege, a croupok ritkábbá válásán, a toxikus torokdi.-k megszorodásán kívül abban is megnyilvánul, hogy a tonsillaris lepedék nem egyszer fibrinszegényebb, mállékonyabb, kenőcsösebb consistentiájú a szokottnál, színe is a typosos szürkésfehér helyett zöldesfehér vagy zöldessárga árnyalatot vesz fel: gyakran sokgócúan, több lencsenyi folliculus-szerű gócból indul ki; ezek ugyan csakhamar összefolyanak, de egy-két napon át teljesen a confláló tonsillitis follicularisból ill. lacunarisból keletkező tons. pultacea képét nyújtják. Megváltozott a vörhenyes torokfolyamatok jellege is bizonyos tekintetben. A mélyremenő, nagyon kiterjedt nekrosisok inkább valamivel ritkábbak, de a confláló tonsillitisek a tisztán catarrhalis anginában izolált folliculusokkal járó esetek rovására határozottan megszorodtak. Így a di.-s és a sc.-s tonsillitisek bizonyos stadiumban egymástól és a banalis tonsillitisektől alig különböztethetők meg. Ebben az idő-

pontban az, hogy a di. a nyálkahártyából kiemelkedő, a vörheny pedig a szomszédos ép nyálkahártya niveauján belül maradó elváltozást hoz létre, hogy csipesszel közönséges tonsillitis esetén könnyedén, di.-ában csak bizonyos nehézséggel vérzés árán, vörhenyben pedig egyáltalában nem, vagy csak nagyon nehezen, kifejezett anyaghiány hátrahagyásával lehet a lepedéket eltávolítani, még nem értékesíthető, hanem csak akkor, ha vörheny esetén a felrakódások leválása után tipusos nekrosis került a felszínre. Az egyéb megkülönböztető jelek egyike sem feltétlenül döntő fontosságú, de sok esetben jó támpontot jelenthetnek a következők. Diphtheria mellett szól, ha a tonsillák környezete nem kifejezetten lobos, de az ellenkező eset, haragosvörös környezet előfordul úgy di.-s, mint streptococcusok okozta torokgyulladások esetén. Di. ellen szól, ha kifejezett torokelváltozást feltűnően csekély nyirokcsomóduzzanat kísér, de az ellenkező eset, nagy mirigypaquette szintén nem értékesíthető megkülönböztető jel gyanánt. Minden mellékárnyalat nélküli sárga szín banalis tonsillitisre utal. Ezüstszürke folliculusok vagy ilyen színű lacunaris elrendezésű, ill. összefolyó lepedék, igen erősen lobos környezetben, a garatívek szélei mentén az uvula széleire kúszó szürkésfehér csikyszerű nekrosis vagy ugyanide szorító oedema mindenkor vörhenyre gyanus, még ha nincs is a betegen exanthema. Diphtheria, ha tipusosan fehérszínű, akkor jellegzetesen tömör, száraz, fibrindús hártát képez, bármily kis kiterjedésű, vagy bármilyen szabálytalan alakú is. A tonsillaris abscessustól az assymetrikus féloldali nagyfokú oedemával, csökevényes vagy csak a hátsó garatra szorító kocsonyásan beivódott álhartaképződéssel járó malignus diphtheriákat a foetor ex ore, az állszögmirigy és az azokat körülvevő kötőszövetek elmosódott határú duzzanat (periadenitis), az albuminuria és a gyakran egyidejűleg jelenlévő orrdi. és adenoiditis miatt gátolt orrlégzés különböztetik meg, a tályogra jellemző fájdalmasság, szájjár ellenben hiányoznak. Bármilyen kifejezetten diphtheriának imponáló lepedéket látunk a torokban akár gyermekeken, akár felnőtteken, sohase mulasztjuk el a köztakaró gondos átvizsgálását. Ha scarlátos kiütést látunk, a torokelváltozás is legtöbbször tisztán a vörhennyel kapcsolatos, az igen ritka vegyes fertőzést csak a pozitív bakt. lelet bizonyíthatja be.

Igen könnyen téveszthetők össze di.-val a Plaut-Vincent angina diphtheroid alakjai, melyeket tulajdonképp csak a di.-ra negatív, spirillumokra és fusiformisokra pedig pos. lelet alapján lehet felismerni. A gombák okozta lepedékre (leptothrix) leginkább a teljesen lobmentes környezet jellemző. Lepedékképződéssel járó tonsillitis esetén gondolni kell még aphthás, herpeszes, tbc-s, syphilitis folyamatokra, valamint a leukaemia, pseudo-leukaemia, angina agranulocytotica és a monocytangiával kapcsolatos elváltozásokra.

Mіндеzen, diphtheriát utánzó folyamatok felismerésében igen nagy jelentősége van a bakteriologiai vizsgálatnak. Természetesen teljesen helyes az a felfogás, hogy klinikailag diphtheriának imponáló torokelváltozások esetén gyermekeknek, a gyakorlóorvos be nem várva a bakt. vizsgálat eredményét, adjon serumot és tegye meg a szükséges elkülönítő intézkedéseket. Ezen arany szabályt, mint minden általános irányelvet mégis bizonyos kivételek törlik át. Ezek egyike, mint előbb említettük, scarlátos kiütés jelenléte. Ott ahol mód van a culturalis lelet eredményét 24 órán belül megtudni, ezt nézetem szerint ajánlatosabb bevárni oly egyéneken, kiknek anamnesisében ismételt kiállott, di.-ra gyanús, de mindig bakteriologice negatívnak bizonyuló tonsillitisek szerepelnek, vagy akik anatoxinnal di. ellen active

védoltva lettek. A legfontosabb pedig, hogy ha a vizsgálat ismételt di.-ra neg., ne fogjuk fel egyszerűen a dolgot úgy, hogy lám a laboratórium csődöt mondott, hanem a megkülönböztető jelek gondos latolgatásával, direkt tárgylemez készítmény vizsgálattal, vérvizsgálatokkal stb. kutassuk, nem-e a felsorolt di.-val klinice összetéveszthető megbetegedések egyikéről van-e szó. Ezek diagnosztizálása gyakorlati szempontból is fontos, hiszen ezekre a di.-serum természetesen nem fejt ki gyógyító hatást, a streptococcus tonsillitiseknek meg vannak a maguk külön szövődményei (polyarthrit, nephritis stb.), azonkívül más egyéneken tipusos vörhenyt okozhatnak.

Szirmai Frigyes dr.  
városi kórház, Ujpest.

## Ureterkövek az orvosi gyakorlatban.

Köveknek az ureterekben fennakadása a vesék köves megbetegedésének a folyamánya és így nem is tekinthető önálló betegségnek, hanem a köelváltozás egyik phasisának. Elsődlegesen az ureterben képződő kő igen ritkán fordul elő, úgyhogy ez gyakorlati szempontból elhanyagolható. A vesékből spontán távozó kövek az ureterben legtöbbször rövidebb-hosszabb ideig fennakadnak, a vizelet elvezetést részlegesen, vagy teljesen megakadályozhatják és így a fölöttük lévő húgyutakra és a vese szövetállományára destruáló hatást fejtenek ki. Ezenkívül tüneteikkel nem egyszer más hasi megbetegedéseket utánozva, diagnostikai tévedéseket okozhatnak.

Legtöbbször egyoldali és egyetlen ureterkő van jelen, de a kétoldali és többszörös ureterkövek sem nagyon ritkák. Fellépésük legnagyobb számmal nyáron, a meleg időszakban figyelhető meg, bár a kövek keletkezése a vesékben kétségtelenül jóval előbbi időre tehető. A vesék és darától kezdve nagyságban egészen a puska-golyóig növekedve észlelhetők az ureterben kövek, amelyek eltávolíthatók műtét nélkül. Általánosságban rizs, borsószem nagyságúak azok, amelyekkel találkozunk. Fennakadásukat, illetőleg eltávolításukat lényegesen befolyásolja a kövek minősége, sima, vagy egyenetlen felszíne, alakja, az ureterek és az urogenitalis rendszer állapota, mint pl. a gyulladások és tágulások. Tehát egy simafelszínű, kerek, vagy ovalis urat-kövecskének eltávolítása sokkal hamarabb várható ugyanazon viszonyok mellett, mint az egyenetlen szúrós felszínű, a nyálkahártyába jól kapaszkodó oxalatkő.

A kövek az ureteren áthaladását, vagy megszorulását derék és a vesetájékról leginkább lefelé a genitáliákba, combba sugárzó éles fájdalom szokta kísérni. Nem mindig ilyen tipusos azonban ez, mert a görcs szétterjedhet a hasban is, bélpuffadások kísérhetik, sőt az ellenkező egészséges vese oldalán is jelentkezhetik. Ismétlődő köeltávolítások, vagy uretertágulások esetén a tünetek sokkal enyhébbek lehetnek, úgy hogy a beteg csak feszülést, tompa, bizonytalan hasi fájdalmat jelez. Egyszerű esetekben a kisugárzó fájdalom, a gyakori vizeleti ingerek és a legtöbbször mikroszkopikus haematuria könnyen a helyes kórisméhez vezetnek. Máskor azonban ez szakorvosi vizsgálat nélkül nehézségekbe ütközhetik, mert nem egy esetben appendicitis, cholelithiasis, gyomorbélfekély, acut női megbetegedések között kell elkülönítést tennünk. A vesetáji fájdalmakat a fokozott intrarenalis nyomás, a vesetok feszülése okozza, mely a vizelet pangás és circulatiós oedema által jön létre. A nagyon erős vizeleti ingert, a herébe — nagy ajakba sugárzó fájdalmat — leginkább az alsó ureterszakasz köveinél lehet megfigyelni.



Ritkán fordul elő, hogy a vesékből a kő egyszerre haladjon át az ureteren, még akkor sem, ha az igen kicsiny. Kövek vándorlása az ureterben szakaszonként szokott történni és legalább a physiologiás szűkületeknél rövidebb-hosszabb ideig fennakadnak. — Ezt nemcsak a lumen természetes összeszűkülése, hanem a kőokozta spasmus váltja ki. Később ezt az akadályt a localisan fellépő oedema fokozza. Különösen érdekes felszínű köveken látható, hogy azok az oedemáson duzzadt nyálkahártyába éles tüskéikkel beágyazódnak. A kő eltávozását a physiologikus uretermozgások és a vizeletáram segíti elő. Minden újabb megmozdulás az ureterben rohamot válthat ki, bár anélkül is mozoghat lefelé a kő. Fennakadás esetében, ha a vesetáji fájdalmak megszűntek, valószínű, hogy a kő mellett a vizeletpassage szabad. Megfigyelhető azoban néha, hogy teljes elzárás ellenére sincsenek nagyobb vesetáji panaszok és ez azzal magyarázható, hogy a vese ideiglenesen beszüntette működését, amit intravenás pyelographiával igen jól ellenőrizhetünk.

Az orvosi gyakorlatban ureterköves megbetegedéseknél két dolognak van nagy fontossága: 1. az ureterkövek pontos diagnosizálásának, 2. megállapítása annak, hogy ureterben fennakadt kő esetén meddig lehet várakozni a spontán távozásra a vese és elvezető rendszer károsodása nélkül.

Az első esetben, ha a tünetek nem kifejezettek, a vese-ureterköves rohamot a különböző hasi akut megbetegedésektől kell elkülöníteni. Urológiai szempontból a chromocystoskopos, ureterkatheteres, a röntgen- és pyelographiás vizsgálatok egyik vagy másikának, avagy kombinált alkalmazása ezt igen könnyűvé és gyorsá teszi. Ellenkező esetben sokszor láthattuk, különösen sebészi osztályok anyagában, hogy az appendicitissel, vagy más akut hasi megbetegedés diagnosizálásával műtetre beállított betegek tüneteit ureterkő okozta. Ennek veszélyesebb, de ritkábban észlelhető megfordítottja, ha a legtöbbször már köves anamnesissel szereplő betegek egy újabb rohamát kő okozta jelenségnek véelve, elterelődik a figyelem a valódi kórfolyamatról.

A másik kérdésre: hogy vajon meddig lehet várni egy beékelt ureterkő eltávozására, már nem ilyen egyszerű a felelet. A fő cél, ha meg van a lehetőség, mindig az, hogy a követ spontán távozásra bírjuk. Nemcsak egy műtétet kerülhet el a beteg, hanem gondolni kell a recidivákra is, ami elég jelentékeny %-ot tesz ki. Ha a kő nem olyan nagy, hogy valószínűtlen az ureteren át történő megszületése, hacsak hosszú ideig tartó teljes veseelzárást nem okoz és a betegnek nincsenek túrhetetlen, gyakran ismétlődő fájdalmai, valamint infectio sem társult hozzá, nyugodtan várhatunk eltávozására szakorvosi ellenőrzés és kezelés mellett. Mindennek ellenkezője a műtétet indikálja. Különösen a hosszú ideig tartó veseelzárás és a fertőzés jelentik azokat a veszedelmeket, melyek nem reparálható elváltozásokat okozhatnak. Következésképpen hydronephrosist, a pyelonephritisek különböző fokozatait láthatjuk kifejlődni. Infiált ureterkő esetében magas láz mellett sohasem csak pyelitisre, hanem a köves oldali vese pyelonephritisére kell gondolni még akkor is, ha nagyobb vesetáji fájdalmakról a beteg nem panaszkodik. Ilyenkor a házi orvosi kezelés csak további veszedelmet jelent, mert a halogatással a vese értékes parenchymája pusztulhat el. Az ureterben sokáig egy helyben ülő kő annak falán decubitust és infiltráló gyulladást okoz és helyében később strictura fejlődhet ki. Szerencsére a nagyfokú ureter stricturák a köves megbetegedések számához viszonyítva, aránylag ritkák. Sokkal gyakoribbak a hosszú ideig fennálló infectio és pangás következtében kifejlődő merevfallú táulások.

Az ureterköveknek szakorvosi ellenőrzése abban áll, hogy időszakonként megállapítják a kő helyzetét, az

uretereldugulás fokát, a köves oldal veseműködését, a kezelése pedig, hogy a körülményekhez képest a szükséges műszeres beavatkozást elvégzik. Ez utóbbit szolgálja az uretertágítás, egy vagy több ureterkatheternek a kő fölé vezetése, esetleg állandósítása, olajnak, glicerinnek és valamilyen koncentrált oldatnak a befecskendezése, a pangásos vizelet lebecsajjtása, ureterszájadékokban fennakadt kövek esetén pedig a szájadék átegetése. Mindezzel arra törekszünk, hogy egyrészt a spasmus, másrészt a gyulladáson oedema okozta szűkületben fogvatartott követ helyzetéből kimozdítva, annak lecsúsztatását elősegítsük. A helyi beavatkozások mellett nélkülözhetetlennek bizonyultak az eredmény elérésében a kifejezetten görcsoldó gyógyszerek, a hosszantartó meleg fürdők és szabad vizeletpassage mellett a vízlökések. Ureter peristaltikát fokozó, hypophysis kivonatok befecskendezésétől bizonyos esetekben jó hatás látható, de csak szakorvosi ellenőrzés mellett ajánlhatjuk. Az infectio leküzdésében úgy az intravenás, mint a peroralisan adható desinfiáló gyógyszerek szükségesek és preventive is rendelhetők kisebb adagokban. Tudni kell, hogy az ureterkő okozta veseműködési kiesések, pyelum és uretertágulatok, még ha hosszabb ideig is állottak fenn, a kő eltávozása után eltűnhetnek és ezért fontos a beavatkozás módjának és annak idejének kellő kiválasztása.

Minthogy az ureterkő a vesekő egy részjelensége, gondolni kell arra, hogy az urogenitalis rendszerben még máshol is lehetnek kövek. Így a vizsgálatoknak nemcsak az ureterszakaszra, hanem az egész vizeletrendszerre is ki kell terjednie. Igyekeznünk kell, hogy az eltávozott ureterkő, mely a hólyagból legtöbbször könnyen és beavatkozás nélkül is kiürülhet, ne vesszen el, hogy összetétele megállapítható legyen. Ezért ajánlatos otthon edénybe, másutt a gazedarabkán át történő vizeltetés. A beteg a kő eltávozása után nem tekinthető még teljesen gyógyultnak, mert egyrészt meg kell figyelni a kőokozta elváltozások visszafejlődését, másrészt a köves betegség természeténél fogva a beteg diatáját, életmódját és a recidivák lehetőségét időközönként ajánlatos ellenőrizni.

Noszky Aurél dr.

O. T. B. A. h. főorvos.

## A gyakorló-orvos laboratóriumi feladatai.

### XIV. közlemény.

A gyakorló orvos laboratóriumi feladatairól sokan helytelenül vélekednek. Egyesek csaknem kizárólag a vizsgálati anyagok levételére és továbbítására szorítkoznak, mások viszont felkészültségükkel arányban nem álló vizsgálatok elvégzésére is vállalkoznak. A gyógyító gyakorlat szempontjából mindkét felfogás rendkívül káros. A gyakorlóorvos által is végezhető egyszerű vizsgálatok laboratóriumba utalása nemcsak felesleges költséget és idővesztést okoz, hanem a VIII. sz. közleményben elmondottak szerint gyakran még a vizsgálatok eredményességét is befolyásolja. Ha pedig a gyakorló orvos szak tudását, laboratóriumi berendezését meghaladó, s csak kontroll-kísérletekkel együttesen megejthető vizsgálatokkal próbálkozik, olyan hibás eredmények támadhatnak, melyek a beteg további sorsát egyenesen végzetesen befolyásolhatják. Tehát a gyakorló orvos sem kevesebb, sem több laboratóriumi működést ne fejtson ki, mint mennyit a mindennapi gyakorlat feltétlenül megkíván. Igyekezzon az egyszerű vizsgálati módszerek el-sajátítására, de a vizsgálati módok megválasztásában szigorú kritikát gyakoroljon s csak a gyógyító gyakorlatban nélkülözhetetlen, különleges laboratóriumi szak-

képzettséget nem igénylő vizsgálatok elvégzésére vállalkozzék. A jelen cikksorozat további közleményei a gyakorló orvos ilyenirányú működéséhez kívánnak útmutatást nyújtani.

A köpet külső sajátságainak vizsgálata egyetlen légzőszervi megbetegedésben sem mellőzhető. Ilyen célból a köpetet kb. 12 cm átmérővel bíró Petri-csészébe öntjük, s a csésze alá felerészben fehér, felerészben pedig fekete papírlapot helyezünk. A köpet ilyen módon különböző megvilágításban figyelhető meg, s a benne lévő összeálló tömöttebb részek, köros képletek jól felismerhetők. — *Mikroszkopikus vizsgálat* céljából a köpet genyes, összeálló nyákcsomós részleteit leégetett platinkaccsal, vagy bontótűvel emeljük ki, s tárgylemezre helyezve, fedőlemezzel takarjuk le. A készítményeket szűk íris mellett, előbb kis nagyítással tekintjük át s csak azután vesszük erős nagyítású száraz objektívvel vizsgálat alá. Vörösvérsejtek, pigment tartalmú alveolus-sejtek, Curschmann-féle tömlők, Charcot—Leyden-féle kristályok, stb. a belorvosi diagnostikai tankönyv ábráinak segítségével, kisebb gyakorlat után rendszerint jól felismerhetők. Aktinomyces, echinococcus, különösen tüdődaganat gyanúja esetén a vizsgálatot bizzuk szaklaboratoriumra. A tüdőszövet széteső folyamataiban, különösen tüdőgümőkórban, értékes diagnostikai jel a rugalmas rostok megjelenése. A rugalmas rostok kimutatása céljából elsősorban a köpetben úszkáló gömböstitűfejnyi-lencsényi, szürkés-sárga, nyálkás képleteket, az ú. n. corpuscula oryzoideákat, s a geny tömött, összeálló, genyes-nyákos csomóit halásszuk ki. A kiemelt köpetrészleteket kémlőcsőbe tesszük és egyenlő mennyiségű 10%-os káliluggal keverjük össze. Ezután a folyadékot óvatosan, felforralás nélkül addig melegítjük, míg teljesen egyneműnek látszik. Az ilyen módon kezelt anyaghoz 4-szer annyi vizet adva, csúcsos pohárban leüllepítjük, vagy centrifugáljuk, s az üledéket fedőlemezzel letakart tárgylemez-készítményben, mikroskoppal vizsgáljuk. A rugalmas rostok éles határu, kettős körvonalú, gyakran elágazódó, erősen fénytörő fonalak, melyek nyalábokban, vagy a tüdőalveolusoknak megfelelőleg helyezkednek el. Tüdőszövetből való eredetük csakis az utóbbi formában tekinthető megállapítottak. Jelenlétük önmagában véve a tüdőtuberculosisist nem bizonyítja s az eredmény csupán a klinikai képpel és egyéb vizsgálati módokkal együttesen értékesíthető. Tüdőtuberculosisban a kikent készítmények mikroszkopikus vizsgálata gyakran döntő jelentőségű. Saprophyta saválló. pálcikák a köpetben olyan ritkák, hogy a Ziehl—Neelsen eljárása szerint festett készítményben található saválló pálcikák bátran tuberculosis bacillusoknak tekinthetők, s legfeljebb ozaena, tüdőgangraena és putrid bronchitis esetén támadhatnak kételyeink. A vizsgálatához a már említett corpuscula oryzoideákat, vagy ezek hiányában a köpet genyes gomolyait halásszuk ki és platinkaccsal tisztá, lehetőleg új tárgylemezen, vékony rétegben, egyenletesen dörzsöljük szét. A készítményt, miután teljesen megszáradt, lángon lassan háromszor áthúzza fixáljuk. Ezután a praeparatum állványra helyezve, carbolfuchsinnal öntjük le, s a tárgylemez alsó felületét addig melegítjük, míg a folyadék gőzölni kezd. Ha a gőzölgés megszűnt, a melegítést még kétszer megismételjük. A melegítéskor a folyadék felforralását feltétlenül kerüljük és ügyeljünk arra, hogy a készítmény festékdoldattal mindig teljesen legyen fedve, s ezért az elpárolgott festéket azonnal frissel pótoljuk. A háromszori melegítés után a festéket vízzel alaposan leöblítjük és 3%-os sósavat tartalmazó, 70%-os alkohollal szintelenítjük. Ezen eljárást Petri-csészében fehér alapon addig végezzük, míg a készítmény szintelelné válik és a folyadék mozgatása közben festék-

felhők nem távoznak. Vastagabb készítmény szintelenítése után is halványrózsaszínű marad. A szintelenített készítményt vízzel alaposan leöblítjük és háromszoros mennyiségű vízzel felhígított Löffler-féle methylenkékekkel 5 másodpercig festjük. Az eljárással minden sav- és alkoholálló bakterium, — tehát a tuberculosis bacillus is — piros színűre festődik, ellenben az összes többi bakteriumok s a sejtes elemek kék színűek. Ha a fenti módon tuberculosis bacillusokat kimutatni nem sikerült, a dúsító eljárással próbálkozunk. Ilyen célból szélesszájú üveg dugós üvegben 4 rész köpethez 1 rész antiformint adunk, s 2—3 percig erősen rázzuk, majd fél óráig állani hagyjuk. — Utána az anyagot egyenlő rész vízzel felhígítjuk, s kb. fél órai centrifugálás után az üledéket tárgylemezre kivenve, Ziehl—Neelsen szerint festjük meg. Ha az antiforminos dúsítást, a hosszú centrifugálást elvégezni módunkban nem áll, vagy továbbra is negatív eredményt kapunk, a köpetet bakteriologiai laboratóriumba küldjük.

Haranghy László dr.

egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

## KÉRDÉS — FELELET

*Kérdés:* „Friss luesben szenvedő baba gyakorlatától eltiltható-e; közreműködhet-e szüléskor és milyen feltételek mellett (gummi keztyű?) A fertőző jelenségek eltűnésétől (antilueses kúra hatására) számítva kb. mennyi idő múlva folytathatja gyakorlatát?”

Gy. Z. dr.

*Felelet:* Amennyiben a „friss lues” elsődleges jelenségében nyilvánul, illetve foltos, vagy göbös vérbajban szenvedő bábára vonatkozik, akkor kétségtelen, hogy utóbbi gyakorlatának teljesítése közben fertőzheti betegét. Törvényes intézkedés (Utasítás 43.200—1929. N. M. M. sz. rendelet 15. §-ának 5. pontja második bekezdésében) kimondja: „Ha a baba lakásán ragadós bajban szenvedő beteg van, vagy ha ő maga ilyen betegségben szenved, nem szabad terhes, szülő- és gyermekágyas nők ápolását mindaddig vállalnia, amíg azt a hatóságos orvos meg nem engedi. Ugyanezen rendelet 15. §-ának 1. bekezdése szerint pedig mindenképpen tilos a bábának olyan betegek ápolását vállalni, kik genyes, vagy eves váladékkal járó bajban, vagy ragadós betegségben szenvednek. 1935. január 7-én a szülészeti ügyek miniszteri biztossága lappangó vérbajban szenvedő bábák gyakorlatának folytatása ellen pedig a következőkben körvonalazza felfogását: „Kiváló köz-igazgatásunk és hivatásuk magaslatán álló megyei főorvosaink eddig legtöbb esetben megtalálták a módját annak, hogy a vérbajos bábát nyomatékos figyelmeztetésükkel bajuknak kezelésére és a fertőzőképesség időtartamára a gyakorlatától való tartózkodásra rábírják.”

Amennyiben a baba vonakodnék magát kezeltetni, az 1876. XIV. t.-c. 89. §-a és az 1886. V. t.-c. 3. §-a módot nyújt a kényszerkezeltésre.

Az 1908. XXXVIII. t.-c. 2. §-a, illetőleg a törvénymagyarazat „Általános szabályok” c. pontja is előírja, hogy az egészségügyi ártalmak közveszélyessé válásának elhárítása az egészségügyi hatóságok feladata. Az illető hatóság felfogásától függ tehát, hogy a baba működésének korlátozására a fertőzés tartama alatt milyen formát választ. *Orvosi szempontból feltétlenül szükséges a gyakorlatától tartózkodás a klinikai és serológiai tünetmentesség beálltáig.* Továbbiakban a bábának az illetékes egészségügyi hatósági szerv intézkedéseire kell alkalmazkodnia a megfelelő számú és erősségű kezelések után várható, klinikai, serológiai és liquorvizsgálati eljárások útján megállapítható gyógyulásig.

Neuber Ede. dr.

egyetemi ny. r. tanár.

*Helyreigazítás:* Az Orvosi Gyakorlat Kérdései 48. sz. Haranghy László dr.; „A gyakorló orvos laboratóriumi feladatai” című közleményének utolsó mondata helyesen a következő: Az előbbi betegségek esetén egész nyirokcsomót, az utóbbiakban lehetőleg nagy sarjszövet-, vagy fekélyrészletet igyekszünk kimetszeni.

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Salvarsan-resistens lues.

A szó legtágabb értelmében salvarsan-resistens minden lues-beteg, akinek syphilise az átlagosnál rosszabbul, kevésbé gyorsan, kevésbé tökéletesen, kevésbé tartósan reagál salvarsanra.\*) E tág értelmezésben salvarsan-resistens a késői lues-esetek nagy része, pl. aortitis, vagy központi idegrendszeri megbetegedés, ha klinikai vagy serológiai tünetei salvarsan kezelésre nem javulnak. A salvarsan-resistentia fogalmát azonban nem ily tág értelmezésben szoktuk használni. A késői szakokban a klinikai tünetek (melyeket részben már hegedések és más végállapotok tartanak fenn), s főleg a savóreactiók oly gyakran ellenállók, hogy nehéz megállapítani az „átlagos” magatartást. Így állunk a világhozott vér-bajjal is. Közönségesen akkor beszélünk salvarsan-resistentiáról, ha olyan tünetek állnak ellen a salvarsan gyógyhatásának, melyek egyébként rendszeresen jól, gyorsan és tökéletesen gyógyulnak salvarsanra. Ilyen tünetek az initialis sklerosis, a korai és késői másodlagos tünetek, a gummás és lapszerint terjedő harmadlagos syphilidek s az ezekkel együttjáró pozitív savóreactio. E szűkebb értelemben a salvarsan-resistentia a *nagy ritkaságok* közé tartozik. A század 20-as éveiben időnként úgy a német, mint a francia iskola köréből felmerült az az állítás, hogy a salvarsan-resistens esetek szaporodóban vannak. De ezt az állítást igazolni nem lehetett.

Megkülönböztetjük az elsődleges (ritkább) és másodlagos (gyakoribb) salvarsan-resistentiát. Elsődleges a resistencia, ha a tünetek salvarsanra kezdettől fogva nem reagálnak, másodlagos, ha kezdeti normalis gyógyhatás után áll be a resistencia.

A *másodlagos resistencia* esetében a kedvezően induló kúra vége felé vagy kevéssel a kúra befejezése után új tünetek jelentkeznek, melyek salvarsannal szemben már resistensek. Némelyek ideszámítják azokat az eseteket is, melyekben a recidiva-tünetek salvarsanra jól reagálnak, de minden kúra befejezése után, vagy kúra közben is, függetlenül a kezelési menetétől, újabb és újabb recidivák jelentkeznek („arseno-resistentia”). Noha az ilyen eset manifest tünetei nem resistensek, lényegileg mégis salvarsan-resistensnek mondható, mert a spirochaetocid hatás nyilván itt is tökéletlen.

A másodlagos salvarsan-resistens eseteknek *klinikai tünetei* és lefolyása többé-kevésbé jellegzetes. Feltűnő gyakoriak a psoriasiform, pityriasis rosea-ra, seborrhéas ekzemára emlékeztető „papulo-squamosus” általános kiütések, továbbá hyperkeratotikus tenyéri és talpi elváltozások, solitaer, erősen és mélyen infiltrált nagy-papulosus és framboesiform képletek arcon, különösen az orrszárnyakon s a szájszögletekben. Az atypikus tünetek a gyakorló orvos számára sokszor megnehezítik a diagnózist s a történések helyes értelmezését, annál is inkább, mert a *Wassermann-reactio a legtöbb esetben negativ*. Viszont könnyíti a helyzetet, hogy a spirochaetakimutás könnyen sikerül: korai salvarsan-resistens bőrtünetek mindig tömegesen tartalmaznak spirochaetát, kúra közben is, mintha a beteg salvarsant egyáltalában nem is kapott volna. Jellemző azután, hogy a bőrtünetek friss lues eseteiben is körkörös vagy serpiginosus terjedést mutatnak, mélyen infiltráltak, csoportosan rendeződnek el, tehát úgy viselkednek, mint azt a késői másodlagos

szakban szoktuk látni. A salvarsan-resistens lues általában gyorsabban futja végig a lues egyes fázisait. Napirinden van a korai tertiarismus. Leírtak olyan eseteket, melyben háromnegyed évvel post infectionem már aortatágulás volt kimutatható, 2½ évvel p. i. tabes. Végül jellemző, hogy a salvarsant a resistens beteg aránylag rosszul tűri. Jó tűrés esetén a sűrű egymásutánban következő salvarsan-kúrák ellenére folytonosan ismétlődő recidivák tarka összevisszaságban a legkülönbözőbb szereket támadják meg.

Az *elsődleges resistencia* esetében a typosos initialis sklerosist, másod- és harmadlagos tüneteket a salvarsan nem befolyásolja, sőt kezelés közben a góccok nagyobbodhatnak, új tünetek állhatnak be bőrön, nyálkahártyán s a belső szervekben. Itt is gyakoriak az atypikus recidivák, főleg súlyos, mélyre hatoló *fekélyes szétesések* a korai szakban. Az esetek többségében itt is negativ a Wa. R. Ezekkel az esetekkel közeledünk a régi „lues maligna” fogalmához, melynek képéhez hozzátartozott a higany-resistentia. De ez a manapság jóval ritkább, „anergiás”, súlyos elesettséggel, mély fekélyesedésekkel járó kórkép, mellyel a régiek nem tudtak mit kezdeni, éppen salvarsanra sokszor kitünően reagál, elannyira, hogy a salvarsan életmentő hatásúnak mondható. A lues maligna s a salvarsan-resistentia fogalmai tehát nem fedik egymást.

A resistencia egyes arsenobenzol készítményekre szorítkozhatik. Ismeretesek neosalvarsan-resistens esetek, melyek natrium-, vagy alt- vagy ezüstsalvarsanra normálisan reagáltak és fordítva. Az is előfordul, hogy a beteg a salvarsan készítmények egyik csoportjával szemben resistens, másik csoportjával szemben normalisan reagál. De gyakran általános az arsenobenzol-resistentia, s az sem ritkaság, hogy bismuth- vagy higany-resistentiával párosul. Olyan „*therapia-resistens*” eset, amely semilyen specificumra sem felel, a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, különösen ha a specificumok közé soroljuk a jódot is, melynek nagy adagjai gyakran a legmarkacsabb resistentiát is megtörik. — Az absolut resistentián kívül gyakran találkozunk az ú. n. viszonylagos resistencia legkülönbözőbb fokával is.

A salvarsan- s általában a gyógyszer-resistentia *okaképpen* három tényező működhethet közre: a resistencia múlhatik a gyógyszerkészítmény tökéletlenségén, a spirochaeták különleges salvarsan-álló viselkedésén s a szervezet hiányos reactióképességén. Régebben sokat vitatták e három tényező jelentőségét, ma biztosan állíthatjuk, hogy a gyógyszer-resistentia *kizárólag a szervezet különleges viselkedésén* alapszik. A készítménynek nem lehet szerepe, mert ugyanazon operációs számú sorozat összes ampullái normalis hatásúak, csak éppen egy betegen nem. Külön salvarsan-álló spirochaeta törzsek kifejlődését s existenciáját pedig sok idevágó kísérlet ellenére sem sikerült kielégítően bizonyítani. Ellenkezőleg, az állatkísérletek egész sora azt mutatta, hogy salvarsan-resistens betegből vett spirochaeták állatba oltva átlagos virulentiájúak s normalisan salvarsanérzékenyek. Klinikailag bizonyítható lett volna a törzsek salvarsanállósága, ha közös fertőző forrásból szerzett lues két vagy több betegen azonos salvarsan-resistentiát mutatott volna. De az ilyen értelmű casuistika csekély, s nem meggyőző, az esetek megfigyelése többnyire hiányos. Fordítva, nagyszámú olyan lues conjugalis ismeretes, melyben az egyik fél salvarsan-resistensen viselkedik, a másik normalisan. Tudjuk, hogy a salvarsan spirochaeta-ölő hatása nem köz-

\*) A következőkben „salvarsan” alatt mindig az arsenobenzol-készítmények összeségét értjük.

vetlen hatás, in vitro nem megy végbe. Szükség van a szervezet, az élő sejtek aktív közreműködésére, hogy a chemotherapiás hatás létrejöhön. A salvansan-resistens esetekben a szervezetnek közreműködése akár veleszületetten, akár szerzetten hiányzik, amit többek között a Wa. R. gyakori negativitása is jelez. Hogy mi ennek a tökéletlenségnek a lényege, azt még nem is sejtjük. Talán az egyetlen pozitív adat, melyet itt felhozhatunk, hogy a salvansan-resistens esetek között feltűnően sok *potator* szerepel. Kísérleti adatok alapján valószínűnek kell mondanunk, hogy a salvansan-resistentia a reticuloendothel tökéletlen működésén alapszik.

Hogy csak a szervezet felelős a salvansan-resistentiáért, bizonyítja ezenfelül a nemfajlagos eljárások hatásossága, melyek mai tudásunk szerint a spirochaetákat egyáltalában nem befolyásolják, csak a szervezet védő erőit serkentik.

A salvansan-resistens beteg *gyógykezelésére* egész sereg nemfajlagos eljárás áll rendelkezésünkre. Ezekkel a módszerekkel nem csak ellenálló tünetek elmúlását tudjuk kierőszakolni, hanem sok esetben helyre tudjuk állítani a reakcióképességet salvansannal szemben is, ami különösen korai luesben fontos. Első helyen kell említenünk a legenyhébb, de sokszor kitűnő hatású módszert: a klimatikus fürdőhelyi, víz-, nap- és roboráló therapiát. Ezt a mai viszonyok között sajnos egyre ritkábban alkalmazható drága módszert többé-kevésbé pótolják otthon is, mesterséges higanyfényfürdők kombináltan erélyes hydrotherapiával, massage-zsal, stb. Egyesek főleg a protrahált forró fürdőkötől láttak kitűnő eredményeket, mások váltó-fürdőkre, erélyes zuhanyozásra helyezik a fősúlyt. Erélyesebben hatnak a lázkeltő eljárások: typhus-, vagy gonococcus-vaccina, tuberkulin, tej, kellően óvatos és egyénileg beállított adagolásában, nehogy a serkentést túlhatják s fokozott bénításba essünk. Leghatalmasabb lázkeltő módszerünket, a malaria-kezelést egyes szerzők mint a salvansan-resistentia kitűnő gyógyszerét dicsérik. Szóba jönnek még arany, thiosulfat és sajátvér-kezelés. Utoljára említjük a leghatásosabb nemfajlagos módszert, a Zittmann-kúrát. Ez néhány évtizedre feledésbe merült, most ismét egyre gyakrabban halunk a vele elért sikerekről. Akár régi, akár modern formájában („Zittmannin” stb.) alkalmazzuk, resistens esetekben kitűnő szolgálatokat tehet.

Az immunbiológiai fajlagos eljárások most vannak kiépülőben. A *Hilgermann*-féle spirochaeta-vaccina hatását hazánkban is tanulmányozzák. A régebbi luetin már sokszor jó szolgálatokat tett resistens esetekben.

A nemfajlagos eljárásoknak elsősorban az a feladatuk, hogy a normalis reakcióképességet helyreállítsák. Kezelés után, vagy kezelés közben újra és újra meg kell kísérni a fajlagos kezelést. Sőt ha nem teljesen therapiaregistens esetről van szó, a nemfajlagos kezeléssel egyidejűleg adagolnunk kell azt az antisiphilicum-ot, melyre a szervezet reagálni képes. Sok látszólag teljesen resistens eset mozdult már meg erélyes kenőkúrára, szürkeolaj-befecskendezésekre, vagy nagymennyiségű jód adagolására. Az orvosi művészetet van hivatva célszerűen kombinálni a fajlagos és nemfajlagos eljárásokat úgy, hogy egyidejűleg küzdjünk a pusztító vírus ellen s a szervezet erőinek javítása érdekében.

Ne felejtjük el megkísérni a resistens fekélyes góccok helyi kezelését sem (kalomelpor, szürke higanytapsz, stb.). Ilyen módon gyakran sikerül a fertőzőképességet megszüntetni, aminek nagy socialis jelentősége van.

Rothman István dr.  
giesseni egyet. c. rk. tanár.

## Szakképzettség nélküli szakértői véleményezés.

Baleseti kártalanítási peres ügy szakértői felülvéleményezése alkalmával került a kezembe a következő két *hatósági* orvosi bizonyítvány:

### I.

#### *Hatósági orvosi bizonyítvány.*

Alulírott járási tiszt orvos N. L. 20 éves sz.-i lakost megvizsgáltam és a következőket állapítottam meg:

1931. okt. 21-én szódavízgyártás közben balesetet szenvedett, miből kifolyólag a szétrobbant üvegszilánkok jobb szemgolyójába fúródtak s látóképességét elvesztette úgyannyira, hogy a jobb szemgolyót el kellett távolítani. Ezidőszerint műszemet visel. A jobb szem elvesztése óta a bal szem látóképessége is fokozatosan gyengül, állandó fejszédülései vannak, különösen valamely lehajlással járó testi munka végzésénél. A bal szem pupillája úgy fényre, mint alkalmzkodásra kielégítően nem reagál. A látóképesség nagy mértékben gyengült, 4–5 méteren túl már csak homályosan lát.

Véleményem szerint fentnevezett *hatvan* százalékg munka- és keresetképtelen.

Fentieket igazolom. (P. H.)  
Sz., 1933. I. 24.

Dr. X. Y.  
járási tiszt orvos.

### II.

#### *Hatósági orvosi bizonyítvány.*

Alulírott — N. L. 22 éves sz.-i lakos baleset következtében 1931. októberben jobb szemén látóképességét elvesztette. A szemgolyót operative el kellett távolítani. (Ezidőszerint műszemet visel.)

Kétségtelenül megállapítható, hogy a bal szem látóképessége az elszendett baleset óta fokozatosan gyengül. Olvasni nem tud, szeme előtt a betűk összefutnak.

Véleményem szerint fentnevezett ezidőszerint 60%-ig kereset- és munkaképtelen.

Fentieket igazolom. (P. H.)  
Sz., 1934. IX. 7.

Dr. X. Y.  
járási tiszt orvos.

Erdemes ezt a két bizonyítványt mondatról mondatra elemezni, mert ahány mondat, annyi hiba, sőt több.

Az I. bizonyítvány mindenekelőtt azt a megállapítást közli, hogy jobb szeme üvegszilánktól megsérülve „látóképességét elvesztette úgyannyira, hogy a jobb szemgolyót el kellett távolítani”. — Már pedig a látóképességet elveszteni „úgyannyira”, hogy a szemet el kelljen távolítani, nem lehet. A látóképesség elvesztése maga sohasem lehet ok a szem eltávolítására. A sérülés okozta roncsolás lehet olyan, hogy a szem eleve menthetetlen s azért tanácsos mindjárt eltávolítani, felesleges fájdalomnak és a másik szemre is veszélyes gyulladásnak elejét veendő. A sérülés későbbi következménye is lehet olyan, hogy a szemet eltávolítani szükséges: fájdalmas szem, ha vak, vagy sérülés után keletkező idült szivárvány- és sugártestgyulladás, mely sympathiás gyulladás keltésére alkalmas. Mindezen esetekben többnyire megvakult szemről van szó, de *nem a szem vaksága az ok az eltávolításra.*

„Ezidőszerint műszemet visel.” Felesleges megállapítás, de egyben hiányos is. A szakértői vizsgálat arra terjedjen ki, hogy a szemüreg műszem viselésére alkalmas-e, mert afelől, hogy „ezidőszerint műszemet visel”, lehet az a szemüreg műszem viselésére kevésbé alkalmas is, azaz a műszem igen rosszul is ülhet benne.

„A jobb szem elvesztése óta a bal szem látóképessége is fokozatosan gyengül.” Ime, itt van tehát a kutya el-

temetve: a vizsgált egyén t. i. ezt állítja, és pedig azért, mert a 25, 30, vagy 35%-os baleseti járadékával nincs megelégedve. (Ehhez azt szükséges tudni, hogy alig van olyan félszemét vesztett járadékos, aki a neki törvényesen járó kártalanítás mértékével meg volna elégedve s aki ne próbálna fellebbezni, különösen miután a járadékról szóló határozat azt közli, hogy ez ellen 15 napon belül fellebbezésnek van helye. Hát, ha helye van fellebbezésnek, miért ne fellebbezzünk, hiszen nem kerül semmibe, szegényjogon. A fellebbezés „magától értetődő” megokolása pedig az, hogy a sérült szem eltávolítása óta — tehát amiatt! — a másik szem látása meggyengült. Ez már csak azért is közelfekvő gondolat, mert hiszen a megsérült szem eltávolításának szükségéről többnyire a másik szemet fenyegető veszély közlésével kell a sérültet meggyőzni. Hogy ez a veszély azután még akkor is előállhat, mikor a megsérült szem már régen el van távolítva: nos, azt már csak költsük hozzá, a per érdekében!)

„Állandó fejszédülései vannak, különösen valamely lehajlással járó testi munka végzésénél.” Erről az orvos legfeljebb csak azt közölhetné, hogy a vizsgált egyén ezt állítja, mert hiszen meggyőződni ő maga ezekről a fejt(?) szédülésekről nem tud.

„A bal szem pupillája úgy fényre, mint alkalmazkodásra kielégítően nem reagál”. No végre egy tárgyilagosan is észlelhető jelenség. Hát, ha ez igaz, akkor a baleseti sérültnek valamilyen idegbaja van, amelyet a hatósági orvos kollégának pontosan ki kellett volna vizsgálni s megállapítani, hogy ennek és az ettől netalán okozott látászavarnak, szédülésnek, miegyébnek a jobb szem elvesztéséhez semmi köze. (Ám a dolog sokkal egyszerűbb: a felülvizsgálat során kiderült, hogy nincs semmiféle pupillazavar, s nem tudjuk elképzelni, milyennek is kelene lenni az olyan pupillareakciónak, mely a kollégát „kielégíti”).

„A látóképesség nagy mértékben gyengült, 4—5 méteren túl már csak homályosan lát.” Ha az orvos meggyengült látásról ad orvosi, még hozzá hatósági, tisztí orvosi bizonyítványt, akkor először is közölnie kell a látásélesség számszerű megállapítását, mert az, hogy „4—5 méteren túl már csak homályosan lát”, nem orvosi, hanem laikus megállapítás.

Most következnek azután a legfontosabb adat: melyek azok a szembeli elváltozások, melyek miatt a látás kevesebb a rendesnél, milyen a szem fénytörő közegei, milyen a szemfenék? Minderről egy szót sem találunk a bizonyítványban, a kolléga nyilván nem tud szemtükrözni. Ám jó, azt nem minden orvos tud, nem is minden tisztí orvos, — de akkor hogyan adhat bizonyítványt, még hozzá hatóságát, szembajról?

„Véleményem szerint fentnevezett 60%-ig munka- és keresetképtelen”. — Milyen látásélességi százalékskála szerint? És milyen összefüggés van e között a „megállapítás” és a jobb szem elvesztése között?

„Fentieket igazolom”. — Ugyan mi alapon??

Ad. Nr. II.: „alulírott — N. L.” Ez az N. L. a sérült, nem az orvos. (Nyilván lapsus calamí. De nem csoda, hiszen mind a két bizonyítvány lapsus — sőt: collapsus scientiae!).

„A szemgolyót operative el kellett távolítani.” Lehetett volna másképp is, mint „operative”? Hát hiszen olvastunk már olyan esetről, hogy valakinek a szemgolyóját kitépték. De valamely sérülés utáni állapot megjavítására ez az eljárás legalább is nem szokásos....

„Kétségtelenül megállapítható, hogy a bal szem látóképessége az elszenvedett baleset óta fokozatosan gyöngül”. (Célzás a sorok közt: tehát propter hoc!) — „Ol-

vasni nem tud, szeme előtt a betűk összefutnak.” (Mondja ő — de hát halljuk, mennyi a látásélesség, számokban?)

Végül ismét a — merőben ötletszerű — 60%-os értékelés. És ismét igazolja (?) „fentieket”.

A felülvizsgálat eredménye: Sine morbo oculi sinistri. Teljes látásélesség.

Indicatio: Fegyelmi eljárás. Nem azért, mert a tisztí orvos kolléga nem ért semmit a szemészethez, hanem mert megtévesztő bizonyítványt írt olyan speciális szakmakorból, amelyhez hogy nem ért, azt tudnia kell!

sz. Liebermann Leó prof.

## Epehólyag átfuródása gyermekkori hasihagymázban.

Grekov szerint a gyermekkori epehólyaggyulladás legfeljebb egy százalékat teszi a felnőttkorinak, s majdnem kivétel nélkül valamilyen általános fertőző betegség, leggyakrabban a hasihagymáz szövődménye. Madelung szerint a hasiszervek hasihagymázos szövődményei között az epehólyaggyulladás a második helyen áll, Bittner esetei igazolják, hogy leggyakrabban a lábbadozó szakban lép fel. A tisztán hasihagymázos fertőzés ritka, a vegyes fertőzés gyakoribb. A kórképet felismerni, mind a kifejezett tünetekkel lezajló hasihagymázban, mind a tünetmentes, vagy nem ambulans alakokban igen nehéz. Az epehólyaggyulladás az előbbi esetben felderítetlen marad, az utóbbiakban pedig legtöbbször heveny féregnyulványgyulladás körjelzésével kerül műtetre. Khautz kimutatása szerint a gyermekkori epehólyaggyulladások egyharmada csak a kórboncoláskor derül ki. A kórjósolat nagyon rossz; a kórismézó nehézségek miatt az esetek rendszerint későn kerülnek műtetre. Klinikánk beteganyaga gazdag epekő- és epehólyaggyulladásban. Az epehólyag átfuródását gyermekeken csak egyetlen heveny féregnyulványgyulladás klinikai tünetei miatt végzett műtétkor észleltük.

K. J. 7 éves fiu egy hét előtt hirtelen betegedett meg. Gyomrát fájlalta, többször hányt. Orvosa heveny féregnyulványgyulladás kórisméjével küldi a klinikára. A korához mérten fejletlen gyermek súlyos beteg benyomását kelti. A has mérsékeltén elődomborodó, feszes és nyomásra mindenütt, de legkifejezettebben a vakbél tájon érzékeny. Blumberg, Rovsing-tünet kiváltható, a Douglas-üreg nyomáskor érzékeny. Hőmérsék 37 C°, érelkés percnként 100, telt, fehérvérsejt száma 22.400. Kórisménk: átfuródott féregnyulvány és hashártyagyulladás. Műtét aether altatásban: csipő-vakbél táji izmon keresztül hatoló metszés. Kevés rostonyás izzadmány. A féregnyulvány a vakbél mögött fekszik, rajta a ráterjedés hashártyagyulladást nem tekintve kóros eltérés nincs. A bélfodri nyirokcsomók főttabnyiak. A lép közép-nagy, kóros eltérést nem mutat. Az epehólyagot rostonyával össze-tapadt belek fedik. A rostonyás összenövésék szétválasztása közben 40 ccml. híg, sötétzöld, epét tartalmazó üreg nyílik meg. Az összeesett epehólyag testének közepén cseresznyemagnyi cafatos szélű átfuródás. Epehólyag-eltávolítás, tampon, drain. A műtét után végzett Widal-kémlés 1280-szoros hígításig pozitív. Az epehólyag tartalmából typhus bacillus tenyészik ki.

Kórszöveti vizsgálat (Prof. Orsós F.): „Az epehólyag nyálkahártyája erősen redőzött, hámrétege általában ép, egyes területeken azonban erősen desquamálódó állapotban van. Felső részében erősen ponton jellegzetes, a typhusos bélen látható elváltozásokra emlékeztető elhalás látható. Az elhalt területeken a hámréteg elpusztult és a makrophagoktól és a leukocytáktól áthatott nyálkahártya is elhalt. Az elhalt területet vérzéses udvar övezi, mely a nyálkahártya egész vastagságára kiterjed. Az elhalás helyétől kiindulólág vékony, rostonyás hártya terül ki a nyálkahártya felett 1—2 látótér terjedelemben. Az összes rétegek bővérűek, vizenyősen beszűrődöttek és apró vérzéseket tartalmaznak. A nyirokedények sejtsejény izzadmánytól feszültségig duzzadtak. A kötőszövet fellazult, sok fiatal fibroblastot, leukocytát, lymphocytát és különösen makrophagokat tartalmaz. Egy ponton a subserosában is ül egy jellegzetes

nagyobb leukocytákból és makrophagokból álló góc, typhusra jellegzetes infiltrációval. Kórisme: *cholecystitis typhosa*."

A műtéti seb szétvált. A 19-ik napon a beteg állapota hirtelen romlani kezdett, lebenyes tüdőgyulladás jelentkezett. Szívgyengeség tüneteiben a műtét utáni 26. napon exitus.

Boncolás: „Typhus abdominalis in stadio ulcerationis et partim sanationis. Bronchitis purulenta, bronchopneumonia paravertebralis. Degeneratio parenchymatosa myokardii, hepatitis et renum. Intumescencia septica lienis. Peritonitis acuta diffusa fibrinosa-purulenta. Abscessus nonnulli decapsulati abdominis.”

A korai műtét fontossága az epehólyag átfuródásában a kórfolyamat lényegéből önként adódik. A választandó műtéti eljárást illetően a legtöbb szerző az epehólyag eltávolítását ajánlja, míg mások az epehólyag-sipoly készítésétől láttak jó eredményt. Hasi-hagyományban fellépő epehólyagátfuródásban döntő jelentőségű az alapbetegség súlyossága és ennek a lefolyása kiszámíthatatlan. Ez okból nehéz a kórjóslatot illetően tárgyilagos ítéletet alkotni.

Bodnár Tibor dr. tanársegéd.

Debrecen, Seb. Klinika.

## A gyakorló-orvos laboratoriumi feladatai.

### XV. közlemény.

A mesterségesen kiürített *gyomortartalom szabad sósav és összes savtartalmának meghatározása* a gyakorló orvos legelemibb feladatai közé tartozik. A savviszonyok meghatározása előtt a gyomortartalom tömegét, szagát, színét és külső sajátságait figyeljük meg, majd szűrőpapíron át megsűrjük. A szüredékből 5 ccm-t 100 ccm-es főzőpohárba mérve, a folyadékhoz 2 csepp 0.5%-os alkoholos dimethylamidoazobenzol-oldatot adunk és a vörös színű folyadékhoz 0.1 ccm-ekre beosztott, Mohr-féle csapos burettából, a kiindulási pontot megjelölve, cseppenként addig engedünk 0.1-normálnátrónlúgot, míg a vörös szín sárgába nem csap át. A buretta állását pontosan leolvassuk, a folyadékhoz 2—3 csepp 1%-os alkoholos phenolphthalein-oldatot cseppentünk és tovább titráljuk, míg maradandó rózsaszín nem keletkezik s ekkor a buretta állását újólagosan leolvassuk. A buretta alapállása és az első leolvasás között elfogyasztott nátrónlúg mennyiségét 20-al megszorozva, kapjuk a vizsgált gyomortartalom 100 ccm-ének szabadsósav tartalmát s az alapállás és a második leolvasás között elfogyasztott nátrónlúg mennyiségét ugyancsak 20-al megszorozva, nyerjük az összaciditást. Tehát ha pl. az első leolvasás alkalmával 0.5 ccm., a második leolvasásnál 1 ccm. nátrónlúg fogyott el, a 100 ccm. gyomortartalom szabadsósavtartalma 10, összaciditása pedig 20 volt. Természetszerűleg, ha a dimethylamidoazobenzol hozzáadása után a folyadék azonnal sárga színűvé válik, a gyomorban szabadsósav nincs. Az ilyen gyomortartalom szüretének 5 ccm-ét a fenti módon 0.1-normálsósavval a vörös színig titrálva, kapjuk a *sósavdeficitet*. Ha a gyomortartalomban sok illó zsírsav mellett kevés a szabadsósav, a leírt titrálási módszer nem ad pontos eredményt. Ilyenkor 5 ccm. gyomornedvhez 2 csepp dimethylamidoazobenzol-oldaton kívül 7.5 ccm 96%-os alkoholt adunk s a folyadékot 0.1-normálkálilúggal, tiszta sárga szín beálltaig titráljuk. Az eredmény kiszámításakor a kapott értéket 2-vel megszorozzuk, majd az alkohol hozzáadásának correctiójaként 3-at hozzáadunk s az ilyen módon 10 ccm-re vonatkozó eredményt 10-el megszorozva 100 ccm-re számítjuk át. Ha a titráláskor 2.5 ccm. lúg fogyott el s a folyadék még mindig nem sárga színű, a továbbiakban a gyomornedvhez minden csepp lúg után ugyanannyi alkoholt cseppentünk. A *tejsavat* a következő egyszerű eljárással mutatják ki: 2 kémcsövet vízzel félig megtöltve, mindegyikhez 2—2 csepp 30%-os vaschlórid-oldatot

adunk. A folyadékot jól összerázva, az egyikbe néhány csepp megsűrűt gyomortartalmat csepegtetünk. Tejsav jelenlétében kanárisárga színezetet kapunk, mely különösen akkor feltűnő, ha a két kémcső tartalmát fehér alapon hasonlítjuk össze. Az *illó zsírsavak* (hangyasav, ecetsav, vajsav) jelenlétét a következő egyszerű próba mutatja: gyomortartalommal kb. félig megtöltött kémcső peremére vízzel megnedvesített kék lakmuspapírt akasztunk s melegítjük. Illó zsírsavak jelenlétében a kémcsőbe lógó, de a folyadékkal nem érintkező lakmus papír megvörösödik.

A legfontosabb, gyakorló orvos által végezhető *székletvizsgálati eljárás, a széklet makroszkopikus tulajdonságainak, vegyhatásának megállapítása és a szabad szemmel felismerhető pathológiás alkatrészek keresése*. Ilyen célból a széklet egyszerű megtekintése sohasem elegendő, hanem a következőképpen járunk el: A frissen kiürített székletet fekete-fehér porcellántányérba szélesen kiterítjük és összeállítását, tömegét, színét, szagát megfigyelve, a szabad szemmel felismerhető nagyobb nyákrészeket, vércsíkokat, emésztetlen ételmaradékot, stb. kiemeljük. Ezután a székletet vastag üvegpálcával jól felkavarjuk s a vegyhatását megállapítjuk. Ehhez destillált vízzel megnedvesített kék és vörös lakmus papírt használunk, melyeket a széklethez érintve, a színváltozást a papír tiszta oldalán figyeljük meg. A továbbiakban a széklet különböző helyeiről kb. diónyi darabot gyűjtünk s dörzscsészében desztillált vízzel apránként felhígítva és mártásszerű anyaggá szétnyomva, olyan nagy Petri-csészébe öntjük, mely alá fekete papírt helyeztünk. A normális széklet ily módon kezelve, *Schmidt-Strassburger-féle* próbadiéta után egyenletesnek mutatkozik s elvéve tartalmaz kisebb összeálló csomókat, ellenben pathológiás körülmények között, nagy emésztetlen ételmaradékok, nyák, vér, stb. található. A széklet apró nyákpelyheit a legkönnyebben akkor lelhetjük fel, ha a híg székletet világosság felé tartott üveg felületén csorgatjuk le. A szabad szemmel fel nem ismerhető részeket tárgylemezre tesszük s fedőlemezzel letakarva, mikroszkóp alatt vizsgáljuk. A *mikroszkopikus vizsgálatok* az V. sz. közleményben felsorolt alkatrészek kimutatására törekszünk s útmutatásul belorvostani diagnostikai tankönyv ábráit használjuk. A mikroszkopikus vizsgálatra azonban csak olyan gyakorló orvos vállalkozzék, aki a normális széklet elemeinek felismerését egészséges emberek székletpróbáin jól begyakorolta. Szabad keményítőszemcsék mikroszkopusan akkor ismerhetők fel a legbiztosabban, ha a praeparatumhoz 1 csepp lúgkőoldatot adunk, mire a keményítőszemcsék kék színűek lesznek.

Az *epefesték*, illetve származékainak székletből történő kimutatása céljából a friss széklet mogorónyi darabját dörzscsészében tömény vizes sublimat-oldattal finoman eldörzsoljuk s az anyagot nagy Petri-csészébe öntve, 4 óráig állni hagyjuk. A széklet urobilin tartalmú részei élénk vörös, bilirubin tartalmú részei pedig zöld színezetet nyernek. A többi *chemiai* székletvizsgálati eljárásokat leghelyesebb laboratóriumban végeztetni. Vonatkozik ezen megállapítás az occult vérzések kimutatására célzó vizsgálatokra is. Ugyanis a benzidin- és guajak-próbák érzékenysége a reagensek pontos koncentrációjától függ és kifogástalan vegyiszereket, különös gondossággal tisztított s csak erre a célra használt edényeket tételvez fel. Miután ezen viszonyok a gyakorló orvos egyszerű laboratóriumi berendezésével rendszerint nem valószínűsíthetők meg, célszerű az ilyen irányú vizsgálatokat egyenesen laboratóriumba továbbítani. Bakteriológiai székletvizsgálatra gyakorló orvos ne vállalkozzék.

Haranghy László dr.

egyet. magántanár, közközházi főorvos.

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A meghűléses betegségek gyógyítása.

Az ősszel beköszöntő nedves, hűvös időjárás magával hozza a meghűléses betegségeket, a náthát, az influenzát, a hörghurutot, a pneumóniát és ezek szövődményes társait. A kórokozó ezekben a betegségeken legtöbbször ismeretlen, vagy csak feltételezett. A kiváltó okok, a hirtelen hőmérsékletváltozás, a nedves, nyirkos idő azok, amelyek hazánk éghajlata alatt fokozottan jutnak érvényesüléshez. A gyakorló orvos feladata egyrészt az ismeretlen fertőzés leküzdése a tapasztalat által jónak bizonyult szerekekkel, másrészt a tünetek enyhítése.

A heveny nátha (acut rhinitis) gyógyításában máig is legnagyobb szerep a prodromális tünetek jelentkezésekor alkalmazott izzasztásnak jut. A beteget ágyba fektetjük, melegen betakarjuk, sok forró folyadékot itatunk vele és megindítjuk az izzasztást, valamilyen salicyl derivatum adagolásával. Erre a célra használhatjuk a *kalmopyrin*-t, amely acidum acetylosalicylicum calcium sóját tartalmazza és így a calcium lobbcsökkentő hatását is érvényesíti. A *kalmopyrint* 1/2 gr-os mennyiségben, összesen 3—4 tablettát, 1/2 órás időközökben adagoljuk. A salicylsavat alkálihoz kötötten vagy phenylchinolincarbon-savhoz kötve mint a hazai *acitophosan* tablettát adhatjuk, melyek jól pótolják a külföldi *arcanolt*.

A calcium sóit a fentebb említett lobbcsökkentő hatásuk miatt szoktuk adagolni, vagy calcium lacticum formájában peroralisan, vagy parenteralisan, mint calcium chloratum (10% intravenösen), illetve *calcimusc*, *calcium Sandoz* intramuscularisan. Sokan specifikus hatást tulajdonítanak a jódl peroralis adagolásának, amelyet vagy *Lugol* oldat, vagy jódtinctura 8—10 cseppjének 1 pohár tejben való adásával vélnek elérni.

Helyileg a tüneteket gyorsan és biztosan az adrenalin készítmények szüntetik. Az *anara* belégzésre szolgál, míg a *tonogen*, akár egyedül, akár cocainnal, mint orrcsepp, kenőcs, vagy spray használható. Mint érszűkítők a fenti szerekek a nyálkahártya duzzanatát gyorsan megszüntetik és a nátha legkellemetlenebb tünetét, az orrdugulását, ha csak ideig-óráig is, elmulasztják.

A heveny anginák kezelését erőyes izzasztással szoktuk megkezdeni. Az izzasztás befejeztével a beteget szárazra dörzsöljük és a nyakra Priessnitz borogatást tétetünk, amelyet két óránként váltunk. Gyógyszeresen jó eredménye van az idejekorán és nagy mennyiségben adott chininnek. Később, az első 24 óra elteltével inkább lázcsillapítókat (*kalmopyrin*, *acitophosan*, *alcacyl*, *aspirin*, *arcanol*, *germicid*, stb.) adagolunk.

Helyileg öblítoszereket (*angicid*, *hyperol*) szoktunk rendelni. Beecsetelésre alkalmas és gyakran jó eredményű a *Trypaflavin* 1/1000-es oldata. A fennálló fájdalmakat jól befolyásolhatják a menthol, cocaint és boraxot tartalmazó menthanol tabletták. Desinficiens hatásúak a formalint tartalmazó *anacot* és *formamint* tabletták. Ujabban jó eredményt látunk intramuscularisan befecskendezett bismuth készítményektől is.

A heveny gége- és légcsőhurutok gyógyításában nagyobb szerep jut a fenti gyógyszerek mellett a spray és inhalálás formájában bejuttatott lobbcsökkentő, adstringens és cnyhén desinficiáló gyógyszereknek. Ilyen célra jól alkalmazható a fenýóolaj, menthol, eucalyptus, tonogen. Szükség esetén a glicerinnel hígított tonogen, ill. argentum nitr. 1—2 %-os oldatával, vagy jódl-jódkáli-

glycerinnel végezhetünk beecseteléseket. A betegeket eltiltjuk a hideg ételek és italok fogyasztásától, a beszéd-től, dohányzástól és a fűszeres ételek fogyasztásától.

A fertőzés átterjedhet a légutakra is, amikor légcső-ill. hörghurut keletkezik, illetőleg jelenik meg elsődlegesen. Ilyen esetben Priessnitz-borogatásokat rendelünk a mellkasra. Az izzasztáson kívül jó hatásúak a fentebb leírt inhaláló eljárások. A köhögési ingert csökkenthetjük codein, vagy codein készítmények adagolásával. Gyakran alkalmazunk köptető szereket esetleg codeinnel együtt. Pl.: Rp.; Stib. sulf. aurant.; Aethylmorph. hydrochl. aa. 0.40; Ipec. rad. pulv. 1.0; Sach. qu. s.; Div. ut fiant dos. aequ. No. XX. D. S. négy óránként 1 port. Hasonló összetételű a Radipon tabl., illetve a Radipon cum codeino tabl. is.

Pneumóniánál, ha az intézeti kezelés nem vihető keresztül, gondoskodjunk a szív és érrendszer felügyeletéről, gyengülése esetén ne mulasszuk el a kellő mennyiségben adagolt cardiotonicumok adagolását. Sokan specifikus hatást tulajdonítanak a chininnek. A beteg állapotán sokat könnyíthetnek az érszűkítő adagolt lázcsillapító szerekek.

Az influenzának szintén nem ismerjük valódi gyógyszerét. Eljárásunk itt is az izzasztásból és antipyretikus szerekek adagolásából, valamint a szív és érrendszer állandó kontrollálásából áll. Prophylaktikusan jó hatású a kis adagokban szedett chinin, melyet napi kétszer 0.05—0.10 gr-os adagokban nyújtunk.

Fontos, hogy a meghűléses betegségeket minél előbb és minél energikusabb kezelés alá vegyük, mert annál több reményünk van a betegség gyors leküzdésére, minél korábban fogunk a gyógykezeléshez.

Schaffler József dr., egyet. magántanár.

## A fülzúgás és therapiája.

A fülzúgás közvetlen oka valamely chemiai, mechanikai vagy vérkeringési izgalom által előidézett oly szövettani elváltozás, mely a hallóideget, vagy a csigában elhelyezett Corti szervet activ hallási funkcióra készíti.

Hogy közelebb jussunk a fülzúgás physiológiájához, vessünk egy pillantást a mindnyájunk által tapasztalt ugynevezett subjectiv nyomási látás-érzésre, melynek lényege a következő:

Ha a csukott szemtekét ujjunkkal enyhén megnyomjuk, fénylő foltot látunk felvillanni, mely rendszeren három részből áll, ugymint egy központi fényes területből, mely mindig gömbalakú, ezt körülvevő szélesebb sötét gyűrűből és az utóbbinak többé-kevésbé világos udvarából. Ilyen subjectiv nem külső fényforrásból eredő látásérzés észlelhető még galvanáram hatására, különösen az indításkor és szakításkor. A tünet magyarázata nem tökéletes; legtöbb szerző a vérellátási viszonyok változásával magyarázza, még pedig a tünemény okául az ideghártya megnyomott területének anaemiáját tételezi fel. Ennek bizonyosságául felemlíthetjük azt is, hogy a nyomás fokozódása (anaemia) világosság érzését, a nyomás csökkenése sötétség érzését kelti.

Ezen optikai tünethez teljesen hasonló tüneteket észlelhetünk a fülön is: ha csendes szobában valamelyik fülünket bedugjuk, egy állandó vibráló különböző hangszínezetű zugást észlelünk, mely a nyomás fokozódása-

val erősödik, mindkét hangvezető egyidejű bedugásával még erősebbé válik és karakterében változik. Így például a nyomás fokozódásával igen sokszor távoli dübörgésekhez hasonló hangokat hallunk. Közismert tény, hogy galvánáram hatására — ép úgy, mint a szemén látjuk — hangérezés keletkezik, mely különösen az áram zárásakor és nyitásakor észlelhető.

Ezek előre bocsájtása után logikusan következtethetünk arra is, hogy a fülzúgás oka valamely fajta nyomás fokozódás, valószínűleg az érellátási viszonyok megváltozása folytán. Valószínű az, hogy ez az érellátási viszony megváltozása egy bizonyos fokú localis anaemiát idéz elő. Ennek a feltevésnek jogosságát bizonyítják azok a nagyszámú kísérletek, melyek a vestibularis apparatus tünetében azt mutatják, hogy az anaemia az, mi a tulajdonképeni tüneteket kiváltja. Így pl. a szédülés végső eredményben cerebriális anaemia (és nem vérbőség), a Menière-tünetek oka, még ha tulajdonképeni kórokozó a vérzés is, — érelzáródás következtében beálló localis anaemia.

Ezen physiológiai és pathológiai feltevések előrebocsátása után rátérhetünk röviden az egyes fülzúgási esetek magyarázatára és terápiájára.

Az első csoport: a külső hangvezető és a középfül megbetegedései kapcsán előálló fülzúgás magyarázata és terápiája nagyon egyszerű: A fülzúgás vagy a középfülben felgyülemlett savós, nyákos, vagy gennyes váladék okozta fülzúgás oka nyomási jelenség. Mindezek a termékek nyomást gyakorolnak részben a dobhártya közvetítésével, részben közvetlenül a labyrinthus ablakokra (fenestra ovalis és rotunda) és így a labyrinthus folyadékra, illetve Corti-szervre és beáll a subjektív hangérezés, a fülzúgás. A thérapia a kóros állapot megszüntetésében áll. (Fülsíreltávolítás, paracentesis általában a dobhártya váladék eltávolítása.)

Ugyancsak könnyű a helyzetünk, ha a fülzúgás okát tipikus labyrinthus folyadéknyomás fokozódásában az úgynevezett labyrinthitis serosában találjuk meg. Thérapia: izzasztás és a labyrinthus nyomást előidéző okok megszüntetése. Ha ez a fülzúgás gennyes labyrinthus megbetegedés következménye, akkor a fülzúgás csak egy egész másodrangú szerepet játszó, legfeljebb diagnosztikus elősegítő tünet. A fülzúgás terápiájának nehézségei akkor kezdődnek, mikor ép külső és középfül mellett vizsgálataink a belső fül affectióját mutatják és még nehezebb a helyzetünk akkor, mikor a fülzúgásról panaszkodó betegen a fül részéről — akár hallás, akár hangvilla-vizsgálat, akár labyrinthus vizsgálat kapcsán — semmiféle kóros elváltozást sem találunk. Ezek az utóbbi esetek azok, amikor a fülzúgás terápiája legtöbbször nem egyéb, mint csak próbálkozás különféle lehetőségek közt. Könnyebb a helyzet, ha ez az objectív tünet nélküli fülzúgás az idősebb korban, az ötvenedik életév után jelentkezik, mert ekkor könnyen lehetséges, hogy a fülzúgás, oka a hallószerv véreinek arteriosklerotikus megbetegedése, okozza. Természetesen egyéb arteriosklerotikus tünetek nélkül ez is csak feltevés.

Ugy az öregkori hallóideg laesiók, mint a fiataloké, n. genuin intoxicatiós hallóideg megbetegedések esetén igen gyakran észlelhetünk fülzúgást, sőt a betegek legfőbb panaszát ez képezi. Minthogy ezen megbetegedések kórszöveti alapja a hallóideg, illetve a Corti-szerv ideghártyájának a degenerációja, atrophiaja — igen könnyen az az ellenvetés merülhet fel, hogy ha így áll a dolog, akkor ellentétbe kerülünk az előbbieken részletesen tárgyalt „izgalmi teoriánkkal”. Ez az ellentmondás azonban csak látszólagos. Az idegkörtanból tudjuk, hogy atrophias elváltozások izgalmi tüneteket (neurálgákat) váltanak ki. Ilyen alapon várhatunk az atro-

phisáló hallóideg megbetegedések is izgalmi jelenséget — fülzúgást. Absolute süketek is panaszkodnak fülzúgásról, de önmagukat vigasztalják azzal, hogy a fülzúgás annak a jele, hogy a hallóideg még nem pusztult el teljesen.

Fiatal egyéneknek, hol az „arteriosclerosis” legalább is valószínűtlen és a hallás és hangvilla vizsgálat ép belső fület mutat, elég gyakori panaszuk a fülzúgás. Nagy hiba lenne ezt mindenkor, mint „neurastheniás” tünetet kezelni.

A modern fülgyógyászati kutatás kapcsán vannak ma már elég pozitív támpontjaink arra vonatkozólag, hogy tulajdonképen minő elváltozások okozzák ezeket a fülzúgásokat. — Bizonyosra vehető, hogy az okot igen gyakran vasomotoros beidegzés nagy labilitásában találhatjuk meg. Mióta a fülgyógyászat is behatóan foglalkozik a vasomotoros rendszernek a hallószervre gyakorolt hatásával, azóta e téren a diagnosztika és thérapia terén nagy haladásról számolhatunk be. Itt csak egyetlen diagnostikus módszerre hívom fel a figyelmet: Adler szerint azokban a fülzúgási esetekben, hol a fülzúgás magyarázatára objectív leletünk nincs, 0,5—0,10 coffeint adunk subcutan. Ha fél órán belül ennek hatására megszűnik a fülzúgás, akkor felvehetjük, hogy az ok edény-megbetegedésben keresendő. Ez a fülzúgás gyakori kísérő tünete, sokszor bevezetője a migráennek.

Ezen physiológiai és pathológiai ismeretek alapján többé-kevésbé adva van e fülzúgások terápiája is:

1. Azokban az esetekben, midőn a belső fül megbetegedései kapcsán fellépő fülzúgás a beteg panaszja, a thérapia útja ezen belső fül megbetegedés causalis terápiája, lues esetén antiluetikus kezelés, arterio-sklerosisban ennek megfelelő thérapia, intoxicatiókban elvonás, így pl. nicotinmérgezés esetén dohányzási tilalom, diabetesben ennek kezelése stb.

2. Azokban az esetekben, midőn a fülzúgás okául vasomotoros megbetegedés veendő fel, ennek megfelelő causalis thérápiától (bróm, papaverin, sevenal, electrotherapia stb.) látunk eredményeket. Az electrotherapiára azt jegyezzük meg, hogy ezekben az esetekben főleg a galvánáramtól várhatunk eredményt: anód, a tragusra, katód az indifferens helyre és az áramot addig fokozzuk, míg a beteg azt jelzi, hogy zúgása megszűnt. Kezelési időtartam 5—15 sec.

3. Vannak fülzúgási esetek, melyek magyarázata a fenti utakon sem sikerül. Ezek tulajdonképen az ideggyógyászat körébe tartoznak.

Pogány Ödön dr.  
kórh. főorvos.

## A csonttömlők elkülönítő kórisméje és gyógyítása.

A csonttömlők fogalma alatt a kórbonctan az összes nem gyulladós, illetve nem genyes üröket foglalja össze. Ez a negatív meghatározás azonban nem ad felvilágosítást sem a tömlők aetiologiájára, sem azok legközelebbi felosztására. Eppen ezért a csonttömlőket egységesen egyesek Recklinghausen ostitis deformans egyik alakjának tartották, míg mások teljesen közömbös nevet (osteodystrophia cystica) adtak nekik.

Klinikailag gyakorlati szempontból, tehát nem aetiologiai alapon Verebelyj felosztása vált be legjobban, aki a csonttömlő tartalmát vette felosztása alapjául és ezek szerint megkülönböztetett: véres, zsíros, savós és vizes cystákat. Ezek közül gyakorlatilag a savós tömlők fontosak.

A savós csonttömlők rendszerint fiatal egyének (10—25 év) hosszú csöves csontjaiban az epiphysis vo-



szaporodása okozza a Bürker-kamrában talált magas vörösvérsejtszámot, viszont egyszerű hyper- és hypónal közelében találhatók, ahol a csontot elvékonyítják, felfújják. A betegség minden tünet nélkül, lassan, lapangva fejlődik ki s rendszerint csak akkor válik ismertté, ha valami kisebb sérülés után, vagy akár spontán az elvékonyodott csont eltörik. Ha a törés bekövetkezett, akkor tünetei teljesen megegyeznek az egyéb csonttörés tüneteivel (rendellenes mozgathatóság, recsegés, vérömleny stb.), azzal a különbséggel, hogy a vérömleny a szokottnál jóval nagyobb, a fájdalomosság viszont csekélyebb.

Röntgenfelvételen a csont orsóalakú megduzzadását, a velőüregnek a megfelelő helyen világosabb árnyékiesését látjuk, amely vagy teljesen egynemű, vagy a lépeaméz rajzolatát mutatja. A csontthártyán megvastagodást kimutatni nem lehet.

A röntgenkép alapján igen nehéz elkülöníteni a csonttömlőket e sősorban is a barna daganattól, úgyszintén összetéveszthető az osteitis fibrosa localisatával is. Ezeknek az elkülönítése kizárólag a szövettani lelet alapján lehetséges.

Klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy ezek a csonttömlők törés után spontán is meggyógyulhatnak. Ez a tapasztalati tény serkentette a sebészeket arra, hogy műtéti úton iparkodjanak ezt a kérdést megoldani. Sebészi elgondolás az volt, hogy a csonttömlő falának felvágása után a cysta tartalmát kitiptatva ott éppen úgy, mint a töréskor, vérömlenyt hozzanak létre, amely a tömlő üregének kitöltését elősegíti. Az elgondolás teljesen jónak is bizonyult. Ennek az eljárásnak a hátránya mindössze csak az volt, hogy így a csonttömlők ürege lassan telődött ki és így hosszú ideig fennállott a csont spontán törésének a veszélye. A sebészi kezelés további módosítása odairányult, hogy miképpen lehetne a csonttömlő üregének kitöltését siettetni. Azok a kísérletek, amelyek idegen plombokkal iparkodtak a csontot megerősíteni, nem váltak be, mert a szervezet az idegen anyagot előbb, vagy utóbb kilökte magából. A tömlőknek zsírral, izommal történt kitöltése jobbnak bizonyult, s a gyógyítást siettette, de közel sem hozta meg azt az eredményt, amely a szabad csontátültetéssel elérhető volt.

Klinikai tapasztalatok alapján legjobbnak bizonyult a csonttömlők kezelésében az az eljárás, hogy az üreg felvágása és annak kikaparása után a cysta üregébe tibialécut ültessünk be, ami nagyban elősegíti és sietteti az üreg kitelődését, minthogy a szervezet a transplantatumot felhasználhatja az új csont képzésére. Minthogy fiatal korban a csontok regenerációja, illetve átalakulása gyorsabban zajlik le, mint idősebb korban, így a fiatal korban nemcsak, hogy nem ellenjavalt a csonttömlők sebészi kezelése, hanem éppen ellenkezőleg gyors és tökéletes gyógyulást csak azokban az esetekben kapunk, ahol a csontátültetés a csontosodás befejezése előtt történt. Természetesen jók az eredmények ezen a korhatáron túl is, csak hogy ott a transplantatum lassabban alakul át és így az üregek későbbben telődnek ki, mint az előbbieken, aminek hátránya az, hogy mindaddig fennáll a csonttömlő által elvékonyított csont törésének lehetőségé.

Matolcsy Tamás dr.

az I. sz. sebészeti klinika tanársegédje.

## A vérmennyiségről.

Az emberi test teljes vértartalmának meghatározása ezidőszertől távol áll attól, hogy a mindennapi orvosi gyakorlat vizsgálóeszközzé váljék. Ennek ellenére sem közömbös, hogy a gyakorló orvos tisztában legyen az összvérmennyiség ismeretének fontosságával, mivel csak ennek tudatában képes kellő objektivitással és a szükséges fenntartással értékelni azokat az eredményeket, amelyeket a gyakorlati haematológia vizsgáló eszközei, elsősorban a Bürker-kamra, adnak. A vérsejtszámolás ugyanis csak arról ad felvilágosítást, hogy az egységnyi vérben mennyi sejt foglaltatik, de arról nem, hogy az egész szervezetnek mennyi a vörösvérsejtszám; ez utóbbinak ismeretéhez szükséges, hogy a szervezetben lévő összes vér mennyiségét is ismerjük. Ugyanez vonatkozik a vér egyéb alkotórészeire is. Márpedig, hogy ezek az adatok úgy élettani, mint kórtani szempontból nem közömbösek a szervezet állapotának, egyes kóros elváltozásoknak megítélésében, azt szükségtelen hangsúlyozni; hiszen az kétségtelen, hogy az egységnyi vérből nyert adatok nem minden esetben árulják el a vörösszététel kóros elváltozását, vagy ha elárulják is, a nyert kép nem mindig hű tükrözi a valóságnak. Hogy a mondottakat példával tegyük érthetőbbé: ha az érrendszerbe nagyobb mennyiségű physiologiás konyhasóoldatot fecskendezünk, a vér átmenetileg felhígul, a Bürker-kamrában meghatározott vörösvérsejtszám alacsonyabb lesz, anélkül, hogy a szervezet egyetlen vörösvérsejtet is veszített volna. Az anaemia tehát itt csak a hydraemia által létesített álanaemia, a szervezet összes vörösvérsejtjeinek száma ellenben normalis.

Ha az összvérmennyiség normalis: *norm-*, ha szaporodott: *hyper-*, ha csökkent: *hypovolaemiáról* beszélünk. (*Brown és Rowntree*). A *normovolaemia* fennállhat olyképen, hogy *a*) a vörösvérsejtmennyiség és plasmaösszesség normalis (ez physiologiás állapotot jelentő egyszerű *normovolaemia*), *b*) a vörösvérsejtmennyiség csökkent, de a plasma ugyanolyan mértékben megszorodott (*oligocythaemiás normovolaemia*), amit pl. vérvesztések utáni második fázisban látunk, mikor az elvesztett vért a keringésbe beáramló szövetnedv mennyiségileg pótolja, *c*) a vörösvérsejtmennyiség szaporodott, a plasma ugyanolyan mértékben fogyott (*polycythaemiás normovolaemia*). A hypervolaemia oka lehet *a*) a plasma és vérmennyiség együttes megszorodása (egyszerű *hypervolaemia*, normalis kamraértékkel), *b*) egyedül a plasma megszorodása (*oligocythaemiás hypervolaemia* pl. közvetlenül folyadékinfúzió után), *c*) egyedül a vörösvérsejttömeg megszorodása (*polycythaemiás hypervolaemia*). A *hypovolaemia* formái: *a*) a vörösvérsejt- és plasmamennyiség egyforma csökkenése (egyszerű *hypovolaemia*, normalis kamraértékkel), *b*) a vörösvérsejttömeg izolált csökkenése (*oligocythaemiás hypovolaemia*), *c*) a plasmátömeg izolált csökkenése (*polycythaemiás hypovolaemia* pl. folyadékvesztés okozta vérbeszűrődés esetén).

Fenti lehetőségek analysise kétségtelenné teszi, hogy az egységnyi vérben végzett vörösvérsejtszámolásból csupán a *normovolaemiás* esetekben kapunk a való helyzetnek megfelelő eredményt; itt a magas vörösvérsejtszám valóban a szervezet összes vörösvérsejtjeinek megszorodását, az alacsony vörösvérsejtszám pedig azok megfogyását jelenti. Ezzel szemben az *oligocythaemiás hypervolaemiában* talált alacsony vörösvérsejtszám csupán a vér felhígulását jelenti, míg a vörös vérsejtek össz mennyisége normalis; *polycythaemiás hypovolaemiában* a vér besűrűsödése, nem pedig a vörösvérsejttömeg meg-

Az Orvosi Gyakorlat Kérdései mult heti számában Haranghy dr. cikkében a 2-ik bekezdés utolsó előtti sorában „egy csepp lúgkő oldat” helyett „egy csepp lúgól-oldat” olvasandó.

szaporodása okozza a Bürker-kamrában talált magas vörösvérsejtszámot, viszont egyszerű hyper- és hypovolaemia esetén a vörösvérsejtszámolás nem árulja el azt, hogy az erythrocyták összmennyisége nőtt, illetőleg fogyott, mivel a plasma ugyanolyan mértékű növekedése, illetőleg fogyása a vérosszetéltelt változatlaná teszi.

Mindezek nyilvánvalóvá teszik az öszvérmennyiség meghatározásának gyakorlati jelentőségét. Hogy ennek dacára az eljárás nem csupán a gyakorlatban nem nyert polgárjogot, de még tudományos intézetekben is inkább experimentalis, mint gyakorlati célokat szolgál — ennek oka a methodikai nehézség. A meghatározására alkalmas eljárások nagyjában két elvre épültek: a régebbi az ú. n. *inhalatiós eljárás*, amelynek lényege, hogy a beteg meghatározott, de ártalmatlan mennyiségű szénmonoxydot lélegzik be s utána megállapítjuk a vér CO-concentrációját, ebből pedig matematikai úton azt, hogy a belélegzett gáz milyen mennyiségű vérben oszlott meg. A másik az *infusiós eljárás*; ennek lényege, hogy az egyik vénába valamely, a vérben felismerhető anyagot juttatunk s a másik vénából meghatározott idő múlva vett vérben megállapítjuk az illető anyag felhígulását, ebből pedig kiszámíthatjuk a hígító folyadék, a vér összmennyiségét. Az infusiós eljárás céljaira legjobban a nagymolekulájú colloidális, nem mérges festékanyagok váltak be, aminők a tripanvörös, brillantvitalvörös, congovörös stb. Megjegyzendő, hogy míg a szénmonoxyd a vörös vérsejtekhez kötődik, addig a festékek csak a plasmában maradnak; így az inhalatiós eljárással a vörösvérsejtek, az infusiós eljárással pedig a plasma mennyiségét határozzuk meg; a két eljárás tehát kiegészíti egymást. Egyébként akár a plasma-, akár az erythrocytamennyiség ismeretében kiszámítható az öszvérmennyiség, ha haematokrit segítségével megállapítjuk, hogy a vér e két alkotórésze milyen mennyiségi arányban van egymással.

Mivel a vérmennyiség a test tömegével arányos, meghatározásával a testsúlykilogramra eső mennyiséget szokás megadni. Normalis testsúlyú egészséges ember testsúlyának 1 kg-jára eső vérmennyiség 60—70 ccm körül ingadozik, ami megfelel a testsúly 6—7%-ának; 70 kg. súlyú egészséges egyén vérmennyisége tehát mintegy 4.5 litert tesz ki. — A különböző betegségekre vonatkozó adatok annyira divergálnak, hogy gyakorlati értékesítésük ezidőszert nem jöhet szóba, csupán egyes haematológiai betegségeinél találhatunk egybehangzó eredményeket. Így valódi polycythaemia eseteiben a hypervolaemia szabályszerűnek mondható s ezt a hypervolaemiát a vörösvérsejttömeg megszorodása okozta (polycythaemiás hypervolaemia). Hasonló, bár kevésbé kifejezett hypervolaemiát találhatunk a tüneti polycythaemiák egyes formáiban, így magaslati klímán tartózkodás alatt, veleszületet szívbetegségekben stb. Ezzel szemben anaemia perniciosában a vérmennyiségnek a vörösvérsejtek megfogyása által okozott csökkenését látjuk (oligocythaemiás hypovolaemia); hasonló viszonyok észlelhetők a „secundaer” anaemiák egyes formáiban — itt azonban a vörösvérsejttömeg megfogyását nem egyszer a plasmamennyiség megszorodása compensálja, s így a hypovolaemia nem kifejezett (oligocythaemiás normovolaemia).

Mindezekből kiviláglik, hogy az öszvérmennyiség jelentőségének ismerete a gyakorló orvos szempontjából sem közömbös, mivel — mint már kiemeltük — csupán ennek tudatában képes a gyakorlati haematológiai vizsgáló eszközeivel nyert eredményeket a szükséges kritikkal értékelni.

Detre László dr., főorvos  
v. egyet. tanársegéd.

## KÉRDÉS — FELELET

**Kérdés:** 42 éves astheniás alkatú, anaemiás nőbetegemnek már a 4-ik hónapja ki-kiújuló urticariája és Quincke-oedemája van. Először táplálkozását revidáltam eredmény nélkül, gyógyszerre sem tudom visszavezetni az okot.

Figyelésem során észrevettem, hogy a menses előtt lép fel, vele együtt elmarad. Menstruációjában 1 év óta zavarok álltak be úgy a ciklusban, mint tartamban.

Első alkalommal a már 2 hete tartó erős vérzése miatt hívtott. Coluloid és Ca. injectiókat adtam, azóta norm. ciklusú, rendszeres tartamú a hószám, de az urticaria és Quincke-oedema kiújulnak.

Mi az oka? Mi a teendő?

D. L.

**Felelet:** Ismeretes, hogy a menstruatio alatt bőrelváltozások jelentkeznek, melyek között nem ritka az urticaria és a Quincke-féle oedema. Ezeket a bőrtüneteket valószínűleg a menstruatio alatt keletkezett toxinok, vagy egyéb antigenszerű anyagok okozhatják. Érdekes az a kísérlet, amit annak idején Géber irt le először, hogy menstruációs urticariában szenvedő betegének vérsavóját az intermenstruumban befecskendezve, azon mindig sikerült urticariát kiváltani.

Az egyedül célravezető kezelés ezek szerint az urticariás időszakban vett vérsavóval végzett desensibilizálás. A menstruatio alatt leveszünk sterilen annyi vért, hogy kb. 20 ccm savót nyerjünk, ezt kissé phenolozva steril üvegben eltesszük és a betegnek naponta 1—2 ccm-et fecskendezünk be subcutan, a kezelést a következő intermenstruumban meg lehet ismételni. Természetesen szóbajönnek a többi nem-specifikus kezelési módok, mint a pepton, más fehérje, laktálás, stb.

Hajós Károly dr., e. magántanár.

**Kérdés:** Uri családban megbetegedett közepes intenzitású scarlatinában 6 éves betegnek, kinek temperaturája 39.6 volt, 5000 S. A. E. Johan-féle savó adását ajánlottam. Miután a gyerek másfélévvel ezelőtt diftériás ló-vérsavót kapott, az intelligens szülőknél megmagyaráztam, hogy az ajánlott serumot két részben fogom beadni az anaphylaxia elkerülése végett. A szülők, idegenkedve a serumtól, telefonon orvosi tanácsot kértek Budapestről, hogy indokolt-e a savó beadása. Praxisomban az a tapasztalatom, hogy az antitoxikus hatású savó a toxinaemia tüneteit jól befolyásolja, sőt némileg a későbbi szövődményekre is hatással van.

Tekintettel arra, hogy a beteg ápolója is még fiatal korú, aki vörhenyben még nem volt, prophylaxis céljából 2000 anti-egység beadását ajánlottam.

Tisztelettel kérdezem, helyes volt-e a Budapestről adott ellenvélemény, mely a serum beadását szükségtelennek tartotta? Helyes volt-e az ápolónő immunizálásának mellőzése?

L. Zs. dr.

**Felelet:** ad. 1. Középsúlyos, vagy súlyosnak mutatózó skarlatinában ajánlatos az antitoxikus savó beadása. Akár kapott előzetesen valaki ló-savót, akár nem, a mindenkor feltételezhető serumérzékenység miatt 3 részben szoktuk azt beadni. Még pedig az első alkalommal 0.1 ccm-et intracután, 1 óra múlva 1 ccm-et subcután, ismét 1 óra múlva a massiv dosist intramuscularisan.

ad. 2. A veszélyeztetett ápolónő passiv immunizálása nem helyteleníthető, de sokszor problematikus értékű.

Hainiss E. egyet. ny. r. tanár.

## Emlékeztető! . . .

„Franciaországban, Angliában s ezek révén az egész világon elterjedt egészségügyi szabály, hogy az embernek hetenként egyszer ki kell tisztítania bélcsatornáját. Azt hiszem, mindnyájan meg vagyunk felőle győződve, hogy ez indokolt és jó dolog, és kívánatos, hogy nálunk is elterjedjen. És milyen hasznát látnák a mi pompás *gläubersós keserűvizeink*, amelyeknek mint a gyomortól a vastagbélig takarító, pompás nyálkaoldó és a máj működését is serkentő sóoldatoknak minden hashajtó gyógyszer fölött nagy előnyük van.”

Vámosy Z. előadásából a M. O. O. Sz. 1925. é. congressusán.