82. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1938 március 5.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA. HÖGYES ENDRE. LENHOSSÉK MIHÁLY. SZÉKELY ÁGOSTON

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László: A Hand—Schüller—Christian-féle betegségről. (211—214. oldal.)
Benedek László: Az ordinativ négydimensionalitás szervi psychosisban. (214. oldal.)
Neuber Ede: A skleroma serológiája, allergiás reactiói és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra. (215—219. oldal.)
Cláhné-Keppich Lidia: A trachoma kezelése. (220—224. o.)
Szabó Dénes A hólyagfeletti sérv. (224—225. oldal.)
Humayer Károly: Az epiglott's primaer rákjának Coutard-féle besugárzással gyógyult esete. (225—226. oldal.)
Humayer Károly és Kőváry István: Tüskéssejtű garatrák Coutard-féle sugárzással kezelt esete. (226—227. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (37—40. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan — Szemészet. — Szülészet — Orr-torok-, gégegyógyászat. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (227—229. oldal.)
Könyvismertetés: (230. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (230—232. oldal.)
Vegyes hírek: (232—234. oldal és a borítólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A Hand—Schüller—Christian-féle betegségről.

Írta: *Benedek László dr.* egyet. ny. r. tanár.

A Hand-Schüller-Christian-betegség a lipoidanyagcsere betegségének egyik formája, amelynek kórképét *Hand* már *Schüller* előtt két évtizeddel leírta, — bár a lényeg tekintetében hamis utakon járt és az elváltozásokat általános tuberculosisra vezette vissza.

Ma már tudjuk, hogy a bántalom a lipoidosisoknak egyik legrégebben ismert alakjával, a xanthomatosis (helyesebben: xanthelasma) essentialissal, vagy helyesebben xanthelasmatosissal, illetve a xanthoma planum et tuberosum-mal közelebbi rokonságot tart fenn, amennyiben úgy a Schüller-Christian-féle betegség, mint az infiltratiós xanthelasma esetében cholesterin és cholesterinester tárolásáról van szó az ú. n. „habsejtek"-ben („Schaumzellen"). A xanthomatosus bőrelváltozásokban, melyeket már 102 évvel ezelőtt *Royer* (1835) gondosan észlelt — éppúgy mint a Schüller-Christian-betegségben — a sterin-anyagcserének mélyreható zavara áll az előtérben és tulajdonképen a Schüller-Christian-betegség csak abban tér el a bőr-xanthomatosistól, hogy ez esetben a „plaques jaunatres" a csontszövetben foglalnak helyet. *Epstein* és *Lorenz* post mortem elemzéseiből arra lehet következtetni, hogy az összcholesterin emelkedése mellett különösen az ester-cholesterin vesz részt a hypercholesterinaemia előidézésében és fenntartásában. A xanthoma-csomókban az arány 1:4.7 az ester javára. A cholesterin nemcsak a táplálkozással kerül a szervezetbe, hanem az emberi szervezetben synthetisálás révén is keletkezik. Kérdés egyenlőre, hogy vajjon a szabad és az esterizált cholesterin viszonyában történő változás, vagy talán a cholesterinesterek felhalmozódása *(Thannhauser)*, avagy a normalis értéktől bármely irányú eltérése teszi-e a humoralis syndroma lényegét. A xanthomatosisnak ezen alakjára vonatkozó közlések eddigi száma az irodalomban mintegy 70. Az essentialis xanthomatosis az örökölt elfajulási bántalmak közé számítható, amely valószínűleg dominans módon öröklődik.

A Schüller—Christian-féle betegség előszeretettel a férfiakat támadja meg a gyermekkorban; mindazonáltal az utolsó években szaporodnak az észleletek, amelyek szerint az általánossá vált xanthomatosis első tünetei 2—5., sőt 6. és 7. évtizedben *(Greifenstein, Sosman, Stauder K. H.)* jelentek meg. A Schüller-Christian-féle betegség származástana egyelőre még kétséges. Nyilvánvaló, hogy vagy a sterinek képzése fokozott, vagy azoknak kiürítése csökkent. — Ez a felhalmozódás tehát a sejtekben lefolyó anyagcsere eredménye lehet és vagy a sejtplasma lebontása, szétesése, vagy activ phagocytosis révén következik be. A világirodalom 49 esetéből növekedésgátlás kb. 50%-ban, diabetes insipidus 36 esetben, pyorrhea 17 esetben volt feltalálható. Az adiposogenitalis dystrophia is mintegy az észleléseknek 50%-ában fordul elő.

A könnyebben felszívódó cholesterinesterek a normalserumban nagyobb mennyiségben vannak képviselve, mint a szabad cholesterin (150 mg% átlagos összcholesterinértékből mintegy 90 mg% estercholesterin és 60 mg% szabad cholesterin). A teljes vérben az arány ellenkező; a serum összes zsírtartalma normalisan 650 mg% körül mozog. — De bármennyire fontos adat is a vér cholesterin-tükre, mégis az utóbbiból következtetni csak nagy tartózkodással lehet; ugyanis — úgy látszik — agytumorok is elő tudják idézni a tükör emelését. A szabad cholesterinnek a cholesterinesterhez való viszonyát a májműködés épsége biztosítja. A hirtelen ester-süllyedés *Thannhauser* és *Schaher* szerint a májparenchyma bántalmát jelenti. *Thannhauser*nek ezen megállapítása csak szórványos észlelésekre támaszkodik. *Bloch* és *Schaaf* hangsúlyozták, hogy nem elég meghatározni csak a cholesterint, hanem a chloresterinester, lipoidphosphor, neutralis zsír és zsírsavak mennyiségét is kell ismerni, hogy a relativ elosztás és így a lipoid-anyagcserezavar jellege ismerhető legyen. A Schüller-Christian-féle betegségben egyébként a vérserum cholesterinjét az irodalomban közölt esetek közül csak kevés esetben határozták meg. — Normalisan a liquor cholesterintartalma 0.2—0.3 mg%

körül mozog, szemben a phosphatid-tartalommal, amely közel ötszöröse ezen értéknek. A Schüller-Christian betegségben a liquor cholesterintartalmának *Plaut* által észlelt megnövekedése az esetleges koponyán belüli xanthomatosisnak lehet következménye, de a liquor keringési zavarával is kapcsolatban lehet, amint arra az agydaganatok esetében végzett lipoidchemiai liquorvizsgálatok utalnak. Itt jegyezzük meg, hogy a lipoid-granulomatosisok esetében ajánlott cholesterin-olajterhelési módszer *(Bürger)* eredményei még kétesek. Újabban vannak olyan munkahypothesisek, amelyek a lipoid anyagcserezavarát a hypothalamus (dienkephalon) és a hypophysis toxaemiás vagy fertőzéses eredetű bántalmára hajlandók visszavezetni.

A folyamat localisatiójának és az ezzel összefüggő klinikai tünettannak atypiái az utóbbi évek észlelései nyomán mind nagyobb mértékben ismeretessé váltak. A koponya csontjain kívül az agyalap (tuber cinereum-táj) és az orbita cholesterin-gazdag lerakódások előszeretettel kiválasztott helyei, ennélfogva — a hypophysis tuber cinereum-táj szöveti bántalma miatt — a diabetes insipidus és a szemgolyó mögötti beszűrődés miatti exophthalmus hozzátartoznak a typusos képhez. Néha a kisérő sarjszövet daganatszerű alakban jelenik meg. — Egyetértünk *Plaut* és *Rudy*-val, akik helyesen hangsúlyozzák, hogy a kórfolyamat kiterjedése a szervezetben a legkülönbözőbb alakban nyilvánulhat. Rejtett alakja is ismeretes *(Parisel)*; az irodalom szerint az exophthalmus sem tartozik okvetlenül a klinikai képhez. *Davison* esetében a 22 éves betegen a Schüller-Christian-féle betegség a fogak kihullásával kezdődött; 6 év múlva nystagmus és a nyelv elülső $\frac{2}{3}$-ában az ízérzés kiesése ötlött szembe; ezután pyramispálya-, majd kisagy-, acusticus-, facialis- és arc trigeminus-tünetek állottak előtérben. Exophthalmus nem mutatkozott. *Davison* a fali és halánték tekervények velőállományában is talált kórszövettanilag demyelinisált gócokat. A tuber cinereumban rostfelszaporodás és beszűrődés jelei — glia burjánzással egybekötve — voltak megfigyelhetők. A ducsejtek a tuber cinereumban és a fali tájon a VI. rétegben elfajulásnak estek áldozatul. *Hersenberg* esetében a kéreg dúcsejtjeiben, nemkülönben az agy- és gerincvelő ereinek endothelsejtjeiben is jelentkeztek a Schüller—Christian-féle betegségben lipoidlerakodások. A sejtek ilyenkor hólyagos-szemcsés formát öltenek. Leírták az epiphysis bántalmát is. A kórjóslat is általában egyénileg különböző és nagyrészt a másodlagos szervi elváltozásokkal áll függő viszonyban; a javulásnak is vannak kilátásai.

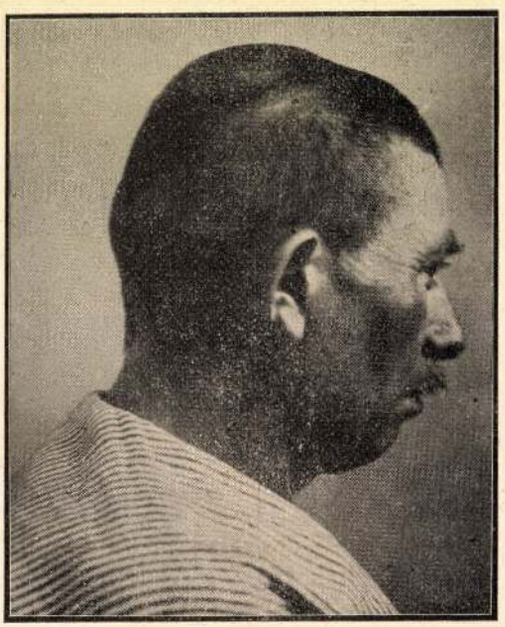
A csontrendszert a lépnagyobbodással, májbántalommal és későbbi időszakában thrombopeniával járó „morbus Gaucher" is megtámadhatja, mikor cerebrosidák, főleg cerasin, kis részben cerebron van a retikuloendothelsejtekben felhalmozva, bár a betegségnek ezen typusa igen ritkán és inkább a combcsont alsó harmadán és a gerincoszlopban okoz elváltozást és nem a koponyacsontokban. A csontelváltozás egyébként is eltér a Schüller—Christian-féle betegségben észlelttől, amennyiben a velőállománynak kiszélesedése mellett a kéreg jelentős megvastagodása tűnik szembe. A legrosszabb indulatú lipoidosisnak: a Niemann-Pick-féle betegségnek („phosphatidsejtes lipoidosis") szintén nagy idegkórtani fontossága van, mert a phosphatidák (és pedig *Epstein* vizsgálatai szerint elsősorban telített és alkoholban oldható phosphatidák) beszűrődéses felhalmozódása a májon kívül főleg a központi idegszövetnek elemeiben következik be. A Gaucher és a Pick-Niemann-féle betegségek származástanában *Thannhauser S. I.* szerint a lignocerylsphingosin központi helyet foglal el, mert galaktosehoz kötve a cerasin adja, a cholinphosphorsav-ester pedig phosphatidáknak képzésében vesz részt.

Észlelt esetünk a következő:

Sz. M. 46 éves utcaseprő; felvétetett 1937. II. 15-én, elbocsátatott II. 27-én.

Kórelőzmény: Családi terheltségi adat nincs. Venereás fertőzést nem szervedett. 18 évvel ezelőtt influenzás tüdőgyulladása volt. 1936 július óta veszi észre, hogy feje tetején dudorodás támadt. Ezt a röviddel megelőzőleg elszenvedett könnyü autóbalesetre vezeti vissza, amikor jelentéktelen bőrsérülést szenvedett a kezefején, anélkül, hogy agyrázkódásos tünetek járultak volna hozzá. Ezen idő óta időnként fáj a feje, ami azonban munkájában nem akadályozza.

Testi vizsgálat: Alacsony termetü, jól fejlett és táplált. Kerek koponya, kerülete 530 mm, sagittalis körlet 290 mm, transversalis körlet 325 mm, hosszátmérő 170 mm, szélességi átmérő 145 mm, fül-nyakszirtvonal 230 mm, fül-homlokvonal 270 mm, magasság 106 mm, magassági index 62.4, szélességi index 85.3. A calvaria fent, hátul és oldalt dudoros; a sutura sagittalis közepétől hátrafelé ékalakú, kb. 5 cm. hosszú horpadás tapintható a koponyacsonton, amely végétől két újabb horpadás húzódik a középvonal felé, az előbbiekkel rombuszalakot alkotva (1. ábra). A koponya kopogtatásra sehol sem



1. ábra. Sz. M.; dudoros, szabálytalan felszínü koponya.

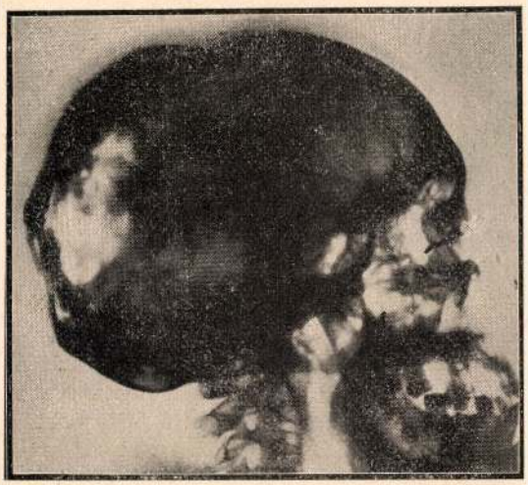
fájdalmas, nyomási érzékenység sincs, pulsatio a fejen előrehajtott fejtartásban sem észlelhető. Széles arcváz, kiálló pofacsontok, mélyen ülő szemgödrök, a szemgolyók kissé kiállók, elálló fülkagylók, gyér szakál, egyébként a szőrzet más rendellenességet nem mutat. A bőrön és nyálkahártyákon xanthelasmás képletek nem láthatók. A nemi szervek normalis fejlettségüek, viszonylagosan nagyobb zsírlerakodás észlelhető a csípő táján. Mellkas hordóalakú, bordaivszög tompaszögü. Szívtompulat határai rendesek. Szívhangok tiszták, érlökés rhythmusos, szabályos, percenként 78. Tüdők felett kopogtatási eltérés nincs, elszórtan száraz szörtyzörejek hallhatók. Hasban kóros érzékenység, resistentia nem tapintható. Lép, májtompulat rendes. A pupillák középtágak, körkörösek, egyenlőek, fényre, összetérítésre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Szemmozgások szabadok; a lencse ép, a szemrés területén m. o. kis háromszögalakú sárgás zsíros terület (lipoid infiltratio) látható. Visus m. o. 60/0. Látótér úgy fehér, mint piros-kék színekre rendes.

Agyidegek működése rendes. Felső-, alsó végtag csonthártya- és inreflexei m. o. élénken kiválthatók, has és cremaster reflexek rendesek; Mayer-Léri reflex egyforma; kóros reflex nem váltható ki. Izomtonus testszerte normalis; felületes és mélyérzések részéről kiesés nincs. Staticus-locomotoricus ataxia nem észlelhető. Coordinatio jó. Beszéd, írás, olvasás kóros eltérést nem mutat. — Tonusos nyaki, helyzeti reflexek, támasztási reactio nem válthatók ki. Optokinetikus nystagmus mindkétoldalra egyformán kiváltható. A cochlearis és vestibularis működésben kóros eltérés nincs (baloldali catarrhalis otitis.). Psychés működés ép. Vérsavó, Wa. R. és flocculatiós reactiók negativak. Qualitativ vérkép: karélyozott magvú 68%, fiatal forma 2%, eosinophil 2%, egy-

magvú 1%, lymphocyta 27%. Vércalcium 10.9 mg%, cukor 90 mg%. Serum-cholesterin 200 mg%. Van Bergh-féle direct és indirect reactio ép májműködésre utal.

A suboccipitalis enkephalographiát 20:15 arányú liquor-levegőcsere után a beteg nyugtalan magatartása miatt meg kellett szakítani. A liquor kezdetben ülő helyzetben spontán ürült; levegő intrathecalisan nem mutatható ki. A liquor sejttartalma 15/3, Nonne-Apelt, Ross-Jones, Pándy, Schellack, Takata-Ara reactiók negativak. A goldsol, benzoe, bicolorált mastix reactiók nem kórosak, Wa.-r. negativ. — Cholesterin csak nyomokban mutatható ki.

Vizeletben az aldehyd reactio negativ; fajsúly 1010; fehérje, geny, vér, cukor r. negativ; üledékben semmi kóros. A napi folyadékfelvétel 4500 ccm, a vizelet mennyisége 4200 ccm.



2. ábra. Oldalirányú röntgenfelvétel; figyelemreméltók a szabálytalan felszínen kívül a kiterjedt térképszerű mésztelen területek.

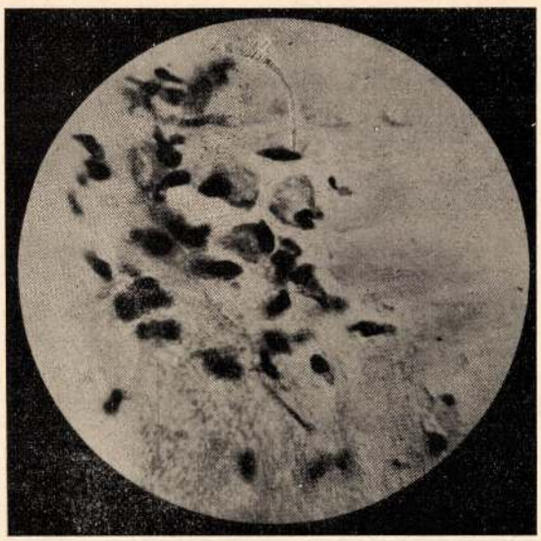
3. ábra. Fronto-occipitalis röntgenfelvétel; nagyfokú foltos mészhiány.

A lemezes koponyacsontokon, főleg a falcsontokban és nyakszirtcsontban a Schüller-Christian-féle megbetegedésre jellegzetes atrophiás szigetek a koponyának térképszerű rajzolatot kölcsönöznek (2. és 3. ábra). A jobb medencecsontban egyrészt a sacro-iliacalis izület, másrészt a coxa-izület melletti területen borsónyi-babnyi részben különálló, részben egymással összefüggő csonthiányok vannak, amelyek környezetében viszonylagosan nagymértékű sklerosis észlelhető. A sella turcicáról, a canalis opticusokról és a sziklacsontokról készült felvételek szerint a török-nyerget és környékét alkotó csontok mésztartalma viszonylagosan csekély. A töröknyereg lapos, nagysága a normalis átlag alsó határának megfelelő, határai élesek, a processus clinoideus ant. és post. épek. A csontos orbita felső részén mésszegény területek. A canalis opticusok normalisak. A sziklacsontokon kóros elváltozás nincs. A lig. clinopetrosum tapadásán mészlerakodás. A szegycsonton, csöves csontokon és csigolyákon elváltozás nem észlelhető.

Therapia: Rowland-diaeta, röntgenbesugárzás, parathormon injectió, calcium.

Fenti esetünkben a koponya osteogrammja jellegzetesnek mondható „térképszerű" („Landkartenschädel", *Schüller*), éles határú mezőkből álló területeket enged felismerni, amelyek között a calottán csak szórványosan találunk keskeny csontmaradványokat — Az a körülmény, hogy a xanthomatosus elváltozások által létrehozott calvaria-defectusok rendkívül kiterjedtek, úgy hogy a koponya calotta mintegy a primordialis craniumra emlékeztető hártyás zsák, valószínűvé teszi, hogy az esetleges intracranialis vagy intracerebralis xanthomatosus sarjak által okozott nyomásfokozódás kiegyenlítődésére a feltételek nem egészen hiányoznak (emlékezzünk arra, hogy pl. *Bauer K. H.* az akrocephaliás koponya belüri tensio-emelkedését circularis craniotomiával akarta csökkenteni). Lehetséges tehát, hogy az általános tünetek (papillitis, stb.) gyakran a tünetek közül kimaradnak. Sőt a diabetes insipidus mérsékelt foka és késői jelentkezése is talán a plastikusabb koponyatokra volna visszavezethető, amely — esetleg a liquor kiegyenlítő, hydrodynamikai hatásának közbejöttével — a localis tünetek kifejlődését is késlelteti.

Az ellágyult koponyacsont diploejának megfelelő tájról vett punctatumában kettősen fénytörő cholesterinesterjegeceket állapíthatunk meg. — Hasonlóképp positiv eredménnyel járt a kutatásunk „habsejtek"-re; a sebészi feltárás után a jobb os parietale dombjának (tuber parietale) megfelelő helyéről éles kanállal excindált anyagban nagy kerek, vagy ovoid alakú sejteket találtunk (4. ábra),



4. ábra. A kórosan elváltozott koponyatető-csontozat kaparékának szöveti lelete: a sarjszövete-elmek között 3 nagy, lekerekített habos plasmájú, oldalranyomott magvú sejt („foam cells") látszik. Mikrophotogramm, nagyítás kb. 360-szoros.

amelyeket egészen oldalra nyomott mag és lépes („wabig") szerkezet jellemeznek. Ezen ú. n. „habsejtek" („Schaumzellen") lipoidszemcséket tartalmaznak. Az anyagnak alkohollal történő kezelése rendjén a zsírnemű anyagok kioldódnak és a sejteknek vacuolisált szerkezete marad vissza. A mesenchymalis reactio esetünkben a granulatiós szövet képzését intensiven elősegítette, — kevéssé infiltrativ és inkább proliferativ jelenségekkel. Ezen habsejtes területek a csontállomány xanthelasmái-

nak tekintendők. A habsejtek képzésében a szervezetben általában a reticulum- vagy histiocytaelemek és az áramló vérnek makrophagjai (l. *Hőfer K.*) szoktak résztvenni. A bőr-xantheloidoknál (a kötőszövetiek mellett) és xanthelasmáknál a habsejtképzésben az epithelsejtek is résztvesznek. (Ezen „habsejtes" lipoidosisokon kívül ismeretes sejten kívüli lipoid-anyag is; így a *Karl-Urbach* által leírt extracellularis cholesterinosis, amely a bőrön hoz létre elváltozásokat, amelyekben a szabad cholesterin mennyisége jóval az ester fölé emelkedik.)

Észleletünk a kivételesebb formához tartozik, mert azonkívül, hogy a typusos klinikai képből az exophthalmus hiányzik, a felnőttön történő előfordulás is kivételesebbnek tekintendő, bár az idevonatkozó észleletek az utóbbi 5—6 évben szaporodnak; csak *Plaut*-nak Tekla nevű betegére utalok, akin a folyamat 59 éves korban kezdődött. A betegnek a calcium-anyagcserére ható gyógyszerek és hormonalis kezelés (parathyreoidea, vigantol, calcium) mellett Rowland-féle étrendet rendeltünk el, amely szerint a tej és tejtermékek, tojás- és húsfélék szigorúan tiltva vannak. A caloriaszükségletet növényi olaj és margarin volna hivatva pótolni.

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

Az ordinativ négydimensionalitás szervi psychosisban.

Írta: *Benedek László dr.* egyet. ny. r. tanár.

Minden klinikai tünetelemzésnek egy célja lehet, hogy a „tiszta" empiriának eszközeivel megismert syndromalis zavarképződményeket szétfejtse és ha lehet, azokat néhány kevés alapzavarra vezesse vissza; egyben kiderítse a complex jelenségcsoport belső functionalis összefüggéseinek alapfeltételeit, az agyi mechanismusokat, a biodynamikus hajtóerőket, a kategoriális rendtényezőket. Így járva el, a klinikai tapasztalatokon és kritikán alapuló kutatási irány mindinkább (bár immanens) teleologiás színezetet nyer, mégis inkább felel meg a gyakorlati orvosi cselekvés céljának.

A mai rövid közlésemben egy paralysis progressivában szenvedő betegnek sajátszerű élményanomaliáiról referálok, amelyek szinte egyedülállóan szemléltetik, hogy a szervi folyamat által lebontott synthesisek talán a biológiai célszerűségnek, szükségességnek megfelelően új globalis egységbe szövődnek, illetve egymástól elkülönülnek.

Dr. Zs. J. 25 éves papnövendék, 1937. VI. 11-én vétetett fel a klinikára. *Diagnosis:* Paralysis progressiva.

Kórelőzmény: Családi terheltség nincs. Luesről nem tud. 1 hónap óta úgy veszi észre, hogy „valami lötyög a fejében", úgy érzi, hogy a belső szervei megváltoztak. Könnyen fárad, feledékeny.

Jelen állapot: Pupillák tágak, a bal tágabb mint a jobb, mindkettő szabálytalan, fénymerev, alkalmazkodásra és összetérítésre renyhén és kis kitéréssel reagálnak. Bal facialis száji ága kissé paretikus, egyébként a beteg neurologiai lelete negativ. Vérben Ra. R. ++, liquorban Wa. R. ++++, az albumin és globulin vizsgálatok, valamint a coll. benzoë görbe pp.-re jellegzetes elváltozásokat mutatnak.

Panaszainak előterében a belső szerveinek sajátságos megváltozása áll. Úgy érzi, mintha valami lenne a beleiben, „szétszedettnek" érzi magát, kezei, lábai mintha egész külön világ lennének. Fürdés közben súlyos tömegnek érezte a törzsét, kezeit, lábait „lefüggő dolgoknak" érezte; a testét csak a gerincoszlop tartja, egyébként egy fortyogó tömeg van a testében. Most már úgy érzi, mintha gerince sem lenne, mintha csak a bőr tartaná össze a törzsét. — Időérzékét teljesen elvesztette, fogalma sincs róla, mennyi egy óra vagy egy perc. Dátumokat, világesemények időpontjait helyesen adja. A „ma" és a „tegnap", a bibliai idő megfelelően kellő élményi beállításba van helyezve. — Július 28: Tagjait nehéznek érzi. Úgy érzi, hogy ha jobboldalára fekszik, a test alakja megváltozik és a bal csípő tája megvékonyodik. A mellkas és a hasüreg tartalma teljesen összeolvadt, fortyogó tömeggé vált, csupán a szív és a tüdő tartotta meg korábbi alakját és helyzetét.

A teljes ordinativ váz, illetve a „négydimensionalitás" (a három irányú tér és az idő összetevő) szempontjából érdekkel bir dr. Zs. J.-ra vonatkozó észleletünk, akinél az élményimmanens (belső, én) idő — szemben a transeunssal — elvesztette összetett szerkezetét. A dátumok, történelmi események jól megőrzött „világideje" szembenáll a kiterjedését, tagoltságát elvesztett „összeesett" „én-idő"-vel. Az insulinshok-ban is észlelhettük a másodlagos időbecslésnek, a szemléleteknek kórosan megváltozott időszínezetét. Ezen adatainkat *Pisk* a „Zeitraffer"-jelenségnek *(Hoff-Pötzl)* elemzése rendjén újabban megerősítette. Érdekkel bir rámutatni, *hogy amikor dr. Zs. J. betegünknél az intact tárgyi világgal és absolut térrel a részeire „szétszedett" („fortyogó tömeg"-nek jelzett) test — „Raum-Bild" — áll szemben*, ugyan akkor a lerontott „én-idő"-vel szemben az ép világidő egyidejűleg van jelen. Az időtudatra nézve lásd *Hönigswald, Klien, Straus, v. Gebsattel, Minkowski* és mások munkáit.

Ha valamelyik complex-hatásnak működésbe lépése impulsus-hiány vagy gátlás következtében zavartá válik, akkor alacsonyabb formaszint által jellegzett működési mód áll elő, amely a központi idegrendszer sajátszerű kiegészítő képessége miatt ismét egységbe épül. E tekintetben az idegszövet tömegének kisebbedésével a gyüjtő és tömörítő munkamódokra való készség még inkább fokozódik.

A magunk részéről nem tarthatjuk *Ehrenwald*-nak az idő-tér complexre irányuló kórtani elemző és localisatoros törekvését eléggé megalapozottnak; ő ugyanis ezen utóbbinak ártalmában a parietalis tünetjelenségek alapzavarát látja. Nem vagyunk vele egy véleményen elsősorban azért, mert körülírt kérgi szerkezetekhez csatolhatónak csak azt tartjuk, ami neurophysiológiailag egységes önálló, külön functiót alkot. A tudatosult időélmény pedig nem tekinthető ilyen különműködésnek, még kevésbé önálló érzékelésnek, mert többek között a *Lindworsky*-féle követelménynek sem tesz eleget („nur Qualität zu sein"); ugyanis szorosan más élményekhez, érzékleti műveletekhez és azok kiviteléhez van kötve. Helyesen mondja *Kleist:* „Es gibt nicht *die Zeit*, sondern — nur die Zeiten der Vorgänge."

A saját test térbeli képének kialakítása tekintetében éppúgy nem az egyes benyomások ismeret-tartalma és jelenléte bir fontossággal, hanem azok tüneti átérzésének folytonos élményszerű adottsági módja, mint ahogy a világ szerkezetének felfogásában is az utóbbi szempont az irányadó. Megerősítik ezt a megállapítást a színek és hangok élményi elemzése által nyert különbségek *(Werner I., v. Hornbostel, Straus E.* stb.), amelyek szerint a hangbenyomások praegnantiája, saját activitása a színekét messze felülmúlja.

Amint pedig bizonyos ingerek alapján térbeli és időbeli alakokat és magát a homogen constructiv tért és a négydimensionalitásnak ordinativ szövedékét szemlélethez, tudatosuláshoz juttatjuk, — akként alkalmasok ép központi szerv esetén bizonyos benyomások, élmények arra, hogy a „saját testrészformákat", illetve a testömeget részben vagy egészben activálják. A bemutatott észlelet érdekes útmutatás arra, hogy az ezen elvonatkoztatás folytán felépített szerkezetek (categorialis „Gestaltkreis"-ek) a szervi lebontás folyamatában nem tartanak egymással lépést.

A skleroma serologiája, allergiás reactioi és fajlagos kezelése, különös tekintettel újabb kutatásokra.*

Irta: *Neuber Ede dr.*, egyetemi ny. r. tanár.

(Második és befejező közlemény.)

Allergiás reactiók.

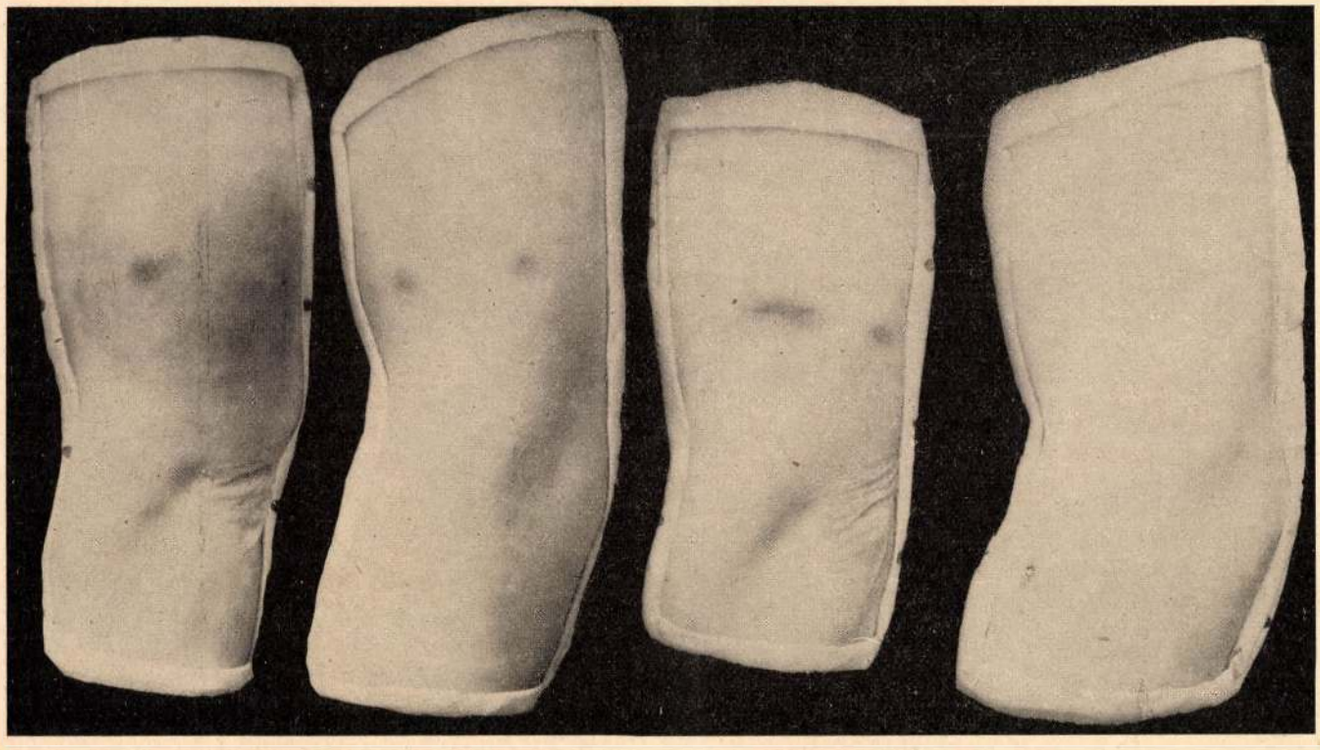
Az *allergiás reactiókat* igen sokáig elhanyagolták, pedig utóbbiak rendkívül értékesen gazdagították a skleroma diagnostikáját. Talán azért tartott olyan sokáig kiépítésük, mert — kezdetben az ilyen irányú kisérletek meddőek maradtak — bizonyára nem történtek azzal a körültekintéssel, melyet ezek a reactiók megkívánnak.

E tekintetben a legfontosabb követelmény, hogy fajlagos, érzékeny és megbízható antigent alkalmazzunk, mindezeken kívül az antigennek a bőr szövetében nem szabad másodlagos, vagyis „nem specifikus" gyulladást kiváltania.

A téren *Pick* végzett először (1911) kisérleteket, azonban teljesen negativ eredménnyel. *Soukup* (1925) eredményei már az allergiás reactiók fajlagossága mellett foglalnak állást. Később *Abramowicz* és *Biernacki* foglalkozott skleromás betegen allergiás reactiókkal, s szintén fajlagosaknak ítélték meg e reactiókat. Magam már 1917—18-ban a világháborúban a budapesti 16. helyőrségi kórházban végeztem skleromás betegeken allergiás reactiókat és már ekkor meggyőződtem ezeknek fajlagosságáról; e reactiókat a 16. helyőrségi kórház katonaorvosainak tudományos ülésein be is mutattam, hasonlóképen a kopenhágai VIII. Nemzetközi Dermatologiai Congressuson (1930) részletesen beszámoltam skleromás betegeken észlelt fajlagos allergiás reactiókról és azok értékéről.

Fentebb ismertetett antigenjeim — főleg a vaccinakezelés számára készült antigenem — az allergiás reactiók kiváltása szempontjából is kitünően bevált, vagyis teljesen megbízhatónak, érzékenynek bizonyult, s nem, vagy alig okozott nem fajlagos, vagyis másodlagos (banalis) bőrreactiókat.

Percutan, cutan és *intracutan* allergiás reactiókat végeztem, amelyek közül a *percutan* teljesen használhatatlannak, a *cutan* kevésbbé és az *intracutan* kiválóan alkalmasnak bizonyult. Klinikánkon — a debreceni bőr- és nemibeteg klinikán — mindenkor az *intracutan* allergiás reactiókat alkalmazzuk. Igen természetes, hogy minden esetben e reactiókat egyidejüleg összehasonlítás céljából controll- (egészséges) egyéneken is végeztük. *Most is ugyanazt mondhatom, mint 1932-ben a madridi referátumomban, hogy az allergiás reactiók a skleroma kórismézésében ma már igen előkelő helyet foglalnak el és igen nehéz volna őket nélkülöznünk.* A technikai és egyéb részletekről (pl. allergiás reactiók jelentkezése, tünetei, leolvasása) a madridi referátumban részletesen beszámoltam. Régebben érthetetlennek tünt fel előttem, hogy számos szerző nem ismerte el skleromás betegeken a fajlagos allergiás reactiók használhatóságát, értékét. Tulajdonképen hasonlóan áll a dolog az actinomykosis-betegeken végzett allergiás (intracutan) reactiók értékelésével is. Utóbbi betegség allergiás reactioinak fajlagosságában is vannak kételkedők, akik különösen kiemelik azt, hogy csak egy bizonyos számú actinomykosis esetben észlelhetők az allergiás reactiók.



Skleromás beteg. Intracutan ojtás helye 48 óra után. — *Egészséges egyén.* Intracutan ojtás helye 48 óra után. — *Skleromás beteg.* Intracutan ojtás helye 3 hét után. — *Egészséges egyén.* Intracutan ojtás helye 3 hét után.

Igy pl. az utóbbi időben *Glaubersohn, Jankowski* és *Wolner, Zarickij* és mások igen tartózkodóan nyilatkoznak a skleroma allergiás reactioinak értékeléséről. *Zarickij* pl. csak 12.5%-ban kapott positiv reactiót fajlagos antigennel skleromás betegeken. *Azt hiszem, hogy ezeket az ellentétes felfogásokat közös nevezőre tudom hozni és egyúttal az egész kérdést immunbiologiai szempontból megvilágítani. — Meggyőződhettem ugyanis kisérleteim során arról, hogy a fajlagos, allergiás bőrreactiókat elsősorban az egészségileg erősen leromlott, vagyis anergiás*

skleromás beteg nem adja, ami az immunbiologiai elgondolásunk szerint természetes is. Meggyőződhettem továbbá arról is, hogyha az allergiás reactiókat nem adó anergiás skleromás betegek megfelelő roboráló eljárásban részesülnek, akkor az anergiás szakból kiragadva, ismét hyperergiásakká válnak s ezután már kifejezetten adják a fajlagos allergiás reactiókat. Az irodalomban erre vonatkozó adatokat nem találtam.

Nagyon jól tudjuk, hogy a skleroma az idősült fertőző megbetegedések sorába tartozik, amely kezelet'enül rendszerint évekig eltart s a halál is többnyire a legyengüléshez csatlakozó intercurrens betegségek, ritkábban fulladás következtében áll be.

Érthető tehát, hogy egy idősült skleromás folyamatban szenvedő betegen a szervezet leromlottsága, vagyis anergiája következtében nem jelentkezik allergiás reactio. Ezt a negativismust nem lehet azonban az allergiás reactiók értéke ellen sorompóba állítani. Az ilyen anergiás skleromás beteget tehát megfelelően roborálnunk kell, hogy az anergiás szakból kiragadva a bőr szövetébe vitt antigenre fajlagos allergiás reactióval reagáljon. Hosszas kisérletezés után az aranykészítményekben találtam meg a legjobb és legbiztosabb roboráló szert, amely jó táplálás mellett a skleromás betegeket (az actinomykosis-ban szenvedőket is) az anergiás szakból kiragadja. Ugyanezen hibák történtek a skleromás betegek fajlagos (vaccinás) therapiájában is; a szerzők elég tekintélyes része a fajlagos (vaccina)-kezelés ellen foglalt állást. Miért? Mert az anergiás szakban alkalmazott vaccina-kezelést a beteg állapotának romlása követte, miután a szervezetbe vitt vaccina a már meglévő fajlagos védőanyagokat lekötötte, a legyengült szervezet azonban újabbat már nem tudott termelni.

Még néhány szóban kívánok megemelékezni a skleroma *epidemiologiájáról*, amely rendkívül sok érdekességet mutat, noha részleteiben még egyáltalában nem tisztázott E kérdésnek sikeres tanulmányozása főleg Oroszországban, Lengyelországban történhetik, mert utóbbi országokban (különösen Oroszországban) ismerünk területeket, amelyekben a skleroma nemcsak endemiásan, hanem többé-kevésbbé epidemiásan is jelentkezik s így tanulmányozása epidemiologiai szempontból jó kilátással kecsegtetne, ami természetszerűleg a szakszerű praeventio kiépítését is elősegítené.

A serologiai (főleg complementkötéses és agglutinatiós), továbbá az allergiás diagnostikai eljárások kitünően alkalmasak — különösen endemiás területeken — tömegvizsgálatok céljaira, úgyszintén eredményesen felhasználhatók a családi fertőzések felkutatására. Ma már tudjuk azt is, hogy vannak skleroma bacillusgazdák, akik bizonyára fertőznek is, mert utóbbiak légzőszerveinek nyálkahártyáin gyakran találhatók skleroma bacillusok, továbbá positiv complementkötést, agglutinatiót is adhatnak, anélkül, hogy klinikailag bárminemű jellegzetes kóros elváltozást mutatnának. A családi fertőzés kimutatása terén rendkívül érdekesek *Feldmann, Elbert, Feldmann* és *Gerkes, Prásek* és *Prica, Vymola, Kouvenaar* és még mások munkái. Ha felfogásaik a családi fertőzés tekintetében nem is egységesek, azonban úgyszólván valamennyien elismerik utóbbinak a lehetőségét, sőt valószínűségét; ilyen szempontból nagyon meggyőzőek *Feldmann* észlelései Fehéroroszországban, főleg a minski kerületben, ahol pl. 12 család 84 tagja közül 24 skleromás beteget talált. Igen valószínű, hogy itt családi fertőzésről van szó, hacsak nem szenvedtek el fertőzést a családtagok skleromás állataiktól; utóbbi tétel mindenesetre még kivizsgálásra szorul, amint azt fentebb már kifejtettem.

A skleroma bacillus-embergazdák is adhatnak positiv fajlagos complementkötést, tehát elképzelhető, sőt valószínű, hogy a skleroma bacillus-állatgazdák — amennyiben ilyenek vannak — hasonlóképen reagálnak, ami a fertőzés forrásainak felkeresését nagyon megkönnyítené, feltéve, hogy a skleromás fertőzés egyáltalában állatról emberre lehetséges. A fertőzés mechanismusa ma mindenesetre még nem tisztázott, sőt ismeretlen, mert embert és állatot mesterségesen fertőzni ezidáig még nem sikerült, legalább is errevonatkozólag teljesen megbízható, positiv kisérletek hiányoznak.

Rendkívül érdekesek ama szerzők *(Burack, Judenic,* s mások) megállapításai, akik a serologiai reactiók fontosságát még abban is látják, hogy utóbbiakkal a skleroma diagnosisát sokkal korábban állíthatjuk fel, mint a klinikai tünetek alapján, kétségtelen azonban, hogy a skleroma bacillusok még korábban kimutathatók. *A serologiai reactiók systematikus tömegvizsgálatok eseteiben tehát kitünő szolgálatot tehetnek.* Hasonlóképen nagy hasznukat vehetjük idősült skleromás betegek felkutatásaiban, amikor a klinikai tünetek már nem jellegzetesek, s így nem, vagy alig ismerhetők fel, vagy pedig azokban az esetekben, amikor a skleromás jelenségek rejtett helyeken foglalnak helyet.

A skleroma-kutatók úgyszólván teljes mértékben megegyeznek abban a kérdésben, hogy javult, vagy gyógyu't skleromás betegek még igen sokáig adnak kifejezetten erős positiv complementkötést, vagy agglutinatiót, tehát a serologiai reactió kezelés alatt, vagy közvetlenül utána nem mértéke és kifejezője a javulási folyamatnak, ami különben igen természetes is, mert fajlagos vaccinával kezelt skleromás betegek nagyobb mennyiségben termelnek s rendelkeznek fajlagos védőanyagokkal. Ezt a jelenséget, különben egyéb idősült fertőzéses betegségek biologiai történései között is észlelhetjük.

A skleroma fajlagos gyógykezelése.

Miután hosszú évtizedeken át a skleromát chemotherapiás gyógyszerekkel (tartarus stibiatus, salvarsan, bismuth, methylenkék, stb.) meggyógyítanunk nem sikerült, legfeljebb hosszabb-rövidebb ideig tartó javulást értünk el, ezért később e betegség gyógyítására a sugártherapiát alkalmaztuk, még pedig elsősorban a röntgen- és a rádiumkezelést; ma főleg az utóbbi áll előtérben, mert ez az orrüreg, a garat, a gége, stb. nyálkahártyáinak kezelése szempontjából hozzáférhetőbb. Megfelelő esetekben azonban a röntgenkezelés is széleskörű használatnak örvend.

A sugaras gyógykezeléssel elért eredmények már tetemesen jobbak, azonban teljes *gyógyulást* utóbbiakkal is csak igen ritka esetekben érhető el, mert a sugaras kezelésnek a kórokozókra közvetlenül hatása nincs, s a folyamat csak ott gyógyulhat meg, ahol a sugárkezelés következtében a sarjszövet helyét hegszövet váltja fel, amely a Frisch-féle skleroma bacillus életfeltételeinek nem felel meg (akárcsak a tuberculosis, az actinomykosis, stb. sugárkezelésében). Utóbbi időben a gyógyszeres és sugaras kezelést combináltuk, amelyek együttes alkalmazásától kétségkívül jobb eredményeket nyertünk, azonban csak egészen ritkán — egy ilyen esetben sem láttam — teljes gyógyulást, vonatkozik ez elsősorban a légzőszervek mélyen fekvő skleromás jelenségeire.

Teljesen új irányt jelentett a *fajlagos therapia,* amelynek alkalmazása különböző módon történhetik. Fajlagos therapiával már közel 20 éve foglalkozom, amely kisérleteim azonban csak az utóbbi időben találtak visszhangra. Így *Borcovskij, Cisler, Karyseva, Kommendantov, Mar-*

schik, Mosevickij, Mrongovius, Ninger, Schultze, Vymola s még mások foglalkoztak újabban a fajlagos kezeléssel.

E helyen is hálás köszönetemet fejezem ki *Lénárt Zoltán, Verzár Gyula, Neuber Ernő* professzoroknak s még igen sok más kartársamnak, kik szívesek voltak skleromás betegeiket fajlagos kezelés céljából nekem átengedni. Csakis ilymódon volt lehetséges, hogy aránylag igen nagy (negyven betegen felül) skleromás beteganyagon végezhettem kisérleteimet.

Helyi kedvező fajlagos kezelésről *Mosevickij*, továbbá *Jelin* és *Kalina* számolnak be; előbbi bouillon skleroma kultura szürletébe mártott gazecsíkokkal borogatta *(Besredka* szerint) a beteg nyálkahártyát, utóbbiak vaccinába mártott gazecsíkot helyeztek a beteg területre. A vaccina therapiának érdekes módját alkalmazta *Zarickij*, aki a légcső tágítása céljából alkalmazott sondával a skleromás beszürődéseket szétzúzni igyekezett, hogy ezáltal autovaccinatióban részesítse a beteget; jó eredményekről számol be, noha véleményem szerint ez az eljárás egyrészt a zúzás folytán bekövetkezhető átfuródás szempontjából igen veszedelmes, másrészt pedig a fajlagos therapiában ma már olyan fegyverekkel rendelkezünk ,amelyek ezt a túlságosan erélyes és kockázatos eljárást feleslegessé teszik.

Ha a skleroma fajlagos therapiájának irodalmát áttekintjük, akkor főleg az tünik fel, hogy a szerzők nagy része még ma is különbözőképen vélekedik e gyógymód értékének megítélésében. Még a fajlagos therapiával rokonszenvező szerzők is nagyrészt azt a felfogást vallják, hogy csak az esetek egy részében sikerül a skleromás betegeket fajlagos (vaccina-) kezeléssel meggyógyítani, számos esetben azonban ez a gyógymód teljesen hatástalannak bizonyul.

Első eseteimben magam is azt tapasztaltam, hogy néhány fajlagos kezelés adása után a betegek állapota erősen leromlott. Rövidesen meggyőződhettem azonban arról is, hogy utóbbi betegek nem, vagy alig adták a fajlagos allergiás reactiókat, tehát anergiásak voltak, mert a többnyire hosszú ideig (több éven át) tartó skleromás folyamattól egészségileg leromlottak, igen erősen vérszegényekké váltak. Ez főleg akkor mutatkozott kifejezettebben, amikor a skleromás jelenségek a légcsövet szükítették s többé-kevésbbé légszomjat okoztak. Már az első betegeim kezelésekor beláttam, hogy anergiás skleromás betegnek nem adhatunk fajlagos vaccinát, mert utóbbi lekötné a skleroma-fertőzés következtében termelt fajlagos reaginokat, az anergiás szervezet pedig ebben a legyengült állapotban újabb fajlagos védőanyagok termelésére már nem képes, ami azután nemcsak a skleromás jelenségek rosszabbodásában, hanem a szervezet általános romlásában is kifejezést nyer.

Kézenfekvőnek találtam tehát, hogy az *anergiás* szervezetet ebből a szakból ki kell ragadnom és a hyperergiásba átvinnem. Kezdetben vas, arsen és egyéb roboráló gyógyszerekkel kisérleteztem, amilyek azonban különösebb hatással nem voltak az erősen leromlott, anergiás, skleromás szervezetre s így más roboráló gyógyszerek után kellett kutatnom, amelyek alkalmasak volnának arra, hogy a szervezet természetes ellenállóképességét emeljék. Hosszas kutatás után az *arany*-készítményekben (Solganal B.) találtam meg azt a roboráló gyógyszert, amely az utóbbi igényeket teljes mértékben kielégíti. Hogy az aranykészítmények a skleromás szervezetet az anergiás szakból tényleg kiragadják, s a szervezet ellenállóképességét emelik, az abból is kitünik, hogy a fajlagos allergiás bőrreactiókat nem adó anergiás skleromás betegek megfelelő aranykezelés után a fajlagos reactiókat többnyire már adják. Klinikailag az arany roboráló hatása elsősorban abban nyilvánul, hogy a beteg elvesztett súlyát rendszerint visszanyeri, azonkívül a skleromás jelenségek *arany*-kezelésre többé-kevésbbé javulnak, ami kétségkívül a szervezet természetes ellenálló erejének és védekezőképességének emelésével hozható kapcsolatba.

Therapiás kisérleteinkben a Schering-féle *Solganal B. aranykészítmény* vált be legjobban, amelynek therapiás indexe is a legjobbak közé tartozik. Kezdetben csak az egészségileg leromlott, anergiás skleromás betegeket részesítettük arany- (Solganal B.-) therapiában, még pedig kicsiny, 0.01 g. adagokkal kezdtük a gyógykezelést s pro dosi legfeljebb 0.5 g-ig emelkedtünk. Összmennyiségben a beteg egy kurában intraglutealis injectiók alakjában 2.0—5.0 g. Solganal B-t kap, természetesen a beteg tűrőképessége (vizeletvizsgálat, stb.) és a betegség súlyossága szerint.

Az utóbbi években a fajlagos vaccina-gyógykezelés előtt nemcsak az egészségileg leromlott, anergiás betegeket részesítem aranykezelésben, hanem ama skleromás betegeket is, akik megőrízték szervezetük ellenállóképességét, vagyis adták a fajlagos allergiás bőrreactiókat, azonkívül nem fogytak le és nem gyengültek el. Azt tapasztaltam u. i., hogy utóbbi betegek is sokkal jobban és biztosabban reagálnak később a fajlagos vaccina-kezelésre, ha megfelelő arany-therapiát előrebocsátunk; úgylátszik, hogy a skleromás folyamat az utóbbi betegek szervezetét is bizonyos fokig megtámadja és gyengíti, ha ez klinikailag és az allergiás reactiókkal nem is jut kifejezésre. Mindenesetre arra is kell gondolnunk, hogy az aranykészítmények a granulatiós szövet felszívódását is elősegítik, s ezáltal a skleroma bacillust bizonyos fokig táptalajától — a fajlagos sarjszövettől — megfosztják, lehetséges azonkívül az is, hogy az aranykészítmények bizonyos hatással vannak magára a kórokozóra is, amely lehet közvetlen, véleményem szerint azonban inkább a szervezeten keresztül közvetett.

Eddigi tapasztalataim szerint az aranykezelés befejezése után minél előbb meg kell kezdenünk a fajlagos vaccinatherapiát.

A skleroma fajlagos therapiájában rendkívül fontos a *vaccina megfelelő adagolása*, amire az actinomykosis fajlagos orvoslásában is súlyt helyeztem. E tekintetben a skleroma-irodalomban tulajdonképen nem találunk megfelelő adatokat, illetve utasítást arra nézve, hogy milyen vaccina-adaggal kezdjük meg a kezelést és milyen mértékben emelkedjünk az adagokkal. *Egy eljárást dolgoztam ki, amely szerint a kezdő adag megállapítása az intracutan allergiás reactiók segélyével történik.* — A fajlagos therapia számára kezdő adagnak azt a legkisebb vaccina-mennyiséget ajánlom, amely a skleromás betegen még határozott allergiás intracutan reactiókat ad, ezzel szemben a controll-egyénen (lehetőleg egészséges emberen) reactiót már nem vált ki. A további vaccina-kezeléseket 4—5 naponként óvatosan emelkedőleg adjuk, még pedig olyan módon, hogy minden következő magasabb adag góc-, illetve helyi és gócreactiót adjon. Mindenesetre találkozhatunk — igaz, hogy csak ritkán — klinikailag, serologiailag és bakteriologiailag biztosan kórismézett skleromás betegekkel, akik még aranyroborálás után sem adják az allergiás intracutan reactiókat.. Utóbbiak fajlagos vaccina-kezelésében kicsiny kezdő adagot válasszunk, a dosissal pedig igen óvatosan, 5—6 napi időközökben emelkedjünk, — mindenesetre az előbb adott injectiók következtében esetlegesen kiváltott góc-reactiók lezajlása után — a következő vaccina-adagok megválasztásában pedig a skleromás folyamatra gyakorolt klinikai hatás legyen irányadó. Rendszerint 10—15 fajlagos vaccinaojtást adunk.

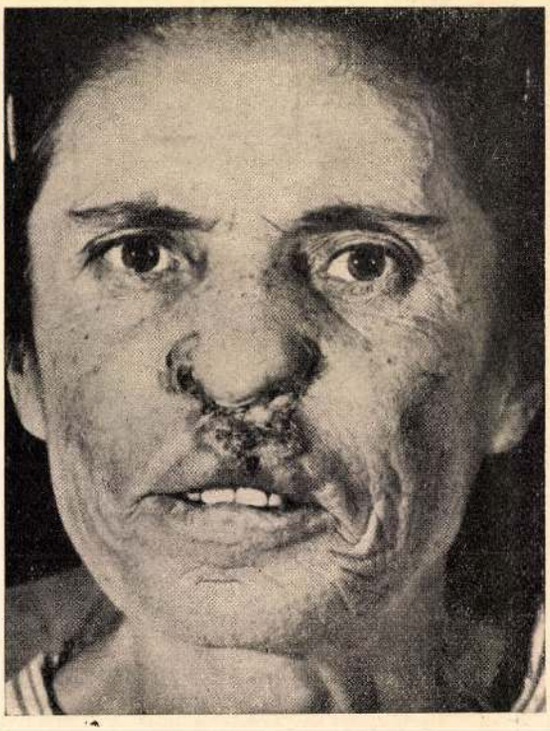
A skleromás betegek túlnyomó részének kezelésében egy combinált arany+fajlagos vaccinatherapia elegendő a teljes gyógyuláshoz, vannak azonban makacsabb esetek, melyek teljes gyógyulásához egy második, sőt harmadik ilyen combinált kúra szükséges. Örömmel állapíthatom meg e helyen is, hogy az utóbbi öt esztendőben ezzel a combinált (arany + fajlagos vaccina) gyógymóddal mindazok a skleromás betegeim kivétel nélkül meggyógyultak, akik klinikánkon e gyógymódnak alávetették magukat. Hogy a vaccina milyen mértékben hat fajlagosan a skleromás tünetekre, az kitünik abból, hogy a fajlagos vaccina-ojtásra 12—48 óra után a skleromás beteg kóros jelenségein többnyire kisebb-nagyobb gócreactiók mutatkoznak, amelyek erősebb duzzadásban, gyulladásban, ritkábban nedvezésben, stb. szoktak nyilvánulni. Minél erősebb a gócreactio, annál inkább számíthatunk teljes gyógyulásra. Mindenesetre gége-skleroma eseteiben óvakodnunk kell az erős gócreactiótól, mert utóbbi légzési nehézségeket, sőt fulladási halált is okozhat; ilyen esetekben csak lassan emelkedjünk a vaccina-adagokkal.

Még a fajlagos reconvalescens savóval (r. s.) történő kezelésről, mint teljesen új fajlagos gyógyeljárásról kívánok beszámolni, amelyet már több betegemen kiváló eredménnyel alkalmaztam. Főleg egészségileg erősen leromlott, anergiás betegek kezelésében ajánlom, akik activ immunisáló (vaccina-) kezelést nem kaphatnak, mert utóbbiak lekötik a szervezetben már úgyis gyéren jelenlévő reagineket, a szervezet pedig anergiája következtében ujakat már nem tud termelni. Egyik másik igen legyengült beteg már az aranykezelést sem bírja, utóbbiakon a r. s.-kezelés különösen javalt. Az ilyen esetekben a passiv immuntherapia, vagyis a r. s.-al történő kezelés kétségkívül a legmegfelelőbb, mert vele kész fajlagos védőanyagokat viszünk a szervezetbe s nem kell már az amúgy is egészségileg leromlott szervezet teljesítőképességét activ immunisáló therapiával megterhelnünk. Rendszerint egy skleromás betegnek 5—6 fajlagos r. s.-kezelést adunk, mégpedig egy heti időközökben, pro dosi intraglutealis injectiók alakjában 40—80 ccm-t.

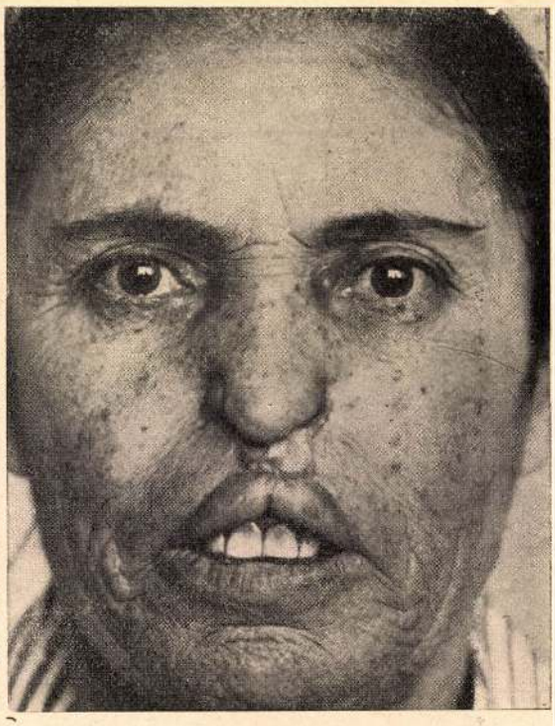
Utóbbi időben a roboráló aranykezelést és a r. s.-t alternálva adjuk az activ immunisáló (fajlagos vaccina-) therapia előtt, mégpedig úgy, hogy a beteg kezdetben hetente egy r. s.- és egy aranykezelést kap, s csak utóbbiaknak befejezése után térünk a fajlagos vaccina-therapiára. Előfordulhat az is, — mindenesetre igen ritkán — hogy az egészségileg nagy mértékben leromlott skleromás beteg még az aranykezelést sem bírja, ilyenkor a fajlagos r. s. az egyedüli kezelési lehetőség, s a szervezetnek bekövetkezett megerősödése után kezdhető el csak az arany-, majd a fajlagos vaccina-kezelés.

Ismételten rámutatok arra, hogy ez a combinált eljárás az eddig alkalmazott gyógykezeléseket messze felülmulja, ami már abban is kifejezést nyer, hogy eddig minden skleroma-betegünk meggyógyult, beleszámítva a legsúlyosabb gége eseteket is.

Legutóbb skleromás betegeinket nemcsak fajlagos r. s.-al gyógyítottuk, hanem ugyanabba a vércsoportba tartozó reconvalescens skleromás betegek vérének átömlesztésével is. Noha csak néhány esetben végezhettünk ilyen therapiát, az utóbbiakkal nyert kitünő eredményeink azonban arra jogosítanak fel, hogy ezzel az eljárással a jövőben legkomolyabban foglalkozzunk. Utóbbi gyógykezelés szintén passiv immuntherapia s így hasonlít a r. s.-therapiához, mindenesetre azzal a különbséggel, hogy a fajlagos transfusiós gyógykezeléssel a beteg (skleromás) szervezet a fajlagos reagineket, stb. teljesen frissen, laboratoriumi praeparálás nélkül kapja, ami kétségkívül nagy előnyt jelent a gyógyhatás tekintetében.



O. J.-né 60 é. Felvételi állapot, kezelés előtt.



Ugyanaz a beteg 9 hónap után. Fajlagos vaccina kezelésre gyógyult.

Magyarázat az ábrákhoz:

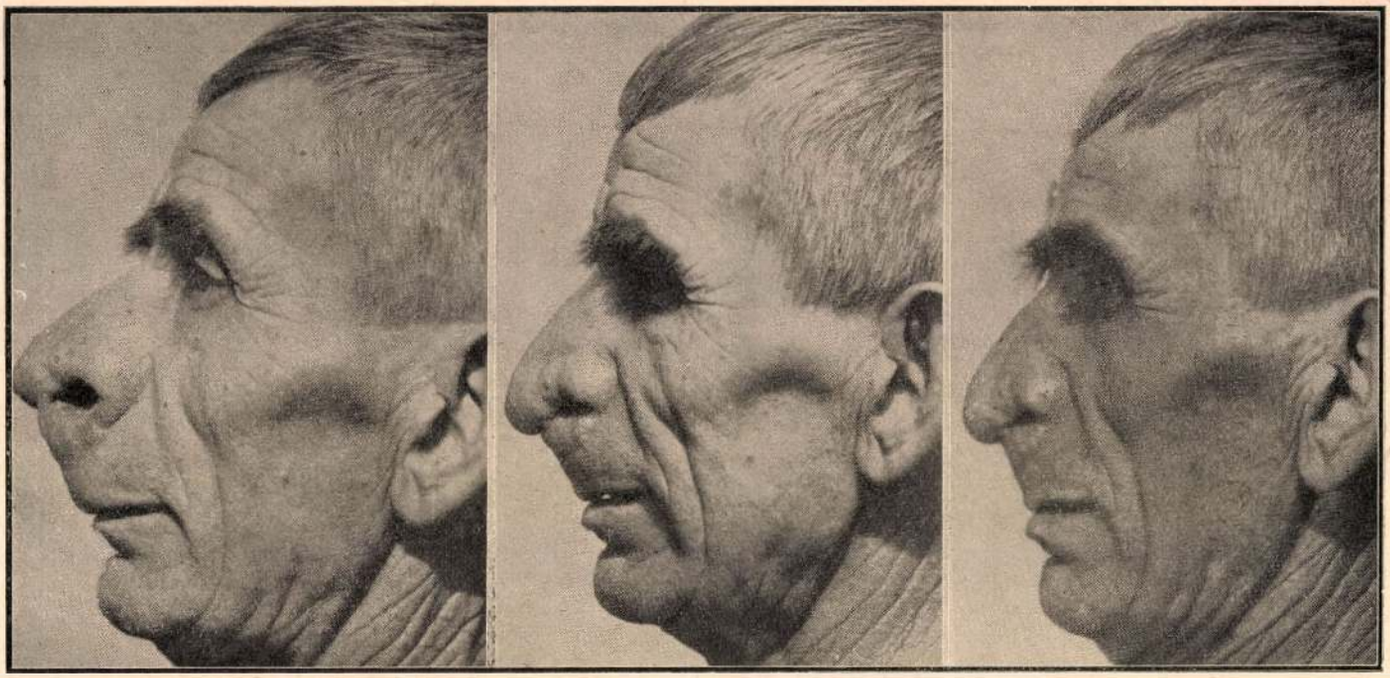
1. *O. J.-né,* 60 éves, *földmives* neje.

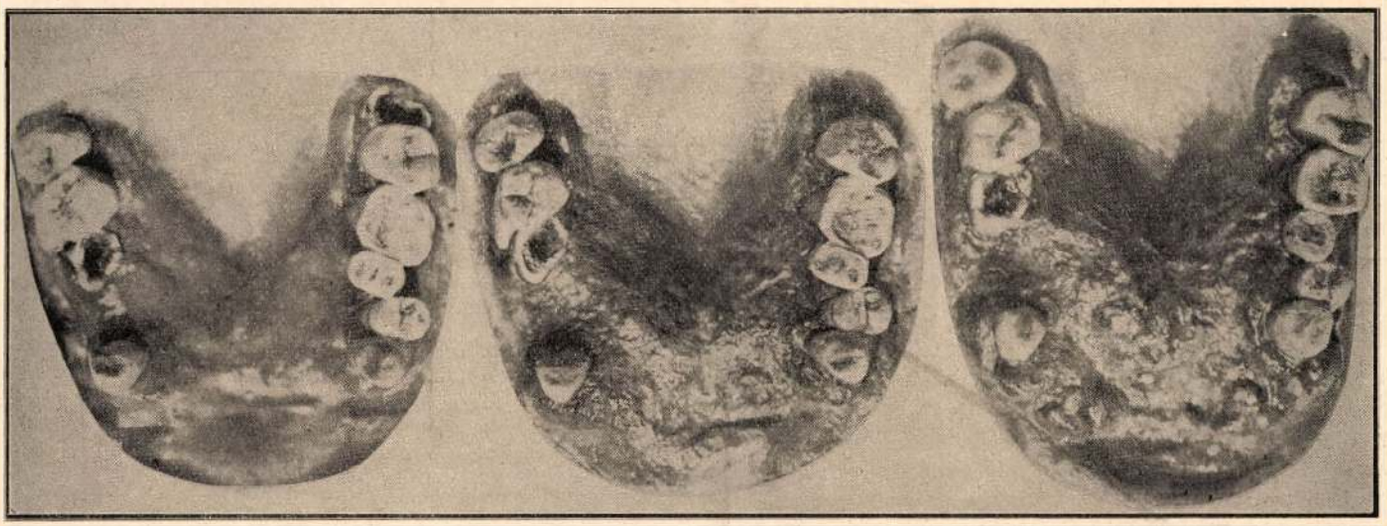
Diagnosis: skleroma nasi. A folyamat 20 év előtt kezdődött; gyógyszeres és sugaras kezelésre nem gyógyult. Felvételkor a fajlagos intracutan allergiás reactio és a complementkötéses reactio erősen positiv volt. Szöveti lelet: jellegzetes skleromás szöveti szerkezet.

Gyógykezelés: 18 skleroma-vaccina, amelyre *teljes gyógyulás* következett be. Testsúlygyarapodás 10.50 kg.

2. *B. F.* 54 éves, *földmives.*

Diagnosis: skleroma nasi, palati duri, laryngis et tracheae. 34 év óta szenved skleromában. Gyógyszeres és suga-





B. F. 54 é. Felvételi állapot, kezelés előtt.

Ugyanaz a beteg 5 hónapi kezelés (reconvalescens savó, solganal-B, fajlagos vaccina) után.

Ugyanaz a beteg 12 hónap után. Teljesen gyógyultan.

ras kezelésben részesült a klinikai felvétel előtt, amelyre nem gyógyult, sőt még nem is javult.

Felvételkor a fajlagos intracutan és complementkötéses reactio igen erősen positiv volt. Szöveti lelet nagyon jellegzetes skleromára.

Ez a beteg igen súlyos skleromás tünetekben szenved, így többek között a kemény szájpadot skleromás szövet burjánozza át (e tekintetben teljesen egyedülálló eset a skleroma-irodalomban), úgy hogy a szöveti vizsgálat előtt skleromához társuló rákos, vagy sarkomás folyamatra gondoltunk.

Gyógykezelés: 10 skleroma reconvalescens savó (i. m.), 26 Solganal B. (összmennyiségben 4.75 g), 7 fajlagos autovaccina-kezelés. *Teljes gyógyulás.* Testsúlygyarapodás 5 kg.

Ezt a súlyos és rendkívül érdekes skleromás beteget is *Lénárt Zoltán* prof. úrtól kaptuk fajlagos kezelés céljából, amiért neki e helyen is hálás köszönetünket fejezzük ki.

Az 1. eset tehát egy 20 év óta, a 2 eset pedig 34 éve tartó skleromás folyamat, mindenesetre a második sokkal súlyosabb tünetekkel.

Számos idősült skleromás betegünk állott fajlagos kezelésben, akik kivétel nélkül mind meggyógyultak. Figyelmünk főképen a friss skleromás folyamatokra irányult, amelyekben a fajlagos kezeléssel nemcsak teljes gyógyulást tudtunk elérni, hanem a kóros szövetek úgyszólván teljes épségüket vissza tudták nyerni, mivel a skleromás tünetek e korai szakban igen kicsiny kiterjedésűek voltak.

Számos friss, kezdődő skleromás esetünk közül szintén csak egy typust kívánok bemutatni, amelyhez ugyancsak *Lénárt Zoltán* prof. úr előzékenysége folytán jutottunk.

3. *M. F.* 17 éves, *földműves.* Rekedt és ugató köhögése miatt kereste fel a budapesti orr-, gége- és fülklinikát. (Ábra nincs róla, mivel csak a gégében voltak kóros jelenségek.)

A diagnosis megállapítása céljából a gége lumene felé columnaszerű bedomborodásokból próba-excisio történt, amely a szöveti képben skleromának bizonyult. *Diagnosis: scleroma laryngis.*

Felvételkor a fajlagos intracutan és a complementkötéses reactio erősen positiv volt.

Arany + fajlagos vaccina-kezelésben részesült, amelyre *teljesen meggyógyult* (12 skleroma-autovaccina, 13 Solganal B, összmennyiségben 3.06 g.) Ellenőrizte a budapesti orr-gége- és fülklinika, amikor az eredetileg beteg területen a „kezelés befejezése után már semmi kóros elváltozás nem volt található".

E beteg kórtörténetéből is látható, hogy mennyire fontos a korai fajlagos gyógykezelés, amely a beteget nemcsak hosszú szenvedéstől menti meg, hanem ilyen korai esetekben még nem, vagy alig történik szövetroncsolás, ennélfogva inkább számíthatunk teljes restitutióra.

Skleromás betegeink közül (40-nél több eset) a fentiekben tehát 3 typust kívántunk bemutatni.

A fentiek alapján a skleroma kezelésében a fajlagos gyógyeljárások mellett foglalok állást, amelynek értékéről és megbízhatóságáról kutatásaim és kísérleteim alapján minden kétséget kizárólag meggyőződtem.

A gyulai m. kir. állami kórház szemosztályának közleménye. (Főorvos: Oláh Emil.)

A trachoma kezelése.

Irta: *Oláhné-Keppich Lidia dr.* szemorvos.

Pár éve számolt be egy előadó a MSZOT előtt azon tapasztalatairól, melyeket egy új trachomaellenes szertől észlelt. A trachoma therapiájáról kialakult vita során *Kreiker* prof. azt a nézetét hangoztatta, hogy az orvos még ma is nem egyszer egész fegyver tárát kimeríti anélkül, hogy a pannusos trahomát befolyásolni tudná. Ilyenkor szerinte egy időre hagyjunk abba minden kezelést. Magyarázzuk meg a betegnek, hogy legcélszerűbb, ha most pihen a szeme. Szerinte nem egyszer előfordult az, hogy pár hónap mulva ugyanazon eljárások vezetnek célra, mellyekkel most semmi eredményt nem értünk el. A hozzászólások *Kreiker* prof. ezen álláspontját igazolták, mert mindegyik hozzászólónak voltak olyan esetei, ahol minden igyekezete ellenére sem tudott eredményt elérni. A trahomások nagyrésze azonban nem vette tudomásul a tanácsot és egyik intézetből egyenesen a másik intézetbe vándorolt. Nézzük meg jogosult e még ma is azon álláspont, amelyik a gyógyulást kereső trahomásnak a gyógyítását későbbi időpontra igéri. Ennek az álláspontnak ma már nincs jogosultsága. Ezt a felfogást óhajtjuk e közleményben igazolni.

Az orvos mindig a trahomát igyekszik meggyógyítani, mégsem mondhatjuk, hogy ne lenne olyan eljárásunk, mely éppen a pannus ellen irányul. Azonban nem egyszer minden eljárás cserben hagy bennünket, úgy hogy a konservativ kezelésmódot kénytelenek vagyunk műtéti eljárásokkal kombinálni. Mindezen eljárásoknak az a hibája, hogy feltétlen intézeti kezelést tesznek szükségessé, nagyon hosszan tartanak és végül eredményük bizonytalan.

1934-ben ismertette *Brecher* a trachocidot, melyet *Charamis* prof., majd *Streif E. B.* utána vizsgált. E közlemények annyira biztatóak voltak, hogy 1936-ban a gyulai állami kórház szemosztályán is elkezdtük a trachocid alkalmazását. Az eredmények éppen a legsúlyosabb esetekben minden várakozásunkat felülmulták. Eddig több mint 100 esetben alkalmaztuk és egyetlen egy esetben sem hagyott bennünket cserben. Eseteink válogatottan súlyosak voltak; többször kiújult pannusos, évek óta fennálló és exulcerált pannusos esetekben próbáltuk ki a trachocidot és, miután meggyőződtünk értékéről, alkalmazását szélesebb körre terjesztettük ki.

A trachocid hatását jóval előbb érzi a beteg, mint a hogy azt az orvos objective megállapítja. Az eredmény u. i. sokszor a kór vége felé, egyes esetekben pedig hetekkel a kúra befejezése után jelentkezik, de a beteg a gyógyulást előre jelzi azzal, hogy panaszai megszüntek, szemét egészen könnyünek érzi. Mivel ilyen kis anyagon a statisztikának nincs bizonyító ereje, ezért ettől most eltekintünk és inkább általános benyomásainkat szeretnők közölni. A trachocid eredménye különösen akkor szembetünő, ha az összehasonlítás kedvéért csak az egyik szemet kezeljük vele. A legfontosabbnak azt tartjuk, hogy egyetlen olyan betegünk sem volt — a legsúlyosabb pannusos betegeket is ide számítva — akin trachocidal ne értünk volna el eredményt, mig ugyanakkor az összehasonlítás kedvéért a másik szemet a szokott és bevált eljárásokkal kezelve egyes esetekben semmilyen eredményt nem értünk el, — úgy hogy a beteg kérésére kénytelenek voltunk a másik szemét is trachocidal kezelni, — vagy csak hosszú idő mulva tudtunk eredményt elérni. Igy a legelső trachocidal kezelt trachomás betegünk, akit még a trachocidnak az osztályon való használata előtt vettünk fel — súlyos exulceralt pannusa volt — a felvételkor olyannak látszott, hogy eredményes gyógykezelése esetleg több hónapot kiván. Felvétele után másnap kaptuk meg az első trachocid-küldeményt és a beteg hozzájárulásával rögtön alkalmaztuk is. Három hét mulva a fekélynek nyoma sem volt csak egy-egy finom erecske jelezte a cornea felső szélénél a pannust. Subjectiv panasza egyáltalán nem volt. Ezen okulva a prognosis és főleg a gyógytartam szemponjából óvatosabbak lettünk. Betegeinknek a kórházból való távozáskor enyhe adstringenseket és üvegpálcikákkal történő massaget szoktunk előírni. Látszólagos materiális okokból még nem tartunk ott, hogy minden betegünket kivétel nélkül trachocidal kezeljük, pedig tulajdonképen az lenne a helyes, hogy kisérletképen legalább féléven át minden betegünket trachocidal kezeljük és igy nagyobb anyagon vizsgáljuk azt, hogy miképen alakul az ápolási napok száma akkor, ha minden betegünket trachocidal kezeljük, összehasonlítva az egyébb eljárásokkal kezelt trahomás betegeknek már eddig is rendelkezésünkre álló ápolási napjaival. Eddigi tapasztalataink szerint ez az összehasonlítás egész bizonyosan a trachocid javára ütne ki, mert hiszen a trachomások ápolási napjainak számát épen a hónapokig a kórházban tartózkodó pannusosok szaporítják tetemesen; ezeknek ápolási idejét pedig a trachocid eddigi eseteinkben pár hétre szállította le. Az orvosi erkölcs azt követeli, hogy minden beteget azzal az eljárással kezeljünk, amellyikkel a legrövidebb idő alatt meggyógyíthatjuk, illetve munkaképessé tehetjük. Ezt a magánbeteg orvosától feltétlenül elvárhatja. A trahomás betegek legnagyobb részét az államkincstár terhére ápolják a kórházak. Magától értetődik, hogy az államkincstár is méltán elvárhatja tőlünk szemorvosoktól, hogy ne a látszat után induljunk, azt mondván, hogy a trachocidot, mert az drágább gyógyszer, mint a lapis, vagy timsó, csak akkor rendeljük, ha mással nem tudjuk pótolni. Számítsuk ki, mi kerül kevesebbe: az olcsó gyógyszer és a sok ápolási nap, vagy a drágább orvosság és a kevés ápolási nap. Azt a feltevésünket is megemlítem, hogy mivel a trachocidos kezelés ambulanter is elvégezhető, a trahomás betegeknek csak kivételes esetekben kellene a kórházat felkeresni, tehát mindjárt lenne elegendő férőhely azon trahomások számára, a kiknek feltétlen kórházi kezelésre lenne szükségük. Azt is figyelembe kell venni, hogy mit jelent a hamarább munkaképessé tett egyén keresete. *Brecher, Charamis, Streif,* de a magunk megállapítása szerint is ritkább a pannus-kiújulás trachocidos kezelés esetén és igy a betegnek nemcsak rövidebb ideig kellene a kórházban tartózkodnia, mint eddig, de ritkábban is keresné fel a kórházat; ezért nemcsak azt kellene vizsgálni, hogy miként alakul a trachocidal kezelt trahomás betegek kórházi ápolási napjainak száma, hanem ha pontos adatokat akarunk erre vonatkozólag szerezni, akkor tulajdonképen azt kellene megállapítani, hogy egy egyén trahomájának teljes kigyógyítására, hány ápolási nap jut a mai, eddig használatos eljárásokkal és mennyi kell a trachocid alkalmazásakor. Ha meglehetne oldani, hogy a kórházba csak azok a trahomások vétessenek fel, akik a fent elmondottak alapján egyéb okokból szorulnak kórházi ápolásra, mig a többi trahomás beteg trachocid kezelését azok az orvosok látnák el, akik hivatali állásuknál fogva amugy is állandóan kezelnek trahomásokat, akkor természetesen ezen orvosoknak el kellene sajátitaniok a trachocid alkalmazásának technikáját. Magától értetődik, hogy a tra-

1. A trachocid különleges eljárással készül állati méregből; teljesen ártalmatlan. A Staatl. Serotherppeutisches Institut (Wien. IX.) készíti.

choma elleni küzdelemben a szemorvosoknak a megfelelő szerepet kell biztosítani és ahol szemorvos működik, ott lehetőleg azt kell megbízni a trahomások kezelésével. Helyes lenne az, hogy miként az insulint fel lehet irni az arra jogosult cukorbetegnek az államkincstár terhére, épen úgy az arra jogosult trahomások közül legalább a pannusosoknak is fel lehetne irni a trachocidot, ha nincsenek kórházi kezelésben.

Azon leszünk, hogy összehasonlító vizsgálatokat végezzünk vajjon nem lenne e gazdaságos, ha minden trahomást trachociddal kezelnénk. Mivel azonban ennek a kivizsgálása hosszabb időt vesz igénybe e közleményben azokat soroljuk fel, akiken a trachocidot feltétlen alkalmazandónak tartjuk. Még a legenyhébb pannusos trahomást is trachociddal kezeljük, de a pannustalan thrahomások közül is az olyanokat, akik trahomája már több éves és kötőhártyája nagyrészt heges. Monoculáris trahomát is trachociddal kezelünk. A pannusmentes, nem kezelt trahomásokról eddig nem szereztünk nagyobb anyagon tapasztalatot, de minden esetben meggyőződtünk arról, hogy az a szem, amelyiket trachociddal kezeltünk, már 4—5 injectio után sokat javul, a másik szemhez viszonyítva. (Könnyebb esetben 5—10, súlyosabb esetben 10—20 injectiot adtunk egy szembe.) A legfeltünőbb az, hogy a trachociddal kezelt nem pannusos szemen egyszerű rátekintésre nem lehet látni, hogy ez a szem beteg, mert a szemgolyó halvány, a tekei kötőhártya nem erezett; mig a másik szem — amelyiket az összehasonlítás kedvéért a szokásos eljárásokkal kezeltünk — gyulladtnak látszik. De ha a trachocidot bármely oknál fogva a kezelés kezdetén egy két napra kihagytuk, ez a szem is kivörrösödött.

Az eredmény első sorban attól függ, milyen esetet vettünk kezelés alá. A rövid ideje fennálló pannusos trahomások erezettsége hamarosan megszünik, a pannus elvékonyodik és minthogy a pannus még nem érte el a pupilla területét, a látásélesség hamar visszatér. Ha azonban binocularis lupéval megtekintjük a cornea azon területét, melyet a pannus elfoglalt, akkor ott még finom borusságot észlelhetünk. Azon esetekben, mikor a pannus már évek óta megvolt ugyancsak tapasztaltuk azzal a különbséggel, hogy miután a pannus az ilyen esetekben részben már a pupilla előtti területet is elborította, ennek megfelelően a trachociddal való kezelés után a látásélesség nem tér vissza teljes mértékben, mert finom szaruhártya homályok a pupilla területében még hónapok multán is észlelhetők. Hogy később, évek multva, ha már többszöri trachocid kúrában részesült mi történik ezen homályokkal, azt ma még nem tudhatjuk. Binocularis lupéval egyes esetekben finom obliterált erecskét lehet látni, de ez rendesen olyan esetekben fordul elő, amikor a pannus már évek óta fennálott és miután súlyos subjectiv panaszai mellett a beteg évek óta képtelen volt még a közönséges napszámos munkára is, most jedig panaszai megszüntek és munkaképes, az eredményel teljesen meg van elégedve.

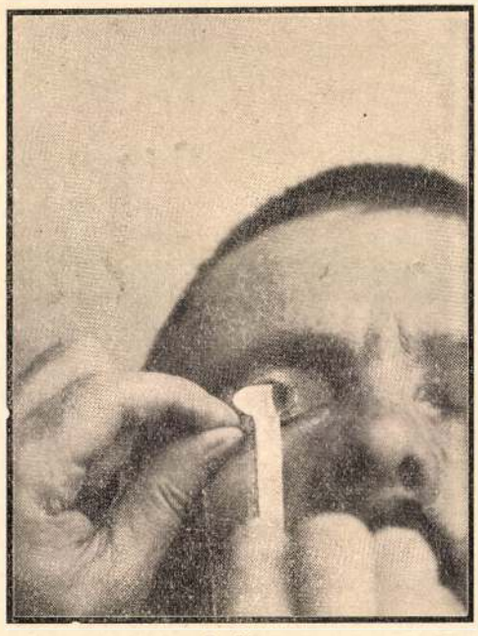
Az is természetes, hogy azon esetekben, mikor nagyobb fokú exulceratio társult a pannushoz, ezek helyén finom borusság marad vissza a trachocidos kezelés után is. Ha azonban azt vesszük figyelembe, hogy azon esetekben, mikor a friss panusosakat lehetőleg korán vettük trachocidkezelés alá és 100%-os eredményt értünk le, minden törekvésünknek arra kell irányulnia, hogy a trachomások lehetőleg korán kapjanak trachocidot. Azt majd a további megfigyelések és vizsgálatok fogják megmutatni, milyen %-ban fordul elő pannus recidiva és hogyha a trahomát lehetőleg a baj kezdetén, még pedig pannusmentes időben fogjuk kezelés alá, kifejlődik e még is pannus? Ma még nem lehet ebben a kérdésben elég tapasztalatunk, arra egy év nagyon kevés, de meg mint fenntebb mondottuk pannusmentes trahomást keveset is kezeltünk ahhoz, hogy biztos véleményt formálhattunk volna erről. Éppen ezért, hgy véleményt alkothassunk erről, szükséges, hogy ne csak a pannusosakat kezeljük trachociddal, hanem a szövődménytelen trahomásokat is. Ez a körülmény, továbbá az, hogy friss esetekben trachocidkezelésre, a pannus gyorsan visszafejlődik, mig az évek óta fennáló esetekben, amikor a pannus a pupilla előtti területet, sőt az egész corneát elborította trachocid kezelésre ugyan a subjectiv panaszok megszünnek, a látásélesség is javul, de a pannus nyomai finom homályokban még fellelhetők, kötelességünkké teszi, hogy ne csak a kiválasztott súlyos esetekben, hanem kivétel nélkül minden esetben térjünk át a trahoma trachociddal való kezelésére. Az a szándékunk, hogy legalább féléven át minden trahomásunkat kivétel nélkül trachociddal kezeljük — kisérletképen — -s ezek sorsát továbbra is figyelemmel kisérjük. Tapasztalatainkat majd közölni fogjuk.

Brecher azt ajánlja, hogy a hol nagyobb mennyiségben vannak csomók és granulatiók, azokat előzetesen kinyomkodás, vagy lekaparás utján távolítsuk el. Abból a tapasztalatból kiindulva, hogy ezen eljárások legnagyobb részét a kórházakban kezdő, vagy egészen ifjú kartársaink végzik, akiknek bizonyos időre szükségük van, mig megfelelő gyakorlatra szert tesznek és igy nem egyszer előfordult az, hogy ezen műveletek után jelentkezett először a pannus — aminek a magyarázatát abban találjuk, hogy az ilyen esetekben talán nagyobb volt a trauma, mint a milyet az illető szem elbirt és hogy a trauma, mint a pannus kiváltására kedvező tényező szerepelt — úgy járunk el, hogy a trachocidot minden ilyen művelet (abrasio vagy expressio) előtt legalább két izben adjuk még a pannusmentes trahomásoknak is. Amióta igy járunk el, nem fordult elő, hogy ezen műveletek után jelentkezett volna pannus.

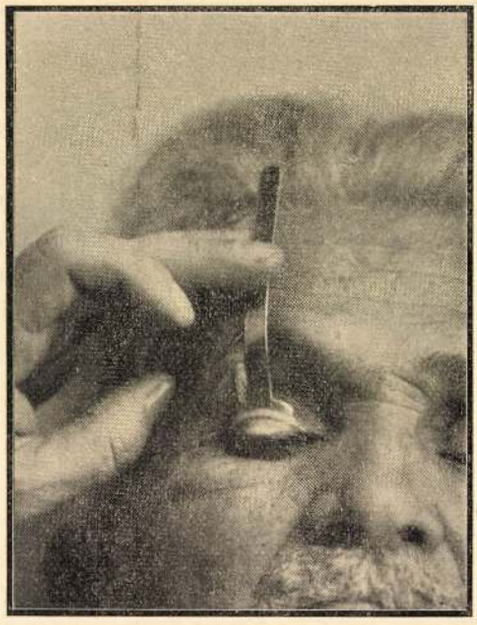
Akárhogyan magyarázzuk is a trachociddal elért jó eredményeket, azokat csak helyi hatásnak lehet tekinteni. Nem lehet tehát trachamaellen a trachocidot másutt, mint a szemen alakalmazni. De a helyi hatás itt sem tágabb értelemben veendő. Nem lehet tehát úgy eljárni, hogy arra ne legyünk tekintettel, vajjon felül jelentkezett-e a pannus, vagy az egész szarut elborítja. Ha csak felül jelentkezett, akkor a pannusnak megfelelő sectorba fecskendezzük a trachocidot a tekei kötőhártya alá, pár mm-re a limbustól; ha azonban az egész cornea pannusos, akkor az egész szarut körül kell fecskendezni. Természetesen a szemet előzetesen érzéstelenïteni kell. Arra is ügyeljünk, hogy a fecskendő ne legyen alkoholos. Rendesen egy T és egy R jelzésű fiola tartalmát 2 ccm-es fecskendőbe szívjuk, de ha subjectiv javulás nem jelentkezik az első befecskendezésre, akkor egy R jelzésű ampullához két T jelzésű ampullát veszünk. Ha csak az egyik szemet kezeljük trachociddal, akkor az injectiókat felváltva egyik nap a tekei kötőhártya alá, másik nap a tarsalis kötőhártya alá és magába a tarsusba fecskendezzük; ha mind a két szemet kezeljük, akkor az injectiókat ugyanigy elosztva egyik nap az egyik, másik nap a másik szembe adjuk. Minden befecskendezés előtt azonban a felső áthajlás mélyébe medialisan 2/10 ccm-t fecskendeztünk és ugyanannyit juttatunk oldalvást a felső áthajláson át a könnymirigyhez is. Káros hatást egyszer sem észleltünk. A pupillát igyekezzünk scopolaminnal lehetőleg tágan tartani. Egyébként betartottuk a sómentes diaetára vonatkozó utasítást és belsőleg calciumot is szedettünk.

Említettük, hogy ha a trachocidnak a trahomaellenes küzdelemben ki akarjuk használni a teljes értékét, akkor ez csak úgy lesz lehetséges, ha a trachoidot nemcsak intézményekben használjuk, hanem a gyakorló orvosok, elsősorban pedig azok a hivatalos állásban lévő orvosok, alkalmazzák, akik trachomásokat állandóan kezelnek. Éppen ezért ennek a technikáját úgy kellett átalakítani, hogy az orvos azt orvosi, de legtöbbször minden segédlet nélkül, egyedül is alkalmazhassa. Természetesen a trachocid alkalmazásának technikáját el kell sajátítani. A Brecher-féle technikát a fent felhozottakra tekintettel alakítottuk át. Akár Desmarres-, akár Brana-kanállal fordítjuk ki a szemhéjat, a pillavázi kötőhártya nem fekszik ki simán, főleg a zugokban az Oláh-féle fordító lapszerű végével már jobban kisimul a kötőhártya, viszont a szemhéj épen olyan feszülés alatt van, mint a Desmarres-kanállal. Ezt alakítottuk át olyanformán, hogy akármilyen mélyen ülő szemen is alkalmazhassuk mégpedig nemcsak a pillavázi, hanem a tekei kötőhártya alá történő befecskendezéskor is. Pakfonból készíttettük, mert ezt nem szükséges nikkelezni és így nemcsak a beszerzése, hanem a használata is olcsóbb. A kanál az ép pillaváz alakjának és görbületének felel meg és hogy a szemhéj ne csússzon le róla, a szélére peremet készíttettünk. (1. ábra.) Használata úgy történik, hogy bal kezünkkel megfogjuk a szemhéj szélét és a kanál peremét a pillaváz fölött a szemhéjra helyezzük. (2. ábra.) A kanál peremét a kifordítás közben is a szemhéjon tartva egyszerre fordítjuk ki a szemhéjat és toljuk a kanál peremét a pillaváz mögé, a kanál nyelét pedig a homlokra helyezzük. A kanalat ebben a helyzetben úgy rögzítjük, hogy bal kezünk középujja a kanál nyelét a homlokra szorítja és így az injectió adására mind a két kezünk szabad. (3.—4. ábra.)

1. ábra.



2. ábra.



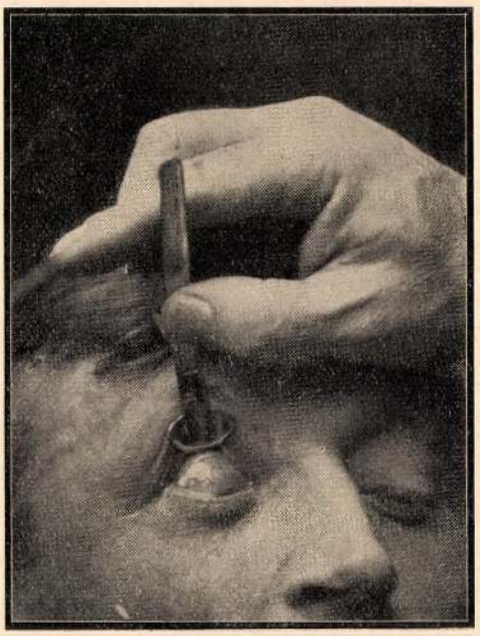
3. ábra.

4. ábra.

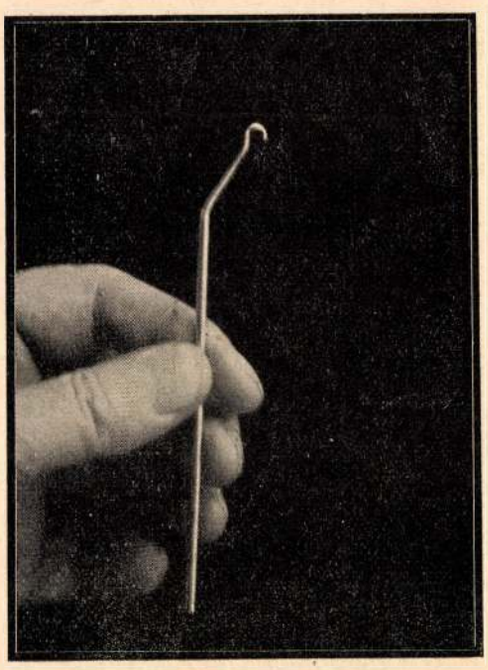
Amikor pedig a tekei kötőhártya alá fecskendezzük a trachocidot, akkor a kanál peremét a szemhéj széle alá toljuk és a kanállal a szemhéjat hátra toljuk. Igy tökéletes hozzáférést biztosítunk a befecskendés céljaira. (5. ábra.)

Azon felfogásunkból, hogy a trachociddal elért jó eredmények a trachocid helyi alkalmazása kapcsán je-

lentkeznek csak, természetszerűleg következik az, hogy a trachocidot mindenüvé direct el kell juttatni, ahol csak gyanúnk is lehet arra, hogy trahomás gócok vannak. Ennek megfelelően jártunk el egy esetben, amikor olyan trachomás egyén került kezelésre, akinek a kötőhártyája elvékonyodott, finoman heges volt, rajta sem hypertrophia, sem csomó nem volt. A felső szemhéjon két év előtt Liebermann-féle kauter-excisiót végeztünk Blaskovics-féle tarsoplasticával együtt. Panasza az volt, hogy



5. ábra.



6. ábra.

a szeme könnyezik. A könnyorrvezetéket könyen át lehetett fecskendezni. Binocularis lupéval két finom, obliterált erecskét lehetett látni a corneán 2 és 3 óra tájékán. A belső szemzug tájékán a tekei kötőhártya beszüremkedett volt. Felfogásunknak megfelelően a trachocidot a belső szemzug táján fecskendeztük a tekei kötőhártya alá és 16 injectióra teljesen megszüntek panaszai. Két hónap mulva ellenőriztük és teljes gyógyulást találunk. Több ilyen esetünk is volt, ahol a belső szemzug tájékán kellett a tekei kötőhártya alá fecskendezni a trachocidot; ezen területhez jó hozzáférésre a legmegfelelőbbnek azt találtuk, ha a szemhéjakat két egyszerű és megfelelően szerkesztett kampó (6. ábra.) segítségével húztuk széjjel. (7. ábra.) Ez sokkal jobb hozzáférést biztosít, mint akármelyik kanál, vagy szemhéjterpesztő.

Meg kell emlékeznünk az esetek egy csoportjáról, amelyekre az volt a jellegzetes, hogy a javulás kétségtelenül megindult, de a könnyezés különösen szeles idő-

7. ábra.

ben, hidegben minlig jelentkezett, pedig objective a kötőhártya állapotának javulását és a pannus feltisztulását kétségtelenül meg lehetett állapítani. A könnyorrvezetés átfecskendezésekor kiderült, hogy könnyorrvezeték nem volt teljesen elzárva; kisebb-nagyobb nyomás alatt az Anel-fecskendővel a könnyorrvezetéket mindig át lehetett fecskendezni. A könnyebb esetekben megelégedtünk azzal, hogy a könnyorrvezetéket trachociddal fecskendeztük át másodnaponként kis nyomás alatt, lehető lassan, a fejet előre hajtva, hogy az egész trachocid az orron át kicsurgott. Azokban az esetekben azonban, amikor csak nagy nyomás alatt lehetett a próbaátfecskendezéssel egy kis folyadékot a könnyorrvezetéken átjuttatni, előzetes fissio canaliculi után sondáztuk a ductust, de utána mindig átfecskendeztük trachociddal. Közvetlen eredményeink jók voltak, utánvizsgálásra még nem került sor egyetlen esetben sem. Most kezelés alatt áll egy trachomás egyén, akinek egyoldali súlyos, kiujuló pannusa mellett ugyanazon oldali ductusa teljesen el van zárva. Tapasztalataink alapján természetesen a könnytömlőről sem feledkezünk meg és úgy járunk el, hogy másodnaponként a könnytömlőt előzetesen bórvizzel átfecskendezzük. A fecskendővéget a könnycsövecskében hagyjuk, az Anel-fecskendőbe levegőt szívunk és a levegővel átfujtatjuk a könnytömlőt. A levegő a könnytömlőben maradt bórvizet maga előtt hajtja és ekkor ekkor trachocidot fecskendezünk a könnytömlőbe. Ha ezzel az eljárással nem fogunk célt érni — a könnyorrvezeték átjárhatóságát nem érhetjük el ily módon — meg fogjuk kisérelni a trachocidot percutan a tömlőbe juttatni, azt remélve, hogy ezáltal a könnyezést csökkenthetjük.

Természetesen azok az esetek, amelyek a könnyorrvezetékek sondázását, vagy műtétét teszik szükségessé, nem valók a gyakorló orvos kezébe. A könnyorrvezeték

átjárhatóságáról a gyakorló orvos a legegyszerűbben az argyrol próbával győződik meg. 10%-os argyrolt cseppegtet be a kötőhártyazsákba és ha a könnytömlő és a vezeték jól átjárható, akkor az orrváladék barnaszínűvé festődik.

Összefoglalás:

A trachocid

1. a pannust gyorsan visszafejleszti;
2. a fekélyeket és szaruhártyalaesiókat behámosítja;
3. a subjectiv panaszokat már pár befecskendezés megszünteti, az objectiv javulás csak később következik be;
4. a pannus kiujuló hajlamosságát csökkenti;
5. megrövidíti a trachoma gyógyulási idejét és így a betegek munkaképességét sokkal hamarabb állítja helyre, mint az eddig alkalmazott eljárásokkal;
6. a régi eljárások nem egy esetben csődöt mondottak, a trachocid-kezelés hatásossága éppen ezekben az esetekben szembetünő;
7. az esetek nagy számában feleslegessé teszi a kórházi ápolást.

A Ferenc József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Vidakovits Kamilló ny. r. tanár.)

A hólyagfeletti sérv.

Írta: *Szabó Dénes dr.*, tanársegéd.

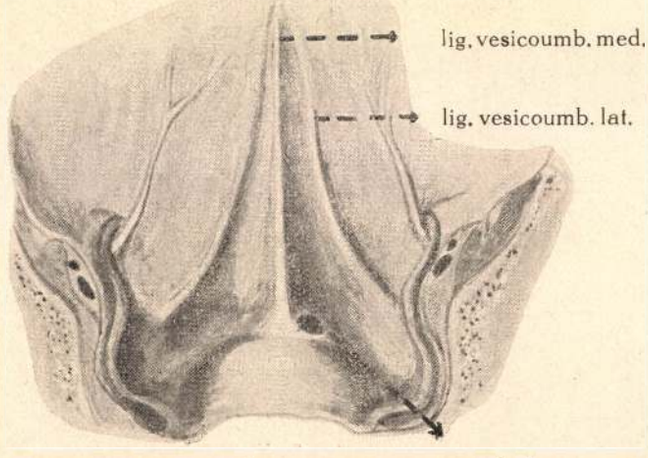
A supravesicalis herniák, melyek egyfelől a hólyag, másfelől a ligamentum vesicoumb. med. és laterale képezte háromszögekben (jobb- és baloldali) lépnek ki, megjelenésük szerint különbözők. Mint önálló sérvformát *Reich* osztályozta 1909-ben. Megkülönböztetett belső és külső formákat. A külsők trans- és pararectalisak, a belsők — 1. mediana és 2. interligamentosa — aszerint, amint magában a középső szalagban (ligamentum vesicoumb. med.) vagy a középső és az oldalszalag között keletkeznek. Az utóbbiak *Reich* osztályozásában lehetnek leszállók — a hólyag mellett lesüllyednek — és ferdék, melyek lágyék- és combsérvet utánoznak. A sérvtömlő, mely valószínűleg veleszületett hashártyatasak, mint egyéb helyeken, kedvező körülmények folytán tovább tágul, növekszik és tartalmával — rendesen vékonybélkacs — a hasfalon keresztül mint külső hernia jelenik meg, vagy a hólyag mellett (juxtavesicularis) retroperitonealisan mint belső sérv egészen a prostatáig leterjedhet.

Újabban *Volodrasky* (1930) foglalkozott ezen sérvvel részletesebben s ő a trans- és pararectalis, inguinalis, valamint a femoralis alakokat mind külső sérvként említi, míg a belsők csak a le- és hátrafelé haladó rejtett sérvek. Ez az osztályozás véleményünk szerint a helyesebb, mert ha a sérv a hasfalon megjelenik, nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem állapítható meg, hogy belső sérv volt, hiszen a pararectalis forma is kiléphet a lágyékgyűrűn.

Mint más sérvnél, műtét vagy más erőművi behatás után keletkezetteket leszámítva, a veleszületett adottságok jönnek elsősorban számításba, úgy itt is az ok ide vezethető vissza, sőt jórészt ebben keresendő, tekintve, hogy élettani nyílások nincsenek a közvetlen közelben. A külső alakok aránylag gyakran fordulnak elő, a belső formák azonban igen ritkák. *Kramarenkó* szerint 1934-ben 13 eset ismeretes, melyek kétségtelenül belső herniák voltak, 11 klinikai észlelet, kettőt hullán észleltek. A kerek vagy tojásdad sérvkapu — a hashártyakettőzet — vékonyabb, vastagabb az idült izgalmak foka és ideje szerint, a zsákok nagysága mogyorótól tyúktojásnyi lehet. Az összes esetek férfiak voltak. Mi is ugyancsak férfin találtunk belső supravesicalis herniát.

K. I. 22 éves földmüves 1935. szeptember 15-én vétetett fel a klinikára azzal, hogy előző nap este hirtelen görcsös fájdalmak támadtak alhasában jobboldalt, melyek azóta kisebb megszakítással úgyszólván állandóan tartanak. Többször hányt, csuklott. Széklet, szelek távoztak. Vizelési panaszai nincsenek. Orvosa appendicitis kórismével küldi be. Lelet: közepesen fejlett és táplált férfi. Tüdeje, szíve, idegrendszere ép. Hasa mérsékelten feszes. Az ileocoecalis tájon erős spontán és nyomásérzékenység. Izomfeszülés. Ezenkivül mérsékelt nyomásérzékenység az alhas tájon. Sérve nincs. Vizeletében semmi kóros. Hőmérséke: 37.1 C°, érverése 108, fehérvérsejtjeinek száma: 18.000.

Kórisme: appendicitis; azonnali műtét (Szabó): Lanz-metszés. A peritoneum megnyitása után bőven ürül kissé megtört, nem büzös folyadék. Belül (medialisan) szabadon fekvő, kb. 6 cm. hosszú, nem lobos appendix. Appendektomia. Mivel az appendix állapota nem magyarázza meg — felvágott állapotban sem — a hasüri folyadék eredetét, sem a nagy vérsejtszámot, megvizsgáljuk a beleket. (Közben pneumococcus peritonitis gyanúja miatt az izzadmányt gyorsan megvizsgáltatjuk, — kikent készítmény, — de bacterium benne nem volt.) Kiderült, hogy az ileum a coecumtól számítva kb. 15 cm-re a hólyag felső részének megfelelően a középvonalban rögzítve van s itt kb. diónyi, tömött terimenagyobbodás tapintható. Med. laparot. köldök alatt. A vékonybelek puffadtak. Azon a helyen, hol a bél rögzített, a jobboldali fovea supravesicalisan az ileum részéről incarceratio. A tapintott terimenagyobbodás a kizáródott bélrészlet. Felszabadítási kisérlet közben a kizáródás megoldódik. Kb. 4 cm. hosszú bélrészlet volt kizáródva, melyben csak a bél vastagságának a bélfodorral szemben fekvő kétharmada vesz részt. Ez a magyarázata, hogy a betegnek csak részben voltak kizáródásos tünetei, hányás, csuklás, ellenben széklet, szelek távoztak; ez téves kórismézésre vezetett, annál is inkább, mert állapota a heveny appendicitises roham tüneteit utánozta. A kizáródott bélrészlet életképes színét hamarosan visszakapta, s csupán a leszorítási gyürünek megfelelően volt kisfokú serosa repedés, melyet néhány öltéssel elvarrunk. A sérvtömlő a ligamentum vesicoumb. med. közvetlen közelében jobboldalt kb. 1.5 cm. átmérőjü kerek nyílással (lásd ábra) a hólyagfal mellett a hashártya és a hasfal között keztyüujjszerüen kb. 4 cm. mélységben lefelé terjed és vakon végződik. Hernia supravesicalis interna incarcerata. A sérvkaput elvarrjuk. Hasfalzárás. A beteg 9 nap múlva gyógyultan távozik.



A belső supravesicalis herniákat, mielőtt panaszokat okoznának, úgyszólván lehetetlen megállapítani s csak a műtét tisztázza a helyzetet. Majdnem minden esetben ileus, vagy — mint esetünkben — appendicitis miatt kerülnek műtétre a betegek. Jellemző, hogy ileus jelenségekhez hólyagpanaszok is társulnak. A kizáródott bélkacs gyulladás, vongálás (peristaltica) folytán a közeli hólyagfalat ingerli, ennek következtében heves hólyagtáji fájdalmak, gyakran vizelési inger társul az egyéb panaszokhoz. Elkülönítő kórisme szempontjából ez fontos

jel, de hiányozhat, mint esetünkben is hiányzott. Mindenesetre bélelzáródásos jelenségek alkalmával számolni kell azzal, hogy a supravesicalis árokban sérvek, illetve kizáródások keletkezhetnek. Klinikai jelentősége csak ebben van. Néha nem okoznak súlyosabb elzáródásos tüneteket, hiszen többnapos panaszok után is élőképes a bél, máskor viszont gyorsan teljes bélelhalásra, illetve annak következményeire vezetnek.

A supravesicalis herniák külső alakjaikor figyelembe veendő, hogy a sérvtartalom a húgyhólyag is lehet. Ilyenkor vizelés közben a sérv megkisebbedik és nyomást gyakorolva a sérvre, a vizelet erősebb sugárban ömlik. *Gironcoli* ír le hasonló esetet, mikor műtét közben a hólyagot is megnyitották. Általában kellő óvatosság hiányában a külső formák esetén a hólyag könnyen megnyílhat, vagy belekerül a varratokba. Előfordulhat, hogy a ligamentum vesicoumb. lat. a sérvet két részre osztja *(Vogeler)*. A külső fele egyenes lágyéksérv, a belső supravesicalis hernia.

Ezen sérveknél a sérvtömlő alapos ellátásán kívül fontos, hogy az izomzattal a bőnyét is odavarrjuk — *Girard* szerint — a Poupart-szalaghoz, mert kiújulásra nagy a hajlam. Valószínű, hogy belső lágyéksérvek alakjában jóval gyakrabban fordul elő, mint észlelik és az említett ellátása a belső sérveknek elejét veheti a továbbterjedésnek vagy kiújulásnak. Ezáltal, ha csak belső lágyéksérvről van is szó, sokkal jobb eredményt érünk el, mert az egyszerű Bassini-műtét után éppen belső lágyéksérvek igen gyakran kiújulnak.

A supravesicalis herniák külső lágyék-formáknál egy érdekes jelenségre szeretnők a figyelmet felhívni két esetünkkel kapcsolatosan.

Első alkalommal 51 éves férfi jelentkezett, akinek baloldalt kb. 20 éve, jobboldalt 3 év óta van lágyéksérve, melyeket mindezideig könnyen vissza tudott nyomni, s bár azután ismét megjelentek. 4 nap óta a baloldali nem jelenik meg s ugyanezen idő óta erős alhastáji fájdalmai vannak, sokat hány, állítólag széklet, szelek nem távoztak. *Lelet:* jobboldalt tyúktojásnyi lágyéksérv, baloldalt a lágyékgyürü ujjhegyet befogad, köhögtetéskor ütődést érez a tapintóujj. A has puffadt, feszes, mindenütt nyomásérzékenység, legnagyobb a symphysis felett. *Kórjelzés:* belső elzáródás? Azonnali műtét *(Trojan)*. Baloldalt a fossa supravesicalisban kb. 15 cm. hosszú vékonybélrészlet záródott ki. Debridement. Életképes bél. Sérvtömlőellátás. A beteg gyógyultan távozik.

Második alkalommal ugyancsak 51 éves férfit veszünk fel a klinikára: 3 nap óta igen erős hasgörcsei vannak s azóta széklet, szelek nem távoztak. A felvétel napján, valamint előző nap is büzös, bélsárszagú hányás. 10 év óta baloldali lágyéksérve van, mely kb. tyúktojásnyira szokott megnőni. Most 4 nap óta sérve nem jön ki.

Lelet: Elesett. Pulsusa alig tapintható, nyelve száraz, hasa puffadt. Mindenütt nyomásérzékenység. Mindkét oldalt 2 ujjbegy tágságú sérvkapu. Fvs.: 6500. Vvt.: 6.500.000. Balra tolt vérkép. Vizeletben feh. op.

Azonnali műtét *(Szabó)*. Baloldalt a fossa supravesicalisban kb. 10 cm. hosszú ileumrészlet záródott ki a coecumtól kb. 90 cm-re. Debridement. A kizáródott rész elhalt, de ettől oralisan az összes vékonybelek erősen puffadtak, sötétszínűek s még kb. 1 méter 20 cm-nyi bélrészlet életképtelen, úgy hogy ezt a részt is levágjuk. Oldalegyesítés. A sérvkapu pengősnyi kerek, kissé heges nyílás, baloldalt a lig. vesicoumb. med. és lat. között jókora diónyi sérvtömlő. Sérvkapu zárás.

Fokozódó szívgyengeség. 16 óra múlva meghal.

Boncolat: Hashártyagyulladás. Az erősen puffadt vékonybelek még több helyen elhaltak. Súlyos elfajulás az összes belső szervekben. A *sérvtömlő* részben a hólyag mellett hátrafelé, részben a baloldalra terjedt s ujjal belülről a bal külső lágyékgyürü fölé lehetett nyomni, úgy hogy tartalmával az élőben idáig vagy még tovább terjedhetett s ilyformán lágyéksérvnek mutatkozott.

Hasonló eseteket közölnek *C. Bayer és Weber Irving J.* Mindkét esetben a beteg lágyéksérve egy idő óta nem jelenik meg, majd ileusos tünetek, műtét. Mindkét esetben supravesicalis hernia. *Bayer* betegét 3 napi észlelés után operálták, nagyfokú bélelhalás, műtét után exitus.

Fontos diagnostikus jel és supravesicalis sérvre gondolni kell tehát, ha az addig fennálló lágyéksérv nem jelenik meg s utána ileusos tünetek mutatkoznak.

Érdemesnek tartottam az igen ritkán észlelt belső supravesicalis herniával kapcsolatosan ezen sérvalakkal röviden foglalkozni, különösen, mert hasonló tárgyú közleményt a rendelkezésemre álló magyar irodalomban nem találtam.

Az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap Szakorvosi Rendelő Intézetének közleménye. (Igazgató főorvos: Gerlóczy Géza egyetemi rk. tanár.)

Az epiglottis primaer rákjának Coutard-féle besugárzással gyógyult esete.

Írta: *Humayer Károly dr.*, OTBA o. v. főorvos.

Az epiglottison levő daganatokat a gégedaganatok külső csoportjába osztjuk. Rosszindulatúság természetében ezek nem naradnak a gégében levő rákos daganatok mögött. Az epiglottis elsőleges rákja ritkábban fordul elő. Gyakoribb eset, hogy a nyelvgyökről terjed a rák az epiglottisra. Az epiglottisrák, ha laphámrák, úgy általában lassan nő, későn esik szét és később okoz áttételt; ezzel szemben az adenocarcinoma gyorsan nő, gyorsan esik szét és rohamosan terjed a környezetbe. Kor szerint is különböző a viselkedése. Fiatalokon igen rosszindulatú, a környezetbe igen gyorsan terjed, áttételeket okoz a szomszédos mirigyekben, míg idősebb korban hosszú ideig jóindulatú, éveken keresztül nem növekszik, nem esik szét és mirigyáttételt sem okoz.

Általában az epiglottison keletkező rák a betegnek eleinte kevés tünetet és kellemetlenséget okoz. A beteg figyelmét bajára a garatban levő kaparó érzés, nyelési kellemetlenség, idegen test érzése, köhögési inger hívja fel. Localis tünetek csak a megbetegedés későbbi szakában jelentkeznek, mint pl. a légszomj, köpet, bűz, vérzés, stb.

A gégevizsgálat alkalmával nem elégséges tehát, hogy csak a hangszalagokat, a gégeüreget, az aryporcokat és epiglottis szabad szélét tekintsük meg, hanem az epiglottis laryngealis felszínét is tüzetesen nézzük meg, ami olykor nehezebben vizsgálható betegeken a figyelmünket könnyen elkerülhetné.

Aszerint, hogy az epiglottisrák hogyan helyezkedik el és milyen terjedelemben jelent meg, más és más annak a műtéti kezelése.

Ha az epiglottis szabad szélén ül a daganat, akkor a szájon keresztül eltávolíthatjuk az epiglottis szabad szélét a daganattal együtt; ha a daganat az epiglottis basisáig terjed, akkor csak pharyngotomiával tudjuk a feladatot megoldani. A pharyngotomia subhyoidea helyett *Lénárt prof.* jobbnak tartja a thyreopharyngotomia medianát. Ezen feltárás alkalmával tökéletesen látható a daganat mélyreterjedése, amikor egyes esetekben a teljes gyógyulást csak a gégekiirtással lehet elérni.

A gyógykezelés másik fajtája a sugoras kezelés. A röntgenbesugárzás alkalmazása esetén ma *Coutard* módszerét követjük amikor a sugarak keménységének fokozásával és a besugárzási idő elnyujtásával a sugárhatás fokozódik.

Egyes szerzők az epiglottis daganatait sugárresistenseknek tartják, aminek az okát abban találják, hogy ezen daganatok a leggyorsabban szövik át a porcot.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati szakosztályának 1933. dec. 12-iki ülésén bemutattam P. J. 61 éves férfit, akinek 1932-ben az epiglottisán elsőleges carcinomát állapítottam meg, s akinek röntgensugárral kezelt tumorja ekkor már eltünt. Az elmúlt 5 év alatt a beteg recidivamentes maradt.

Kórelőzmény: a beteg 1932. februárjában keresett fel, amikor előadta, hogy kb. ½ éve érez garatjában kaparó érzést, időnkint köhögésre ingerli s utóbbi időben nyeléskor csekély fájdalmai voltak. Gégetükörrel a hangszalagok nyálkahártyájának kisfokú belövöltségétől eltekintve semmi elváltozást sem találtam. Az epiglottis laryngealis felszínén a középvonalban a tuberculum epiglottidis felett sima nyálkahártyával fedett borsónyi képlet emelkedett ki. Az epiglottis szabad szélén semmi elváltozás nem volt látható. A tumor fajtájának közelebbi meghatározása miatt próbakimetszést ajánlottam. A próbakimetszést a tumor abrosiójával együtt *Stupka* magántanár végezte, a szövettani vizsgálatot pedig *Priesal* prof. 1932. II. 14-én:

„Sörét nagyságú finoman dudoros, fehéres szövetdarabka, vékony hártyás basalis szegéllyel. Szövettanilag a kis szövetdarabka felületét laphám borítja, atypikus mélybenövekedés nélkül: ellenben subepithelialisan a nyálkahártya stromáját ép úgy, mint a mélyebb részeket malignus, hám-eredetű újdon-képződmény szövi át, mely részben solid, részben üregeket képez. Az üregek körül az epithel egy vagy többsoros és a lumeneket homogen alvadt massa tölti ki. A stromában dús sejtes infiltratio, melyek kerek sejtekből és leukocytákból állanak; tetemes magoszlásosszámú képletek. A neoplasma valószínűleg recidiva, mert histologiai felépítése a régebbi időben eltávolított szövetrészlettel messzemenőleg megegyezik. A tumor-szövet az eltávolított szövetrészlet metszési felületét eléri."

1932. VII. hónapban a tumor kiújult, amelyet *Stupka* újból eltávolított. 1933. II.-ban újabb eltávolítás.

Négy hónap múlva, miután a daganat ismételten láthatóvá vált és a radicalis műtétbe a beteg nem egyezett bele, a röntgenbesugárzást ajánlottam.

A tartós fractionált besugárzást *Ratkóczy prof.* végezte. A beteg naponta felváltva a nyak jobb és baloldalára kapott 200—200 r-et a következő adatokkal:

Etra-készülék, 180 R. V. és 5 m. A. terheléssel, másfélmilliméter réz + 3 mm. aluminiumszűrővel, 50 cm. forus-bőrtávolságból. Egy-egy besugárzás 30—30 percet vettigénybe. 15 besugárzást, vagyis 3000 r-et a jobb, 3000 r-et a bololdalra. Ekkor fejlődik ki a radioepidermitis és a radioepithelitis fibrosa és így a röntgenkezelést befejezték. A bőrgyulladás két hétig tartott a radioepithelitis pedig négy hétig. A tumor teljesen eltünt és azóta is recidivamentes (5 év).

Az esetet egyrészt azért tartottam érdemesnek közölni, hogy először felhívjam a figyelmet, hogy az epiglottis laryngealis felszínén levő elváltozások különösen nehezen vizsgálható egyénekben figyelmünket könnyen elkerülhetik, másrészt miután az epiglottis elsőleges rákos daganatai ritkán fordulnak elő (*Chiari* 330 gégecarcinomából 10-et, *Semon* 56-ból 5-öt, *Fauvel* 37-ből egyet látott, *Spamer* 1922-ig 31 esetet talált az irodalomban. *Gluck* és *Sörensen* nagy beteganyagukban 50 esetet említenek.) Ha a beteg a műtétbe nem egyezik bele, vagy pedig mielőtt epiglottis amputatiót végeznénk, az itt alkalmazott besugárzást kell megkisérelni.

Tüskéssejtű garatrák Coutard-féle sugárzással kezelt esete.

Irták: *Humayer Károly dr.* és *Kőváry István dr.*

A rosszindulatú daganatok kezelésében Röntgen-sugárral elért első kedvező eredmények felkeltették az orvosok érdeklődését, akik nagy bizalommal tekintettek a sugaras gyógykezelés elé. Ez a nagy bizakodás azonban csakhamar alább hagyott, mert a legtöbb sugaras hatásra gyógyult rákeset csak igen kivételes esetben eredményezett teljes gyógyulást, rendszerint kiujult.

Amióta a *Schinz* által protrahált-fractionáltnak nevezett eljárás *Coutard* által kidolgozva és gyakorlatilag alkalmazva divatba jött, a röntgen besugárzással elért gyógyeredmények igen jelentős mértékben javultak. A régi massiv besugárzás helyett *Coutard* az alkalmazott sugármennyiség több napra való elosztásán kívül fémszürő alkalmazása és a focus-távolság megnövelése, valamint a secundaer áram miliameperekben kifejezett intensitásának csökkentése által az egyes besugárzások idejét jelentékenyen megnyujtotta.

Regaud és *Coutard* módszerének közlése után számos statisztika jelent meg a sebészileg hozzá nem férhető vagy a beteg vonakodása miatt sebészi kezelésben nem részesíthető rákos betegek röntgen gyógyításáról, amelyek között jelentős számmal szerepelnek gyógyult esetek. *Zuppinger* a zürichi Kanton-Spital-ból közölt protrahált-frakcionált eljárás segítségével gyógykezelt rákeseteket. *Gunsett* 40%-os gyógyulásról számolt be 1922 és 27. évek között *Coutard* módszerrel gyógykezelt betegeinél.

Carrulla husz esete közül 2 meggyógyult, a többi csak javult. Megjegyzendő, hogy utóbbi szerző csak fokozatosan tért át betegeinél a massiv besugárzásról a frakcionál-protrahált kezelési módra.

E közlemények mellett ki kell azonban emelnünk, hogy a — sebészi beavatkozások által elért gyógyeredmények, mint ahogy ezt *Lénárt* professzor 1934. november 24-i orvosegyesület beszámolója is mutatja, — felette állanak minden más gyógyító eljárásnak, úgy hogy a sebészi beavatkozást különösen a betegség kezdeti szakában nélkülözni nem szabad. Sugaras therapiának csak akkor van helye, ha, mint alábbi betegünknél is a daganat sebészileg nehezen hozzáférhető, ha a beteg a műtétbe nem egyezik bele, vagy ha olyan súlyos szervi elváltozásban szenved, hogy a daganat sebészi kiirtása az életét közvetlenül veszélyeztetné.

Alábbiakban esetünket ismertetjük; *M. V.-né 56. éves* nő 1936. március havában jelentkezett osztályunkon azzal, hogy garatjában valami idegentest-szerü érzése van, az utóbbi időben nyelési fájdalmakat észlelt és köpete véres volt. Testsúlya az elmúlt félév alatt 7 kg-al csökkent. Vizsgálatnál a mesopharynxot egészen kitöltő és a hátsó falon a hypopharynxba az epiglottis vonaláig leterjedő, szabályosan körülirt kerek 5 pengőnyi, a garat nyálkahártyájából kiemelkedő, érintésre vérző, néhol hámfosztott daganat volt látható, amelynek felülete egyetlen, dudoros, szemcsés. A nyaki nyirokcsomók nem voltak tapinthatók. Előzetes érzéstelenítés után próbakimetszést végeztünk, amelyet szövettani vizsgálatnak vetettünk alá. A szövettani lelet, amelyet Follmann egyetemi m. tanár az OTBA histológiai laboratóriumának vezetője készített a következő: „A többrétegegü laphámból álló hámboriték felszine vastag lemezes réteges elszarusodást mutat. A hámcsapok a kötőszövet felé teljesen szabálytalan, egymással sokszorosan összefüggő hálózatot adnak, amelyben szarugyöngyök ismerhetők fel. A hálózat és a szabadon fekvő hámszigetek sejtjei különböző nagyok. A magvak különböző festődésüek és eltérő szerkezetüek. Számos óriás magvú és több magvú sejt látható. A sejtoszlások gyakoriak, itt-ott szabálytalanok. A hám kötőszöveti határ helyenkint elmosódik. A felhámra jellegzetes rétegződés a hámszigeteken többhelyütt nem ismerhető fel. A polymorphitás kifejezett. A fel-

szinhez közel a hámsejtek között különösen az elszarusodás mentén polymorph magvú leucocyták vannak. Diagnosis spinocarcinoma pharyngis.

A beteget saját kívánságára és műtéti beavatkozásra a tudományegyetemi orr-gége klinikára küldtük, ahol nála thyreopharyngotomia medianat javasoltak. A beteg magát szív panaszaira való hivatkozással a műtétnek nem vetette alá, hanem ujból rendelésünkön jelentkezett gyógykezelésre. A beteg belgyógyászati vizsgálata olyan szervi szívelváltozást talált, amely nála a nagy beavatkozással járó sebészi műtétet ellenjavalta. Amikor rendelésünkön megjelent, tekintve súlyos állapotát Coutard-féle röntgenkezelést ajánlottunk, amibe bele is egyezett. A sugaras kezelés elvégzésére Ratkóczy tanárhoz küldtük, ahol 1936. április 21-én jelentkezett. *Ratkóczy* naponta megismételt, 24 percig tartó mély besugárzást alkalmazott. A beteg esetenkint 200 r-et kapott a nyak jobb és baloldalán, összesen 4000 r-nyi mennyiségben (1 cuprum + 3 aluminium). Betegünk a sugaras kezelés alatt állandóan ellenőrzésünk alatt állt. A besugárzott területen a *Regaud* és *Nogier* által leirt bőr és nyálkahártyareactio a szokásos módon jelentkezett (radioepidermitis, radioepithelitis fibrínosa), úgy a rádioepidermitist, mint a nyálkahártyán helyet foglaló és a daganat szétesését jelző rádioepithelitis fibrinosat is kezelésben részesítettük. A nyak bőrének kimélése céljából Ratkóczy tanár Routardol kenőcsöt alkalmazott. A daganat szétesését jelző fibrines garat lepedék miatt füszerszegény, enyhén sós, folyékony pépes diétát rendeltünk. A lepedéklassan vált le s a daganat egyre kisebbedett, majd teljesen eltünt. A garatnyálkahártya egy ideig belövelt maradt. A nyak hámló epidermitisét a röntgenbesugárzás megszünte után is amerikai vaselin + lanolin kenőccsel láttuk el. A kezelés befejezése után a daganat a garat nyálkahártyájáról teljesen eltünt, azonban a súgárzást mintegy két hónapig fennálló torokszárazság követte, amelyet gégészeti kezelésben részesítettünk. Torokszárazságával csaknem egyidőben szünt meg a nyak hámló bőrgyulladása is, enyhe pigmentatio hátrahagyásával.

Betegünkön a Coutard-féle röntgenbesugárzás meglepő eredménnyel (a mai napig) gyógyulással járt. Tekintettel azonba arra, hogy a tüskéssejtü rák egyike a legmalignusabb természetü daganatoknak, betegünket időközönkint megtekintés céljából berendeljük. Jelenleg egy és ¾ év után a beteg teljesen gyógyult, kifogástalan közérzetü. A betegünk a gyógykezelés óta 12 kg-ot hizott.

Esetünkben kénytelenek voltunk a beteg szívelváltozása és vonakodása miatt annak sorsát a bizonytalanabb eredményt igérő röntgensugár kezelésre bizni, amely a fentemlített módszer szerint gyógyulást eredményezett. Az eset közlésére az bátorít bennünket, hogy annak gyógyeredménye igazolta azt a felfogást, hogy *orrgaratür* rosszindulatú daganatainál mindazon esetben, ahol az operálandó terület sebészileg nehezen hozzáférhető, vagy a műtéti beavatkozás a beteg vonakodása, avagy annak súlyos szervi elváltozása miatt keresztül nem vihető vagy már inoperabilis a daganat, a súgaras kezelést minden esetben meg kell kisérelni.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* **Etrendi előirások III.** kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* **A gyakorló** orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* **A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei,** 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba 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 füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendelitetését kérjük feltüntetni.**

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Sajátvérkezelés vérnyomáscsökkentő hatása. *Dott. Vito Longo.* (La Clinica Medica Italiana 1937. december.)

Elsősorban olasz és idegen munkákról ad kritikai szemlét, a sajátvérkezelésről ütöeres hypertoniák és agyi haemorrhagiák esetében, személyes tapasztalataival bővítve.

Arra a következtetésre jut, hogy a sajátvérkezelés agyi haemorrhagia esetén egy elsőrendü, könnyen elvégezhető veszélytelen gyógymód, de korántsem oly csodálatos hatású, mint azt egyes szerzők feltüntetik. Viszont úgy az irodalom, mint *Buscainoval* együtt végzett autohaemotherapiás esetei ütőeres vérnyomás emelkedése esetén ezt kiválóan eredményesnek tüntetik fel.

Statistikát közöl 250 esetről, ahol a vérnyomáscsökkenés (10—50 Hg. mm.) 91%-ban volt észlelhető hosszabb, rövidebb, néha 1 évig terjedő gyógytartammal. A kura több izben veszély nélkül megismételhető. Egy kezelés 3—4-szer 10—30 ccm. sajátvér adásból áll, 3—4 napi periódusokkal, néha egy heti időközökkel 2 héttől egy hónapi összidő alatt.

Munkájának második részében a vérnyomás csökkentő hatásmechanismusának kérdésével foglalkozik s kutatásai folytán részint észlelt tényekkel, részint hypotetikus úton igyekeznek dokumentálni az általa felvett hatótényezők szerepét, amelyek a következők:

1. Haemoklasiás shok, amely már az első sajátvér oltás után oly hirtelen (20— 24. óra) keletkező vérnyomáscsökkenést determinálja.

2. A histamin és vele hasonló anyagok (cholin, cholinesterek) csökkentő hatása, amelyek a reinjiciált sajátvér helyén keletkeznek, illetve a vér vörös sejtjeinek átváltozása közben activálódnak.

3. Immunizáló jelenségek, amelyek a sajátvér bevitele folytán az autoproteinek körében létesülnek. Ez utóbbiak ugyanis hetero proteinekké alakulnak s elkeveredve a hypertensiv anyagokat tartalmazó véráramban antitestek képződését provokálják, melyek nemcsak a vérbevitt anyagokat, hanem a hypertensiv anyagokat is neutralizálják. (Szerző a Volhard-féle vörös és fehér essentialis, renalis hypertonia osztályozásáról nem tesz említést. Ref.)

Marjay Gyula dr.

A kreatin és kreatinin viszonya incompensált vitiumokban glykokollal kezelés előtt és alatt *Dott. Lorenzino Manca.* (La Clinica Medica Italiana, 1937. november.)

A vitiumok incompensatiójának tanulmányozása az utolsó években sok új tényező létezését vetette fel és adott új megvilágítást e problema megfejtéséhez.

Melchionda, Stefanutti és mások ajánlatára tanulmányozták a gáz és szénhydrátok anyagcseréjét, majd ezen felül a protein anyagok, s ezek között a kreatin testek lettek a kutatások tárgyai. *Mosberg* mutatta ki progressiv izom distrophiákban, hogy a kreatin tükre a vérben és kiválasztása a vizeletben alacsonyabb, mint egészséges egyéneken észlelhető.

Normalis körülmények között a kreatininnek a vese útján a napi kiválasztott mennyisége felnött egyénekből *Ferrarini* és *Viola* szerint 0.60—1.30 g.-ra tehető, míg a kreatin nem választódik ki a vese által.

A kreatin és kreatinin, mint tudjuk a szövetek protein anyaga endogen anyagcseréjének végterméke, a táplálékokkal bevitt protein anyagok mennyiségétől függ. A kreatint főkép az izomrostok tartalmazzák nagyobb mennyiségben (100 g-ban 4—500 mg.) phosphorral szerves kapcsolatban, mint phosphagen, míg a vérben csak nyomokban található. A szívizomzat az összes izomzat phosphagenjének 10%-át tartalmazza energetikai célokra s az izom contractiók alatt hasad le a kreatin és a phosphorsav, amelyek phosphagenné resintetizálódnak. — A kreatin egy része nem vesz részt e folyamatban, hanem a vesében és májban átalakulva, mint hatástalan kreatinin kiválasztódik. A kreatinin nem is található az izmokban, s a vérben szintén csak nyomokban. A szívizomrostok elfajulása esetén a kreatin összes mennyiségét a szív nem lévén képes megtartani, a vérkeringés útján a vese által kórosan kiválasztva eltávozik, s ezzel kapcsolatban kreatinin kiválasztás csökken.

Számos kutatónak nem egybehangzó eredménye után szerző egy aminosavval, a glykocollal végzett gyógykezelés előtt és alatti vizsgálatai alkalmával 10 incompenzált esetben azt észlelte, hogy a betegek előbbi klinikai képének lényeges javulása mellett (4—5 napig 15 g, pro die tartó kura után) a kreatin testek anyagcseréjének előnyös változása is létrejön amely a kreatinnek a vizelettel eltávozott mennyiség csökke-

nésében, a kreatin értéknek a vérben leszállásában, továbbá a kreatinin kiválasztódás fokozódásában nyilvánul. A glykocoll hatásmechanismusára vonatkozólag megjegyzi, hogy a kreatin egy syntesis productuma, amelynek kiindulópontja a glykocoll. E syntesis azután két különböző módon a következő shema szerint valósulhat meg:

I. Glykocoll + cyanamid = ac. acet. guanidin —> methylizálás által = kreatin. (Strecker-féle reactio.)

II. Glykocoll —> methylizálás által =sarcosin, vagy methylglykocoll + cyanamid = kreatin. (Volhardt-féle reactio.)

Ezek után úgy véli, hogy a glykocoll jótékonyan hat az albuminoidok anyagcseréjére, a sejtek, főképen a szívsejtek, táplálási folyamataira, miáltal újra képesek lesznek energetikai céljaikra megtartani a kreatin testeket.

Marjay Gyula dr.

Szemészet.

Sárgafolt szakadások elzárása. *Safar.* (Zeitschr. f. Aug. 1937. dec.)

Az ideghártyaleválás kórtanában külön helyet foglal el a hátsó poluson elhelyezkedő szakadások okozta leválás. Ezek nehezen ismrehetők fel és még nehezebben érhetők el. Elkülönítendők az „ál-szakadástól" (elvékonyodott, elfajult retina); ezt célozza az igen erős fényforrás, a Gullstrand-szemtükör, a vörsmentes fény használata és főleg az érintkező kagylóval történő szemfenéki réseslámpavizsgálat. A beavatkozás nagy veszélyessége okozta azt, hogy eféle szakadásokat nem szivesen operálták meg, hanem csupán fektetéssel igyekeztek azt meggyógyítani. *Lindner* az „Unterminierung"-ot, *Vogt* katholysist, *Weve* diatehermiát ajánlott. Az eredmények nem voltak kielégítők. Szerző három sikeresen operált esetről számol be. S-alakban görbült diathermiás elektrodja a villanyos szemtükörre van rászerelve, vége pontosan a szükített fénykéve központjában áll. Az elektród jól szigetelt acélból készült, vége előre hajlított és kihegyesedő. Az elektródot a Tenon-tok megnyitása és az izmok (külső egyenes, alsó ferde) ideiglenes leválasztása után hátra vezeti, a szakadást a tükörrel pontosan beállítja; e pillanatban már az elektród a megfelelő helyen van a sclerán s az áram bekapcsolása után azonnal látható a megfött terület, melybe a szakadásnak bele kell esnie; esetleg még néhány coagulatiót végez. Érzéstelenítéshez Bayer-féle novocain-corbasilt használ (adrenalint helyettesíti, kellemetlen melléktünet nincs). Szerző tapasztalatai alapján macularis szakadás esetén is ajánlja a diathermiás beszúrásokat, melynek helyes elvégzésére eszköze igen alkalmas. Noha Bécsben a katholysissel ilyen esetben nem értek el jó eredményt, a módszerbe begyakorolt szemész a katholysissel is érhet el sikert.

Grósz István dr.

Vitaminok és hormonok szemészeti vonatkozásban. (Abhandlg. aus der Augenheilk. 25. füzet.)

A Zeitschrift für Augenheilk. mellékletsorozatának legújabb száma, mely az északnyugati német szemorvostársaság májusi gyülésén elhangzott három előadást tartalmazza. A hormonok és vitaminok szerepét általános szempontból *Wachholder* (Rostock) ismerteti. A belső elválasztású mirigyek szerepéről *Kyrieleis* (Hamburg) számol be, még pedig legrészletesebben a Basedowról (egyes tünetek magyarázata). A tetaniás hályoggal kapcsolatosan kitér a dystrophia myotonicára is. Röviden érinti a mellékvese, tobozmirigy és nemi mirigyek szerepét a szembetegségekben. Jó a hypophysisről szóló fejezet. Külön sorolja fel azon állapotokat, melyekben a hormonalis zavar csupán feltételezett, de nem biztos. A harmadik rész a vitaminokról szól; szerzője *R. Braun,* aki a Zentralblattban (33. k.) adott áttekintő irodalmi beszámolót e kérdésről. Itt természetesen az A-vitaminról esik a legtöbb szó. Rövid áttekintést ad a C-vitamin klinikai és kisérleti szerepéről *(Möller-Barlow, hályog).* A B-vitaminról kapcsolatban szkeptikusan itéli meg a látóideggyulladásban elért eredményeket.

A három közlemény nem irodalmi adathalmaz, hanem *gyakorlati* szempontok szemmeltartásával, erős kritikai szellemben megírt összefoglaló ismertetés kíván lenni e népszerű tárgykörből. Talán ezzel magyarázható, hogy több újabb megismerésről, valamint egyes szerzőkről nem történik említés. A 80 lapból álló füzetben 21 jó felvétel mutatja be a fontosabb kórképeket.

Grósz István dr.

Szülészet.

A szűkület határán lévő medence. *J. Bay Jacobs.* Washington. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

A conjugata vera azon szokásos kiszámítása, hogy a diagonalisból 1.5—2 cm-t levonunk, nem helyes, mert a két átmérő közti különbség a symphysis és a conj. diagonalis közti szög nagyságától függ. — Ha a szög nagyobb, úgy a a két átmérő közti különbség kisebbedik, sőt a conjug. vera nagyobb lehet a diagonalisnál. Ezt nagyobb anyagon röntgennel végzett vizsgálatok is megerősitették. A conjug. verat csak az inclinometer-rel végzett szögmérés alapján lehet a diagonalisból kiszámítani. Az átlagos conj. diagonalis 11.65 cm, a vera 11.59. Csak 8%-ban volt a különbség 1½—2 cm, 89.5%-ban a különbség már kisebb volt ½ cm-el, 48.7%-ban a conj. vera vagy ugyanolyan hosszú, vagy még hosszabb volt, mint a diagonalis. 80-ból 59 asszony conj. veraja volt 11 cm-nél több. A legszükebb medence, amely mellett még rendes szülés volt lehetséges 9.1 cm, a régi számítás szerint ez 8.5 cm. volna. A szülés megítélésében tehát a régi számításnak semmi jelentősége sincs.

Miklós László dr.

Tizenkét spontan méhrepedés ismertetése. *A. D. Seley.* New-York. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

21.594 szülésből 12 repedés fordult elő, ezek közül azonban 6 nem lehet biztosan spontan, mert beavatkozás is történt. 3 esetben előzőleg császármetszés volt, a nem császármetszés utáni esetekben egy haránfekvés, kettő farfekvés, három occipitoposterior tartás, egyben korai terhesség, egy esetben pedig ismeretlen fekvés volt. Az anyai halálozás száma egy, vagyis 8.5%.

Miklós László dr.

Contractiós gyűrű, mint szülési akadály. *Ch. H. Mc.-Kenzie.* Minneapolis. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

14.080 szülésből 36-ban fordult elő. Mindig a gyürü tapintásával állapitották meg. Az asszony semmiféle betegségével sem lehetett összefüggést találni. A szülés általában elhúzódó volt, korai burokrepedéssel. 14%-ban volt farfekvés, 11%-ban haránfekvés. 6 esetben fogómütét sikertelensége után állapitották meg, 5 esetben pedig fordítás kisérlete alkalmával. Megelőzésére általában semmit sem lehet tenni, mivel azonban 70%-ban occipito-posterior tartás volt, ennek correctióját ajánlják. Jó eredményt láttak az adrenalin alkalmazásától, különösen morphinnal és mély aether narkosissal combinálva. Az anyai halálozás 16.6%, a corrigált magzati halálozás pedig 59.4%.

Miklós László dr.

Az Ascheim—Zondek terhességi reactio értékelése és gyakorlati haszna. *J. W. Mull* és *H. D. Underwood.* Cleveland. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 5.)

A vizsgálatot minden esetben egyetlen infantilis patkánynyal végezték, 1100 alkalommal. Hamis positiv reactió volt 2.42%, hamis negativ 6.83%. A klinikai lelettel meg nem egyező negativ eredmény fenyegető abortusra mutat, különösen akkor, ha positiv prolan-A-reactio van. Petefészek cysta és kismedencebeli gyulladás közrejátszhat a hamis eredményben.

Miklós László dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat.

Három ritka daganat a felső légutak területén. *Eigler.* (Der Hals-, Nasen u. Ohrenarzt 1937. 5—6 f.)

1. eset. 41 éves férfibeteg azon panasszal került vizsgálatra, hogy egy év óta tartó nehézlégzése az utóbbi két hétben türhetetlenné fokozódott; nehezen nyel s három hónap óta egyre jobban fogy. A gégetükri kép galambtojásnyi, kocsonyás, sima felületü, szürkés-vörös tumort mutatott a gégebemenetben, mely a valódi és álhangszalagokat teljesen elfedte, de valószínűnek látszott, hogy a bal gégefedőből indul ki. A klinikai lelet alapján fibromára, vagy lipoma pendulansra terelödött a gyanu. A tumor indirect úton, — a kocsány átvágása után — simán eltávolíttatott. A szöveti kép *rhabdomyomát* derített ki. Rhabdomyoma a felső légutakban igen ritka. *Kraneis* 1929-ig mindössze 19 esetről számolt be, amelyek közül 10 a nyelvben fordult elő. Általában jóindulatú neoplasma, melynek eredete csiraszétszóródásra vezethető vissza, amit mutat az is, hogy főképen gyermekeken és újszülötteken észlelhető. A gége területén ritka és főleg a hangszálakból indul ki. Szerző esete nemcsak a daganat ritkasága, de annak szokatlan nagysága miatt bír érdekkel.

2. eset. Férfibeteg egy év óta rekedt. A gégetükri kép a jobboldali arytájékon kis szilva nagyságú, szürkés-vörös sima felszínű terimenagyobbodást mutat, amely beterjed a j. o. sinus pyriformisba; emiatt a hangszálagok hátsó harmadán a glottis záródása nem kielégítő. Hangszálagok és álhangszálagok épek. A daganat indirect úton távolíttatott el és a szövettani vizsgálat *neurofibromát* derített ki. az irodalom tanusága szerint a gégében ilyen tumort még senki sem észlelt. A daganat rendszerint a nyakon fordul elő és a nyaki sympathicusból indul ki.

3. eset. 10 éves fiu orrán állítólag pár év óta piros folt nő. Az orrhát jobb oldalán babnyi, kemény, sárgás-vörös, jól mozgatható tumor foglal helyet. A bőr a daganattal feszesen összenőtt. Az orr belsejében kóros elváltozás nem volt. A növedék eltávolíttatott és a szövettani vizsgálat *glioblastomát* mutatott. Gliomás daganatféleség az orr területén *Jaffé* és *Pfeiffer* szerint eddig mindössze 15 eset ismeretes. Jellemző, hogy majdnem mindig veleszületett és rosszindulatúságra hajlamos.

Ajkay Zoltán dr.

Gyermekgyógyászat.

Alkaptonuria a gyermekkorban. *Lorenz.* (Klin. Wschr. 1937.)

Tizenkétéves alkaptonuriás gyermekről számol be. A beteg bátyja ugyanezen bajban szenvedett. A táplálék fehérje tartalmának csökkentése változatlan kalóriabevétel mellett a Na- és homogentisinsav kiválasztást csökkenti, anélkül azonban, hogy a Langstein-Mayer-féle quotiens megváltozna. Éheztetés, a fehérjéknek majdnem teljes kiiktatásával és megfelelő mennyiségü szénhydrat nyujtásával a N-kiválasztás kisfokú emelkedéshez és a homogentisinsav nagyfokú csökkenéséhez vezet. A homogentisinsav (N. quotiens) 5.5-re esik le.

Moritz Dénes dr.

Adatok a terhesség és szoptatás alatt jelentkező C-vitamin deficit kérdéséhez. *Gaehtgens* és *Werner.* (Klin. Wschr. 1937.)

Terhesség alatt először szülőkön 62%-ban, többször szülőkön 70%-ban jelentkezik C-vitamin deficit. Lactatio alatt végzett vizsgálatok nem mutatják azt, hogy a szoptatás fokozott C-vitamin fogyasztással járna. A terhesség alatt keletkezett C-vitamin deficit a szoptatás alatt nem növekszik.

Moritz Dénes dr.

Megfigyelések a csecsemőkori morphintűrőképességről. *Grüninger.* (Mschr. f. Khk. 71. k. 3—4. f.)

Csecsemőkorban alkalmazott, két különböző morphinadagolási terrénumot figyelt meg. Az egyik, desinvaginatiókor, *Redwitz* által ajánlott ópiumtincturás beecsetelése a beleknek, mely alkalommal 0.2—0.3 mg. morphin szivódik fel, ilyen esetekben — szerinte — morphinmérgezés nem jelentkezett. Véleménye szerint, csecsemők esetében is bizonyosfokú morphintűrőképességről van szó, mi legalább, 1 csepp opiumtinctura. A másik, eklampsiás szülőnőkön alkalmazott Stroganoff-kura, mikor a magzatba 2 mg! morphin jut. Az ilyen csecsemők nagyrészt asphyxiában, vagy halva születnek, tehát nagy morphinadag a csecsemőkre végzetes lehet.

Szolnoki György dr.

A ketonaemiás hányás pathogenesise és klinikuma diabeteses gyermekeken. *Hungerland.* (Klin. Wscihr. 1937. 44.)

Ötéves beteget 1937 januárjában látták először typusos diabeteses comában; 1100 mg%-os vércukorral, acidosissal. A beteget a későbbi hónapok folyamán beállították a Franconi-féle fehérjeszegény, gyümölcs- és főzelékdiaetára oly eredménnyel, hogy insulint nem is kellett adagolni. 1937 júniusában hányás és acetonaemia miatt ismét felvették a klinikára, újra kezdődő diabeteses comára gyanakodtak, meglepetésükre azonban a vércukor csak 98 mg%-volt. Az eset annyiban is érdekes, hogy az acetonuria megelőzte a hányás jelentkezését és a fokozott acetonképződés standard diaeta mellett vált észlelhetővé. Az esettel kapcsolatosan szerző tagadja az acetonaemiás hányás pathogenesisével foglalkozó theóriákat, egyben rámutat a hányás gyakoriságára gyermekkori súlyos diabetes esetében.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

Bőrgyógyászat.

A Chediak-féle szárazvér-reactio gyakorlati értéke. *M. Voss.* (Derm. Wschr. 1937. 38.)

Az utóbbi időben, különösen sorozatos vizsgálatok megejtése céljából, előtérbe került a Chediak-szárazvérpróba. Különböző klinikákon két év óta van forgalomban ez az eljárás. Kezdetben ez a reactio sok eltérést mutatott a Wa. r.-tól, ami a technikai kivitel rovására irható. Szerző *Dahr* előírása szerint járt el. Az extractumot csak hüvös és nem hideg helyen tartotta. 3—4 hónapnál régebbit nem használt. Sohasem kapott nem specifikus positiv eredményt. 380 esetet magában foglaló táblázatból kitünik, hogy kapott eredményei általában egyeznek az egyéb serologiai vizsgálatok eredményeivel. Eltérés csakis antisyphilises kezelésben neurolues esetekben volt, amikor a szárazvérpróba negativ eredményt adott. Szerző a régebbi statistikáknál jobb eredményei alapján alkalmasnak tartja a Chediak-reactiót tájékoztató diagnosis céljából. Gyakorló orvosnak nem ajánlja az eljárást a szükséges körülmények, technikai felszerelés és felkészültség miatt.

Skutta Árpád dr.

Lues congenita haemorrhagica. *K. Delbeck. Berlin.* (Med. Klin. 1937. 41.)

A veleszületett syphilisnek igen ritka és rendkivül súlyos alakja a lues congenita haemorrhagica. Közli az idevonatkozó irodalmat. Feltünő, hogy a közlemények legnagyobb része 1900 előttről származik és a századforduló óta alig találkozunk vele. Ezt azzal magyarázza, hogy az 1900-as évek elején az orvostudomány a syphilis elleni küzdelemben jelentős eredményeket ért el. (A spirochaeta felfedezése, Wa.-r., majd az arsenobenzol bevezetése.) Épen erre az időre esik a congenitalis syphilis prohylaxisának eredményessé tétele is azáltal, hogy a teherben lévő syphilises nőt erélyes kezelésbe vesszük. Egy kórtörténet kivonatát ismerteti: 1937. április 14-én erös köldökvérzés miatt 10 napos fiugyermeket vettek fel a kórházba. Anyján syphilisere vonatkozó seroreactiók complett positivak, a csecsemőn Wa.-r. és M. T.-r. negativ, M. K.-r. és Kahn.-r. erösen positiv. Az anya 1934, vagy 35-ben ben fertőződhetett syphilissel. 1935-ben 5—6 hónapos macerált magzatot szült. Akkor 15 Bi. injectiót kapott, tovább nem kezeltette magát. Mostani terhessége panaszmentesen foly le. Felvételkor a gyermek szájpadán 0.5x1.0 cm nagyságú, kék elszineződés látható, a felső ajakpíron mély berepedések, positiv spirochaeta-lelettel. Orrból véres-genyes váladék ürül. Orrnyilások véres pörkkel borítottak. Felső végtagok petyhüdten lelógnak, activ mozgatás nincsen. Annak ellenére, hogy enyhe myosalvarsan és spirocid kurát vezetnek be, már az első héten a gerincoszlop, majd a bordák felett vérzéses kék foltok jelentkeznek. Vér jelenik meg a vizeletben is. 23-án —, tehát 9 nappal a felvétel után a gyermek meghalt. Boncolási lelet: osteochondritis, hepatitis syphilitica. A bőrből, a vérzéses területen kivágott darabka, szövettanilag kiterjedt vérzést mutat, az erek ép volta mellett. Összefoglalásában megállapítja, hogy a syphilis congenita haemorrhagica a veleszületett vérbajnak különösen súlyos alakja és a vérzések csak olyan gyermekeken szoktak jelentkezni, akiknek anyja nem régen, legfeljebb két éven belül, fertőződött syphilissel és elégtelenül kezeltette magát. Különbséget tesz érmegbetegedésen alapuló és sepsis által létrehozott vérzés között.

Nagy Imre dr.

Lupus erythematodes családi előfordulása. *E. Legobbe.* Bern. (Derm. Wschr. 1937. 36.)

Lupus eryhematodesnek három rokon családból származó három esetét részletesen ismerteti. A három beteg közül kettő meghalt. Mind a három beteg nő volt. Rajtuk kívül az egyik család két férfitagján ugyancsak találtak gyanus elváltozásokat — pernioszerü laesiókat — ezeket azonban külső okok miatt tovább nem vizsgálhatták. Mindkét halállal végződő esetben lupus erythematodes acutusról volt szó, kiterjedt elváltozásokkal. A harmadik esetben a jobb arcon és fülkagylón foglalt helyet az elváltozás. Az egyik esetben boncoláskor az egyik bronchialis nyirokcsomó tuberculosisát találták, míg a másik halálosan végződő esetben semmiféle histologiailag biztos tuberculotikus szervelváltozást kimutatni nem tudtak. Mindkét esetben észlelhetők voltak azonban olyan tünetek, amelyekből nagy valószínüséggel lehetett következtetni a lezajlott tuberculosisra.

Szép Jenő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az orvos és gyógyszerész gyógyszerzsebkönyve. *Halmi Pál dr.* (Ára: 6.40 P.)

A gyógyszerzsebkönyvek sorát értékes könyvvel szaporítja *Halmi dr.* Indicatiós csoportosításban, betürendben és összetételük szerint külön-külön tárgyalja a hazánkban hivatalosan törzskönyvezett gyógyszerkülönlegességeket és egységes gyógyszereket. Az orvos és a gyógyszerész mindent megtalál a könyvben, amit a készítményekről tudni óhajt. Különös értékét abban látjuk, hogy lehetővé teszi az orvosnak a készítmények magistralis rendelését, illetve recepturájának modern gyógyszerekkel kibővítését. Sok fejtörést — utánjárást takarít meg a kitünő zsebkönyv és megkönnyíti a ma divatos specialitás-rendelés idején a komoly orvosnak azt a tiszteletreméltó álláspontját, hogy ha rendel valamit, tudni is akarja, hogy mi van benne.

Vámossy.

A biochemia alapvonalai, embertani vonatkozásokkal. *T. R. Parsons.* (Angolból fordította: *Lovász Tibor.* Szeged, 1937. Árpád-Nyomda és Könyvkiadó Szövetkezet kiadása. 552 oldal.).

Parsons cambridgei biochemikus rendkívül világosan s dicséretes rövidséggel megírt könyve nagyszerű *vezérfonalat* nyujt az előadásokat szorgalmasan látogató, de azok terjedelmes anyagában néha csak nehezen eligazodó orvostanhallgatóknak, nemkülönben hüen tájékoztatja a biochemia rohamos haladásáról a gyakorló orvost is. Népszerüségét mi sem bizonyítja jobban, mint hogy hazájában, Angliában 1923. óta 6 kiadást ért meg. Minden reményünk megvan tehát reá, hogy ez a most magyarra is átültetett kiváló munka a magyar orvosképzés ügyét is hatékonyan fogja szolgálni. — A fordító igen érdemes munkát végzett; nyilván nem az ö hibájául róható fel, hogy a 14-ik (színkép)-ábra, amelyre a haemoglobin és hasadás-termékeinek tárgyalásával kapcsolatban két ízben is (a 370. és 374. lapon) történik hivatkozás, valamint a tartalomjegyzékben szereplő értelemzavaró sajtóhibák jegyzéke, a könyvből kimaradtak.

Mosonyi János dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 25-i ülése.

Bemutatások:

Csépai K.: *Tüszőhormonnal kezelt gyomor és patkóbélfekély esetek.* A gyomor- és patkóbélfekély a férfiak betegsége, nőkön csak kivételesen fordul elő. Ebből a meggondolásból kiindulva a betegeknek hetenként kétszer-háromszor 10.000 egység *glandubolint* adott. Fekélyfészek 10 esetben (9 férfi, 1 nő) alkalmazta a kezelést. 6 kisgörbületü fekélyfészek (borsónyi-diónyi) 3—4 hét alatt eltünt, két esetben gastroskopiás vizsgálat is mutatta a fekély meggyógyulását, 2 duodenalis fészek 3—4 hét alatt eltünt, egy kisgörbületi ujjbegynyi fekélyfészek 3 hét alatt negyedére csökkent, 4 hét alatt rizsszemnyivé vált, egy duodenalis fészek klinikai gyógyulás mellett 19 nap után még észlelhető volt. Az összes esetek tünetmentesekké váltak, a testsúlygyarapodás négy hét alatt 4—10 kg volt. A betegek csak az első napokban feküdtek, később sokat tartózkodtak ágyon kívül. Szigorú tejdiaetát csak 2—3 napig tartottak. — *Glandubolinon kívül a betegek semmiféle gyógyszert nem kaptak.* Véleménye szerint a hatás olyan módon képzelhető el, hogy a méh nyálkahártyája elváltozásának analogiájára, más nyálkahártyákon tehát a gyomorban is keletkezhetnek bizonyos változások, melyek a fekély gyógyulását elősegíthetik. Lehet, hogy a nők többsége azért nem kap gyomorfekélyt, mert szervezetüket havonként elárasztja physiologiás módon bizonyos mennyiségü folliculin, mely a fekély kifejlödését megakadályozhatja.

Friedrich L.: A gyomorfekélyek felismerésének és gyógyulásának legfontosabb eszköze ma a gastroskopia. Természetesen a röntgenvizsgálatot nem teszi feleslegessé. A panaszok megszünésének leggyakoribb oka, hogy a gastritis szünik meg.

Szadányi S.: A *Csépai* által kezelt betegek röntgenvizsgálatát végezte. A különbség a kezelés előtti és utáni röntgenkép között meglepő. Gagykori, hogy ulcuskezelések után a beteg subjectiv jóérzése ellenére az ulcusfészek még röntgenileg kimutatható. A kezelt betegek anatomiailag is gyógyultak.

Zalka Ö.: *A nyelőcső teljes elzáródása lugmérgezés következtében.* Lugmérgezés következtében kifejlödött teljes elzáródás (atresia) egyedülálló esetét ismerteti. A boncolt 8 éves gyermek 2 éves korában itta a lugot, utána állítólag sondázták, de már 3 éves korában gyomorsipolyt kellett végezni. Pár hónappal ezután a nyelőcső teljesen átjárhatatlannak bizonyult. Ismételt retrograd sondázás sem járt eredménnyel. Öt éven át csupán a gyomorsipolyon keresztül táplálták. Boncoláskor a különleges heges nyelőcső 7 cm hosszú szakasza ceruzavastagságú köteget képez, mely mikroskop alatt teljes elzáródást mutat. A kötegben felismerhető helyenként az oesophagus izomfala, a lument pedig érdús kötőszövet tölti ki, amelyben neuromaszerü burjánzó idegek és idegducsejtek is találhatók. A szöveti kép emlékeztet az obliterált féregnyulvány képére. Az atresia kifejlödésében a maróhatáson kívül az öt éven keresztül fenntartott gyomorsipolynak tulajdonít szerepet.

Lénárt Z.: A nyelőcső tökéletes heges elzáródásának egy esetében oesophagoskopon át hosszú nyelü késsel két ízben pedig elektrolysissel sikerült a csupán diaphragmaszerü hegen át nyilást készítenie s a végnélküli tágítást megindítania, amely végül szabaddá tette a nyelőcsövet, úgy hogy a gyomorsipolyt el lehetett zárni. A másik eset páratlanul áll az irodalomban: 23 éves nön lugmérgezés következtében nemcsak a gége egész hátsó felszine, hanem a két sinus pyriformis is lap szerint hegesen odanött a gerincoszlophoz. A külső mütét mérlegelése szükségessé tette a heges elzáródás terjedelmének a tisztázását. Ez úgy sikerült, hogy a lejtősen elhelyezett betegen a cardián keresztül jodipinnal töltötték meg a nyelőcsövet, ami után a röntgenképen kitünően látláthatóvá vált, hogy a nyelőcső tömör elzáródása igen kiterjedt, mert a IV. nyaki csigolyától a VI. háti csigolyáig terjed. A betegen ilyen körülmények között oesophagus plastikával sem lehet segíteni, mert sem a gégebemenet felett, sem pedig az elzáródás alatt nem létesíthető összeköttetés a gyomor felé. A mellkasba leterjedő elzáródást ugyancsak lehetetlen átjárhatóvá tenni.

vitéz Borsos L.: 14 mellkas előtti nyelőcsőképzés mütéte kapcsán 2 olyan esetet észlelt, ahol festékpróbával teljes atresia volt észlelhető. A kétirányú korai sondázás jelentőségét hangsúlyozza.

Zalka Ö.: Bemutatott esetben fentről és retrograd úton a sondázás kisérlete ismételten megtörtént. A klinikailag impermeabilis stricturák vizsgá'ata alkalmával rendszerint találunk szük, hámmal bélelt lument, tehát ezek nem valódi atresiák.

Előadás:

Mansfeld G.: *A pajzsmirigy szerepe a vészes vérszegénységben.* 1912-ben közzétett kisérletek első ízben állapitottak meg törvényszerü összefüggéseket a vérképzés és a pajzsmirigy müködése között. E régi kisérleteinek kiegészítéseképen annak a kérdésnek vizsgálatát tüzte ki céljául, hogy a vészes vérszegénységben van-e szerepe a pajzsmirigynek és ha igen, miben áll ez. A vizsgálatok eredménye röviden a következő: 1. A máj perniciosaellenes hatóanyagának keletkezésében a pajzsmirigynek semmi szerepe nincs. 2. A kisérletes saponin-collargol anaemiában a májprincipium hatásossága a pajzsmirigy müködéséhez kötött, mert pajzsmirigyirtott állatokban egyébként igen hatásos májkészitmények teljesen hatástalanok. 3. A pajzsmirigynek ez a szerepe helyettesíthető a pajzsmirigyből alkalikus hydrolysis útján készült kivonattal, tehát hormonalis. 4. A hatékony anyag felkutatása közben kiderült, hogy a thyroxin e téren hatástalan. 5. A pajzsmirigykivonat savban oldhatatlan fractiójából a thyroxint eltávolítva, az igy nyert kivonatot alkoholban tovább kezelve egy viztiszta oldatot kapunk, amely a pajzsmirigy functióját a vérképzésben tökéletesen helyettesíti és mint a májhatóanyag activatióra igen hatásosnak bizonyult (*pajzsmirigy „myelotrop hormonja"*). 6. A pajzsmirigyben olyan anyagok is vannak, amelyek ezt az újonnan felismert hatóanyagot antagonizálják.

A további vizsgálatok azt mutatják, hogy mig a pajzsmirigy a májprincipium activálásához nélkülözhetetlen, a gyomor kivonatai pajzsmirigy-irtott állaton is tökéletesen hatásosak. Ebből a megállapitásból arra kellett következtetni, hogy a vészes vérszegénység keletkezéséhez a gyomor és a pajzsmirigy disfunctiója szükséges. A patkányokon, valamint kutyákon végzett kisérletek valóban azt mutatták, hogy e két szerv müködésének kicsatolása után hamarosan kifejlödik az emberi perniciósához hasonló hyperchrom makrocytaer anaemia, ami a vészes vérszegénység pathogenesisére nézve fontosnak látszik. A további kisérletek azt mutat-

ták, hogy míg a májkészítmények egymagukban ilyen módon operált kutyán hatástalanok, addig teljes hatást lehetett elérni az új pajzsmirigyhormonnal, ami arra a reményre jogosít, hogy ez az anyag talán egymagában is képes lesz arra, hogy vészes vérszegénységben szenvedők pathologiás vérképzését megszüntesse.

Donáth Gy.: Megjegyzi, hogy 1896-ban a Magyar Orvosi Archivumban, valamint Virchow Archivjában közölte „Adatok a pajzsmirigy hatásához" c. tanulmányát. Ez a többi közt a pajzsmirigynek a *piros vértestecsekre* gyakorolt hatásával foglalkozik. Ezen kisérletek mutatták, hogy a pajzsmirigy toxicitása dacára kisebb adagokban a piros vértestecsek mennyiségére, valamint a vér alkalicitására kedvezőleg hat.

Bencze Gy.: Ez újabb kisérleti sorozat szépen alátámasztja az előadó azon régebbi feltevését, hogy a pajzsmirigynek fontos szerep jut a vérképzésben, azt azonban nem igazolják, hogy a pajzsmirigynek az anaemia perniciosa létrehozásában különös szerepe van. 200 a. p. esete közül 4 volt refrectaer májkezelésre: 1 egyidejü carcinoma, 2 súlyos arterioskleresis, myodeg. jelenléte miatt és végül 1 esetben olyan beteg, aki régebben már többször jutott szabályos remissióba, sem máj, sem gyomor kezelésre nem javult. Ennek okát cc.-nek tartott nagy hasi tumorban vélte megtalálni. A sectio alkalmával kitünt, hogy nagy zsirdaganatról van szó. Ez utóbbi eset kivételével mindenkor tiszta májkezelésre az a. p. szabályos remissióval reagált, anélkül tehát, hogy bármikor pajzsmirigy alkalmazásra szükség lett volna. Ha myxoedema és a. p. véletlen folytán együtt fordul elő, akkor lehetséges, hogy az anaemia csak pajzsmirigy és máj együttes adagolására gyógyul, mert a pajzsmirigy hiányos müködése éppoly gátlólag hathat, mint más intercurrens betegség. Egyébként teljes gyomorkiirtás után sikerült állat-, disznókisérletben nemcsak mikrocytaer, hanem makrocytaer anaemiát is létrehozni, vagyis pajzsmirigy együttes kiirtásra nem volt szükség.

Fodor I.: A vérképzés szabályozásában sok szerv vesz részt. Kóros esetekben pankreas-functiós zavart tudott kimutatni, anaemiás perniciosában az atoxyl resistens lipase növekedésének képében. A szóbanjövő szervek vérregulatióra gyakorolt hatásának vizsgálatára legalkalmasabbnak bizonyult a normalis állat vérére jellemző *izocytosis*, amely a vörösvérsejt nagyságának és térfogatának állandóságában nyilvánul meg. A szóbanjövő szervek extractumának hatását vizsgálták tehát a vvs.-számi és e két érték változásának szempontjából. Kimutatták, hogy a vvs.-szám pajzsmirigy, máj és bélextractum adagolására fokozódik, eközben a vvs. volumen és átmérő egyértelmüleg erösen megcsökken, azután lassan emelkedik. Ez a volumen- és nagyságcsökkenés a legkifejezettebb a bélextractumnál és a pajzsmirigynél. A pajzsmirigy és egyéb szervek közti különbség abból tünik ki, hogy míg a bélnyálkahártyánál és a májnál a kezdeti kifejezett volumen- és átmérőcsökkenést később ennek növekedése követte, amely azonban az eredetit el nem érte, addig a pajzsmirigynél ez a volumennövekedés elmaradt. Pankreas extractum növeli a térfogatot és a volument, lép extractuma sem az egyikre, sem a másikra nem hat. Ezekből a kisérletekből arra következtethettek, hogy a vérképzés partialis hatásokból tevődik össze. Ezen partialis a sejtregeneratióra gyakorolt hatásban *Mansfeld* classikus vizsgálatai szerint nyilvánvaló a pajzsmirigy vezérszerepe.

Erős G.: Az antiperniciosás principium termelődési helyének a gyomorbéltractus chromozható, ezüstöt reducáló, ú. n. argentaffin sejtsystemát tartja, amely belsösecretiós functiót teljesít. E systemának a vérképződést illetőleg azért tulajdonít szerepet, mert perniciosus anaemiában elsorvad és secundaer anaemiákban is feltünően megváltozik. Vonatkozásokat lát a saját vizsgálatai és *Mansfeld* vizsgálatai között abban a tekintetben, hogy a saját vizsgálatai szerint az antiperniciosás principium hormonszerü anyag és az antiperniciosás hormont termelő argentaffin sejtsystemának a müködése szoros correlatióban áll a belső secretiós szervek müködésével. A pajzsmirigynek a perniciosus anaemia létrejöttében is szerepe van.

Boros J.: Klinikai tapasztalataira hivatkozik, melyeket a *Herzog*-klinikán *Czoniczerrel* együtt gyüjtött össze. Myxoedemás betegek legnagyobb része anaemiás, az anaemia makrocytaer, de nem ovalis perniciósa typusú (nem megalocyta typusú). Anaemia perniciosa és myxoedema együtt előfordulnak, de ilyen esetekben a két betegség okozati összefüggésben nem állott, mert a perniciosa thyreoidea adására nem szünt, csak a myxoedema, előbbi májra gyógyult. Gyakran láttak perniciosa betegen myxoedemaszerü tüneteket, dacára annak, hogy az alapanyagcsere rendszerint fokozott volt ezen esetekben is, mint általában perniciosában. Ezt úgy magyarázhatjuk, hogy az éretlen sejtekkel telt hyperplasiás és hyperactiv csontvelő az oka a fokozott oxygenfogyasztásnak. A májtherapia kapcsán a reticulocytakrisis után az alapanyagcsere a normalis alá csökkent ezen esetekben az így manifestálódott hypothyreosist nyilván az anaemia a rossz vérellátás útján okozta. Lehetséges, hogy az előadó kisérleteinek értékes eredményei a hasonló eseteket is más megvilágításba fogják helyezni.

Mansfeld G.: *Donáth*nak hálásan köszöni a hozzászólását és biztos abban, hogy az ő annakidején végzett kisérletei nagyban hozzájárultak e kérdésről való mai tudásunkhoz. *Benczének* azt válaszolja, hogy ő csak útnak gondolta kisérleteit a perniciosa felé és nem beszélt kizárólag a perniciosáról. Kétségtelen, hogy ők állaton egy külön hormont találnak. Emberen természetesen nem irtják ki a pajzsmirigyet és így a kérdés nehezen megközelíthető. Hogy *Bencze* minden esetben látott májtól kielégitő hatást, az szerencse, mert ő az irodalomból számos olyan esetet ismer, melyben a máj hatástalan volt. Szerinte a perniciosában van müködő pajzsmirigy és van myelotrop hormon, de nem elég ahhoz, hogy a májat activálja. *Borosnak* azt mondhatja, hogy úgy gondolja, hogy a specifikus hormon productiója lehet önmagában csökkent Basedow vagy myxoedema nélkül. *Erössel* nem ért egészen egyet, mert az argentaphyl-sejtek kiirtása egymagában nem okoz perniciosát. *Fodor* érdekes kisérletei talán felhasználhatók lesznek.

A Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének december 22-i ülése.

Bemutatások:

Czmór Gy.: *Pelvis aperta.* 43 éves nő jobb bokája felett tenyérnyi foltos, helyenként livid börpirosság mutatkozott, amit más helyen perniónak, vagy varicositásnak néztek. A jobb comb körfogata a trochanter magasságában 4 cm-el nagyobb, mint a balé. A betegnek gyermekkorában angolkórja volt, 6 éves korában kocsi ment keresztül a testén, orvosa ezután semmiféle elváltozást nem észlelt rajta. 1921-ben szült, a szülés elhúzódott és nehéz volt. A szülés után sokáig nem tudott felkelni és most is állandóan füzőt hord. A medence röntgenvizsgálata a jobb szeméremcsontnak a symphysistől 3.7 cm-re történt eltávolodását mutatta. A sacroiliacalis izületi rések tágak, peremeiken kisebb csontos felrakódások láthatók. A medencében kisfokú osteomalakiás eltorzulás észlelhető, csontszerkezetén elváltozás nem látható. Ezen nagyfokú symphyseolysis nyilván nem úgy jött létre, hogy a terhesség végén kifejlödő osteomalakia következtében az os pubis merevsége annyira csökkent, hogy a leszálló fej nyomása elől oly módon tért ki, hogy symphyseolysis jött létre. A szülés után ismét normalis mésztartalmúvá vált csont eredeti helyzetében sem spontán, sem pedig müvi úton nem volt visszahelyezhető. Az alsó végtag keringési zavarát a Poupart-szalag megfeszülése által okozott compressio okozhatta. A magyar irodalomban *Palik* és *Kopits Imre* számoltak be hasonló esetekről.

Hermann J.: a Magyar Röntgenközlönyben beszámolt szülési expressio következtében keletkezett symphyseolysis-esetről. Az extropha vesicae nevü fejlödési rendellenességet mindig pelvis aperta kisér. Ilyen esetekben a symphysis 3—4 ujjnyi tágságú is lehet.

Gajzágó J.: a bemutatott pelvis aperta esetében a medence ferde, vagyis egyik átmérője rövidebb. Az elferdülés vagy a beteg gyermekkori angolkórjával, vagy pedig ez említett balesettel hozható összefüggésbe. Nyilvánvalóan fiatal korban keletkeztet a két alsó végtag egyenlötlen megterhelése folytán. Szülési akadályt azért nem képzett, mert a magzat feje a hosszabb ferde átmérő irányában igazodott be a bemenetbe.

Fülöp J.: *Az epehólyag és a duodenum spontán sipolya* (contrastpép az epeutakban.) 50 éves nőbeteg évek óta cholelithiasisos panaszokkal kezeltette magát. Az egy évvel ezelőtt elvégzett röntgenvizsgálat csak gastritis hypertrophicát periantralis és periduodenalis adhaesiókat és nem telödő epehólyagot mutatott. Az egy év múlva megismételt röntgenvizsgálat alkalmával a gastritises elváltozások teljesen eltüntek és a duodenumból a contrastanyag vékony sipolyon keresztül az epehólyagon, a ductus cysticuson és choledochuson át ismét vissza követhető a duodenumba. Ezen sipoly bemenetének helyét az 1 év előtti vizsgálat alkalmával nyil-

ván a vaskos nyálkahártya zárta el. Jelenleg a nyálkahártyaduzzanatok legnagyobbrészt leapadtak, erre vezethető vissza a pépnek a sipolyba történt behatolása.

Előadások:

Györgyi G.: *Beszámoló az V. Nemzetközi Radiológiai Congressussal kapcsolatos amerikai és európai tanulmányútról.* Tanulmányútja során Chicagoban 4, New-Yorkban 3 kórházat tekintett meg. E kórházak közül a chicagói Mercy-hospitalban 800, a St. Lucas-Hospitalban 600 és a new-yorki Presbyterian-Hospitalban 1000 kV-os ultra-nagyfeszültségű röntgentherapiás készülékkel történő kezelést tanulmányozta. A Mercy-Hospitalban a 800 kilovoltos készülék 4 év óta áll üzemben és *Schmitz*, a röntgenlaboratórium vezetője az inoperabilis mamma- és uteruscarcinomák kezelésében 50%-os gyógyulást ért el. A daganatos betegek számára létesített new-yorki *Memorial-Hospital* (vezetője *James Ewing*) régi épületben van elhelyezve, de új épületének tervei már elkészültek. Nagyforgalmú ambulanciáján a különböző helyen előforduló tumorok rendelése más és más szakember vezetése alatt áll. Ezek a rendelkezések egymással szoros együttműködést fejtenek ki. Az intézetet kórbonctani, szövettani, chemiai és physikai laboratórium egészíti ki. A rosszindulatú tumorok diagnostikájára a próbakimetszésen kívül a punctiót is gyakran felhasználják. A kórházi orvosok működését a társadalmi szolgálat (social service) egészíti ki, amely gondozónővérek útján kutatja ki a kórházból kikerült betegek körülményeit és nyujt nekik segítséget.

Ezenkívül *Franciaországban* a párisi Curie-intézet, a villejuifi rákkórházat és Európa legmodernebb kórházát, a Clichy-i Hôpital Beaujon-t, a strassbourgi Hôpital Civil-t, *Németországban* Berlinben, Hamburgban és Stuttgartban több klinikát és kórházat tekintett meg, amelyeket — különös tekintettel röntgen- és rádiumosztályaira — részletesen ismertet.

Az amerikai kórházak röntgenosztályait a célszerű beosztás, a röntgenkészülékeket a massiv kivitel jellemzi. Kiemeli annak a megállapításnak fontosságát, hogy a szakember által vezetett központi röntgenintézet harmonikus munkája a kórház igényeit jobban kielégíti, mint több eltérő vezetésü kis intézet.

A Chicagóban tartott V. Nemzetközi Radiológiai Congressuson, valamint e tanulmányúton történt részvételét a m. kir. Pénzügyministerium megértő támogatása tette lehetővé, amelyért ehelyütt is a leghálásabb köszönetét fejezi ki.

Gál F.: *Méhrákos betegek gyógykezelése után fellépő végbélszövődmények.* Sugarakra jól reagáló daganatok visszafejlődése után néha végbélvérzés keletkezik. Azon szempontokat vázolja, amelyek alapján eldönthető, vajjon a vérzés gyulladásos, vagy rákos eredetü-e. Két gyógyult végbélrecidiva rövid kórtörténetét vázolja.

Kövesligethy I.: A méhrák rádiumkezelésével kapcsolatosan kezdettől fogva gyakori megbeszélés tárgyát képezték a végbél elváltozásai. Ezeket, főleg eleinte, tisztán a rádiumhatás következményeinek tartották. A mai fejlett rádiumkezelési technika és adagolás mellett a valóban rádium rovására irható végbélsérülések mind ritkábbak, bár a rádium intensiv alkalmazása a végbél közelsége és nagyfokú sugárérzékenysége ellenére sem kerülhető el. A régebben tisztán sugársérülésnek tartott végbélelváltozások nagyrszt a rákos folyamatnak a végbélre történt ráterjedéséből származnak. Előrehaladott méhrák esetében, amikor a rák a hátulsó hüvelyfalat és boltozatot beszüri, a legnagyobb elővigyázattal végzett rádiumkezelés esetén is képződhet végbélsipoly. A rákgyógyításban a rákos szövet elpusztítása a feladatunk az esetleges kisebb sérülések árán is. E felfogás jogosultságát az irodalom adatain kívül az I. sz. női klinika 1000-nél több sugarasan kezelt inoperabilis méhnyakrákot felölelő 15 éves anyagon több esetben volt alkalma tapasztalni.

Gál F.: Sipolyos betegek kezelése meggondolandó. Amikor azonban — mint ismertetett esetében — a gyógyulásra alapos kilátás van, a kezelés megkísérelhető.

Gál F.: *Cukorbajos nő röntgenbesugárzásra gyógyult inoperabilis petefészekrákja.* Már régebben rámutatott arra, hogy cukorbajos nők nemzőszervi rákja sugarakra a rendesnél jobban reagál. Teljesen inoperabilis, kiterjedt petefészekrákról számol be, amelynek hordozója 9 év után teljesen egészséges. Ismét hangsúlyozza a cukorbajosok rákjának biológiai jelentőségét.

Gajzágó J.: Az inoperabilis petefészekrák végleges gyógyítása ritkán sikerül, átmeneti javulás gyakrabban észlelhető. Elaprózott adagokkal, nagy távolságból végzi a kezelést (60 cm. focus-bőrtávolság, 100—120 r. ülésenként). Hozzászóló nézete szerint nem a vércukorszint emelkedése, hanem talán a biológiai helyzet megváltozása játszik szerepet a rák és a cukorbaj egymáshoz való viszonyában.

Gál F.: Inoperabilis petefészekrák teljes meggyógyítása általában semmiféle besugárzó módszerrel sikerülni nem szokott. Úgylátszik, hogy a cukorbajosok rákjának biológiai reactiója sugarakkal szemben a normalistól eltérő és ilyenkor nem a cukron, hanem a cukorbaj okozta anyagcserezavaron van a hangsúly.

Kövesligethy I. elnök üdvözli *Ratkóczy* professort abból az alkalomból, hogy a Deutsche Röntgengesellschaft és az Oesterreichische Gesellschaft für Röntgenkunde tiszteletbeli tagjává választotta.

Bejelenti továbbá, hogy *J. Belot*, aki a Journal de Radiologie et de l'Électrologie Médicales c. lapjában a M. O. R. E. üléseinek jegyzőkönyveit közölni szokta, a folyó év végén a Hôpital St. Louis röntgenosztályának vezetésétől megválik. Tisztelői ebből az alkalomból őt üdvözölni fogják és az ünnepségen résztvevők — akik legalább 100 fr.-al járulnak hozzá a költségekhez — művészi kivitelü emlékplakettet kapnak. Az ünnepléshez csatlakozók *Györgyi Géza* egyesületi jegyzőnél jelentkezhetnek.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A vallás és közoktatásügyi miniszter vitéz *Szecsődy Imre dr.* igazságügyi országos megfigyelő és elmegyógyintézeti főorvosnak a „Törvényszéki elmekórtan" című tárgykörből, *Zimányi Vidor dr.* m. kir. törzsorvosnak „Az orr-, gége- és fül betegségei, tekintettel a honvédszolgálat és a háborus rokkantság kérdéseire" című tárgykörből, *Tóth Zoltán dr.* egyetemi tanársegédnek a „Válogatott fejezetek a szemészet köréből" című tárgykörből, *Ludány György dr.* egyetemi adjunctusnak a „Kisérleti kórtan" című tárgykörből, *Gyulai Béla dr* egyetemi tanársegédnek „A szülés kórtana" című tárgykörből *Kopits Imre dr.* egyetemi tanársegédnek az „Orthopaedia" című tárgykörből és *Papolczy Ferenc dr.* egyetemi tanársegédnek a „Szemészeti pathologia" című tárgykörből a Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését; *Perémy Gábor dr.* egyetemi adjunctusnak pedig ugyanott „Az idegbetegségek diagnostikája" című tárgykörből történt magántanári képesítését „A belorvosi diagnostika" című tárgykörre történt kiterjesztését jóváhagyólag tudomásul vette és őket ebben a minőségükben megerősítette.

Noeggerath tanár előadása. *Noeggerath* a freiburgi egyetemen a gyermekgyógyászat tanára az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának és a Szellemi Együttműködés Szövetsége Magyar Egyesületének meghivására március elején több előadást fog Magyarországon tartani. Március 5-én d. u. 6 órakor az Egyetemi Gyermekklinikán tart előadást. Március 7-én délután 6 órakor a Szellemi Együttműködés Szövetsége Magyar Egyesületének rendezésében az Országos Szociálpolitikai Intézetben (VIII., Szentkirályi utca 7.) Ez előadások után Debrecenben, Szegeden és Pécsett is tart előadásokat. Irásbeli megkeresésre az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Üllői út 26.) részletes programmot küld.

Letelepülő orvosok érdekében szép gondolattal fordult hozzánk egy hüséges előfizetönk, ki hálás az Orvosi Hetilapnak azon segítségért és szolgálatokért, amikben szépen ívelő pályája folyamán lapunk öt részesitette. Emlékezve saját kezdeti nehézségeire átadott nekünk 104 pengőt: négy lappéldány egy-egy évi előfizetését azzal a rendeltetéssel, hogy négy vidéken most letelepülő fiatal orvos számára küldjük rendszeresen az Orvosi Hetilapot, hogy falusi magányukban az orvosi tudománnyal és munkával állandó érintkezésben maradjanak és nehéz vállalkozásukban támaszt és segitséget nyerjenek. Önzetlen barátunk ez áldozatkészségéért —, mit négy éven át megujítani szándékozik — őszinte és meleg köszönetet mondunk, kívánsága szerint megőrizve incognitóját és az eszme megható és fölötte hasznos voltán fellelkesülve a magunk részéről kiegészitjük azt 10 lappéldányra, sőt örömmel jelentjük még egy kartársunk jelentkezését, ki hallván a dologról, még egy példány előfizetését vállalta.

A mai napon felkértük a *Nemzeti Önállósítási Alap* elnökét, *Keresztes Fischer Ferenc* önagyméltóságát, hogy a 11 új előfizetőt jelölje ki nekünk azon legérdemesebb fiatal kartársak közül, akik olyan kis községekben hajlandók letelepülni, ahol még egy orvos sincs és az orvostelepités közegészségi szempontból kívánatos.

Pekingben a japánok fertőzőbetegség kutató intézetet létesitettek, melyre 1 millió yent utalt ki a minisztérium.

A Balatonfüredi Orvoshét. A balatonfüredi orvosi tanácsadó testület az országos központi orvosi továbbképzés keretében idén is rendez orvoshetet május hó 15-től 21-ig. Minden délelőtt professzorok és magántanárok tartanak előadást és délután kirándulások lesznek a jelentősebb balatoni fürdőtelepekre. Bemutatják a balatoni gyógytényezőket is. Az igazgatóság lakást díjtalanul ad az orvosoknak, a vendéglő pedig mérsékelt áron szolgáltat étkezést. Jelentkezéseket — korlátolt számban — elfogad a fürdőigazgatóság Balatonfüreden.

Orvos és munkásvédelem. A Józsefvárosi Vöröskereszt február 24-n a VIII. ker. Előljáróság dísztermében előadást rendezett. *Koiss Géza* ny. min. tanácsos elnöki megnyitója után *Pályi Márton dr.*, a Magyar Vöröskereszt Egylet főorvosa „Vöröskereszt és munkásvédelem" címen tartott előadást. Kifejtette, hogy az iparegészségügy a korszerű munkásvédelem alapja, amelynek művelői csak orvosok lehetnek. Szükséges az üzemi orvosi állások rendszeresítése, mert csak ezáltal lehet a foglalkozási megbetegedéseket meggátolni. Előadó ismertette a vöröskereszt munkásvédelmi intézményeit és adatokat, tényeket sorolt fel arravonatkozólag, hogy az orvosoknak tevékenyebb részt kell venniök a socialis munkában.

Diphtheria ellen a 246.600—1937. sz. belügyminiszteri rendelet értelmében minden gyermeket élete második évében védőoltásban kell részesíteni, hét éves korának betöltése előtt pedig újra be kell oltani. A hatósági oltások a két éves gyermekeken március 1-től június 30-ig, az ujraoltások pedig az első elemi iskolás gyermekeken szeptember hónapban végzendők el.

A gyermekek gondozói az oltásra kötelezett gyermekeket magánorvossal is beoltathatják és ha az erről szóló oltási bizonyítványt a hivatalos oltás alkalmával bemutatják, felmentetnek a kötelező oltás alól. Nem tekinthető azonban védettnek a gyermek, ha az ú. n. Ramon-féle oltóanyaggal (anatoxinfolyadékkal) legfeljebb csak két ízben oltatott be, mert ebből az oltóanyagból három oltás szükséges, azonban az anatoxincsapadékkal elegendő egy oltás is.

Az újraoltás alól felmenthető az a gyermek is, akin a hatósági, vagy gyermekszakorvos által féléven belül végzett Schick-féle fogékonysági bőr-próbaoltás negativ eredményü volt.

A kötelező hatósági védőoltásokhoz és újraoltásokhoz az oltóanyagot az Országos Közegészségügyi Intézet bocsátja a hivatalos oltó orvosok rendelkezésére; a magánorvosok által végzett oltásokhoz és a Schick-féle bőrpróbához pedig a belügyminisztérium által engedélyezett oltóanyagok használandók; és pedig az anatoxincsapadék vagy az anatoxinfolyadék, illetve a Schick-féle toxin és a hevített Schick-féle toxin (controll). Hazánkban a magánorvosi gyakorlat céljaira ezeket az anyagokat kizárólag a Phylaxia Szérumtermelő R. T. állítja elő.

Kívánatos, hogy a magánorvosok által igényelt oltóanyag lehetőleg egyszerre rendeltessék meg a gyógyszertárak útján, mert igy a portó- és csomagolási költség lényegesen csökken.

Az anatoxincsapadék rövidebb ideig tartható el, mint a folyékony anatoxin, ezért a belügyminiszteri rendelet értelmében nem tartható raktáron, hanem gyógyszetár útján mindig csak a szükséglet szerint szerezhető be. Fel nem használt oltóanyag vissza nem cserélhető.

Az anatoxincsapadék ára gyógyszertárban 1 személyre (1x1 ccm) 1.50; 2 személyre (2x1 ccm) 2.30; 5 személyre (5x1 ccm) 3.— P; vagy 5 személyre (1x5 ccm) 1.80; 10 személyre (1x10 ccm) 3.—; 20 személyre (1x20 ccm) 4.50 P.

Az anatoxinfolyadék ára: 1 személyre (0.5+1+1.5 ccm) 1.80; 5 ccm-es üvegcsében 1.20; 10 ccm-es üvegcsében 1.80; 20 ccm-es üvegcsében 3 pengő.

A francia elektro-radiologusok negyedik congressusát október 5., 6 és 7-én tartják Párisban, az Orvostudományi Kar physikai amphytheatrumában. E congressust a francia, lengyel, holland, román, spanyol és a jugoszláv elektroradiologiai egyesületek, valamint a Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete közreműködésével rendezik. A megnyitó előadást *Joliot-Curie* professor tartja: *A neutronok és a mesterséges radio-elemek biologiai alkalmazásáról és a velük való gyógykezelés elméleti lehetőségeiről.* A röntgendiagnostikai referens: *Didié* prof. *A testmetszetek röntgenvizsgálatának eredményeiről*, az elektrologiai referensek: *Boudouin* prof. és *Fischgold: Az idegrendszer bio-elektromos jelenségei kérdésének jelenlegi állásáról és alkalmazásának jelentőségéről*, végül: *A gyulladások röntgentherapiájáról Daniel* ad elő. Ezeken kívül a következő *physiobiologiai* előadások szerepelnek a congressus müsorán: *Palmieri* prof. (Bologna): *A sugárzások s az áramok hatása az anyagcserére; Lamarque* prof. (Montpellier): *A historadiographia eredményei, Soula* és *Marquès* professorok: *A neuromusculáris inger vizsgálatának újabb eredményei* és *Strohl* és *Djurno* professorok *Az elektrotonikus jelenségek magyarázatának kisérlete* címmel. Egy külön ülésen szabadon választott tárgyú előadásokat tartanak; az Elnökség ezenkívül elfogad a referátumok themájához csatlakozó rövid előadásokat és hozzászólásokat. A congressus ideje alatt délelőttönként *Joliot-Curie* prof., *Ledoux-Lebard, Belot, Cottenot, Maingot, Delherm, Didié, Duhem, Leppennetier* és *Ronneaux* tartanak a vezetésük alatt álló intézetekben bemutatásokat. A congressus résztvevői a francia vasutakon kedvezményben részesülnek. Részvételi dij tagok részére 100 fr., kisérők részére 20 fr. A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete kéri a congressus résztvevőit, hogy bővebb felvilágosítások végett forduljanak *Györgyi Géza dr.* egyesületi jegyzőhöz (XI., Budafoki út 17.)

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen február 23-án *Fonó Lászlóné, Balta Béla, Gálos József, Baranyai Aladár, Weinerger Rezső, Kemény Pál, Neumann Dezső.* — A Pázmány Péter Tudományegyetemen február 26-án: *Beck Zoltán Mihály, Csordás Gyula, Domonkos Géza Péter.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik február 22—28. között. A hét első felében nagyobszámú betörési front érkezett, a hét utolsó három napja Budapesten frontmentes volt. Felsiklási front a fővárost egész héten nem érte el, ami ritkaságszámba megy. Az ország északnyugati szélén azonban a február 27-ről 28-ra virradó éjjelen egy igen gyenge felsiklási front vonult keresztül, 28-án késő estétől kezdve pedig az egész országban egy olyan felsiklási front praefrontalis reactiói mutatkoztak, amely csak márc. 1-én érkezett meg és a következő heti táblázatban fog szerepelni. Az utolsó este néhány óráját nem számítva, a hét teljes egészében *a felsiklás iránt érzékeny egyének számára szokatlanul kedvező megnyugvási időszak volt.* Ezzel szemben a betörési frontok iránt érzékenyeknek a hét első felében (különösen azonban a 22-éről 23-ára virradó éjjelen) reactiókat kell mutatniok. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő esemé nyei
hó	nap	óra			
Február	22	11	betörési	gyenge	Szélbet. felhő nélkül, max. seb. 12 m/mp.
	22	20	betörési	erős	Szélbet. eső nélkül, max. seb. 18 m/mp.
	23	13	betörési	mérsék.	Nagyon gyenge postfrontális hózápor
	23	20	betörési	gyenge	Mérsékelt szellőkések, max seb. 11 m/mp.
	24	8	betörési	mérsék.	Szélbet. eső nélkül, max. seb. 17 m/mp.
	25	4	betörési	gyenge	Szélélénkülés, max seb. 6 m/mp.

*)A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai.

A meteorotrop jellegü physiologiai és pathologiai jelenségek olyankor lépnek fel határozottan, vagy a rendesnél súlyosabb mértékben, amikor az időjárási elemek közül nem csak egy, vagy kettő változik meg, (pl. nem *csak* a hömérséklet, vagy nem *csak* a légnyomás, vagy *csak* a levegő elektromos állapota), hanem *olyankor, amikor az összes időjárási elemek egyszerre és hirtelen, ugrásszerüen változást szenvednek.* Ez történik az ú. n. *frontok* lakóhelyünk feletti átvonulásakor, melyek időpontjában megváltozik a hömérsék, a szél iránya és ereje, a légnyomás turbulentiája, a levegő sugárátbocsátása, szennyezettsége, nyomása, elektromos állapota, stb., vagyis a *frontátvonulás alkalmával a meteorologiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.*

Tapasztalás szerint a fronthatások igen sokfélék és *specifikus jellegüek*, amennyiben a fronthatások egy része csakis az ú. n. *felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban* jelentkezik, más fronthatások viszont csakis az ú. n. *betörési frontok átvonulását követő órákban* mutatkoznak. Példák: régi mütéti és baleseti sebhelyek sajgása, bizonyos neuropathák izgalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsiás rohamok a betörési frontokon postfrontalisan jelentkeznek.

A felsiklási frontokon és betörési frontokon kívül van még egy harmadik frontja, az ú. n. *veszteglő front;* ez igen feltünő meteorologiai jelenségekkel jár, (tartós, erős eső, hófúvás, árvíz), de az élő szervezetre közvetlen frontopathikus hatása nem szokott lenni.

Aujeszky dr.

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANITZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmanitzky-u. 69

HETIREND

Március 7-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Friedrich László:* Taenia. Echinococcus. Trichinosi.

Március 8-án d. u. 6 órakor a Magyar Gyermekorvosok Társaságának ülése (Gyermekklinika tantermében). *Fritz Sándor:* Anophthalmus congenitus (unilateralis); *Véghelyi Péter:* Dysenteria-amoeba gyermekben; *Fényes István* és *Horváth Boldizsár:* Heine—Medin eredetű késői spastikus bénulás; *Wollek Béla:* Gázmérgezés érdekesebb esete gyermekkorban; *Csépány László:* Veleszületett epeútelzáródás esetei; *Mendelényi Margit:* Decapsulatio anuriás gyermekekben.

Március 8-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Huzella Tivadar:* A kisérleti szövettani kutatás egyes eredményeinek érvényesülése a gyakorlati orvostudományban.

Március 11-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. „Az előkészítés és utókezelés jelentősége a mütéti eredmények javításában" cimü előadássorozat folytatása. Előadók: *Issekutz Béla* és *Bakay Lajos.*

3348—1938. szám. Vasvármegye Alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Vasvármegyének felsőbüki Nagy Sándor alapitotta kemenesaljai közkórházában Celldömölkön, a sebészeti osztályon megüresedett *osztályvezető főorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendelet alapján a IX. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés és lakbér, a kormányrendeletben megállapitott csökkentésekkel, illetve módositásokkal.

Az állásra pályázók kérvényeiket Vasvármegye Főispánjához cimezve, *1938. évi március hó 22-én déli 12 óráig* nálam annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett pályázati kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Közszolgálatban állók pályázati kérvényüket szolgálati elöljáróik útján kötelesek beküldeni.

A pályázati kérvényhez csatolandó 1. orvosdoktori oklevél; 2. magyar állampolgárságot igazoló bizonyitvány; 3. születési bizonyitvány; 4. életrajzi adatok (curriculum vitae); 5. politikai előéletet tanusító bizonyitvány; 6. sebészeti szakképzettség, legalább 5 évi kórházi, vagy klinikai szolgálat és lehetőleg szülészeti és gégészeti osztályon szerzett gyakorlat igazolása, továbbá esetleges tudományos működés; 7. orvoskamarai tagság igazolása.

Szombathely, 1938. február 22.

Horváth Kálmán dr. s. k. alispán,
a celldömölki köz kórházi bizottság elnöke.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

Somogyvármegye Közkórháza, Kaposvárott.
Ált. 252—1938. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Somogyvármegye kaposvári közkórházában megüresedett *belgyógyász főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 300—1935. évi B. M. sz. rendelet szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel kezdődik.

A pályázati kérvényeket vitéz Igmándy-Hegyessy László főispánhoz cimezve és megfelelően felülbélyegezve *1938 évi március hó 9-én déli 12 óráig* a kórház igazgatóságához kell benyujtani. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetem tekintetbe.

A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitványt; 3. magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; 5. az egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyitványokat; 6. köszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyitványt; 7. a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. a különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. az 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesités igazolását, (1300—1932. N. M. M. 10. §. 1. bek.); 10. az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; 11. kivánatos a szakdolgozatok, különlenyomatok csatolása, vagy az azokra utalás.

A közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősitési táblázaton) fel vannak tüntetve, az emlitett törzskönyvi lappal (minősitési táblázattal) igazolhatják.

A mellékleteket bélyeggel kell ellátni.

Kaposvár, 1938. évi február hó 9-én.

Erdős Ödön dr. s. k.
helyettes kórházigazgató.

Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék alispánja.
1938—1938. alp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Mosonvármegye Karolina közkórházában a normalstátusban rendszeresitett, s lemondás folytán megüresedett *sebész-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állásra pályázók kérvényeiket méltóságos Polniczky Lipót Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához cimezve hivatalomhoz nyujtsák be.

A pályázat határideje: a hirdetménynek a „Népegészségügy" cimü hivatalos lapban történt *közzétételétől számitott 15. nap.* Az állás május 1-én foglalandó el.

Az állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendelet 3. §-a értelmében a IX. fizetési osztálynak megfelelő illetmény. Az állás elnyeréséhez az 1300—1932. N. M. M. sz. rendelet 10. §-ának 1 pontja értelmében 5 évi kórházi gyakorlat s sebész szakorvosi képesités szükséges.

A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 8. §-ának 3. bekezdése értelmében csatolni kell a következő okmányokat: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyitványt; 3. a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt; 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét; 6. szakorvosi képesitést igazoló bizonyitványt; 8. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyitványt; 8. katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb emlitett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, törzslappal igazolhatják.

Győr, 1938 február 21.

Telbisz Miklós dr. s. k alispán

CIGELKA
jód-brómos
források gyógyvizei
1843
óta van forgalomban.

Gyomorégés, savtültengés, gyomorfekély, étvágytalanság emésztési zavarok eseteiben
Cigelka – Stephanus
sóskarbonátos - jód - brómos - gyógyviz kiváló gyógyhatású.

Érelmeszesedés, vérbaj, skrofulózis, gyulladásos természetü női bajok és a légzőszervek hurutos bántalmai ellen pedig a
Cigelka – Ludovicus
jód-brómos forrás gyógyvizét ajánljuk.

Az emésztési és bélanyagcserezavarok kezelésére

Intestinol

Adagolás:
háromszor naponta
2—4 dragée

Összetétele:
Pankreas — duodenum nyálkahártya — epesav — aktív szén

„Henning"

Magyarországon 1933 február 13 tól 19-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	infulenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	--	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	2	—	—	—
3. Baranya	251.834	2		—	—	1	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4	—	—	—
4. Békés	337.414	—	1	—	—	1	1	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	6	—	—	—
5. Bihar	181.746	5	1	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	—	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	29	2	—	2	—	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	—	—	—	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	1	—	—	—
8. Csongrád	148.013	—	--	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	1	—	—	--
9. Fejér	231.470	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	29	2	4	1	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	14	3	—	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	—	—	1	—	—	—	7	1	5	3	—	—	—
12. Heves	323.712	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	57	4	7	2	1	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	—	1	—	—	—	—	6	1	2	—	—	—	—	—	—	—	39	4	3	15	—	—	—
14 Komárom-Esztergom	182.975	1	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	2	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	2	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	15	4	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	5	—	—	—	3	—	38	1	41	—	—	—	1	—	—	—	430	26	7	15	—	—	—
17. Somogy	390.794	—	—	—	—	—	—	5	1	7	—	—	—	—	—	—	—	26	—	9	4	4	—	—
18. Sopron	142 399	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	82	—	2	1	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	8	—	—	—	1	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	9	1	—	2	7	—	—
20. Szatmár-Ugocsa-Bereg	159.705	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	3	—	—
21. Tolna	265.884	1	2	—	—	—	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	—	—	—	—
22 Vas	272.599	6	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	15	12	15	1	—	—	—
23. Veszprém	248.310	3	—	—	—	1	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	2	22	3	—	—	—
24. Zala	369.469	1	—	—	—	—	—	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	12	1	8	—	3	—	—
2 . Zemplén	149.916	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	1	—	3	1	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	1	1	—	—	—	—	37	—	71	2	—	—	1	—	—	—	443	58	13	8	—	—	—
III. Debrecen	125.368	1	—	—	—	12	1	5	—	2	—	—	—	—	—	1	—	3	3	2	1	1	—	—
IV. Győr	50.962	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	1	-	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	2	—	—	—	—	—	2	-	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	-	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	—	—	—	—	2	—	6	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	5	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	139.702	2	—	1	—	—	—	10	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	3	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Összesen:	8,991.179	45	8	2	—	25	2	191	6	196	2	1	1	1	1	1	—	1264	154	146	98	20	—	—
Medián 1931—37		52	10	3	—	10	1	286	22	242	3	1	1	1	—	2	—	697	163	135	65	3	1	—

ZAMAKO

Rendkívül kellemes, csokoládé ízű zabmaláta-tápszer
csecsemők mesterséges táplálására.

Rendelhető: OTI, Dohányjövedék, Közgyógyszerellátás és Bányatárspénztár terhére.

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari kft. Budapest, V., Nádor utca 15.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Debrecen sz. kir. város törvényhatóságában a normálstátus keretében elhalálozás folytán megüresedett egy *külsőségi városi orvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A meghirdetett városi orvosi állást az 1936:IX. tc. 11. §-ának (1) bekezdése értelmében a m. kir. belügyminiszter kinevezés útján tölti be.

Az állás a IX. fizetési osztályban szerveztetett meg s az utána járó illetményeket a mindenkori kormányhatósági jóváhagyást nyert közgyülési határozatok szabályozzák.

A 316—1936. Bkgy. sz. közgyülési határozat rendelkezése értelmében a kinevezendő orvos köteles a szolgálati beosztása szerinti kerületben s a város polgármestere által közelebbről megjelölendő helyen lakni.

A szabályszerüen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérvényeket, a m. kir. belügyminiszterhez címzetten, ennek a pályázati hirdetménynek a „Népegészségügy" című hivatalos lapban történt közzétételtől *számított 15 nap alatt;* közszolgálatban álló pályázók szolgálati úton, más pályázók pedig közvetlenül, a városi közigazgatási iktató hivatalba (Városháza, földszint 8. sz.) tartoznak benyujtani.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hivatalos másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyitványt; *c)* a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt és pedig a 1140—1936. B. M. sz. rendelet szerint értve ezalatt: állampolgársági bizonyitványt, honositási, visszahonositási okiratot, a magyar állampolgárságnak az 1921:XXXIII. tc. 63. §-a alapján igénylését (opció) tanusító igazolványt, vagy olyan illetőségi bizonyitványt, amely feltünteti, hogy a községi illetőség már az 1921. évi július hó 26. napján is fennforgott; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati köryvecskét és szigorlati bizonyitványokat; *f)* a tisztiorvosi képesitést igazoló okmányt. Az 1936:IX. tc. 12. §-ának (1) bekezdése értelmében a most meghirdetett városi orvosi állásra olyan orvos is kinevezhető, aki a tisztiorvosi vizsgát még nem tette le. Az ilyen orvos azonban az emlitett képesitést a hivatkozott törvényszakban előirt határidő és a törvényes következmények terhe alatt megszerezni köteles. *g)* polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmányokat; *h)* közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyitványt; *i)* a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; *j)* az esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; *k)* az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat.

A pályázok kérvényükben nyilatkozni kötelesek a 920—1937. B. M. sz. rendelet értelmében afelől, hogy közhivatalokban, közintézetekben és közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesitéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem?

Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölniök.

Az a pályázati kérvény, mely az előző bekezdésekben előirt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősitési táblázat) fel vannak tüntetve, az emlitett törzskönyvi lappal, (minősitési táblázattal) igazolhatják.

Debrecen, 1938 február 18.

Kölcsey Sándor dr.
polgármester.

A para-aminobenzolsulfamid therapia indicatiós köre napról-napra bővül. Coccus és coli fertőzésekben biztos hatású chemotherapeuticum. *Nigma* néven a dr. Wander-féle para-aminobenzolsulfamid 10 tablettát, 20 tablettát és 5 kúpot tartalmazó csomagolásban kerül forgalomba. Klinikai és kórházi tapasztalatok egyértelmüen igazolják, hogy a Nigma erélyes baktericid hatását a szervezetben rövid idő alatt, minden kóros mellékhatás nélkül fejti ki. A készitményt a dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár már az 1936. év folyamán előállitotta. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a Nigma a fertőzéses betegségek kezelésében nélkülözhetetlen.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

82. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1938 március 12.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

A SZTE ÁOK TUDOMÁNYOS SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Johan Béla: Tízéves falusi közegészségügyi munka tanulságai. (235—238. oldal.)
Engel Károly: A syphilises aorta-betegség morbiditása és mortalitása. (239—240. oldal.)
Móritz Dénes: Adatok a meningitis tuberculosa pathologiájához. (240—242. oldal.)
Csajághy Márta és Mezei Béla: A Meduna- és Sakel-féle gyógymód eredményei a serdüléses elmezavarban. (242—245. oldal.)
Szende Béla és Murányi László: Arcüreggyulladások bakteriologiája. (246—249. oldal.)
Egedy Elemér: A szénsavas fürdők hatásának ellenőrzése vérnyomásméréssel és oscillometriával. (249—251. old.)
Jakabházy István: Fogeredetü csontvelőgyulladás az alsó állcsont felhágó ágában. (251—253. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (41—44. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Börgyógyászat. (253—254. oldal.)
Könyvismertetés: (254—255. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (255—257. oldal.)
Vegyes hírek: (257—258. oldal.)

Tízéves falusi közegészségügyi munka tanulságai.*

Irta: *Johan Béla dr.*, belügyi államtitkár.

Tóth Lajos emlékének szentelt ünnepi közgyülésen az Ő emlékére előadást tartani annyit jelent, mint hódolni az Ő nagysága előtt. Öröm és megtiszteltetés számomra, hogy én is a hódolók sorába léphetek. *Öröm*, — mert szülővárosom Egyetemének ünnepén beszélhetek és pécsiek előtt szólhatok. *Megtiszteltetés*, — mert mindig tekintélytisztelő voltam és az emberre nézve felemelőnek tartottam igaz tekintélyek, igazi nagyságok elismerését és emlékük előtti hódolást. Mindenki azzal hódol, ami a foglalkozásához és szivéhez a legközelebb áll: az egyik a tudomány műhelyeiben nevelt babérággal, a másik — amint ezt ma én is tenni szándékozom — a magyar földben, munkatársaim és magam által ápolt, nevelt, a magyar népi egészségügynek sokszor ma még igen szerény virágaival.

Tóth Lajos életének munkája és a közegészségügy célkitüzései igen közel vannak egymáshoz. *Tóth Lajost Berde Károly* igen tisztelt barátom egyik beszédében nagyon találóan a magyar tudományosság, a magyar egyetemek szállásmesterének nevezte. *Tóth Lajos* szívós egyetemépítő munkája elsősorban a *magyar orvosképzés* fejlesztését szolgálta. A közegészségügyi munka sikere, vagy sikertelensége elsősorban e munkát végző orvosok elméleti és gyakorlati képzettségétől függ. Igy az egészségügyi kormányzatnak örömmel kell fogadnia minden olyan intézkedést, amely a magyar orvosképzésnek hajlékot ad, azt továbbépiti, továbbfejleszti.

Tóth Lajos munkája egyszersmind a *magyar orvostudomány művelésének* teremtette meg itt, Pécsett nagyjelentőségü központját. Sokat vitatkoztak már arról, hogy az orvostudománynak, az orvosi tudományos kutatómunkának van-e szüksége önálló, kizárólag kutatással foglalkozó intézetekre, vagy a kutatás eredményesen végezhető-e bizonyos más, gyakorlati célokat is szolgáló intézetekben, klinikákon, kórházakban? E kérdésre úgy gondolom, hogy a helyes felelet az, hogy elsősorban megfelelő kutatótehetséggel megáldott emberre van szükség. Az önálló kutatóintézetek jogosultsága elsősorban a nagy nemzeteknél áll fenn. Kis nemzetek meglévő intézményeiket használják fel az orvosi kutatásra. Ezek között elsősorban az egyetemi intézetekre kell számítani. Hangsúlyozom azonban, hogy az egyetemi intézetek értékének, vagy egy egyetemi tanár kiválóságának megítélésekor nem lehet egyedüli alap az általa végzett kutatómunka. A kutató, alkotó: *produktiv* és a tanító; *reproduktiv* képesség, illetve tehetség nem mindig jár együtt. Valaki lehet kitünő zongora előadóművész, de ebből nem következik, hogy jó komponista is. Csak szerencsés lehet nemzetünk, hogy egyetemi tanáraink közt kiváló kutatótehetségek vannak. Az egészségügyi kormányzat nagy megbecsüléssel tekint munkájukra, amelynek gyümölcsei közvetlenül, vagy közvetve elősegítik a közegészségügyi munka tökéletesítését.

Tóth Lajos munkája még egy harmadik területen és pedig *a gyakorlati közegészségügyi munka területén* is szoros kapcsolatban van az egészségügyi kormányzat célkitüzéseivel. A pécsi Erzsébet Tudományegyetem orvoskari intézetei és klinikai alapításuk óta a beteggyógyitásnak és az egészségvédelemnek nélkülözhetetlenné vált központjai.

Az egyetemek orvoskarainak e hármas feladatköre és az egészségügyi szolgálat célkitüzései közötti összefüggés felismerése kovácsolja szorossá az egyetemek és az egészségügyi kormányzat között a szolidaritás érzését. Ez a szolidaritás érzése hozott engem ide, hogy Önökkel együtt áldozzak a nagy egyetemépítő, *Tóth Lajos* emlékének.

*

A háború óta eltelt most már közel két évtized közegészségügyi munkája hazánkban nagyjából két periódusra osztható fel: az első tíz évet a háboru pusztításainak eltüntetése mellett a beteggyógyitás feltételeinek biztosítása, a második tíz évet a praeventióval foglalkozó közegészségügyi szolgálat megszervezése jellemzi. Az első évtizedbe esik a vidéki egyetemeink kiépítése mellett a

*) Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztálya ünnepi közgyülésén tartott Tóth Lajos-emlékelőadás.

közkórházi hálózat fejlesztése. Az anya- és csecsemővédelem, a tuberculosis gondozása ebben az időben, röviddel a háború után fejlődésnek indult. Intézményeinek javarészét a városokban és a legnagyobb községekben létesítette. A második tíz év az egészségvédelem gondolatát általánosítani törekedett és különös súlyt helyezett és helyez ma is a falvak közegészségügyi szolgálatának megszervezésére. E tíz év első felét a falusi közegészségügyi kérdések tanulmányozása foglalta le. Bármilyen jók voltak is a közegészségügyi munka eredményei a városokban, az ott használt munkamódokat, — legalább is valamennyit —, változtatás nélkül nem lehetett átültetni a falvakba. Lehetetlenné tette ezt a falvaknak különleges szerkezete, kisebb anyagi teherviselőképessége és népének a városétól sokban eltérő lelkisége.

Ezeknek a falusi sajátosságoknak tanulmányozását és az ezekhez szabott közegészségügyi szolgálat kialakítását a Rockefeller Alapítvány éveken át ismételt, nagylelkű adománya tette lehetővé. E munka megkezdése óta eltelt 10 év feljogosít minket arra, hogy a tapasztaltakból bizonyos tanulságokat és következtetéseket vonjunk le. Ezeket a tapasztalatokat felhasználva állapította meg az egészségügyi kormányzat a falusi közegészségügyi munka kitüzött céljait és módját.

Sokszór ismételt megállapítás az, hogy falvainkban az *orvosok száma* elégtelen. Néhány errevonatkozó számadat a helyzetet megvilágítja: Hazánk 3376 községe közül 2317 községben nem lakik orvos, s így kb. 2 millió falusi lakosnak, — ha beteg — más községben, vagy városban lakó orvos segítségét kell igénybevennie. Vannak törvényhatóságaink, ahol a körorvos a köréhez tartozó községbe havonta csak egyszer jut el. Tekintettel arra, hogy ezeken a helyeken a körorvoson kívül más orvos rendesen nincsen, azt is mondhatnánk, hogy vannak községek, ahol a beteget orvos havonta csak egyszer látja. Felesleges arról szólnom, hogy ez közegészségügyi szempontból mit jelent!

E helyzet megváltoztatásának két módja van, az egyik: a körorvosok *közlekedését* megkönnyítjük. Sok esetben automobilnak a körorvos rendelkezésére állításával megoldható lenne a kérdés. Ennek azonban határt szab az, hogy sok helyen a kisebb községeink közt az utak a gyorsabb közlekedést nem teszik lehetővé. A segítés második módja: több *orvost telepítünk* le a falvakban, illetve olyan falvakban telepítünk orvost, ahol jelenleg nincs. Nem egyszer olvashattuk a jelszót: „Orvost minden magyar faluba". Felesleges mondanom, hogy ez ilyen formában, illetve ilyen mértékben megoldhatatlan.

Az *orvostelepítésnek három igen fontos feltétele* van: megfelelő lakás, a szükséges orvosi felszerelés és a megélhetési lehetőség biztosítása.

Az *orvosi lakáskérdést* kétféle módon törekszünk megoldani: OTI, vagy MABI kölcsönt tudunk a községeknek szerezni orvosi lakásépítés céljára. A kölcsön egyrészét a község az orvos lakáspénzéből törlesztheti. Másrészt a magyar társadalom áldozatkészségéből a falusi közegészségügyi munka céljára rendelkezésre bocsátott 3½ millió pengőből korlátolt keretekben segélyt tudunk szerezni nagyon szegény községeknek orvosi lakásépítés céljára.

Az *orvosi felszerelés* megszerzését megkönnyíti a Nemzeti Önellátási Alap, amely kölcsönt ad a berendezkedni szándékozó orvosoknak.

Az ujonnan telepített *orvos megélhetése* biztosításának egyik módja az orvosi egészségügyi kör szétosztása és új körorvosi állások szervezése. Minden évben szervezünk a meglévő körök szétosztása útján bizonyos számú új körorvosi állást. Ezt tovább kell folytatnunk. Addig is, míg ez szélesebb körben sikerül, nagy segítséget jelent több megértő mecenásnak az az elhatározása, hogy a Nemzeti Önállósítási Alap által kijelölt községekbe letelepedő bizonyos számú orvosnak két éven át havi 100 pengő segélyt ad. E községeket a m. kir. tiszti főorvosok irták össze, mint olyanokat, ahol letelepedő orvos megélhetése biztosítottnak látszik. A két év alatt vagy sikerül ott új községi, vagy körorvosi állást szervezni, vagy az egészségvédelmi szolgálatból, magángyakorlatból, uradalmi állásból tudja az orvos megélhetését biztosítani. Az 1936 óta bevezetett központosított kinevezési rendszer lehetővé teszi azt, hogy községi, vagy körorvos egy kisebb községből egy nagyobba kinevezhető (tulajdonképen áthelyezhető), így egy kis faluba kinevezett körorvosnak nem kell ma már attól félnie, hogy egész életére ott kell maradnia. Ennek a kisebb helyről nagyobb községbe kinevezési kérelemnek a belügyminiszter a pályázatok kapcsán, jó minősítés esetén, helyet szokott adni.

Reá szeretnék mutatni arra, hogy az orvostelepítésnek — legalábbis a mai községi, illetőleg körorvosi fizetések mellett — határt szab a község nagysága. Az említett 2317 községből csak 94 olyat ismerünk, amelynek lélekszáma a 2000-en felül van és 2223 olyat, ahol 2000-nél kevesebb ember lakik. A tapasztalás szerint 2000 lélekszámúnál kisebb községekben orvos csak ritkán tud megélni. Hazánkban 2563 ilyen 2000-nél kisebb lélekszámú község van és ezek közül csak 340-ben él orvos.

Az orvostelepítés szempontjából tehát egyelőre csak az említett 94, illetőleg tiszti főorvosok adatai szerint csak 81 község jöhet számításba. Ennél kisebb községbe csak bizonyos, az orvos megélhetése szempontjából kedvező körülmények esetén telepíthetünk orvost. Egyébként a 2000 lélekszámúnál kisebb községekbe csak akkor lehetne orvost telepíteni, ha az illetők fizetését — pl. helyi pótlék formájában — emelni tudnók.

A falusi elhelyezkedésre törekvő *orvosok képzettsége* szempontjából két hibáról, illetve hiányról kívánok megemlékezni: az egyik az, hogy nem egyszer községi, vagy körorvosi állásra pályázik olyan orvos, aki orvosi oklevelének elnyerése után több évig dolgozott klinikán, vagy közkórházban — de csak egyetlen, — néha igen szűk, speciális szakmán (pl. fülészeten, szemészeten, röntgenlaboratoriumban). Az ilyen orvos nem rendelkezik azzal a többirányú gyakorlattal, amellyel egy községi, vagy körorvosnak rendelkeznie kell. Örömmel hallottam, hogy a pécsi Egyetem foglalkozik a leendő községi- és körorvosok eme kívánatos többirányú gyakorlati képzésével. Ez a törekvés a falusi közegészségügyi munka szempontjából nagyjelentőségű úttörő munka. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága keretében *Grósz* professor évek óta minden támogatást megad a magukat továbbképezni óhajtó községi és körorvosoknak. Hangsúlyozom annak a fontosságát, hogy a községi orvosok időnként továbbképzésben részesüljenek. Erre a vidéki kórházak, de különösen az egyetemi klinikák alkalmasak. Ennek a továbbképzésnek a lehetőségét a klinikai professorok tudtommal szívesen megadják.

A falusi orvosok képzésében másik hiány az, hogy a községi és körorvosok nagyon gyakran egyáltalán nem értenek a fogászathoz. Felesleges rámutatnom arra, hogy milyen fontos lenne az, hogy az orvos reászoktassa a falu népét, hogy a fogait rendbehozassa. Most csak arra utalok, hogy az orvos megélhetése szempontjából is nagy segítséget jelentene az, ha fogorvosi gyakorlattal is foglalkoznék. Ezért a falusi egészségügyi munka szempontjából melegen üdvözlöm vidéki egyetemeinknek azt a tö-

rekvését, hogy az orvostanhallgatók kiképzését a stomatologiában minél alaposabbá tegyék.

A községi és körorvosi állásba kerülő orvosok a szükséges közigazgatási ismereteket az 1936 közepe óta kötelezővé tett községi orvosi tanfolyamon szerzik meg.

A falusi közegészségügyi munka sikere a jól —, még pedig falusi munkában jól képzett orvosokon kívül a falusi viszonyokhoz alakított megfelelő *munkarendszertől* és attól függ, hogy ennek keresztülviteléhez szükséges *anyagi eszközök* megszerezhetők-e?

A falusi közegészségügyi munka kérdésével ma minden országban sokat foglalkoznak. A probléma internationális; a megoldást azonban az illető nép sajátosságaihoz kell alkalmazni. Ezért indítottuk meg munkatársaimmal ezelőtt több, mint tíz évvel a falusi közegészségügyi problémáknak vizsgálatát, kutatását. Nagy segítségünkre voltak a falusi közegészségügyi kérdésekről különböző helyeken készült tanulmányok és ezek között *Fenyvessy* professornak és iskolájának a baranyamegyei községekről szóló munkái.

Elismeréssel kell adóznom annak a munkának, amelyet a Stefánia Szövetség anya- és csecsemővédőintézetei, a tuberculosis ellen küzdő egyesületek dispensairejei, az iskola-egészségügyi és nemibeteg gondozóintézetek a városokban és a nagy községekben végeznek. Ezek munkáját az egészségügyi kormányzat továbbra is élénk figyelemmel kiséri és melegen támogatja. A kisebb községekben azonban ilyen önálló védőintézeteket felállítani célszerűségi és gazdasági okokból nem lehet. A falvakban egy *egység* keretében kell az egészségvédelmi szolgálatot megszervezni, azt az ottlévő — igen gyakran egyetlen — községi orvosra és a melléje adott — az egészségvédelem különböző ágazataiban jól kiképzett — védőnőre kell bízni. Ebben a rendszerben kezdtünk dolgozni 1926—27-ben a gödöllői, a mezőkövesdi, a váci, a berettyóujfalui járásban és másutt. Hat évi ilyen rendszerű munka eredményei meggyőzték annak helyességéről az akkori belügyminisztert, *Keresztes-Fischer Ferencet*, aki jóváhagyta a falusi egészségvédelmi munkának azt a rendszerét, amely ma *Zöldkeresztes* egészségvédelmi munka neve alatt ismeretes. Ugyanő állapította meg, hogy ezt a munkát a 6000 lélekszámúnál kisebb községekben fogjuk az egész országban bevezetni, még pedig az akkori kormány jóváhagyása alapján 1934-től számított 10 év alatt. A városokban és a 6000 lélekszámúnál nagyobb községekben a jövőben is a Stefánia Szövetség látja el az anya- és csecsemővédelmet.

Meg volt tehát a falusi egészségvédelmi munkára a programm, közben az orvosokat is kiképeztük erre a munkára. Hiányzottak azonban még kellő számban e munkára megfelelően képzett *védőnők*. 1930-ban felállítottuk Budapesten az azóta már bővített, Zöldkeresztes Védőnőképző Intézetet, hasonlót a régi debreceni intézethez. Az idén március elején nyitjuk meg a harmadik védőnőképző intézetet Szegeden.

A Zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat keretében gondoskodunk a falvakban az anya- és csecsemővédelemről, az ovodás és iskolás gyermekek, a gümőkórosak gondozásáról, az ezzel kapcsolatos socialis gondozásról és a szegénysorsú betegek otthoni ápolásának megszervezéséről. 6—8000 lélekszámú körzeteket alakítunk mindenfelé az országban. Sikerült a költségeket annyira leszorítani, hogy mindez a munka évenként és lakosonként kb. 50 fillérből biztosítható. A költségeket az állam, a törvényhatóság és a községek közösen viselik.

Sok gondot okozott a szegényebb falvakban az egészségvédelmi tanácsadásokhoz szükséges helyiségek, az úgynevezett *Egészségházak* létesítése. Néha még a legszerényebb két szobát is alig tudtuk e célra megkapni. A már említett társadalmi adakozásból kapott összegből sikerülni fog két év alatt mintegy 250—300 községben Egészségház létesítését elősegítenünk. Rajta leszünk, hogy ezekben az iskolásgyermekek számára zuhanyfürdőket is létesíthessünk. Az Egészségházak igen szerény, a falusi környezetbe beillő házak lesznek; remélem sok község fog adni egy-egy rendelkezésére álló házat, amelyet az egészségvédelmi munka céljaira csak rendbehozunk, berendezünk. Megfelelőnek tartunk erre a célra — a zuhanyfürdő helyiségének kivételével — vályogtégla épületeket is.

Ezzel a kérdéssel kapcsolatban ki szeretnék térni a *falusi lakóházakra* és a *falusi kutak* terén szerzett tapasztalatainkra.

Sokszor szóbakerül nálunk a falusi vályogfalú házak problémája s ezekről többnyire, mint egészségügyi szempontból elvetendőkről szólnak, különösen, ha nincsenek alápincézve. Hogy e problémával tisztában legyünk, nézzük először a statistikai számokat.

Hazánkban az 1930. évi statistikai adatfelvétel 1.467.926 lakóházról számol be. Ezeknek 73.8%-a, — több mint 1 millió ház — vályogból épült és ezek kb. ⅓-ának volt csak kő, vagy tégla alapja. Van az országnak olyan törvényhatósága, ahol a lakóházak 93%-a vályogból épült és csak kb. ⅕-ének van kő, vagy tégla alapja.

Ilyen számokkal állván szemben igen kicsiny lenne a gyakorlati haszna egy olyan propagandának, amely a vályogfalú házakat rosszaknak hirdetné és a vályogfalu házak építése ellen foglalna állást: a mai létező kb. 1 millió vályogfalú ház átépítésére úgy sem számíthatnánk. A jövőre nézve sem akadályozhatnók meg vályogfalu házak építését. Az ok ugyanis, amely miatt vályogfalu házakat építettek, a falusi nép szegénysége s az egyéb építőanyag drágasága volt, — ez pedig ma is fennáll. Meg kell állapítanom, hogy a vályogfalú házak közt is vannak olyanok, amelyek közegészségügyi szempontból nem kifogásolhatók és pedig azok, amelyek alapja kőből, téglából, vagy betonból készül, ez az alap a földből legalább 30—40 cm-re kiemelkedik s a tetője aszfaltlemezzel jól szigetelve van. Ha erre rakják jól kiszárított vályogtéglákból a falat és elég nagy ablakokat készítenek, akkor a fal nem lesz nedves és a ház egészségügyi szempontból megfelel, még ha nincs is alápincézve. Hazánkban egyébként a lakóházaknak 84.2%-a (több mint 1.200.000 ház) egyáltalán nincs alápincézve. Ne kifogásoljunk tehát minden vályogfalú házat, hanem csak a rosszul épített, nedves falu, kis ablaknyilású vályogházak ellen küzdjünk.

Nehéz kérdés *a falvak ivóvízzel ellátásának* kérdése. A falut és a rossz ivóvizet gyakran együtt emlegetik és meg kell vallanunk, bizonyos joggal. Mintegy 28.000 falusi kut részletes vizsgálata alapján állíthatjuk, hogy a kutaknak átlag 65%-a közegészségügyi szempontból kifogásolandó. Vannak törvényhatóságok, ahol ez az arány 87%-ra emelkedik. A kutak számát hazánkban nem ismerjük. Hozzávetőlegesen számuk 600—700.000 becsülhető. Ez mutatja a probléma súlyosságát.

A multban a falusi vízellátás megoldását vagy vízvezetékek létesítésében vagy artézi kutak fúrásában látták. Vízvezetékek létesítése — különösen a mi elnyult, hosszú falvainkban — gazdasági okokból megoldhatatlan. Az egész országban, — 3374 városban és községben együttvéve — 68-ban van csak vízvezeték. Az artézi kutak száma már jóval nagyobb, mint 7.000. Artézi kutakkal valóban a legtöbb helyen jól megoldható az ivóvízellátás. Egy artézi kut költsége azonban rendesen sok ezer pengőre rúg. Ha a 3374 község 60%-ában, vagyis kb. 2000 köz-

ségben kellene egyenként átlag csak 3 jó artézi kutat létesítenünk és egy artézi kut költségét átlag 8.000 pengőre becsüljük, akkor ehhez 48 millió pengőre lenne szükség.

Tapasztalataink szerint igen sok, 8—10 méter mély, aknás kút vize jó mindaddig, míg kivülről a kutba szennyeződés nem kerül be. Falusi kutaink jórésze nyitott, gémes, vagy kerekes kút. Az Országos Közegészségügyi Intézet mérnökeinek most már sok éves tapasztalatai szerint átlag 600 pengőből tudunk, — ahol ezt a talajviszonyok megengedik — jó szivattyús aknáskutakat létesíteni. Ahol mélyebbre kell mennünk, ott átlagban 1000—1500 pengőből lehet sekélyebb fúrással jó vizet kapni.

A falusi vízellátás megoldása ilyen módon már nem tartozik az utópiák világába.

*

10 év falusi közegészségügyi munka tapasztalataiból és tanulmányaiból szemelvényeket tártam Önök elé. Úgy érzem, hogy ezek után önként adódik a kérdés, hogy e tapasztalatok vezettek-e a falusi közegészségügyi munka terén *konkrét intézkedésekhez* is, lehet-e már a falvakban folyó munka alapján *eredményekről* beszélni?

A kérdés első felére vonatkozólag meg kell állapítanom, hogy hazánkban a falu egészségügyi problémái tekintetében a kutatást, — legalább is a problémák nagy csoportjára vonatkozólag —, lezártnak tekinthetjük. Ma már évről évre systematikusan folyik a falusi egészségvédelmi szolgálat szervezése. Jelenleg 200 egészségvédelmi körzetünk működik ugyanannyi zöldkeresztes egészségügyi védőnővel, akik közel 1¼ millió falusi lakos egészségvédelmét látják el. Még körülbelül 600 körzetet kell szerveznünk, hogy az egész ország be legyen szervezve. Ez a következő 6 év programmja. Épúgy folyik a falusi kutak építése. Most évenként átlag 150—200 községben tudunk kutat építeni. A társadalmi adakozásból most kapott összegből fokozott ütemben tudjuk építeni a falusi egészségházakat és átalakítani napközi otthonokká az óvodákat. A kormány egészségügyi programmjának keresztülvitelét nagyban elősegítik az egyes törvényhatóságok, amelyek a maguk erejéből is építenek egészségházakat és kutakat.

A kérdés második felére: az *eredményekre* vonatkozólag a válasz sokkal nehezebb. Tíz év az ilyen munkában rövid idő. Az eredményt nem egy vonatkozásban, csak generatiók távlatából lehet megítélni és mérni. Ennek értékelésére nézetem szerint különösen kevéssé alkalmas az, aki a munkát végezte, vagy irányította. Ép ezért engedjék meg, hogy a Népszövetség egyik statistikusának, falusi munkánkat 1937 év nyarán itt tanulmányozó *Stouman dr.*-nak a mezőkövesdi járás 10 éves egészségügyi munkájáról beszámoló jelentéséből ismertethessek néhány adatot. *Stouman dr.*-nak rendelkezésére állottak a Rockefeller Alapítvány akkori itteni megbizottjának, *Mitchell dr.*-nak 1927-ben a mezőkövesdi járásról felvett adatai. *Stouman dr.* szerint a mezőkövesdi járásban összehasonlítva az 1925—29. évi csecsemőhalálozást az 1933—35. év adataival „a csökkenés 34.1%-ot ért el, ami ilyen rövid idő alatt rendkívül figyelemreméltó eredmény. Ugyanezen idő alatt az egész ország területén a csökkenés csak 17% volt". A kisdedek, a gyermekek és a serdülő ifjúság halálozásában szintén átlag 33%-os csökkenést állapított meg, tehát körülbelül ugyanolyan csökkenést, mint a csecsemőknél. Azután így folytatja *Stouman dr.*: „Mivel megállapítható, hogy a járás gazdasági viszonyai . . . . ezidő alatt javulást nem mutattak, az ember a közegészségügyi szolgálat hatásosságának ennél szembeszökőbb és meggyőzőbb bizonyítékát nem is kívánhatja". „A mezőkövesdi járás példája bebizonyította, hogy a csecsemők, gyermekek és serdülők halálozása egy szegény és kevéssé fejlett, földmíveléssel foglalkozó vidéken néhány év alatt harmadával csökkenthető, ha erre a munkára nem is nagyszámú, szerény anyagi eszközökkel rendelkező, de jól képzett és odaadó személyzet áll rendelkezésre; ezt az eredményt évenként és fejenként számított 10 cent (kb. 50 fillér) költséggel lehetett elérni".

Ezek az adatok, s az a megértés, amellyel a Zöldkereszt munkáját ma már a közvélemény fogadja s a falu népén segíteni akaró magyar kormány ezt támogatja, — bizalmat öntenek belénk, hogy munkatársaimmal tíz éves falusi munkánkban megtaláltuk a magyar falu igényeihez és lehetőségeihez mért közegészségügyi szolgálat helyes rendszerét és reményt öntenek belénk, hogy ezen az úton haladva sikerül kiemelnünk a falusi népet egészségügyi elmaradottságából.

*

Engedjék meg végül, hogy reámutathassak két optikai csalódásra, amelyek az előadásom tárgyát képező kérdésekben a tisztán látást megnehezítik, vagy a valódi képet eltorzítják.

Nem szabad a falut —, ha igaz képet akarunk róla kapni — sem rózsaszinű, sem fekete szemüvegen át nézni. Optikai csalódásba esünk, ha a magyar falut a virágzó gyümölcsfák tavaszi virágpompáján át nézzük, — acustikai csalódásba esünk, ha a magyar falu nem egyszer jogos sóhajtását a fülemile, vagy csalogány dalától nem halljuk meg. De nem szabad a falut kizárólag „de profundis" sem nézni. Általában azt gondolom hogy a falut ma már nem — nézni — tanulmányozni, kutatni, hanem a *falun segíteni kell!* Úgy érzem, hogy a falukutatás eddig nagyon értékes periódusából most már a *falusegítés* periódusába kell átmennünk. Előadásom talán meggyőzte Önöket, hogy a magyar kormány és a magyar társadalom közegészségügyi téren a falusegítést programmszerűen végzi.

Még egy optikai csalódást szeretnék eloszlatni. Azok a tapasztalatok és tanulmányok, amelyeket a 10 évi falusegészségügyi munkából összegyüjtve a mai ünnepi közgyülés előadója Önökkel megismertetett, nem *egy* embernek a tapasztalatai, hanem tisztiorvosok, községi és körorvosok, mérnökök, védőnők lelkes munkájának gyümölcsei. Ezért, midőn láthatólag egy ember tette le itt az emlékezés és a hála koszorúját, a valóságban rajtam keresztül a magyar falusi közegészségügyi szolgálat fáradhatatlanul küzdő és lelkesen dolgozó serege hódolt *Tóth Lajos* emlékének.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal, bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümelléklettel 5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — — 25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — — 2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Gr. Apponyi Albert Poliklinika II. belosztályának közleménye. (Főorvos: Engel Károly egyet. rk. tanár.)

A syphilises aorta-betegség morbiditása és mortalitása.*

Irta: *Engel Károly dr.*

Az utolsó 20 év munkássága révén ma már mind a klinikusok és kórboncnokok, mind a közegészségi statistikával foglalkozók bebizonyítottnak látják azt, hogy a syphylises aortabetegség (aortitis syphilitica = a. s.) a leggyakoribb késői lueses baj és hogy a szövődményei, nevezetesen az aneurysma képződés, a billentyűelégtelenség, elsősorban pedig a koszorúserek eredési helyének beszűkülése folytán keletkező szívizommegbetegedés miatt egyesegyedül több áldozatot követel, mint valamennyi többi syphilises betegség együttvéve. Elsősorban az a. s. miatt kell a syphilist pusztító népbetegségnek tekinteni. A kérdés már most az, hogy e betegség folytán előálló veszteséget számszerüen meg lehet-e állapítani? Felette érdekes, hogy az a. s.-re fordított óriási munka ellenére e betegség morbiditásáról és mortalitásáról aránylag nagyon kevés megbizható adatunk van. *Haustein* vastag kötetnyi syphilisstatisztikájában az a. s. morbiditásáról és mortalitásáról ugyszólván semmi érdemleges adatot nem találunk, ép úgy nem foglalkozik e kérdéssel *Koller* 1936-ban megjelent könyvében „Statistik der Kreislaufkrankheiten" sem. Pedig mégis törekednünk kell arra, hogy az a. s. morbiditásáról és mortalitásáról lehetőleg pontos, vagy legalább is megközelítő adatokat kapjunk; csak ezek birtokában tudunk felelni arra a kérdésre, hogy tulajdonképen mennyire veszedelmes betegség a syphilis? Megpróbálok a következőkben válaszolni arra a két kérdésre, hogy 1. a syphilisesek közül hányban fejlődik ki a. s. és 2. hányan halnak meg e betegségben?

A syphilis halálozás kérdésével még ezideig legtöbbet foglalkozott *Leredde*. E helyen csak az a. s.-re vonatkozó adatait említem. Az ő számítása szerint a halálozási statistika „szervi szívbajok és ütőérbajok" rovatába tartozók kétötöde a. s-ban hal meg. Ezen kulcs szerint számítva Magyarországnak egy évre eső 169.245 halálesetéből 4000 jutna az a. s.-re, ami 2.33%-nak felelne meg. Ausztriára pl. az 1931. évben 6.7%, Bécsre magára 8.6% esne. Elfogadhatók-e ezen adatok, vagy legalább is valószínűek-e? *Leredde* közléseiből nem derül ki, miképen jutott ő ezen arányszámhoz. Magamnak az a nézetem, hogy e kulcsszám feltétlenül túlmagas. Véleményemet a következőkkel indokolnám meg. Az I. sz. táblázat mutatja azt, hogy a különböző kórbonctani intézetek milyen százalékban találták meg boncoláskor az aortitist, ezen adatok sok tízezer boncolásra vonatkoznak.

1. TABLÁZAT.

Herxheimer	2.10%
Hoffman	2.63 „
Clawson—Bell	2.75 „
Gürich	3.00 „
Langer	**3.00** „
Jungmann—Hall	3.30 „
Bock	3.90 „
Gruber	4.00 „
Maresch	4.29 „
Buday	4.30 „
Wolf	6.80 „
Oberndorfer	6.80 „
Hart	6.70 „
Fukusi	6.70 „
Deneke	7.00 „
Berghoff	7.00 „
Schiller	9.30 „
Waite	11.00 „
Összesen:	94.57 : 16 = 5.26%.

Ezen táblázat szerint az aortitis átlagban az esetek 5.26%-ában található. Valamennyi szerző véleménye szerint az aortitis ezen eseteknek legfeljebb a felében tekinthető halálosnak, tehát az összes boncolások 2.5%-ában, inkább még ennél is kisebb számban. Már most ezen statistikai adatok nagyobb kórházak és egyetemi intézetek, felnőtt betegek, ill. halottak anyagára vonatkoznak. Ezen halottakban az aortitis a belosztályok kiválogatása folytán feltétlenül sokkal gyakoribb, mint a megfelelő nagyváros és még inkább, mint az egész ország halottaiban. Ilyen körülmények között *Leredde* adatai nem lehetnek helytállók. *Buday* prof. budapesti kórboncolási anyagában az aortitis, mint a táblázatból látható, az esetek 4.3%-ában volt található; halálokként tehát az aortitis mindenesetre csak az esetek 2.15%-nál kisebb számban tekinthető. De akkor egyáltalában nem valószínű az, sőt magam kizártnak tartom, hogy az aortitis mortalitása az egész országra, ill. annak midenkorú halottaira átszámítva 2.3% legyen, amely szám megfelel *Leredde* számításának. *Maresch* Bécsben eseteinek 4.29%-ában talált aortitist, halálokként tehát az az esetek 2.15%-ában szerepel, amivel szemben *Leredde* számítása szerint kb. 8%-ban volna az aortitis a halálok. Véleményem szerint ezek folytán *Leredde* számítása az aortitist illetőleg egész országok halálozására nagyon is nagy számot adna, sőt túlmagasnak tartom ezt a számot nagyvárosok halálozására vonatkozólag is, egész országokra vonatkozólag én a *Leredde* számítási alapjának legfeljebb a felét fogadnám el, tehát „a szív és az erek betegségei" halálozási rovatában levő szám egyötödét inkább még ennél is valamivel kevesebbet.

Mi van most már az aortitis morbiditásával? Meg lehet-e egyáltalában állapítani azt, hogy a syphilisesek közül hányan kapnak aortitist? A syphilis az esetleknek aránylag kicsiny. töredékétől eltekintve évtizedekre elhúzódó baj, nagyobb számú syphilises embert ilyen hosszú időn át állandó megfigyelésben tartani nagyon nehéz, szinte lehetetlen. Amellett az aortitis lappangva fejlődik, tünetet hosszú időn át nem okoz, megállapítása in vivo sokszor nem biztos, pontos statistikára szükséges teljes biztonságot csak a kórbonctani vizsgálat adhat. Ezért is van az, hgy az irodalom eddigi adatai annyira eltérők, ezek szerint a syphilisesek 10—81%-ában fejlődik ki aortitis. Én magam az aortitis morbiditásának kérdését csak nagyobb kórbonctani anyag tekintetbevételével látom megoldhatónak, a számítást a következőképen végezném. Ha, mint már említettem a budapesti kórházakban felnőtt korukban elhaltak és boncolásra kerültek 4%-ában található aortitis, akkor a morbiditást kiszámíthatom, ha tudom, hogy ezek közül hánynak volt syphilise. Ezt persze csak megközelítő pontossággal is megállapítani megint nem lehet, de úgy vélem jogunk van feltételezni azt, hogy a boncolt egyének között legalább is annyi, inkább több, volt a syphilises, mint ugyanazon város felnőtt lakosságában. 7 évi időközben két ízben állapítottuk meg azt, hogy az Apponyi Albert Poliklinika II. sz. belgyógyászati rendelésére válogatás nélkül, sorban jövő 1000—1000 beteg közül hányon volt megállapítható a kórelőzmény, a klinikai vizsgálat és a vérvizsgálat alapján a syphilis és ezt mind az első, mind a második alkalommal 17%-nak találtunk (*Leipniker* 1928, *Benedict-Székely* 1936). Jogosultnak vélem azt a feltevést, hogy körülbelül ez felel meg a

*) Az 1935. évi Nemzetközi Börgyógyászati Congressuson tartott előadás nyomán.

budapesti felnőtt lakosság syphilissel fertőzöttségének, ami általában megfelel más világváros betegségi arányszámának, sőt azokénál valamivel kisebb. A boncolásra kerülő halottak között a syphilises fertőzöttség nyilván nagyobb,hiszen sokan ezek közül épen syphilises baj miatt kerültek kórházba, azt hiszem nem tévedek, ill nem túlzok, ha azt 25%-ra becsülöm. Ha ezek után abból indulok ki, hogy a boncolásra kerültek 25%-a volt syphilises és ezek közül 4%-ban volt az aortitis kimutatható, akkor kiszámítható, hogy a syphilisesek közül 16%-nak volt aortitise, ami annyit jelent, hogy a syphilises embereknek ennyi százalékában fejlődik ki egyáltalában az aortitis. Említettem már a kórboncnokoknak azon megállapítását, hogy eseteiknek legfeljebb a felében volt a halálok az aortitis, inkább csekélyebb számában, csak az esetek egyharmadában. Számításom szerint ezek alapján a syphilisesek körülbelül 15%-ában fejlődik ki aortitis és ezeknek egyharmada, tehát a syphilisesek 5%-a betegségének áldozatul is esik.

Jól tudom, hogy az ilyenfajta számításokban menynyi a hibaforrás, mennyire bizonytalan épen ezért a végső eredmény, ezidő szerint azonban nem látok más módot arra, hogy az aortitis morbiditására vonatkozólag csak megközelítőleg is felvilágosítást kapjunk.

Összegezés: Azok között, akik syphilist szereznek, kb. 15%-ban fejlődik ki aortitis, ezeknek megközelítőleg egyharmada, tehát az összes syphilisesek 5%-a betegségének áldozatul esik. Ez végeredményben „a szív és érbajok" halálozási rovatába kerülő elhunytak egyötödét teheti ki az egész országra vonatkozóan nagyvárosokban ennek megközelítőleg a kétszeresét, tehát a *(Leredde* által is megállapított) kétötödét.

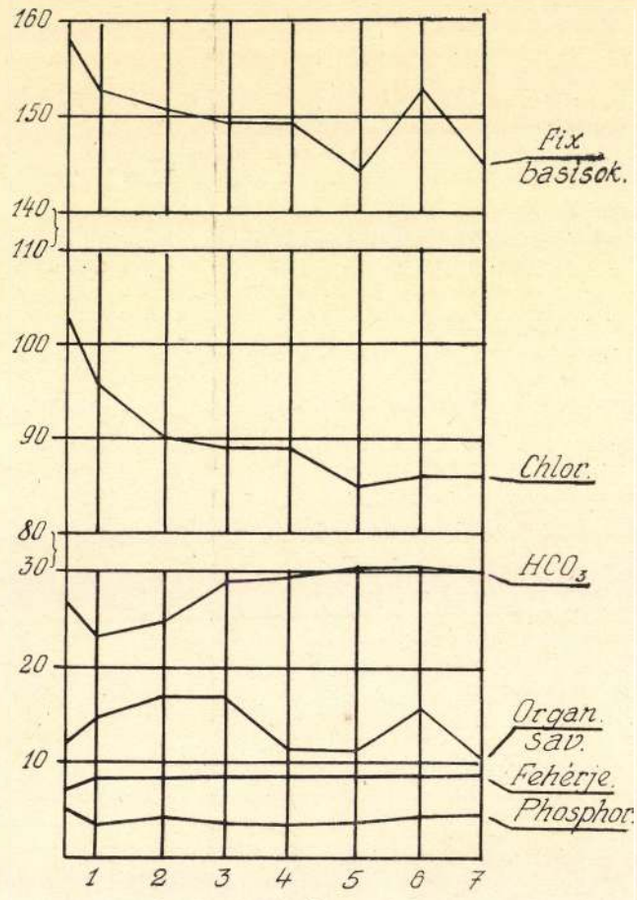
A Pázmány Péter Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér ny. r. tanár.)

Adatok a meningitis tuberculosa pathologiájához.

Irták: *Móritz Dénes dr.* és *Meszner Tivadar dr.*

Első közleményünkben ismertettük a sav-basis egyensúlyra és osmoregulatióra vonatkozó azon vizsgálatainkat, amelyeket gümős meningitises betegek serumában végeztünk; vizsgálataink azt mutatták, hogy a meningitis tuberculosa a só- és vizforgalom súlyos zavarával jár, amelyre legjellemzőbb a serumchlornak és a fix basisoknak csökkenése, a hyposalaemia, amely maga után vonja az osmoregulatio zavarát. A savbasis egyensúlyban és osmoregulotióban szereplő többi tényező (szerves sav, tartalék alkali, maradék-nitrogen stb.) részéről mutatkozó elváltozások már nem annyira jellegzetesek és kevésbbé állandóak is. Ezen vizsgálataink közben több olyan kérdés vetődött fel (a hyposalaemia eredete, létrejöttének mechanismusa stb.) amelyekre szabatos feleletet csak különféle vizsgálatok elvégeztével remélhetünk. Kivánatosnak látszott tehát, hogy sorozatos vizsgálatokkal tájékozódjunk a só- és vizanyagcserezavar lefolyásáról, amely vizsgálatok mélyebb betekintést engednek folyamatok pathogenesisébe, mint az egyszeri meghatározások. Nem látszottak érddektelennek ezen sorozatos vizsgálatok általános kórtani szempontból sem, mert hiszen a sav-basis egyensúlyra és osmoregulatióra vonatkozó sorozatos és teljes vizsgálatok elvégzése betegeken technikai nehézségekbe ütközik és igy erre vonatkozólag adataink meglehetősen hiányosak.

5 betegen végeztünk sorozatos meghatározást; attól függően, hogy a betegek betegségüknek milyen szakában kerültek felvételre, esetenként különböző számú (2—7) meghatározást volt módunkban elvégezni. A meghatározásokat rendszerint másodnaponkint végeztük és mindegyik esetben teljes elemzés történt (delta, fehérje, Cl, fix basisok, phosphor, szerves sav, bicarbonat, maradéknitrogen). A részletes eljárásmódra vonatkozólag utalunk I. közleményünkre. Hely kimélése végett csak a IV. esetet ábrázoljuk graphikusan és elemezzük kissé részletesebben, a többi eset eredményét pedig összefoglalva a mellékelt táblázatban tüntetjük fel.



1. ábra.

O. L. 14 éves fiú 1936. II. 3-án került klinikánk gümőkóros osztályára meningitis tbc. kórjelzéssel. Az előzmény szerint 1 hét óta beteg, lázas, fejfájása van. Szorulásos, naponta többször hány, illetve hányingere van. A klinikai vizsgálat jellemző meningitises kórképet mutat. Gerinccsapolás alkalmával kb. 35 ccm. viztiszti liquor ürül nagy nyomás alatt; benne a Pándy-próba positiv, sejtszám 292, fehérje 1.76‰, cukor 16 mg%. NaCl 676 mg%, az üledékben főleg lymphocyták találhatók és kimutatható a Koch-bacillus. A betegség a megszokott képtől nem tért el; csak azt említjük meg, hogy 17 napi klinkai tartózkodása alatt a beteg egyszer sem hányt;| erre később még visszatérünk. A boncolat a klinikai kórjelzést megerősítette.

A savbásisegyensúlyra vonatkozó vizsgálatainkat másodnaponként, összesen 7 alkalommal végeztük el és ennek eredményét a fenti graphikonban tüntetjük fel. A fehérjeérték százalékban, a phosphor és maradéknitrogen értékét mg%-ban, a szerves savét, chlorét, fix basisokét és a tartalék alkaliét miligramm aequivalens literben adjuk meg.

Amint a graphikonon is látható, a fehérje már az első meghatározáskor is emelkedett (8.25) és ez a lassú emelkedés halálig tovább folytatódik (8.84). A phosphor csökkent és ez a csökkenés kisebb-nagyobb ingadozással

a betegség egész lefolyása alatt megmarad. *A maradéknitrogen* értéke nagyjában rendes, csak a legutolsó meghatározáskor találunk kisebbfokú emelkedést. A savi gyökök oldalán a chlor értéke már az első meghatározáskor 7 n/10 ccm-el kevesebb a szabályos értéknél, a betegség lefolyása alatt a chlor reductiója állandóan fokozódik és legalacsonyabb értékül 85 n/10 ccm-t ért el. A *bicarbonat* értéke az első meghatározáskor kb. szabályos és azután állandóan emelkedik és 5.5 n/10 ccm-el haladja meg a normalértéket. Az organikus sav mennyisége a betegség lefolyása alatt meglehetősen ingadozik, egyik-másik meghatározáskor 5 n/10 ccm-el volt kevesebb a rendesnél, a emelkedett is volt. *A fix basisok* értéke az első meghatározásakor 5 n/10 ccm-el volt kevesebb a rendesnél, a csökkenés tovább is folytatódott és a legutolsó meghatározáskor már 13 n/10 ccm-el volt kevesebb. A grapnikon szépen mutatja azt, hogy habár a chlor és a fix basisok csökkenése nagyjában párhuzamos, tehát hyposalemia van, közöttuk teljes parallelismus még sincs, mert a chlor mellett a többi savi gyökök is befolyással vannak a fix basisok mennyiségére. Ha a klinikai képet összvetjük vizsgálataink eredményével, nem kerülheti el figyelmünket az a körülmény, hogy a beteg betegségének utolsó 17 napja alatt, mközben a serumchlor értéke 95 n/10 cm-ről 85 n/10 cm-re csökkent, egyszer sem hányt, ebből arra következtethetni, hogy a hypochloraemia létrejöttében a hánynásnak legalább is nem kizárólagos szerepe van.

TÁBLÁZAT.

Eset	Kor	Meghatározás	Delta	Fehérje	Phosphor	Maradék nitrogen	Bicarbonat	Chlor	Organi sav	Fix basisok
1.		I.		7.8	3.0	11.5	22.0	92.5	11.2	144.0
		II.		8.2	4.0	16.5	20.3	96.8	15.0	151.0
2.		I.	—0.50	7.9	3.5	19.2	20.7	89.4	15.3	144.0
		II.	—0.485	7.8	3.0	15.8	20.7	89.4	15.6	144.8
		III.	—0.52	7.9	3.2	23.4	23.5	82.0	15.7	140.0
3.		I.	—0.49	8.1	3.2	21.8	27.0	81.0	10.5	138.0
		II.	—0.47	9.0	3.5	19.1	26.0	76.0	11.4	132.0
		III.	—0.51	8.8	4.1	24.2	25.0	85.0	12.5	143.0
		IV.	—0.56	8.4	4.9	36.5	26.0	100.0	11.6	156.0
4.		I.	—0.53	8.3	3.5	25.3	23.2	95.8	14.8	152.8
		II.	—0.54	8.4	4.1	26.0	24.8	90.0	17.0	151.0
		III.	—0.49	8.5	3.8	22.5	29.0	89.0	17.0	149.0
		IV.	—0.52	8.6	3.4	24.3	29.6	89.0	11.7	149.0
		V.	—0.55	8.7	3.9	19.6	31.4	85.0	11.5	145.0
		VI.	—0.52	8.8	4.4	23.0	31.4	86.0	15.8	152.0
		VII.	—0.52	8.8	4.8	28.0	30.0	86.0	10.6	145.0
5.		I.	—0.52	8.8	3.8	21.0	19.5	91.0	15.8	146.0
		II.	—0.485	9.0	3.5	18.6	22.0	87.5	16.0	145.0
		III.	—0.48	8.8	2.9	17.4	23.0	87.5	12.3	142.0

Eredményeinket a fenti táblázat foglalja össze. *Fehérje:* A serum fehérjetartalma mindig emelkedett vagy legalább is a rendes érték felső határán mozog; ez azonban talán nem a vér besűrűsödésének következménye, hanem valószínűleg toxikus hyperalbuminosis, amely a gümőkór egyéb alakjaiban is előfordulhat. A *phosphor* mennyisége mindig csökkent. *A maradéknitrogen* mennyisége legtöbbször rendes, néha találunk csak kisebb fokú szaporodást, ami valószínüleg fokozott fehérjeszétesés következménye. A savi gyökök közül az *organicus savak* legtöbbször kisfokú emelkedést mutatnak, de vannak esetek, amikor csak a rendes érték felső határát érik el, vagy emelkedés egyáltalában nem mutatható ki. A betegség lefolyása alatt a szerves savak értékében kisfokú ingadozás észlelhető. Az organikus savak felszaporodásának oka a tökéletlenül oxidált fehérje szétesési termékekben keresendő, a betegség utolsó szakában pedig hozzájárulnak ehhez az éhezési ketontestek is. *A bicarbonat* értéke a rendestől nagy eltérést nem szokott mutatni, gyakoribb kisebbfokú reductiója, mint felszaporodása. A bicarbonat reductiója sokszor párhuzamosan halad az organicus sav szaporodásával, vannak azonban esetek, amikor az organikus savszaporulat mellett magas bicarbonatértékeket találtunk. A szerves savszaporulat és a bicarbonatreductio parallelismusa *(Becher)* csak bizonyos korlátok között érvényes és mi is megerősítjük azt, hogy a bicarbonatmennyiségből nem lehet minden további nelkül következtetni az organikus sav mennyiségére is fordítva *(Csapó és Kerpel)*. A bicarbonat értéke különböző factorok: chlor, fix basisok, organikus sav, phosphatok, sultatok, fehérje stb. összejátszásának eredoje. Legszembetűnőbb a *chlor* viselkedése; értéke mindig csökkent, a betegség előrehaladásával a serum chlorszintje állandóan süllyed rendszerint, de van olyan eset is, amikor a chlor értéke ingadozik és a betegség végen emelkedés is bekövetkezhet, ez azonban valószínűleg már a vesek működési zavarával hozható összefüggésbe. A chlornak a fix basishoz való viszonyát illetőleg azt találjuk, hogy a hypochloraemia egyidejü basisveszteséggel jar, tehat hyposalaemia van, azonban a chlor és a basis veszteség közötti parallelismus csak bizonyos határok között érvényes. Sorozatos vizsgálataink azt mutatják, hogy a fix basis és a chlor veszteség nem teljesen párhuzamos; a fix basisok veszteségét a chlor mellett az organikus sav és bicarbonat értéke is befolyásolja. A mi vizsgálataink is mutatják, hogy a sav-basis egyensúlyban szereplő tényezők csak egy rendszernek a tagjai, csupán egyet-kettőt ragadva ki a környezetből szabályos viselkedést nem is várhatunk. Vörös fonalként húzódik végig a betegségen a sóveszteség, amely legtöbbször egészen a halál beálltáig növekszik. A sóvesztesség következtében csokken a serum osmosisos töménysége és a fagyáspont emelkedik és létrejön a hyposmosis. A sorozatos vizsgálatok azt mutatják, hogy a sóconcentratio csökkenése és a fagyáspontemelkedés nem halad teljesen párhuzasoman egymással, ezt megmagyarázni egyelőre nem igen tudjuk.

Rendes viszonyok között a konyhasó és ennek folytán a chlorbevitel és kiürítés között tökéletes egyensúly van. Ugy látszik, hogy a szervezet féltékenyen őrködik azon, hogy a szükséges NaCl mennyiség meglegyen, másrészt pedig igyekszik a feleslegestől megszabadulni. Azt lehet mondani, hogy kifogástalan veseműködés esetén a bevitt chlor gyakorlatilag megtalálható a vizeletben. Kóros körülmények között azonban megtörténhetik az, hogy a chlorbevitelnél nagyobb a kiürítés és valóságos chloropenia keletkezhet. — A chlor fokozott kiürítése kóros körülmények között történhetik 1. a veséken keresztül a vizelettel; 2. a gyomor-béltractuson keresztül hányás és hasmenés által; 3. izzadással és 4. hasvíz képződéssel. Arra a kérdésre, hogy meningitis tuberculosában a sóveszteség milyen módon jön létre, pontosan felelni nem tudunk, inkább csak a lehetőségeket említjük meg.

1. Elképzelhető és kisérlettel bizonyítható is, hogy bizonyos körülmények között a veséken keresztül a vizelettel több konyhasó választódik ki, mint amennyi a bevitelnek megfelel, azonban a szerzők nagyrésze *(Widal, Lemierre, Digne, stb.)* azon a véleményen van, hogy polyuria, bármilyen nagyfokú is, nem képes megbillenteni a szervezet chloregyensúlyát. A kiürített chlor mennyisége rendkívüli polyuria esetén is arányos marad a bevitt chlor mennyiségével. Meningitises betegeken végzett chloregyensúlyi vizsgálatainkban mi sem láttuk sohasem a bevittnél nagyobb mennyiségű chlor kiürülését. Eseteinkben tehát a chlorkiürítésnek ez az útja a sóveszteség létrejöttében valószínüleg nem játszik szerepet.

2. A hypochloraemiákban nagyon fontos szerepet visz a hányás és természetes, hogy a meningitises hypchloraemia okát a hányásban keressük, hiszen a meningitises betegek sokat hánynak. A hányás valószínüleg szerepet is játszik a hypochloraemia létrejöttében, azonban több körülmény szól amellett, hogy oki szerepe nem kizárólagos. A 4. esetünkben a beteg felvételekor a serum chlor tartalma 95.8 n/10 ccm-nek felelt meg; a halálig terjedő, összesen 17 napi klinikai tartózkodás alatt, miközben egyszer sem hányt, a chlor 85 n/10 ccm-ig csökkent; arra lehet ebből következtetni, hogy a hypochloraemia létrejöttében a hányás mellett egyéb tényező is szerepet játszhat.

3. Hasmenéssel és hasvíz képződés útján keletkező hypochloraemiáról esetünkben nem lévén szó, marad még egy tényező, ami szóbakerülhet:, az izzadás. Hogy bizonyos körülmények között izzadás létrehozhat hypochloraemiát, irodalmi adatok igazolják; csak *Haldane* érdekes megfigyelését említjük meg: bányászk a föld mélyében 30—37 C° hőmérsékleten dolgozva napi 18 liternyi verítéket is elválasztottak, ami, minthogy a verítékkel literenként 2.5 g NaCl távozik el a szervezetb;l, kb. 28 g. konyhasónak felel meg. A bányászok az izzadás következtében elv.szített víz pótlására sok vizet ittak, de amikor a nagyobbmennyiségű víz elfogyasztása után a serum chlorconcentratiója nagyon megcsappant, görcsrohamok jelentkeztek. Általánosan ismert a meningitis tbc.-s betegek profus izzadása és meg van így a lehetősége annak, hogy az erős izzadás szintén egyik ok a hypochloraemia létrejöttében.

Végül gondolni lehet a hypochloraemia ú. n. dilutiós formájára is; ez akkor jelentkezik, amikor a sóveszteség meghaladja a vízveszteséget; vízretentióra hajlam keletkezik és a szervezet valami okból elveszítette az osmoregulatiós képességét. — Ilyen esetek.t lisztártalom és decomponált csecsemőkön, valamint sószegény táplálékon tartott fiatal kisérleti állaton *Salge, Schultz* és *Kerpel* írtak le. A meningitis tbc. alkalmával jelentkező hyposalaemia létrejöttének mechanismusa valószínüleg complex: hányás, izzadás és a vízretentióra hajlam együttesen hozzák létre.

A Ferenc József Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: Miskolczy Dezső ny. r. tanár.)

A Meduna- és Sakel-féle gyógymód eredményei a serdüléses elmezavarban.

Írta: *Csajághy Márta dr.* és *Mezei Béla dr.*

Közleményünkben a schizophreniás betegeinken alkalmazott Meduna-féle görcs és Sakel-féle insulin gyógymóddal elért eredményekről szeretnénk beszámolni. Tekintve, hogy az utóbbi években számos szerző beszámolt mindkét gyógymód eredményeiről s ezeket *Müller M.* rövid idővel ezelőtt részletesen ismertette, az idevonatkozó irodalmi adatok összefoglalását szükségtelennek tartjuk, már csak azért is, mivel ezekről egyrészt *Medunának, Angyalnak, Gyárfásnak* és *Stiefnek,* másrészt *Benedeknek, Angyalnak, Papnak, Horányi* és *Szatmárinak,* és *Reitmannak* értékes közlései vannak.

A görcskezelés. A görcskezelést *Meduna* első kisérletei nyomán kezdetben intramuscularis kámfor, majd intravenás cardiazol befecskendezésekkel végeztük. Később a cardiazollal azonos magyar gyártmányú tetracort* alkalmaztuk cardiazol helyett. A tetracor alkalmazási módja és adagolása a cardiazoléval egyezik, szintén 10%-os oldatban kerül forgalomba. 1936 óta rendszeresen tetracort alkalmazunk.

Tetracoros görcskezelést 73 schizophreniás betegen (összesen 95 ízben) végeztünk a *Meduna* által ismertetett cardiazol-kezeléshez hasonlóan. 73 esetünkben a legkisebb görcsadag 0.2 g., a legmagasabb pedig 1.5 g. volt. A görcsadag nagysága a szervezetben rejlő okokon kívül az előzetes gyógyszereléstől is függ. Tapasztalataink szerint akkor, ha a beteg scopolamint, somnifent, vagy evipánt szedett, kevésbbé, ha luminált, medinált, veronált, stb. kapott, nagyobb mértékben kell emelni az adagokat, hogy a görcsadagot elérjük. Ha a beteg testi állapota megengedte, naponta is igyekeztünk görcsrohamot előidézni. A kezelés során az érzékenység az esetek kétharmadában csökkent, egyharmadában állandó maradt. Az érzékenység növ.kedése igen ritkán fordult elő. Gyakori a görcsadag ingadozása.

Ha a kezelés tartama alatt az előzetes tetracor adgra görcsroham nem következett be, vagy csak psychés roham mutatkozott, a befecskendezést még aznap, vagy a következő napon megismételtük. Arra a tapasztalatra jutottunk, hogy ha az előzetes görcsadag htástalannak bizonyult, akkor a befecskendezés után néhány percen belül a kérdéses adag egy részének bejuttatása gyakran görcsrohamot váltott ki. Egyik esetünkben pl. 0.5 g. tetracor három ízben egymásután már görcsrohamot idézett elő, negyedszer 0.5 g. tetracorra a görcsroham nem következett be, de 2 perc múlva, 0.2 g. tetracor utána fecskendezésére már jelentkezett. Tapasztalataink szerint 2—5 percen belül lehet ilyen pótló adaggal kiváltani a görcsrohamot. Ily módon megrövidítettük a kezelési időt, csökkentettük az eredménytelen tetracor adagolások számát és elkerültük az azokat kisérő szorongásokat, az ú. n. psychés rohamokat, amelyek a javulás szempontjából hátrányosak. Lehetőleg minden alkalommal igyekeztünk már kezdetben is görcsrohamokat kiváltani. Ennek elérésére úgy jártunk el, hogy minden alkalommal legalább 10 ccm. (10%-os) tetracort szívtunk fel a fecskendőbe s a tűt az első adag gyors befecskendezése után nem húztuk ki az érből azonnal, hanem ha görcsroham vagy annak előjelei (elsápadás, félelemérzés, szemhéjrezgés, köhögés stb.) a szokott időn belül nem jelentkeztek, még néhány ccm-t utána fecskendeztünk.

Tapasztalataink szerint a görcsadag és a remissiós készség között szoros összefüggés nincs, mint azt *Meduna, Angyal* és *Gyárfás* feltételezték. 73 beteg közül 52 esetben, tehát az esetek kétharmadában a görcsadag ½ g. volt, tekintet nélkül arra, hogy javult-e a beteg állapota vagy nem; legalacsonyabb a görcsadag (0.2 g.) épen egy chronikus, nem javuló betegünkön volt.

Általában 10—12 görcsrohamot idéztünk elő, javulást rendszerint 3—10 görcsroham után láttunk. Kifejezett javulás esetén a k.zelést abbahagytuk és rövid időn belül csak akkor ismételtük meg, ha hamar visszaesés mutatkozott.

I. TÁBLÁZAT.
Tetracor-görcskezelés.

Betegség tartama	Össz. eset	Teljes rem.	Jó rem.	Soc. jav.	Átm. jav.	Nem jav.	Meghalt
Acut esetek (½ évig	19	3	6	4	3	3	—
Subacut esetek (1 évig)	12	1	1	4	2	4	—
Chronikus esetek (1 éven túl)	37	—	4	11	5	17	—
Chronikus esetek subacutszerü lefolyással	5	2	1	1	1	—	—
Összesen:	73	6	12	20	11	24	—

*) Előállítja a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár.

73 betegünk közül javult összesen 38 (6 teljes remissio, 12 jó remissio és 20 ú. n. socialis javulás), tehát az esetek 52%-a, de ha csak a teljes és jó javulásokat vesszük, akkor a számarány 24% (I. sz táblázat). A javulásra leginkább hajlamos acut és subacut esetekben teljes és jó remissiót 35%-ban láttunk. Ha ezt a javulási arányszámot összehasonlítjuk a nem kezelt schizophreniás betegekről összeállított ú. n. spontán gyógyulás arányszámával, azt tapasztaljuk, hogy a teljes és jó javulások száma acut és subacut esetekben tetracor-kezelés kapcsán csaknem háromszor akkora, mint a nem kezelt esetekben (nem kezelt esetekben 13%, tetracor-kezelésre 35%). 100 nem kezelt schizophreniás beteg közül csupán 27% javult. Ha az ú. n. socialis remissiók számát itt is elhanyagoljuk, kielégítő fokú javulás csak 11%-ban volt. Ezek az adatok kb. egyeznek *Müller M.* és *Martiensen* statisztikáival. *Müller M.* a spontán remissiók megítélésében kívánatosnak tartja a betegség időtartamának figyelembe vételét is és azt, hogy eredményeinket ezzel hasonlítsuk össze. Táblázataink a kezelt és nem kezelt esetek betegségi időtartamát is feltüntetik. (L. II. sz. táblázat.

II. TÁBLÁZAT.
Nem kezelt esetek.

Betegség tartama	Összes eset	Teljes remis.	Jó remis.	Soc. jav.	Nem javult
Acut esetek (½ évig)	60	4	5	10	41
Subacut esetek 1 évig)	12	—	1	—	11
Chron. esetek (1 éven túl)	28	—	1	6	21
összesen:	100	4	7	16	73

Teljes vagy jó remissio leginkább az acut, subacut és „schub-szerűen" lezajlott esetekben jött létre. Említésre méltó, hogy teljes gyógyulást a nem kezelt esetekben is csak az acutaknál észleltünk.

A 73 schizophreniás betegünk közül 7 hebephreniás, 19 simplex, 42 paranoidos és 5 katatoniás volt. Lényeges javulásokat elsősorban a paranoidos, másodsorban a hebephreniás és simplex kórformákban láttunk. Legkisebb a javulási hajlam a katatoniás és stuporosus betegeknél. Ellentétben *Angyal* és *Gyárfás* tapasztalataival, a katatoniás és stuporosus betegek csak rövid ideig tisztultak fel, jóllehet 2 esetben a folyamat acut volt.

D. A.-né katatoniás betegünk 3 év óta mutatisticus és gátolt. A 6. tetracor befecskendezésre a negativismus oldódott, spontán mozgott, beszélt, izomfeszülése, ellenkezése megszünt, sőt katatoniás állapota alatt átélt érzékcsalódásairól és téves eszméiről is beszámolt. A feltisztulás mindössze 2 napig tartott, majd hirtelenül megszünt és a kezelési sorozat alatt többé nem jelentkezett. A fél év múlva megismételt újabb kezelés folyamán csupán egy ízben volt észlelhető néhány órás oldódás.

A kezelések kapcsán *Angyal* és *Gyárfás* leirásával egyezően *typusos epilepsiás, abortiv motoros és psychés rohamokat* észleltünk. Minden esetben szinte szabályszerüen conjugált deviatió lépett fel. *Angyal* és *Gyárfás* ama megfigyelését, hogy a conjugált deviatio jobbkezeseknél jobbra irányul, nem erősítjük meg, mert olykor egy görcsrohamon belül is változott a szemtekék együttes kitérésének iránya. Ugyanezt mondhatjuk a végtagoknak a tonusos szak alatti nyujtásos és hajlításos feszülési állapotairól is. Egyik betegünk görcsroham alatt fellépő strabismus convergense csak két nap mulva tünt el. Egyébként a fentemlített tünetek a görcsroham lefolyása után rendszerint megszüntek. A görcsrohamot nem mindig kisérte terminalis alvás. Gyakran jelentkeztek a görcsrohamok után ködös állapotok, melyek hosszabb-rövidebb ideig eltartottak, sőt olykor néhány napig is elhuzódtak.

A tetracor kezelés egyáltalán neem életveszélyes, ha az ellenjavallatokat (a szív és érrendszer betegségei, vesebántalmak, lázas megbetegedések stb.) gondosan szem előtt tartjuk. Haláleset nem is fordult elő, noha ezt a gyógymódot több, mint 100 esetben végeztük nemcsak schizophreniásokon, hanem más betegeken is. A görcsrohamok kellemetlen következményei a nyelv megharapásában, a fogak meglazulásában, utólagos kihullásában, kitöredezésében, a száj nyálkahártyájának sérülésében s főleg izomrándulásokban, luxatiokban, subluxatiókban nyilvánultak meg. Ezeket, a kezelések kezdetén 10%-ban jelentkező és nagy elővigyázatosságra intő szövődményeket az utóbbi hónapokban különféle technikai fogásokkal teljesen kiküszöböltük.

Egy esetben B. I. középkorú férfi betegünkön, akinek izomzata tulzottan fejlettnek nem mondható, a tonusos szakban jól halható roppanás kiséretében combnyaktörés következett be. A csontok mésztartalma a Röntgenképen normális volt.

A fennti szövődményeken kivül olykor a görcsroham végén apnoe támadt, amelyet a mesterséges légzés hamarosan megszüntetett. Egy esetben a kezelés alatt általános toxicus dermatitis lépett fel, amelynek szoros összefüggését a tetracor-adagolással nem merjük biztosan állítani. A kezelésnek vannak ugyan kellemetlen következményei, de ezek megfelelő óvintézkedésekkel a minimalisra csökkenthetők.

Meduna szerint a görcskezelések gyógyító hatását a schizophrenia és epilepsia között feltételezett biológiai antagonismus okozná. Ennek a felfogásnak alábbi megfigyelésünk látszólag ellene szól. K. J. női betegünk 4 éve tartó súlyos betegsége alatt több izben, k. b. ½—1 évenként, typusos epilepsiás görcsroham mutatkozott. A görcsrohamok után betegségében semmiféle javulást nem észleltünk, tehát nála a két kórfolyamat vetélkedéséről, változó megjelenéséről nem beszélhetünk. *Stief* feltételezi, hogy a cardiazol befecskendezés alkalmával érgörcs támad a központi idegrendszerben az insulin-shokhoz hasonlóan. Ez az érgörcs szerinte az agysejtek táplálkozási viszonyait átmenetileg kedvezőtlenné teszi, amit elsősorban a schizophreniás kórfolyamatban résztvevő sejtek éreznének meg. Szerinte a beteg sejtek a működésből kiiktatódnak és igy az ép sejtek functiója lépne a gyógyulás jeleként előtérbe. Nézetünk szerint valószinü, hogy a görcskezelésnél az általános biochemiai folyamatok megváltozása nagyobb jelentőségű, mint a *Reitmann* által szövettanilag és élettanilag pontosan kimutatott érgörcs.

A tetracor-kezelés tehát a schizophrenia gyógyulási és javulási arányszámát acut, subacut és schubszerű esetekben csaknem a spontán gyógyulások és javulások háromszorosára emeli. Hogy sem *Meduna* nagy javulási arányszámát, (acut és subacut esetben 90%) sem a későbbi utánvizsgálókét nem értük el, talán azzal magyarázhatnók, hogy különbségek támadhatnak már a kórisme felállításánál is; más lesz az eredmény a tisztára endogen folyamatoknál, mint akkor, ha csak schizopreniás reactiós kórképekről van szó. *(Horányi* és *Szatmári)*. A remissiók megítélésében is eltérések mutatkoznak az egyes szerzők között. Véleményünk szerint *csak a teljes és jó remissiót* szabad a gyógykezelés értékének megállapításában tárgyilagos adatként felhasználni. A hibaforrások elkerülése céljából *Müller* javaslata szerint 100 nem kezelt schizopreniás esetünkről készített statisztikai eredményeinket hasonlítottuk össze a kezelt esetek arányszámával. Ha tehát, a javulások fokának a megítélésében eltérések is vannak, az ugyanazon szempontok szerint összeállított statisztika hibái valószinüleg azonosak és igy az összehasonlítás bizonyos fokig tárgyilagos marad.

A kezelés kellő elővigyázatossággal veszélytelen. Egyszerű, olcsó, kevés ápolószemélyzettel is gyorsan végrehajtható, az adagolás pedig pontosan végezhető.

Insulinshok-kezelés. Az insulinkezelést kezdetben *Sakel* eredeti módszerének *Angyal* által módosított formájában alkalmaztuk. Naponta egyszer idéztünk elő insulin schockot; egy kezelés általában 25, de egyes esetekben 30, sőt több shokból is állott. Összesen 35 schizophreniás beteget kezeltünk így. Az ismert magyar gyártmányú insulin-készítmények minden szempontból azonos hatásúak. A shok-adag 15—270 egység között ingadozott. Az érzékenység a kezelés folyamán ugyanannál az egyénnél rendszerint növekedett, annyira, hogy néha a kezdeti shok-adag felére is leszállottunk. Ritkábban az egyéni érzékenység csökkent, néha pedig ingadozott a kúra folyamán, de nem egyszer állandó maradt.

A kezelés eredeti módjától később annyiban tértünk el, hogy a bevezető szakot az adagok gyorsabb emelésével megrövidítettük, s elhagytuk a polarisatiós szakot is.

Sakel és *Angyal* észleleteivel egyezően a shok typusa kétféle: *nedves* és *száraz*. A nedves shok aránytalanul gyakrabban jelentkezett, mint a száraz shok, amelyet csak 3 betegen észleltünk. Némely esetben a shok jellege változott, de ilyenkor is a nedves shokok fordultak elő többször. A száraz shokkok és az epilepsiás görcsrohamok között összefüggést nem találtunk. Egyes szerzők azt tapasztalták ugyan, hogy a száraz shokokban az epilepsiás görcsrohamok gyakoribbak. Mi viszont epilepsiás görcsrohamokat csak nedves shokban észleltünk. A betegeket eleinte 1—1½ óráig hagytuk comában, később a coma tartamát ¾ órára csökkentettük le, mivel a hosszú coma után gyakrabban lépett fel szövődmény az ú. n. elhuzódó coma és az ezt kisérő mozgási és egyéb zavarok alakjában.

A shok elején jelentkező nyugtalanságot barbitursav származékok kedvezően befolyásolták.

Az *Angyal* által leirt shock-szakok nem minden esetben jelentkeztek teljességükben. Gyakran kimaradt az I. szak, a betegek minden izgalmi tünet nélkül jutottak a II. szakba, vagyis fokozatosan egyre bágyadtabbak, atonikusabbak, aluszékonyabbak lettek és végül motoros tünetek nélkül comába kerültek. Ilyen esetekben legtöbbször az V. és VI. szakban sem jelentkeztek motoros izgalmi tünetek. Néhány betegünkön az egész kezelés alatt mindvégig megmaradt a hypoglykaemiás shoknak ez a színezete. Ezeket a motoros izgalmi tünetek hiánya miatt *egyszerű comának neveztük el.* Máskor viszont a II. szak rövidült meg vagy tünt el és a kezdeti izgalmi tünetek után aluszékonyság nélkül fibrillaris clonusos rángások, tonusos feszülések, pyramis tünetek, majd dissociált csavaró mozgások stb. jelentkeztek. Ez a *motoros typus.* A különböző typusok ugyanannál a betegnél váltakozva is jelentkezhetnek. A kóros reflexek legtöbbször csak a koma beálltával lettek kifejezettek, vagy csak akkor jelentkeztek és gyakran areflexia ill. hypotonia mellett is mutatkoztak.

Epileptiformis görcsrohamot 6 betegen észleltünk. Halmozott görcsroham egy esetben sem fordult elő még akkor sem, ha a beteget a roham után nem etettük meg. Ezek a görcsös rohamok úgy látszik nem életveszélyesek. Valószinüleg csak akkor jelentenek komoly veszélyt, ha *status*-szerüen halmozódnak; általában a kezelés során jelentkező sensibilisalódás kapcsán jönnek létre és elmaradnak, ha az adagokat csökkentjük.

A veleszületett görcskészség és az insulin-shockban fellépő epileptiformis rohamok esetleges összefüggésének tisztázására 3 genuin és 1 symptomás epilepsiás betegen idéztünk elő hypoglykaemiás shokot. Közülük csak egynél lépett fel az egyik shok kapcsán epileptiformis görcsroham. Valószinü tehát, hogy a görcsrohamok az insulin shokok alatt nem az egyéni görcskészség révén jönnek létre. Ezt a feltevést támogatja az a megfigyelésünk, hogy a fentebb ismertetett K. I. schizophreniás nőbetegünkön 30 insulinshok alatt egyszer sem jelentkezett görcsroham, jóllehet insulinos kezelése előtt gyakran léptek fel nála spontan epileptiformis görcsök. *Franke* ugyanilyen észleletről számol be.

III. TÁBLÁZAT.
Insulin-kezelés.

Betegség tartama	Össz. eset	Teljes rem.	Jó rem.	Soc. jav.	Átm. jav.	Nem jav.	Meghalt
Acut esetek (½ évig)	7	4	1	2	—	—	—
Subacut esetek (1 évig)	7	—	2	2	2	1	—
Chronikus esetek (1 éven túl)	18	—	—	3	4	11	—
Chron. eset schubszerű lefolyással	3	1	—	1	—	1	—
Összesen:	35	5	3	8	6	13	—

35 betegünk közül, mint a 3. számú táblázat mutatja, javult összesen 16, közülük 8 került teljes és jó remissióba. Átmeneti volt a javulás 6 esetben. A jó remissiók itt is az acut és subacut esetekből kerültek ki (50%). A 20 paranoid, 11 simplex, 2 hebephren és 2 katatoniás beteg közül a paranoid és simplex formák javultak leginkább. 1 hebephren betegünk teljes remissióba jutott. Katatonás betegeink nem javultak. Tehát az insulinkezelés arányag nagyobb számban eredményezett teljes javulást, mint a görcskezelés. Az acut és subacut esetek gyógyulási aránya a spontán gyógyuláshoz (13%) viszonyítva négyszeresre (50%) emelkedett.

Sakel és *Angyal* nyomán az ellenjavallatokat szigorúan betartottuk; egyetlen haláleset sem fordult elő.

Egyedül az elhuzódó komák jelentettek komoly nehézséget. Ilyen shock 9 betegünkön fordult elő és abban nyilvánult meg, hogy a coma az orrszondán át való megetetés után sem szünt meg és 1—12 óráig huzódott el. Három betegünk elhúzódó shokjához említésre méltó neurologiai góci jelenségek társultak.

Az elsőre csavaró mozgások, a test hossztengelye körüli forgások voltak jellemzők, a második esetben ezekhez a tünetekhez heves choreás, majd dobáló mozgások csatlakoztak, végül a harmadik esetben 20 órán át tonusos feszítő görcsök ismétlődtek és ezután pár napig teljes sensoros és motoros aphasia maradt vissza, alexia, agraphia, apraxia kíséretében. A sensoros aphasia néhány nap múlva, a motoros componens pedig 3 hét alatt javult meg. Mindhárom esetben decerebratiós tünetek is jelentkeztek. Ilyen elhuzódó comában a szőlőcukor befecskendezése, mint *Müller M.* is említi, eredménytelen, a szőlőcukor befecskendezése után a motoros jelenségek nem csökkennek, sőt olykor fokozódnak. Ha tehát a beteg az etetés után 20 percen belül nem ébredt fel, csak egyszer adtunk 50 ccm. 40%-os szőlőcukoroldatot a gyüjtőérbe, és ha a shok ezután sem szünt meg, azonnal adrenalint, coffeint és cardiacotonikumokat adagoltunk. Leghatásosabbnak a *coffein és lumbalpunctio bizonyult.* Adrenalin befecskendezése után a motoros tünetek gyakran fokozódtak. De még ezek az eljárások sem szüntetik meg minden esetben az elhúzódó shockot. Egy esetben, T. L. betegünkön az elhúzódó coma alatt glottis-görcs lépett fel, amelyet gyüjtőérbe adott coffeinnel sikerült megszüntetnünk.

Gyakran észleltük a coma korai, spontán megszünését szőlőcukor beadása nélkül, különösen olyankor, amikor a beteg epileptiformis görcsrohamot kapott. A meg-

etetés után, de még felébredés előtt gyakran fordulnak elő tonusos feszülések, csavaró mozgások és a kóros reflexek olykor átmenetileg kifejezettebbek lesznek. Az ébredés alatt psychomotoros nyugtalanságot, ú. n. „activált psychosist" is észleltünk. Három betegen az ébredés után 3—5 óra múlva újból hypoglykaemiás coma lépett fel, amely szőlőcukor ismételt adására megszűnt.

Sakel nyomán mi is megkíséreltük stuporos és katatoniás gátolt betegeken az insulin comát a psychés nyugtalanság stádiumában megszüntetni a stupor áttörése és az ú. n. produktiv psychosis létrehozása céljából, de csak egy esetben sikerült igy rögzíteni k. b. 6 órára a psychés élénkséget. Csak ritkán tudtuk nyugtalan betegeknek a somnolentia szakában való megetetésével és naponta többször végzett insulinshokkal a nyugodt állapotot állandóvá tenni.

A javulás néhány esetben már az előző 3—4 shok után jelentkezett, de a kezelést ennek ellenére is folytattuk, mert tapasztalatunk szerint különben visszaesés következett be. Két teljes remissióba jutott betegünkön a javulás csak a kezelés vége felé mutatkozott és a 20—25. kománál lett teljes.

Az „activvált psychosisok" kérdését illetően az a benyomásunk, hogy ezek a psychés nyugtalanságok a gyógyulási hajlammal nem hozhatók összefüggésbe, mert a chronikus, semmi javulást nem mutató betegeken is előfordulnak, máskor meg a teljes remissióba jutott betegeken az egész kezelés alatt hiányoztak.

Az insulinshok hatásmódját illetően helyesen mondja *Müller M.*, hogy majd csak a schizophreniás folyamat teljes megismerése után magyarázhatjuk meg az insulinos kezelés hatásmódját. *Sakel* szerint normalis körülmények között a működésből kiiktatott és a kóros folyamat által activált phylogenetikailag ősibb pályák működése az insulinshok folytán megszakad, mire a normalis pályák működése lép előtérbe. *Pap* és *Küppers* egyszerűen a tudatzavarral és az azt követő amnesiával magyarázzák a javulást. *Müller M.* a tudatzavart szintén fontosnak tartja, de szerinte nem ez az egyetlen tényező a gyógyhatásban. *Schaefer* a májfunctio izgalma által okozott méregtelenítő hatást veszi fel. *Magenau* a vegetativ áthangolást hangsúlyozza. *Stief* és *Tokay* állatkisérletei szerint az insulin az agyra főleg functionalis érműködési zavar folytán hat. *Bodechtel, Hiller* szintén vérkeringési zavart találnak az insulin-comában. *Stief* szerint talán az érgörcsöt követő reactiv hyperaemia által okozott fokozott táplálkozás és oxydatio is lényeges.

Valószínűnek tartjuk, hogy akár az érgörcs, akár maga a hypoglykaemia a központi idegrendszer sejtjeiben ma még nem ismert biochemiai elváltozást hoz létre és ez szerepel az insulin shockok gyógyhatásában.

Az *elhúzódó* coma bizonyára súlyos toxikus állapot kifejezője, ami valószínüleg irreversibilis sejtelváltozásokat és talán vérzéseket is hagy maga után. Ezt bizonyítják a fent említett 20 órás shockot követő gócos neurologiai kiesések: aphasia, alexia, agraphia és apraxia, amelyek csak 3—4 hét eltelte után tüntek el. Másik két esetünkben az extrapyramidalis rendszer, illetőleg a subcorticalis gócok bántalmazottsága (Sherrington-féle decerebratiós merevség) szerepelt. Az elhuzódó comákat azonban sem a hypoglykaemia, sem az érgörcstheoria nem magyarázza meg, mert cukor adására a coma nem szűnik meg, viszont az agyi érgörcsöt oldó coffein és egyéb értágítók is hatástalanok maradtak. Lehetséges, hogy ilyenkor a központi idegrendszerben sőt az egész szervezetben súlyos autointoxicatio lép fel, és talán ezért van a venaesectióknak és a lumbalpunctióknak kedvező hatása. *Müller M.* szerint az elhúzódó shokokat vagy a kezelés során fellépő sensibilisalódás vagy az insulin adag ugrásszerű emelése okozhatja. Ezt a feltevést nem tudjuk osztani, mert igen óvatos adagolás mellett is láttunk elhuzódó első comát.

Együttes tetracor és insulinschock kezelés. Együttes kezelés esetén a tetracor-, illetőleg insulinshok-kezelést egymásután vagy egyidejüleg alkalmazzuk. Ehhez a módszerhez akkor fordulunk, ha betegeink akár görcs-, akár az insulinkezelés után nem javultak. A két kezelést mindig egymásután végeztük. Az egyidejü alkalmazást, amint azt *Müller M.* ajánlja, nem tartjuk mindig eredményesnek. Mivel klinikánkon a schizophreniás betegek nagyobb része először görcskezelésben részesült, gyakoribb volt a kombinált kezelésnek ez a módja, hogy a tetracor kúrát a *Sakel* f. eljárás követte. Forditott sorrendben a két gyógymódot az eseteknek csak ¼ részében alkalmaztuk.

33 beteg közül a kettős eljárás után teljes remissioba jutott 5 (4 acut, 1 schubszerü), jó remissiója szintén 5 beteg (2 acut, 3 különböző betegségi tartammal); 5 esetben csupán ú. n. szociális javulás volt. Változatlan maradt a kórkép 18 esetben (15 chronikus, 3 subacut). Itt is az acut esetek javultak legjobban: 7 acut eset közül 4-ben teljes gyógyulást, 2-ben jó remissiót és egyszer socialis javulást értünk el. A *schub*-szerű lefolyást mutató esetek is jól javultak, de tudjuk jól, hogy ezek spontán gyógyulára is nagy hajlamot mutatnak. A chronikus esetek kombinált kezelésre sem javultak. (18 eset közül 16 változatlan maradt). A chronikus paranoidos kórformában szenvedő betegeink állapota nem javult, ellentétben az acut paranoidosokkal,, ahol nagy a javulási hajlam. Kielégítő volt a javulás az acut simplex esetekben is; legkevésbé katatoniás kórformákat tudtuk kedvezően befolyásolni. A javulási arányszám közel áll az insulin kezeléssel elért eredményekhez. Valószínünek tartjuk, hogy a kettős kezelésnél az insulin-comák hozták meg a javulást, ugyanis az eredménytelen *Meduna*-féle kezelés után gyakran bizonyult még *Sakel* módszere eredményesnek, míg sikertelen insulinos kezelés után végzett tetracor-kúra egy esetben sem volt eredményes.

Összefoglalás. Tapasztalatainkat összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a *Meduna*-féle kezelés acut és subacut schizophreniásokon a javulások számát a spontán javulások háromszorosára emelte. Az insulinos kezelés ennél is hatásosabb, mert itt a javulás aránya négyszeres. A legjobb gyógyulási kilátást az acut és lökésszerű esetek nyújtják. A subacut esetek már kevésbbé javulnak, a chronikus esetekben a javulás reménye igen csekély. A paranoid és a simplex esetek *Meduna és Sakel*-féle kezelésre egyaránt jól gyógyulnak. Alig javulnak a stuporos katatoniások. Tekintve a *Meduna*-féle kezelés egyszerűbb, olcsóbb és rövidebb voltát, először a tetracor-kezelést választhatjuk acut schizophreniás betegeken és csak ha ez eredménytelen, akkor térhetünk át az insulinos kezelésre.

Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy mind az insulinos, mind pedig a görcskezelés jelentős haladást jelent a schizophrenia gyógykezelésében, bár a *Sakel* és *Meduna* féle eljáráshoz füzött kezdeti nagy reményeket a későbbi vizsgálatok nem váltották be. Mindkét kezelés valódi értékét csak néhány év mulva birálhatjuk el tárgyilagosan, amikor megfelelő katamnesisek birtokában a gyógyulás és javulás tartósságáról is meggyőződhetünk.

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

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

Arcüreggyulladások bakteriologiája.*

Irta: *Szende Béla dr.* és *Murányi László dr.*

A középfülgyulladások genyes váladékának bakteriologiai vizsgálata jelentős mértékben befolyásolja a középfülgyulladás kórjóslatát és gyógykezelését.

Az orrmelléküreg gyulladásai közt leggyakrabban az arcüregével találkozunk egyrészt anatomiai helyzete, másrészt kivezető nyilásának kedvezőtlen fekvése következtében. Az arcüreg-punctióval nyert váladék sokféle minősége, szine, összeállása, szaga, mennyisége önkénytelenül is felvetik azt a kérdést, vajjon a különböző váladékok kórokozói egységesek-e, vagy pedig az egyes megjelenési formáknak megfelelően typusos módon megtaláljuk ugyanazon kórokozót. Vajjon levonhatók-e a talált leletből kórjóslati, vagy therapiás következtetések, amelyek összhangba hozva az egyéb klinikai tünetekkel, haladást jelentenek az arcüreggyulladások kezelésében. Vizsgálataink ebből indultak ki.

Az irodalomban az erre vonatkozó adatok gyér számúak. *Sobernheim* a Fränkel-kilinikáról 1914-ben az Arch. f. Laryng.-ben megjelent cikkében 25 idült arcüreggyulladás bakteriologiai leletével foglalkozik. A 25 esetből 7 volt negativ leletű, a többiben nagyrészt coccusokat és vegyes szájflórát talált. A nagy számú negativ leletet azzal magyarázza, hogy a bakteriumok autolysist szenvednek és ha reinfectio nem következik be steril marad a váladék. Mi inkább ezt a táptalaj megválasztás és tenyésztés esetleges hibájának rójuk fel, a később említendő okok miatt.

A japán *Matsumura* 85 idült esetet vizsgált, amelyek később mind műtétre is kerültek. 64%-ban staphylococcust, 16%-ban streptococcust, 9%-ban coli bacillust, 5%-ban pneumococcust és 5%-ban pyocyaneust talált az orrüreg váladékában. Továbbiakban párhuzamot von a bakteriologiai lelet és a megnyitott arcüreg nyálkahártya lelete között. Ebből azonban akár a kórjóslás, akár a gyógykezelés szempontjából értékesíthető következtetést nem vonhatunk le. Az általa talált bakteriologiai lelet valószínüleg megfelel a japán viszonyoknak, de nem fedi a mi leleteinket. *Turner* és *Lewis* 43 melléküreggyulladás bakteriologiai leletét vizsgálták. Több esetben találtak coccusokat, mint bacillusokat. Szerintük kétoldali folyamatban nem kell egyforma bakteriologiai leletnek lenni. Több százalékban van orrfelőli (influenzás) fertőzés, mint a fogak felől. — A váladék büzös voltát szerintük mind anaerob, mind aerob bakteriumok is okozhatják.

A szerzők nagyrésze velünk együtt megegyezik abban, hogy bakteriologiai vizsgálat szempontjából az arcüreg az egyetlen melléküreg, amelynek váladékát a lehetőséghez képest sterilen sikerül venni, ezért az alsó orrjáratban elvégzett punctio után a tű mandrinját eltávolítva steril fecskendőbe kiszívjuk a váladékot és az így nyert anyagot vizsgáljuk részben felkent készítményben, részben különböző táptalajokon.

Csupán *Getty*, angol szerző keresi a mosóvízben a kórokozókat és így érthető, hogy eddig ismeretlen bakteriumfélességeket fedezett fel, amelyet elnevezett bacillus alcaligenes bronchisepticusnak.

Új irányt szabott a vizsgálatoknak *Kalininak* és *Meerovitschnak* 1928-ban megjelent közleménye és a koppenhágai congressuson tartott előadása. Nevezett szerzők függetlenül az arcüreg váladékának bakteriologiai leletétől bacillus bulgaricus tejkulturájával kezeltek középfül- és arcüreggyulladásokat. *Zaviska* és *Messinger* megerősíti fenti szerzők jó eredményeit, viszont *Mentel, Hotta* és *Eduard* rossz eredményekről számolnak be. A bacillus bulgaricus termelte tejsav fejt ki baktericid hatást a fenti szerzők szerint.

Hays és *Herold* angol szerzők közölték az arcüreggyulladás kóros váladékából nyert autovaccinával kezelt gyógyeredményeiket, 300 esetből mosások nélkül 33% gyógyult, 55% javult, és 12% nem változott.

Klinikai rendelésünkön 1935—1936. év telén 50 arcüreggyulladásos beteg váladékát vizsgáltuk válogatás nélkül. Ebből 26 acut és 21 idült sinusitis és 3 arcüregi cysta volt. A váladékot a fentemlített módon nyertük a punctiós tűn keresztül és a vizsgálat menete a következő volt. Minden váladékból készítettünk felkent készítményt és oltottunk különféle táptalajokra. A klinikai feljegyzések teljesen függetlenül folytak a bakteriologiai vizsgálatoktól és csupán a vizsgálatok végeztével egyeztettük őket össze, nehogy egyik a másikat bármilyen irányban befolyásolja.

A heveny megbetegedésekben, mint látjuk, kizárólag pneumococcusokat és diplococcus catarrhalist talált a bakteriologiai vizsgálat, hiszen az esetek legnagyobb része influenzás eredetű volt és a klinikai kórképben heveny, lázas nátha vezette be a tüneteket. Ha a váladék jellemzően világos-sárga, vagy zöld színű és nyákos-genyes csomókba állt össze a bakteriologiai vizsgálat pneumococcusokat mutatott, azon esetekben pedig, ahol leveny gyulladás esetén a punctiós folyadék tejszinűen zavaros volt, diplococcus catarrhalist. A prognosis szempontjából fontos ezt tudni, mert mint látjuk 26 esetből csupán egy került conservativ műtétre, a többi mosásra gyógyult.

Heveny gyulladások esetén szóbajön, főleg elhúzódó esetekben, mikor a desinficienssel történő mosás nem járt eredménnyel az üreg átöblítése pneumococcus esetén pneumoccocus serummal. Ezt 4 esetben végeztük jó eredménnyel, feltünő volt a véladékképződés teljes megszünése egyik napról a másikra. Ezt pneumococcus conjunctivitisben is látják szemészek és jellemzőnek tartják; oly kritikusan szünik meg a folyamat, mint pneumoniákban a 7—9. napon.

3 arcüri cysta-esetünkben a jellemző szalma-sárga váladék sterilnek bizonyult. Mindhárom esetet műtétre került: az arcüreg nyálkahártyája teljesen ép volt.

21 idült arcüreggyulladás váladéka a következő eredményt adta: 13 streptococcus 61.8%; 7 vegyes szájflóra, 33.3%; 1 staphylococcus 4.7% fertőzést találtunk.

A klinikai tünetek mind hosszabb ideje állottak fenn, a punctiós véladék szürkés, tejszerűen zavaros, genyes csomókat mutatott, a vegyes szájflóra alkalmával pedig mindig büzös is volt. Eseteinkből, mint látjuk 12 került műtétre. *(Lothrop—Claoue* és *Luc Caldwell)*.

A műtétkor talált arcüri nyálkahártyaleletstreptococcusfertőzés esetén infiltratiót és vizenyőt mutatott, határozott polypképződés és kifekélyesedett, zöldesen elszineződött gangraenás nyálkahártyát fogeredetű vegyes fertőzéskor találtunk.

Megerősíthetjük *Menzel* észlelését, aki fogeredetű fertőzéskor fuso-spirillaris bakteriumtömegeket talált az arcüri nyálkahártyán. 4. számú esetünkben *Levaditi* szerint festve az exulcerált, zöldesen elszineződött nyálkahártyát mi is fuso-spirillaris bacillus-tömegeket találtunk a szöveti készítményben.

A kórjóslás szempontjából főleg az idült arcüreggyulladások esetében tartjuk fontosnak a váladék bakteriologiai vizsgálatát. Hiszen sokszor a beteg csak idült folyamata kiujulásakor vesz tudomást bajáról, azt heveny-

*) A berlini nemzetközi fül- orr- gégeorvos congressuson tartott előadás.

	Jelleg	Váladék minősége	Bakt. lelet	Gyógykezelés	Gyógyulás
1	chronikus	zavaros, szürke csomos	streptococc	rivanol trypafl.	mosás
2	acut	zöld, nyákos, összeálló csomók	pneumococc.	bórviz	„
3	„	zöld, nyákos csomok	„	„	„
4	chronikus	egynemű, zavaros, bűzös	vegyes szájflóra	műtét	Luc Caldwell
5	subacut	zavaros, rész. összeálló, sárga	dipl. catarrh.	bórviz	mosás
6	acut	összeálló, sárgászöld csomok	pneumococc.	„	„
7	„	zöld, sárga csomok	„	„	„
8	„	sárga nyákos	„	bórviz, serum	„
9	H. cysta	szalmasárga	steril	műtét	Luc Caldwell
10	acut	sárga, zöld csomok	pneumococc.	bórviz, serum	mosás
11	„	zöld nyákos, összeálló	„	„	„
12	„	összeálló, nyákos	dipl. catarrh.	bórviz	„
13	H. cysta	szalmasárga	steril	műtét	Luc Caldwell
14	acut	zöld, nyákos	dipl. catarrh.	„	Lothrop Claoue
15	chronikus	büzös, zavaros	vegyes szájflóra	„	Luc Caldwell
16	acut	sárgás-barna, nyákos	pneumococc.	bórviz	mosás
17	chronikus	törmelékes, zavaros	vegyes flóra	rivanol, bórviz	„
18	acut	zöld, nyákos	diplococc.	„	„
19	chronikus	egynemű, zavaros	streptococc.	műtét	Luc Caldwell
20	chronikus	„	„	rivanol, bórv., arg.	„
21	„	„	„	bórvíz, antiflemin	Lothrop Claoue
22	acut	nyákos	dipl, catarrh.	bórvíz	mosás
23	chronikus	egynemű. zavaros	streptococc.	trypaflavin bórvíz	„
24	„	„	„	„	„
25	acut	savós, genyes	dipl. catarrh.	bórvíz	„
26	chronikus	tejszerű. genyes	vegyes szájflóra	műtét	Luc Caldwell
27	acut	kissé zavaros	dipl. catarrh.	bórvíz, argil	mosás
28	„	sűrű, nyákos, zavaros	„	„	„
29	chronikus	tejszerű fehér	streptococc.	trypafl., bórviz	„
30	acut	zzld, nyákos	pneumococc.	bórvíz	„
31	„	zöld, összeálló	dipl. catarrh.	„	„
32	„	sárgás zöld	pneumococc.	műtét	„
33	„	zöld, kissé törmalékes	diplococc.	trypaflavin bórvíz	„
34	„	összeálló nyákos	pneu mococ	bórvíz, antifl.	„
35	chronikus	büzös, zavaros	vegyes szájflóra	bórvíz, műtét	Luc Caldwell
36	„	büzös, csomos	streptococcus	bórvíz, argil	„
37	acut	sárga. összeálló	pneumococcus	bórvíz	mosás
38	chronikus	büzös, zavaros	vegyes szájflóra	műtét	Luc Caldwell
39	acut	nyákos, szürke	dipl. catarrh	bórvíz, trypafl.	mosás
40	„	zöld, összeálló	pneumococc.	bórvíz	„
41	chronikus	összeálló, szürke	streptococcus	műtét	Lothrop
42	„	„ „	„	bórvíz, trypafl.	mosás
43	acut	sárga, csomos	pneumococc	bórvíz	„
44	H cysta	szalmasárga	steril	műtét	Luc Caldwell
45	acu	zavaros, szürkés	dipl. catarrh.	argil, bórviz	mosás
46	chronikus	egynemű, zavaros	staphylococc,	argil bórvíz	„
47	„	zavaros, genyes, csomók	streptococc.	bórvíz rivanol	„
48	„	„ „ „	„	műtét	Lothrop
49	„	„ „ „	vegyes szájflóra	trypafl. bórvíz	mosás
50	„	„ „ „	streptocoec.	rivanol bórviz	„

nek véli és így fordul orvoshoz. Ha a váladékban streptococcust, vagy vegyes szájflórát találunk, a kórjóslat és orvoslás szempontjából ez természetesen irányt fog szabni.

Therapiánk irányát, kímélő, vagy gyökeres voltát mindig az arcüri nyálkahártya feltételezett állapota fogja eldönteni és ezt a bakteriologiai lelet hatékonyan támogatja. Strepto- és staphylococcus fertőzésben mindig megkíséreljük a mosásokat. Ha 10—12 mosásra a helyzet lényegesen sem javul és a beteg socialis helyzete is műtétet javal, endonasalis műtéttel a Lothrop-Claoue-f. műtéttel

tárjuk fel tágasan az alsó orrjáratot és az arcüreget, ezzel az üreget egyrészt a mosások számára könnyen hozáférhetővé tesszük, másrészt a váladék lefolyásának kedvezőbb feltételeket biztosítunk.

Fuso-spirillaris vegyes fertőzéskor, ha a beteg fogak eltávolítása után sem javul a folyamat, mindig *Luc—Caldwell* műtétet végeztünk és a nyálkahártyán talált irreversibilis elváltozások mindig igazolták e műtét szükségességét.

Streptococcus és fuso-spirillaris fertőzés esetén a bórvizes mosásokon kívül az üreget igyekszünk valamely erélyesebb fertőtlenítővel is átöblíteni ,amelynek különleges affinitása van a jelzett bakteriumhoz. Jó eredményt láttunk 1/00 rivanolos fecskendezéstől, továbbá 2%-os trypaflavin oldatból 5 ccm-t fecskendezve az arcüregbe előzetes átmosás után, már egy-két kezelésre a bűz és a tejszerű zavarodás megszünik és a váladék csomókba összeáll. Igen jó eredménnyel alkalmaztuk az antiflammin nevű polyvalens strepto-staphylococcus serumot is, amelytől hasonló jó hatást láttunk, főleg streptococcus fertőzések esetében. 1/0000 argil-oldatot is kipróbáltunk, amelyet az urologiában is használnak: ugyancsak gyorsítja a gyógyulást és az orr nyálkahártyáján különösebb izgalmat nem okoz.

Vizsgálataink klinikai részének ismertetése után nem lesz érdektelen, ha a következőkben ismertetjük a bakteriológiai feldolgozás különböző mozzanatait, a baktériumtörzsek egyes fajait, virulentiájukat, az identificálás és isolálás módszereit, valamint a különböző baktériumoknál legjobban bevált táptalajokat. Amint már fentebb említettük, *az anyag bakteriológiai vizsgálatának első szakasza mindig a mikroskopos vizsgálat volt és az így megállapítható bakteriumok minősége, száma határozta meg legtöbbször a felhasználandó táptalajt és a feldolgozás módját (szélesztés, higitás mértéke stb.)*

A *heveny arcüreggyulladások* bakteriológiájának részletes taglalásakor első helyen kell említenünk mind számszerű arányánál, mind pedig jelentőségénél fogva a *pneumococcust*. A legtöbb nehézséggel viszont éppen a pneumococcus elkülönítése, meghatározása jár, mert e baktérium igen nagyigényű, de kis ellenállóképességű. Virulentiájának és tenyésztési lehetőségének első feltétele a környezet vegyhatása, amely igen szűk határok között mozog. Optim. reactiója: pH 7.6—8.3 között van. *Csak fehérjedús táptalajon tenyészett szívesen, különösen olyan táptalajokon, amelyek nativ fehérjét tartalmaztak* (vérsavó, Löffler-savó). Húskivonatokból készült táptalajokon a tenyészet csak ritkán sikerült és a tenyésztés igen satnya, a növekedés lassú volt. A növekedést elősegítette, ha kevés glycerint, nutroset, vagy dextroset kevertünk a bouillonhoz (legfeljebb 0.1% mennyiségben), de a képződött savat meg kellett kötnünk puffer-sókkal. (0.5%-os konyhasó, vagy natriumphosphat.) Pneumococcus törzseink ugyanis gyakran elpusztultak a sok cukrot tartalmazó táptalajon az erjesztéssel járó savképzés miatt, pufferozott táptalajon viszont aránylag igen sokáig sikerült életbentartani a törzseket. Az igy praeparált bouillonban a pneumococcusok igen enyhe, egyenletes zavarodással nőttek, a kémcső fenekén kevés, könnyen szétrázható üledékkel. Ha a tenyészetet tovább tartottuk 37 fokos hőszekrényben, 5—6 nap múlva a tenyészet teljesen feltisztult, amelyet a pneumococcusra annyira jellemző autolysis okozott. Közönséges agarlemezen a tenyésztés csak két esetben sikerült: a kolóniák igen kicsinyek, alig néhány 10-ed milliméternyi, kerekded, harmatcseppszerű, kékesen áttünő és lassan növő képletek voltak. Serum és ascites agaron a telepek már 24 óra mulva láthatók voltak, 48 óra mulva a telepek középső része kissé besüppedt (valószínűleg autolysis következtében) és a széle, pereme határozottabb lett. A perem később megvastagodott, széle meredeken esett le és igy az idős kolóniák gyürüs szerkezetet mutattak. Véragárlemezen is könnyen sikerült tenyésztenünk a pneumococcusokat. A telepek áteső fényben zöldes szinüek voltak, legtöbbször világosabb-zöldes udvarral körülvéve. Az elszineződést a methoemoglobin képződése és a részleges haemolysis magyarázza. Ugyanezt láttuk véres bouillon tenyészetek esetén is, ahol a mathaemoglobinképzés a vér barnás elszineződésében nyilvánult meg. Legtöbb nehézséget a pneumococcusnak a streptococcustól való elkülönítése okozta. Kétes esetekben a pneumococcus inulint erjesztő képességét, valamint *Neufeld* által leirt egyik legjellemzőbb tulajdonságát, az epében való oldhatóságát használtuk fel. A pneumococcus kolóniák ugyanis Hiss-féle táptalajon az inulint igen hamar erjesztették, a képződött sav hatására a savó megolvadt és a táptalaj megpirosodott. Az epében való oldhatóság kritériumának azt tekintettük, hogy megfelelő marhaepe tizszeres mennyiségü bouillon tenyészet pneumococcusait 10 perc alatt feloldotta és a bouillon teljesen feltisztult. Ujabban sokan ajánlják e célra a natrium taurocholat egyenletesebb hatását, sőt *W. Mair* (1929) legjobbnak az acidum desoxycholicum 10 %-os oldatát tartja, amelynek 0.1 ccm-e 5 ccm phosphatos boullon tenyészetet 37 fok C és 7.8 pH mellett néhány perc alatt feloldja. A marha epétől mindig kielégítő eredményt láttunk és igy nem volt szükségünk a fenti eljárásra. Ha morphologiailag nem is volt mindig elkülöníthető a pneumococcus, különösen némely tokos szájstreptococcussal való feltünő hasonlatossága miatt, az epében való oldhatóság, a jellemző gyors autolysis, az inulinbontó hatás állatoltás, vagy akár serologiai elkülönítés nélkül is minden esetben kétséget kizárólag eldöntötték, hogy pneumococcussal volt -e dolgunk vagy nem.

Röviden meg kell még emlékeznünk e helyen a streptococcus mucosusról is. *Schottmüller* 1903-ban a streptococcusokra vonatkozó vizsgálatai közben eddig ismeretlen, nyálkás telepeket alkotó törzsekre akadt és ezt a fajtát streptococcus mucosusnak nevezte el. Megerősíteni látszottak *Shottmüller* vizsgálatait *Axenfeld* és *Ruprecht* észlelései, úgy hogy sokáig a streptococcus muc.-t a streptococcusok családjába sorozták. A pneumococcus typus specifikus antigenjének elkülönítésével azonban kétséget kizáróan bebizonyítható volt, hogy a streptococcus muc. tulajdonképpen pneumococcus, még pedig annak III. typusa s igy ma már idejét multa az a felfogás, amely a mucosust a steptococcusok egyik alfajának tartja. Vizsgálataink során több esetben identificiáltunk mi is a streptococcus mucosust, de azt a fentiek figyelembevételével beosztásukban nem különítettük el a pneumococcustól.

Heveny eseteink 50%-ában a bakteriologiai lelet igen nagy variáló képességü coccusok tömegét mutatta, melyek Gram-szerint nem festődtek, helyenként diplo alakban helyezkedtek el és az identificálás során diplococcus catarrhalisnak bizonyultak. A legújabb kutatások szerint ezek a látszólag különböző fajhoz tartozó és az orr-garatüreben rendszerint normalis körülmények között is kimutatható coccusok, a pharyngococcusok csoportjába tartoznak, ahová rajtuk kívül még a diplococcus pharyngis flavus I., II., III. a diplococcus pharyngis siccus, diplococcus crascus és a diplococcus pharyngis mucosus sorolhatók. A diplococcus catarrhalis isolálásakor leginkább a meningococcus jött figyelembe, de attól agarlemezen való jó tenyészthetősége (már szobahőmérsékleten is) biztosan elkülönítette és így nem volt szükség sem az erjesztőképesség meghatározására, sem annak eldöntésére, hogy a kér-

déses törzs agglutinál-e vagy sem. A diplococcus catarrh. ugyanis a többi pharyngococcustól eltérően spontan agglutinál. Pathogenitásáról még ma is eltérőek a vélemények, eseteink fentközölt részében azonban, ahol fennálló súlyos arcüreggyulladások mellett az ismételt bakteriologiai lelet mindig csak diplococcus catarrhalist mutatott, meg kell állapítanunk, hogy bizonyos körülmények között a diplococcus catarrhalis, mint *egyedüli* kórokozó is szerepelhet az arcüreg fertőzéseinek kóroktanában.

Az idült arcüreggyulladások bakteriológiájában első helyen kell megemlítenünk a streptococcust. Előfordulása az arcüreg fertőzéseinél nem meglepő, hiszen a streptococcus a szájüregnek szinte kivétel nélkül állandó lakója. A szájban és a nasopharyngealis üregben való állandó előfordulása az angol szerzőket arra az elhatározásra indította, hogy a sptreptococcusok ma még mindig rendezetlen nagy családjából a szájban lévő streptococcusokat külön csoportba foglalják. Sem jelentőségük, sem faji önállóságuk tisztázva még nincsen, általában azonban két főtypust különböztetnek meg: streptococcus longissimus seu salivarius és streptococcus conglomeratus. Az előbbi identificálható azzal, hogy a lactoset és raffinoset erjeszti, a salicint nem. Megkülönböztetésük az erősen pathogen streptococcus viridans mitistől sokszor igen nehéz. Tekintettel arra, hogy a különböző streptococcus fajok bakteriologiai elkülönítése még ma sem egységes, tekintetbevévő továbbá azt, hogy még azonos tenyésztésű fajok is erősen ellentétes képet mutatnak, klinikai megjelenési formájukban, valamint a fertőzés minőségében, megokoltnak látszik az, hogy az arcüreg genyedéseiben talált streptococcusokat nem igyekeztünk meghatározott typusba beosztani, hanem megelégedtünk az általános megjelöléssel. Hogy ez a streptococcus a typusos pyogenesnek egyik pathogen faja-e, vagy azonos-e a streptococcus anginosussal, esetleg a streptococcus epidemicussal, mely különösen Észak-Amerikában okoz járványos anginát és tonsillitist, avagy mint már fentebb említettük, valóban külön szájstreptococcusokról van-e szó, annak eldöntése nem lehet feladata a mi vizsgálatainknak. Arra szorítkozunk tehát e helyen csupán, hogy az idült arcüreggyulladások kórokozójául 61.8%-ban a streptococcust jelöljük meg.

Az idült arcüreggyulladások kóroktanában vizsgálataink szerint a streptococcusok után második helyen állanak a szájspirochaeták és a fusiformisok. A szájspirochaeták rendszertani helyzete még ma is nyilt kérdés. Tulajdonságuk részben a baktériumokkal, részben a protozoonokkal közös, de a bakteriologiai beosztáson belül is vitatható még a különböző fajok osztályozása. Leginkább elfogadható felfogás szerint a szájspirochaeták az ú. n. commensalis spirochaeták csoportjába tartoznak, habár különválasztásukat a többi spirochaetáktól csak gyakorlati szempontok indokolják és typuson belüli felosztásuk is igen változó. A spirchaetákkal kapcsolatban említjük meg a bacillus fusiformist is, habár az nem tartozik e csoportba, de közös megjelenési formája és tulajdonságainak, életfeltételeinek a streptococcusokkal való azonos volta megokolttá teszi a közös felsorolást. E két bakterium pathogenitása még ma is vitás, hiszen állandó lakói a szájgaratürnek. Lehet, hogy csak mint *másodlagos* kórokozók szerepelnek az arcüreg fertőzésében, mivel optimalis életfeltételeiket inkább az elhalt szövetekben találják meg, de az egyéb kórokozók által megkezdett roncsolást továbbfolytatva, *elsősorban* is szóbajöhetnek az arcüreggenyedések kóroktanában. Mint előbb említettük, a Highomoor üregben való megjelenésük mindig szuvas fogakkal volt kapcsolatos. Sem morphologiájukról, sem tenyésztési és kulturális sajátságaikról érdemleges megjegyeznivalónk nincsen.

Meg kell végül említenünk, hogy egy ízben staphylococcust lehetett kitenyészteni a váladékból. Ismerve azt, hogy részben apathogen, részben pathogen törzsei ritkán ugyan, de előfordulhatnak a szájüregben, statistikánkban való megjelenése nem meglepő.

Összegezve az elmondottakat azt látjuk, hogy a heveny és idült arcüreggyulladások kórokozói merőben eltérnek egymástól. A heveny esetekben mindig pneumococcust és diplococcus catarrhalist találtunk, az idült esetekben ellenben strepto- staphylococcust és fusospirillaris fertőzés szerepelt.

A klinikai képnek a bakteriológiai lelettel történő kiegészítése nagy segítségünkre van a helyes kórjóslat felállításában és a gyógykezelés célszerű megválasztásában. Ennélfogva annak elvégzését fenti tapasztalataink alapján minden esetben ajánljuk.

A Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. tanár.)

A szénsavas fürdők hatásának ellenőrzése vérnyomásméréssel és oscillometriával.

Írta: *Egedy Elemér dr.*, egyetemi tanársegéd.

Mintegy 70 évvel ezelőtt egyik nauheimi előadásában mondotta *Beneke*, hogy a fürdőkezelés, nevezetesen a helyes javallatú szénsavas fürdőkezelés szívbetegeknek nem árthat, hanem csak használhat. *Beneke* e megállapítását nem kisérleti módszerekre, hanem csupán betegeinek észlelésével szerzett jó tapasztalataira alapította.

Beneke óta a szívbetegek szénsavfürdő kezelése általánossá vált, a kezelés feltételeit (indicatióit) is pontosan körülhatárolták és tudományos alapokra helyezték. A klinikai és balneológiai kutatás megállapította, hogy a szénsavas fürdők hatása 3 tényezőn alapul. Ezek — amint *Weber* legutóbbi nauheimi előadásában kifejtette: 1. a statikai hatás, 2. hőmérsék-hatás, 3. a szénsav-hatás.

A *statikai hatás* lényege az, hogy a testet körülvevő vízoszlop súlya nyomja a testfelület telt vénáit, ennek következtében a venanyomás fokozódik, majd nyomást gyakorol az egész mellkas felületére és annak körfogatát szűkíti *Strassburger* szerint 1—3½ cm-rel, amivel egyidejűleg pedig az intrathoracalis nyomás fog fokozódni *Schott* és *Budelmann* szerint 5 cm. H_2O-nyi nyomással. Ezen folyamatnak hatása a vérkeringésre igen előnyös.

A *hőhatás* abban áll, hogy a 35 C° hőmérsékű ú. n. közömbös fürdőnél sokkal alacsonyabb, 32 C° hőmérsékű fürdőben, amit már hideg fürdőnek tekinthetünk, a szívműködés szaporasága csökken, a peripheriás capillarisok szűkülnek, a bőr sápadt lesz, ezáltal a peripheriás ellenállás növekszik, a vérnyomás emelkedik, a szív percvolumene csökken, a szívnek tehát nagyobb munkát kell végeznie. A 35 C° hőmérsék feletti, 38—39 C° hőmérsékű fürdőben, amit meleg fürdőnek tekintünk, a szívműködés szaporasága növekszik, a capillarisok kitágulnak, a bőr kipirul, a peripheriás ellenállás csökken, a vérnyomás süllyed, a szív percvolumene megnő s ezért a szív munkája szintén növekszik.

A *szénsavhatás* akként érvényesül, hogy a szénsavbuborékok a test felületéhez tapadva, rossz hővezetők lévén, gátolják a bőr hőleadását és így ott a meleg érzését

keltik, másrészről pedig a melegingert felfogó idegvégződéseket is izgatják, ezáltal ugyancsak a meleg érzését váltják ki. A víz jó hővezető lévén, gyorsan meleget von el a testfelületről. Tehát a bőrnek azon pontjain, ahol csupán vízzel érintkezik, a 32 C° fürdővíz hidegérzést, vált ki, azon pontjain pedig, ahol a szénsavbuborékok fedik, ugyanazon fürdőben melegérzés keletkezik. Innen van az, hogy a nagy 2½—3 atmosphera nyomással telített 32 C° hőmérsékű szénsavas fürdőt néhány perc múlva meleg fürdőnek tartja a beteg. A szénsavbuborékok kiváltotta melegérzés hatására a bőr capillarisai, de a subpapillaris plexus arteriái és vénái is kitágulnak, a testfelület (bőr) vérellátása jelentékenyen megnövekszik és a bőr kipirul. De másirányban is van a szénsavnak hatása a vérkeringésre. A fürdő feletti levegő ugyanis szénsavdússá válik, a beteg ezt légzi be. A szénsavas levegő izgatja a légző központot *(Winternitz)* és így hyperventillatiót idéz elő, a mélyebb, szaporább légvételek pedig élénkítik a vérnek a szívhez való visszafolyását és ezáltal előnyösen befolyásolják az intrathoracalis keringést.

Ismeretes, hogy a szénsavas fürdő hatására a systolés nyomás változást szenved, legtöbb szerző szerint süllyed. Alább ismertetendő kisérleteinkben szívbetegeken, kiket klinikai kezeléssel tettünk alkalmassá szénsavas fürdő kezelésére, a szénsavas fürdő kezelés alatt a systolés nyomás és az oscillatiós hullámok viselkedését tettem vizsgálat tárgyává, továbbá figyelemmel kisértem a beteg állapotát a kezelés utáni két éven keresztül. A physikális vizsgálaton kívül röntgen- és elektrokardiographiai vizsgálat is történt és a szénsavas fürdőztetést csak a szívműködés compensálódása után kezdtem el.

Megfigyeléseim alapján a 32 szénsavas fürdő kezelésben részesített szívbeteget 3 csoportba osztályozom. Ez osztályozás a systolás nyomás és az oscillatiós hullámok viselkedésének, valamint a beteg kezelés utáni állapotának figyelembevételével történt. Ily módon az első csoportba 14, a másodikba 12, a harmadikba pedig 6 beteg került.

I. kisérleti csoport:

H. I. 60 éves főmozdonyvezető. Betegsége myodegeneratio cordis arteriosclerotica in stadio decompensationis. Orvoslása: 3 hét alatt 2.4 gr. digitalis, szőlőcukor intravenásan, majd novurit és strychnin. Pihenés, étrend. Compensáltság után szénsavas fürdőkezelés.

A fürdő ideje perc	A fürdő hőmérs. C°	CO_2 atm.	Vérny. Hg. mm. a fürdő előtt	Vérny. Hg. mm. a fürdő után	Oscill. egység a fürdő előtt	Oscill. egység a fürdő után
5	33	1½	185	183	5	5½
7	33	1½	185	182	5	5½
9	33	1½	183	178	5¼	6
11	33	2	181	178	5	6
13	33	2	179	175	5½	7
15	32	2	179	173	6	7½
17	32	2	176	171	6	7¾
19	32	2½	175	170	6½	8
21	32	2½	172	167	6½	8
23	31	2½	170	163	7	8½
25	31	2½	166	159	7½	8½

Ez első csoportba tartozó beteg fürdőkezelése 22 napig tartott (másodnaponként kapott fürdőt). A kezelés ideje alatt a digitalis-szal történt compensálás után állandónak mutatkozó 185 Hg. mm. vérnyomás 166 Hg. mm-re süllyedt (19 mm-es süllyedés). Az egyes fürdők kiváltotta vérnyomássüllyedés 2—7 mm. volt. A bal art. brachialison mért oscillatiós hullám a fürdőkezelés hatására 5 egységről 7½ egységre emelkedett, az egyes fürdők pedig maximalisan 1½ egységnyi oscillatiós hullámnövekedést váltott ki. Az ezen csoportba sorozott 14 beteg vérnyomása és oscillatiós hulláma H. I.-hez hasonló változást mutatott. A 14 beteg közül az észlelés után két év múlva életben volt 12 beteg, ebből munkaképes 10.

II. kisérleti csoport:

K. L. 63 éves állami tisztviselő. Betegsége: arteriosklerosis, insufficientia aortae, myodegeneratio cordis in stadio decompensationis. Orvoslás: 3 hét alatt 1.8 gr. digitalis és szőllőcukor érbe, majd jód és diuretin. Pihenés. Étrend.

A fürdő ideje perc	A fürdő hőmérs. C°	CO_2 atm.	Vérny. Hg mm. a fürdő előtt	Vérny. Hg mm. a fürdő után	Oscill. egység a fürdő előtt	Oscill. egység a fürdő után
5	33	1½	192	188	6½	6½
7	33	1½	192	188	6½	7
9	33	1½	190	186	7	7
11	33	1½	188	184	7	7
13	33	2	187	181	7	7½
15	32	2	182	180	7	7
17	32	2	180	174	7	7
19	32	2½	180	173	7½	7¾
21	32	2½	180	172	7	7½
23	32	2½	176	170	7	7
25	32	2½	176	170	7	7

Ezen második csoportba tartozó beteg fürdőztetése is 22 napig tartott. A kezelés előtt állandónak látszó vérnyomás 192 Hg. mm-ről 176 Hg. mm-re süllyedt. (14 mm-es süllyedés). Az oscillatiós hullámok nagysága a kezelés tartama alatt alig változott, 6½ egységről 7 egységre emelkedett csupán s az egyes fürdők után az oscillatiós hullám növekedését alig lehetett észlelni. Az e csoportba sorozott 12 beteg vérnyomásának és oscillatiós hullámainak viselkedése a táblázatban közölt esetéhez hasonlóan viselkedett. A 12 beteg közül az észlelés után két év mulva életben van még 6, ebből munkaképes 2.

III. kiséleti csoport:

M. I. 58 éves katonatiszt. Kórjelzés: hypertonia essentialis, myodegeneratio cordis in stadio decompensationis. Gyógyítás: venaepunctiók. 3 hét alatt 2 g. digitalis végbélkúpban, azonkívül euphyllin kúpok, sevenal. Pihenés. Étrend.

A fürdő ideje perc	A fürdő hőmérs. C°	CO_2 atm.	Vérny. Hg. mm. a fürdő előtt	Vérny. Hg. mm. a fürdő után	Oscill. egység a fürdő előtt	Oscill. egység a fürdő után
5	32	2	205	200	8	8
7	32	2	204	200	8	8
9	33	3	204	200	8	7½
11	33	2	202	197	8	7½
13	33	2	200	194	7½	7
15	32	2	200	192	7½	7
17	32	2½	198	192	7½	7
19	32	2½	200	193	7	7
21	32	2	197	192	7	6½
23	32	2	196	190	7	6
25	32	2	198	192	6½	6¼

Ezen harmadik csoportbeli beteg vérnyomása 205 Hg. mm-ről 196 Hg. mm-re süllyedt, (9 mm-es süllyedés). Oscillatiós hullámainak nagysága 8 egységről 6½ egységre csökkent. Tehát a vérnyomássüllyedés jelentéktelen, oscillatiós hullámainak nagysága pedig lényegesen *csökkent*. Az e csoportba sorozott 6 beteg közül egyesek vérnyomása kissé emelkedett, másoké változatlan maradt. Ellenben az oscillatiós hullámok nagysága majdnem változatlan, vagy inkább lényeges csökkenést mutatott. A 6 beteg közül 2 év multán életben van 1, az is munkaképtelen.

Hasonlítsuk össze az alábbi táblázatban a 3 kisérletcsoportban észlelt vizsgálati eredményeket és a betegek 2 év multáni állapotát:

	A fürdőkezelés alatt		2 év után	
	vérnyomás viselkedése	oscillatio viselkedése	él	meghalt
I. csoport	erősen süllyedt	erősen nőtt	12	2
II. csoport	kissé süllyedt	változatlan	6	6
III csoport	alig süllyedt v. emelkedett	erősen csökkent	1	5

Ha ezen 32 szívbeteg szénsavas fürdőkezelése alkalmával a sytolésnyomás és oscillatiós hullám viselkedése által, valamint a betegek két év utáni állapotának figyelembevételével szerzett szerény tapasztalataimat a szénsavas fürdőkezelés eredményessége, illetve messzebb menően a szívbeteg prognosisának megítélése céljából igénybe óhajtom venni, akkor röviden a következő megállapításra jutok: *a szénsavas fürdőkezelés eredményességére, valamint az adott szívbetegség jó prognosisára mutat a fürdőkezeléssel kapcsolatos systolés nyomás süllyedés és oscillatiós hullám növekedés, viszont igen rossz prognosisúvá teszi a szívbetegséget a systolésnyomás változatlan volta, méginkább az oscillatiós hullámok csökkenése.*

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

Fogeredetű csontvelőgyulladás az alsó állcsont felhágó ágában.

Irta: *Jakabházy István dr.* egyet. tanársegéd.

Az alsó állcsont felhágó ágában székelő csont- és csontvelőgyuladások támadhatnak a fogon keresztül érvényesülő fertőző hatásokra, vagy mint általános fertőzésnek áttételes másodlagos jelensége, vörheny, typhus, influenza kapcsán. Miként a csöves csontokban gyakori, előfordulhat itt is, hogy ezen állcsontgenyedés a vérfertőzésnek egyetlen elsőleges helye. Mint ritka kiváltó okot a traumát említjük, de az állcsontban oly gyakran előforduló gyógyszeres hatások okozta gyuladások (arsen, formalin, phosphor) csak ritkán terjednek ide.

Gyakoriságánál fogva is legfontosabbak a III. nagyörlő fog körül lezajlott genyes gyulladások, melyek ráterjedve a felhágó ágra, azt részben, vagy egészben az izületi nyulvánnyal együtt elpusztíthatják. A gyulladás okozta destructio némelykor hónapokra, sőt néha a beteg egész életére kiható panaszokat okozhatnak, s nagyobb mérvű elhalás esetén a spontan törések is gyakoriak.

Kezdődhet heveny tünetekkel, rázóhideg, magas láz, a beteg arcfél duzzanata kiséretében. Ezen előbbi tünetek különösen a véráram útján tovaterjedő esetekben jelentkeznek, legyen ez akár elsőleges megjelenési hely, akár általános fertőzés áttételes formája. Ezen esetek jóval ritkábbak, mint a III. nagyőrlő fog körül lezajlott genyes gyulladások okozta csontelhalás. A csontot fedő lágyrészek erősen duzzadtak s egy vagy több sipolynyilás képződik, melyen keresztül bőségesen ürül geny s ezen kórformát mindenkor szájzár kiséri. A heveny septicus tünetek lezajlása után javulni nem akaró szájzár a sipolynyíláson át történő bő váladékürülés, valamint a lágyrészek duzzadt, heges volta mindmegannyi jelző tünet, hogy az életveszély elmultával a folyamat még nincs befejezve. Gyakran volt alkalmam megfigyelni a heveny tünetek lezajlása után hetek mulva klinikánkra kerülő betegeken, hogy a felhágó ágban tovahaladó csontgyulladás lassú pusztítása, a kellemetlen kisérő tüneteket leszámítva (szájzár, duzzanat, sipolyjárat) fájdalommentesen teszik tönkre a csontot s beavatkozás nélkül egészen a spontan töréshez vezethet.

A III. nagyőrlő körül támadt csonthártyalob ráterjedt a felhágó ágra s ennek rendszerint az elülső élén, a csonthártya alatt képez tályogot. Bakteriologiai vizsgálat alkalmával a tályogban rendszerint staphylococcusok találhatók felszaporodva, míg a strepto- és pneumococcusok riktábban fordulnak elő. Fertőzési kapu ilyen esetben vagy a III. nagyőrlő fog, vagy az ugyanezen fogat körülölelő lágyrésztasakból kiinduló gyulladás.

A csonthártya alatt megjelenő tályog a környező lágyrészek gyulladását vonja maga után, melybe a m. masseter izomnyalábjai is belekerülve szájzár és duzzanat áll be. Sebészi beavatkozás nélkül a geny áttöri a csonthártyát s a lágyrészeken keresztül sipolyjáratot képez, melyen át bőségesen ürül váladék. A sipolyjárat rendszerint a széjüregbe nyilik s a legkisebb ellenállás útját keresve a fertőzési kapuval összenyilik. Ritkábban a m. masseter izomnyalábjai között a pofaállományon át keres utat a geny az áttörésre s ilyenkor a sipolyjárat az állcsont szöglete előtt nyilik a bőrön. A csonthártyáról a környéki lágyrészekbe tört genyes nagy kiterjedésű tályogot okozhat, mely vagy sebészi ellátásban részesül, vagy pedig a legkisebb ellenállás útján áttör a külvilág felé, nem beszélve azokról az esetekről, amidőn a genykeltő coccusoknak a véráramba jutása folytán a beteg septikus körülmények között pusztul el. Megtörténhetik, hogy az epiphysisen keresztül az izület is genyesen fertőződik s ilyenkor az epiphysis porckorongja genyesen elpusztulhat. A proc. condyloideus megbetegedése nem gyakori, a folyamat rendszerint megáll ott, ahol a collum mandibulae kezdődik. Ennek az oka, hogy a proc. condyloideusnak külön vérellátása van és erei az izületi tok és musc. pterygoideus ext. ereiből erednek. Ha azonban a folyamat ráterjed a proc. condyloideusra, akkor annak gyógyulási eredményei rendszerint rosszak s teljes csontos merevedéshez (ankylosis) vezethetnek.

A csontelhalás lehet felszines közvetlen a csonthártya alatti rétegre szorítkozó, de lehet mélyreható is a belső csontrétegre ráterjedő, vagy az egész csontállományt felölelő. Az elhalás szélein az ép csontvelő, vagy csonthártya sarjadzás szövetet termel, mely az elhalt és ép csont határán foglal helyet. Ilymódon az elhalt csont elhatárolódik, mozgékonnyá válik s környezetével nem függ össze. A sipolyjárat genyes, vagy tekervényes úton mindig rávezet ezen sequesterekre.

Ha a csontelhalás mélyreható volt, úgy előfordul, hogy a csonthártya és az endosteum az elhalt rész körül új csontszövetből álló tokot — csontládát — képez. Ez kezdetben szivacsos, később mindinkább tömörül s igen előnyös célt szolgál, mivel a sequester eltávolítása után is megakadályozza a csont eltörését. A sipolyjárat ezen csontládára vezet s a sequester körül képződő geny ezen nyiláson ürül ki. A sequester eltávolítása után a csontláda ürege csontállománnyal telődik ki. Az elhalás rendszerint nem annyira mélyreható, hogy a fentebb ismertetett módon csontláda fejlődhetnék.

A gyulladás okozta csontelhalás laggyakoribb formája, midőn a felhágó ág elülső éle pusztul el és sequestrálódik. Kiterjedése rendszerint körülírt és kicsiny, habár előfordul, hogy a proc. coronoideusra ráterjedve a felhágó ág elülső éle egészen elhal és kilökődik. (l.: ábra.)

Idült csontgyulladások után előfordul, hogy elefántcsontszerű tömöttséget kap a felhágó ág s ezen eburneatio megfelel a lágyrészek tömör hegszövetének.

Előfordulhat elsőleges gyulladás is, midőn a kiváltó okot nem sikerült kimutatni. Jóval gyakoribbak a másodlagos, vagy áttételes gyulladások, melyek heveny fertőző

betegségek következményei. A typhus utániak a csonthártyából indulnak ki s felszines csontelhálásba mennek át. Gyógyszerek és vegyszerek okozta gyulladások a felhágó ágban jóval ritkábban fordulnak elő, mint magában az állcsont testében. Phosphor mérgezéskor észlelhető nagyobb csontelhalás ráterjedhet a felhágó ágra, s itten először a csontállomány megtömörül, felületén új csont rakódik le. A genyedés utólag indul el s a csonthártyát nagy kiterjedésében elpusztítja és a csontot lecsupaszítja. Csontláda képződés a phosphor elhalás körül tökéletlen.

A fogeredetű csont- és csontvelőgyulladások leggyakoribb előfordulási alapja a felhágó ágban az elülső élre és környékére szorítkozik. Az alábbiakban módonban van egy rendkívül szemléltető esetet bemutatni:

N. G. 26 éves nőbeteg, ki klinikánkra panaszának kezdete után 9 hét mulva került. Ezen időpontra esik jobb alsó III. nagyőrlőjéből kiinduló csontnártyafolyamata és ezen fogának bóditásban történt eltávolitása. Az életveszélyes tünetek lezajlása után oldódni nem akaró szájzár s a jobb arcfél duzzanata maradt vissza. Ezen panaszoknak kiváltó okát kereső kezelőorvosa 2 hét mulva az állcsontról többirányból készitett röntgenfelvételt, melyeken még elváltozás nem volt észlelhető. Egy héttel később septikus tünetek között áttört a geny s sipolyjárat a felhágó ág éle előtt a bőrön jelent meg. Ezen időtől kezdve a beteg klinikai ápolásban részesült, ahol a hátralévő hat hét alatt kétszer kisérleteztek a felhágó ág sequesterének eltávolításával. Egy alkalommal belülről, a száj felől, majd amikor ez nem sikerült, a sipolyjáratba vezetett sonda nyomán kivülről. Ebben az időben készült felvételek még körülhatárolt sequestert nem mutattak. A második mütét előtt a beteg baloldali ferdesikot kapott, mely egyúttal sinként is szerepelt, hogy amennyiben a mütétkor az állcsont törése bekövetkeznék, úgy a normalis harapás beállitható legyen.

1. ábra.

Amint jeleztem a beteg 9 hét elmultával jelentkezett klinikánkon. Akkori tünetei teljes szájzár, a jobb arcfél gyermekökölnyi duzzanata, melynek középpontjában a felhágó ág éle előtt sipolyjárat volt. A duzzanat kemény, heges tapintatú s nyomásra a sipolyjáraton át bőven ülült válad.k. A sipolyjáratba vezetett sonda felfelé és hátrafelé tünik el kifejezetten az izület irányába s végül kimart, érdes csontfelületen akad meg, mely nyomásra mozgatható is. Röntgenfelvételünk feltevésünket tökéletesen igazolta (l.: ábra), csupán az nem volt megállapiható, hogy a folyamat betört-e az izülebe. A mütét helyi érzéstelenitésben történt s a feltárás után előttünk feküdt az élesen határolt sequester, mely a felhágó ág belső hajlatától kiindulva egészen a proc. coronoideus csúcspontjáig terjed. A sequester eltávolitása után rohamos gyógyulás következett s két hét múlva a beteg gyógyult állapotban hagyta el a klinikát. A száját már ekkor a normalist megközelitően tudta nyitni s a másodlagosan gyógyult tampon helye is tökéletesen besarjadzott.

A sebészi beavatkozás időpontjára nézve a nézetek igen különbözők. Heveny esetekben egybehangzóan azonnali mütétet javalnak az összes szerzők a csonthártya nagyobb területen történő elhalásának meggátlása szempontjából.

Idült állapotban a már elhatárolt sequester eltávolitása a feladatunk. Kisebb sequestereket eltávolithatunk a száj felől — bár ez a ritkább eset — nagyobb sequester eltávolitása a bőrön át ajánlatos.

A beavatkozás időpontjára nézve a felfogások nem egységesek. Vannak, akik a betegség lezajlása után 14 nappal ejánlják a sebészi beavatkozást. Ezen túlrövid időpont ellen szól az a körülmény, hogy az elhatárolódás mértéke és foka még a legpontosabb röntgenfelvétel alapján sem állapitható meg. *Wassmund* szerint, ha a csont folytonossága nincs veszélyben, sequester eltávolításának csak akkor szabad sorra kerülni, ha az elhatárolodas a sequester körül bizonyitható. Csontládaképződés esetében minden körülmények között meg kell várni azon időpontot, amig a csontláda elegendő mértékben meszdús s igy elég ellenálló, hogy a sequester eltávolitása után az ép csontrészeket egymással szemben, az izomhatások ellenére is helyükön megtartsa. Ez az idő rendszerint 8—10 hét alatt következik be.

Ha a folyamat az izületbe betört, egybehangzó általános felfogás szerint a kezelés feltétlenül conservativ legyen, mert igy biztosithatjuk esetleg az izület gyógyulását. *Bruhn* és *Lindemann* ajánlották az állcsont rögzitését s ezzel együtt az izületi fejecsét is, de ez nem vált be, mivel minden esetben merev izülethez vezetett. Teljes gyógyulást *Axhausen* és *Wassmund* az izület functionalis megtartásával ért el. Az állkapcsot nem rögzitik, gondoskodnak az izületi fej állandó elmozditásáról. Az ujonnan keletkező fejecs az elmozdulások alatt hozzácsiszolódik az izületi árokhoz s az izületi szalagok nem rövidülnek meg. Ezen functionalis kezelést a heveny tünetek lezajlása után 3—4 héttel kezdik el, amidőn a környező lágyrészek is mnetesek már a gyulladástól. Ha ezen eljárásuk nem vezet eredményhez, csak akkor fordulnak az izületi fejecs resectiójához.

Kiterjedtebb folyamatok esetén figyelemmel kell lennünk az állcsont eltolódásának vagy esetleges törésének a veszélyére. Idejekorán az állkapocs helyzetét rögzitő készülék beállitásával igyekszünk az eltolódásokat és töréseket megakadályozni. Ezen készülékek közül leghasználatosabb: alul és felül a fogakhoz erősített drótív, melynek az ép oldalon ferde síkja, a beteg oldalon pedig fémhorgonyjai vannak. — Ezen fémhorgonyokon átmenő gummikötések biztositják az állkapocs helyzetét (lásd az ábrát.)

Öt év statistikáját tekintve az I. sebészeti klinikán és a Fővárosi Segitőalap szájsebészeten 23 beteg állott kezelésünk alatt a felhágó ágban székelő gyulladással. Ebből 18 eset kifejezetten a III. nagyőrlő fog körül lezajlott gyulladás következménye volt. Mind a 18 beteg műtéti beavatkozás és hosszabb- rövidebb kezelés után jó rágóképességgel gyógyult. — Egy beteget kezeltünk phosphormérgezés okozta gyulladásos tünetekkel, kinek gyulladásos folyamata az állcsot testéről terjedt rá a felhágó ágra. Eredményt nem érhettünk el, mert a testileg is nagyon leromlott beteg időközben tüdőgyulladásban halt meg. Heveny fertőző betegség után jelentkező gyulladást — typhus lezajlása után — két alkalommal észleltünk, s mindkét eset jóindulatú s felületes volt. Két esetben a kiváltó okot nem sikerült bizonyitani, de a gyanú itt is a III. nagyőrlő fog lágyrésztasakja körül lezajlott gyulladásra volt visszavezethető. Izületbe betört genyedést nem kezeltünk, csupán a folyamat lezajlása után

jelentkezett teljes izületi merevség alkalmával állizület készítésével értünk el kedvező eredményeket.

Szakszerű sebészi beavatkozás és utókezelés mellett a felhágó ág csont és csontvelőgyulladásai jó eredménnyel gyógyulnak.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Essentialis hypertensio és mellékvesedaganat. *Binger és Craig.* (Proc. of the Staff Meet. of the Mayo Clin. 1938. 17.)

A legutóbbi években az essentialis hypertensio kiválogatott eseteiben a sebészi kezelés (sympathektomia, a nn. splanchnici kétoldali kiterjedt subdiaphragmatikus resectiója) jó eredményt adott. Az ismertetett 29 éves nőbeteg e mütét előtt évek óta progrediáló essentialis hypertensio szokott képét mutatta. Vérnyomása állandóan 200/110, ill. 290/120 Hg. mm. közt ingadozott, teljes nyugalomra és sedativumokra süllyedt. Gyakran volt igen erős fejfájása és szívdobogása. Klinikai vizsgálat jó vesemüködést, normalis Ekg-t, szük szemfenéki ereket és kis retinavérzést talált, alapanyagcsere + 61%, amit azonban nem lehetett megmagyarázni, mert hyperthyreosisra utaló jel nem volt. A bal, majd 12 nap mulva a jobboldali sympathektomia után azonban a vérnyomása 200/120 Hg. mm. maradt. 10 nap mulva a mütéti terület ismételt feltárásakor a jobb vese felett egy igen jó vérellátású 6x6x3.5 cm-es daganatot találtak. Amint ennek ereit leszorították, a beteg vérnyomása hirtelen 140/90 Hg. mm.-re esett és később is ezen a szinten maradt. Az alapanyagcsere a mütét után + 11%-ra esett le. A daganat szövettanilag sympathikoblastomának bizonyult. Az eset különlegessége abban áll, hogy itt progressiv essentialis hypertensio képét utánozta a mellékvesedaganat, holott eddig úgy volt ismeretes, hogy paroxysmalis hypertensiót okoz.

Petrányi Gyula dr.

Protamin zink insulin. *Mosenthal.* (J. o. Amer. Med. Ass. 1938. 110.).

A protamin zink insulin (pzi)-kezelés célja, hogy a beteget részben megszabadítsuk a megkötött idejü injectiók és étkezések kellemetlenségeitől. A pzi-adagolásakor tekintetbe kell venni: 1. az éhgyomri vércukor értékét; 2. a hyperglykaemiát (étkezés, izgalom, menstruatio), 3. hypoglykaemiát. Az éhgyomri érték további éhezésre változatlan maradhat, süllyedhet, de emelkedhet is (súlyos esetek). Étkezések után is különbözőképen változik a vércukor mennyisége: lépcsözetes emelkedés, emelkedés és süllyedés, csak süllyedés. Munka végzésekor általában süllyed, de súlyos esetekben emelkedhet is. Ha kis adag pzi-re (15_20 E.) van szükség, a vércukor a norm. határok között marad az egész 24 óra alatt. Ha azonban sokra (60—80 E) van szükség, nappal túl magas, éjjel pedig túl alacsony lesz a vércukor-szint. Ezeket az ingadozásokat azonnal ható insulinnal, illetve késői étkezéssel lehet tompítani. Mivel a munkának és izgalomnak a külső életben nagyobb szerepe van, mint a kórházban, tanácsolja, hogy a beállítást lehetőleg a bejáró rendelésen végezzük.

Juvancz Iréneusz dr.

Szülészet.

A női sexualhormonok elnevezése és értékjelzése. *Nürnberger.* (Zbl. f. Gyn. 1937. 39. 2258.)

1. *Folliculus hormonok csoportja. Allen, Doisy* és munkatársaik 1923-ban castrált egereken és patkányokon ovariumhormon kivonatokkal oestrust idéztek elő, *Aschheim* és *Zondek* 1927-ben terhesek vizeletében mutattak ki oestrogen anyagot, 1930-ban *Doisy* és *Butenandt* egymástól függetlenül állítanak elő egy chemiailag tiszta oestrogen anyagot — $C_{18}H_{22}O_2$-t —, melyről úgy gondolják, hogy ez az eredeti folliculus hormon. Egymásután állítják elő és a legkülönbözőbbképen nevezik el a chemiai gyárak a vélt tiszta folliculushormont: progynon, menformon, östrin, stb. — Az 1935-i II. londoni conferentia, mely a női sexualhormonok standardizálására volt hivatva az egységes *oestron* elnevezést ajánlja a kristályos $C_{18}H_{22}O_2$-re. Az oestron név végződését a vegyületben helyetfoglaló keton-csoportnak köszönheti Jelenleg lóvizeletből és terhes vizeletből állítják elő, különféle gyári név alatt kerül forgalomba: perlatan, progynon, menformon, unden, — nálunk: glandubolin, hogival. (Ref.).

Schwenk és *Hidlebrand* az oestron reductiójából egy új anyagot állított elő az *oestradiol*-t, mely emberen alkalmazva az előbbinél ötször hatásosabb. A név végződését a di és ol összetevéséből kapta, a két alkoholcsoport miatt. Az oestradiol nem fordul elő terhes vizeletben, de igen bőven találjuk meg a csődör vizeletében. *Doisy* és mások a sertés petefészkéből tudták előállítani és ezért a mai felfogás szerint ez az egyedüli tulajdonképeni folliculus-hormon, az előbbi oestron ennek csak egy kiválasztási formája.

Az oestradiol egy másik kiválasztási formája az *oestriol.* (Tri + ol = három alkoholcsoport).

Az elnevezésekben tehát először a hormon származási helye játszotta a főszerepet: folliculus-hormon; a későbbi elnevezés már utal a biologiai hatásra is: oestrin; mióta tisztában vagyunk a chemia componensekkel is, oestronnak, oestradiolnak, illetve oestriolnak nevezzük.

A therapiában újabban az oestronnak és az oestradiolnak benzoesavval alkotott estereit is alkalmazzuk, melyeknek hatásfoka egyenlő az eredeti anyagéval, de hatásidejük protraháltabb. A progynon B oleosum-ban oestradiol monobenzoat van.

Az *Allen—Doisy* test nemcsak qualitativ, hanem quantitativ meghatározásokra is alkalmas. Azonban igen sok hibaforrással kell számolnunk. Az oldószer milyensége, az állat faja stb. mind befolyásolják az eredményeket. Ezért volt szükség standard nemzetközi egységre: 1. I. E. = 0.1 gamma oestron. Ezekután meg tudjuk mondani, hogy a kérdéses praeparatum hány I. E., azaz hány gamma chemiailag tiszta oestron hatásával egyezik meg. Tekintve az újabban forgalomba hozott benzoat estereket, szükség volt ezeknek is a standardizálására, ez a nemzetközi benzoat egység, mely 0.1 gamma oestradiol monobenzoat.

2. *Corpus luteum hormon. Allen* és *Corner* kisérleteiből derült ki, hogy corpus luteum adagolásával castrált terhes állatokat meg tudtuk védeni az elvetéléstől, ezért nevezték ezt az anyagot progestin-nek (gestare = terhesnek lenni.) Miután *Butenandtnak* és még másoknak is sikerült ezt kristályosan előállítani, főleg a német irodalomban a luteosteron elnevezés terjedt el. Az elnevezés kifejezésre juttatja a hormon corpus luteum eredetét és a sterinekhez chemiai rokonságát. Tekintve, hogy ezenkívül még több más névvel jelölték ugyanezt a hatóanyagot, a II. londoni conferentián a corpus luteum hormonnak a *progesteron* nevet ajánlották: összevonva a progestin és luteosteron elnevezést. Az on végződés kifejezésre juttatja még a 4 gyürüs rendszerhez kötött keton-csopontot is.

A progesteront eddig corpus luteumban és placentában sikerült kimutatni, vizeletben csak nyomokban található, kimutatható azonban itt két anyag, mely mint a progesteron kiválasztódási formája szerepel: pregnandiol és allo-pregnandiol. Legújabban *Butenandtnak* és másoknak is sikerült a progesteront mesterségesen előállítani. A progesteron kiértékelése, vagy castrált állatokon (*Corner, Allen*), vagy infantilis állaton (*Clauberg*-test) történik és secretiót előidéző, illetőleg méhizomzat müködését megszüntető hatáson alapszik. A két methodus különböző értékeit egységesiti a nemzetközi corpus luteum egység, mely 1 mg. tiszta kristályos progesteron.

Az internationalis egység felállítása és a mesterséges előállítás lehetősége óta a corpus luteum készitmények alkalmazási köre igen kiterjedt.

Blaske Gábor dr.

Gyermekgyógyászat.

Polyomyelitis anterior acuta 1935-ben New-Yorkban. *Fischer és Stillerman* (Amer. J. Dis. Childr. 1937. 54, 984.)

Az 1935. évi new-yorki polyomyelitis-járvány júliustól—szeptemberig tartott, tetőpontját augusztus második felében érte el. Szerzők az előfordult 2054 eset közül 686-ot dolgoztak fel. Ez utóbbiak kor szerinti megoszlása: 5 év alatti 231 (33.7%), 5—9 éves 270 (39.3%), 10—14 éves 96 (14%), 15—19 éves 59 (8.5%), 20 év feletti 30 (4.5%). A megbetegedések 667 családra oszlanak csak el, úgy hogy 17 családban fordult elő egynél több megbetegedés (összesen 36 eset). Egy család 7 gyermeke közül rövid időn belül 6 betegedett meg polyomyelitisre gyanus tünetek között, a közülük négyen elvégzett csapolás a liquorban sejtszaporulatot derített fel. Egy családon belül előfordult két megbetegedés közt eltelt: 6 esetben 1, 2-ben 3, 3—3-ban 5, ill., 6, 1—1-ben 4, 7, 9, 13, ill. 31. nap. Egy hétéves fiu a járvány folyamán másodszor betegedett meg Heine—Medin-kórban, első attakja 1933-ban volt, mindkét eset az alsó végtagon mutatkozó bénulással járt. Bénulás mutatkozott mind a 12 megbetegedett csecsemőn, 52 közül 50, két éven aluli gyermeken és 7 közül 6 30 évnél idősebb egyénen. Halálozási arányszám 2.6% — 10 esetben a polyomyelitis tonsillektomia és adenotomia után 30 napon belül fejlödött ki, 5 esetben bulbaris vagy

enkephalitises manifestatióval, holott egyébként a járvány folyamán csak 10%-ban észleltek ilyen megjelenési formát. A megbetegedés kezdete 10 körül 8 esetben a mütét utáni 10—12. napra esett, mely időpont megfelel a majmok kisérleti polyomyelitisében észlelt incubatiós szak végének úgy, hogy az összefüggés a tonsillektomia és a polyomyelitis között valószínünek látszik.

Lénárt György dr.

A vitaminkezelés újabb lehetőségei. *Szent-Györgyi A.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 48.)

A gyakorlat számára a vitaminok szempontjából a legfontosabb a következő két kérdés: 1. mennyi a szükséglete az egészséges egyénnek; 2. mely kórállapotokat befolyásolnak a vitaminok kedvezően.

A napi szükségletről fogalmaink az utolsó években megváltoztak. Jó példa erre a tengeri malac C-vitamin minimuma, melyet napi ½ mg-ban állapítottak meg először, de a methodikák finomodásával ez az adag a háromszorosára emelkedett, sőt egyesek szerint még ennél is sokkal magasabban fekszik. Kiderült, hogy avitaminosis és teljes egészség között számos átmenet van, ezen átmeneti állapotok finomabb ismérveit kezdjük megismerni. Látjuk ezenkívül, hogy vitaminok toxinok ellen védenek (C-vitamin — diphtheria), hogy a legkülönbözőbb betegségekben kedvező gyógyhatással bírnak, stb. Feltételezhető tehát, hogy a toxinok elleni csökkent resistentia, továbbá bizonyos, eddig egészen másképp megitélt kórállapotok genesisében a hypovitaminosisnak szerepe kell, hogy legyen. A ketrecben tartott állat egészségi épségének megitélése olyan szempontok szerint ahogy ez eddig történt (súlygyarapodás) elégtelen és az emberi pathologiára különösen nehezen átszámítható. Ha „teljes egészség a szervezet azon állapota, melyben minden külső ártalommal szemben a legnagyobb ellenállást tudja kifejteni, minden körülménynek a legjobban tud megfelelni, akkor a helyes vitaminosis nagyságát illetőleg csak az emberi tömegkisérlet lehet mérvadó". Megfelelő dosis lesz „az a vitaminmennyiség, mely mellett nagy néprétegek mortalitása és morbiditása a legkisebb". E kérdésre feleletet csak nagy organizációs felkészültséggel keresztülvitt tömegkisérletek tudnának adni, a gyógyitás és a prophylaxis terén, a vitaminok szerepének további tisztázása is innen volna remélhető.

König Gyula dr.

Bőrgyógyászat.

Torula histolytica mint a hajas fejbőr gombás megbetegedésének okozója. *R. Brandt* és *F. Zach*, Wien. (Derm. Wschr. 1937. 37.)

Tizennyolc éves leány rövid kórtörténetét ismerteti, kinek betegsége a hajas fejbőrön hónapok óta tart. Megtekintéskor: a hajas fejbőr bőségesen fedett hámmasszákkal, amelyek részben szétszórtan, részben gócokban elrendeződtek. Ezeken a területeken a haiszálak proximalis része felrakódásokkal gazdagon körülvett, mégsem törékeny és látszólag csak helyenként megritkult. A hámlás alatt a bőr alig változott, csupán hyperaemiás, nedvesen fényló s az ép résztől élesen elhatárolt. Mikroskopos vizsgálatkor myceliumokat nem találtak, ellenben szórványosan golyószerű sejteket feltünően vastag hártyával. Tenyésztési vizsgálatot végeztek maltose agaron. Néhány nap mulva jelentékeny növekedés, sárga, fényló, lapos kulturák alakjában, melyek gyorsan elleptéik a táptalajt. A botanikai vizsgálat turula histolyticát, avagy ahogy *Wolfram* és *Zach* leirták, *„Torulopsis diffluens"*-t eredményezett. Therapia: epilatio szükségtelen volt, salicyl-, később salicyl-kénes kenőcsökre, valamint anthrasol-spiritusos kezelésre 10 hét alatt gyógyulás. Ez az eset rávilágit arra a tényre, hogy klinikailag körülirt dermatomykosisnak egy bizonyos gombára visszavezetése csak korlátolt jelentőségü.

Szép Jenő dr.

Adatok a generalizált keratodermiák pathogenesiséhez. *H. Dölken*, Danzig. (Derm. Wschr. 1937. 42.)

Tizenötéves leány betegségének kórtörténetét közli, kinek családi kórelőzménye negativ. Kifejezetten állitja, hogy első börtüneteit a menstruatió jelentkezése idején észlelte. Öt évvel ezelőtt tonsillektomia. Felvételkor az arc és törzs bőre vérbő. A bőrpir az alsó végtagok felé ivalakban élesen, úszónadrágszerüen határolt és csak a térdhajlatban mutatkozik ismét, többnyire egyedülálló és csak részben összefolyó piros foltok alakjában. Az arc és a törzs bőrén számos fillérnyi, fehér, vékony, középütt tapadó, a széli részeken elálló pikkely látható. A hajlatban a bőr lichenifikált, rajta számos sárgába hajló fehér, részben barna csomó látszik, amelyek hegyes alakban, gombostüfej-köles mekkoraságban a bőr szintje fölé emelkednek. Hasonló hegyes, de piszkos barna színü csomók láthatók az alkar és alszár feszitő oldalán a szörtüszők helyén, ezeknek egy része hajszállal átfurt. Tenyéren és talpon a szaruréteg pergamentszerüen megvastagodott. Esetében generalizált keratodermiával állunk szemben, melynek klinikai tünetei erythroderma ichthyosiforme congenitale *(Brocq)*, továbbá keratosis suprafollicularis és a pityriasis rubra pilaris abortiv alakjának egyidejü fennállása mellett szólnak, amit szerző fényképen is bemutat. Aetiologiai szempontból az elszarusodásnak csiraplasmatikusan feltételezett zavarát veszi fel, amely az első havi vérzéssel vált nyilvánvalóvá és vezetett 3 morphologiailag különböző börelváltozáshoz. Progynon és chrysarobin együttes kezelésre az elszarusodás jellege megváltozott, amennyiben a szörtüszők helyén lévő csomók lapszerinti ichthyosis-alakot öltöttek. Progynonból a B. oleosum forte készitményből 20 nap alatt 30 mg.-ot adott, ami 300.000 benzoat egéregységnek felel meg. A mestruatio e nagy progynon-adagokra sem változott meg.

Preininger Tamás dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die Kurzwellentherapie. *E. Fritsch* u. *M. Schubart.* (2. kiadás. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1938. Ára: 5.50 RM.)

Ma már kétségtelen, hogy a rövidhullámkezelés a physikalis gyógyító eljárások értékes haladását jelenti. Az 1937-ben Bécsben tartott első RH congressus egyrészt bebizonyitotta, hogy a RH. kezelés az egész világon elterjedt, másrészt a congressus tudományos eredménye az orvosok figyelmét fokozott mértékben az új gyógyitó eljárásra irányitotta. Ezen könyv első kiadása, sőt az ujonnan nyomott példányok is gyorsan elfogytak, amely a legjobb bizonyiték értéke és használhatósága mellett. A most megjelent második kiadás a legújabb tapasztalatok felhasználásával készült. Két új fejezettel is bővült. Az egyik a szemészeti megbetegedések RH. kezelését, a másik a rövidhullámú készülékekkel végezhető mesterséges lázkeltés orvosi és technikai tennivalóit tárgyalja. A szerzők munkájukat a gyakorló orvosnak szánták. Azokat az ismereteket tartalmazza, melyeket tudni kell ahhoz, hogy valaki a RH. kezelést elkezdhesse, ne ártson vele, hanem a leggyorsabban eredménnyel is tudja alkalmazni. A physikai alapfogalmakból is van a könyvben annyi, amennyi az RH. kezelés megértéséhez, az elektródok célszerü elhelyezéséhez, a mezők helyes kialakitásához szükséges. Külön kis nyolc oldalas füzetben foglalták össze a beteg előkészitésének, az elektródok és az elektrod-bőrtávolság megválasztásának, a dosirozásnak s a kezelés alatt szükséges ellenőrzésnek legfontosabb szabályait. Ezen „vezérfonal", mely az orvos, de a segédszemélyzet részére is készült, gyakorlatilag egyik leghasznosabb része a a könyvnek. Szerzők különös súlvt helyeznek a helyes dosis ismertetésére, mert a kedvezőtlen eredmény nagyrészt a rossz dosirozás következménye. Az elektrodok legcélszerűbb elhelyezésével összefüggően nagyszámú ábrán ismertetik az összes typusos mezőket. Tárgyilagossággal igyekeznek gátat vetni ezen kezelési mód túlértékelésének és kritika-nélküli alkalmazásának. 117 ábra és nagyon részletes irodalom-jegyzék fokozza a szépen kiállitott 200 oldalas könyv használhatóságát.

Erdélyi József dr.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. *M. Jacquerod.* (Leysin). (Payot et Cie, Lausanne. Ára: 2.50 franc'a fr.)

A *Koch Robert* közleményei támasztotta lelkesedés négy évtized után annyira lelohadt, hogy ma már csak kevesen használják a tuberculint a tüdőgümőkór gyógyitására. — *Jaquerod*, a jeles svájci szakember tanulmányában azt állitja, hogy a gümőkóros betegek több mint negyedrészén, a láztalan, localizált és torpid bajú idült betegeken, akiken a hegesedés folyamata látszólag megállott, jó eredmény várható tőle. A spontan gyógyuló, valamint a lázas és nagyon előrehaladott esetekben azonban nem szabad tuberculinkurát végezni. A berni serotherapiai intézet tuebrculinját adja, ezred miligrammal kezdi és egytized grammal fejezi be a kezelést. *Jacquerod* könyve nem fogja meggyőzni azokat, akik a tuberculinkezelés értékében kételkednek, mert az említett indicatiók nem elég élesen határoltak s az olvasó nem kap felvilágositást, miért ne alkalmazza az eredményesebbnek elismert sebészi gyógymódot. Statistikát nem közöl; az ismertetett

két esetnek röntgenképe nem bizonyítja a tuberculin gyógyértékét, hiszen spontan gyógyulás is előfordulhatott. A világosan és áttekinthetően megírt könyvecske azonban erősítheti azoknak a táborát, akik kivételes esetekben a hygienodiaetás gyógykezeléssel kapcsolatban a tuberculin-kezelés megkisérlését megengedhetőnek tartják.

Országh dr.

Fermente. Hormone, Vitamine. *R. Ammon* és *W. Dirscherl.* (451 oldal G. Thieme kiadása, Leipzig, 1938. Ára: 32. RM.)

A szerzők ismertnevű fiatal német kutatók, véleményünk szerint a legtöbbször sikeresen oldották meg azt az igen nagy feladatot, hogy e három óriási kutatási terület legfontosabb eredményeit, therapiás alkalmazásukat is beleértve, röviden és világosan tárják az olvasó elé. Ezek a fejezetek alkotják a könyv legnagyobb részét. Ezenkívül külön fejezetekben méltatják ezeknek a hatóanyagoknak egymáshoz viszonyát, melyről egyre több és több adat kerül közlésre. Ismeretes pl., hogy a szervezet vitaminokat (B_1, B_2) fontos fermentumokká tud átalakítani (cocarboxylase, sárgaferment); a hormonoknak a fermentműködésekre hatását is több esetben vizsgálták. — Továbbá a hormonok és a vitaminok egymástól pontos elkülönítése manapság sokszor nehézségbe ütközik. De különösen jogosulttá teszi a vitaminok, hormonok és fermentek együttes tárgyalását az a körülmény, hogy ezek az anyagok mind már igen kis mennyiségben hatásosak s ezt a hatást nem lehet a molekulájuk elégése folytán felszabaduló energiával megmagyarázni.

Kár, hogy a legmodernebb kisérleti eredményeket is tárgyaló munka nem ad irodalmi útmutatót is.

Simon Sándor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 4-i ülése.

Bemutatás:

Klimkó D.: *Scalenus-zsugorodás által kiváltott nyaki bordasyndroma.* Scalenus zsugorodás által kiváltott nyaki bordasyndroma bemutatott esetében részleges plexusbénulást, érzészavarral és mérsékelt keringési zavarral észlelt. A tüneteket a scalenus anticus zsugorodása váltotta ki azáltal, hogy a nyaki bordát megemelte. Felhívja a figyelmet a m. abd. palt. brevis bénulására, mely esetben a mütét után egyedül megmaradt és ezt *Foerster* megállapításaival magyarázza.

Verebély T. elnöki megnyitó: A közelmultban az a megtisztelő felszólítás ért, hogy a gyakorló orvos szemszögéből tekintve vázoljam a kartársak előtt a sebészet haladását az utolsó 50 esztendő alatt. Mint mindenkinek, aki eddig ily összefoglaló áttekintést adott a kérdésről, nekem is azzal a megállapítással kell-ett kezdenem a visszapillantást, hogy a nem remélt, nem sejtett rohamos fejlődést csak két alapkérdésnek: a fájdalomcsillapításnak és a fertőzés leküzdésének megoldása indíthatta meg. Hosszú út volt, amíg az első aetherbelégzéstől, az első cocain-befecskendezéstől eljutottunk az altatás és érzéstelenítés mai szintjére; sok, gyakran szenvedélyes vitának kellett elhangzania, amíg kiépült a sebkezelésnek mai antiseptikus, illetve aseptikus rendszere. Az ilymódon megnyitott úton azután a haladást általánosságban két tényezőnek szokták tulajdonítani: a kórismézés elmélyedésének és a technicismus vívmányainak. Az előbbit az orvostudomány minden ágának összefogása tette lehetővé; a sebészi diganostikában ott ált mellettünk hatalmas felkészültségével a kórélettan és a kórbonctan művelője épúgy, mint a belgyógyász, a radiologus és az ideggyógyász. Igaz, ha a sebész nem akar egyszerű mesteremberré lesüllyedni, hanem viselni kívánja beavatkozásának, vagy be nem avatkozásának egész felelősségét, magának is ismernie kell a ma hozzáférhető tünetek egész szövevényét, hogy minden egyes esetben előre megszerkessze a műtéti eljárásnak logikus tervét.

A technicismus viszont századunk általános jelszava, amelybe, mint művészet, szükségképen belesodródott a sebészet is. El kell ismerni, hogy a rádió, a televisio, a repülőgépek csodái mellett legkevésbbé sem maradnak el az endoskopia, az elektrokardiagraphia, a varró- és distractiós gépek szellemes megvalósításai.

A történelmi tanulság szerint a tudás kiszélesedése az ember önbizalmát, a technika haladása pedig a merészségét sarkalja, ösztönzi minden téren a nagyobb, súlyosabb feladatok megoldása felé. Tudásában és technikájában bízva tör előre a sebészet is, egyre nagyobb, egyre nehezebb problemák felé. A sebészet ezen térbeli hódításain belül hatalmas számsorok javuló százalékos arányszámai tanuskodnak e törekvések sikeréről.

Eredményeink javulását e számsorokon belül azonban — úgy gondolom — egy harmadik tényezőnek, az orvosi életfelfogás nagy átalakulásának köszönhetjük, mely a mult század alatti morphologiás principiuma helyére a működési, functionalis elvet emelte. Az élet eszerint bizonyos működések összessége; él az, amin bizonyos működések mutathatók ki; minthogy pedig a betegség lényegében megváltozott élet, beteg az, aminek életműködései bizonyos határon túl kilengést szenvedtek. Az élet egysége az élő sejt-, az egyén élete azonban az öt alkotó sejtek működésének összessége. Minthogy pedig a sejtélet megnyilvánulásait a sejt öröklött alkata, constitutiója szabja meg, az egyén életének irányítója is sejtjeinek alkatából kialakult összalkata. A levonható törvény tehát úgy szól: hogy minden betegség az egész egyén működésének zavara, amelynek megindulását, kifejlődését, lefolyását, az egyéni alkat és a pillanatnyi beállítottság szabja meg.

A műtét, mint exogen beavatkozás nemcsak a helyi élet összhangját bontja meg, de megzavarja a szervezet összműködését, az egyén összes belső életfeltételeit, mint szokás mondani egész belső életmilieujét is.

Minden műtét lényegében traumás betegség, tehát az egyéni élet megterhelése, melynek kimenetele az egyén teherbíróképességétől és attól a készségétől függ, mellyel a megterhelés okozta zavarokat kiegyenlíteni módjában van. Ez gyakorlati szempontból annyit jelent, hogy mi nem sejteket, nem szöveteket, nem szerveket, hanem mindig egyéneket operálunk, akiknek alkatilag determinált és az összműködésben gyökerező műtéti készsége és műtéti reactiója dönti el a beavatkozás sikerét.

A legpontosabban kórismézett betegség tökéletes technikával végrehajtott műtéti gyógyítását meghiúsíthatja az egyén ellenálló- és regeneráló-képességének alkati és correlatiós hiányossága. A beteget a műtéti megterhelésre előkészíteni, őt regeneratiós nagy munkájában támogatni az a kettős feladat, amellyel a mai sebészet bekapcsolódik a gyógyítás tudományába. Legyen elég itt a Basedow, a gyomorfekély, a bélelzáródás, az epeköbetegség, az agydaganatok műtéti eredményeinek meglepő javulására utalnom.

Meggyőződésem, hogy ennek a törvényszerűségnek megismerése műtéti eredményeink megjavulásának igazi titka.

Ez a gondolatmenet vetette fel a megkezdődő előadássorozat tervét, amelyhez kiváló előadók sorát sikerült megnyerni, akiknek az Orvosegyesület nevében előre is hálás köszönetet mondok.

Előadás:

Boros J.: *Az előkészítés és utókezelés jelentősége a műtéti eredmények javításában.* (Belgyógyászati szempontból.) (Egész terjedelmében megjelenik az Orvosi Hetilapban.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának január 13-i ülése.

Bemutatások:

Kende B.: *Megjegyzések a farfekvés esetén végzett prophylactikus fejfordítás javallatához egy eset kapcsán.* Eddigi esetei alapján minden farfekvés alkalmával javaltnak tartotta a prophylactikus külső fejfordítást. Egy újabb esetében 30 éves I. P.-nál fejfordított. A szüléskor homloktartás alakult ki és a háromszor a nyak körül csavarodott köldökzsinór miatt a tágulási szak végén elhalt a magzat. Egyébként a szülés sima lefolyású volt.

Ezért ha sima lefolyás igérkezik, meghagyná farfekvésben a magzatot, ellenkező esetben fejfordít, mert ezen beavatkozás aránylag ritka complicatiójának veszedelmét könnyebben vállalhatjuk, mint a nehéz farfekvéses szülését.

Terhességek és szülések kettős méh esetében. A betegnek uterus bicornis unicollisa volt. A terhesség a jobb méhfélben keletkezett és lefolyása is sima volt. Renyhe tágulási fájások után 2 óra múlva már tolófájások jelentkeztek. A gát elődomborodik, rectalisan vizsgálva az előfekvő far lenyomult, de mégsem mutatkozik. Belső vizsgálatkor kiderül, hogy a jobb méhfél lefelé zárt hüvelyben folytatódik, melynek alsó végén ejtett nyíláson át könnyen megszületett a magzat. Sima lefolyású lepényi szak. Ugyanennél a betegnél egy újabb szülés ugyancsak a jobb méhfélben kihordott terhesség után simán ment végbe.

Aminobenzolsulfamid által előidézett kórkép. 38 éves nőbetegnek, akin organikus szívelváltozás nem észlelhető, VI. hónapos vetélés után prophylactikusan aminobenzolsulfami-

dot adott. Utána az összes köztakarók szürkéskék színűek lettek, subjective kifogástalan állapot mellett. A gyógyszert elhagyva, az állapot javult, újabb és nagyobb adagolásra a pulsus is romlott. Szíverősítők, cukorinfusiók adása és a szer elhagyása után a kórkép megszünt. A vérsavó spectroskopos vizsgálata alapján a kórkép oka sulfhaemoglobin keletkezése a vérben. Fontos tehát a túladagolást kerülni és a szerrel szembeni egyéni indiosyukrasiára gondolni.

Végh L.: (ad. 1.) A II. sz. női klinikán farfekvés miatt prophylactikusan végzett 36 fejrefordítás közül csak egy nem sikerült. A fejrefordítással szövődmény nem párosult. Szerinte a prophylactikus fejrefordítás útján csökken a magzati halálozás.

Benedek A.: (ad. 2.) A II. sz. női klinikán 6 év alatt észlelt szülések közül 26 szövődött a méh és a hüvely rendellenességeivel. E szülések között sok rendellenes fordult elő. Csaknem minden esetben műtétek segélyével volt befejezendő a szülés. Ebből következik, hogy ezen esetekben a szülések nem mondhatók egyszerűeknek.

v. Szathmáry Z.: (ad. 2.) A kétszarvú vagy kettős méh eseteiben a terhesség az eseteknek alig felében viselődik ki. Koraszülések, de főkép vetéléseknek oka a méh gyengébb izomzatában keresendő. Valószínű, hogy a gyengébb fejlettségű méhben a terhesség könnyebben szakad meg, mint az erősebb félben, ahol inkább kiviselhető a terhesség.

Tekintve e rendellenességek miatt a szülésnél fennálló gyakori szövődményeket, tájékozódás céljából a salpingographiát ajánlja.

(ad. 3.) Lázas gyermekágyasoknak adott aminobenzolsulfamid nem okozott lényegesebb javulást. Jó eredménnyel adható e szer a húgyutak fertőzései esetén. Egy esetben a gyermekágy 3-ik napján intravenásan adott aminobenzolsulfamidot. Utána livid börszín, majd a végtagok feszítő oldalán, a nyak bőrén és a nyelven filléresnyi piros elszíneződés lépett fel, majd centralisan nagy bullák keletkeztek. Tablettáktól e tüneteket nem észlelték.

Mansfeld O.: (ad. 3.) A prontosil, ill. az aminobenzolsulfamid orbánc és streptofertőzések esetén prophylactikusan per os, vagy i. m. adva, a fertőzés kezdetén jobb az eddig hesználatos szereknél.

Burger K.: (ad. 1.) A prophylactikus fejrefordításnak jók az eredményei. Az előadó esetében a köldökzsinór a nyak körül csavarodásának egyik oka a fejrefordítás lehetett. De ennek ellenére is célszerű minden arra alkalmas esetben a fordítást megkísérelni, mert a fejvégű szülés mellett kevesebb a magzati halálozás.

A fejrefordítás különösen javallt harántfekvés esetén, miután könnyebb a szülés alatt végzett belső lábrafordításnál. Úgy véli, hogy a műtéttanok elvével szemben a fej és a medence között fennálló téraránytalanság esetében is javallt a fejrefordítás elvégése, mert így jobban megítélhető, hogy kisebbfokú medenceszükületek esetén szükség van-e sec. caesareára.

(ad. 3.) Míg az orbánc kezelésében frappáns eredményeket látni az aminobenzolsulfamid adagolásától, addig a gyermekágyi fertőzések kezelésében komoly eredményeket e szertől nem látott.

Frigyesi J.: (ad. 1.) A prophylactikus fejrefordítást különösen oly esetben tartja javalltnak, ahol előreláthatólag a medencevégű szülés lefolyása nem látszik zavartalannak. (Pl. nagy magzat, idős I. P., stb.) Ezenfelül javallt kisebbfokú téraránytalanság esetében is, mert a medence és a fej térviszonyai ily módon könnyebben megállapítható. A fordítást a VIII. hónap második felében ajánlatos végezni, mert addig magától is sokszor megfordul a magzat. Időelőtt fordított magzat pedig sokszor nem marad meg a fordított helyzetében.

(ad. 3.) A prontosil tapasztalata szerint sokszor jobb hatású az eddigi desinficienseknél. Coli-pyelitis esetében, ahol más kezelés eredménytelen volt, a legtöbb eredményt érték el e szerrel. Minthogy néhány múló cyanosist valóban okoz, az intravenás alkalmazását elkerülendőnek tartja.

Előadás:

Pázmányi J.: *A decapitatio megkönnyítése karkiüzesítéssel.* A sátoraljaujhelyi kórház 450 szülése közül 8 elhanyagolt harántfekvés volt. Az evisceratio nehéz és veszedelmes volta miatt lehetőleg decapitatót végzett. A 8 esetből háromszor decapitált, egyszer eviscerált és négy ízben evisceratio helyett decapitált olymódon, hogy térnyerés céljából az acromyoclavicularis ízületet megbontva, kiizesítette az előesett kart. A törzset a másik karnál fogva távolította el. Szerinte nem műhiba a műtéttani szabályokkal szemben az előesett kar levágása.

Burger K.: Az előesett kar kiizesítése a mellékserülések miatt veszélyes beavatkozás, s ezért nem tartja egyszerűbb eljárásnak az eviceratiónál. Különösen elitéli általános használatát, mert a nem gyakorlott orvos kezében igen nagy veszélyeket rejt magában.

Frigyessi J.: A eljárást nem javasolja. Oly esetekben ugyanis, amikor szükség van rá, a méh alsó szakaszát a repedés veszélyével inkább fenyegeti ez az eljárás, mint az evisceratio. Az elhanyagolt harántfekvés legbiztosabb műtéti megoldása ma is a decapitatio és evisceratio végzése.

Pázmányi I.: Nem látja be, hogy a karkiizesítés majdnem olyan nehéz, mint az evisceratio, vagy egy felnőtt karjának enucleatiója. Miután 4 eset még nem elég arra, hogy végleges következtetést vonjon le, igéri, hogy további tapasztalatait ellenkező vélemény esetében is idehozza. Meggyőződése szerint eseteiben észszerűen járt el és használt betegeinek.

A Magyar Röntgen Társaság január 13-i ülése.

Bemutatások:

Fogel M.: *Tuberculotikus mirigytályog a mediastinumban.* Fiatal egyénnél a bifurcatio tracheae mögött kb. tojásnyi körtealakú képlet látható, mely a középárnyékon belül intensiv árnyékot ad. Az árnyékon belül egyes mészrögök, falában helyenként mészsáv van. Az árnyék dislokálja a nyelőcsövet, ki- és belégzéskor alakját változtatja. A tünetek alapján az elváltozást elmeszesedett tuberculotikus mirigytályognak tartjuk.

Haas L.: *Cysta pericardii.* A jobb pitvari ív isolált tyúktojásnyi előbomborodása nem volt beleilleszthető az ismert kórismék egyikébe sem (vitium, szívaneurysma, szívizom- és perikardiumtumor, stb.). A röntgenlelet sajátossága s a teljesen negativ klinikai adatok alapján arra a meggyőződésre kellett jutni, hogy a pericardium valamilyen ártatlan diverticulumszerű kidomborodása okozza. — A kórbonctani és röntgenirodalomban kb. 12 idetartozó eset van ismertetve, melyeket a röntgenirodalom *(l. Lenk)* cysta pericardii néven foglal egybe. Nem valódi cysták. Részben szerzett megbetegedések, letokolt perikarditises izzadmánynak felelnek meg; megfelelő klinikai és röntgenológiai elváltozások kísérői. Részben veleszületett ártatlan elváltozások, a perikardium hernia-, vagy diverticulumszerű kiöblösödései, melyek klinikai tüneteket nem okoznak. A kiöblösödés oka a perikardium valamely pontjának veleszületett gyengesége. Előadó szerint ily gyenge pontok főleg a tunica fibrosa és serosa elválási helyein tételezhetők fel, elsősorban a porta venosa körül jobboldalt. Baloldalt is elképzelhető, miután a szétválási hely áthúzódik balra is a v. pulm. sin. köré. Az irodalomban közölt eset mind jobboldalt fordult elő; a röntgenlelet jellegzetes, olyan, mint a bemutattt eseté. Az ugyanitt ülő dermoidcystáktól röntgenologiailag elkülöníteni nem lehet.

Egy másik bemutatott esetben szintén teljesen normalis klinikai szívlelet mellett a bal középső ív mutatott hasonló előbomborodást, melyet szintén extracardialis képletnek kell tartani röntgenologiailag. Hogy milyen természetű, in vivo nem dönthető el biztonsággal. Bár baloldali c. p. nem ismeretes az irodalomban, az említettek alapján ez a lehetőség sem zárható ki elméletileg teljesen.

Holits R.: Hogy domborodik ki a gyenge pont? A perikardialis ürben csak kevés folyadék és kis nyomás van.

Bársony T.: A második esetet inkább dermoidcystának gondolja baloldali fekvése miatt.

Haas L.: A perikardium állandóan határozott feszülés alatt áll, a kidomborodásnak az intrathoracalis-pulmonalis szívó hatás és a szív pulsálása játszhat szerepet. — A baloldali fekvés a második esetben mindenesetre inkább diverticulum pericardii ellen szól, de nem dönti el biztosan, tekintve az említett elmélei lehetőséget, s tekintve, hogy jobboldalt látott c. p.-k száma is igen kicsiny.

Előadás:

Kováts F.: *A röntgenvizsgálat szerepe és jelentősége a tüdőgümőkór alakjainak elkülönítésében.* A tüdőgümőkór qualitativ és quantitativ diagnosisát csakis a röntgenvizsgálat segítségével lehet megállapítani. A formák elbírálásában elsősorban a folyamat dynamikájának van jelentősége, másodsorban kiterjedésének. Az átvilágítás tájékoztat a folya-

mat helyéről, az elváltozás nagyságáról, de elemzésre alkalmatlan, az egyes felvétel sem tökéletes, mert a mozgó részeket nem mutatja, követelményeinknek csak a sorozatos, teljesen kifogástalan film felel meg. Az elemzésnek kell megállapítani, hogy az elváltozás:

I. congestiv, caseosus, fibrosus, vagy ezek keveréke.

II. Miliaris, nodullosus, nodosus, infiltrativ, trabecularis, reticularis, ulcerosus.

III. Ganglionaris, localisált, körülírt, lobaris, kiterjedt.

IV. Progressiv, regressiv, stationaer, abortiv.

Ha a folyamat így van meghatározva, akkor a prognosis is biztos alapokon nyugszik s a therapia céltudatos.

A lebenyek elhatárolásának nagy jelentősége van a heveny gócoknál, mert a lebenyek bizonyos mértékig önállóak, a folyamat terjedésének gátat szabnak, illetve a továbbfertőzést meghatározzák. Kisebb jelentősége van a haematogen formák esetén. A szórásoknál nehéz eldönteni, hogy bronchialis, vagy haematogen eredetű, mert mind a kettő is lehet egymás mellett, s a legtöbb haematogen góc csak megszületése pillanatában interstitialis, azután alveolaris lesz. Fontos a lóherealakú alveolaris, illetve infundibularis caseosus gócok felismerése, mert ez elehet a phthisis kiindulópontja. A cavernák egyes alakjait is el kell különíteni, különbséget kell tenni a friss szétesésből származók és a mechanikai hatás következtében terjedők között, el kell különíteni a gyorsan terjedő ulcerosus formát a stationaertől. Külön jelentősége van a kicsi, de nagy szóróképességü haematogen intervallum cavernának, a jóindulatú fibrosus formákat kisérő száraz cavernának, valamint a köteg, lyuk, nivós cavernáknak. El kell különíteni a darázsfészekszerü szétesést a reticularis rajzolattól.

Végül külön figyelmet kell szenteni a hilust alkotó arteria pulmonalis lefutásának, elhúzódásának, mert abból is értékes következtetéseket lehet levonni a folyamat természetére.

VEGYES HIREK

Esterházy Pál herceg adománya az orvosi tudományos munka támogatására. *Esterházy Pál* herceg által az orvosi tudományos munka támogatására szolgáló adomány bíráló bizottsága a herceg elnöklésével március 2-án ülést tartott. A beérkezett 145 pályamunka bírálóit kijelölték s a döntés előreláthatóan március hó végével megtörténik. A herceg, tekintettel a pályázók nagy számára, kilátásba helyezte, hogy amennyiben a pályázók között nagyobb számú támogatásra érdemes kutató van, a mult évre s ez évre szánt összeget, összesen 60.000 pengőt bocsát rendelkezésre, jövőre pedig 50.000 pengőt biztosít. Ilyen módon az orvosi tudományos munka az eredetileg tervezettnél még nagyobb támogatást fog nyerni, ami az ország kulturális szinvonalát emelni, a nemzet tekintélyét erősíteni fogja s egyszersmind az ország közegészségügyére áldásos hatást fog gyakorolni.

Orvosi továbbképző tanfolyamok a vidéki városokban. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által rendezett tanfolyamok keretében ez év tavaszán is lesznek orvosi továbbképző tanfolyamok vidéken azon céllal, hogy az orvosok lakóhelyük közelében találjanak alkalmat ismereteik mélyítésére és kiegészítésére.

I. *Pécsett* az egyetem orvosi fakultásán: március, április és május hónapokban;

II. *Debrecenben* az egyetem orvosi fakultásán: április és május hónapokban;

III. *Szegeden,* az egyetem orvosi fakultásán: május 21—22-én.

IV. *Hódmezővásárhelyen* a városháza közgyülési termében: április 30-án és május 1-én.

A részletes programmot a helyi bizottságok a környék orvosainak megküldik. Ezenkivül az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodája (VIII., Üllői út 26.) irásbeli megkeresésre készségesen megküldi a kivánt programmot.

Sportorvosi tanfolyam. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter engedélyével a m. kir. Testnevelési Főiskola folyó évi május hó 2-től május hó 15-ig orvosok és orvosnők részére sportorvosi tanfolyamot rendez, amelynek keretében az orvostársadalom szakférfiai fogják az elméleti rész előadásait megtartani, a gyakorlati részt pedig a Testnevelési Főiskola tanárai és előadói fogják vezetni. A tantolyam dija 20 P. — Akik a tanfolyamon résztvenni óhajtanak, lakáscímük megjelölésével legkésőbb április hó 15-ig jelentkezzenek a Testnevelési Főiskola igazgatóságánál (Budapest, I., Győri út 13.), ahol a tanfolyamra vonatkozó mindennemü egyéb felvilágositással is szolgálnak.

INFLUENZA
és egyéb fertőző
megbetegedések után
CHROMARSAN
roboraló pilulák gyorsítják a gyógyulás folyamatát
Világszerte bevált magyar készítmény
TRES R.-T. BUDAPEST, 113.

A Nemzetközi Beszéd- és Hangtani Társaság (Internationale Gesellschaft für Logopoedie und Phoniatrie) VIII. nagygyülését július 28—30 között Salzburgban tartja meg. Referatumok: 1. A hangváltozásról. Referensek: *Weiss D. dr.* (Wien) és *Seeman M.* prof. (Prága). 2. A sigmatismusról. Referens: *v. Dantzig M.* (Amsterdam). Előadások bejelentése végett a congressus elnökségéhez (Wien IX. Ferstel gasse 6.) kell fordulni. A nagygyülési hivatalos nyelve a német, angol francia és olasz. A congressussal egyidejüleg phonetikai kiállitás nyilik meg. A résztvevők különböző kedvezményekben részesülnek, melyek kiterjednek a július 24-én kezdődő salzburgi ünnepi előadásokra is.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik március 1—7. között. A hét első reggelén közepes erősségü felsiklási front érkezett, melynek praefrontalis tünetei már az előző estén megkezdődtek. A hét folyamán ezenkivül két gyenge és egy mérsékelt fejlettségü felsiklási front vonult fel; a felsiklás iránt érzékeny egyének tehát nagyjában normalis időszakot éltek át. Ezzel szemben *a betörési frontok iránt érzékenyek számára ez a hét rendkivül mozgalmas volt,* amennyiben Budapest felett nem kevesebb, mint 14 betörési front vonult keresztül. A legerősebb betörés 2-án hajnalban, számos gyengébb betörési front pedig az 5-éről 6-ára virradó éjjelen halmozódva érkezett (4 frontátvonulás 7 óra leforgása alatt!). Ehhez képest a betörési frontok legerősebb postfrontalis reactiói 2-án reggel és délelőtt, továbbá az 5/6-iki éjjelen és 6-án délelőtt feltételezendők. A frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő esemé nyei
hó	nap	óra			
Március	1	8	felsiklási	mérsék	Praefr. borulás kezd. febr. 28, 21. ó. Kev. eső.
	1	12	betörési	mérsék.	Erős borulással, eső nélk., max. seb. 10 m/mp.
	2	2	felsiklasi	gyenge	Kev. praefr. eső 22 ó.-tol, szélugr.
	2	4	betörési	erős	Postfr szélvih., max seb 23 m/mp.
	3	4	betörési	mérsék.	Szélbet. felhőkkel, max. seb 14 m/mp.
	3	6	betörési	erős	Postfr. szélvih., max seb. 24 m/mp.
	3	14	betörési	mérsék.	Széllök., 17 m/mp. Bekéscsabán zivatar.
	4	6	felsiklási	mérsék.	Kis praefr. eső 4 ó.-tól, 1 mm.
	4	9	betörési	gyenge	Felhőátvon., szélélénkülés,, max. 9 m/mp.
	5	11	betörési	mérsék.	Szélbet. felhő nélkül, max. 15 m/mp.
	5	23	betörési	gyenge	Szélcsend közben egy erős lökés, 8 m/mp.
	6	2	betörési	gyenge	„ „ „ „ „ 7 „
	6	4	betörési	gyenge	„ „ „ „ „ 7 „
	6	6	betörési	mérsék.	Szélbet. felhő nélkül, 9 m/mp.
	6	10	betörési	mérsék.	Szélford. és széllök. 16 m/mp-ig.
	7	8	betörési	mérsék.	Kev. postfr. eső, max seb. 20 m/mp.
	7	15	felsiklási	gyenge	Felhőátvonulás.
	7	16	betörési	mérsék.	Szélélénkülés, felhőoszl., max. seb. 22 mmp.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1938. évi 10. számban.

Neuber tanár úr múlt heti számunkban közölt cikkében sajnálatos tévedés folytán a skleromás szájpadlások kliséje fordítva került nyomás alá. Kérjük előfizetőinket, hogy mai számunkhoz mellékelt, javított elhelyezésü ábrát a hibás fölé beragasztani szíveskedjenek.

HETIREND

Március 14-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Szüle Dénes:* A tbc. typ. bovinum szerepe az emberi pathologiában.

Március 15-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Révész Vidor:* Újabb vizsgálati módszerek a röntgenologiában a gyakorló orvos szempontjából.

Március 18-án d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. „Az előkészítés és utókezelés jelentősége a mütéti eredmények javításában" cimü előadássorozat folytatása. Előadnak: *Illyés Géza* (urologiai szempontból) és *Burger Károly* (nögyógyászati szempontból).

A tüdőtuberculosis conservativ therapiájában igen fontos a mész-assimitásnak fokozása a tüdőszövet alkalizálása útján. Továbbá fontos, hogy elősegítsük a szervezet chlorionjainak csökkenését. E cél szolgálatára szerző 3-szor naponta A- és D-vitamint tartalmazó olajat ad (mint aminö a Richter-féle Halsterin), továbbá 3-szor naponta 1 ek. 5%-os glycerinphosphorsavas-calciumot, azonkívül 3 hónapon keresztül 3-szor hetenkint ½ ccm Richter-féle parathyreoidea injectiót. A kezelést napi 6—8 g. calcium lacticum és natr. bicarbonicum keveréke egészíti ki. A legfeltünőbb klinikai és röntgenologiai javulások azon esetekben mutatkoznak, amelyek exsudativ jellegüek, vagy amelyekben az exsudativ componens elötérben áll. Cavernák, hacsak nem régi fibrosus formájúak, már két-három heti kezelés után kisebbednek; négy-hat heti kezelés után a cavernákat a röntgen-képen alig lehet felismerni. A klinikai javulás a láz gyors csökkenésében, a köpet bacillusmentessé válásában és a vérsejtsüllyedés értékének emlekedésében nyilvánul.

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

A fülkürt és menstruatio közötti összefüggést igen érdekes közleményben tárgyalja *Kovács István dr.* egyet. m. tanár, osztályvezető főorvos. Ha az orrüreg nyálkahártyájának mestruatio alkalmával létrejött elváltozása átterjed az Eustach-kürtre, a megduzzadt nyálkahártya részleges vagy teljes elszükülést okozhat időlegesen. Ilyenkor előtérbe kerülnek a fülkürt elzáródására jellegzetes tünetek, mint szédülés, egyensúlyi zavarok, émelygés, hányinger; a fül teltségét pedig úgy jelzik a betegek, mintha fejük szét akarna robbanni. Az Eustach-kürt nyálkahártyájának eme duzzadását igen jól lehetett befolyásolni *tonogen* solutiónak az orrüregbe befecskendezésével. Tonogen a megduzzadt nyálkahártyáját lelohasztja és igy a panaszok javulásához vezet. Igazolja ezt, hogy a betegek legnagyobb részén tonogen becseppentése a főfájást, szédülést, hányingert, a fül teltségi érzését, valamint a hallási zavart vagy teljesen megszüntette, vagy lényegesen csökkentette.

Lapunk mai számához Kemény Gyula „Zrinyi gyógyszertár" (VIII., József krt. 10.) *Intestinal „Henning"*-ről szóló ismertetését mellékeltük.

Magyarországon 1938 február 20-tól 26-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	5	8	3	—	—	—
3. Baranya	251.8 4	2		—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	13	3	2	3	—	—	—
4. Békés	337.414	—	—	—	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	7	2	14	2	—	—
5. Bihar	181.746	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	1	—	—
6. Borsod-Gömör-Kis-Hont	308.584	5	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	34	1	3	2	—	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	1	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.470	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	—	—	—	—	9	3	7	—	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	1	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	3	4	—	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	7	2	7	1	—	—	—
12. Heves	323.712	6	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	37	1	6	3	1	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	2	—	—	—	—	—	4	1	4	—	—	—	—	—	—	—	65	3	1	15	—	—	—
14 Komárom-Esztergom	182.975	2	—	—	—	1	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	3	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	2	—	—	—	—	—	5	1	3	—	—	—	—	—	—	—	7	—	2	3	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	5	—	1	—	2	—	27	—	55	2	—	1	—	1	—	—	455	25	29	16	1	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	48	1	10	3	2	—	—
18. Sopron	142 399	1	1	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	1	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	3	1	—	—	—	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	7	2	2	21	3	—	—
20. Szatmár-Ugocsa-Bereg	159.705	1	—	—	—	2	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	5	—	—
21. Tolna	265.884	2	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	7	8	2	—	—	—
22 Vas	272 599	3	1	—	—	—	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	5	3	1	—	—	—
23. Veszprém	248.310	2	—	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	—	—
24. Zala	369.469	—	—	—	—	1	—	6	1	2	—	—	—	—	—	—	—	13	2	4	1	7	—	—
25. Zemplén	149.916	6	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	53	—	—	—	1	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	1	—	—	—	5	—	28	2	75	2	—	—	—	—	—	—	532	73	14	5	—	—	—
III. Debrecen	125.368	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	—	—	—	—
IV. Győr	50.962	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	2	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	1	—	—
VII. Miskolc	66.419	1	—	—	—	3	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	1	—	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	2	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
X. Szeged	139 702	1	—	—	—	—	—	10	—	11	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	3	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Összesen:	8,991.179	52	7	1	—	16	1	156	9	225	5	3	1	—	1	2	—	13 7	165	127	117	25	—	—
Medián 1931—37		57	7	2	—	11	1	286	19	247	4	1	1	1	—	2	—	486	148	156	139	4	—	—

82. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1938 március 19

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

Somogyi István
(1892–1938)

Mélységes gyásszal és fájdalommal búcsúzunk Tőled kedves barátunk, Somogyi István, aki az alkotó férfikor legszebb idejében hagytál itt bennünket. Hű és erényes társunk voltál szent hivatásunk gyakorlásában, aki az igaznak útját járó, becsületes életeddel, szeplőtlen erkölcsöddel, nemes humanismusoddal példát állítottál elébünk. Akkor, midőn nemrég vezető szerepre vállalkoztál, a sorskötöttség által összetartott magyar ideg- és elmegyógyászok szeretetteljes érdeklődése és várakozása kísérte vállalkozásodat, aki új működési helyedre magaddal vitted nagy tudásod pharosának világával együtt jóságos szívednek éltető melegét, minden altruismusodat, izzó szorgalmadat, hogy munkáljad és tökéletesítsed az általam megkezdett művet, mert ezt a kinevezésedet nem tartottad quietivumnak, hanem lelkesedéssel akartál dolgozni most már teljesen önállóan az egyetemes és nemzeti tudományos kultúra magas építményén.

Somogyi Istvánnak nemcsak lelki személyiségét jellemezte az őszinteség, hűség, intensiv felelősség- és kötelességérzet, a szilárd következetesség, hanem tudományos kutató tevékenységét is áthatotta az igaznak igenlése, a világközeli valóságérzék. Kutatta a valóságot, az invariabilist, az eszmét az életnek legváltozékonyabb formájában. Készséges odaadással fordult a jelen állította feladatok felé anélkül, hogy tudományának tradicióitól és jövő lehetőségeitől megvonta volna érdeklődését. Cselekvő, gyakorlati optimismusában szívesen látta a kutatásnak minden eredményét, de csak akkor fogadta el azt, ha a szerves fejlődés láncolatába tudta illeszteni, ha nem jelentett törést a történeti folyamatosság által emelt és az egyetemes logika által követelt szerkezeti vázban. Látszott, hogy áthatotta őt annak belátása, hogy az immaterialis orvostermészettudományi megismerés és értékelés egymagában csak üres szemléleti forma, amelyet a beteg gyakorlati céljának concret szolgálata tölt meg élettel, valóságtartalommal. Hogy azonban nem volt rabja a merev gondolkozási szokványosságoknak és sohasem engedte magát bénítani a tehetetlenségnek és fáradtságnak „ignorabimus"-a által, arról dolgozatainak egész sora tanuskodik, amelyekben a haladó klinikai psychiatriai irányt képviselte és vitte előre.

Tudományos működése főként az elmebetegségek therapiájára irányult és különösen figyelemreméltó a paralysis progressiva lázkeltő kezelésére vonatkozó számos közleménye. Nagy alapossággal foglalkozott az elmebetegségek kórszármazástani szerkezetével, exogen vonatkozásoknak az endogen bántalmakra való hatásával. Alig van az elme- és idegkórtannak olyan területe, melyen egy-egy tanulmányával nem járt volna; így foglalkozott az epidémiás encephalitissel, a chorea minorral, az extrapyramidalis mozgászavarokkal, az agyi érgörcsökkel, az izomdystrophiákkal; nagy figyelmet érdemel a „psychés infectiókat" érintő tanulmánya és a zenei képesség kérgi localisatiójára vonatkozó dolgozata.

Mint orvost jellemezte őt lényének ethosa, személyiségének varázsa, a nagy megértenitudás, amely az őt annyira szerető betegei részéről olyan sok visszhangra talált, az ő egyéni életstílusa, mely egy szerény munkás életnek logicajából és közösségi szempontoknak ránézve különös dignitásából következett. Józan, célbiztos életvezetése szilárd jelleme alapján alakult ki. Mint kiváló adminisztrator nemcsak a rábizott intézményekbe, nemcsak a saját gondolkozásába és ismeretállományába vitt be és tartott fenn rendet, oekonomizált rendszert, hanem a saját egyéni életébe is, amely nyugodt, következetes, jól aequilibrált volt mindvégig; mintha az Occam-féle alaptételt: „entia non sunt multiplicanda supra necessitatem", — a magánéletébe is bevitte volna, ami jóságos, megértő feleségével zavartalan, igaz boldogságot és megelégedést jelentett számára. Egész alkotó, tudományos, gyakorlati és erkölcsi élete a szellemi continuitás jegyében folyt le.

Áldásos tevékenysége emlékét mindvégig megőrizzük.

Benedek László.

TARTALOM:

Benedek László: † Somogyi István. 1892—1938. (259. oldal.)
Melczer Miklós és Sipos Károly: Complementkötés a IV. nemibetegség kórismézésére. (260—262. oldal.).
vitéz Novák Ernő: A vastagbél-phlegmonékról. (262—267. o.)
Wlassics Tibor. A IV. nemibetegség kórismézésére szolgáló biologiai próbák értékéről. (267—269. oldal.)
Schill Imre: Hypernephroma és szörtelenség. (269—270. o.)
Németh Lajos: A cyklus zavaraival összefüggő néhány ritka szembetegség. (270—271. oldal.)
Góth Endre: A hyperthyreosis kezelése A-vitaminnal (271—273. oldal.)
Lackovich Endre: Vesekörüli vérzés vesesarkoma kapcsán. (273—274. oldal.)
Bajkay Tibor: Az adenoidvegetatio az öregkorban. (274—275. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok. (275—277. oldal.)
Könyvismertetés: (277—278. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (278—279. oldal.)
Vegyes hírek: (280. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Complementkötés a IV. nemibetegség kórismézésére.

Írták: *Melczer Miklós dr.* és *Sipos Károly dr.*

A IV. nemibetegség kimutatására szolgáló *Frei*-próba mai tudásunk szerint fajlagos. *D'Aunoy* és *Haam* szerint klinikailag lymphogranulomának kórismézett eseteikben csak mintegy 10%-ban mondta fel a szolgálatot e próba. *Frei* szerint is nemleges lehet a próba, egyidejű syphilises fertőzéskor, a nyirokcsomók gümőkórja esetén, ideiglenesen havi vérzés előtt és lázas állapotban. A *Frei*-próba azonban korai kórismére sajnos nem alkalmas, mert a bőr allergiája aránylag későn, rendszerint csak a lymphogranulomás dob kialakulása után következik be. Ezek miatt nagy jelentőségű volna, ha a *Frei*-próbán kívül a lymphogranuloma kórismézésére még más módszerekkel is rendelkeznénk.

A *complementkötés* értéke a lymphogranuloma inguinale-ban ma még nagyon *vitás*. A legtöbb vizsgáló ezt a módszert teljesen használhatatlannak tartja, s csak elvétve akadunk olyan adatokra, amelyek az eljárás alkalmazhatóságára utalnak.

Löhe és Blümmers a lymphogranulomás ember savójában a dobgeny vizes és bórszeszes kivonatával complementkötő anyagokat nem tudott kimutatni. Ugyanerre az eredményre jutott *Levaditi-Ravaut-Lépine-Schoen* lymphogranulomás ember és majom savójának vizsgálatakor. *Cohn, Prats, Kinoshito-Koyama, Hashimoto, Peruccio* vizsgálataik során csak nemleges eredményt kapott. Hasonló eredményre jutott *Sullivan* és *Ecker*, akik a dobgeny vizes kivonatán kivül, ennek lipoid és protein anyagait tisztán is alkalmazták complementtérítésre. *Nicolau* és *Banciu* 68 esetben, nyolcféleképp módosított háromfajta antigent alkalmazott: higított, higított és szürt, szürt-autolysált dobgenyet, nyirokcsomó vizes és borszeszes kivonatát, végül majomagyat eredmény nélkül. Legujabban *Hildebrand* embersavóban, sem állati (egér-, majomagy, tengeri malac lymphogranulomás nyirokcsomó-suspensiója), sem emberi antigennel (dobgeny), noha egyes esetben gyenge kötést észlelt, complementkötő védőtesteket általában nem tudott kimutatni.

Viszont *Kitchevatz* és *Kitchevatz-Petrovitch* lymphogranulomás emberi dobból kitenyésztett, *Gram* szerint festődő bacillusokból készített antigennel sok esetben kötést kapott. *Coutts* és *Ponce* is vizes, karbolozott, egy óráig 56 C°-on tartott dobgenyből készült antigennel nagy hígításban kitünő eredményt ért el. Több mint 300 savó vizsgálata kapcsán e szerzők a complementkötést lymphogranulomában fajlagosnak tartják, mely a gyógyulás után is kimutatható és a fertőzés után már 20—25 nap múlva bekövetkezik. *Coutts-Perroni-Martini* később vizes, harmincszorosra hígított dobgennyel 15 eset közül 13-ban kötést kapott; ez 86.6%-os eredményességnek felel meg, eseteik közül azonban 4 syphilises antigennel is kötött.

Hecht is a prágai Közegészségügyi Intézetben gyártott, kereskedésben is kapható (antigen nach *Frei* zur Feststellung des Lymphogranuloma ing.) ojtóanyagot kb. 4—5-szörös higításban igen alkalmasnak találta complementkötésre. E célra az *activ* módszert ajánlja, az előbb kivizsgált antigennel. Ellenőrzésre Wa. positiv és negativ savókat alkalmazott, ezenfelül szükségesnek tartja, hogy a lymphogranulomára vizsgált savót activan syphilisre és gümőkórra is megvizsgáljuk. Szerinte biztos jele a lymphogranulomának, ha a complementkötés a lymphogranuloma-antigennel positiv, syphilises és gümőkóros antigennel pedig negativ eredményt ad.

Mint a felsorolt adatokból is kitünik, a lymphogranulomás savó complementkötő anyagainak a kimutatásakor ugyanazokba a nehézségekbe ütközünk, mint a *Frei*-féle bőrpróba megejtésekor. Egységes kereskedésben is kapható antigen ugyanis, ha eltekintünk a prágai Egészségügyi Intézet gyártotta ojtóanyagtól, a jugoszláv Poroantigentől, a párisi Pasteur Intézet Kam és Mu törzseivel ojtott, majmokból készült agyantigenjétől s a stockholmi bakteriologiai intézet antigenjétől, *nincsen*, ezért legtöbb vizsgáló kénytelen *saját készítésü antigennel* dolgozni.

Természetesen az emberi dobgenyből készült antigenek között is *nagy különbségek vannak*, ami eléggé megmagyarázza a csaknem azonosnak látszó antigenek használhatósága közötti eltérést.

Az utolsó évben klinikánkon, magyarországi viszonylatban aránylag nagyszámú lymphogranulomás beteget észleltünk. E betegek savójával és más kutatóktól kapott részben Frei-positiv, részben a bőrpróbával meg nem vizsgált, vagy kétes eredményt adó betegek savójával, *összehasonlító complementkötési vizsgálatokat* végeztünk.

Mivel régebbi tapasztalataink szerint lymph. gran.-ban a complementkötés sikere csupán csak az antigenen múlik, a vizsgálatainkkal főcélunk az volt, hogy a rendelkezésre álló különféle antigen complementkötésre való használhatóságát megvizsgáljuk. Vizsgálataink során összesen 22 lymphogranulomás savóval végeztünk complementkötést. 1—12. számmal jelzett savóink a lymph. gran. korai tünetét mutató, nyirokcsomólobos Frei-positiv betegeinkből származtak. A 13. sz. savó szövetileg és az állatojtás szerint lymphogranulomának bizonyuló, teljesen leromlott anergiás betegtől származott. A 14.—20. sz. savókat a debreceni, a pécsi bőr- nemikórtani klinikáról, illetőleg a hódmezővásárhelyi közkórház bőrgyógyászati osztályától kaptuk, részben korai, részben késői tünetes betegekből. Ezek közül a 14, 15, 16 sz. savó Frei-positiv betegektől származott; a többieken Frei-próbát nem végeztek.

A 21., 22. sz. savóink lappangó lymphogranulomás, illetőleg egy, a lymphogranulomát már 2 évvel ezelőtt szerzett tünetmentes Frei-positiv egyénből származott.

Minden egyes vizsgálatkor természetesen, ellenőrzésképpen különféle betegekből és egészségesekből származó savót is a sorozatba iktattunk. Mivel az antigennel takarékoskodnunk kellett, csak kisebb számú savót használtunk fel ellenőrzésre. De ezek viszonylagosan kis számát olymódon véltük ellensúlyozni, hogy ellenőrzésre elsősorban syphilises, gümőkóros és kankós betegek savóját alkalmaztuk. E bajokban a savó ugyanis igen sokszor *nemfajlagos kötést ad*, azért ellenőrző complementkötési vizsgálatokra ezek a legalkalmasabbak.

Hecht ajánlatára eleinte minden egyes lymphogranulomás és ellenőrzésre szolgáló savót *activen is* vizsgáltuk. Párhuzamos kísérleteinkben azonban, mivel az activ módszernek különösebb előnyét nem tapasztaltuk, későbbi vizsgálatainkat csak inactivan, még pedig *Poelhmann* előírás szerint, végeztük el.

Régebbi, szórványosan végzett complementkötési vizsgálatainkból azt a tapasztalatot szűrtük le, hogy csak a *bőrpróbára* is jól bevált antigentől várhatunk complementkötéskor sikert, ezért egéragyból, tengerimalac, vagy házinyul lymphogranulomás nyirokcsomójából készített antigentől már eleve nem is vártunk eredményt. A házinyúl nyirokcsomókivonatából, suspensiójából, nyirokcsomógenyéből a legkülönbözőbb higitásokkal, szüretlenül, szürve, pasteurözve készült antigent ugyan újra megvizsgáltuk, *de most sem találtuk a complementtérítésre alkalmazhatónak.*

Phylactos, Melczer vizsgálataiból ismeretes, hogy a lymphogranulomával fertőzött nyúl agyvelejének a dörzsölléke Frei-féle bőrpróbára aránylag jól felhasználható, ebből arra következtettünk, hogy ez az antigen complementkötésre is alkalmas. Vizsgálatra először egy intraduralisan fertőzött s a fertőzés után 5 nap mulva elpusztult nyúl agyából készített 1:5 higítású antigent alkalmaztunk, további 6-szoros higításban.

Ezzel az antigennel kapott eredményeinket az 1. sz. táblázat mutatja. Anyagunk kevés volta miatt ezt az antigenünket szürt állapotban nem próbáltuk ki.

I. táblázat. Nyulagy antigen.

A kísérlethez használt vérsavók	A kötés erőssége				
	++++	+++	++	+	0
8 lymphogr. vérsavó	5	---	2	---	1
11 controll vérsavó	---	---	1	1	13

E sorozatban a biztosan lymphogranulomás savók közül az egyik syphilises antigennel is gyenge kötést adott. Egy másikban pedig gonorrhoeás antigennel végzett vizsgálat bizonyult eredményesnek. A nemleges eredményt adó lymphogranulomás savó emberi dobgenyéből származó antigennel is negativ eredményt adott. Az ellenőrzésre szolgáló savók között, a két gyenge kötést mutató látszólag teljesen egészséges egyéntől származott.

Amint a táblázatból látszik, 8 lymphogranulomás vérsavó közül 7-ben complementkötést kaptunk, ami 87.5%-nak felel meg. A lymphogranuloma ellenére, 8 eset közül az egyikben a complementtérités negativ volt. (12.5%), az ellenőrzésre szolgáló savók közül pedig mintegy 13.5%-ban kaptunk *téves positiv eredményt.*

Mivel eme kisérleteink szerint a lymphogranulomás nyul agyvelejéből készült antigen feltünően jónak bizonyult és ennek az antigennek a termelése sem ütközött akadályokba, tovább folytattuk ily irányban vizsgálatainkat. Erre a célra két másik lymphogranulomával intraduralisan ojtott nyulnak az agyvelejét használtuk fel, melyek közül az egyik a fertőzés után 6 nap mulva, a másik pedig mintegy 5 hónap multán pusztult el. Sajnos azonban ezeknek az agyából készült antigennel a *korábbi jó eredményeket nem tudtuk elérni.* Csak igen nagyfokú, 40—50-szeres higitással tudtuk ezt a két antigent *önkötő* jellegétől megfosztani s ebben a higitásban már complementkötőképességük gyengének bizonyult. 12 biztosan lymphogranulomás beteg savója közül ezekkel az antigenekkel négy izben kaptunk ++ kötést (30%) s a savók közül az egyik lueses antigennel is gyengén kötődött. Az ellenőrzésre szánt 14 savó ellenben egytől-egyik negativ eredményt adott.

Az utóbb említett 2 nyulagyból készült antigen szüszűrés és pasteurözés után sem vált alkalmasabbá. Lehetséges, hogy törzsünk a sok átvitel után gyengült, de lehetséges, hogy a nyulakban oly gyakori társfertőzés tette ezeket az antigeneket complementkötésre alkalmatlanná.

Egyidejüleg folytatott más irányú kisérleteinkből valószínünek látszott, hogy a lymphogranuloma csiráját hasadó, vagy sarjadzó gombákkal symbiosisban sikerült szaporitani. Lehetség s, hogy *Kitchevatz* lymphogranulomából tenyésztett bakteriumokból készített antigenje, ilyen symbiosisban felszaporított virusnak köszönhette complementkötésre alkalmazhatóságát.

A saccharomyces jelenlétében szerintünk felszaporított csírát a telepek élettani konyhasóoldattal összerázása után *Pasteur—Chamberland* L2 gyertyán szürtük át és ezideig 11 lymphogranulomás savón próbáltuk ki complementkötésre alkalmazhatóságát.

II. táblázat. Antigen a lg. csira tenyészetéből.

A kísérlethez használt vérsavók	A kötés erőssége				
	++++	+++	++	+	0
11 lymphogr. vérsavó	3	---	2	2	4
27 controll vérsavó	1	1	2	4	19

Mint a 2. sz. táblázatból is kitünik, ez az antigen az egyes számú nyulantigennél jóval alkalmatlanabbnak bizonyult. A positiv kötést adó lymphogranulomás savók közül egyik kankó-antigennel is +++ kötést adott. A 27 ellenőrzésre szolgáló savó közül egy pyodermás beteg savója ++++, egy akne conglobatás és egy cystitises beteg savója ++, 3 syphilises egyén savója közül az egyik +++ és kettő + kötést mutatott. A hátramaradó positiv savók látszólag egészséges egyénekből származtak.

E kisérletsorozatunkat egyrészt a kisszámú eset miatt, másrészt a lymphogranulomás esetekben kapott nagyszámú negativ, az ellenőrző esetekben kapott nagyszámú positiv eredmény miatt határozott *következtetések levonására nem tartjuk alkalmasnak.* Annyi kétségtelen, hogy a lymphogranulomás savók sokkal nagyobb számban adtak kötést, ebből pedig a kötés *fajlagosságára* lehet következtetni.

Több sikertelen kisérlet után, az egyik Frei-positiv lymphogranulomás betegünk lágyéktáji nyirokcsomójának genyéből oly antigent sikerült előállítaniok, *mely complementkötésre már jól használhatónak bizonyult.* Az antigen pastőrözött állapotban a Frei-féle bőrpróbára is kitünően bevált.

Complementkötésre a lymphogranulomás genyhez erőtljes keverés közben, lassan nyolcszor annyi élettani konyhasóoldatot adtunk s a suspensiót egy óráig rázókészülékbe tettük. Az ily módon elkészített antigent *pasteurözés* nélkül jégszekrényben őriztük meg. Az antigen a lymphogranulomás savók nagy részében erős kötést adott, *nagy hibája volt* azonban, hogy az ellenőrzésre szolgáló savókkal is nagy százalékban kötődött. Az anti-

gen 56 C°-os, 2 óráig tartó pasteurözést sem változatott ezen a nem fajlagos kötésen, a lymphogranulomás savók pedig a már pastreurözött antigennel gyengébben kötődtek.

Ugyanez az 1:8 higitású nem pasteurözött geny *Pasteur—Chamberland* L₂ gyertyán szürése után, a lymphogranulomás savók iránti kötőképességét megtartotta és *hajlamosságát a nemfajlagos kötésre legnagyobbrészt elvesztette.*

A vizsgálatsorozat eredményét a 3. számú táblázat mutatja.

III. táblázat. Antigen az ember dobgenyéből.

A kísérlethez használt vérsavók	A kötés erőssége				
	++++	+++	++	+	0
21 lymphogr. vérsavó	11	2	4	—	4
41 controll vérsavó	2	2	2	6	29

Ez az antigenünk még 3 hónap mulva is kifogástalanul használhatónak bizonyult. Vele biztosan lymphogranulomásokban 21 eset közül 17-ben erős kötést kaptunk, ami mintegy 80%-nak felel meg. Az ellenőrzésre szolgáló savók közül, ha az egészen enyhe positiv eseteket leszámítom, mintegy 15%-ban kaptunk hamis kötést.

A 14. sz. lymphogranulomás savó negativ eredményét a beteg anergiájával, ami miatt a Frei-próba is, sőt a Hellerström-próba is negativnak bizonyult, meg tudjuk magyarázni. A 18. sz. savót más intézettől kaptuk, a betegen a Frei-próbát nem is végezték el s ilymódon lehetséges, hogy lymphogranulomája nem is volt. A 9. és 15. sz. savó negativ eredményét magyarázni nem tudjuk; mind a két eset Frei-positiv volt. A kötést adó, ellenőrzésül szolgáló savók közül kettő terhes, de különben egészséges nőből származott, kettő kankós hólvaghurutban, egy kelevénykórban szenvedett. 3 savóban a Wa.-r. is positiv volt.

Ellenőrzésre szolgált 7 lueses, 8—8 bőrgümőkóros és kankós, 3 psoriasisos, 2 mély trichophytiás savója. Vizsgáltunk még 6 terhes nőből származó savót; a többiek látszólag egészséges egyénekből származtak. Ha azt tekintjük, hogy mindenfajta complementkötésnél az említett betegségekből származó savók adják a legtöbb nemfajlagos kötést, a kapott nemfajlagos eredmények számát nem is tarthatjuk nagynak.

E betegségek zavaró hatását a lymphogranulomás complementkötésre is többször észleltük. Ha nem vesszük is számba azokat a lymphogranulomás betegeinket, akiknek egyidejüleg luese, vagy kankója volt, e társfertőzéstől mentes, tisztán lymphogranulomásak közül is, 3—3 syphilis- és gonorrhoeás antigenre is adott gyenge kötést, egyben pedig gümőkóros antigennel észleltünk enyhe positivitást. Feltünő volt, hogy egyik esetünkben (17. sz. savó) mind a négyfajta complementkötés (syphilises, kankós, gümőkóros, lymphogranulomás) erősen positivnak bizonyult. A többi lymphogranulomás savó csupán a lymphogranulomás antigennel kötődött.

E kisérletsorozatból kitünik, hogy a nemfajlagos kötések száma megfelel, vagy alig nagyobb a kankó és a gümőkór kimutatására szolgáló complementkötéskor kapott átlagnál. Idevágó pontosabb adatokat természetesen csakis nagyobb számú vizsgálatból lehetne levonni.

Mindezek szerint *a complementkötési eljárás a lymphogranuloma kórismézésére már ma is felhasználható segédeszköz és sikeres volta csupán csak a felhasznált antigen jóságán mulik.*

Vizsgálatainkat 22 lymphogranulomás, illetőleg lymphogranulomára gyanus beteg savójával végeztük. Ellenőrzésre 86, részben egészséges, részben terhes, részben pedig gümőkóros, kankós és syphilises egyénnek a savóját alkalmaztuk.

Az activ és az inactiv complementkötési eljárás között számbavehető különbséget nem tapasztaltunk.

Az antigen pasteurözése tapasztalataink szerint complementkötő tulajdonságait csökkenti és ezért virulens, jégszekrényben tartott antigen alkalmazását ajánljuk.

Tapasztalataink szerint *complementkötésre csakis olyan antigen alkalmas, amely a Frei-próba kiváltására is jól beválik.* Az egéragyból, tengeri malac és házi nyul lymphogranulomás nyirokcsomójából készült antigent complementkötésre *nem találtuk alkalmasnak.* Állati antigenként kisérleteinkben jól bevált az egyik intraduralisan fertőzött *nyúl agyvelejéből készült dörzsölék.* Ezzel az antigennel 87.5%-ban kaptunk kötést, nem fajlagos eredményt pedig csak 13.5%-ban. Két másik nyulagy antigenünk a sok nemfajlagos kötés miatt, nem bizonyult alkalmazhatónak.

Sarjadzó gombák jelenlétében felszaporított lymphogranulomacsíra tenyészetéből készült antigennel több esetben *fajlagosnak látszó* kötést kaptunk.

Legalkalmasabbnak bizonyult vizsgálatainkban a lymphogranulomás savó complementkötő védőanyagainak kimutatására a lymphogranulomás beteg dobgenyéből élettani konyhasóoldattali higitás után készült, nem pasteurözött s Pasteur—Chamberland L₂ gyertyán átszürt antigen, mellyel mintegy 85%-ban positivitást, nemfajlagos kötést pedig csak 15%-ban kaptunk.

Az emberi dobgeny-antigen gyertyán szürés nélkül *sok nemfajlagos kötést adott.*

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

A vastagbél-phlegmonékről.

Irta: *vitéz Novák Ernő dr.*

I. B. I.-né, 20 éves beteg, 1933. május 3-án helyezik át hozzánk a Korányi-klinikáról. Március közepén, azaz másfél hónap előtt szült, koraszülött magzata 24 óra mulva meghalt, azóta állandóan bő, büzös folyása van, ami miatt kezelés alatt is állott. Vérzése szülése óta úgyszólván állandóan hol erősebb, hol gyengébb mértékben meg van. Május 1-én hidegrázás mellett igen erős jobboldali hasgörcsöket kapott. Láza meghaladta a 39 C°-ot. Május 3-án reggel, tehát betegségének harmadik napján, jelentkezik felvételre a Korányi-klinikán. Itt a tüdő, szív, vesék részéről eltérést nem találnak, láza 37.6 C°, fehérvérsejtek száma 11.500. A jobb hasfele nyomásra erősen fájdalmas. Nőgyógyász vizsgálja, aki a nemiszervek állapotából a hasgörcsök fájdalmait megmagyarázni nem tudja. Heveny vakbélgyulladás gyanujával kerül aznap este klinikánkra. A mérsékelt fejlettségü és táplaltságú nőbeteg vizsgálatakor az egész jobb hasfelet rendkivül fájdalomérzékenynek találjuk. Védekezés csak az ileocoecal's tájnak megfelelően van. A fájdalmasság hátraterjed az ágyéki táj felé. Láza 37.6 C°, érverés 110, rendes telt'ségü. A beteg közérzete igen rossz, súlyos beteg benyomását kelti, vizsgálata alkalmával bizonyos fok'g részvétlen. Miután vizsgálatunk megerősítette a belgyógyászati klinika kórisméjét, műtétet ajánlunk és a beteg ebbe beleegyezvén, azt azonnal el is végezzük.

A behato'ás (*v. Novák dr.*) intermuscularisan történik, ferde, vakbéltáji metszésből. A hashártya belövelt, a hasüregből böven ömlik, zavaros, sárgás, szagtalan savó. A vakbél mérsékelten mozgatható, végre is sikerül a hasüregből elő emelni. Az egész vakbélfal, a felhágó vastagbél fala néhány cm.-nyire megvastagodott, börszerü tapintatú, de azért törékeny; a hashártya belövelt, rostonya pelyhekkel teleszórt. A felfelé oldalra csapott féregnyulvány csak igen csekély mértékben vesz részt a vakbél említett lobos elváltozásában, ellenben a vakbél tövétől 3 cm-nyire felfelé, a taeniák között középen, a cseplesz pengönyi területen gyulladásosan letapadt. Ennek a letapadásnak leválasztása könnyedén sikerülvén,

láthatjuk, hogy a letapadás helyén a vakbélfal 20 fillérnyi területen szennyes zöldes-sárga színű, de át nem fúródott. A vakbél aránylag igen tág lévén, sikerült ezt a területet kétszeresen, megnyugtatóan süllyeszteni. Az első réteg öltései alkalmával a varratcsatornákból kevés genyes váladék folyt ki. Mindezekre tekintettel varratvonalunkat 1—2 öltéssel rögzített cseplesszel fedjük és a hasüreget kicsiny biztonsági tampon bevezetése után rétegesen zárjuk. Betegünk a műtétet jól türte. A lefolyás semmiben sem különbözött attól, mint amelyet sima vakbélműtétekben tapasztalni szoktunk. Műtét után harmadik napon jobboldali savós mellhártyagyulladás jelentkezett, amit azonban megfelelő beavatkozásokkal gyorsan sikerült visszafejleszteni. Műtét után hetedik napon eltávolítjuk a biztonsági tampont, amely szagtalan, kihúzása után néhány csepp savótól eltekintve, váladék nem ömlik. Műtét után kilencedig napon betegünk elsőlegesen gyógyult sebbel távozik.

Gyógyulása után végzett próbareggeli eredménye: aránylag jól emésztett 80 ccm gyomortartalom, szabad sósav 5, összaciditás 15.

II. B. E. 27 éves nőbeteg. 1932. július 18-án keresi fel a klinikát vakbéltáji fájdalmai miatt. Elmondja, hogy két hét óta érez hasának jobbfelében fájdalmat, gyakran volt ez alatt az idő alatt hőemelkedése. Betegünket megvizsgálva kitünik, hogy ép mellkasi és nemiszervek mellett a vakbéltájék nyomásra fájdalmas, ugyanitt izomvédekezés is kimutatható. 9.000 fehérvérsejtszám mellett hőmérséke 37.6 C°.

Azonnali műtétet végzünk heveny vakbélgyulladás kórismeje mellett *(Pommersheim dr.)*. Ferde vakbéltáji metszésből először izomközti behatolás a műtét nehézségére tekintettel később az izomzatot lefelé 4 cm hosszúságban átvágjuk. A hashártya belövelt. A vakbél rögzített, fala egyszében vizenyős, megvastagodott, hashártyaborítéka belövelt néhány rostonva pehellyel borított. Tapintáskor az a érzésünk, hogy a vakbél és felhágó vastagbél tájékán alig van bélüreg. Az említett elváltozások sem a vékonybélre, sem a felhágó vastagbélre rá nem terjednek. A féregnyulvánv a vakbél mögé csapódott, nagyjából ugyanazokat az elváltozásokat mutatja, mint a vakbél, csakhogy enyhébb mértékben. Szabályszerű féregnyulványeltávolítást végzünk, a hasfaalt rétegesen, teljesen zárjuk. Az eltávolított 6 cm hosszú féregnyulvány üres, fala mérsékelten megvastagodott, nyálkahártyája duzzadt, vizenyős.

A lefolyás egészen sima. Hőmérséklete csak a műtét utáni második napon haladja túl néhány tizeddel a 38 C°-ot. Műtét utáni kilencedik napon elsőlegesen gyógyult sebbel vidékre utazik.

III. Gy. J. 36 éves férfibeteg. 1934 június 13-án kereste fel klinikánkat vakbéltáji fájdalmai miatt. Felvételkor elmondja, hogy 5 évvel ezelőtt vakbéltájékán időnként megismétlődő húzó, görcsös fájdalmai voltak, amelyek szétterjedően az egész jobb alhasfélre kisugároztak. Betegsége miatt az Uj Szent János kórház sebészeti osztályára került, ahol 9 napig feküdt. Ottartózkodása alatt kisfokú hőemelkedése volt, majd az ott alkalmazott fektetésre, jeges borogatásra fájdalmai megszünvén, hazament. Azóta ugyanezen a helyen húzó nyilalló fájdalmakat érez. Egy héttel felvétele előtt heves görcsei voltak a vakbéltájon és ezek a görcsök úgyszólván szünet nélkül tartottak bejöveteléig. Görcseit böfögés, hányinger, gyomortájra kisugárzó szorító fájdalmak kisérték. Széke, vizelete rendesen volt. Görcsös fájdalmai alatt hőmérséklete 37.8 C°-ig emelkedett. Bejövetelkor a különben egészséges szervezetü, erőteljes férfibeteg vakbéltáján kifejezett nyomási fájdalmat találunk, láza 37.3 C°, fehérvérsejtszáma 9.000. Heveny vakbélgyulladás kórismejével műtétet végzünk rajta.

A műtétkor *(Lumniczer dr.)* a hasüregből bőven ömlik tiszta, sárgás savó. A lefelé, oldalfelé szabadon logó féregnyulvány hashártyaborítéka belövelt, a féregnvulvány falzata kisfokban megvastagodott. A vakbél alsó részlete a vékonybél beszájadzásától 4 ujjnyi magasságban, vizenyősen beszürődött, erősen belövelt, törékeny. A vakbél normalisnál tágabb. A féregnyulványt szabályszerűen eltávolítjuk, a csonk elsüllyesztése lényeges nehézségekbe ütközik, mivel a megvastagodott, törékeny bélfalban az öltések mindegyre átszakadnak. Végül is megnyugtatóan sikerült a csonkot kétszeresen elsüllyeszteni. A hasüreget rétegesen, teljesen zárjuk. Az eltávolított féregyulvány falzata vizenyősen beszürődött, rendesnél vastagabb, savós-hártyaborítéka belövelt, üregében sem genyet, sem bélsárrészleteket nem találunk, a nyálkahártya ép.

Műtét után a görcsök megszünnek, hőmérséklet a műtét utáni napokban 38 C°-on nem terjed túl, betegünk a műtét utáni tizedik napon elsőlegesen gyógyult sebbel távozik.

Az utolsó, klinikánkon töltött, napon végzett gyomorbélvizsgálat, sem ürülés, sem vegyi szempontból eltérést nem mutat.

IV. B. I-né 31 éves nőbeteg. 1932 június 9-én kerül klinikánkon felvételre. A jól táplált, jó erőben lévő beteg kérdéseinkre elmondja, hogy 6 nap előtt görcsös fájdalmak keletkeztek vakbele táján. Hányingere is volt, lázasnak érezte magát. Felvételkor egyébként ép belsőszervek mellett a vakbéltájon erős fájdalmat jelez nyomásra. Láza 38.3 C°, fehérvérsejtek száma 14.000. Heveny féregnyulványlob kórismével azonnali műtétet végzünk. Műtét alkalmával *(Matolay prof.)* a praeperitonealis zsírszövet kocsonyásan, vizenyősen duzzadt. A hashártya megnyitása után bőven ömlik tiszta, sárgás savó. A féregnyulvány belövelt, benne bélsárkő tapintható. A vakbél és a felhágó vastagbél néhány cm-es területen hasonlóképen erősen belövelt hashártyával borított. Kissé vizenyős tapintatú. Szabályszerű féregnyulványkiirtás után teljes, réteges hasfalzárás. Az eltávolított féregnyulvány falzata vizenyősen átivódott, nyálkahártyája mérsékelten belövelt.

Műtét után a beteg láza 39 C° fölé emelkedik, ez a magas hőmérséklet másnap reggel sem esik le. Tekintettel a seb környékén észlelhető gyulladásos elváltozásokra, a varratokat eltávolítjuk, a sebből híg, zavaros, húslészerű váladék ürül. A szétnyitás ellenére az állapot nem javul. A beteg aluszékony, részvétlen. Műtét után 48 óra mulva szívgyengeség tünetei között meghal.

A boncolelet tanusága szerint a beteg halálát jobboldali, hashártya mögötti phlegmone okozta, vérmérgezés útján.

V. H. K. 64 éves férfibeteg. 1931 december 8-án kereste fel klinikánkat. Felvételkor előadja, hogy az utóbbi években többször volt magyarázhatatlan gyomorrontása, ilyenkor mindig fájdalmat érzett a hasban jobboldalt, alul. Jelenleg két nap óta beteg. Azóta széke nem volt, hányinger, felböfögés kínozza, lázas.

Az erősen fejlett, hájas férfibeteg megvizsgálása alkalmával nagyobb szívtompulat mellett igen puffadt hasat találunk. A vakbéltáj nyomásra erősen fájdalmas. Rovsing positiv, 38.7 C°-os láz, 17.000 fehérvérsejtszám.

Veveny féregnyulványlob kórismejével azonnali műtétet végzünk *(Borsos dr.)*, ferde, vakbéltáji metszés, izomközti behatolás. A vakbél igen erősen belövelt, duzzadt, tapintata merev, vizenyős. Az oldalsó hasfal felé 5 pengősnyi, különösen gyulladt, skarlátvörösen belövelt terület fekszik. A féregnyulvány zsugorodott, lenőtt; eltávolítjuk. Az eltávolított féregnyulvány átmetszetben hegszövetnek tünik fel, ürtere elzáródott. Teljes, réteges hafalzárás.

Műtét után a beteg állapota nem enyhül, a vakbéltáji fájdalmak fokozódnak, a környezet böre lobos. Ennek a területnek nyomása igen heves fájdalommal jár.

A műtét utáni negyedik napon a sebtől oldalt a leglobosabb területen bemetszés. A mélybe behatolva vakbél mögötti tályogra jutunk, bő tamponálás és drainezés.

Műtét utáni hatodik napon a bemetszést oldalbemetszésekkel minden irányban tágítjuk. Az általános állapot nem javul. Betegünk időnként delirál. Érverése szapora. Műtét után kilencedig napon a légzés felületes, érverés fonalszerű; szívgyengeség tünetei között meghal.

A halál után rövidesen végzett boncolat igen kiterjedt hashártyamögötti phlegmonét derít ki, melynek központja a vakbél mögötti laza kötőszövetben volt. Közvetlen összeköttetést a különben erősen gyulladt falú vakbéllel találni nem lehet. A felvágott vakbél nyálkahártyája enyhe belöveltségén kívül más kóros elváltozást nem mutat. A boncolat hashártyagyulladást nem talált.

VI. B. Zs.-né, 38 éves nőbeteget 1921 december 3-án küldi orvosa klinikánkra. Felvételkor elmondja, hogy két hónap előtt alhasában keményedést vett észre, amely fájdalmas volt és görcsöket is okozott. Orvosa borogatást rendelt rá. Mivel állapota nem változott, hozzánk küldte.

Sovány nőbeteg. Alhasában köldökig terjedő terimenagyobbodás tapintható, amely a méh mozgásait követi. Érverése szapora, percenként 130. Hőmérséklet 37.4 C°.

Néhány napi megfigyelés és vizsgálat után genitalis eredetű lobos daganat kórismejével műtétet végzünk.

Alsó-középső hasmetszés *(Boytha dr.)*. A hasüreg megnyitásakor kitünik, hogy a cseplesz, mint gyermekfejnyi lobos daganat foglalja el csaknem az egész hasüreget s a környező bélkacsokkal erősen összekapaszkodott. A lobos cseplesz daganat eltávolításához fogunk, közben kitünik az is, hogy a gyulladásosan megvastagodott falu vakbél, felhágó- és harántvastagbél általa lapszerint borított. Miközben a daganatot a vakbélről lefejtjük, tyúktojásnyi bélsaras tályogüregbe jutunk. A tályog területén a vakbélfal 2 pengősnyi

területén elhalt, fillérnyi átfúródásos nyílással. A lobos cseppleszdaganatot eltávolítjuk, a vakbél átfúródásos nyílását sikerül, ellenére a törékeny, vizenyősen megvastagodott környező vakbélfalnak kétrétegű varratsorral fednünk. A vakbél mellé tampont helyezve, a hasüreget zárjuk.

Műtét után már kihagyó, szapora és üres az érverés. Másnap a has puffadt, a nyelv száraz, érverés alig tapintható, légzés felületes. Este szívgyengeség tünetei között meghal.

VII. *Verebély* prof. úr szívességéből közölhetjük egyik esetét, amelyet sanatoriumi betegei között észlelt. 1918-ban fiatal leánybeteg vakbél körüli tályogja okaként tűszúrásnyi átfúródásos nyílást talált a vakbélfalon, a féregnyulvány beszájadzásától néhány cm-re oldalfelé. A vakbélfal szennyes sárgás-zöldes színű, megvastagodott és vizenyős. A féregnyulvány minden látható lobos elváltozás nélkül beágyazott a tályogot határoló lobos szövetek közé. Mivel az egész folyamat a hasüregtől tökéletesen elhatárolt, tampon és draincső behelyezése után a sebüreget szükíti. A beteg másodlagosan, bésársipoly nélkül gyógyult.

A gyomorbélhuzam phlegmonés megbetegedései általában elég ritka kórképek. Míg azonban a gyomorphlegmone még aránylag gyakran fordul elő, a duodenum hasonló megbetegedése már ritkább. A vékonybélhuzam még a nyombélnél is kevesebb számban szerepel, a vastagbélhasonló megbetegedéséről pedig alig néhány közlemény számol be. A tápcsatorna kezdeti részén a garatban az elváltozás mindennapi, a bárzsingban elég gyakran fordul elő. Tehát az esetek felülről lefelé ritkábban és ritkábban fordulnak elő, áll ez legalább is az irodalomban közölt súlyos esetekre vonatkozólag. Kétségtelen azonban, hogyha a megbetegedéshez számítjuk a vakbélnek azokat a gyulladásos megbetegedéseit, amelyeknek enyhébb formáiról *Fenkner* is 11 esetben számol be és amely anyagunkban is 3 ízben fordult elő, a megbetegedés nem is olyan ritka. Feltételezhető, hogy az egészen könnyű elváltozások a műtő figyelmét is elkerülik, főképen akkor, hogy ha nem kutat különösképen utána, ezekben az esetekben a műtő megelégszik a féregnyulvány eltávolításával és a beteg pedig a műtét után következő ágynyugalomra, koplalásra, hashajtásra meggyógyul, pedig az elváltozást nem is az eltávolított féregnyulvány okozta. Tehát hogyha ezeket a könnyebb eseteket is a vastagbélphlegmonékhoz számítjuk, ezeknek száma eléri a duodenalis és a legfelsőbb vékanybélszakaszban előfordulók számát.

Fischer Aladár 1930-ban megjelent közleményében 1919-ig 215 gyomor- és 36 bélphlegmonét talált. 1919-től 1925-ig 40 vékonybél és 7 vastagbélphlegmonét látott feljegyezve, 1925—1930 között 47 gyomor- és 15 bélphlegmonéról számoltak be az irodalomban.

A bélphlegmonéra vonatkozólag egyetlenegy esetben sem sikerült a kórismét műtét előtt feltalálni, pedig előfordult, hogy az egyik szerző — *Hellström* — akkor operált bélphlegmone esetet, mikor az ezekről szóló dolgozatának összeállításával volt elfoglalva. Gyakorlati jelentősége annak, hogy a kórismét műtét előt felállítsuk, nincsen, mert a megbetegedés olyan heves, kifejezett hasi tünetekkel jár, hogy feltétlen jogosulttá teszi a sebészi beavatkozást valamilyen más valószínű kórisme alapján. Sokkal súlyosabb következményekkel jártak azok az esetek, ahol, daczára súlyos bélphlegmone fennforgásának, még műtét közben sem sikerült a helyes kórisme felállítása és így elmarad a bántalom sebészi ellátása, ami pedig a súlyos esetek bizonyos fajtájánál az egyetlen, ami ha kis valószínűséggel is, de gyógyuláshoz vezethet.

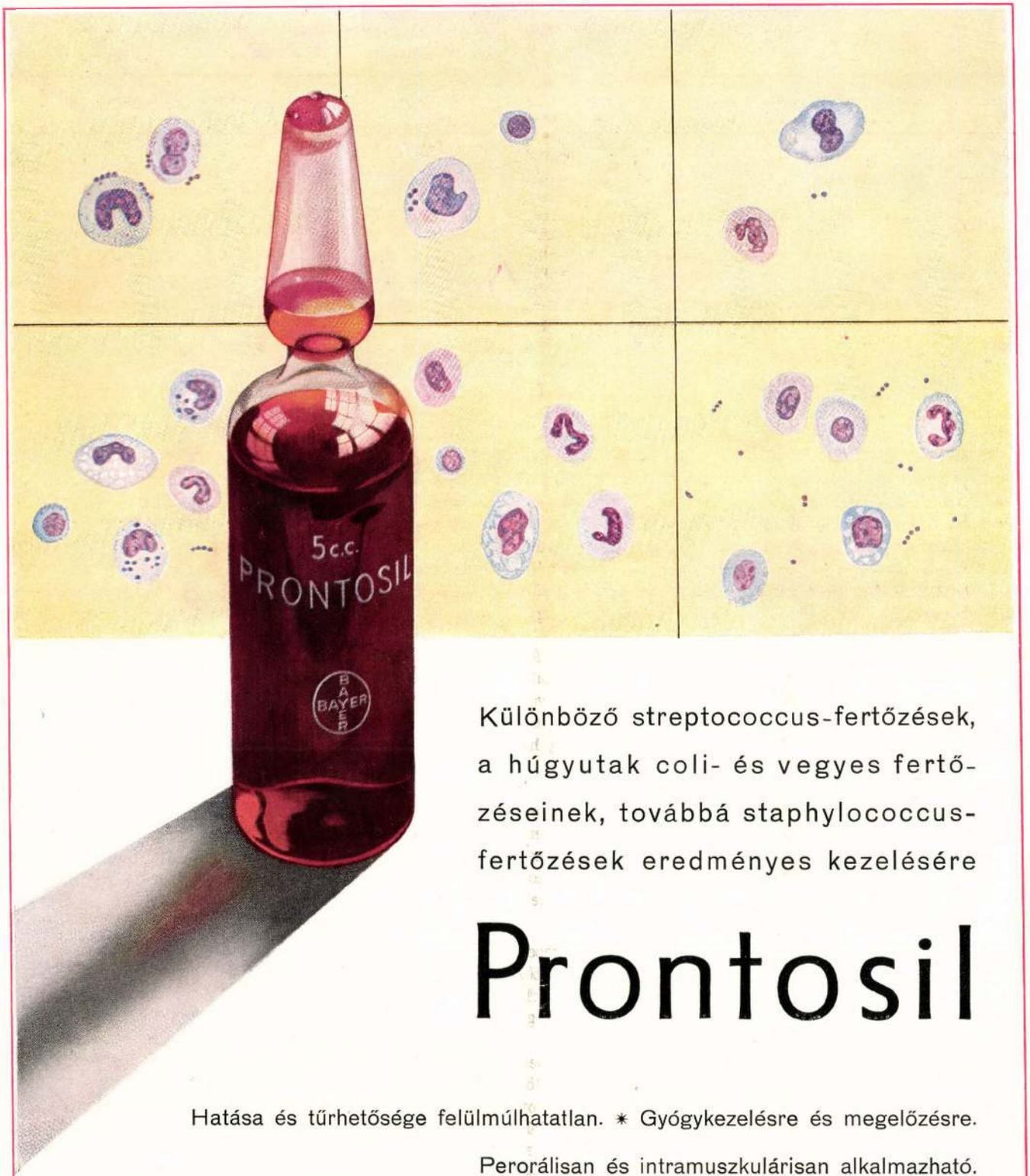
A betegség műtét előtti fel nem ismerésének oka lehet, hogy nagy ritkasága miatt nem is kerül elkülönítő kórismézési szempontból mérlegelés alá. Viszont igen nagy hasonlatosságot mutat úgy kórelőzményi, mint tüneti szempontból betegségekkel (gyomor-nyombél átfúródás, hasnyálmirigyelhalás, diverticulitis, bélbetüremkedés, vakbélgyulladás), amelyek sokszorosan gyakrabban fordulnak elő. A műtét alatt fel nem ismerésének oka szintén az lehet, hogy a műtő talán nem is gondol arra, hogy hasonló bélmegbetegedés fennforoghat.

Bár *Rokitansky* 1842-ben körülhatárolta a bélphlegmone kórismeját és 1875-ben *Belfrage* és *Hedinius* az első kétségtelen eseteket közölték, mégis az elmult század végén *Sprengel* és *Sonnenburg* a féregnyúlványgyulladás helyes értékelésével kapcsolatban olyan alaposan leszámoltak a typhlitis stercoralis, perityphlitis kórképével, hogy lét zésüket is tagadták. Azonban a század elején mindegyre szaporodtak a megfigyelések, hogy féregnyúlványlob kórismével műtőtt betegnél az ép féregnyúlvány mellett tényleg megbetegedett vakbelet, felszálló vastagbelet találtak Ez a tény indította *Haim*-ot arra, hogy a vakbélgyulladásos megbetegedéseket ugyanúgy osztályozza, ahogyan a féregnyulványgyulladásokat osztályozni szokták és irodalmi kutatásai nyomán tényleg minden szabványos féregnyúlványgyulladásos kórképnek megfelelő megbetegedést a vakbél-felhágóvastagbéllel kapcsolatosan is tudott találni ép féregnyulvány mellett. A betegség lefolyására nézve jellegzetes, hogy hosszabb-rövidebb lappangás után, amely általában véve néhány hétre terjed és amely alatt gyakorta magas lázas rohamokkal találkozunk, a tulajdonképeni betegség hirtelen kezdődik. A has megfelelő helyére, ott, ahol a phlegmonés bél fekszik, szorítkozó fájdalom tűrhetetlenül heves. A duodenalis és a magas vékonybélphlegmonékat csillapíthatatlan hányás jellemzi. A fájdalom aránylag gyorsan az egész hasra kiterjed. A kezdet kezdetén hasmenés, esetleg véres székkel kínozhatja a beteget, amely azonban súlyos esetekben szék és szélrek désnek ad helyet, a has puffadt, az izomvédekezés, amely eleinte csak a beteg bélkacsnak megfelelő helyre korlátozódik, az egész hasra kiterjed. A láz legtöbbször magas. De éppen a legsúlyosabb esetekben láztalanság, sőt subnormalis hőmérséklet is előfordul. Az érverés szapora, kishullámú, könnyen elnyomható. A nyelv szárza, nem ritka a hidegrázás a tulajdonképeni betegség kezdeténél, sőt a lappangás szaka alatt sem.

A vakbéltáji phlegmonékra jellegzetes, hogy a beteg súlyosabb benyomást kelt, mint aminőt általábanvéve féregnyulványgyulladás esetében találni szoktunk. A betegek levertek, környezetükkel nem sokat törődnek, részvétlenek.

A megbetegedés korai szakában, mielőtt az izomvédekezés az egész hasra kiterjedhetne, a phlegmonés bélrészlet kifejezett fájdalmas resistentia alakjában tapintható, vakbéltáji phlegmonékban, fiatalemberekben ezért állítják fel a bélbetüremkedésre a kórismét.

Mindezek alapján a sürgős műtét javallatát az esetek túlnyomó részében felállítják, s a műtét megtörténik. A korán műtött esetekben szabad hashártyagyulladás nincsen. Hashártyagyulladás bélphlegmonékban általában igen későn jelentkezik, *Deutelmoser* esetében 40 napi fennállás után hashártyagyulladás még nem volt. Legtöbbször tömeges hasüri savó ömlik, esetleg zavarosan, rostonyacafatokkal keverve. *Sauer* esetében a felhalmozott hasüri savó két liter volt annak ellenére, hogy peritonitis nem állott fenn. Egy esetükben vizenyősen beszürődött volt a vakbéltáji praeperitonealis kötőszövet is. A has legfájdalmasabb pontjának megfelelően megtaláljuk a megbetegedett bélrészletet. A beteg bél vagy tágultabb mint a normalis, bénult, vagy pedig görcsösen összehúzódott. Falzata vizenyősen megvastagodott, merev. A vakbéltáion gyakori, hogy a beteg bélrészlet az egészséges vakbélfalba betüremkedett. A betüremkedett bélrészlet idegentestként szerepelve a peristaltica által tovahajtatik és így tényleges betüremkedés jöhet létre. A hashártyaboríték a megbete-



Különböző streptococcus-fertőzések, a húgyutak coli- és vegyes fertőzéseinek, továbbá staphylococcus-fertőzések eredményes kezelésére

Prontosil

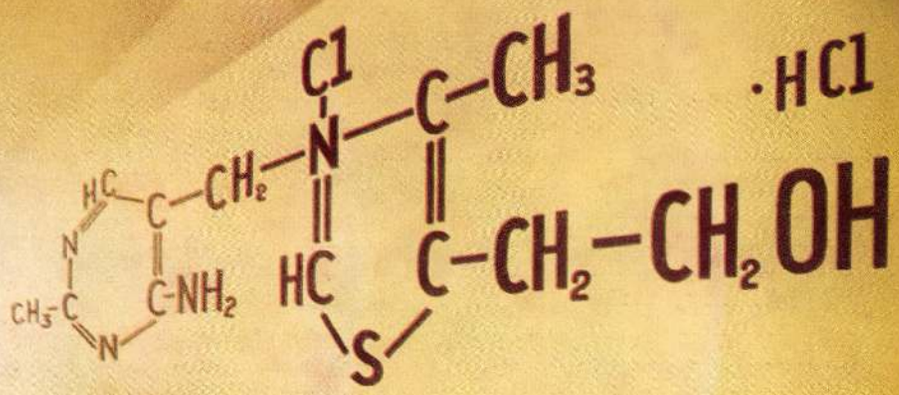
Hatása és tűrhetősége felülmúlhatatlan. * Gyógykezelésre és megelőzésre. Perorálisan és intramuszkulárisan alkalmazható.

Eredeti csomagolások: Prontosil-tabletták: 10, 20 és 250 darab á 0.3 g
Prontosil-oldat 2.5%-os: 5 és 25 ampulla á 5 kcm

Ötven év
1888 BAYER 1938
GYÓGYSZEREK

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: Magyar Pharma Gyógyáru R.-T., Budapest V, Arany János-utca 10



B_1-vitamin-hiánybetegségeknél

BETAXIN

a synthetikusan előállított
B_1 - VITAMIN

Jelentékeny árleszállítás folytán kiterjedt alkalmazása lehetővé vált a legkülönbözőbb eredetű és lokalizációjú neuritisek és neuralgiák, polyneuritis, terhességi, gyermekágyi, alkohol- és opticus-neuritisek, interkosztális- és trigeminus-neuralgia, ischias, megszorított diéta kapcsán fellépő B_1-hypovitaminozis, krónikus gastroenteritis, poszt-diftériás és egyéb bénulások, funikuláris myelosis stb. kezelésében.

Eredeti csomagolások:

3, 15 és 50 ampulla á 1 kcm (tartalma 1 mg = 500 nemzetk. egység)
3, 15 és 50 ampulla á 1 kcm (tartalma 2 mg = 1000 nemzetk. egység)
»Forte« 3, 15 és 50 ampulla á 1 kcm (tartalma 10 mg = 5000 nemzetk. egység)
Tabletták: Cső 20 tablettával } á 1 mg = 500 nemzetk. egység
Üvegek: 100 és 500 tablettával }

Ötven év
1888 BAYER 1938
GYÓGYSZEREK

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: Magyar Pharma Gyógyáru R.-T., Budapest V, Arany János-utca 10

gedett bél felett igen erősen, skarlátvörösen belövelt, esetleg rostonya cafatokkal fedett, nem ritkán egyenletes rostonya lepedékkel borított, amelyen át helyenként zöldes-sárgás körülirt foltok is láthatók. Az elváltozás határai élesek. Szövettani vizsgálattal beigazolódást nyert, hogy a gyulladás 1—2 cm-rel a szabad szemmel látható éles elhatárolódáson túl is beterjed a submucosába. A bélfodor megfelelő részlete szintén vizenyősen duzzadt, belövelt. A környező nyirokcsomók lobosan megnagyobbodottak. A szövettanilag feldolgozott esetekben beigazolást nyert *Rokitansky* felfogása, hogy a bélphlegmone a submucosában játszódik le. A submucosában polynuclearis leukocyták óriási tömegei halmozódnak fel, közben finom fibrinhálózat mutatható ki. Mint ritka kivételek, előfordulnak eosinophyl leukocyták, plasmasejtek. A muscularis mucosaeban már szétszórtabb ez az elváltozás, lényegesebb eltérések itt csak azokon a helyeken láthatók, ahol a folyamat a bélüreg felé áttört és elpusztította a mucosa-t. Más területeken úgy a mucosa, mint a muscularis musosae jól megtartott. A submucosa erei körül az érfalban is leukacyta felhalmozódás látható. A venák gyakran thrombotisáltak. A gyulladás az izomrétegbe helyenként beterjed, az izomnyalábokat egymástól széttolja, a subserosa azonban már kevesebb gyulladásos elváltozást mutat, mérsékelten vizenyős. A hashártyaboríték felé így csak helyenként tör át a gyulladás és okoz fibrinfelrakódást a felületen, esetleg elhalásos szigetekkel. A folyamatnak a hashártyaboríték felé való terjedése igen lassú, erre hajlamot nem mutat. Ez az oka a hashártyagyulladás késői fellépésének. Viszont nagyobb előszeretettel tör át a nyálkahártya felé és ez talán az oka a kétségtelenül előforduló spontán gyógyulásoknak. Esetről-esetre kerültek észlelésre megbetegedések, ahol a hasban tapintható körülírt resistentia megszünt, a betegség meggyógyult attól az időponttól kezdve, hogy különben normális széklettel nagyobb mennyiségű gyu ny távozott. Természetszerűen bizonyítani, hogy ezek a műtét nélkül gyógyult esetek phlegmonosus enteritisek voltak, nem lehet.

Az irodalomban közölt legtöbb esetben, ahol bakteriologiai vizsgálat történt, kórokozóként a streptococcust mutatták ki. Igen ritka esetekben találtak staphylococcust és pneumococcust, ez utóbbit teljes anaciditás és icterusnál előfordult phlegmonéban. Kimutattak coli bacillusokat is és proteust.

A gyomorphlegmonék igen nagy statisztikájában mint kórokozót, csaknem mindig a streptococcust találták, ez is bizonyítja, hogy a két folyamat azonos természetű, csak más elhelyeződésű. A felsorolt kórokozók az egy- két esetben kimutatott coli bacillustól eltekintve, nem tagjai a normális bélflorának. Sebészi tapasztalatunk azt mutatja, hogy a bél saját lakói a bélfallal szemben nem kórokozóak. Emellett szól a bélműtétek óriási statisztikája. Bélműtétek után inkább észlelni elenyésző ritkaságként anaerob áttéti tályogokat, mint károsodást a bélfalban.

Igen érdekes *Sauer* esete, ahol a vastagbélphlegmone okaként trichocephalus okozta gyulladásos gócok szerepeltek, amelyek a submucosa-ban helyezkedve el, a bélüreg felé közeledtek. A bél fekélyes megbetegedését teszi felelőssé a vastagbélphlegmone keletkezésénél *Nordmann*. A gyomorbélhuzam állandóan érintkezésben van fertőző csirokkal, mégis aránylag igen ritkán látjuk a phlegmonés fertőzést, dacára, hogy a bél fekélyes megbetegedései viszont sokkalta gyakoriabbak. Nem tévedünk, ha szerzők nagy sorával feltételezzük, hogy ennek oka az, hogy a gyomorsav a csirokat virulenciájukban csökkenti. Talán a gyomor, duodenalis és felső vékonybélphlegmonék súlyos volta, a vastagbél hasonló természetű megbetegedésének elhuzódobb természete is azzal függ össze, hogy még az első esetben az emésztőnedvek csak rövid ideig hathatnak a kórokozóra, az utóbbi esetben arra sokkalta hosszabb idő áll rendelkezésre. A közölt esetek legnagyobb részében idült gyomorhurut állott fenn, ami egyik esetünkben szintén bizonyított, másik esetünkben pedig valószinű. Ez a megbetegedés pedig ismeretesen csökkenti a sósavelválasztást. A gyomorphlegmonékről tudjuk, hogy alkoholisták a fennálló idült gyomorhurutjuk miatt, amely következményes hyp- illetve anaciditással jár, gyakrabban kapják, mint más emberek. A bélphlegmonés betegek, főképen a súlyos eseteket véve számításba, nagyrészt az 50. éven tullévőkből kerülnek ki, az a kor, ahol már gyakran találunk csökkent savelválasztást. Mint a csökkent, illetve hiányzó savelválasztást előidéző jelenséget a sárgaságot is feljegyezve találjuk.

Jó néhány esetben halszálkákat, apró csontdarabokat találtak a megbetegedett bélfalba ékelődve, illetve a megbetegedett bélnek tartalmában. Ezek az apró idegentestek a bélhuzam szempontjából a legtöbb esetben ártalmatlanok. Halszálkákat, apró csontdarabkákat egészséges gyomor savtartalma kellőképen mésztelenít. Ha ellenben ez nem következik be, ezek az apró idegentestek elakadhatnak és bélfalsérülést hozhatnak létre. Veszélyesek az idegentestek fertőzés szempontjából különösen akkor, ha egyik végük a bélfalban, másik végük pedig a bél üregében fekszik. A bélfal merevebb izomrétegével laza, ruganyos összeköttetésben lévő nyálkahártya az idegentestek elől kitérhet, csak azok a helyek sérülékenyebbek, ahol a kitérés korlátozott. Így a duodenum táján, ahol a retroperitonealis rögzített részben a nyálkahártyának is korlátozott a mozgása. Ugyancsak fennakadhatnak ezek az idegen testek ott, ahol élesebb, rögzített bélhajlatról van szó: így a duodeno-jejunalis hajlatnál, a flexura hepatica-nál. Hasonló helyzet adódik ott, ahol billentyü állja utját a szabad tovamozgásnak, igy a Bauchin-billentyű. Nem egy esetben pontosan a Bauchin-billentyű volt a vastagbélphlegmone kiindulási pontja. Az említetteknek megfelelően a bélphlegmonék aránylag gyakran fordulnak elő a duodenumban és a coecumban. A májhajlattól eltekintve, a vastagbélben való áthaladásuknál kevés kárt tesznek a bélfalban az idegentestek, mert itt már formált bélsárba ágyazottak szoktak lenni (kivételt képez a végbél záróizom feletti részlete).

Mint már említettük, maga az idegentest sártése a legtöbb esetben nem elegendő a bélfali fertőzés létrejöveteléhez. *Sarr* macskáknál a coecumon per anum hashártyáig terjedő sérüléseket ejtett, phlegmonés fertőzés soha fel nem lépett, az állat néhány hét utáni boncolatánál a vakbélben az okozott sérülések csaknem nyomtalanul meggyógyultnak találtattak.

Tehát mint látjuk, magának az idegentestnek a sértése, fekélyek fennállása a legtöbb esetben nem elegendő a bélfali fertőzés létrejöveteléhez. Szükséges még virulens csiroknak jelenléte. Ilyen virulens csirok pedig leginkább akkor kerülnek az emésztőredszerbe, ha a gyomorsósav elválasztás csökkent.

Nem tagadható teljesen a régiek typhlitis stercoralisának fennforgása. A vakbélben létrejövő bélsárpangás székszorulás esetén egyrészt mechanikusan sértheti a belet, nyomás utján apró fekélyek képződéséhez vezethet, másrészt az itt meginduló fehérjerothadás skatol termelésével vegyi uton sértheti a vakbélnek a többi vastagbélnél vékonyabb falát. A vakbél, mint legvékonyabb falú bél, az ilyen erőművi sérülésekre igen hajlamos és megfelelő járulékos fertőzés esetén az említett sérülések kiindulási pontjai lehetnek vakbélphlegmonénak.

Nem tagadható a bélphlegmonék keletkezésekor tompa hasi sérülések szerepe. A hasat érő ilyen sérülések kétség-

telenül sérthetik a bél nyálkahártyáját, anélkül, hogy a bélfalnak áthatoló sérülése jönne létre. A sértett bélrészlet nyálkahártyája laza alapjáról emelkedik, körülírt helyen elhalhat. Ilyen behatásoknál is leginkább a rögzített részek szenvednek. De hogy ezeknek a sérüléseknek kapcsán, amelyek legnagyobb részükben zavartalanul meggyógyulnak, bélphlegmone jöjjön létre, szükséges a virulens fertőzés. Hiszen ami ilyenkor az erőművi behatással kapcsolatosan létrejön, ugyanaz, mint mikor gyomorbélműtéteinknél tudatosan zuzzuk bizonyos fokig a bélfalat, mikor bélfogókat helyezünk a belekre, gyomorra, hogy műtéti területünket a beszennyeződéstől megóvjuk. Ebből az eljárásból a bélfalnak számbavehető károsodása csak a legritkább esetben származik.

Az itt felsorolt felvételek mellett, amelyek az u. n. elsődleges fertőzési lehetőséget iparkodnak magyarázni, nem zárkozhatunk el a másodlagos, azaz áttéti keletkezési lehetőségtől sem. Megjegyezni kívánjuk azt, hogy ennek a felfogásnak aránylag kevés híve van és maga *Fenkner*, aki talán a legbizonyítóbb esetet közli, nem látja bizonyítottnak a bélphlegmone áttéti keletkezését. Az említett esetet bővebb közlésre tartjuk alkalmasnak, mert egyik esetünkkel és az irodalomban közölt másik esettel kapcsolatban bizonyítani látszik az áttéti keletkezés lehetőségét.

12 éves fiú 1928. március elején mandulatályogban betegedett meg, betegségét a húgycső barlangos testeinek rögösödése és mindkét viszerének rögösödése kísérte. Már felkelhettet volna, amikor igen heves fájdalmak lepték meg hirtelen hasának jobbfelében. A tünetek kezdetétől számított 4 óra mulva már kifejezett terimenagyobbodás volt tapintható magasan a jobb hasfélben. Hányás és nagy elesettség lépett fel, majd jobboldalt kezdődő és az egész hasra kiterjedő izomvédekezés. Vakbélgyuladás gyanujával azonnali műtét. Ez szabadon lógó, ép féregnyúlvány mellett a coecum felső részének, a felhágóvastagbél alsó részének betüremkedését találja. A betüremkedett 3 haustrum elöhuzása után kitünik, hogy a fal mindenütt gyulladásosan megvastagodott, kocsonyás kékes-piros szinü. Mivel a betüremkedett bélkacsot nem sikerül desinvaginált helyzetben tartani, az egész gyulladt részletet eltávolítja. A kiirtott bélrészlet szövettani megvizsgálása alkalmával a submucosá-ban vizenyő mellett vérzéses gyulladás volt kimutatható. A gyulladás elérte az izomzaton keresztül a hashártyát. Dacára, hogy a szerző nem tartja a megbetegedést áttéti, azaz embolicus eredetünek, szerintünk ez utóbbi a valószinü. Saját első esetünk megbetegedése egyenes folytatása a koraszülés után bekövetkezett beteges állapotnak, legvalószinübbnek látszik itt is az embolicus eredet fennforgása. A bélfali embolia következtében infarcerált és necrotisált terület fertőzésének lehetősége különösképen adva van azzal, hogy a beteg csaknem teljes savtalanságban szenvedett. Igy virulens csirok juthattak az elhalt bélterülethez. Szülés szerepel *Biedermann* esetében, ahol 5 hónappal szülés után, teljes egészség közepette fejlödött ki a súlyos hasi kórkép. Mütétnél a vakbél, s a felhágó vastagbél egy részének phlegmonéját találták, amelyet sikerült eltávolítani. Az eltávolított bélrészlet szövettani vizsgálata a nyálkahártya alatti szétterjedő gyulladás képét mutatta, kórokozó csirokat a vizsgálatnál nem találtak. Ennél az esetnél szóbajöhet a szülési elváltozásokkal kapcsolatosan az embolicus eredet, bár korántsem olyan kézenfekvő, mint a másik két esetnél. Mind a három beteg meggyógyult.

Ha az irodalmi adatokat és saját eseteinket áttekintjük, azt látjuk, hogy gyógyító szempontból a legkülönfélébb eljárások jöhetnek számításba. Régebbi szerzők, mivel csak a legsúlyosabb beavatkozás nélkül menthetetlenül halállal végződő eseteket számították ehhez a betegség csoporthoz, joggal állíthatták, hogy az egyetlen gyógyítási lehetőség a beteg bélrészlet távol az épben történő eltávolítása. Vastagbél megbetegedésnél súlyos hashártyagyulladás fennforgása esetén vagy súlyosan leromlott egyénnél sikerrel alkalmazták a megbetegedett bélkacsnak egyszerű előhelyezését. Vékonybél előhelyezés az ezzel kapcsolatos inanitio veszélye miatt nem ajánlatos. Mivel azonban saját észleleteink a megbetegedés könnyebb formáit tárták fel előttünk, ugyanugy, mint ahogy azt *Fenkner* 12 esetében közölte, amelyek közül csak egy esetben voltak az elváltozások olyan súlyosak, illetőleg olyan természetüek, hogy bélresectiót kellett végeznie, nem képviselhetjük azt az álláspontot, hogy a vastagbélphlegmone minden esetében csak a béleltávolítás az egyedül járható sebészi út. Nem képzelhető az, hogy a könnyű esetek gyógyulásánál a gyulladásban részt alig vevő féregnyulványnak eltávolítása valamilyen gyógyító hatással birna. *Fenkner* leszámolt ezzel és ilyen esetekben a féregnyulványt el sem távolította, nyilván abból a tapasztalatból kiindulva, hogy a féregnyulvány csonkjának süllyesztése a gyulladt, törékeny vakbélfalban nehézségbe ütközik. Egyik betegünknél, kinél a vakbélen elhalásos falrészlet volt látható, ezt a területet fedve, gyógyulást érhettünk el. Célszerűnek tartjuk ott, ahol csak lehetséges, a féregnyulványt eltávolítani. A féregnyulvány különleges bonctani alkatánál fogva kiválóan alkalmas arra, hogy a reáterjedt gyulladásra igen súlyos elváltozásokkal feleljen. Mivel a vakbél gyulladásai éppen úgy reáterjedhetnek a féregnyulványra, mint ahogy azt elég gyakran látjuk, hogy a féregnyulvány gyulladása ráterjed a vakbélfalra és mivel sohasem tudhatjuk, hogy ez a gyulladás a zárt üregek természeténél fogva nem jár-e átfuródásos elváltozással, célszerű a vakbél és felhágó vastagbél gyuliadásánál a féregnyúlványt lehetőleg eltávolítani. Azoknál a klasszikus vastagbélphlegmonéknál, amelyeket az irodalomban közölve találunk, amelyek súlyos septikus tünetekkel járnak, esetleg átfuródásos vagy átvándorlásos hashártyagyulladás áll fenn, leghelyesebb a beteg bélrészlet eltávolítása. Lehetőség szerint a phlegmonosusan gyulladt bélfodorrészlettel és a gyulladt környéki mirigyekkel együtt, ugyanúgy, mint ahogy ezt néhány esetben a gyomor és vékonybél phlegmonéknál eredménnyel végrehajtották. Magyar részről *Fischer* közöl vékonybél resectióval gyógyult esetet, *Pataky* hasonló szerencsés kimenetellel resecálta a coecumot és az ileum jelentős darabját. Természetesen szóba sem jöhet béleltávolítás az igen nagykiterjedésü phlegmonéknál, közöltek esetet *(Matthes)* ahol az elváltozás a cardiától a végbélig terjedt.

Mint említettük, súlyos hashártyagyulladásnál, legyengült betegnél helyesebb az előhelyezés, ha ez bonctanilag lehetséges. Ezzel az eljárással is mentettek meg már az életnek súlyos eseteket. Olyan esetekben, ahol a folyamat elhatárolódik, az átfuródott bélrészlet körül tályog képződik, leghelyesebb eljárás az egyszerű tályognyítás. Ilyen eseteink közül *Verebélÿ* professor úr szanatóriumi esete, amely szövödménymentesen meggyógyult.

Hatodik esetünkben, az átfuródott vakbélfal egyszerű elvarrásával elégedtünk meg, mivel a phlegmone a vakbél, felhágóvastagbél és harántvastagbél nagyrészére reáterjedt és mivel a szükségelt kiterjedt bélcsonkolás, azaz az egész megbetegedett vastagbélrészlet eltávolítása, a hasüregben fennálló számtalan gyulladásos letapadás miatt is igen nagy nehézségekbe ütközött volna. Kétségtelen, hogy ez az elvarrás nem volt elégséges, a beteg hashártyagyulladásban halt meg. Azonban ezt a kisebb beavatkozást is nagyon rosszul türte betegünk, szívműködése már a műtét után is befolyásolhatatlanul gyenge volt, valószinű, hogy a béleltávolítás hasonlíthatatlanul nagyobb műtétét egyáltalában nem birta volna ki.

Gyökeres sebészi eljárásnak ugyanigy hozzáférhetetlen, ha a phlegmone a nyombélnek arra a területére terjed ki, ahol a Vater-papilla fekszik. Ezeknél az eseteknél tünetileg hat, azaz a beteg csillapíthatatlan hányásán segít gyomorbélösszeköttetés létesítése.

Elméletileg szóbajöhet ugyanugy, mint a gyomor hasonló megbetegedésénél, a bél falának helyenként való

hosszanti, az izomzatig terjedő bemetszése és körültamponálása. Tekintettel azonban arra, hogy a betegeket nem annyira a hashártyagyulladás, mint inkább a gyulladásos mérgek felszívódása veszélyezteti, ez az eljárás célszerűnek nem mondható.

A duodenalis phlegmonéban elhaltak boncolatánál azt találták, hogy a gyulladás nemcsak a bélfalban terjed tova, hanem a duodenumnak retroperitonealis részéről hátraterjed a retropritonealis kötőszövetre és ráterjed a hasnyálmirigyre. Ugyanezt a halálos szövődményt észleltük két esetünkben. Mind a két esetben a halál oka nem átfuródásos hashártyagyulladás, hanem retrocoecalis phlegmone volt. Dacára annak, hogy nyilt összeköttetés a vakbél ürtere és a vakbél mögötti kötőszövet között kimutatható nem volt, úgy gondoljuk nem tévedünk, ha az itt fellépett gyulladást a vakbél phlegmonejából nyirokutakon át származottnak tekintjük. Lehetséges, hogyha ezen két esetben a gyulladásos bélrészletet eltávolítottuk volna, ez a halálhoz vezető szövödmény nem lépett volna fel. Eljárásunk igazolására mindezek dacára az szolgálhat, hogy a műtétnél talált gyulladásos elváltozások semmivel sem voltak súlyosabbak, mint másik conservative kezelt és gyógyult esetünkben talált elváltozások, sőt lényegesen csekélyebbek voltak, az első számú szintén conservative, az elhalt vakbélfal átvarrásával kezelt esetünkben találtaknál. A conservative kezelt esetek tapasztalt jó műtéti kilátásai, a vastagbél eltávolítás nagy kockázata a conservativ eljárásra ösztökélt bennünket. Az összes idevágó esetek gondos tanulmányozása, közlése lesz hivatva támpontokat nyujtani a sebésznek műtéti eljárása megválasztásában.

Noorden a bélphlegmonekről még úgy nyilatkozott, hogy a betegségnek egyelőre nagyobb a kórbonctani érdekessége, amennyiben kifejezett jelenségekkel akkor jár, ha a hashártyagyulladás kézzelfoghatóvá válik. A sebészi beavatkozás kilátása kedvezőtlen, de még kedvezőtlenebb a várakozásé. *Nordmann* a német sebészkongresszuson tartott referatumában a halálozást az esetek ¾-ed részére teszi. Ha nem is itéljük meg a betegséget annyira kedvezően, mint *Fenkner,* aki 12 betegéből egyetlenegyet sem vesztett, kétségtelen, hogy tulságosan sötét felfogásra nincsen okunk. Saját 7 esetünkből hármat vesztettünk el és ezen három közül is talán kettő megmenthető lett volna. *Fischer* összeállítása szerint 14 operált bélphlegmonéból 9 gyógyult. Ha nem is vagyunk képesek a helyes kórismét felállítani, de helyes időben mindig képesek leszünk a műtéti javallat felállítására. És ha a műtétnél gondolunk a bél phlegmonés elváltozására és helyesen itéljük meg a követendő műtéti eljárást, képesek leszünk az eddig fennforgó kedvezőtlen halálozási arányszámot még jobban megjavítani. Összefoglalóan mondhatjuk, hogy

I. a vastagbél, főképen a vakbél phlegmonés megbetegedése könnyebb formáiban sokkalta gyakoribb, mint azt a régibb szerzők feltételezik.

II. Kétségtelen, hogy ezek a könnyű esetek minden műtéti beavatkozás nélkül vagy dacára annak, rövidesen meggyógyulnak.

III. A súlyosabb septicus esetekben, amelyeknél a vakbéltájon a retrocoecalis phlegmone veszélye fenyeget, legcélravezetőbb eljárás a megbetegedett bélrészletnek eltávolítása. Sajnos ma még nem áll minden esetben módunkban a coecumphlegmone súlyosságának helyes felismerése.

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

A Ferencz József Tudományegyetem bőr és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczer Miklós ny. rk. tanár.)

A IV. nemibetegség kórismézésére szolgáló biologiai próbák értékéről.

Irta: *Wlassics Tibor dr.*

A IV-ik nemi betegség felismerésére manapság megbízható élettani jelenségnek ismerjük a *Frei*-féle bőrpróbát, mely azon alapszik, hogy lymphogranulomás betegben a klinikailag látható nyirokcsomóduzzanat megjelenése után kb. 1—8 hét múlva *(Hellerström, Wassen)* kimutatható bőrallergia fejlődik ki, mely esetleg egész életen át megmarad. Ezen allergia kimutatása céljából a beteg bőrébe 0.1 ccm. lg-s antigent ojtunk be, ojtás után 48 óra múlva, a nem jellegzetes visszahatások lezajlása után gyulladásos göb marad vissza, mely a próba eredményes voltát jelzi.

Egy év leforgása alatt klinikánkin 16 lymphogranulomás beteget észleltünk. Ilymódon alkalom adódott arra, hogy a *Frei* próba viselkedését különböző ojtóanyagokkal összehasonlítva vizsgálhassuk. Ellenőrzésre 90 különböző bőr és urologiai betegünk szolgált.

Vizsgálathoz használt antigenjeinket három csoportba oszthatjuk: 1. emberi, elgenyedt nyirokcsomóból származó, 2. különböző törzsekkel ojtott nyúl agyából készült, 3. gombákkal együtt tenyésztett virust tartalmazó ojtó anyagok.

A próba kivitelekor az előbbiekben már említett módon jártunk el, az előírás szerint készített antigenből 0.1 ccm-t adtunk bőrbe a lg.-ra gyanus, valamint az ellenőrzésre használt betegeknek egyidőben. A próbát kétszer 24 óra letelte után olvastuk le *Melczer* előírása szerint, olyanténképen, hogy erős visszahatásnak tekintettük azt, ahol az erősen beszüremkedett gyulladásos göb nagysága az 5 mm. átmérőt meghaladta; eredményesnek vettük, gyengén eredményesnek pedig a 2—3 mm. átmérőjű gyulladásos göböt. A gyulladásos udvar értékelésétől, tekintettel állandó változására, mely sosem állt arányban a göb nagyságával, eltekintettünk.

Klinikánkon emberi nyirokcsomógenyből készült antigennel elért eredményeinket az I. táblázatban tüntetjük fel. A visszahatást leolvasva öt lg.-s betegünkben (1—5 sz.) kaptunk 5 mm.-nél nagyobb, tehát erős visszahatást, Kilenc lg.-s betegünkben 5 mm. nagyságú közepes visszahatást, 1 lg. gyanus betegünk bőrén pedig gyenge visszahatást észleltünk. Az egyik biztosan lg.-s beteg (15. sz.) nemleges eredményt adott, de tekintettel arra, hogy összes nyirokcsomói megtámadtattak, sőt később genyes hashártyagyulladás jelentkezett, az eredmény az anergiás állapotnak teljesen teljesen megfelelő volt. Ellenőrzésre ojtott egyének (17.—96. sz.) nemleges eredményt mutattak, amennyiben 48 óra mulva 5 mm.-nél kisebb beszüremkedésmentes puha göbbel válaszoltak. Eredményes Frei-próba esetén érdekes, hogy a beszüremkedett göbök még négy nap mulva is, mint az I. táblázat 2. reactiosorozata mutatja, változatlan erősségűek, sőt egy, de néha két hét mulva is jól leolvashatók és láthatók.

Az I. táblázatunkon feltüntetett eredményhez teljesen hasonlót kaptunk a Közegészségügyi Intézettől (*Vásárhelyi*) kipróbálásra küldött emberi antigennel.

Megkíséreltünk a Frei-próba erősségét befolyásolni olyanténképen, hogy a használt emberi antigenhez egyenlő arányban (0.05+ 0.05 ccm) a vizsgált egyénnek saját élettani konyhasóoldattal tízszeresen felhígított hatásos (activ) vérsavóját adtuk. Az ezzel elért eredményeink,

melyeket a II. táblázatunkon ismertethetünk, sikeresnek voltak mondhatók, amennyiben a lg.-s egyénekben a visszahatás kivétel nélkül erősen kifejezett lett még azoknál is (2—3. sz.), akik egyszerű emberi antigennel szemben előzőleg csak közepes eredményességet mutattak. Az így elért eredményes próba még 14 nap mulva is látható és tapintható volt.

Sorszám	Név, életkor, diagnosis.	0.1 ccm. human antigen ojtása utáni papula nagysága.	
		48 óra	2x48 óra
1	O.P. 38 é. lymphogranul.	●	●
2	O.P.-né 34 é. lg. latens	●	●
3	P.I. 38 é. ulc.vulv.chr.	●	●
4	R.F. 37 é. lg.l.-go.	●	●
5	Sz.D. 44 é. lg.-cc.	●	●
6	Sz.J. 28 é. lg.	●	●
7	ulc.vulv.chr.	●	●
8	B.L. 30 é. lg.-ulc.molle	●	●
9	lg.-Waelsch u	●	●
10	H.S. 28 é. lg.l.-go.	●	●
11	R.K. 42 é. lg.- lues I.	●	●
12	Sz.K. 19 é. lg.- lues II.	●	●
13	B.J. 40 é. lg.- lues l.	●	●
14	K.E. 20 é. lg.- lues l.	●	●
15	Cs.Gy. 49é. lg.	○	
16	Sz.E. 40.é. lg.	●	●
17-96	Kontrollok.	○	

1. táblázat.

Különböző lymphogranulomával ojtott nyulak agyából készült antigennel (l.: III. táblázat) az emberi antigenhez csaknem hasonló eredményt értünk el 48 óra mulva. Eltérést az emberi antigennel szemben annyiban észleltünk, hogy 4 nap mulva a visszahatás csaknem felére csökkent és kb. egy hét mulva már alig volt látható. Az ellenőrzött egyének gyenge positivitása 4 nap mulva már eltünt.

Hasadó gombák jelenlétében tenyésztett lg. csíra suspensiója eddigi tapasztalataink szerint antigenként nem használható.

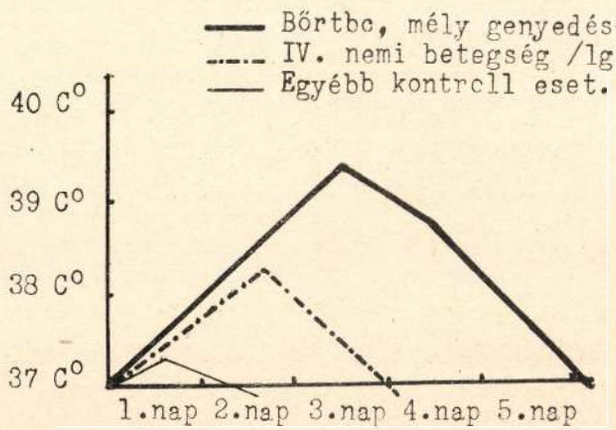
Tekintettel aránylag nagy számú lg.-s beteganyagunkra, megvizsgáltuk még *Hellerström* azon észleletét, mely szerint Frei-antigent vivő érbe adva, már aránylag kis mennyiségre (0.5—0.2 ccm) a lg.-s szervezet általános tünetekkel, magas lázzal válaszol, míg ellenőrző egyéb betegségben szenvedő vagy egészséges egyének a visszahatást nem mutatják. Vizsgálataink eredményét a IV.

Sorszám	Név, életkor. diagnosis.	Human antigen - saját aktiv vérsavóutáni papula nagysága.	
		48 óra	2x48 óra
1	O.P. 38 é. lg.	●	●
2	Sz.J. 28 é. lg.	●	●
3	Sz.K. 19 é. lg.-lues I.	●	●
4	G.O. 25 é. go. kontroll	●	
5	K.E. 34 é. go. kontroll	●	○
6-8	L.K., R.T. ekzema contr.	●	○

2. táblázat.

Sorszám	Név, életkor, diagnosis	Lg.-s nyulagy antigen 0.1 ccm. ojtása utáni papula nagysága.	
		48 óra	2x48 óra
1	O.P. 38 é. lg.	●	●
2	B.L. 30 é. lg.-ulc.moll	●	●
3	H.S. 28 é. lg.-go	●	●
4	S.F. 25 é. go.controll	●	○
5-8	controllok: ekzema, go.	●	○

3. táblázat.



4. táblázat.

119—2—1938. ikt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Békés nagyközségben ujonnan rendszeresített *III. községi orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 62.000—1926. B. M. sz. és az ezt követő módosító rendeletekkel csökkentett illetmények és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási és rendelési dijak.

A pályázati kérvényeket a Népegészségügy cimü hivatalos lapban történt közzétételtől számított 15 napon belül, nálam kell benyujtani. A kérvényeket a m. kir. belügyminiszterhez kell cimezni. A kérvényekhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* Születési anyakönyvi kivonatot; *b)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitványt; *c)* magyar honosságot igazoló bizonyitványt; *d)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; *e)* egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyitványokat, tiszti orvosi, illetőleg községi orvosi képesitést igazoló okmányt; *g)* polgári közszolgálatban alkalmazást igazoló okmányokat; *h)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyitványt; *i)* katonai szolgálatra vonatkozó okmányt; *j)* az esetleges szakképzettséget igazoló okmányt; *k)* az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; *l)* végül az 1920—1937. B. M. számú rendelet 1. §.-a értelmében nyilatkozatot arról, hogy közhivatalban, közintézményben állandó javadalmazással járó, — orvosi képesitéshez kötött — alkalmazást betölt-e. Igenlő esetben az alkalmazó szerv és a járandóság összege is megnevezendő. E nyilatkozat nélkül, valamint a határidőn túl érkezett kérvények nem vehetők figyelembe. Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősitési táblázaton) fel vannak tüntetve, törzskönyvi lapjukkal igazolhatják.

Az 1936. évi IX. tc. 12. §-a értelmében községi orvossá még olyan orvost is ki lehet nevezni, aki tiszti, vagy községi orvosi vizsgát nem tett. Az ilyen orvos azonban az előirt képesitést, a kinevezés napjától számitott 3 éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti.

A községi orvost az 1936. évi IX. tc. 11 §. 1 pontja értelmében a m. kir. belügyminiszter nevezi ki.

Békés, 1938. március 7.

Marsall Ferenc dr. s. k.
főszolgabiró.

SEDYLETTA
tabletta
Szabadon rendelhető:
O.T.I. – M.A.B.I. – M.Á.V.
PODMANICZKY GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Podmaniczky-u. 69

100—1938. sz. Alapitványi Margit-közkórház Pásztó.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A vezetésem alatt álló pásztói Alapitványi Margit-közkórházban lemondás folytán betöltésre kerülő *alorvosi állásra 1938. április 1.* határidővel pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása havi 200 P fizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fütés, világitás, mosás. — Ezen állásra olyan nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, akik sebészi szakképesitéssel (műtői oklevél) rendelkeznek, vagy legalább három évet közkórházban, sebészeten töltöttek el. A választás egy évre szól, amely pályázat mellőzésével több izben is meghosszabbitható. Távozás egy hónappal előbb bejelentendő.

A megválasztott alorvos magángyakorlatot a kórházigazgatóval történő megállapodás értelmében folytathat.

Pályázók kellően felszerelt kérvényeiket a Kórházbizottsághoz cimezve alulirott kórházigazgatóhoz lehetőleg személyesen nyujtsák be.

Pásztó, 1938. március 9.

Zemán Dezső dr. s. k.
kórházigazgató-főorvos.

UJ!

ELEKTYL-CHINOIN

4 — (4' - aminobenzolsulfamido) - benzolsulfondimethylamid

gonococcus és staphylococcus

fertőzések chemotherapiás gyógyszere

Javallt: subacut és idült gonorrhoea, kankós szövődmények, staphylococcus okozta genyedések és gyulladások eseteiben.

10 tablettás csomagolás ára P 4·—
20 „ „ „ P 7·50

Bács-Bodrog vármegye alispánjától.

3252—1938. alisp. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

Bács-Bodrog vármegyében ujonnan felállítandó bajai járási *vándortüdőgondozó, ideiglenes megbízás útján betöltendő, szerződéses tüdőszakorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Csak olyan pályázók kérelmei vehetők az alkalmazáskor figyelembe, akik az előírt szakképzettségen felül vizsgázott és gyakorlott gépkocsivezetők is, miután a mozgó tüdőgondozót gépkocsi szállítja, melyhez külön gépkocsivezető nem alkalmaztatik.

A meghirdetett orvosi állás betöltése tekintetében a m. kir. belügyminiszter által az 1936. évi IX. tc. 16. §-a értelmében adandó előzetes hozzájárulás birtokában fogok dönteni.

Az állás kezdő javadalmazása havi 200 pengő tiszteletdíj, a szerződés tartama 1 év, mely megfelelő müködés esetén évről-évre megújítható. A fent megjelölt javadalmazáson felül az alkalmaztatás további igény érvényesítésére jogalapot nem nyujt.

A szabályszerüen felbélyegzett s az alábbiak szerint felszerelt pályázati kérelmeket a „Népegészségügy" c. hivatalos lapban történő megjelenéstől számított *15 napon belül* Bács-Bodrog vármegye alispánjához (Baja) kell benyujtani.

A pályázati kérelmekhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. hatósági erkölcsi és családi állapotot igazoló bizonyítványt; 3. magyar honosságot igazoló okmányt, 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet, 5. egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, 6. tüdőszakorvosi képesítést igazoló bizonyítványt; 7. testi és szellemi alkalmasságot igazoló tiszti orvosi bizonyítványt, 8. esetleges nyelvismeretekre vonatkozó okmányokat, 9. *gépkocsivezetői képesítést igazoló okmányt,* 10. rövid életleírást (curriculum vitae).

A határidőn túl (elkésetten) beérkező pályázatokat figyelembe nem vehetem.

Baja, 1938. március 9.

Bajsay alispán.

Caphosein: Casein- calcium- és phosphor-tartalmú gyógytápszer. A fehérjés tej legsikerültebb pótszere, a hasonló külföldi készítményekkel egyenértékü. Könnyen elkészíthető, melegítéssel kolloidalisan jól oldódó zsemlyeízü gyógytápszer. Adható minden esetben, mikor a fehérjés tej rendelése indicált. Az alimentaris eredetü dyspepsiák gyógyítására, továbbá kielégítő mennyiségü anyatej mellett súlyban álló, szoptatott exsudativ és neuropathiás csecsemők súlygyarapodásának megindítására kiválóan alkalmas.

A grippés megbetegedések aetiologiájával *Neurath* prof. freiburgi egyetemi tanár, Budapesten tartott előadása során behatóan foglalkozott. Véleménye szerint a betegséget a Pfeiffer-féle influenza bacillushoz társult különféle ultravirusok idézik elő. Tapaszatalatai szerint jó hatás várható prophylactikusan és a reconvalescentiában a minimalis chinin adagolástól. Ezért előnyös és fontos grippés idékben a kellemes izü chininporlabdacs, a Promptchinin alkalmazása.

Habitualis obstipatio kitünően bevált gyógymódja *(Dalmady,* Term. Közl. 817.) néhány hetes kúra reggelenként, langyosan vett, individualisan kipróbált, épen hashajtó mennyiségü „Mira" glaubersós gyógyvízzel. A végbél fájdalmas betegségeiben biztosítja a szék fokozott könnyüségét. Mintavízzel készséggel szolgál a „Mira" vizek központja.

Budapest közelében szanatórium, illetve üdülő létesítéséhez orvost, vagy orvosnőt keresek, aki tőke felett is rendelkezik. — Ajánlatokat „Szanatórium és üdülő" jeligére a kiadóhivatalba kérek.

táblázaton közöljük, ahol a lg.-s betegek jó része (10) 0.1 i. v. adott emberi antigen hatására magas hőemelkedéssel (38.3 C°) válaszolt 48 óra mulva. Ezen időtől kezdve a hőmérséklet fokozatosan a rendesre süllyedt. A bőrgümőkóros esetek jó része (lupus vulgaris, tbc. verrucosa cutis, tbc. papulonekrotica), ezenkívül egyéb kórképek (blastomykosis profunda purulenta, ulcus varicosus, gonarthritis) még jóval nagyobb tetőfokát csupán a harmadik napon elérő lázgörbét mutattak (39.3 C°). A hőemelkedés ezen esetekben csupán a 6. napon szünt meg. Az ellenőrző esetek többi része (40 esete, ekzema, psoriasis, gonorrhoea, dermatophytia, stb.) csupán az előző napon jelentkező subfebrilitást jelzett.

Eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A Hellerström, majd később Ravaut ajánlotta érbe adott antigen hatására az ellenőrző egyének jórésze (30%) magas hőemelkedéssel válaszolt, ezért ezt a próbát a lg. kórismézésére, vizsgálataink alapján, nem tartjuk alkalmasnak.

2. Gombák jelenlétében tenyésztett lg. csira suspensiója Frei-antigennek nem alkalmas.

3. A lg.-val fertőzött nyulak 30%ának agyveleje felhasználható Frei-próba cédjaira éppúgy, mint az emberi antigen.

4. Frei-próba céljaira vizsgálataink alapján legjobbnak az emberi antigent tartjuk.

5. A használatos emberi antigen hatását fokozni tudtuk úgy, hogy azt ojtás előtt a vizsgált egyén saját hátásos (activ) vérsavójával egyenlő arányban kevertük, így nagyobb visszahatás keletkezvén a leolvasást lényegesen meg tudtuk könnyíteni.

Hypernephroma és szőrtelenség.

Irta: *Schill Imre dr.*, egyetemi magántanár.

A szőrzet egyes helyeken mindkét nemnél megvan, ha nem is egészen egyformán, így a hajzatos fejbőrön, a hónaljakban és a pubes táján, míg az összes többi helyen (arc, végtag, törzs) a férfiak másodlagos nemi jellegéhez tartozik. Utóbbiak kifejlődéséhez tehát a herék belső működése is kell. A szőrzet korai vagy túlzott kifejlődését egyes belső elválasztású mirigyek (az epiphysis, a genitalis mirigyek és a mellékvesék) hyperfunctióval vagy gátlások felszabadításával és mindenkép hypergenitalismussal járó tumorainak kíséretében látjuk. Így van ez legalább is gyermekeken, míg felnőtt nőn az ovarium arrhenoblastomái virilismussal és hypertrichosissal, a mellékvesekéreg daganatai pedig az ismert triasszal járnak (elhízás, hószámszűnés, hypertrichosis). Úgy látszik tehát, hogy a szőrzet kifejlődésében több belső mirigynek van szerepe, vagy legalább is az egymással összefüggő mirigyláncolatnak több tagja hathat *serkentőleg* vagy *csökkentőleg* a genitalis mirigyekre. Lehetséges, hogy az említett mirigyek serdülés előtti tumora a mai ismereteink szerint a belső secretiós rendszer fölé rendelt hypophysisen át hat serkentőleg, mégpedig az epiphysis daganat talán egyenes úton, az agynyomás fokozásával, a másik kettő pedig hormonalisan; míg a serdülés után, legalább is nőkön, a petefészek és mellékvesekéreg daganatai az ovariumműködés csökkenésével járnak, ami által bizonyos fokú elférfiasodás és hypertrichosis áll be, sőt a mellékvesekéregtumor és a természetes vagy mesterséges climax tünetei nagyon hasonlóak is. A teljesség kedvéért megemlíthetjük még a hypothyreosist kísérő szőrzetcsökkenést, valamint a Cushing-tumor egyes eseteiben mutatkozó szőrösödést is.

A közlendő esetben hypernephroma kiirtásával kapcsolatosan a már meglévő teljes szőrtelenség eltünt, ami az eddig ismert tényekkel látszólag ellentétben áll.

A 68 éves férfi először 1931. októberében jelentkezett influenza utáni panaszokkal. Előadta, hogy pár évvel ezelőtt majdnem összes szőrzete kihullott anélkül, hogy ezt betegségérzés kísérte volna. Vizsgálatkor kisfokú emphysemát, a basisokon ropogást, a bordaívet két ujjal meghaladó puha májszélt tapasztaltunk, a thyreoidea nem tapintható, Chwostek-tünet negativ, pulsusszám 76, vérnyomás 150 RR, a vizelet rendes; mellkasröntgen: emphysemás tüdőmezők, lapos, petyhüdt szív, tömöttebb aorta. Más vizsgálatot nem végezhettünk.

1932. februárban a vérvizelés miatt végzett urológiai vizsgálat baloldali vesedaganatot mutatott. Eltávolításakor *(Illyés prof.)* a vena renalist vörös állomány tölti ki. Kórbonctani vizsgálat *(Buday prof.)*: a vese nem nagyobb, egyik polusán a vese egyharmadát elfoglaló daganat. A vena renalist hústömöttségü vörös állomány tölti ki. Szövettanilag a daganatban lévő sárga göbök a hypernephroma typusos szerkezetével birnak; a daganatsejtek többnyire párhuzamos, hosszú keskeny oszlopokban helyezkednek el, egyesekben központi lumen van, mely néha jelentékenyen tágult és egynemü colloid-állománnyal, vagy vörösvértestekkel van kitöltve. A vena renalist kitöltő állomány úgyszólván egészében daganatszövetből áll, annak fiatalabb szakában.

Két héttel a műtét után a betegnek azelőtt teljesen kopasz fején és szőrtelen arcán egyes haj-, ill. szőrszálak növése mutatkozott, amit később mind nagyobb kiterjedésben észlelhetünk. Senyvessége megszünt, meghizott. Hosszú ideig jól volt. 1936-ban fokozódó derékfájás testi és szellemi leromlással egyetemben. Az 1937. májusában végzett Röntgenvizsgálat a II. és II. lumbalis csigolya daganat miatti összeroppanását mutatta. Megismételt Coutard kezelésre és orthopaed fűzőre hátfájása, testi és szellemi állapota lényegesen javult.

A szőrzet állapotát részben régebbi, részben a legutóbbi időben e célból készült képek mutatják. Az 1. kép 1918.-ból, 55 éves korban dús bajuszt és szakállt és a fejtetőn megritkult hajzatot mutat. A 2., két évvel a műtét után készült képen csak a beteg jó állapota látható, mert a család számára készült felvétel előtt az arcot leborotválták és a hajzatot rövidre nyirták, sőt mindenek szerint retouchálás is történt úgy hogy inkább a szőrtelen állapotnak felel meg. A 3. 1937.-ben készült képen a szándékossan megnövesztett bajusz és szakáll jól látszik, ugyszintén a szemöldök és a fejen a kornak megfelelő kevés haj. Az arc a leromlás folytán megváltozott, de a jobb fül Darvin csücske, valamint az orrgyök feletti redők azonos volta jól felismerhető.

Ketségtelen, hogy az utolsó képen a szakáll nem nagyon sűrű és hogy a fejtetőn csak kevés szál látszik és oldalt sem tulsok. Azonban a fejtető már 55 éves korában erősen kopaszodott és a mostani állapot a beteg korának megfelel; a hónaljakban és a pubes táján is csak kevés a szőrzet, amit idős egyéneken gyakran látunk. Az ezen a fokon túlmenő regeneratiója a szőrzetnek nem is várható, mint amilyen pl. a pubertas praecoxnak a rendes mértéket elérő vagy meg is haladó szőrösödése, épen a beteg kora miatt. Elfogadhatjuk tehát kiindulóspontul, hogy

azelőtt teljesen szörtelen idős egyénben a hypernephroma eltávolítása után a szőrzet *korának megfelelően* regenerálódott. Kérdés csak ennek a ténynek a magyarázata marad.

A hypernephroma szöveti szerkezete a közölt esetben a mellékvese kéregállományának, illetve a zona fasciculatának felel meg. A Grawitz-tumornak belső működése mai tudásunk szerint nincs, de ha mégis, mint az más szervek elsőleges és áttéti tumorai kapcsán ismeretes, valamilyen belső functiót tulajdonítanánk neki, (e feltevést esetleg a mirigyjáratokban lévő colloid támogathatja), az csak az eredeti szövet functiójával lehetne azonos, vagyis ebben az esetben a szőrzet fokozódásával járna, mint azt mellékvesekéregdaganatokban látjuk.

Igaz ugyan, hogy e daganatok hatása a szervezetre más a pubertas előtt és más utána, és az irodalom áttekintésekor feltünő, hogy az esetek zöme nők közül kerül ki. A serdülés előtti esetek kis töredéke fiú, ezeken a korai pubertas ép úgy bekövetkezik, mint a lányokon, a felnőtt esetek azonban kivétel nélkül nők, ha csak *Bittorf* bizonytalan esetét ide nem sorozzuk. A climax utáni időszakból pedig, mikor a nemi mirigyek működése megszünt, egyetlen eset sem ismeretes és csak egy a climaxszal egybeeső *(Santi)* és épen ennél hiányzik a szőrzetre vonatkozó adat. Már pedig betegünkről koránál fogva feltehető, hogy a nemi mirigyek belső secretiós működése, ha nem is hiányzik teljesen, de legalább is nagyon csökkent, úgy hogy összehasonlítási alapunk t. k. nincs, és nem tudhatjuk, hogy ilyen korban mi a fokozott mellékvesekéregműködés következménye. Ha ellenben eddigi ismereteinkkel ellentétesen azt tennők fel, hogy a hypernephromának belső secretuma a szőrzetet megtartó más mirigyekre gátlólag hat, melyek a daganat eltávolításával ezen gátlás alól felszabadulnának, akkor ezt azonnal megdönti az a tény, hogy a lumbalis csigolyákban levő, mindenek szerint az eredetivel azonos szerkezetü daganat mellett a szőrzet változatlanul megmaradt, illetőleg a műtét után visszanőtt szőrzetre semmiféle befolyás sem mutatkozott.

Minthogy a hypernephroma belső uton a szőrzetre nem hathatott, nem marad hátra csak az a feltevés, hogy az elsőleges daganat helyénél fogva zavarta egy oly belső secretiós mirigy működését, amelynek a szőrzetre befolyása van, ez pedig csak a mellékvese lehet. A bal mellékvesére gyakorolt nyomás egészen hihető, a jobb mellékvesére való hatást azonban csak toxicus uton vagy a keringés megváltoztatásának utján lehet elképzelni, ha csak azt nem tesszük fel, ami egyes esetekben előfordul, hogy az egyik mellékvese, ebben az esetben a jobb, hypoplasiás, vagy aplasiás.

A most kifejtett magyarázat érvényességéhez azonban az volna szükségse, hogy a szőrzet kihullása és a hypernephroma időbelileg egybeessenek. Kétségtelen, hogy vesetumor hosszú ideig tünetnélkül maradhat és sokszor a vérzés az első tünet, amely felhivja rá a figyelmet. A közölt esetb,n az ismert adatok szerint a daganat legalább 2—3 évig lappangott.

Minthogy humbalis csigolyák elváltozása a gerincoszlopnak ugyanazon szintjébe esik, mint ahol az első tumor, illetve annak a vena renalisbe való terjedése volt, talán nem is annyira metastasisról, mint inkább a folyamat közvetlen tovaterjedéséről van szó. Mindamellett, minthogy az első daganat és a lumbalis folyamat megjelenése között öt év telt el, könnyen feltehető, hogy pár évig az elsőleges daganat is lappangó állapotban volt.

Összefoglalás: Látszólag ok nélkül szőrtelenné vált idős egyén szőrzete hypernephroma műtéti eltávolítása után korának megfelelően regenerálódott. — A visszanőtt szőrzet a csigolyákban négy év mulva mutatkozó kiújulás után nem hullott ki ujra. A szőrtelenséget legnagyobb valószinüséggel a daganatnak az azonos oldali mellékvesére tett nyomása, illetve az ezáltal okozott működési zavar okozta, ami mellett a másik oldali mellékvese hypoplasiáját kell feltételezni.

Más magyarázat az volna, hogy a Grawitz-tumor kivételesen nem férfiasító, hanem nőiesítő tumort is termelhet, aminek szőrtelenítő hatása a daganat eltávolításával megszünik. Ehhez még az a segédfeltevés is szükséges, hogy a lumbalis csigolyákban lévő daganat eredeti hormontermelő készségét elvesztette. Ellene szól továbbá, hogy a *teljes* szőrtelenség nőkre sem jellemző.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Blaskovics László ny. r. tanár.)

A cyklus zavaraival összefüggő néhány ritka szembetegség.

Irta: *Németh Lajos dr.* egyet. tanársegéd.

A belső elválasztású mirigyek működészavara, a nagyszámú általános kórképen kivül a szemészeti betegségek, illetőleg tünetek tömegét okozhatja. Szemészeti szempontból főleg az ivarmirigyek megzavart, belső elválasztása a legérdekesebb, mert ennek megnyilvánulásai a legváltozatosabbak. Ismeretes, hogy a férfi ivarmirigyek belső elválasztású működészavara ritkábban okoz olyan feltünő és heves tüneteket, mint a petefészeké. Elegendő ha a klimacterium virile lassú, elmosódó, sokszor egész észrevétlen beálltával szemben, a női klimaxnak az egész szervezetet megrázó eseményeire gondolunk. Ezzel magyarázható, hogy a petefészek belső secretiós eltérései gyakrabban okoznak olyan tüneteket, illetve bajokat, melyeket a szemorvos diagnostizál és tulajdonképpen ő hívja fel a nőorvos figyelmét ezekre a zavarokra. Szemészeti betegségek jelentkezhetnek a menarche kapcsán, vagy a változás idejében, úgyszintén a kettő közé eső cyklus folyamán. A menstruatio szaporasága esetén rendszerint nem látunk szemészeti zavarokat, már inkább a hószám ritkasága, vagy hiánya, még inkább rövid ideig tartó vérzés kapcsán.

Leopold Lévi szerint a petefészek által kiváltott szembetegségekre két körülmény hívja fel a figyelmet:

1. A cyklusnak megfelelő szakaszos megnyilvánulás;
2. Vasomotoros, vérzéses és exsudativ jelleg.

Az alábbiakban néhány ritka szembetegséget szeretnék felsorolni, amelyek kapcsán látható, hogy a fenti megállapítás mennyire helyes és, hogy a cyklus zavarai folytán, milyen változatos kórképekkel találkozunk.

Nem bír ritkaság jellegével, de megemlítem azokat a vasomotorikus okból keletkezett szemhéji vizenyőket, szemhéjszéli gyulladásokat és ezzel kapcsolatos árpákat, amelyek a cyklus zavarai kapcsán gyakran a petefészek belső elválasztású zavarára utalnak. Itt említem meg a serdülés idejében néha jelentkező aknét, amely a szemhéjszéli gyulladásoknak alapja lehet.

Az összes szemhéjak bőrén évek óta tartó kinzó ekzema miatt kereste fel rendelésünket egy középkorú nő. Elmondotta, hogy betegsége minden eddigi kezeléssel ellenkezett. Kérdezésre kisebb menstruatiós zavarokat említett. A Frigyesi-klinikán kitünt, hogy az ovarium belső elválasztása zavart. Három héten át folytatott hogivalinjectióra az ekzema tökéletesen meggyógyult s a hálálkodó beteg vékony, sima szemhéjbőrrel jelentkezett felülvizsgálatra.

Gyakori panasz, amely azonban sokszor nem igényel különösebb gyógykezelést az, hogy menstruatiókor a szemgolyó véreressé válik. Ennek oka is a petefészek kisebb működészavarában rejlik, mely gyakran magától rendeződik.

Petres említ egy esetet, ahol a bulbaris conj. és szemhéj naevusa minden menstruatió alkalmával igen feltünővé vált. Minden hószám alkalmával jelentkező lymphás eruptiót volt módomban észlelni *Horváth* prof. úr szívessége folytán. Jelen esetben olygomenorrhoea mutatkozott a petefészek csökkent működésére. A megfelelő hormon-kezelésre: Richter-féle colutamin, amelyet a hószám indulása előtt egy héttel kezdtünk adagolni, a betegség meggyógyult. Hasonló esetről különben *Rötth* 1925-ben már beszámolt. Az irodalomban található néhány hasonló okú episkleritis.

Bonnet közöl egy esetet, ahol a hypertonias asszony minden tisztulás alkalmával üvegtesti vérzést kapott a praeklimaxban. A betegséget gyógyszer nem befolyásolta s végül vakságot okozott. Kétségtelen, hogy itt a hormonalis zavarokhoz nagyfokú érmegbetegedés is csatlakozhatott s valószínűleg ez okozta a gyógyítás sikertelenségét.

A klimaxban jelentkező érgörcs gyakran okoz zavarokat a női szervezetben, ennek egy szomorú végü szemészeti megnyilvánulását figyeltem meg pár hónap előtt. 48. éves nőbeteg, akin a klimaterium közeledtét az elhuzódó vérzések jelezték, azzal keresett fel, hogy hirtelen elvesztette a jobb szeme világát. Máskor is előfordult már, hogy a látása elhomályosodott ezen a szemén, ez azonban pár perc mulva magától elmult. Szeme előtti ujjakat olvasó betegen embolia art. centr. retinaehez hasonló szemfenéki elváltozást találtunk, amelyet nyilván érgörcs okozott. Erre mutatott az is, hogy szívbaja soha nem volt s az elektrokardiogramm sem mutatott kórosat. Punctio corneae és 11. subconjunctivalis acetylcholin injectio után a retinalis arteriák lényegesen tágultak s ennek megfelelően a látóélesség is két oxyoptriára javult. Pár nappal hazamenetele után hirtelen ismét elvesztette látását s a szemfenéki vizsgálattal a retinális vérkeringés teljes megszünése volt megállapítható ujabb érgörcs következtében. Ugyanezen nőbeteg 21 éves leányának a hószám alkalmával a jobb szemén, ugyancsak időnként teljesen elhomályosodik a látása, ami hamarosan magától megszünik. Ez is időnként a menstruatióval együtt jelentkező érgörcs folytán keletkezhet. Feltünő, hogy mind két esetben a jobb szemen jelentkeztek a panaszok, amiből egy alkati szervcsökkentértéküségre lehet következtetni.

1924.-ben *Imre* prof. közöl egy esetet, ahol minden tisztulás alkalmával glaukomás tünet: szemkeményedés jelentkezett, amelyet petefészek adagolás megszüntetett, illetőleg elhárított. A szemnyomás ingadozásainak éppen az ellenkező irányu pathologiás megnyilvánulását észlelte *Horváth* prof. egy betegén, akinek szemei megelőző nagy fájdalmak után minden vérzés alkalmával szinte a nem mérhetőségig megpuhultak.

A fentiekben vázolt igen ritka szembetegségek tehát mind a cyklus rendellenességei kapcsán jelentkeznek s mind a szem függelékeinek, mind magának a szemgolyónak különféle elváltozását okozhatják. A szembetegségek a cyklus folyamán különböző életkorban jelentkezhetnek s főleg az időszakos megjelenés, valamint a hószám zavarai azok, amelyek a betegség t. k. okára felhivják a figyelmet. A megbetegedések oka az ovariumok csökkent belső elválasztása, amely lehet fejletlenség, betegség, következtében létrejött működéscsökkenés, vagy korral járó működés hiány következménye. Hála a hormonkezelés fejlettségének, az említett szembetegségek a legtöbbször kedvezően befolyásolhatók a petefészekből készült kivonatokkal. Talán a klimaktériumbeli szemzavarok a nehezebben befolyásolhatók s kezelésük kevésbbé eredményes. Itt mint már említettem egyéb természetü, korral járó elváltozások súlyosbithatják a kórképet.

Mindazonáltal a nagyszámu hormonkészitmény közül megfelelő gyakorlattal és individualizálással kiválasztható az a szer, amely adott esetben a beteget meggyógyítja, vagy legalább is a sokszor kínzó tüneteket enyhíti.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika I. sz. belosztályának közleménye. (Főorvos: Hajós Károly egyetemi magántanár.)

A hyperthyreosis kezelése A-vitaminnal.

Irta: *Góth Endre dr.*

Az utóbbi évtizedben nem remélt eredményt értünk el a vitaminok vegyi és élettani tulajdonságainak tisztázása terén. Tiz évvel ezelőtt még csak a vitaminok létezéséről tudtunk s ma már a synthetikusan előállított vitaminok az orvosi gyakorlat mindennapos rendelései közé tartoznak. Az avitaminosisok tünetei jelölték meg a gyógyító kisérletek irányát. Mivel a vitaminhiány kozta kórképek változatosak, csaknem valamennyi szervrendszerrel kapcsolatosak, alig van betegség, melynek vitaminkezelését meg ne kisérelték volna. Igy a belsősecretiós kórképek gyógyításában is jelentőséget nyertek a vitaminok. A hormonok és vitaminok között szoros kapcsolat van; ez érthetővé válik már abból is, hogy hatásaik sok tekintetben azonosak. Ismerünk növekedési hormont és növekedési vitamint, a nemi működéseket, anyagcserefolyamatokat stb. is közösen kormányozzák hormonok és vitaminok. A kapcsolatot még szorosabbá teszi vegyi rokonságuk is. Azelőtt élesen megkülönböztették az állati eredetü hormont a növényi vitamintól; ez a különbség máig már elmosódottá vált; egyes állatok maguk állítanak elő vitaminokat: pl. a patkány a C-vitamint, tehát a patkányra nézve a C-vitamin tulajdonképen hormonnak tekinthető.

Ez a szoros összefüggés a vitaminok és hormonok egymásra gyakorolt hatásának vizsgálatára adott ösztönzést. Az első ilyen vizsgálatok a pajzsmirigy és A-vitamin közti összefüggésnek felderítésére vonatkoztak.

A szervezet inactiv anyagokból nem tud A-vitamint előállítani, hanem a kész vitaminra, vagy provitaminjaira, a karotinokra van szüksége. Ez utóbbiak a növényvilágban igen elterjedt sárga festékanyagok, főbb forrásaik a sárgarépa, kukorica (minél sárgább, annál többet tartalmaz), paraj, paradicsom, zöldbab, tök, saláta, szeder, ribizke, fekete cseresznye, stb. A szervezet a növényi táplálékkal provitamint kap. A karotinok a májban alakulnak át A-vitaminná, mely átalakuláshoz a pajzsmirigy hormonja szükséges. *Schneider* és *Widmann* mutatta ki, hogy pajzsmirigyüktől megfosztott állatok májában A-vitamin nem található, csak karotin; thyroxin adagolására a máj ismét megtelik A-vitaminnal. E kisérletekkel egyezik *Fellenberg* és *Fasold* észlelete: azt találták, hogy az egészséges kecske teje fehér, mert sok A-vitamint tartalmaz, de karotint nem; ellenben ha a kecske pajzsmirigyét kiirtották, karotinban dús sárga tejet választott el, mely A-vitamint nem tartalmazott. E kisérletek is bizonyítják, hogy a karotinnak A-vitaminná történő átalakulásához a thyroxin feltétlenül szükséges.

Az A-vitamin és pajzsmirigyhormon közti másik fontos összefüggés felderítése *Abelintől* ered. Kimutatta, hogy az A-vitamin a patkányok hyperthyreosisát meggyógyítja. A kérdés további vizsgálata során megállapították, hogy a két anyag egymásnak antagonistája, hatá-

sukat kölcsönösen megsemmisítik. Thyroxin megakadályozza patkányon az A-vitamin növesztő hatását. Állatok A-hypervitaminosisát, mely senyvedésben, bőr- és nyálkahártyagyulladásokban, véres hasmenésben, a csontok törékenységében nyilvánul meg, thyroxinnal gyógyítani lehet. *Rappai* és *Rosenfeld* patkányok alapanyagcseréjét thyroxinnal 30—60%-kal növelték; ha ugyanekkor A-vitamint is adtak, az alapanyagcsere-fokozódás lényegesen kisebb volt.

Hyperthyreosisban a szervezet A-vitamin tartalma csökkent, 80—90%-os alapanyagcsere-fokozódás esetén a vérből az A-vitamin sokszor teljesen eltűnik, jódkezelés alatt emelkedik, thyreoidektomia esetén ismét eléri a rendes értéket. Basedow-kórban szenvedőknek jóval nagyobb A-vitamin adagokra van szükségük a vér A-vitamin tartalmának növelésére, mint egészségeseknek, mert ilyenkor több A-vitamint használ fel a szervezet.

E vizsgálatok alapján *Abelin* emberi hyperthyreosis gyógyítására alkalmazta az A-vitamint, eredményt azonban nem ért el. Ennek oka az volt, hogy nem adott kellő mennyiséget; *Wendt* jóval nagyobb adagokkal kedvezően tudta befolyásolni a hyperthyreosist, *Dietrich* hasonló eredményekről számolt be.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika I. belosztályán 7 hyperthyreosisban szenvedő beteget kezeltünk A-vitaminnal. A betegeknek synthetikus A-vitamin készítményeket adtunk: *halivitant*, illetve *virgint*, olaj és drageé alakban. Az olajos oldat 1 ccm-e 40.000 egységet, egy drageé pedig 4.000 egységet tartalmaz. Felvételkor meghatároztuk a beteg alapanyagcseréjét, majd egy hétig ágynyugalom mellett csak brómot és barbitursavas készítményeket adagoltunk, ezután újabb alapanyagcsere-vizsgálatot végeztünk annak megállapítására, hogy a megnyugtatás miképen befolyásolja a kórképet. Egyik esetünkben sem következett be ily módon javulás. A második héttől kezdtünk A-vitamint adagolni, naponta 120.000—200.000 egységet rendeltünk. *A hét beteg közül öt esetben jó eredményt értünk el;* ezek egyéb kezelésben nem részesültek. A hatodik esetben A-vitaminnal semmi eredményt nem értünk el, ez esetben egyéb kezelés (Röntgen, insulin, barbitursavas készítmények, állatvér) sem hozott lényeges javulást; a hetedik esetben az alapanyagcsere napi 160.000 E. A-vitamin hatására 101%-ról 50%-ra esett, de a tachykardia, izzadás, idegesség megmaradt, úgy hogy a Csépai-féle jód-röntgenkezelésre tértünk át, mely azután eredménnyel járt.

Az eredményesen kezelt esetek közül néhány beteg kórtörténetét közöljük:

A. M.-né, 23 éves. Betegsége a felvétel előtt fél évvel kezdődött: nagy lelki izgalom után szívdobogást érzett, ideges, ingerlékeny lett, gyakran izzadt, 3 hónap alatt 5 kg-ot fogyott. Havi vérzése szabálytalanul jelentkezett. 5 hétig jódcseppeket szedett, mire először a jobb szeme, majd a bal is kidülledt. Nyaka kissé megduzzadt. Bromothyrin, majd chinin szedésére állapota kissé javult, hízott,

Jelenleg a pajzsmirigy mérsékelten, egyenletesen megnagyobbodott. Bőre nyirkos. P. 100. Jelentékeny Graefe-Moebius és Stellwag-tünet. Exophthalmus, mely jobb oldalt nagyobb. Kézremegés. Alapanyagcsere (a. a.) +48%. Readszám +47. Testsúly: 45 kg.

Egyheti ágynyugalomra és napi 10 egység insulinra az a. a. +37%-ra csökkent, testsúly nem változott, izgatottsága megmaradt. Napi 100.000 egység A-vitamin adagolást kezdünk. 3 hét alatt 3 kg-ot hízott psychés izgalma megszünt, exophthalmusa visszafelődött. A. a.: +30%, Readszám +32, pulsusszám 88 és 110 között ingadozott. A beteg napi 100.000 egység A-vitamint tovább szedve, elhagyta osztályunkat. 1936. XI. 5-én a. a.: +26%, testsúlya 45 kg-ról 49 kg-ra nőtt, havivérzése rendessé vált, nincs panasza. Az A-vitamin-kezelést abbanhagytuk. 1937. I. 15: testsúlya 50 kg., pususa 76, panaszmentes, munkaképes.

D. E. férfi. Felv. 1937. III. 6-án. 9 éve Basedow-kórban szenved. Az utolsó 2 évben panaszai fokozódtak, szívdobogása van, izzad, nyugtalan, 4 kg-ot fogyott, vizeletében cukrot találtak. Felvételkor testsúlya 51.5 kg. Mindkét pajzsmirigylebeny kb. háromszorosra megnagyobbodott. P.: 110. Határozott exophthalmus. Graefe-tünet psoitiv. Kéz-, nyelv- és szemhéjremegés. Súlyos lekiállapot. Vércukor 114 mg%. A. a. +73%, Read-szám +60. 5 napi ágynyugalom, bróm és barbitursav adagolása után a. a. +74%, pulsusa, hőmérséklete és lekiállapota nem változott. Naponta 4—6 g. cukrot ürít. Ekkor napi 160.000 egység A-vitamint kezdünk adagolni, az olajos készítmény panaszt nem okozott. 5 nap múlva a p. 74-re csökkent, 10 nap múlva a. a. +64%, Read-szám +33. További két hét múlva p.: 72, a. a. +58%. Read-szám %33, testsúlya 52 kg. További 1 hét múlva a. a. +42%, Read-szám +37. Vizeletében cukor nincs. Nyakkörfogat nem változott. 1937. IV. 14-én elbocsátjuk és otthon napi 120.000 egység A-vitamint rendelünk. 1937. V. 1-én: a. a. +34%, Read-szám +34, pulsusa 80, testsúlya 52 kg.; jól érzi magát, foglalkozását kifogástalanul végzi. Továbbra is napi 100.000 egység A-vitamint rendelünk. V. 30.: a. a. +33%, Read-szám +30, pulsusa 78, testsúlya 52 kg. A kezelést abbahagyjuk. VIII. 15.: pulsusszám 76, panaszmentes.

Egy további esetünkben az alapanyagcsere hónapokon át +49 és +53% közt volt; napi 120.000 egység A-vitamin hatására 3 hét alatt +4%-ra csökkent, testsúlya 1.5 kg-mal gyarapodott.

Az A-vitamin-kezelés egyetlen kellemetlensége, hogy a betegek egy részének dyspepsiás panaszokat okoz: étvágytalanságot, hányingert, sőt néha hányást is. Ezen sokszor úgy segíthetünk, hogy az olajos készítmények helyett drageét rendelünk. Egyik betegünk panaszai úgy szüntek meg, hogy az olajos A-vitamint capsula operculatában adtuk, egy-egy capsulában kb. 35.000 egységet, így napi 4—6 capsulával a beteg megkapja a szükséges mennyiséget. Befecskendezhető készítmények forgalomba kerülésével mindezek a nehézségek végleg kiküszöbölhetők. Hypervitaminosisra utaló tüneteket nem észleltünk; az általunk rendelt mennyiség jóval az állati hypervitaminosis-kisérletek adagjai alatt voltak, de ezt nem tekintve is úgylátszik, hogy az A-vitamin az emberi szervezetre nincs mérgező hatással. *Schneider* önkisérletében napi 900.000 egység bevétele után könnyű izzadáson és a torokban jelentkező szorongó érzésen kívül semmit sem észlelt. Az A-vitamin hatását a jóddal összehasonlítva azt látjuk, hogy a jód gyors hatású és egyéb kezelési módok előkészítője (műtét, röntgenbesugárzás), az A-vitaminnal ellenben lassúbb, de tartósabb eredményt érhetünk el.

Az A-vitamin-kezelés tehát egymagában is eredményre vezet, de más kezelési módszerekkel is célszerüen össze kapcsolható, igy adhatjuk pl. röntgenbesugárzások közti szünetekben. Műtétre kerülő betegeknek már a jódelőkészítést megelőző időben adatunk A-vitamint.

Az A-vitamin mellett C-vitamint is adhatunk a hyperthyreosisban szenvedő betegnek. A C-vitamin szintén csökkenti a pajzsmirigy működését; megállapították, hogy skorbutos tengeri malacok pajzsmirigyében szöveti elváltozások vannak, (vérbőség, kolloid nélküli hólyagok) vérük jódtartalma nagyobb (94 γ %-ig), alapanyagcseréjük fokozódott (36%-ig). Ezek alapján *Löhr* arra az eredményre jutott, hogy C-vitamin is egyik ellenlábasa a thyroxinnak. 20 mg. ascorbinsav közömbösiti 0.1 mg. thyroxin hatását. Tapasztalatunk szerint az emberi hyperthyreosisra is jó hatással van a C-vitamin, mert 1—300 mg. adagolására a tünetek az esetek egy részében javulnak, a javulás csupán részleges, ezért a C-vitamint csak A-vitaminnal együtt érdemes adni. E két vitamin antagonismus vizsgálataink szerint nem akadálya az együttes adagolásnak. Basedow-kóros betegeken C-vitamin-megterhelési próbákat végeztünk napi 150 mg. ascorbinsav peroralis, ill. i. v.-s adagolásával. Néhány nap múlva napi 120.000 egység A-vitamint is adtunk, és folytattuk a C-vitamin megterhelést, különbséget a C-vitamin kiürülésében nem

találtunk, jeléül annak, hogy a szervezetben az A-vitamin nem bontja fel számottevően a C-vitamint, bár *Lotze* ezt az elbomlást in vitro megállapította.

Az A-vitamin-kezelés értékéről még nem mondhatunk végleges véleményt; de ugylátszik, hogy az A-vitamin valóban csökkenti a pajzsmirigy fokozott működését és ezért tőle a hyperthyreosis könnyü és középsúlyos eseteiben sikert várhatunk. Súlyos betegeknek a kezelés hosszadalmassága miatt legfeljebb csak kiegészítésül adható egyéb gyógymodok mellett.

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

Vesekörüli vérzés vesesarkoma kapcsán.

Irta: *Laczkovich Endre dr.*, tanársegéd.

A vesekörüli vérzés nem gyakori kórkép, azért érdemesnek találjuk egy esetünket ismertetni, amely különösen elkülönítő kórismej érdekességénél fogva megemlítésre tarthat számot.

56 é. asszonyt mult év ápr. 1-én este beszállítottak a II. sebészeti klinikára. A beteg előadja, hogy reggel hirtelen rosszul lett. Hasának jobb felében erös görcsös fájdalmakat érzett, összeesett és elájult. Kis idő múlva magához tért és hányni kezdett. Fájdalmai, amelyek derékba és lapockái felé sugároztak, később valamit enyhültek, de felkelni nem tudott. Minthogy fájdalmai és hányása nem szünt meg, orvost hívott, aki vakbélgyulladást állapított meg és sürgös műtét végett a klinikára küldte. Előadja még, hogy egy hónap óta már időnként tompa fájdalmakat érzett ugyan hasának jobb felében, de azért dolgát rendesen végezte.

A beteg böre és nyálkahártyái erösen halványak. Légzése szapora, hömérséklete 38.2 C°; pulsusa 110, könnyen elnyomható, ütemes. A tüdő felett kopogtatási és hallgatódzási eltérés nem észlelhető. A szívtompulat minden irányban megnagyobbodott, a szívhangok tompák. A has elődomborodik, feszes, a vastag hasfali zsírpárna miatt nehezen lehet áttapintani. Jobb oldalt a bordaív és csípőtányér között homályos resistentia. A beteg tapintásra ugyanitt fájdalmat jelez. Rovsing-tünet negativ. Fehérvérsejtszám 16.000, vörösvérsejtszám 3.400.000. Hgb. 68%, vizelet szalmasárga, átlátszó, savi. Fajsúlya 1025. — Fehérje opaleskál, geny, cukor: negativ. Üledékben látóterenként 4—5 fehérvérsejt, ugyanannyi vörösvérsejt, 1—2 laphámsejt és szemcsés henger.

Minthogy a beteg fájdalma később enyhült, általános állapota nem romlott, a hasra meleget téve, várunk és a beteget megfigyeljük.

Másnap (IV. 2.) azt találjuk, hogy a has feszessége és fájdalmassága csökkent, de a j. o.-i resistentia változatlan. Tisztázására vesefunctiós vizsgálatot végzünk. Az ureterkatheterek mindkét oldalt akadálytalanul felvezethetök. Az i. v. beadott indigocarmin 5 perc múlva megjelent j. o.-t egy árnyalattal halványabban. A külön vizelet üledékében j. o. igen sok kerek hámsejt, 3—4 fehérvérsejt és vörösvérsejt, néhány szemcsés henger, b. o. sok vörösvérsejt, 2—3 fehérvérsejt volt látható.

Jobb oldalon 14 ccm. renumbrallal pyelographiát végzünk. Kitünik, hogy a vesemedence a gerincoszlop felé el van tolva, vizszintesen áll, a felső kehely a vesemedence magasságában fekszik, a középső és alsó kehely nem telödik fel.

(IV. 3.) A beteg fájdalma csökkent, feltünően anaemiás, vörösvérsejtszám 3.000.000, érverése könnyen elnyomható, szapora. 150 ccm. 20%-os dextrose-oldat intravenásan.

(IV. 4.) A betegen vérátömlesztést (300 ccm.) végzünk.

(IV. 5.) Közérzete jobb, pulsusa sokat javult, széklete böven volt. 100 ccm. dextrose intravenásan.

Mindezen klinikai tünetek és a pyelographiás lelet alapján daganat okozta vesekörüli vérzésre gondolunk és a jobb vese feltárására határozzuk el magunkat.

Másnap (IV. 6.) reggel műtét *(Bakay prof.)*: Behatolás a Bergmann-Israel-féle vonalban. A hashártya félretolása után a vena cavaig előrehaladva, kitünik, hogy ezt a hashártyamögötti teret emberfejnyi vérömleny foglalja el. Az alvadéktömegek lehető eltávolítása után láthatóvá válik a kicsi és összenyomott vese, amelynek alsó részén szürkéssárga daganat foglal helyet. A vesét a daganattal és azt körülvevő vérömleny egy részével együtt az arteria és vena renalis és ureter lekötése után nehézség nélkül sikerült eltávolítani. Zavartalan sebgyógyulás után hagyta el a klinikát.

Az eltávolított vesét a vérömleny szorosabban összefüggő részével együtt kettévágva vizsgáltuk.

Kitünt, hogy a vese alsó polusán az állománnyal szoros összefüggésben 10x10 cm-es, 9 cm. vastag, halványsárga gömbölyded daganat foglal helyet, amely a vesemedencébe sehol sem tör be. A daganat és a vesekörüli zsírszövetben 1—2 cm., de helyenként 4 cm. vastag vérömlenyt találunk. A daganatnak az erekhez való viszonyát megállapítani, valamint a vesekörüli vérzés helyét megtalálni nem sikerült. A készítmény számos helyéről feldolgozott szövettani metszetek szerint megállapítható volt, hogy a daganat legnagyobb része zsírszövetből áll. A zsírszövetben szélesebb-keskenyebb nyulványok által összefüggő, sejtdúsabb területek láthatók. Ezen területekben számos kisebb-nagyobb érlumen van, amelyek körül köpenyszerű elrendeződésben, több rétegben szabálytalan nagyságú, orsóalakú sejtek foglalnak helyet. A sejteknek ezen peritheliomaszerű elrendeződése különösen a nagyobb erek körül kifejezett, ahol számos magoszlási alakot is megfigyelhetünk. A vérzés a vesetok külső felszínével általában mindenütt elég szoros összefüggésben látszik és helyenként a véralvadék szervülésének jeleként a tok felől fiatal kötőszöveti sejtekből álló kötegek nőnek be az alvadékba. A kórbonctani diagnosis ezek szerint: haematoma perirenalis et lipoangiosarcoma renis.

Esetünkben tehát heveny hasi tünetek közben lefolyt, daganat okozta vesekörüli vérzésről van szó. A vesekörüli vérzés létrejöttében a legnagyobb ilyen összeállításban, *Doll* statistikájában a legkülönfélébb okok szerepelnek: vesedaganatok, aneurysmák, hydronephrosis, vesekő, vese tbc., arteriosklerosis, haemophilia, periarteritis nodosa, septikus állapotok. A vérzés helye szerint megkülönböztetünk vesevérzéseket, capsula fibrosa és capsula adiposa-vérzést. Eredhet a vérzés a környéki nagyobb erekből, izomzatból (psoas) és a mellékveséből. A vérzés esetünkben valószínűleg úgy jött létre, hogy a daganat beszürnlő növekedésével kimart, vagy nyomás által megrepesztett valamely vesetokban futó eret. Hogy itt melyik esetről volt szó, sem a műtéti lelet kapcsán, sem a szövettani vizsgálattal megállapítani nem sikerült. A vérzés kiindulási pontját megtalálni a legnagyobb ritkaság. Sérülés szerepét sem lehet kizárni, bár errevonatkozólag az előzményi adatokban semmi támpontunk nincs. A traumának ugyanis nem kell nagyfokúnak lennie. Elég sokszor hirtelen testmozdulat, emelés, székreülés stb. a vérzés megindítására. A trauma ilyenkor *Thiem* szerint a megfelelő pathologiai alap mellett csak mint kiváltó momentum és nem mint a vérzés oka szerepel.

A vesekörüli vérzés lefolyása a vérzés nagyságától függ. Nagyfokú vérzés esetén a gyorsan növekvő vérömleny nyomási és peritonealis tüneteket okoz, a beteg shok állapotába jut. Kisfokú vérzéskor a vérömleny lassan növekszik, később felszívódik vagy szervül. Gyakran tömlő képződik a helyén, vagy fertőzés esetén vesekörüli genyedés jön létre. Történhetik a vérzés szakaszokban is — több napra, illetve hétre is elhúzódhat. Hogy esetünkben is a heveny tünetek között lefolyt utolsó vesekörüli vérzést megelőzték szakaszokban történő kisebb-nagyobb vérzések, bizonyítják a vérömlenybe nőtt kötőszöveti kötegek.

A kórisme felállítása nem könnyű. Élőn — a mi esetünket is beszámítva — mindössze 10 esetben sikerült eddig vesekörüli vérzést megállapítani *(Ritter, Baggerd, Doll, Läwen, Hildebrand, Mayer, Singer, Thiem, Loewe-*

neck). A betegségre jellemzőnek tartott 3 tünet: a hirtelen deréktáji fájdalom, a fokozódó belső vérzés és a retroperitonealis resistentia nem mindig határozott. Az esetek legnagyobb részében a heveny hasitünetek vannak előtérben, amelyek különféle téves diagnosisra vezetnek, mint: appendicitis, ileus, vese-, epekő, paranephritikus tályog, hydronephrosis, stb. A haemorrhagiás shoknak más hasi kórképtől való elkülönítése is nehéz. A téves diagnosis kapcsán igen gyakran választott műtéti behatolás a laparotomia, különösen nagy terhet ró a betegre. A retroperitonealis vérzés helye ugyanis a hasüregen keresztül nehezen tárható fel, a laparotomia útján tisztázott esetnek egy másik lumbalis metszésén keresztül történő megoldása igen kedvezőtlen az amúgyis rossz állapotban lévő beteg sorsára.

A veseműködés vizsgálata is fontos, mert egyik vagy másik oldali működéshiány a vesére irányíthatja figyelmünket. Gyakran azonban, mint esetünkben is, a vesék kiválasztásában kórosat nem fogunk észlelni.

Igen értékes felvilágosítást nyujthat a pyelographia, illetőleg a vesetájék röntgenfelvétele, amelyre tisztázatlan hasi megbetegedések esetében újabban a figyelmet *Loeweneck* felhívta. Vesekörüli vérzéskor ugyanis, éppen úgy, mint paranephritikus tályog esetén, a vese és psoas conturja eltűnik és a kettő egy elmosódott határú árnyékba folyik össze. — Különösen jól értékesíthető a lelet, ha a másik oldalon jól felismerhető conturokat kapunk. A pyelographiás képen rendszerint azt látjuk, hogy a vesemedence és felső ureterszakasz alakjában nincsen változás, ellenben a vesemedence medialis irányban el van tolva, esetleg a gerincoszlop előtt fekszik. Feltűnő még, hogy a vesekelyhek és a megnagyobbodott veseárnyék határa között oly nagy távolság van, amely nem felelhet meg a veseparenchyma vastagságának. Ez úgy jön létre, hogy a vese széle a vérömleny árnyékába megy át és ennélfogva a vérrel átivódott, esetleg szervült zsírszövet, mint vesehatár tűnik fel. Esetünkben is a röntgenképen jól látható volt, hogy a vesemedence medialis irányban el van tolva és egy része a gerincoszlop előtt fekszik. Feltehető, hogy ebben a közép felé való eltolódásben az emberfejnyi vérömlenynek van inkább szerepe, mint a jóval kisebb daganatnak.

A műtéti javallat felállításával kapcsolatban meg kell jegyeznünk, hogy a régieknek az az állítása, hogy minden perc késés a gyógyulás kilátásait csökkenti, nem állja meg a helyét. Tapasztalat szerint még a legheveseb tünetekkel járó, spontan, sőt traumás vesevérzés is megszűnik és a heveny hasitünetek kellő kezelésre hamarosan visszafejlődnek. Csak a hirtelen fokozódó vérszegénység, fertőzés veszélye, vagy a megfelelő veseműködésnek hiánya lehet tehát a sürgős műtéti javallat alapja. — A várakozó álláspont előnyei a következők: a betegnek ideje van a súlyos shok állapotából kikerülni, idő van a beteg műtéti előkészítésére, a vérveszteségnek vérátömlesztéssel pótlására, infusiók adására, veseműködés vizsgálatára és az ok kutatására.

Tschmarke a késői műtétek híve, statistikájában 38 esetet gyüjtött össze. Késői műtétek alkalmával 91%-os, korai műtétek nyomán pedig 40%-os gyógyulást talált. *Prochnow* esetével kapcsolatban legutóbb szintén a várakozó álláspont helyességét hangsúlyozta.

Az újabb tapasztalatok, valamint a mi esetünk is azt látszanak bizonyítani, hogy leszámítva az igen heveny eseteket, a korai műtétekkel szemben, a kellőmód előkészített és jól átvizsgált betegeken a hevenytünetek lezajlása után végzett műtétek a prognosis szempontjából sokkal kedvezőbbek.

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

Az adenoidvegetatio az öregkorban.*

Irta: *Bajkay Tibor dr.* egyetemi magántanár.

A *Luschka*-féle tonsilla hypertrophiája a garatüreg leggyakoribb betegségei közé tartozik. A tonsilla pharyngea már a foetalis élet utolsó hónapjaiban felismerhető és az első életévekben indul növekedésnek. Az adenoid vegetatiók az 5—15 éves gyermekekben a leggyakoribbak és *Kayser* szerint 65%-ban fordulnak elő, míg az 5. életéven alul 18%-ban, a 15. és 20. év között 12%-ban, a 20. életéven felül pedig csak 5%-ban. Ritkán 1—6 hónapos csecsemőkben is észleltek adenoid vegetatiót *(Astier, Gottstein, Justi, Lénárt Z., Neckermann)*. Mivel e képletek a 12—15. életévben rendszerint atrophisálni kezdenek, felnőttekben csak kivételesen találhatók; a későbbi korban, 30. évnél idősebb egyénekben, pedig a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Az irodalomban található közlések szerint a tonsilla pharyngea hypertrophiája miatt az utóbbi 40 év alatt mindössze 20 magasabb korú beteg került észlelésre. Az életkor szerinti megoszlást az alanti táblázat tünteti fel:

33—40	éves	korban	. . . . .	3 eset,
41—50	„	„	. . . . .	3 „ ,
51—60	„	„	. . . . .	5 „ ,
61—70	„	„	. . . . .	7 „ ,
71—72	„	„	. . . . .	2 „ .

A magyarországi szerzők közül *Lénárt* professor ismertetett 1 esetet, melyben 54 éves betegen nagy tömegű adenoid vegetatio miatt adenotomiát végzett. A külföldi szerzők közül *Ephraim, Ewing, Hamilton, Lack, Lambert, Leland, Potter, Schäffer, Solis-Cohen, van Swieten, Thomson* és *Vymola* 1—1, *Cuvillier* 2, *Couëtoux* és *Frank* pedig 3—3 esetről számoltak be.

A budapesti orr-, gége- és fülklinikán adenoid vegetatio miatt egy 51 éves nőn és egy 33 éves férfin végeztünk műtétet.

Az *51 éves* lesoványodott *nőbeteg* azzal a panasszal kereste fel a klinikát, hogy mindig orreldugulásban szenvedett, a felvétele előtt négy hónappal influenzája volt és azóta orrának jobb fele teljesen eldugult. Száján keresztül légzik, jobb fülében nyilaló fájdalmat érez és hallása csökkent. A vizsgálatkor kitünt, hogy a beteg beszéde dünnyögő, a sulcus nasolabialis elsimult, a kemény szájpadlás gótikus alakú; jobb dobhártya behuzódott. Rhinoskopia anteriorral a jobb choanában egyenlőtlen, barázdás felszinü, rózsaszinü képlet volt látható. Rhinoskopia posteriorral az epipharynxban körülbelül kisdió nagyságú, egyenlőtlen, barázdált felületü, rózsaszinü elödomborodást állapitottunk meg, amely a jobb choanát elzárta. A vérvizsgálat normális fehérvérsejtszám mellett kisfoku lymphocytosist (34%) derített ki.

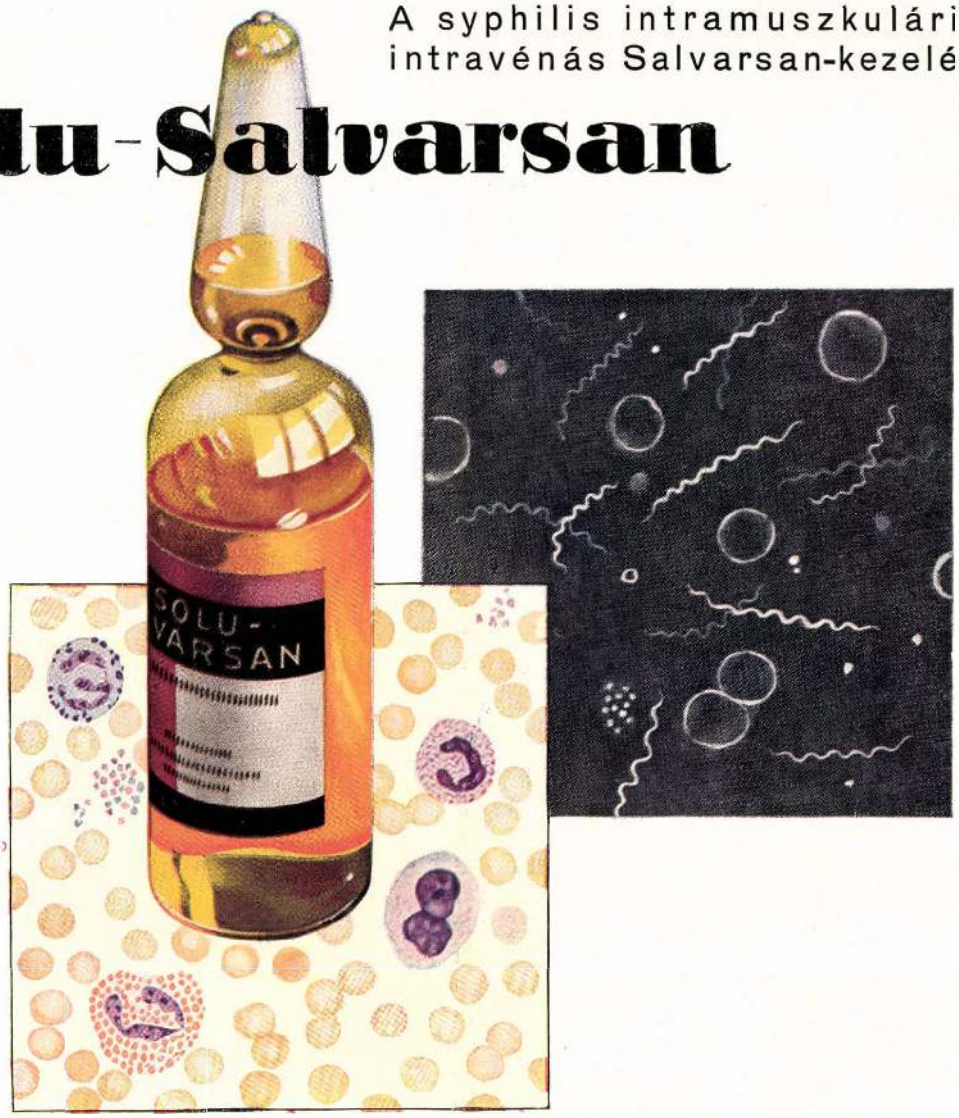
Helyi érzéstelenítésben typicus adenotomiát végeztünk. A vérzés csekély, a kórlefolyás zavartalan volt. Műtét után a beteg orrlégzése szabaddá vált, fülfájdalma megszünt, hallása megjavult. Szövettani vizsgálatot végeztünk, amely megállapította, hogy az epipharynxból eltávolított mirigy adenoid vegetatiónak felelt meg.

A *33 éves férfi* gyakori torokgyuladás miatt jelentkezett a klinikán. A betegen a grativekből erősen kiemelkedő, egyenetlen felszinü hasadékos mandulákat állapitottunk meg, amelyekből nyomásra detritus ürült. A rhinoskopia posterior a choana széléig terjedő adenoid vegetatiót derített ki. A garatmandula hypertrophiája nem okozott panaszokat. A qualitativ és quantitativ vérvizsgálat eredménye normális volt.

*) A Magyar Fül- és Gégeorvosok Egyesülete V. nagygyülésén Balatonkenesén, 1937. évi június hó 28-án tartott előadás.

A syphilis intramuszkuláris és intravénás Salvarsan-kezelésére

Solu-Salvarsan



használatrakész stabil oldatban. Alkalmazható olyan betegeknél is, kiknél az intravénás befecskendezés nem vihető keresztül. Célszerű továbbá Neosalvarsannal felváltva váltakozó kúrákban. A Solu-Salvarsan kitűnő hatását a kísérletek eredménye és klinikai tapasztalatok kétségtelenül igazolják.

Engedélyezve az OTI, MÁV és valamennyi betegségi biztosító intézet terhére, közkórházakban és a Honvédség intézményeinél.

Eredeti csomagolások

Dobozok: 1, 10 és 50 ampullával á 1, 2, 3, 4, 5 és 6 kcm
Gyermekeknek: dobozok 1 ampullával á 0.5, illetve 1.5 kcm

Ötven év
1888 BAYER 1938
GYÓGYSZEREK

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: Magyar Pharma Gyógyáru R.-T., Budapest V, Arany János-utca 10

NOVALGIN

a kiváló, alkaloidamentes, ártalmatlan és tartós hatású analgetikum perorális, szubkután, intramuszkuláris és intravénás alkalmazásra.

2—5 kcm intravénásan a leghevesebb fájdalmakat is csillapítja, például: epe-vesekőgörcsnél, ischiasnál.

A bélműködést, ellentétben az ópiumkészítményekkel, nem gátolja.

Eredeti csomagolások:

Parenterális alkalmazásra:
50%-os oldat: 5 és 10 ampulla á 1 és 2 kcm
5 ampulla á 5 kcm

Perorális alkalmazásra:
Tabletták: 10 darabbal á 0.5 g
Cseppek: üveg á 10 kcm

Mindazon betegségeknek a kezelésére, amelyek a bélfal konstitucionálisan gyenge, vagy másodlagosan csökkent méregtelenítő hatására vezethetők vissza

TORANTIL

Standardizált készítmény allergiás állapotok és intestinális intoxikációk kezelésére, mint:

colitis	colitis ulcerosa
ulcus ventriculi	ulcus duodeni
asthma bronchiale	urticaria
szénanátha	akne

Perorálisan és parenterálisan alkalmazható.

Eredeti csomagolások:

Oldat: 5 és 25 száraz ampulla + 5 és 25 ampulla á 2 kcm phys. konyhasóoldat.
Drazsé: üvegek 20 és 150 darabbal.

Ötven év
1888 BAYER 1938
GYÓGYSZEREK

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Magyarországi vezérképviselet: Magyar Pharma Gyógyáru R.-T., Budapest V, Arany János-utca 10

A betegen tonsillektomiát és adenotomiát végeztünk. A műtét után élénk vérzés keletkezett, amely csakhamar megszünt. A mikroskopiai vizsgálat alkalmával a garatboltozatból eltávolított szövetrészletek normális adenoid szövetnek bizonyultak.

Klinikai tapasztalataink megegyeznek az irodalmi adatokkal, melyek szerint magasabb korban a *Luschka*-féle tonsilla hypertrophiája csak szórványosan észlelhető. Ezért meglepő *Bastow, Gonzáles, Hellat, Loebell, Logan* és *Nelson* vizsgálatainak az eredménye, akik azt tapasztalták, hogy felnőttekben gyakrabban fordul elő a tonsilla pharyngea hypertrophiája, mint ezt az általános klinikai tapasztalatok mutatják.

Az adenoid vegetatiók a magasabb korban ugyanolyan tüneteket (akadályozott orrlégzés, dünnyögő beszéd, hallás-csökkenés, fülfájdalmak, hurutok, ideges zavarok, difformitások stb.) okoznak, mint a gyermekkorban. Előfordul azonban, hogy a 15—16. életév után megmaradó pharynxtonsilla később tünetmentessé válik. Ilyen volt II. esetünk, melyben az adenoid vegetatiót az egyéb panaszok miatt végzett vizsgálat derítette ki. A tünetmentesség oka a szervezet növekedésével, illetőleg a choanák lényeges megnagyobbodásával magyarázható. A zavarok fokára ugyanis nem a hyperplasia absolut nagysága a mérvadó, hanem ennek viszonya az orrgaratür, illetőleg a pharynx nagyságához, mely utóbbi a szervezet fejlődése kapcsán nagyobbá válik, míg evvel szemben a pharynxtonsilla eredeti nagyságát megtartja.

A diagnosis megállapítása nem nehéz. Differentialdiagnostikai szempontból a retrochoanalis plypusok, koponyaalapi fibromák, lymphosarkomák, leukaemiás vagy pseudoleukaemiás infiltratumok és a hereditaer syphilitikus elváltozások jöhetnek tekintetbe. A leukaemiás tumorokat vérvizsgálat után zárjuk ki. A diagnosist mindig kórszövettani vizsgálattal biztosítjuk, mert az esetek többségében, idősebb egyéneken a daganat rosszindulatú elfajulására kell gondolni.

A helyesen végzett műtét eredménye igen jó. Az orrlégzés helyreáll és a betegek hangja normálissá válik. Feltünően javul a hallás, megszünik az adenoid vegetatiók által okozott habitualis középfülgyulladás, megjavul a betegek közérzete, étvágya, testsúlyuk gyarapodik és a meghülésekkel szemben is ellenállóbbakká válnak.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Nehézségek a protamin zink insulin használatában. *Joslin.* (J. o. Amer. Med Ass. 1938. 110.)

A protamin zink insulin (pzi) alkalmazása akkor ütközik a legtöbb nehézségbe, ha régóta cukorbajos, a régi insulinhoz és életmódhoz hozzászokott betegen próbálkozunk vele. Az átmeneti időben beteg állapota rosszabbodhat, kéri az orvosát, hogy térjen vissza a megszokott insulinra. Az orvosnak is több tapasztalata van a régi insulinnal, ezért hajlandó a kezdeti nehézségek miatt visszatérni a jobban ismert gyógyszerre. Igen nagy a nehézség olyan esetekben, amikor a napi munka és az étkezés mennyisége változó. — Ilyen esetekben a pzi és közönséges nsulin együttes alkalmazása a megfelelő. Régi cukorbajosok pzi-re átállítását kórházban kell elvégzeni, kezeletlen betegek azonban bejáró rendelésen is beállíthatók a szerző véleménye szerint.

Juvancz Iréneusz dr.

Klinikai tapasztalatok protamin zink insulinnal. *Kepler.* (J. o. Amer. Med. Ass. 1938. 110.)

A cukorbajosokat két csoportra osztja a szerző: 1. gyermekek, fiatalok, astheniás felnőttek; 2. pyknikus felnőttek, idősek, öregek. A betegek abba a csoportba kerülnek, ahová a betegségük kezdetén tartoztak, nem pedig a jelenlegi állapot szerint. A második csoportba tartozók diabetese jóindulatú, ezek a protamin zink insulinnal (pzi) jól kezelhetők. Az első csoportba tartozók közönséges insulinnal igen nehezen kezelhetők (ismeretlen okból hol hyper-, hol hypoglykaemia, ugyanazon étrend és insulin-adagok mellett.) A pzi. sem szünteti meg teljesen ezeket a nehézségeket, azonban a pzi. és közönséges insulin együttes adagolásával ezek az esetek is sokkal jobban kezelhetők, mint eddig. Prae- és postoperativ kezelésben, koma esetén is jó hatású a pzi.

Juvancz Iréneusz dr.

Polyglobulia narkolepsiával és kóros elhízással. *A. Spitz.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 1937. 181.)

Három esetet közöl, melyekben a klinikai képet a fentemlített tünetcsoport jellemezte. Esetei közül kettő boncolásra is került; a bonclelet szerint mindkét esetben eltérést mutatott a hypophysis, thyreoidea és mellékvesekéreg. Köztiagyban lényeges eltérést nem talált. Ezek alapján úgy gondolja, hogy a fentemlített tünetcsoportot pluriglandularis zavar okozza. — *Günther* feltevését, hogy a centralis eredetü polyglobuliát hormonalis zavarok okozzák, esetei támogatják.

Juvancz Iréneusz dr.

Szülészet

Rendes helyén tapadó lepény korai leválásának conservativ kezelése. *F. C. Irving* (Amer. J. Obst. Gyn. 1937. 35. 5.)

Az 1916—1937-ig terjedő 21 évből 353 korai lepényleválás kezelésének tanulságait közli. Külső vérzés 234-szer, belső vérzés 119-szer jelentkezett. A 234 asszony közül 170 rendesen szült, nem halt meg egy sem, 34 szülését hüvelyi úton műtéttel fejezték be (anyai halálozás 8.8%), 30 asszonyon pedig császármetszést végzett (1 anyai haláleset). Belső vérzés miatt 69 nőn végeztek császármetszést, 10 anyai haláleset, 14.5%), 16 asszony szülését hüvelyi úton műtéttel fejezték be (anyai haláleset, 18.7%), 34-et pedig conservative kezeltek (1 anyai haláleset: 2.9%). A conservativ kezelési mód: burokrepesztés, szoros cervicalis és hüvelyi tamponadeból s a has átkötéséből állott. Ez eljárás 1931-ben *J. Osborn Polak* ajánlotta. Eseteik azt mutatták, hogy a conservativ kezelés az anyák számára a korai lepényleválás mindkét csoportjában kedvezőbb kórjóslatú. A magzati összhalálozás külső vérzés esetén, ha a szülés a rendes szülőutakon folyt le: 34.2%, ha császármetszéssel fejeztetett be: 36.2% volt. Belső vérzés esetén az intézeti felvételkor a magzatok 58.3%-a már nem élt. A magzati összhalálozás e csoportban császármetszés esetén 61.4%, conservativ kezelés esetén 88.1%, míg ha a szülés a rendes szülőutakon, de műtéttel fejeztetett be 93.7% volt.

Kováts Károly dr.

A méh rögzítése a hasfalhoz élő varrattal. *E. M. Hodgkings.* (Amer. J. Obst. Gyn. 1937. 33. 4.)

Előzetes közlemény. A méh rögzítését a hasfalhoz *Olshausen* szerint végzi, de a görgeteg szalagokat az egyenes hasizom hüvelyének elülső lemezéből vágott kb. 9 mm. széles és kb. 7.5 cm hosszú szalaggal varrja a megfelelő helyre. 27 operáltja közül — az első műtétje óta több, mint 5 év telt el — hatan jutottak teherbe, terhességüket rendesen kiviselték és szültek. Szülés után a méhet rögzített helyzetében találta.

Kováts Károly dr.

Szemészet.

Trachomás és nem trachomás elemek a trachomás betegeken. *Cornet.* (Rer. Int. du Trachom. 1937. 258—263.)

A hét *kötőhártyai* tünet közül: 1. a *hyperaemia* nem diagnostikus értékü trachomára. 2. Az *infiltratio* közös klinikai jellemzője minden gyulladásnak. 3. A *folliculus* lymphatikus elem. 4. csomócska *(nodule)*, melyet trachomás folliculusnak is nevezhetünk, specifikus a trachomára és újjak között szétmorzsolható, míg az előbbi nem. 5. A *szemölcs* (papille) nem tarozik a trachomához. 6. A *phlyctaena* infectiosus, vagy allergiás eredetü. 7. A kötőszöveti *degeneratio* majdnem mindig specifikus a trachomára és amyloidos, colloidos, mucinosus, meszes. csontos lehet.

A *secretio* hiányozhat és lehet többé-kevésbbé bőséges, mikorbás, mikroba nélküli, vagy gombás. A mikrobás secretio a trachoma heveny jelensége és secundaer infectio következménye. A mikroba nélküli esetében a trachoma akár csendes, akár acut, vagy subacut jelenség is lehet. A gombás secretiót pontosan meg kell vizsgálni a heveny jelenségek megszüntetésére.

Az öt *szaruhártyai* tünet közül: 1. a *vascularisatio* felületes és mély lehet, nem tartozik mindig a trachomához. 2. A *keratitis superficialis* nem tartozik mindig a trachomá-

hoz. 3. A *keratitis interstitialis* hozzátartozó eleme a trachomának. 4. Az *ulceratio* nem mindig velejárója a trachomának, rendesen complicatio (trichiasis, trauma, stb.) következménye. 5. A *phlyctaena* nem tartozik a trachomához.

Lugossy Gyula dr.

Szemhéji-, kötőhártyai-, szaruhártyai syphilitikus elváltozások trachomásokon. *Cornet.* (Rev. Int. du Trachome. 1934. 4. 264—267.)

A syphilis ötféle alakban társulhat a trahcomának egymagában is eléggé változatos kórképéhez. 1. A conjunctivitis *follicularis syph.*-ban nagy follículusok ülnek a tarsalis kötőhártyában és az áthajlásban, itt csak antilueses kúrának van eredménye. 2. A *conj. papillaris syph.* főleg a felső szemhéjon, de az alsón is, a tarsalis kötőhártya nívóján és a tarsus felső szélén kövezetszerüen egymás mellett elhelyezkedő, lelapított, durva papillaris burjánzás, míg a környező részek csak belöveltek, beszürödöttek és bársonyosak. A hasonló tavaszi kötőhártyagyulladástól és a trachomától az általános antilueses kúra meglepő hatása különíti el. 3. A *tarsitis syph.*: a szemhéj beszürödése csomókban, vagy egész vastagságában és ennek tovaterjedése: a 4. *blepharitis ulc. syph.* a szemhéjszélek és a Meibom-mirigyek gyulladása fekélyképződéssel, kimaródással, sipolyokkal és berepedésekkel: előfordul, mint önálló kórkép, de complicálhatja a trachomát is. 5. A *keratitis interstitialis syph.* mély parenchymás szarufolyamat szintén társulhat a trachomához és ennél is sokszor csak az általános antilueses therapia hozza meg az elkülönítő kórismét és a javulást. Conclusio: A trachoma néha olyan complicált kórképben mutatkozik, hogy csak helyi és *általános* kezelés hozhat bizonyosságot és gyógyulást.

Lugossy Gyula dr.

Gyermekgyógyászat.

Adatok a meningitis tuberculosa klinikumához. *Dr. Leo Schlapobersky.* (Jahrbuch f. Kkh. 149, 4, 215.)

Klinikai esetek kapcsán összefoglalóan ismerteti a meningitis tuberculosa kórképét. Megállapításai a főbb pontokban a következők: A meningitis tuberculosa nem egységes klinikai kép, sokféle megjelenési formája különböztethető meg. Időtartama szerint van: foudrovans acut, subacut és chronikus lefolyású kórfolyamat. Klinikai symptomák szerint 7 typus különböztethető meg: classikus typus, gastrointestinalis alak, somnolens alak, görcsös typus, hemiplegiás forma, latens és öntudatzavar nélküli kórforma. A temperatura változó, rendszerint magas láz van jelen. A terminalis temperatura viselkedési formái a következők: excessiv hyperthermia, terminalis hyperthermia és normalis hőmérséklet. A Pirquet tuberculin próba eseteinek 79%-ában positiv volt, a positiv reactiók száma azonban még jelentősen emelkedett a pótlólag elvégzett Mantoux-reactio révén. A liquor-leletben jellegzetes: a fokozott nyomás, víztiszta liquor, fibrinháló, fehérjeszaporulat (Pándy, stb.), csökkent cukorérték, sejtszaporulat (főleg lymphocyták) és végül Koch-bacillus kimutatása. 3 esetben sikerült a meningitis és trauma között kapcsolatot kimutatni. Jellemző meningitisre a paradox reactio: balra tolt vérkép és lassult vörösvértestsüllyedés. Az eseteinek 54 %-ában sikerült az infectiós forrás (családi, környezeti) kimutatása.

Dudás Pál dr.

Gyermekkori, ritkán előforduló intraabdominalis tályogok. *Bartsch—Niederweiser.* (Kinderärztl. Pr. 1937. 9.)

Három esetet közöl, ahol az eredeti betegség lefolyása után a gyermekek ismét lázasak lettek s mindháromban intraabdominalis tályogot talált a sebész. Az egyik 2 éves leánygyermek, kit angina és cystitis diagnosisával vettek fel. A gyermek láztalan lett, majd 1 hónap mulva ismét lázas lett, fvs.: 25.000. Jobboldali psoas tályognak megfelelő resistentia tapintható. Punctio: haemolytikus streptococcus, tályognyitás, drainage. A tályog vagy perityphlitikus volt, vagy elgenyedt nyirokcsomó complexum.

A második eset másfél éves gyermek, pneumonia és pleuritis diagnosissal feküdt. Pár nap mulva ismét hirtelen magas láz, fvs.: 12.700, has térfogata növekedett, tuberculin negativ, tágult hasi venák. Egy hónap mulva rectalisan a kismedencében tömött daganat válik tapinthatóvá, mely fokozatosan nő. Próbalaparotomia: pneumococcus peritonitis.

A harmadik eset 4 éves fiu, akit typikus appendicitises tünetekkel hatodnapra megoperáltak: periappendicularis tályog. Egy hónappal a kibocsátás után ismét lázas lett és akkor Douglas-tályogját megnyitották.

Fontosnak tartja a gyermekgyógyász és a sebész közös észlelését.

Mendelényi dr.

Gyermekkori vándormáj. *Grüber.* (Dtsch. Med. Wschr. 1937. 29.)

Szerző az irodalomban csak egy esetet talált *(Gontermann* 1890), ahol súlyos pertussis és pneumonia kapcsán a boncolás a baloldali csípőtányérba csúsztatott májat talált, mint a shokszerű halál okát. Esete: három és fél éves gyermek, kit bal alsólebeny pneumonia diagnosisával vettek fel, a felvétel utáni reggel reszket az izgatottságtól, sem felülni, sem felállni nem akar, attól fél, hogy elesik. Röntgenátvilágításkor a pneumonián kívül a has közepén hatalmas árnyékot találtak, mely a méh alakjára emlékeztet. Máj helyén dobos kopogtatási hang. A gyermeket lefektetve, a máját ismét a szokott helyén találják. Járkálás, vagy balrafektetés után a máj megint elmozdul. Teljes nyugalom és orthopaed füző rendelésével a gyermeket kibocsátották és 3 hét mulva, mikor controllra berendelték, a máját szokott helyén találták. A máj elmozdulását részben veleszületett kötőszövetlazasággal, részben a köhögés folytán a rekeszt bélelő és a májjal érintkező fascia endogastritica ellazulásával magyarázza, a velejáró reszketést pedig vagusingalomnak.

Mendelényi dr.

Kisgyermekkori bronchopneumonia kezelése vérátömlesztésekkel. *Tassovatz.* (Nourrisson 25-e 6/1937.)

Bronchopneumonia esetében végzett vérátömlesztések tapasztalatait a következőkben foglalja össze:

Egyszerű acut bronchopneumonia egyéb — hydrotherapiás, gyógyszeres kezelésre is javul, vérátömlesztésre csak abban az esetben van szükség — de akkor elengedhetetlen, ha a betegség lefolyásában complicatiók jönnek létre — terjed, többgócú lesz, vagy két hétnél tovább tart. Ezekben az esetekben kellő időben adott vérátömlesztés 12 óra alatt teljes láztalanságra, vagy 2—3 nap alatti lytikus láztalanságra vezet.

Bronchopneumonia gravis esetében a lehető legkorábbi időben az első 2—5 napban indokolt a vérátömlesztés. Egy nem elég. 2—3-ra van szükség, 48—72 órás időközökben, hogy gyógyulás jöjjön létre. Nincs hatása a vérátömlesztésnek, ha túl későn adjuk, vagy nem ismételjük meg elég korán.

Ellenjavalt a vérátömlesztés, ha 24 órán belül exitus várható.

Kulcsár dr.

Bőrgyógyászat.

A gonococcus-tenyésztés gyakorlati jelentősége. *Krückeberg.* Leipzig. (Derm. Wschr. 1937. 48.)

Szerző a *Neumann* által leírt gonococcus-tenyésztési módszert (A. C, és D lemezeken —, amelyeket *Preininger* az O. H. 1937. évi 45. számában ismertetett) — 212 nőtől származó 300 váladékkal alkalmazta. Ezek közül 66 különböző személytől 80 váladék adott positiv eredményt. Tizenkét tenyészetben a leojtással egyidejüleg vagy egy héten belül mikroskoposan is sikerült a gonococcust kimutatnia. A vizsgálatok közül 66 puella állandóan negativ, 6 pedig positiv volt. Ötvenkilenc olyan nő közül, akiket rendőrségi megkeresésre vizsgáltak meg, vagy akik feljelentés alapján, mint fertőzési források kerültek a klinikára, e módszerrel 21-en állapított meg gonorrhoeát. A tenyésztési módszer az eddigi go. diagnostikában különlegesen nagy jelentőséget nyer, mert sokszor olyan esetekben is lehetővé teszi a kórokozók kimutatását, amikor a mikroskopos készítmény még provocatio után is negativ képet ad. *Neumann* módszere és a provocatio tehát nem teszik feleslegessé egymást, hanem együttesen alkalmazva, mint finomabb diagnostikai módszer állítható szolgálatunkba. Sok esetben lehetővé teszi a vizsgálat meggyorsítását és annak ambulans keresztülvitelét. Felhívja a figyelmet arra, hogy a tenyésztés keresztülvitelében a technika leggondosabb betartása és kifogástalan bakteriologiai munka elengedhetetlen feltétel.

Nagy Imre dr.

Határsugarak az angiomák kezelésében. *Gaté* és *Cecaldi.* (Bull. de derm. et. de syph. 1937. 7.)

Szerzők újabban a naevusok kezelésére határsugarakat használnak, s főleg a naevusok vascularis kezelésében láttak tőle jó eredményeket. Az így kezelt naevusok azonban még mindig nem adtak teljesen jó kozmetikai eredményt s így ez az eljárás sem mulja felül a röntgensugárral elérhető eredményeket. Ugyanis itt is feltalálhatók a festékszegény széli zóna és néha finom teleangiaktasia is jelentkezik. — Ujabban a besugárzásokat több mezőben alkalmazzák, minden mezőre 1000—3000 R sugármennyiséget adnak, kivéve

a verrucosus formákat, amelyekre ennél sokkal erősebb dosisokat is alkalmaztak. A besugárzást három hónaponkint megismétlik. Az így elért eredményekről későbbi közleményben fogunk beszámolni.

Arokháty Vilmos dr.

Adatok a capillaritisek klinikájához és histo pathologiájához. *M. E. Ramel, Lausanne.* (Bulettin de derm. et de syph. 1937. 7. szám.)

A capillaritiseket általában az alsó végtagok varicosus tünetcsoportjához sorolják. Szerző ezzel a felfogással szemben foglal állást és az alsó végtagok capillaritiseit a bőr mesenchyma elsőleges constitutionalis csökkent teljesítőképességének megnyilvánulásaként fogja fel. Ez a csökkent teljesítőképesség a fedő bőr rendkívül sérülékenységében nyilvánul meg, ami idült gyulladásokban jelentkezik. Kiváltó okok között elsősorban a traumák szerepelnek. A varicositásnak szerző szerint nincs közvetlen befolyása a capillaritisekre, közvetve azonban elősegíti azok kifejlődéseit, amennyiben a capillarisok constitutionalis csökkentsége miatt a varicositás fokozott követelményt ró az alsó végtagra. A capillaritisek kifejlődésében fontos szerepet tulajdonít még az élesztőgombáknak.

Histopathologiailag a capillarist jellemzik a subpapillaris réteg erei körüli idült gyulladás, az erek gyakori hyalinos elfajulása, a per diapedesim létrejövő haemorrhagiák és azok maradványaként fellépő pigmentatiók. Néha újonnan képződött erek is észlelhetők. Minden esetben kimutatható a környező kötőszövet hyalinos degeneratiója. A mirigyes elemek megkevesbbednek, az epidermis elvékonyodik. A rugalmas szövetelemek elastorexise és az elasztikus rostok majdnem teljes eltünése gyakori. Úgy látszik, hogy a kötőszövet minden eleme magán viseli a constitutionalis kisebb teljesítőképesség bélyegét. A folyamatban néha még a periosteum is részt vesz, mely erős proliferatióval reagál. A capillaritisek kifejlődését, anélkül, hogy azokkal minden esetben szoros összefüggés kimutatható lenne, komplikálhatja a syphilis és a diabetes is. Végül szerző rámutatott a myocardium megbetegedéseinek szerepére is.

Arokháty Vilmos dr.

Milyen kórtünetek vezethetők vissza allergiás eredetre és ebből a szempontból hogyan kezelendők? *Löw A.* (Wiener kl. Wschr. 1937. 39. sz.)

Az alimentaris allergia kivizsgálására gyakorlóorvosoknak a diaetás terhelési és elvonási eljárásokat ajánlja. A legegyszerűbb eljárás az, hogy a betegnek a táplálékát 300—500 g. cukorra korlátozzuk, amelyeket teában vesz be. Ha e cukrozott hatásra a tünetek nem múlnak el, akkor az alimentaris allergia a legnagyobb valószínűséggel kizárható. Ha a kiütések eltünnek, akkor a betegnek rizst, burgonyát, később fehérjét adunk; amelyiknek hatására túlérzékenységi tünetek jelentkeznek, az lesz az allergia oka. Figyelmeztet arra, hogy sohasem szabad egy allergen kimutatásával megelégednünk. — Egy másik diagnostikus és egyuttal therapiás eljárás a propeptan koszt, amelynek lényege az, hogy a táplálék minden egyes fehérjéjét ¾ órával az étkezés előtt adott propeptannal méregtelenítjük. Ha 3 napon belül úgy az objectiv, mint a subjectiv tünetek javulnak, akkor biztos a nutritiv allergia diagnosisa. Ekkor naponként elhagyunk 1—1 propeptant; ha egyiknek az elhagyásakor allergiás tünetek jelentkeznek, megtaláltuk az allergent. Ezen a módon 2—3 héten belül az összes nutritiv allergeneket felkutatjuk. Azokban az igen ritka esetekben, amelyekben a nutritiv allergen nem fehérje-természetü, természetesen csődöt mond a propeptan koszt, és nem marad más hátra, mint rendszeresen kikapcsolni a táplálékból a szénhyrátot, zsírt, és végül a sókat, hogy így a nutritiv allergeneket felkutathassuk. Nutritiv allergia legyőzésének egyik therapiás módja az allergen adagolása, fokozatosan kis dosistól kezdve naponként emelkedőleg. Fontos, hogy mind azt a körülményt leküzdjük, amely a túlérzékenység fennállását elősegíti. E célból rendeznünk kell a beteg appendixet, tonsillákat, epehólyagot, gyomorbéltractust, különös gond fordítandó a vékonybélre.

Szép Jenő dr.

Urologia.

Felső húgyutak záróizmai és azok klinikai jelentősége. *Oeconomo.* (Z. f. Urologie, 1937. 31. k. 9. f.)

Szövettani metszeteken, amelyeket részben ezüstchromáttal festett, részben pancreatinnal kezelt, tanulmányozta a felső húgyutak izom anatomiáját. Az izmok működését nephrektomiás készítményeken (tbc., pyonephrosis) és kipraeparált házinyúl-veséken tanulmányozta. 5 záróizmot különböztet meg: 1. papillasphincter, 2. kehelysphincter, 3. medence alatti spihncter, 4. illiocoelis uretersphincter, 5. ureter-hólyagsphincter. A záróizmok rhythmikusan dolgoznak és lehetővé teszik a vizelet lefolyását. A felső húgyutak peristaltikája egy coordinált reflex, összehúzódás és elernyedés váltakozik. Ha az összehúzódást nem előzi meg elernyedés, akkor elakadás jön létre. A tünet elég tiszta formájában látható a mechanikai ok nélküli hydronephrosisokban. Hasonló tünet van a prostatásoknál is, midőn kathetert akadály nélkül vezethet be, de a beteg önként vizelni nem tud. Az izmok idegreflexíve a n. splanchnicuson át a Th. VI.—L. I.-ig a gerincsegmentumon keresztül vezet. A felső húgyutak katheterezése kitünő eredményt ad, mert nemcsak a katheter lumenén keresztül ürül a vizelet, habár az gyakran el is akad, hanem izgatja a sima izomelemeket és a vizelet a katheter mellett is lefolyik.

Szold Endre dr.

Kisérleti vizsgálatok a vesemedenceperforatio okainak tisztázására. *Strnad.* (Z. f. Urologie, 1937. 31. k. 9. f.)

Az ureterkatheter használata óta számos szerző közölt veseparechyma-sérülést, különösen mandrinnal felszerelt katheter mellett. A szerző hulla-kisérletekről számol be. 11 hullán sectio altát végzett és 22 vesébe különböző vastagságú kathetert vezetett be mandrin nélkül. Midőn ellenállást érzett, még egy keveset felnyomta a kathetert, majd fixálta a vesét, in situ kipraeparálta és felezte. 22 katheterezésből 4 perforatiója volt, mind a négy áttörés typikus helyen volt. Még pedig a felső kehelyben a papilla határán. Az áttörés megegyezik az előbben leírt perforatiók helyével.

Szold Endre dr.

Elméleti tudományok.

Egerek spontán emlőrákjának megelőzése a hypophysis thyreotrop hormonjával. *Cramer és Horning.* (Lancet 1938. 234, 72.)

Cramer és *Horning* megállapították, hogy egereknek hosszú ideig oestrint adagolva, emlőrák keletkezik, s eközben a belső elválasztású mirigyeknek, de különösen a mellékvesének és hypophysisnek jellegzetes elváltozása következik be. A mellékvesék elváltozása elfajulásnak felel meg, a hypophysisben viszont nagyfokú vérbőség mellett hyperplasia és az acidophilsejtek szemcséinek eltünése jön létre. A hypophysis thyreotrop hormonjának egyidejű adagolásával a hypophysisben az oestrin okozta elváltozások kifejlődése meggátolható. Az oestrin hatására az emlőmirigyben keletkező hámburjánzás thyreotrop hormon egyidejű adagolásával szintén meggátolható. Tehát az oestrin és thyreotrop hormon közt antagonismus van.

Ezután szerzők kisérleteiket az R. III. egértörzzsel folytatták. Ebben a törzsben 12, vagy több hónapos életkorban a nőstények 60%-a kapott spontán emlőrákot. Ezeknek Schering-féle thyreotrop hormont, vagy más hasonló készítményt, az ambinont (organon) adagolva, 10—16½ hónapos korig az emlőrák keletkezését meg lehetett akadályozni.

A thyreotrop hormon tehát meggátolja egerek spontán emlőrákjának keletkezését. Ennek a megállapításnak jelentősége lehet a rák és praecancerosus állapotok gyógykezelésében.

Baló József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Az átöröklés. Az általános örökléstudomány elemei, figyelemmel a gazdasági és orvosi vonatkozásokra. *Szabó Zoltán dr.* (A kir. Magy. Természettudományi Társaság kiadása. 1938. Budapest. 6 táblázattal és 256 szövegközti képpel VIII. + 444 oldal.).

Szerző munkája előtt már több örökléstani összefoglaló könyv jelent meg magyarul. *Szabó prof.* munkája azonban immár szinte a kimerítő kézikönyv igényeivel lép fel és a szakemberek igényeit is kielégíti. Mint a bevezetésben írja, külön gondot okozott a mesterszavak magyarosítása, ahol pedig ez lehetetlen volt, legalább a magyaros írást igyekezett meghonosítani.

A könyv felöleli az újabb *élettani irányu* örökléstan minden fejezetét. A változékonyság és örökléskenység alapjelenségei és vizsgálati módszerei után a combinatiós öröklés (mendelizmus) szabályait ismerteti. Azután az öröklés sejttani alapjai, majd az öröklés bonyadalmai, a nemiség öröklésviszonyai és az öröklödő megváltozások részletezései kö-

vetkeznek. Az orvosok jó hasznát fogják venni különösen azoknak a fejezeteknek, amelyekben *Szabó prof.* a családfakutatás, beltenyésztés, ikerkutatás módszereit mutatja be, majd pedig rövid összefoglalást ad a normális és kóros emberi tulajdonságok öröklésjelenségeiről. Közli mindezekhez a teljes magyar örökléstani irodalom jegyzékét is.

Knlön érdeme a munkának, hogy a két és félszáz szövegközti képnek legalább negyedrésze eredeti, ami kiállításban is emeli a munka értékét.

Gáspár János dr.

Beginselen van de praktische verloskunde, bewerkt voor vroedvrouwen. (Gyakorlati szülészet tankönyve bábanövendékek számára átdolgozva. *Prof. Frans Daels* könyvéből átdolgozta *dr. van Damme* több szerző közreműködésével. 540 oldal. 492 ábra. 1937. De Sikkel kiadás, Antwerpen.)

Az Orvosi Hetilap 1936. évi 27. számában ismertettem részletesebben *Daels* könyvét, melynek átdolgozása a jelen mü, a flamand bábanövendékek számára. *Daels* impozáns müve így a bábaképzés értékes kincsévé is vált, mely ezáltal hivatva van a bábákat a modern kultúra és modern orvostudomány követelményeinek megfelelő magas nívóra emelni. *Daels* eredeti müve ezen átdolgozásban főleg a mütéttani részben rövidül meg, a mü azonban még így is igen terjedelmes és részletes marad, melyet kiválóan támogatnak a művészi kivitelü ábrák és mikrophotogrammok. A művet a nyelvi nehézségek ellenére is melegen ajánlhatjuk a bábaképzéssel foglalkozó magyar orvostársadalomnak.

Korompai Imre dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 11-i ülése.

„Az előkészítés és utókezelés jelentősége a mütéti eredmények javításában" című előadássorozat folytatása.

Előadtak: *Issekutz Béla:* Pharmakologiai szempontból; *Bakay Lajos:* Sebészeti szempontból. (Az előadások egész terjedelmükben megjelennek.)

A Közkórházi Orvostársulat február 9-i ülése.

Előadások:

Patyi I.: *A tuberculosis chemotherapiája, különös tekintettel a kreosot- és festékkészítményekre.* A tuberculosis chemotherapiája régi törekvés, amely mindeddig megoldatlan probléma maradt. A chemotherapiás gyógyszerek két nagy csoportja közül az elsőbe tartoznak azok, amelyek — direct baktericid hatást igyekezve elérni — közvetlenül a kórokozókra fejtenék ki hatásukat, a másik részük a szervezet általános állapotának emelésével, annak ellenálló és közdőképességét erősítik. Mindezen készítmények között, amelyeket eleinte a tuberculosis specifikumának tartottak, főként az arany- és kreosottartalmúak azok, amelyek ma is széleskörü elterjedéssel birnak. A különböző festékanyagokkal kapcsolatos vizsgálatok is régi keletüek. Előbb a jódmethylenkék, majd a tripánvörös és tripánkék voltak a vizsgálat tárgyai, amelyeket alkalmazásuk kapcsán a tuberculotikus szövetekben kimutattak anélkül, hogy ott baktericid hatást fejtettek volna ki. Az újabb vizsgálatok eredménye a rubrophen, amellyel extrapulmonalis gümőkór esetén szép eredményeket értek el. Mirigy-, izületi- és hashártyagümőkór esetén a készítmény adagolására határozott gyors javulás állott be, amellyel párhuzamosan a betegek általános állapota is javult. Bár ezen új festékkészítmény szintén nem tekinthető a tuberculosis specifikumának, tüdőtuberculosisbani alkalmazásával eredményt nem láttunk, extrapulmonalis gümőkór esetén ezidőszerint leghatásosabb gyógyszerünknek kell tekinteni, amelynek eredményessége egyrészt a gyógyulási időtartam nagyfokú megrövidülésében, másrészt a sipolymentes gyógyulásban és az általános állapot határozott javulásában nyilvánul meg.

Millkó V.: A Horthy Miklós kórház sebészeti osztályán a rubrophen-kezeléssel általában igen kedvező tapasztalatokat szereztünk. Makacs, minden egyéb kezeléssel dacoló gümőkóros csont- és lágyrészsipolyok 8—10 heti kezelés után záródtak, a beteg közérzete és általános állapota feltünően javult, vérsejtsüllyedésük csökkent, egyesek jelentékeny súlygyarapodásra tettek szert. Gümőkóros mellékheregyulladás esetében a fájdalmas, duzzadt mellékhere néhány hét alatt lelohadt, fájdalmatlanná vált s a beteg látszólag teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat. Tbc. és könyökizületi gyulladás esetében a fájdalom gyorsan megszünt s az izület mozgékonyságának nagy részét visszanyerte, stb. A kezelést az előírásnak megfelelően végezve semmi kellemetlen mellékhatást nem észleltünk. A rubrophen-kezeléssel chron., nem specifikus ostcomyelitis esetében is próbálkoztunk s ha nem is értünk el teljes gyógyulást, de több izben észleltük, hogy a genyedés lényegesen csökkent, egyes sipolyok be is záródtak. Úgy látszik tehát, hogy a rubrophen-hatásban egy aspecifikus componens is szerepel. Előrehaladott gümőkóros cachexia anergiás állapot esetén azonban a szer hatástalannak bizonyult, jelül annak, hogy a chemotherapiás hatás mint más szerekkel, úgy itt is csak addig érvényesül, amig a szervezet reactióképessége nem merült ki. Végleges következtetéseket a rubrophen értékét illetően, eseteink csekély száma miatt még nem vonhatunk le, de már eddigi tapasztalataink után is az a benyomásunk, hogy a rubrophen a sebészi gümőkór gyógyitására eddig alkalmazott chemotherapiás szereket hatásosság tekintetében messze túlszárnyalja.

Okolicsányi Kuthy D.: *Darányi prof.* fejtette ki 1923-ban igen szépen, hogy az *empiria* találta meg a legelső chemotherapiás szereket: a higanyt, salicylsavat s a chinint syphilisre, izületi csúzra és malária. Ez a három szert mintegy rámutatott a chemotherapiás vegyületek helyes felosztására.

Az első csoportot, amelyben a kéneső van, elemek alkotják, többnyire nehéz fémek és metalloidok, a második csoportban, ahova a salicylsav tartozik, a phenol mag a hatásos gyök. Ezeknek azonban nagy affinitásuk van a szervezet iránt, a bakteriumokat pedig csak erős concentratióban ölik meg. Oldal-láncokkal kellett náluk az organotropismust csökkenteni s a bakteriotropismust fokozni. Igy jött létere a salol, benzidin, stb. A harmadik csoportba, ahová a chinin tartozik, a pyridin a chemotherapiában hatásos gyök. E csoportban találjuk az akridin-festékeket (trypaflavin,, rivemol). Ezek kevésbé organotropok és nagy, sőt igen nagy fokban bakteriotropok. A chemia haladásával mégis csak remény van az actiotherapia kialakulására.

A kreosot-ot és származékait az én hézagos jegyzeteim szerint is több, mint 55 készítmény alakjában használják, vagy 20 féle összeköttetésben, camphorral, arsennel, phosphorral, chininnel, igen sokszor calciummal stb. ½-a a készítményeknek injectiv alakjában adódik, 1/5-e kenőcs alakban, néhányszor mint suppositorium, ritkán mint inhalatiós vagy spray anyag is szerepel. Ha nem tapasztalná az orvos többirányú használt, bizonyára nem lehetne akkora elterjedtsége. Therapia sterilitanst pedig, főleg tuberculosisban, senki sem vár tőle.

Raisz D.: *A szüléssettel kapcsolatos néhány általános érdekü kérdésről.* Összefoglaló ismertetés alakjában a szülészetnek nem mindennapi, elvontabb területéről vett kérdésekkel foglalkozik, így a petetransport mechanismusában a tubáknak hormonalis úton irányított bursa állásával, aminek a sterilitás miatt végzett mütétek értékének és indicatióinak elbirálásában fontos szerepet tulajdonit. Beszél a Knausz-Ogino-féle elgondolás gyakorlati értékesithetőségéről, elmondja a pete megtermékenyitéséről és barázdálódásáról készült, mozgóképen látható részleteket, majd a nemek irányithatóságának kérdésével foglalkozik, különösen kiemelve *Ludwig* és *Ries* kisérleteinek eredményeit s végül azon megfigyeléseket ismerteti, amelyek a nő generativ életének egyes mozzanatai és a meteorológiai történések közötti kapcsolatokra utalnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr-, Torok- és Gégegyógyászati Szakosztályának január 18-i ülése.

Pollatschek elnök: A szakosztályt és a tudományt súlyos veszteség érte *Pauncz Márk* c. ir. tanár elhunytával. Vaszorgalommal és kiváló képzettséggel szentelte életét a laryngologiának. *Lénárt* és *Winternitz*-cel egyidőben ő vezette be hazánkban az oesophagoskopiát és bronchoskopiát és tette ezen vizsgálati eljárásokat közhasználatúvá. Elnöke volt a szakosztálynak és legszorgalmasabban müködő tagja. — Emlékét az ülés egy percnyi felállással tiszteli meg.

Elnök ezután felhivja a szakosztály figyelmét Esterházy Pál herceg jelentőségteljes alapitványára, mely fiatal orvosoknak napi gondoktól mentes tudományos búvárkodását teszi lehetővé.

Lénárt prof. bejelenti, hogy az ösztöndijnyertesnek, ha gége-, fülorvos az illető, munkalehetőséget biztosit az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán.

Előadások:

Szende B.: *Az orrmelléküregek rosszindulatú daganatairól.* Az I. sz. sebészeti klinika tizenhét éves beteganyagában észlelt 70 rosszindulatú orrmelléküregdaganat esetét ismerteti. Szövettani szerkezetét tekintve carcinoma volt 63, sarkoma 7. Arányuk 9:1. A 63 carcinoma esetből férfi volt 36, nő 27. A sarkomában férfi 3, nő 4. A carcinomák nagy része az 5—7. évtizedre esett. A sarkomák nagyobb fele az 1—2-ik évtizedre.

A rostasejti rákok nagyrészt adenocarcinomák, az arcüregi rákok basaljestes és laphámcarcinomák voltak. A 7 sarkoma megoszlása egy angio-, egy osteo- két óriássejtű és 3 kereksejtű sarkoma.

Röviden összefoglalva a fontosabb tüneteket, majd a kivetített röntgenfelvételek és az arcüregecsapolás jelentőségéről beszél. Érdekesebb eseteik röntgenfelvételeit demonstrálja. Feltünően sokszor észleltek melléküreggenyedést daganat kapcsán (26 esetben). Az állandó nyálkahártyaizgalom megindítója lehet a daganatos burjánzásnak. A daganatok kiindulása szerint 34 állcsonti rákot, két alkalommal a homloküregről és 27 esetben a rostasejtekből kiinduló rákot találtak. Sarkoma-esetekből 4 állcsonti, 2 rostasejti és 1 homlokürégből kiinduló volt. A 34 állcsonti rák 14 esetben (40.9%) okozott szemkidülledést, a 27 rostasejti rák 17 esetben (63%). Gyakrabban észlelték a melléküregek rossz, mint a jóindulatú daganatait. A daganatok kezelésében irányelvük a combinált műtét és sugárkezelés. Helybeli érzéstelenítésben végzik műtéteiket; ha altatni kénytelenek, intubatiós narkosis vagy elektromos szívógépet alkalmaznak. Kilenc esetben végeztek a műtét bevezetéseképen art. carotis externa lekötést. Ha a daganat nagysága és kiterjedése megengedi, *Denker* szerint, ha ez nem lehetséges, kívülről tárják fel szélesen a daganatot. 16 esetben részleges, 29 esetben pedig teljes állcsonti resectiót végeztek, az utóbbi alkalommal a rostasejteket is mindenkor kitakarítva. 31 szemkidülledéssel szövődött esetük is volt, itt a beteg látása és részben a műtéti lelet döntötte el, hogy a gyökeres műtéthez csatlakozott-e a szemgödri képletek teljes eltávolítása. Részletesen beszámol a klinikán használatos röntgen- és rádiumkezelés technikájáról, különösen kiemeli az üregbe bevitt nagyobb mennyiséget tartalmazó ú. n. radiumbomba jó hatását. Az áttételek és kiújulások kérdésének tárgyalása után a késői eredményeket ismerteti. 5 éven túl gyógyult eseteik száma meghaladja a 20%-ot.

Kelen Gy.: *Homloküregi csontdaganatok.* Négy homloküregi csontdaganat, ezekből három került műtétre, mindannyi sima gyógyulással. A szövettani lelet egyszer polypusos-genyes nyálkahártya közepette erősen regressiv csontképződmény, egyszer maximalisan fejlődésben, növekedésben lévő csontdaganatot mutatott, egyszer pedig olyan képet, mely hasonlított az otosklerosis végső stádiumát képező brecciára. Ezen utóbbi lelet azt mutatja, hogy az otosklerosishoz hasonló csontképződmény, máshol fejlődve, helybeli jelentőségű maradhat és az általa okozott panaszok gyökeres műtéttel megszüntethetők.

Bajkay T.: Az orr-, gége- és fülklinikán észlelt orrmelléküregi rosszindulatú daganatok eseteit ismerteti. A Highmor-barlangból kiinduló carcinoma miatt 9 beteget kezeltek. 4 beteg nem volt operálható. 2 esetben Denker-szerint feltárták a Highmor-barlangot és a daganatot kiirtották. 2 betegen partialis, 1 betegen totalis felső állcsontresectiót végeztek. 4 beteg egészséges, 1 esetben recidiva jelentkezett és halált okozott. 2 esetben a homlokürégből kiinduló rákos daganatot Moure-Denker-féle eljárás szerint irtották ki. A rostasejtekből kinduló sarkoma miatt az egyik betegen Denker Moure-féle. mütétet végeztek. A tumor teljes eltávolítása nem volt keresztülvihető és ezért rádiumot helyeztek az orrüregbe, melynek hatására a daganat eltünt. 2 ízben recidiva keletkezett, amely ismételt rádiumbehelyezésre visszafejlődött; ezenkívül röntgenbesugárzásokat is végeztettek. A beteg 5 éve recidivamentes. A másik betegen a sarkoma az orrbemenetet és az epipharinxumot kitültötte. A beteg a rádium behelyezése után meghalt. A rostasejtekből kiinduló carcinoma miatt 5 beteget kezeltek. 3 esetben a daganatot endonalis mütét útján kiirtották. 2 inoperabilis beteg röntgen- és rádiumbesugárzásban részesült. Szemüregi carcinoma esetében Killian-féle metszésből behatolva és a homloküreg felől az orrüreg felé communicatiót létesítve, átértek az orbitalis tumor kihámozására. 1 év múlva recidiva keletkezett, amely a Highmor-barlangot kitöltötte és áttört a lágyrészekbe. A tumor egyrészét excindálták. Rádiumkezelésre a daganat részben visszafejlődött, de később a bulbust dislocálta. Ekkor az orbitát és az os ethmoidalet Moure-szerint feltárták és a tumort kivágták. Három hónap múlva újabb recidiva miatt a bulbust enucleálni kellett. A beteg röntgen- és rádiumkezelésben is részesült, ami azonban a halált okozó recidiva kifejlődését nem tudta megakadályozni. A Szent Margit közkórház orr- és gégebetegosztályán egy esetben *Denker* szerint behatolva, sarkomát irtott ki, amely a jobboldali orrüreget, Highmor-barlangot, rosta- és ikületet kitöltötte, betört az orbitába és ráterjedt az agyalapra. Mütét után az exophthalmus visszafejlődött és a diplopia megszünt.

v. Tátrallyai Z. (ad. Kelemen): Előadónak azt az álláspontját, hogy a genyes sinusitissel szövődött osteoma esetében nem gondoskodott az orrüreg felé bő lefolyás biztosításáról, nem tudja magáévá tenni, mert véletlennek tulajdonítható csak, hogy a genyes sinusitis a külső drainage megszünése után meggyógyult, annak ellenére, hogy homlokorrüregi tág közlekedést létesiteni elmulasztotta. Genyes homlokürégggyulladás esetén — akár van mellette osteoma, akár nincs — a homloküreg és az orrüreg közötti bő közlekedésről elvileg gondoskodni kell; ez a genyes váladék lefolyását és a homlokürégnek orrfelőli öblítését van hivatva lehetővé tenni.

Pesti (ad. Szende): Előadó a chondromákat a jóindulatú daganatokhoz sorolta. 10 év előtt operált 60 év körüli nőbetegnél az állcsontüregből és rostasejtekből kiinduló almányi daganat szövettanilag chondroma malignumnak (chondrosarcoma) bizonyult.

Angyal (ad. Szente): Az ú. n. óriássejtű sarkomák, epulisok, amelyeket *Verebélji* újabban epuloidnak nevez, nem rosszindulatú daganatok. A sin. maxillaris átöblítésekor megtörténhetik, hogy a folyadékhoz friss vér keveredik, azonban hogy ha a folyadék vörhenyes sárgás színü, tehát régi vérzés nyomait mutatja (tumor szétesése következtében) ez már felkeltheti a rosszindulatú daganat gyanúját.

Szepessy (ad. Szende): Az I. sz. sebészeti klinikán 1937 december 31-ig előfordult 428 exophthalmusból 36 orrmelléküreg eredetű volt, ezek közül 17 bedomborodott, 19 betört a szemüregbe. Gyógyulás 5 év után az előbbieknél 27%, utóbbiaknál 0! Rádiumkezelés esetén fontos a kellő hozzájutás, esetleg nyilt kezelés, ami az üregi kezelés legnagyobb előnye.

Lénárt Z. (ad. Kelemen): Szintén azon nézeten van, hogy az empyema radicalis operatiójának elengedhetetlen feltétele a tág összeköttetés létesítése az orrüreg felé; e tekintetben mellékes, hogy az üregben csontdaganat is van, a fontos a fennálló chronikus melléküreggenyedés, amely a tennivalókat megszabja.

Pollatschek (ad. Szende): Az előadó által bemutatott érdekes esetek mind operabilisak voltak. A *Holmgren* és *Öhngren* esetei, melyekről *Szepessy* megemlékezett, tulajdonképen inoperabilis súlyos elváltozások voltak. Az eseteket ismeri és *Öhngren* is leírta ezeket. Plastikái is kitünően sikerültek. Ha ilyen súlyos esetekben kisebb neuralgiák fordulnak elő, ezek az eset súlyossága mellett eltörpülnek.

Szende (ad. Pesti): A chondroma szövetileg természetesen a jóindulatú daganatok csoportjába tartozik, csupán növekedése folytán válhatik rosszindulatúvá. (ad. Angyal): 22 hónapos gyermeken operált sarkoma-esetük kereksejtek sarkoma volt. Az arcöböl csapolásakor kapott vér egymagábannem lehet kórjelző, de alátámasztja a kórismét. Az előadás célja elsősorban a műtéti és sugárkezelés technikájának ismertetése volt.

Kelemen Gy.: A ductus nasofrontalis tágítása, sőt még felkeresése is arron meggondolással maradt el, miszerint a polypusos nyálkahártyagyulladás a csontdaganat képződését követő másodlagos jelenség lehetett; ez be is bizonyosodott, miután a tumor kiirtása óta, immár több mint 3 éve, homlokürégggyulladásnak nyoma sincsen.

Emlékeztető!..

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

***Vámossy* prof.**

VEGYES HIREK

Uj belgyógyászati osztály nyilt meg a Fasor sanatoriumban, amely alkalmazkodik a jelenlegi gazdasági viszonyokhoz a külföld mintájára, ahol kevésbbé tehetős betegek számára a magánklinikák egész sora áll rendelkezésre. Ez az új osztály a modern laboratoriumi vizsgáló módszerek minden eszközével fel van szerelve. Az orvosi munkát régi iskolája szellemében a volt Korányi-klinika orvosi karának egy része látja el.

Az első magyar Sportorvosi Congressust a Honvédorvosok Tudományos Egyesülete, a honvédorvosi tisztikar főnökének kezdeményezésére és irányitása mellett 1938 április 28., 29. és 30-án rendezi. — A congressus feladata elsősorban bemutatni azt, hogy a honvédorvosi tisztikar milyen sportorvosi munkát végzett, milyen tudományos és gyakorlati eredményeket ért el és hogy mennyiben járult hozzá hanvédségünk sportfejlődéséhez. Bizonyitani kívánja azt a nagy munkát is, amit a honvédelmi minisztérium a honvédorvosok sportorvosi kiképzésével és a sportorvosi vizsgálatokhoz szükséges felszerelések beszerzésével ért el. Mindezeket a honvédorvosok előadásaival, bemutatásaival és az összegyüjtött sport- és sportorvosi vonatkozású anyag kiállításával kívánja bizonyitani.

A congressuson a magyar egyetemek, a magyar sportorvosi intézetek, a székesfővárosi sportorvosi intézet és a külföldi meghivottak, előadók is katonai sportorvosi vonatkozású előadásokkal fogják a congressus sikerét és egységét biztosítani.

A congressus vitathemája: „A sportorvos feladata, különös tekintettel a sportok csúcsteljesitményeire és az 1940. évi olympiászra."

A III. Nemzetközi Rákellenes Congressus 1939 szept. 11—16-ig az Egyesült Államokbeli Atlantic City-ben (New-Jersey állam) a „Haddon Hall Hotel" helyisége ben lesz megtartva. A congressus elnöke *F. C. Wood dr.* lesz, a newyorki Columbia-egyetem rákkutató intézetének igazgató tanára. A congressus a következő osztályokat öleli fel magában: általános rákkutatás, biophysika, genetika, általános rákkórtan, sebészet, röntgendiagnostika, sugártherapia, rákstatistika és socialis nevelés. A részvételi dij 15 dollár. Megkeresések az *„Institute of Cancer Research, 1145, Amsterdam Avenue, New-York, N. Y."* intézhetők. Részletes ismertetéssel a congressus vezetősége később fog szolgálni.

Párisban megalakult az első franciaországi foglalkozási betegség kutató intézet.

A török kormány rendeletére a többgyermekes anyákat kitüntetik. Körülbelül 38.000 asszonyt, akik 6, vagy ennél több gyermeket hoztak a világra, pénzjutalomban részesitenek.

Psychastheniás és depressiós állapotok gyógykezelésére évek óta a Richter-féle pluriglandularis hormonpraeparatumokat, *a Hormogland T. O. S. H.* és *T. T. S. H.* készitményeket alkalmazza úgy injectió, mint tabletta alakjában. A betegeken a különböző kezelési módok nem vezettek sikerre és csak ez a pluriglandularis hormontherapia vezetett gyógyuláshoz, ill. javuláshoz. A legfeltünőbb 51 éves férfi esete, aki grippe fertőzés után keringési zavarokban betegedett meg. Congestiók érgörcsökkel váltakoztak, amelyek féle'mi- és megsemmisülési érzésekkel jártak; ezekhez még functionalis légzési nehézségek, beszédzavarok, étvágytalanság, lesoványodás, általános gyenyeség járultak. A végtagok mozgási nehézsége, szellemi levertséget és letargiaszerü állapotot okozott; amelyek még potentia-zavarokkal is jártak. A beteg 5 héten keresztül 3—4 dragée Hormogland T. t. S. H.-t kapott naponta, majd ezután 1 héten keresztül naponta 2 dragéet. Már a kezelés 2. hetében az általános állapot javulása következett be, a beteg hízni kezdett, az érelváltozások majdnem teljesen eltüntek, munkaképesség visszatért és a potentiazavarok is megszüntek.

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

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik március 8—14 között. Ez a hét is éppen úgy, mint a megelőző, csak kevés felsiklási frontot és igen számos betörési frontot hozott. Táblázatunk tanulsága szerint a betörési frontok iránt érzékeny individuumok márc. 9 reggeltől márc. 13 délig szinte megszakitás nélkül ismétlődő fronthatásoknak lehettek alávetve. Különösen erős volt a márc. 11-én délután, gyors egymásutánban érkezett két betörési front, melyek postfrontalis reactiói még az egész éjszakára kiterjedhettek. Egyes megfigyelések arra a feltevésre vezettek, hogy sürü egymásutánban érkező frontok hatása culminálódhat és ilyen alkalommal a gyengébb átvonulások is jelentékeny reactiót válthatnak ki. E feltevés ellenőrzésére a márc. 9—13 időszak alatt végzett betegmegfigyelések adatai kedvező alkalmat fognak szolgáltatni. A frontátvonulások részletes jegyzéke a következő táblázatban található:

	Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
	hó	nap	óra			
Március	9	1		felsiklási	gyenge	Felhőátvonulás, eső nélk.
	9	6		betörési	gyenge	Szélelenküles,
	9	10		betőrési	mérsék.	Szélvihar max. seb. 24 m/mp.
	9	20		betörési	mérsék.	Szélvihar max. seb. 23 m/mp.
	10	9		felsiklási	mérsék.	Felhőátvon.
	10	10		betörési	mérsék	Eső nélkül, max. szélseb. 25 m/mp.
	11	3		betörési	gyenge	Kis zá o eső csak mérs. szél.
	11	17		betörési	erős	Erős postfr. lehülés, max. seb. 18 m/mp.
	11	20		betörési	erős	Szélbet eső nélkül 19 m/mp
	12	3		betörési	mérsék.	Szélbet eső nélkül 18 m/mp.
	12	5		betörési	mérsék	Szélbet eső nélkül 19 m/mp.
	12	12		betörési	gyenge	Kis hózápo
	12	16		betöregi	gyenge	Szellők., max. seb. 13 m/mp.
	13	11		betörési	gyenge	Felhőátvonulás, néhány helyen hózápor
	14	21		felsiklási	gyenge	Felhőrendek átvonulás szines holdgyürü

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet önirő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1938. évi 10. számban.

HETIREND

Március 21-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör üléseː *Semsey Géza:* Husmérgezések. Járványos száj- és körömfájás.

Március 22-én este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó üléseː *Friedrich László:* A gyomortükrözés gyakorlati alkalmazhatóságáról.

Március 22-én d. u. ½7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztálya üléseː (Orr-, gége- és fülklinika). Bemutatások: *Angyal F.:* Hangszálag elhalás panmyelophthisis esetében. *Szekér J.:* Négy év előtt operált szájpadrák. *Compán A.: a)* Meggyógyitott oesophago-trachealis sipoly; *b)* Gégekiirtás kapcsán támadt heveny állcsontöbölgenyedés. *Boskovitz Gy.:* Nyelvgyöki struma — teljes pajzsmirigyhiánnyal. *Bock T.:* Tuberculosis és lues együttes megjelenése az orrban.

Március 23-án d. u. 6 órakor: a Közkórházi Orvos-Társulat üléseː (Királyi Orvosegyesület Semmelweis termében). Bemutatások: *Torday Árpád:* Atypikus leukaemia. *Cser Lajos: a)* Lupus erythematodes esete; *b)* Lues II. recidivans. *Dabasi Halász György:* Empyemával szövődött tüdőtályogok. Előadás: *Patyi István:* A légmell kezelés kapcsán jelentkező exsudatumokról.

Március 24-én este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság üléseː (Poliklinika üléstermében): *Holitsch Rezső:* Technikánk és tapasztalataink a rosszindulatú daganatok besugárzásában; *Lichtenstein Béla:* A gégerák röntgentherapiájáról.

Nagy, környéken egyedülálló, négyféle pénztári szerződéssel bíró, **jól felszerelt magánkórház** családi okokból sürgősen **eladó.** Megkereséseket: „15.000.— pengővel átvehető" jeligére a kiadóba kérem.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Sedativum: **ALBROMAN** -CHINOIN tabl. 10 darab P 1·10, 20 darab P 1·50

Hypnoticum: **SOMBEN** -CHINOIN tabl. 10 darab P 1·80, 20 darab P 2·90

Az emésztési és bélanyagcserezavarok kezelésére

Intestinol

„Henning"

Adagolás:
háromszor naponta
2—4 dragée

Összetétele:
Pankreas — duodenum nyálkahártya — epesav — aktiv szén

Magyarországon 1933 febr. 27-tól márc. 5-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	infuenza complic	Malaria	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	M	Mb	Mt	Mb	Mo	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	—	—	—	1	1	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	4	1	—	—
3. Baranya	251.8 4	6	2	—	—	1	—	2	—	7	1	—	—	—	—	—	—	11	2	1	2	2	—	—
4. Békés	337.414	2	—	—	—	—	—	13	2	2	—	—	—	—	—	—	—	6	5	1	12	—	—	—
5. Bihar	181.746	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	—	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308 581	2	—	—	—	1	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	18	—	2	25	—	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174 806	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	3	—	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.470	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	11	5	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1	—	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	—	—	4	1	3	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	1	1	—	—
12. Heves	323.712	3	—	1	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	—	—	48	6	1	4	—	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	1	—	—	—	—	—	7	1	6	—	—	—	—	—	—	—	56	4	3	11	—	—	—
14 Komárom-Esztergom	182.975	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	5	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	4	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	3	—	—	—	3	—	26	—	54	—	—	—	—	—	—	—	425	12	30	8	—	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	1	—	4	1	8	—	—	—	—	—	—	—	18	12	8	2	4	—	—
18. Sopron	142 399	2	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	83	1	—	—	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424 669	5	1	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	1	—	—	—	11	7	1	4	6	—	—
20. Szatmár-Ugocsa-Bereg	159 705	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	4	—	—
21. Tolna	265.884	6	1	—	—	1	—	7	—	13	—	—	—	—	—	—	—	9	4	4	1	—	—	—
22 Vas	272 599	2	1	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	2	7	3	—	1	—	—
23. Veszprém	248.310	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	2	2	1	—	—	—
24. Zala	369.469	1	—	1	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	12	—	4	22	9	—	—
25. Zemplén	149.916	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	2	—	20	4	—	2	4	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	3	—	—	—	4	—	32	1	105	—	—	—	—	—	—	—	638	56	21	6	—	—	—
III. Debrecen	125.368	1	—	—	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	6	1	—	2	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	—	—	—	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	1	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	4	—	—	—
X. Szeged	139 702	1	—	—	—	1	—	6	1	4	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	2	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—
Összesen:	8,991.179	49	6	2	—	15	1	166	11	255	2	3	—	1	—	2	—	399	152	112	137	34	—	—
Medián 1931—37		45	6	1	—	8	—	271	25	223	2	1	—	1	—	1	—	572	140	130	143	2	—	—

CAPHOSEIN

Krompecher tápszer- és gyógyszeripari Kft., Budapest, V., Nádor-utca 15.

Magas calcium- és phosphortartalmú casein.
Dyspepsiák gyógyítására.
Súlyszaporodás megindítására
csecsemők elegendő anyatej melletti súlystagnálása esetén.

Cystitis

pyelitis

új therapiája:

MANDURIN CA

(ha ureumbontók, coli tiszta-vagy társfertőzései okozzák)

Íztelen tabletták!

CERTA Gyógyszerészeti Laboratorium R.T.

Budapest.

Calcium-Resorpta

Egyénileg megszabott calcium-kezeléshez
két erősen felszívódó, jó hatásu alakban.
Calcium-Resorpta syrup ára ---------- P 2·50
Calcium-Resorpta dragée (75 szem) ára P 4·—

Magyarországi vezérképviselet: Dr Haas Miklós „Kereszt" gyógyszertára,
Budapest, VII., Rákóczi-ut 88.

GEHE & CO., A.G. — DRESDEN-N. 6

KATONYL DR. DEÉR

Ujabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült
GENERÁLIS ROBORÁNS

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

Az ujjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt
Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)
Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.
Felvilágositást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest. I., Döbrentei-tér 9.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS.

82. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1938 március 26.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Schlossberger János: A fertőzőbetegségek chemotherapiájának általános alapelvei. (281—285. oldal.)
Lehoczky Tibor: Abortiv polioenkephalitis inferior botulismus következtében. (285—286. oldal.)
Szép Jenő: Adatok a Fox—Fordyce-féle betegség kóroktanához és orvoslásához. (286—289. oldal.)
Horn Zoltán: A hosszú hatástartamú zink-protamin-insulinról. (289—292. oldal.)
Büchler Pál és Szepesi János: Tapintási érzékcsalódások származástanához mérgezéses elmebajokban. (292—294. o)
Mosonyi Albert: Az ankylostomiasis tünettanához. (294—296. oldal.)
Unghváry László: A liquor vizsgálatokhoz szükséges aranysol készítésének egy új változata. (296—297. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (297—299. oldal.)
Könyvismertetés: (299—300. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (300—301. oldal.)
Schaffer Károly: † Somogyi István. (301. oldal.)
Sümegi József: Megjegyzések Egedy dr.-nak a szénsavas fürdők hatásáról irott közleményére. (302. oldal.)
Vegyes hirek: (302—304. oldal. és a borítólap III. és IV. o.)

A fertőző betegségek chemotherapiájának általános alapelvei.

Irta: *Schlossberger János dr.* egyetemi tanár,
a berlini Koch Róbert intézet osztályigazgatója.

(Klinikai előadás.)

Tekintettel arra, hogy a chemotherapia az utolsó három évtizedben a fertőző betegségek gyogykezelése terén mind jelentősebb szerepet tölt be, a vegyi gyógytényezők hatásmódjának kérdése nem csak elméleti szempontból tarthat számot érdeklődésünkre, hanem messzemenő gyakorlati jelentőséggel is bir. A vegyi gyógytényezők hatás módjáról szerzett ismeretünk ugyanis nemcsak a további kutatás irányát szabja meg, hanem az idetartozó gyógyszerek klinikai alkalmazását is alapvetően befolyásolja. Ennek a kérdésnek áttekintéséhez szükségünk van a fertőzőbetegségek leküzdése terén rendelkezésünkre álló lehetőségek rövid összefoglalására. Ha mellőzzük e helyen a fertőzési góc gyökeres eltávolításának lehetőségét és csak a konzervativ eljárásokkal foglalkozunk, akkor a fertőző betegségek gyogyítását elméleti szempontból háromféle módin képzelhetjük el.

Ezek gyógykezelésének egyik módja az, hogy a szervezet ellenállását igyekezzünk támogatni valamely beavatkozással pl. aktiv immunitással. Ezt a módszert elsősorban nehány krónikus fertőzőbetegségnél, — pl. a tuberculosisnál — vették igénybe. A specifikus oltóanyagok alkalmazásán kivül ide sorozhatók mindazok az eljárások, melyek nem specifikus hatással az immunitás fokozására törekesznek, mint pl. a hygenikus-dietaetikus kezelés, hydrotherápiás eljárás, sugár — inger— láztherapia stb.

Ezek a gyógykezelési eljárások azzal a ténnyel számolnak, hogy idült fertőző megbetegedésekben az aktiv immunizálódás folyamata pang. Máskülönben — mint *Neufeld* hangsúlyozza — minden fertőző betegségnek, ha nem vezet gyorsan halálhoz, autoimmunizálódás révén, mentességet hagyva maga után, gyógyulással kellene végződnie. Általában azt mondhatjuk, hogy a chronikus fertőző betegségek kórokozói aránylag gyenge virulentiájúak és ezek a gyenge virulentiájú csírák, különösen ha nagyobbfokú szerzett ellenállóképességgel kerülnek szembe, csekély antigenhatást tudnak kifejteni. Ezért van az, hogy idült fertőző megbetegedésekben az activ immunizálódás aránylag későn áll be és alacsony fokon marad. Az acut fertőző betegségekben észlelhető ú. n. „sterilizáló immunitás" a chron. fertőző megbetegedésekben nem szokott bekövetkezni, vagyis az ilyen kórfolyamat természetes gyógyulása nem jár a szervezetben lévő valamennyi csíra elpusztításával, hanem mindössze annyiból áll, hogy a pathogén csirák és a szervezet között bizonyos egyensúlyt teremtődik. Ez az állapot természetszerüleg ingadozó és belső vagy külső hatások közbejöttével a fertőzés ujrafellángolásának veszélyét állandóan magában rejti.

Világos, hogy az a kezelési eljárás, mely a szervezet erősítésére törekszik vagy az antitestképződés helyének és a cellularis védelmi ingerek szervének tekintett u. n. reticuloendotheliális sejtrendszer működésének fokozását célozza, a szervezet specifikus védelmi ingereire hat és ezáltal igyekszik előmozdítani valamely fertőző megbetegedés gyógyulását, legjobb esetben a természetes gyógyulásnak megfelelő, már említett egyensúlyi állapotot tudja csak megteremteni, azaz csupán klinikai és nem bakterologiai értelemben vett gyógyulásra számithat. Világos, hogy az ilyen eljárások gyógyhatásának eredményes volta nagymértékben függ nemcsak az egyéni különbségektől hanem a védekezőképesség időnkint beálló ingadozásától is. Heveny fertőző betegségekben alig kell az ilyen ingadozásokkal számot vetnünk, mivel ilyenkor a szervezet ellenállása a fertőződés következtében amugy is maximumára fokozódik és igy további fokozása esetleg kellemetlen következményekkel járhat.

A fertőző betegségek therapiájában a második kezelési lehetőségnek — melyre újabban *Jancsó M.* és *Jancsóné* (1935) mutattak reá — szintén a pathogén csirákra kifejtett indirekt hatás a lényege. Ez az indirekt hatás a „táptalaj elrontásának" megkisérléséből áll és a fenti szerzők „atreptikus" hatásnak nevezik. A germanin hatásmechanizmusára vonatkozó kisérletekre támaszkodva, amely kisérletekre később visszatérek és amelyekből kitünik, hogy ennek a készitménynek a trypanosomák ellen kifejtett hatása abból áll, miszerint a trypanosomasejt

*) Előadta Budapesten, 1937. május 26-án a Magyar Higienikusok Társasága ülésén.

cukorértékesítő képességét megbénitja, szerzők a guanidinderivatumok hatását tették vizsgálat tárgyává és azt találták, hogy ezekkel — különösen a synthalin-nal (dekamethylendiguanid) — elért vércukorcsökkenés a trypanosimák szaporodásának meggátlásához, sőt bizonyos körülmények között a parazitáknak a vérből teljes eltünéséhez vezethet. Ezen rendkivül tanulságos leletből arra következtethetünk, hogy egyéb, a paraziták táplálékául szolgáló avagy légzéséhez szükséges anyagokat elvonó anyagok hasonló gyógyhatást tudnak kifejteni. Feltehető, hogy e jelenségek további tanulmányozása gyakorlatilag is értékesíthető eredményekre fog vezetni.

Dacára annak, hogy *Jancsó* és *Jancsóné* leletei szerint a germanin és synthalin alkalmazásával trypanosomával fertőzött egéren ugyanezt az eredményt sikerült elérnünk, a hatásmechanizmus itt mégis teljesen különböző. Amig ugyanis a guanidinderivatumhoz hasonló hatóanyagok elvonásával a trypanosoma-protoplasmában anyagcserezavarokat okozhatnak és ezáltal másodlagosan protoplasma-oszlást gátolják, tehát — mint mondottam — közvetve hatnak, addig a parazitáknak a germanin alkalmazása után fellépő anyagcserezavara annak a következménye, hogy a trypanosomasejt a germanint megköti miáltal a zimáze elveszti hatóerejét és nem képes a rendelkezésére álló cukrot felhasználni.

Ezzel azonban reátérünk a fertőzőbetegségek gyógykezelésének harmadik utjára, amelyen a syphilis therápiája már évszázadokkal ezelőtt eredményesen haladt — természetesen akkor még öntudatlanul — s amelynek lényege, hogy a kórokozóra, illetve az általa képzett toxinra közvetlen hatást igyekezzünk gyakorolni. Ilyen hatás elérése csak úgy képzelhető el, ha olyan hatóanyagok állnak rendelkezésünkre, melyek a szervezet sejtjeivel és nedveivel szemben lehetőleg közömbösek maradnak, de elektive hatnak a betegség okozójára. Ennek a követelménynek ideálisan megfelelnek az antitestek, melyek a beteg szervezetben kifejezett specificitásuk révén csupán a kórokozó csirákkal, illetve azok mérgével szemben lépnek akcióba.

A passiv immunizálási eljáráshoz füzött remények azonban a serumtherapia, különösen a *Behring*-féle diphtheriaserum bevezetése után csak részben valósultak meg. Amig ugyanis némely, különösen az u. n. toxinképző bakteriumok okozta fertőző betegséggel szemben kiválóan hatásosnak bizonyult a specifikus serumok alkalmazása, addig az idült fertőző betegségekben, mint ismeretes, nem sikerült ezzel a módszerrel jelentős eredményeket elérnünk. Számos kisérlet dacára mindezideig nem tudtunk előállítani olyan gyógyserumot, amely a tuberculosissal, a syphilisel vagy a leprával és hasonlókkal szemben hatékonynak bizonyult volna. Mivel az immunizálódás ezen betegségekben nagyrészt cellularis, minek folytán specifikus parazitaölő immunanyagok a vérben vagy egyáltalában nem képződnek vagy csak igen csekély mennyiségben, nem sok reményünk lehet arra, hogy ezen a téren még jelentős előhaladást tegyünk.

Ezzel szemben kitünt, hogy különösen bizonyos fertőzőbetegségekben, — igy elsősorban syphilisben, — a serumtherapiához elvileg közelálló chemotherapia az, amely módot nyújt arra, hogy hatásos eljárások birtokába jussunk. Mig ugyanis a serumtherapia arra törekszik, hogy a szervezetben élősködő kórokozókat, ill. azok mérgét az erősen specifikus, de összetételükben még ismeretlen antitestek utján befolyásolja; a chemotherapia lehetőleg specificus, de vegyileg elemezett tényezők révén igyekszik a betegségokozó ágensre közvetlen hatást gyakorolni. A chemotherapiához hasonlóan, a serumtherapia is nyilvánvalóan azon alapszik, hogy a különböző élőlények test anyaguknak megfelelően és anyagcseréjük szerint is különböznek egymástól. Mivel a kórokozó protoplasmája másféle affinitással bir, mint a gazda-szervezet alkatrészei vagy mivel a makro- és mikroorganizmusok között az anyagkicserélést illetőleg különmbségek állnak fenn, módunk van reá, hogy a beteg szervezetében élő parazitákra elektiv hatást fejtsünk ki.

A chemotherapia mibenlétének ezen meghatározásához, mint a továbbiakból is látni fogjuk, feltétlenül ragaszkodnunk kell. Vegyi anyagok, melyeknek hatásmechanizmusa nem felel meg a fenti definitiónak, amelyek tehát csakis közvetett uton tudják a fertőzést befolyásolni, nem tartoznak a chemotherapia gyógyszereinek körébe, inkább az u. n. roboráló, az ellenállóképességet fokozó, protoplasmaactiváló gyógyszerek közé sorozandók. A vegyi úton megindított gyógyulási folyamat esetében — amire a továbbiakban is utalni fogok — a beteg szervezet védekezése, ill. az immunizálódás folyamata nem játszik ugyan jelentéktelen szerepet, de a chemotherápiában csak a védőreakciók nem elsődleges, hanem kifejezetten másodlagos jelenségek, melyek csak a vegyi hatással megindított küzdelemhez társulva lépnek akcióba és a gyógyulás folyamatát csupán meggyorsítják, illetve befejezik.

Mig a serumtherapiát illetőleg valamennyi szerző megegyezik abban, hogy itt a gyógyhatás a szervezetben vegetáló kórokozókra illetve azok toxinjára a bevitt immunanyagok által gyakorolt befolyáson nyugszik, a vegyi specifikus, közvetlenül a szervezetbe került mikrobákra gyakorolt hatását néhány szerző még nem tartja bebizonyitottnak, sőt valószinütlennek, vagy éppen kizártnak véli. Nézetük szerint ezek hatása közvetett és úgy gondolják, hogy azok csak a sejtekben kezdik meg működésüket kifejteni. Ezek szerint a chemotherapia lényege tulajdonképen az u. n. ingertherapiával volna azonos. A különböző vegyi szerek hatáskülönbségét ennek a felfogásnak a hivei (pl. *Seiffert*) azzal magyarázzák, hogy a gyógyanyagok a reájuk jellemző módon inditják meg az antitestképzést. E feltevésre később visszatérek, azonban már most megjegyezhetek annyit, hogy hijával van mindennemű kisérleti alapnak, sőt ellentétbe került a kisérleti alapon eddig nyert tapasztalatokkal.

A kutatás mai állása szerint kimondhatjuk, hogy a különböző gyógyszercsoportok között, melyek egyrészt a szervezetre, másrészt a kórokozóra hatnak, elvi jelentőségü különbségek észlelhetők. Mig ugyanis azok a készitmények, melyeknek gyógyhatása a szervezetnek a védekezésre való áthangolásából áll s a szervezetet fokozottabb munkára serkentik, addig az aetiotrop szerek, tehát az antitestek és a vegyi anyagoknak hatásmechanizmusa azzal, hogy a kórokozót támadja meg, a szervezetet bizonyos mértékben a védekezés munkájának terheitől mentesíti, mert a test sejtjei a meggyengült kórokozókkal könnyebben tudnak végezni. A kétféle gyógykezelés között azonban még egy alapvető különbség van. Már emlitettem, hogy idült fertőzőbetegségekben pl. az ingertherapia segitségével a legjobb esetben annyit tudunk elérni, hogy a kórokozók és a szervezet között a természetes gyógyulásnak megfelelő eredményként bizonyos — labilis — egyensúlyt teremtünk. Ezzel szemben a chemotherapia azáltal, hogy a szervezetnek a kórokozóktól való tökéletes megszabadítására törekszik, többre hivatott a természetes gyógyerőnél. Utalhatok itt reá, hogy ezt a célt néhány idült fertőző betegségnél, — igy pl. elsősorban a syphilisnél a salvarsan a malariánál pedig a synthetikus készitmények, a plasmochin és atebrin alkalmazása révén — már sikerült elérnünk. De azokban a betegségekben is, melyekkel szemben még nem állnak ilyen hatékony, anyagok rendelkezésünkre, az említett egyensúlyi állapotot a chemotherapia gyorsabban, kiméletesebben és biztosabban

teremti meg, mint azt az ingertherapia kevésbé megbízható módszereivel elérnünk sikerül.

Arra nézve, hogy az igénybe vett vegyi anyagok egész soránál a gyógyhatás a kórokozóra gyakorolt közvetlen befolyáson alapszik, számos bizonyíték birtokában vagyunk.

Elsőnek utalhatok itt a vegyi anyagoknak sokszor majdnem percnyi pontossággal bekövetkező hatására. Abból ugyanis, hogy pl. egy trypanosomával fertőzött egérben még néhány órával a biztosan bekövetkező halál előtt vagy olyan egér és tyuk vérében, melyben hemzsegnek a spyrochaeták, bizonyos vegyszerek megfelelő adagolása a parazitákat vérből teljesen el tudja tüntetni, aligha következtethetünk arra, hogy itt az immunanyagképzés serkentéséről lehet szó. Annak a lehetősége is, hogy a solganal nevű aranykészítménnyel az ú. n. agyperistens recurrens törzsel fertőzött patkányban és egérben agysterilizátiót tudunk végezni — habár az antitestek a vér és gerincagy közti akadályon áthatolni nem tudnak — arra utal, hogy a gyógyhatás ebben az esetben nem a szervezet védelmi reactiói utján áll elő. Az említett feltevéssel egyébként nem hozható összhangba a chemoterapeutikus szerek prophylaktikus hatékonysága sem, hiszen specifikus reactiók csakis a megfelelő antigen jelenléte mellett léphetnek fel a szervezetben. Azonkivül, ha a vegyi gyógyhatás létrejöttét kizárólag immunizálódási folyamatnak akarnók tekinteni, a logika megkövetelné annak feltételezését is, hogy valamennyi vegyszer — pl. a germanin, az arsen és antimonkészítmények a trypanosomákkal szemben; a salvarsan és az aranykészítmények syphilis és visszatérő láz eseteiben, — a szervezetből egymással azinos reactiókat fognak kiváltani, mert alig hihető, hogy a szervezet ugyanazon fertőzésre minőségileg különböző módon feleljen. Ennek feltevése azonban a kisérleti és klinikai kutatás eredményeivel tökéletes ellentmondásba kerülne, mert általuk bebizonyítást nyert, hogy a különböző fertőzésekkel szemben hatásos anyagok hatásmechanizmusa egymástól teljesen eltérő lehet.

Megemlithetjük azt is, hogy az ide sorozható anyagok gyógyhatása maximumáig fokozható az adag emelésével és ez a maximális hatás a gyógyanyag mennyiségének további növelését is kibirja, mig a szervezet ellenállását kiváltó szereknek — mint már jeleztem — meg van az optimális adagjuk és ezen adag fokozásával az u. n. „kontraeredmények" jönnek létre. Ebben a tekintetben csupán *Walbum*-nak a bakteriális fertőzésekben alkalmazott fémsókról szerzett észleléseire utalok, — melyeket ugyan megismételni nem sikerült, — s az ingertherapiára vonatkozó számos közleményre hivatkozom. Az ingertherápiában ugyanis jólismert jelenség, hogy bizonyos készitmény nehény betegen kedvező eredményt fejt ki, mig másokon hatástalan vagy épen káros, amiért kétségtelenül nem magában a reactio fokát tehetjük felelőssé, hanem az valószinüleg az adagolás és a szervezet reagálóképessége közötti viszonytól függ. Habár a vérkép felállítása és bizonyis labilitási reactiók némileg tájékoztatnak is az adagolás felől, a siker még mindig sokban függ jórészt ellenőrizhetetlen véletlenség közbejöttétől. Amig az ingertherapia sikerét sok esetben befolyásolják a véletlenségek, addig a chemotherapiában nincsen a gyógyhatás ilyen mértékben alávetve a szervezet egyéni ingadozásainak; kontraeffektust csak túlnagy adagokkal szemben látunk, amelyek már toxikusan hatnak a fertőzött szervezetre és azt a gyógyulás folyamatából kizárják. *(Pfeiffer* és *Tatum.)*

Említésre méltó e helyen még a vegyi gyógyhatásnak a szer kémiai összetételétől függősége, ami szintén nehezen hozható összhangba a vegyi szerek közvetett hatásának hypotézisével. Példaképen egyrészről a germaninban levő methyl-csoportot említem, melynek megváltoztatása (az u. n. Isogermanin) vagy kihagyása egéraganával szemben egy csapásra leszállítja a chemotherapiás indexet, másrészről arra a fontos szerepre hivatkozom, melyet a phenylarsinsav gyógyhatásában az alkatrészek betöltenek. Egyik legjobb példaként felhozható itt az a lelet, hogy a 10 isomer monoxy-monamino-phenylarsinsav közül a 2-oxy -4 aminophenyl -1 arsinsav adja a trypanocid hatás maximumát és a 3-amino -4- oxyphenyl -1- arsinsav, melyből a salvarsant vezetjük le, a spyrochaeticid hatásmaximumát képviseli. Az elsőnek említett vegyszer acetylálása révén kapjuk a *Foureau* és társai (1923 és 1926) által előállított orsanint (2-oxy -4-acetaminophenyl -1- arsinsav) ami jelentős fokozását mutatja a trypanocid hatásnak, mig az ugyanezen beavatkozással előállított második készítmény a stovarsol néhány spyrochaetafajjal szemben még hatékony, de trypanocid erejét már elvesztette. Feltünő emellett, hogy az *Ewins* és *Everett* által megvizsgált és cylosan-nak elnevezett mononatriumsója a 3-oxo 1, 4 benzinoxsazin -6-arsinsavnak, mely összetételében hasonló a stovarsolhoz, csupán 2 H-atommal kevesebbel bír, ellentétben a stovarsolhoz jelentős gyógyhatást fejt ki trypanosomafertőzés eseteiben. Említésreméltó még, hogy arsacetinhez (acetylatoxyl, mononatriumsóia a 4 acetylaminophenyl -1-arsinsavnak) amely készítmény *Ehrlich* vizsgálatai szerint trypanosomákkal szemben kevéssé hatásosnak bizonyult, 2- hydroxylcsoport hozzáadására a fentemlített erősen trypanocid orsanint adja, míg ha ugyanezt az eljárást végezzük a *Jacobs* és *Heidelberger* által előállított, *Brown* és *Pearce* által kisérletileg kipróbált tryparsamiddal (a p-arsinsavphenylglycinamid monanatriumsója) a készitmény trypanocid hatásának gyengülését látjuk. *Fourneau* és munkatársai szerint is (1933) a phenylarsinsav molekuláihoz adott 2. arsinsavmaradék hozzáadásával előállított phenyldiarsinsavak (mint pl. 4- aminophenyl- 1.2 diarsinsav és 4-oxy-amynophenyl 1.2 diarsinsav a laboratóriumokban használt trypanosomatörzsekkel szemben (Nagana, Dourin stb.) hatástalanok, de kifejezett gyógyhatásuak monarsinsavakra nem reagáló „trypanosima congolense" eseteiben. Ez a körülmény szintén arra utal, hogy a vegyi készítmények gyógyhatása fertőző megbetegedésekkel szemben a molekulák configuratiojától függ.

Közömbös itt, hogy *Ehrlich* felfogása szerint a készitmények molekuláinak csoportképződése-e az ami a specifikus hatást bizonyos kórokozókkal szemben kiváltja avagy fizikai tulajdonságuk — melyek vizsont szintén a kémiai kötődésektől függhetnek — játszék-e ebben a főszerepet. A kiválasztott néhány példa, melyekhez hasonlókat még nagy számban tudnánk felsorolni, kellő bizonyságát adja annak, hogy a gyógyanyagok molekularendszerének legkisebb módisitására a gyógyhatás gyökeresen megváltozhat. A közvetett gyógyhatás hiveinek feltételezése szerint azonban annak is meg kellene hogy legyen a lehetősége, hogy valamely készítmény, amely pl. csak bizonyos trypanosomafertőzés esetében hatásos, csekély változtatással, mondjuk egy spyrochaetafertőzés spyrochaetafertőzés esetében is megindítaná az immunizálódás folymatát. Erre a feltevésre azonban nincs támpont.

Az a megállapítás, hogy a manifest syphilis fertőzési esetek prompt gyógyitásához megkívánt higany és salvarsanadagok gátló hatást gyakorolnak az immunitás kifejlődésére *(Frei, Brown* és *Pearce)* szintén egyenes ellentmondásban áll a feltevéssel, hogy a vegyi szerek gyógyhatása a szervezet ellenállóképességének támogatásából

áll. Mindenekelőtt pedig a gyógyszerállóság és interferentia azok, amelyek a legvilágosabb bizonyítékai közé tartoznak a chemotrop gyógyszerek közvetlenül a kórokozóra gyakorolt hatásának.

A *Franke* (1905) és *Browning* (1907—1908) által *Ehrlich* laboratoriumában trypasonomákkal folytatott kisérletezés közben észlelt és azóta sokak által megállapított „gyógyszerállóság" mibenléte a kórokozónak valamely hatékony gyógyszer fokozódó adagolása következtében beálló biológiai átalakulása, mely az érzékenység csökkenésére, vagy teljes megszünésére vezet, nemcsak a megfelelő hatóanyaggal, de a vele egy csoportba tartozó vegyületekkel szemben is. A trypanosomáktól eltekintve, melyek eme vizsgálatokhoz előszeretettel vétetnek igénybe, sikerült egyéb, más osztályhoz tartazó kórokozókat, így elsősorban spirochaetákat, proteosomákat és bakteriumokat is rendszeres kezeléssel bizonyos hatóanyaggal szemben megerősíteni. Az, hogy a gyógyszerállóság nemcsak a kérdéses parazitatörzs kitenyésztése után marad fenn, hanem természetes passage után a gazdaszervezeten át is fennmaradhat, sőt *Yorke* és munkatársainak megfigyelése szerint in vitro, tehát az állati szervezeten kívül is megszerezhető bizonyítja, hogy ez a jelenség független a gazdaszervezettől és egyedül a csirasejtek örökölhető alkati változásán nyugszik. *Jancsó M.* beható kutatása, *Yorke Murgatroyd* és *Hawking* szerint ez valószínüleg abban áll, hogy az egyébként hatékony anyagokat a megszilárdult paraziták már egyáltalában nem, vagy csak csökkent mennyiségben veszik fel. Így *Jancsónak* sikerült photodynamikai mérésekkel, chemiai analytikával és filtrált ibolyántúl megvilágításban végzett górcsövi vizsgálatokkal kimutatnia, hogy a trypanocid hatású akridin, pyronin és styrylchinolin-derivatumokat a normalis paraziták megkötik, de a megszilárdultak már nem. *Yorke* és munkatársai viszont kimutatták, hogy a normalis trypanosomák reducált tryparsamidethioglykolat oldatból a hatékony anyagot magukhoz ragadják, úgy hogy a paraziták centrifugálása után a hatóanyag teljesen eltünt a folyadékból, míg ha atoxyl-álló trypasonomákkal kisérleteztek, ez a jelenség nem mutatkozott. Kisérleteket végeztek még ezirányban *Fischl* és *Schwenk* akridinfestékkel (trypaflavin, atebrin) és egy styrylchinolinderivatummal, *Jadin,* valamint *Hawking* trypaflavinnal. Az előbbiekhez hasonló eredmény ket kaptak. Eszerint a trypasonomák szerzett gyógyszerállósága öröklődő, állandósult csökkentsége az ingersejtek permeabilitásának a megfelelő hatóanyaggal szemben és nem a közvetett hatásmód hívei szerinti „antitestállósága" a kórokozónak.

Emellett szólnak *Browning* és *Gulbransen* (1922, 1927) első közlései, az ú. n. „interferentiás phenomaen"-re vonatkozólag. E két szerző kisérleti eredményei szerint pl. parafuchsinnal előzetes kezelésben részesített trypanosomák átmenetileg nem voltak befolyásolhatók akridinfestékkel, trypaflavinnal, vagy egyéb trypanocid anyagokkal. Valószínűleg azért, mert a hatóanyag az ingertestekbe már csak kis mennyiségben, vagy egyáltalán nem tudott behatolni, avagy *Jancsó* és *Jancsóné* feltételezése szerint azért, mert az előkezeléshez használt vegyszerek a trypanosomákban, mint hydrogenacceptorok és segitő katalysatorok hatnak és így a parazitákat az intoxicatióval szemben megvédelmezik. Nemrégiben sikerült munkatársamnak, *Bau*-nak visszatérő láz- és syphylis-spyrochaetáknál is interferentiás phaenomänt kiváltania. Kiderült, hogy egy európai recurrens-törzzsel inficiált egereken és syphilises házinyulakon a solganal aranykészítmény gyógyhatása brillantzölddel előzetes kezelés után részben, vagy teljesen kimaradt, míg a neosalvarsan gyógyhatását a tryphenylmethan festék nem változtatta meg.

A rendelkezésünkre álló kisérleti adatokból feltételezhetjük, hogy a fertőző betegségek chemotherapiás úton bekövetkező gyógyulási folyamata, — hasonlóan az antitestképződés folyamatához, — több egymástól eléggé élesen különválasztható stadium complexuma. A protozoalis és bakterialis fertőzések esetén ezt úgy képzeljük, hogy a gyógyulás folyamatának első phasisában a parazitasejtek felveszik a gyógyanyagot, amidőn chemiai affinitások mellett valószínüleg physikai momentumok is szerepet játszanak. Ekkor következik be a tulajdonképeni toxikus hatás, melyet a megkötött anyag a csírasejtekre kifejt, ami a fermentativ folyamatok vagy a szaporodás zavaraiban jelentkezik. Igy pl. *Jancsó* és *Jancsóné* (1934, 1935) részben *Issekutz* régebbi adatainak megerősítéseképen kimutatták, hogy a germanin specificus mérge a trypanasomák szénhydrátanyagcseréjének; azáltal, hogy közvetlen úton megbénítja az ingersejtekben a cukorfelhasználódást, — szerzők feltevése szerint — a paraziták élettfunctióiban beálló másodlagos zavarok a kórokozó osztódását és degenerálódását okozzák. Az erjedési processusok mellett arról is szó lehet, hogy a vegyi anyagok, mint pl. a salvarsan és a trypaflavin a paraziták légzésére és oxydatiójára hatnak.

Míg néhány vegyi anyag, mint pl. a hánytató borkő, vay 3-amino-4-oxyphenil-1-arsinoxyd hatására a paraziták gyors lefolyású mérgeződését látjuk, mások, mint a germanin, a paraziták lassú mérkeződését okozzák, ismét mások csupán gyengítik, de nem ölik el a kórokozókat. Ezen utóbbi esetben, sőt akkor is, ha valamely magában erősen paraziticid hatású szernek kis adagjait használjuk fel, melyek a paraziták elpusztításához nem elégségesek, mégis előállhat a szervezet sterilizálódása, a harmadik phasisban akcióba lépő védekező reactiók hatására. Ezek a reactiók nem volnának egyebek, mint a meggyengült kórokozó phagocytosisa a reticuloendothelialis elemek által. Ha ezeknek a száma elégtelen, vagy a folyamatban nem vesznek részt, a gyógyhatás elmarad. Ezzel hozható összefüggésbe, hogy a békák trypanosoma fertőzését (trypanosoma inopiatum) az állat szervezetében germaninnal befolyásolni tudjuk, de sohasem sikerül a fertőzést közvetítő pióca szervezetén belül hatni a kórokozóra, avagy hogy ugyanezzel a derivatummal a testelegyekre a glossinákban nem sikerül hatást előidéznünk.

Másfajta kórokozókkal, különösen a bakteriumokkal szemben hatékony anyagok gyógyhatása is abban állhat, hogy a mykrobákhoz hasonló, opsoninszerű befolyást gyakorolunk. *Levaditi* és *Vaisman* szerint a streptococcusfertőzésekben hatásos prontosil (4-sulfonamid-2.4-diamino-azonbenzolchlorhydrat) hatása is a coccusokra közvetlen befolyás útján keletkezik, amennyiben megakadályozza a kórokozók tokszerű beburkolódását és ezzel elősegíti a phagocytosist. Mint már más helyen említettem, nem tartom lehetetlennek azt sem, hogy az aranykészítmények hatása tuberculosis alkalmával is hasonló módon keletkezik. Újabb vizsgálatok szerint t. i. a tuberculumok körül felraktározódó arany a gümőbacillusokat valami úton megtámadja — talán anyagcseréjük kisebb fokú gátlása már elegendő hozzá — s a vitalitásukban így meggyengült kórokozókkal a szervezet védelmi erői könnyebben tudnak végezni.

Fejtegetéseim befejezéséül a chemotherapia jövőbeni feladataira és kilátásaira nézve szeretnék néhány szóval rámutatni. A legjobb eredményeket ezen a téren, — mint ismeretes — a protozoonok és spirochaeták által okozott megbetegedésekben érték el, míg a bakteriumok okozta fertőző betegségek eddig kevésbbé megközelíthetőnek bizonyultak; a virusos eredetű megbetegedésekben, — ha nem vesszük számításba a lovak tüdőlobját, amely salvar-

sannal befolyásolható — vegyi úton egyáltalán nem értek el eredményeket. *Hörlein*, aki nemrégen szintén foglalkozott ezzel a kérdéssel, azt hiszi, hogy a vegyi szerekkel gyógyítás szorosan összefügg a kórokozó structurájával, tehát olyan anyagok, melyek pl. a differentiált trypanosomákra hatni tudnak, könnyebben akadnak, mint ahogyan az egyszerűbb felépítésű virusok okozta megbetegedések ellen találunk specifikus gyógyszereket. A parasitasejtek nagyságán és felépítésén kívül, véleményem szerint még a mikrobák elhelyeződése a fertőzött szervezetben is szerepet játszhat. Mint ismeretes, a virusbetegségekben a kórokozók legnagyobbrészt intracelullarisan helyezkednek el, úgy, hogy a vérben keringő gyógyszerek számára nehezen hozzáférhetők. Ennek ellenére azonban mégis feltételezhetjük, hogy a jelenleg számos laboratóriumban folyó kisérletezés a chemotherapiában sikerre fog vezetni a virusok okozta fertőző betegségekkel szemben is.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Abortiv polioenkephalitis inferior botulismus következtében.*

Írta: *Lehoczky Tibor dr.*, egyetemi magántanár.

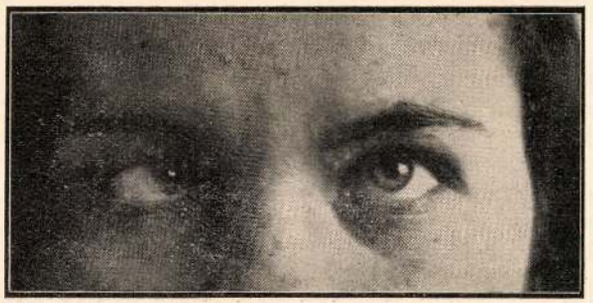
A botulismus ritka betegség, bár a bacillusa, amint azt *Meyer* kaliforniai kutató vizsgálatai óta tudjuk, mindenütt előfordul és pedig ubiquitaer talajbacillus. A betegségre minden esetben gondolni kell, valahányszor *egy heveny, toxikus kórképben tiszta öntudat mellett symmetrikus agyidegbénulást* észlelünk. Fontos azonban tudni, hogy a jellemző bénulásos tünetek sokszor csak egy-két nappal a gyomor-bélzavarok után keletkeznek és hogy vannak atypusos esetek, amelyekben a bénulás nem symmetrikus, hanem egyoldalian erősebben kifejezett, vagy egészen egyoldali.

A következőkben ilyen atypusos esetről számolok be.

26 éves leányról van szó, aki ez év október 7-én utazás közben hideg felvágottat evett. Még aznap éjjel rosszul lett, hasmenés, rossz közérzet, subfebrilitas. Két nappal később kettőslátás, szédülés. A klinikára egy hét múlva vesszük fel. Fő panaszai ekkor: kettős látás, szédülés, hasmenés, továbbá erős torokszárazság, kínzó szomjúság, nagy gyengeségérzés és szívdobogás.

Neurologiailag a pupillák kissé mydriatikusak, egyenlőek, simaszélüek, fényre-alkalmazkodásra kisebb kitéréssel, renyhébben reagálnak. A jobb szemgolyó minden irányban szabadon mozog, a bal szemgolyó befelé, a középvonalon túl nem mozdul ki, tehát a betegnek b. o. abducens bénulása van (l. 1. ábra). Ezenkívül a bal szemgolyón a felső ferdeizom kisfokú müködéscsökkenése is megállapítható, ami a baloldali nervus trochlearis sérülésére utal. Az alsó ferdeizom rotáló hatása kielégítő. A többi agyideg ép, a szemfenék normális, úgy a mozgató-, mint az érzőkörben kóros eltérés nincs. A többi adatok közül kiemelem a subfebrilitást, a leukocytosist (fvs. 14.700), a qualitativ vérképben a lymphopeniát és az eosinophil-sejtek hiányát. A vérsejtsüllyedés fokozott: 32—52, a betegnek kifejezett tachykardiája van, ami enyhe vagus-tünetnek tekinthető. A negativumok közül csak a legfontosabbakat említve: a vér-liquor és vizelet minden vonatkozásban teljesen negativ.

A kórképben botulismus *mellett* szól a gasrointestinalis bevezető tünetek után 48 óra múlva észlelt diplopia, a 6—7 nap múlva keletkező torokszárazság, a pupillák mydriasisa, renyhe fény- és accomodatios reactiója, a tachykardia, a nagy motoros gyengeség és végül a tudat teljes tisztasága. Az egyes tünetek késését azzal magyarázhatjuk, hogy a bacillus botulinus toxinja, amint azt különösen *Bürger* hangsúlyozza, bénítja a gyomrot, a felső bélszakaszt és így innen a toxikus anyagok felszívódása lassan és fokozatosan megy végbe. Viszont praktikus szempontból fontos tudni, hogy az alsó bélszakasz alkalikus tartalma a toxint elpusztítja. Megjegyzem, hogy a botulismus toxinjának kimutatására a beteg vérsavójából intraperitonealis állatoltást lehet végezni, amelyet azért nem alkalmaztunk, mert a beteg kissé későn, t. i. egy héttel a gyanús étel elfogyasztása után került a klinikára.



1. ábra.

A kórképet a következő betegségektől kell elkülönítenünk:

1. *A toxikus ophthalmoplegiáktól,* amelyeknek csoportjából az előzményi és klinikai vizsgálati adatok alapján kizárhatjuk a diphtheriát, diabetest, chronikus alkohol- és ólommérgezést, luest, nephritist, továbbá a methylalkohol-, atropin-, hyoscyn- és aconitin-mérgezéseket.

2. *A paratyphus és Gärtner-csoport* cerebralis alakja ellen szól, hogy ez leginkább somnolentiával, lázas deliriummal, vagy meningealis tünetekkel jár és csak egészen kivételesen agyidegbénulással. Így *Ruge* 124 esetből csak egyszer észlelte.

3. *A többi ételmérgezést,* így az állítólag rothadási bacteriumok által okozott *ptomatropinismust* azért nem kell külön mérlegelni, mert ezeket ma *Hübner* nyomán a botulismus enyhébb alakjainak tekinthetjük. — A *gombamérgezés* által okozott súlyos kórképben, a *mycetismus cerebralisban Benedek* professor és *Nagy Mihály* érdekes közlése szerint szintén a kórkép előterében áll a lázas delirium és meningusmus, bár betegünknek baloldali ptosisa és positiv *Boettiger*-féle reflexe is volt.

4. *Az acut bulbaer paralysis* esetünkben azért nem kerülhet szóba, mert a hangképző és nyelő izomzat nincs megbénulva.

5. *Az esetleges Gradenigo* tünetcsoport ellen szól a gastrointestinalis kezdet és a sziklacsontok röntgenfelvételeinek épsége, *otitis media* ellen pedig a negativ fülészeti lelet. Végül:

6. *Enkephalitis epidemicára* ezért kell különösen gondolnunk, mert ennek kezdeti szakában olykor előfordulnak gastrointestinalis tünetek *(Löffler-Staehelin), Kulcsár* magántanár személyes közlése szerint neki is alkalma volt Debrecenben több ilyen esetet észlelni. Megfigyelésemben enkephalitis ellen értékesíthető az alvászavar hiánya, a hőmenet alacsonysága, a tudat tökéletes tisztasága, a liquor teljes negativitása, végül az erős torokszárazság és a kórkép gyors javulása.

Ilymódon a diagnosist biztosítva, *Benedek* professor előírása szerint elkezdtük a kezelést, amely négyízben therapiás liquorlebocsátásból (liquordrainageből), kétszer 20 ccm. antitoxin-, másodnaponkint urotropin-calciven injectióból, a bal szem enyhe farádozásából, majd később az agybasis therapáis röntgenbesugárzásából állott.

*) A Kir. Orvosegyesület ideg- és elmekórtani szakosztályában 1937. november 22-én tartott előadás nyomán.

A beteg a klinikán mindössze 3 napig volt subfebrilis, enteritise, gyengeségérzése, leukocytosisa és lymphopeniája egy hét leforgása alatt megszünt, úgyhogy végeredményben 2 hét alatt teljesen rendbe jött, kivéve a bal külső és a felső ferde szemizom bénulását, amelynek kezelésére ma is bejár a klinikára.*) A belső szemizmok kisfokú sérülése ma már szintén nem észlelhető, vagyis a pupillák nem mydriatikusak, fényre-alkalmazkodásra jól reagálnak. A gyors javulás — mint már előbb említettem — szintén botulismus mellett szól, míg az idegbénulás a különböző kutatók szerint 2—3 hónapig, sőt 1—2 évig is eltarthat *(Alexander, Schumacher)*.

Az alkalmazott therapiával kapcsolatban két körülményre hívnám fel a figyelmet. Az egyik, hogy az antitoxin minden esetben, még későn is adandó. *Dickson-Shevky* ugyan azt állítják, hogy állatkisérletekben az antitoxin csak 24 óráig, vagy csak addig hat, amíg a toxin nincs erősen kötve a szövetekhez. Viszont *Bürger-Dorendorf* adataiból tudjuk, hogy a mérgező anyag fokozatosan szívódik fel a gyomorból és így utólagos lassú méreghatásról is szó lehet. — A másik fontos therapiás eljárás a *Benedek-Thurzó* által epilepsia és Parkinson-kór esetén ajánlott therapiás liquor-drainage, amely az előbb említett mycetismusban is igen kedvező eredménnyel járt és amelyet klinikánkon egy másik toxikus kórképben, nevezetesen a tetanusban is kitünő hatással alkalmaztunk. *(Eszenyi Margit)*.

Esetem érdekessége, hogy a neurologiai kórkép előterében úgyszólván teljesen az egyoldali abducens és trochlearis bénulás áll, míg az oculomotorius és vagus csak kisfokban sérült. A tünettan tehát eltér a szokásos képtől, amelyben a symmetrikus szemizombénuláson kívül főleg a IX., X., XII., ritkábban a VII., sőt olykor még a VIII. agyideg sérülését is látták *(Dorendorf, Ninger)*. *A szemizom ilyen kifejezetten egyoldali bénulása irodalmi ritkaság*, bár kisebb-nagyobbfokú asymmetriára csaknem minden közlésben találunk utalást.

Az asymmetriás idegmagbénulás, mint toxikus polioenkephalitis inferior, önkéntelenül a kérdés elméleti oldalára irányítja figyelmünket. Ugyanis *van Ermengem* óta tudjuk, hogy a bacillus botulismus anaerob, hogy nem maga a bacillus, hanem ectotoxinja gyakorol mérgező hatást az idegrendszerre, de még ma sem tudjuk biztosan, hogy az idegrendszer mely pontján hat a toxin? A felfogások megoszlanak: egyesek szerint az agytörzsbeli idegmagvakra gyakorol electiv centralis hatást *(Bürger, Bitter, Dorendorf, Lenz, Paulus, Blumberger-Gross)*, mások szerint a toxin-hatás tisztán peripheriás *(Dickson-Shefky, Edmunds-Long)*. A *centralis* felfogás emberi szövettani vizsgálatokra *(Bürger, Dorendorf, Paulus, Lenz)* és állatkisérletekre támaszkodik *(Marinesco, Kempner-Pollack, Römer-Stein)*, viszont a *peripheriás felfogás* élettani kisérletekre, és utóbbi szerint a botulismus az akaratlagos izmok motoros idegvégződéseinek részleges bénításával curareszerű hatást fejt ki.

Áthidaló elmélet a *Schübel*-é, aki experimentalis pharmakologiai és pathologiai vizsgálatai alapján elfogadja, hogy a toxinnak különös affinitása van az idegsejtekhez, de a kétségtelenül észlelhető curare-szerű hatás magyarázatára feltételezi, hogy talán az idegsejtekben a méreg ferment-hatására toxikus anyagok képződnek és ezek a motoros neuron egészére is kihatnak.

Az irodalmi adatok tárgyilagos áttekintése alapján azt hiszem, a legtöbb valószínűsége van valamilyen, a *Schübel*-éhez hasonló áthidaló lehetőségnek. Azonban akárhogy is fog a kérdés a további vizsgálatok során megoldódni, annyi kétségtelen, hogy ma még végleges döntésről nem lehet szó, tehát, hogy a botulismus nemcsak a praktikus orvos, de a kutató érdeklődésére is számot tarthat.

*) A 4 hónap után (1938 március) eszközölt controll-vizsgálat szerint a bénulás teljesen megszünt.

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

Adatok a Fox—Fordyce-féle betegség kórokt anához és orvoslásához.

Irta: *Szép Jenő dr.* tanársegéd.

Bár e kórképet *Fox* és *Fordyce* már 1902-ben leírta, mintegy két évtizedik mégis csak szórványosan találkozunk vele az irodalomban, annak bizonyságául, hogy csupán az utóbbi időkben vált általánosan ismertté. Jóllehet, ma már ennek az általában a női nemen, a hónaljban előforduló, homogen göbökből álló, viszkető makacs bőrelváltozásoknak klinikai és szövettani képe a különböző esetekben meglehetősen egységesnek találtatott, — hovátartozósága, kóroktana tekintetében egységes felfogás még nem alakult ki. Ez az oka annak, hogy tulajdonképen még nincs neve e kórképnek; első leíróiról nevezzük el, akik nem tartották önálló kórképnek, hanem a neurodermitisekhez sorolták. A *Fidanza*, valamint *Del Vivo* által ajánlott neurodermitis vagy apokrinitis sudoripara, valamint *Whitefield* acanthosis circumpolaris pruriense éppen a a hovátartozóság felfogásának különbözősége miatt nem nyert polgárjogot.

E betegség (F. F.) alábbi két igen tanulságos esetét azért ismertetjük, mert adatokat szolgáltatnak e ma még közelebbről szakkörökben sem általánosan ismert kórkép oktanába és gyógyításába.

1. B. E. 16 éves háztartásbeli leány. Klinikánkra 1936 november 14-én vettük fel. Gyermekkorában bárányhimlős volt. Nagyobb betegsége eddig nem volt. Családi kórelőzménye a jelenlegi és öröklődő bajokra nézve negativ. Első hószáma 13 éves korában jelentkezett, azóta rendesen menstruál, hószáma 3—4 napig tart és mindig *alhasi görcsök* kisérik.

1935 tavaszán vette észre, hogy nyaka elől megduzzadt, ettől kezdve ideges, ingerlékeny, hónalja, keze lába izzad. Ugyanez év szeptemberében először a jobb, majd a bal hónalja megduzzadt, itt fájdalmas, erősen viszkető kiütések keletkeztek, melyek kisebbedtek, bepörkösödtek; azóta nem multak el. *A duzzanat, viszketés havibaj előtt mindig fokozódik.* Betegsége alatt a hónaljszőrzet csaknem teljesen kihullott. Melle szintén viszket, hónalja, keze lába izzad. Betegségét lysoformmal kezelte.

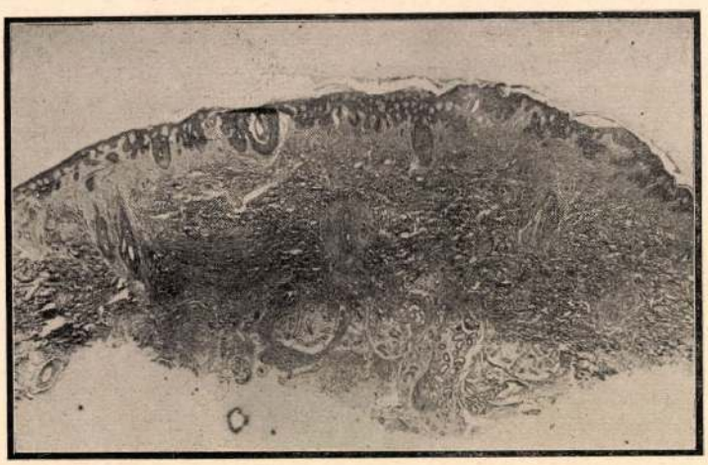
Jelen állapot: Közepesen fejlett és táplált. Bőre és nyálkahártyái kissé halványak. A pajzsmirigy mindkét lebenye egyenletesen megnagyobbodott, a nyelőmozgásokat követi. Mindkét hónaljárok bőre elődomborodik, mérsékelten duzzadt, alapja felett elmozgatható. Rajtuk kisebb tenyérnyi területen számos gombostűfejnyi, kölesnyi és ennél nagyobb, kerek és sokszögű, enyhén elődomborodó, lapos göböket találunk, melyek a hónaljárok közepén sűrün helyezkednek el egymás mellett, össze sehol nem folynak, a széli részek felé számuk kevesbbedik és elrendezkedésük lazább. E göbök általában kövezetszerüen csoportosulnak, egyes helyen azonban gyönyfüzérszerüen egyvonalba sorazoknak. E képletek tapintásra beszürödöttek, vöröses barna színüek, felületük fénylő, kivéve ott, ahol vakarással szétroncsoltattak. E göbök egy részén kis pörk jelzi a vakaródzást. A szőrzet mindkét hónaljban nagymértékben megritkult, helyenként töredezett. Látható, amint egyes papulák közepét szőrszál furja át. A göbök közötti bőr ép. Az elváltozást mérsékelt barnulás övezi. Mindkét emlőudvar szélén és mellett néhány, a most leírtakhoz hasonló papula, szétszórtan. A beteg subfebrilis. A Wa.-r negativ. A vizeletben a., p., s.: negativ.

*) A Debreceni Orvosegyesületben 1937. február 11-én tartott bemutatás alapján.

Belgyógyászati vizsgálat *strumát* és *hyperthyreosist* állapított meg, annak jellegzetes tünetével. Alapanyagcsere 84%. Nőgyógyászati vizsgálat a nemi szervekben elváltozást nem talált.

A hónaljból kivágott göbök *szöveti vizsgálata:* a szaruréteg általában ép, a hám azonban egészben megvastagodott; de különösen megvastagodott a szőrtüszők közvetlen környezetében, ahol dúsan szétágazó, egymással anastomizáló hámcsapokat bocsát a cutis felé. Ezeken a helyeken a str. spinosum sejtjein többhelyütt vacuolisatio és spongyosis. A szőrtüszők némelyikében concentrikusan rétegeződött szarudugó. A str. papillareban, valamint a str. reticulare felsőbb rétegeiben diffuse vizenyös duzzadás, a nyirokerek és rések s a véredények tágultak; a str. papillareban diffuse, a str. reticulareban inkább gócokban (kerek vagy hosszan elnyult köteges gócokban) lymphocytákból, leukocytákból, kevés plasmasejtből álló beszüremkedések. A fibroblastok is felszaporodtak. Az infiltratumok dusak eosinophil sejtekben és elszórtan néhány hízósejt látható. A beszürödések mindenütt az erek körül, de főként a szőrtüszö apparatus körül

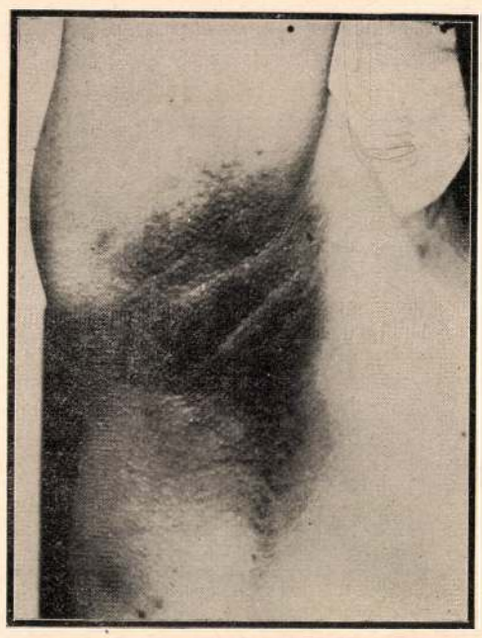
1. számú beteg.



foglalnak helyet és laza szerkezetüek. A szőrtüszők a hozzájuk tartozó faggyúmirigyekkel együtt határozottan sorvadtak. A cutis és subcutis határán lévő hatalmas Schieferdecker-féle apokrin verejtékmirigyek, szintén a fent leírt infiltratumban ágyazottak, melyben az eosinophil sejtek nagy tömegei láthatók. A mirigyhámban jól megfigyelhető a működés különféle szakasza, valamint helyenként a plasma szemcsés elfajulása.

2. J. J-né. 23 éves háztartásbeli. 1936 november 3 óta részesül kezelésünkben, mint bejáró beteg. Tizenkét éves kora óta menstruál s ezt mindig *alhasi görcsök* kisérik. Vérzése 3—5 napig tart. A nőgyógyászati vizsgálat dysmenorrhoeát állapított meg. Több hónap óta mindkét hónaljában viszkető kiütések vannak. *A viszketés havibaj előtt fokozódik, hónalja ilyenkor meg is duzzad.* A mindkét hónaljárokban helyetfoglaló elváltozás klinkai és szöveti képe teljesen megegyezik az előző betegünkön leírtakkal. A hónaljárokban lévő göbökön kívül néhány ugyanilyen papula látható mindkét bimbóudvar körül és a nagyajkakon.

E betegség hovátartozására nézve különösen régebben igen eltértek a vélemények. Egyik első leírója — tegségnek tartották és az utóbbi acanthosis circumpolaris pruriensnek nevezte el. *E. Freund* ugyancsak elfogadta e kórkép önállóságát, de hangsúlyozta a neurodermitisekhez való vonatkozását is.



2. sz. beteg hogival + rtg.-kezelés előtt.

2. sz. beteg hogival + rtg.-kezelés után.

Fordyce — a neurodermitisekhez sorolta. *Brocq, Jadassohn, Ehrmann, Walter* hasonló vényeményen voltak. *Arndt, Kreibich, Darier, Bloch—Bournier* ugyancsak támogatták ezt a felfogást és különleges localisatiója miatt a neurodermitis különleges alakjának tekintették.

Egészen új szemszögből vette vizsgálat alá *H. Fischer* e kórképet *Schiefferdecker*nek, az apokrin-mirigyekre vonatkozó alapvető kutatásai nyomán. *Schiefferdecker* választotta szét a verejtékmirigyeket ekkrin —

és apokrin-mirigyekere, megállapítva lényeges különbségüket. Az ekkrin-mirigyek, melyek kisebb csöves mirigyek, váladékukat a bőr felszínére ürítik, anélkül, hogy maguk tönkremennének. Ezzel szemben az apokrin-mirigyek nagyobb csöves mirigyek, a szörtüsző lumenébe nyílnak, sejtjeikből egyes részek, protoplasmaszemcsék, stb. működés közben lefűződve a folyékony secretumhoz keverednek. De különbözik e kétféle mirigy egymástól fejlődésre is. T. i.: míg az ekkrin-mirigyek a felszini epithelnek a mélybe betüremkedése által keletkeznek és a szőrszálakkal semmiféle kapcsolatban nincsenek, addig az apokrin-mirigyek a szőrképletekkel együtt az elsőleges csírahámból fejlődnek. Különbözik e kétféle mirigy az elválasztás tekintetében is. Emberen az apokrin-mirigy csak egyes helyeken fordul elő. Nőkön a hónalj, emlőkörüli táj, nagyajk, mons pubis, végbélkörüli táj és esetleg a köldök környéke gazdag apokrin-mirigyekben. Férfin a hónaljban és a végbél körül találhatók.

Fischer megállapította, hogy a F. F.-féle betegség elhelyeződése teljesen megegyezik az apokrinmirigyekével, melyek a serdülés alatt érik el teljes fejlettségüket, gyermekeken és öregeken csak csökevényesek, hószám alkalmával megduzzadnak, elmúltával lelohadnak. A F. F.-féle betegségben szenvedőkön észlelt szöveti elváltozások ugyanis — mint láttuk, — a szőrtüszők és az apokrin-mirigyek kivezető nyílásai körül észlelhetők. E kivezető nyílások vagy a szőrtüszőben (ellentétben a kis ekkrin-mirigyekkel), vagy emellett a felszínen szájadzanak, amely *Vohwinkel* szerint különösen jellegzetes e mirigyekre, ellentétben az ekkrin-mirigyekkel. E kórképnek az akoprin-mirigyekkel összefüggése pedig arra mutat, hogy a F. F.-féle betegség és az endokrin-rendszer — elsősorban a női ivarmirigyek — működése között kapcsolat van. A már említetteken kívül emellett szól az is, hogy ez az elváltozás sohasem jelentkezik a szaporodás előtt, sem az 50-ik év után és csak igen ritkán a klimakteriumban. Igen gyakran halljuk azt, hogy a viszketés hószám alatt, de még inkább előtte fokozódik, sokszor tűrhetetlenné válik. Leírnak vele kapcsolatban különböző hószámzavarokat: késést, szabálytalanságot, fájdalmakat, hiányzó ovariumműködést, infantilis alkatot, impotentiát, frigiditást, stb. Észlelték az ovarium és a tuba eltávolítása utáni fellépését; találtak vele kapcsolatban tömlősen elfajult ovariumot; észlelték az elváltozás visszafejlődését terhesség alatt, szülés után újbóli fellépését.

Ezek az adatok mind valószínűbbé teszik azt, hogy az F. F.-betegség és az ivarmirigyek működése — még pedig hypofunctiója — között összefüggés van. A hypofunctio föltevését támogatja az első esetünkben meglevő thyreoidea-hyperfunctio is, tudva azt, hogy a thyreoidea és az ivarmirigyek működése egymással correlatióban van. Az irodalomban számos olyan esettel találkozunk, ahol a F. F.-féle betegséget thyreoidea-hyperfunctio kisérte. Így pl. *Schönstein* 6 eset közül 4 esetben észlelt kisebb-nagyobbfokú hyperthyriát. Találkozunk a mellékvese dysfunctiójával is. A F. F.-féle betegségben szenvedők általában idegesek, ingerlékenyek, kedélyállapotuk változékony, az endokrin-rendszer működésének zavarára utalnak. *Chorazak* és *Ostrowski* az időnként jelentkező viszketésért a vagotoniát teszi felelőssé, amikor eosinophilia is észlelhető. Viszketésmentes intervallumban pedig sympathikotoniát találtak eosinophilia nélkül, következtetve ebből a vegetativ idegrendszer labilitására. Újabban *Gougerot* és *Brouet* e kórkép naevogen természetére gondolnak, *Nicolas* és munkatársai pedig a gümőkórral hozzák kapcsolatba.

Eseteinkben is találkozunk olyan mozzanatokkal, melyekből a F. F.-féle betegségnek az ivarmirigyműködéssel való összefüggésére következtethetünk. Így a görcsös, fájdalmas hószám, ennek jelentkezése előtt a viszketés, fájdalom, duzzanat fokozódása: kapcsolat az ovulatióval. *Hangsúlyozzuk, hogy mindkét betegünk esetében a hószám előtt, nem pedig alatt,* mint ahogyan azt több helyen leírva találjuk, *jelentkeztek a fellángolások, tehát kétségtelen, hogy az ovulatio folyamata váltja ki a tünetek és panaszok fokozódását.* A hónalj megduzzadása ilyenkor első esetünkben oly nagyfokú, hogy tályogot gyaníttat. E mellett szól továbbá második esetünkben az elváltozás nagyfokú javulása hogival- (Chinoin) tabletták szedése után. (Erre később még visszatérünk.)

Ha nagyon valószínű is ezek után e betegségnek az endokrin-rendszerrel való összefüggése, még egyáltalán nem ismerjük ennek az összefüggésnek az útját, részleteit. *H. Fischer* e bajt kiválasztási dermatosisnak tartja. Az ő és *M. B. Schmidt* vizsgálatai szerint ezt az elváltozást az apokrin-mirigyek secretumának a megváltozása és ennek az epithelre gyakorolt hatása hozza létre. Még pedig hatására a mirigyben, de különösen a mirigy kivezető nyílásában az epithel burjánzásnak indul, szarudugasz képződik, amely ezt elzárja és ennek kitágulására vezet. Ugyanilyen folyamatok játszódnak le a hónaljszőrök folliculusaiban is, amelyek a hajhagymán degenerativ elváltozásokat eredményeznek, a szőrszálak letörnek és végül kihullanak. *Delbanco* szerint elsőlegesnek a follicului eldugulása tekintendő, amely a váladék pangását eredményezi, ez pedig ingerként hat a környezetre és létrehozza a gyulladásos tüneteket. Legutóbb *Poór* histocytologiai vizsgálatai szolgáltattak támpontot a belső elválasztás kóroktani szerepéhez. *Poór*nak e histocytologiai vizsgálatai (l. O. H. 1935. 37. sz.) az apokrin-mirigyek sejtjeinek protoplasmáján olyan sajátos morphologiailag is kimutatható elváltozásokat állapítottak meg, amelyekből — ha az endokrin-mirigyeknek az apokrin-mirigyek elválasztását szabályozó működésére gondolunk, — kétségkívül arra következtethetünk, hogy a F. F.-féle betegség létrejötte a belső elválasztás zavarán alapszik.

Elkülönítő-kórjelzéstani szempontból elsősorban a neuroderma jön szóba. Lényeges különbségek vannak e két kórforma között. A F. F.-féle betegség mindig csak ott fordul elő, ahol az apokrin-mirigyek nagy számban találhatók. Ezzel szemben a neuroderma bárhol jelentkezhetik a köztakarón, de a hónaljárokban csak ritkán, kivételesen fordul elő. A neuroderma erősen, állandóan viszket, míg az F. F.-féle betegség ezt az erős, állandó viszketést távolról sem mutatja minden esetben. Az F. F.-féle betegség eseteiben az egyes papulák különállóak, neurodermánál ezek többnyire foltszerüen egybeolvadnak. Histologiailag neurodermában nem találunk a mélyben beszürődést és nem találjuk meg az apokrin-mirigyeken már leírt elváltozásokat sem. A neuroderma röntgen- és kenőcsös kezelésekre feltünően javul, majd gyógyul, az F. F.-féle betegségben a kenőcsös kezelés teljesen hatástalan, röntgen is alig befolyásolja, amint erről mi is meggyőződhettünk. Lényegesen könnyebb az elkülönítése egyéb bőrbetegségektől, így elsősorban idült ekzemától, lichentől, syphilises condylomáktól, az akanthosis nigricans juvenilis Rille-től, stb. Olykor együtt észlelhető az elváltozás neurodermával, hyperhydrosissal, hydrosadenitissel.

Az elváltozás — mint említettem is — csaknem kizárólag nőkön észlelhető. Néhány esetben írtak le hasonló elváltozást férfiakon, de ezeket *Poór* külön lapra tartozónak minősítette. *Boelstra* mutatott rá arra, hogy elsősorban a zsidó faj hajlamos e betegségre. *Schönstein* F. F.-féle betegségben szenvedő 6 betege közül 4 zsidó volt. Ismertetett 2 betegünk a turáni fajhoz tartozik.

A *prognosis* quo ad sanationem egészen bizonytalan. Egyes esetekben észleltek nagyfokú javulásokat, átmenetileg gyógyulásokat, általában azonban az eddig ismertetett orvosló eljárások nem sok eredménnyel járnak. Elsősorban különféle belső secretiós készítményt, főleg ovarium-praeparatumokat ajánlanak. Ezenkívül sajátvér-

kezelést, pilocarpin-oltásokat, arsenkészítmények-t, a csomók égetését, carbolos edzését, quarzfénybesugárzást, psychologiai kezelést. Természetesen igen sokan megkisérelték a röntgentherapiát, bizonytalan eredménnyel. Az első betegünk *hyperthyreosis elleni therapiában* (fehérje- és fűszerszegény diaeta, három hónapon keresztül 3x1 tabl. apothyrin, struma-hűtés) és *röntgenbesugárzásban* (eddig 1000 R.-et kapott 2 Al. filterrel) részesült. Ennek hatására a göbök laposabbak lettek, a viszketés csökkent, *jelentős javulás* azonban *eddig még nem észlelhető*. A második betegünk 3 hétig *ovarium-* (Richter) tablettákat, majd 3 hónapon keresztül *hogival-* (Chinoin) tablettát szedett (napjában 3x1 tabletta, à 1000 I. E.) és ugyancsak *röntgenbesugárzást* (2, illetőleg 1 Al. filterrel 1150 R.-et) kapott ezideig. *E kezelések hatására a göbök legnagyobb része csaknem teljesen eltünt, a viszketés ritkán, főleg csak a hószám előtt jelentkezett kis mértékben, a hónaljszőrzet dúsabb lett.*

E bőrelváltozást és a vele kapcsolatban tett megfigyeléseinket több szempontból tartottuk érdemesnek ismertetni: 1. E kórkép közelebbről még szakkörökben sem általánosan ismert. 2. Támogatják azokat a megállapításokat, melyek szerint e kórkép a női ivarmirigyek működésének zavaraitól kiváltott bőrbántalmak (Poór) közé tartozik. 3. Tüszőhormon tartós adagolása, egybekötve röntgenbesugárzásokkal, bizonyos esetekben — úgy látszik — aránylag rövid idő alatt nagyfokú javulást eredményezhet.

Az ujpesti Gr. Károlyi Sándor alapítványi közkórház közleménye. (Igazgató-főorvos: Sándor István.)

A hosszú hatástartamú zink-protamin-insulinról.

Irta: *Horn Zoltán dr.*

Insulinbefecskendezésre szoruló cukorbajosok kezelésekor az a célunk, hogy az insulint olyan alakban és időben juttassuk a szervezetbe, hogy a szükségletnek megfelelő időben és mennyiségben álljon a sejtek rendelkezésére. Kellő étrend mellett ilyen módon igyekszünk a kóros cukoranyagcserét megjavítani. A diabeteses cukoranyagcserezavar egyénenként változó s részleteiben még ma sincs eléggé kiderítve. Az utóbbi évtizedben végzett vizsgálatok eredményei mutatják, hogy a legnehezebb problémák közé tartozik a cukorbajosok hormontermelési, illetőleg hormonegyensúlyzavarát az exogen insulin révén a *szabványos* keretek közé juttatni. Nagy therapiás jelentőségének tulajdonítható, hogy sok kutató mégis ezt a kérdést tette vizsgálat tárgyává. A nagyszámú vizsgálat eredménye: a zink-protamin-insulin nevű gyógyszer, melynek adagolásakor fent vázolt célunkat legalábbis részben megközelíthetjük. Hogy ennek az új szernek előnyeit értékelhessük, az eddig használt insulin-hydrochlorid (normal-insulin = NI)-ra vonatkozólag a következőket kell megjegyeznünk.

Kétségtelen, hogy a NI az idejében felismert hyperglykaemiás coma biztos hatású gyógyszere. A NI, az egészen ritka insulinálló eseteket nem tekintve, gyorsan és biztosan hat, hátránya azonban az, hogy hatása aránylag gyorsan lezajlik. Ennek következtében az insulinnal kezelt betegen a nap folyamán a vércukor concentratio nagy ingadozásokat mutat. Éppen ezért, a naponta többször végzett vércukormeghatározás segítségével, lehetőleg úgy szabjuk meg az insulin- és szénhydrátadagolás idejét és mennyiségét, hogy a napi vércukorgörbe az élettani ingadozásokat némiképp megközelítse. Ezt a kevésbé súlyos esetek nagyrészében sikerült is elérni. Azonban az insulinnal kezelt súlyosabb esetek javarészben a hypo- és hyperglykaemiás állapotok egymást váltogatják, ez pedig egyáltalán nem válik a szervezet előnyére. Ezeket a nagy napi ingadozásokat eddig el kellett nézni, mert gyakorlatilag keresztülvihetetlen, hogy naponta annyiszor fecskendezzünk insulint, ahányszor ez a fenti hibák kiküszöbölésére célszerű lenne.

Sokan foglalkoztak azzal a kérdéssel, miképen lehetne az insulin hatását egyenletesebbé tenni. Végül az insulin tisztítása kapcsán végzett megfigyelések helyes irányba terelték ezt a kérdést. E vizsgálatok ugyanis azt mutatták, hogy a tiszta insulin gyorsabban szívódik fel, mint a régi, nem egészen tiszta készítmény. S ekkor arra gondoltak, hogy talán célravezető lenne az insulint olyan anyagokkal társítani, melyek hatására az insulin lassabban szívódik fel, mert így elérhetnők azt, hogy bár az insulin valamivel később kezdene hatni, de sokkal elnyujtottabbá, egyenletesebbé válna a hatása. Nem akarom itt részletesen felsorolni az erre vonatkozó kisérletek adatait, mert ezek a magyar szakirodalomban *Mándoki László dr.* kitünő cikkében (Therapia XIV. évf. 215. old., 1937) megtalálhatók. Egészen röviden a következőket jegyzem meg. Az insulin hatástartamának meghosszabbítására megkisérelték az insulint olajban suspendálva, ill. csersavval, gummiarabicummal elegyítve befecskendezni. Későbbi vizsgálatok folyamán az insulin hatását azzal igyekeztek meghosszabbítani, hogy a „durante" nevű anyagba incorporálták. Mások viszont adrenalinnal együtt ajánlották. Mindezek a vizsgálatok nem vezettek kielégítő eredményre.

Hagedorn és munkatársai egy olyan insulinkészítményt akartak előállítani, mely a szövetnedvekben roszszul oldódik és feltették, hogy ezáltal a jelzett céloknak majd megfelel. Több évi kisérletezés után sikerült a fenti követelményeknek megfelelő complexumot előállítaniok, mely insulinból és basikus fehérjéből áll. A basikus fehérjék közül a protaminok váltak be legjobban. A protaminokat bizonyos halak spermájából állítják elő. Nevezett szerzők a különféle protaminok közül a szivárványpisztráng *(Salmo irideus)* spermájából előállítható *salmiridin* nevű monoprotamint találták e célra a legmegfelelőbbnek. Ha e protamint és insulint tartalmazó színtelen, átlátszó, savanyú kémhatású oldat pH-ját a hozzákevert phosphatpuffer segítségével 7.3 pH-ra, szóval a szövetnedvek H-ion töménységére hozzuk, akkor az oldat tejszerűen megzavarosodik, a protamin-insulin-complexum finom eloszlásban kicsapódik. Ha már most ezt a suspensiót bőr alá fecskendezzük, abból az insulin csak lassan szívódik fel s tartós és egyenletes insulinbehatást eredményez. Ha a protamin-insulin elegyéhez zinkhydrochloridot adunk, akkor az insulin elnyujtott hatása még határozottabbá válik *(Scott* és *Fischer)*. A zink hozzáadása révén valószínűleg fokozódik a protamin-insulin stabilitása is. Mindezen okok miatt ma már javarészt zinkkel kevert protamin-insulint használnak.

Kórházunkban eddig 18 cukorbajos betegen mi is megvizsgáltuk a zink-protamin-insulin hatását. Vizsgálatainkhoz a Chinoin-gyár *Zink-protinsulin-Chinoin* nevű készítményét használtuk.

E készítmény csomagolása két oldatot tartalmaz. Az egyik protamin-insulin és zink keverékéből áll, a másik ú. n. „kicsapó-folyadék" dinatriumhydrophosphatot tartalmaz, vizes oldatban. A gyár közlése szerint a zink-protamin-insulin oldat minden köbcentiméterében 40. I. E. insulin van kb. 0.4 mgr. protaminnal laza kötésben és 0.1 mgr. kristályos zinkhydrochlorid. A „kicsapó-folyadék" kristályos dinatriumhydrophosphatot tartalmaz.

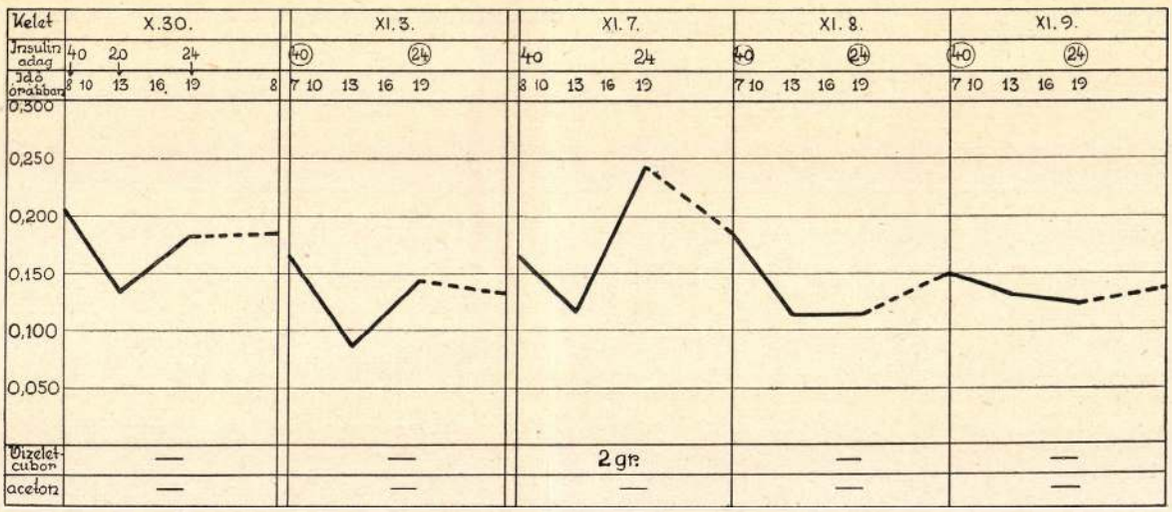
A betegeket először NI-ra állítottuk be és megállapítottuk szénhydráttűrő képességüket, NI szükségletüket és a napi vércukorgörbét. Étkezés előtt 8—13 (egyes esetekben 16) és 19 órakor határoztuk meg a vércukorconcentratiót. A vércukormeghatározásokat a *Hagedorn-Jensen*-féle módszerrel végeztük. A betegek mindegyikét az ú. n. proteindús zsírszegény étrendre állítottuk be. A szénhydrátok mennyiségét fehérkenyéregységekben adjuk meg. Egy fehérkenyéregység = 1 fke = 2 dkg. fehérkenyér. Az általunk alkalmazott étrendi + insulinkezelés alapelveit e lap egyik tavalyi számában (1937. 44. sz.) már közöltük. A NI-ra történt beállítás után tértünk át a zink-protamin-insulin adagolására.

A zink-protamin-insulint mindig bőr alá fecskendeztük. Ezt a betegek jól tűrték. Egyes esetekben a befecskendezés helyén múló, kissé fájdalmas duzzanat támadt, azonban más helyi reactiót nem láttunk. A zink-protamin-insulin hatása egyénenként változóan, kb. 2—3-szor olyan hosszú ideig tart, mint a NI-é. Kb. 2—3 napra van szükség ahhoz, hogy hatása állandó lefolyást mutasson, éppen ezért az adagolás kapcsán észlelhető vércukorgörbét kb. a második vagy harmadik, illetőleg még egy további napok egyikén határoztuk meg. A zink-protamin-insulin adagainak nagyságára, a befecskendezés időpontjára és a szénhydrátok napi elosztására vonatkozólag az a véleményem, hogy valószínűleg éppúgy, mint a NI-nál, általános érvényű szabályok itt sem állapíthatók meg. Hirázható, de éppen az elnyujtott hatás miatt ajánlatos az ilyen beteget a szénhydrát bevétele után tovább is figyelni.

A zink-protamin-insulin lassú felszívódása miatt praecoma és coma esetében feltétlenül NI-t használjunk.

Mielőtt a zink-protamin-insulinnal kezelt betegeinkről részletesebben beszámolnék, hangsúlyozni akarom azt az általam is vallott felfogást, hogy egy, a vércukorszintre ható szer hatóértékét nem lehet absolut számokban kifejezni, a cukorbajosokon észlelhető spontán tűrőképességváltozások miatt. Éppen ezért, hogy ezt a hibaforrást lehetőleg a legkisebbre csökkentsük, olyan betegeken végeztük a vizsgálatainkat, akiknek cukoranyagcseréjét már hosszabb idő óta volt alkalmunk megfigyelni. Ellenőrzés céljából egyes esetekben zink-protamin-insulin adagolása után néhány napra ismét NI-ra tértünk át és ezen időszakban is meghatároztuk a beteg vércukorgörbéjét.

Kevésbé súlyos esetekben rendszerint NI-nal is kielégítő anyagcsereállapotot tarthatunk fenn. Mindazonáltal az ilyen betegeknek is zink-protamin-insulint adagoltunk, mert ezzel egyrészt a napi vércukoringadozások egyenletesebbé válnak, másrészt pedig több eredménnyel kísérelhetjük meg az insulin leépítését. Pl. volt egy friss cukorbajban szenvedő, 54 éves férfibetegünk, akin 7 fke mellett csak napi 20 egység insulinnal tudtunk optimalis cukoranyagcsere állapotot fenntartani. Míg NI-t fecskendeztünk a betegnek, nem sikerült nála az insulint teljesen elhagyni.



1. ábra. Sz. F. 36 é. férfi. 2 éve tud cukorbajáról. Napi szénhydrat: 7½ fke. X. 31.-ig N. I. naponta 3-szor befecskendezve. X 31.-től kezdve zink-protamininsulin naponta 2 szer befecskendezve. XI. 4.-től kezdve N. I. naponta 2-szer. XI. 8.-tól kezdve ismét zink-protamin-insulin.

szen ez számos tényezőtől függ, pl. a nap különböző szakaiban egyénenként változó endogen insulintermeléstől, az ellenregulatio fokától, stb. Nagy általánosságban a déli, és napi 2 befecskendezés esetében a déli és az esti étkezéshez adtuk a legtöbb szénhydrátot. A lassúbb felszívódás miatt ajánlatos a zink-protamin-insulint kb. 1—1½ órával az étkezés előtt befecskendezni.

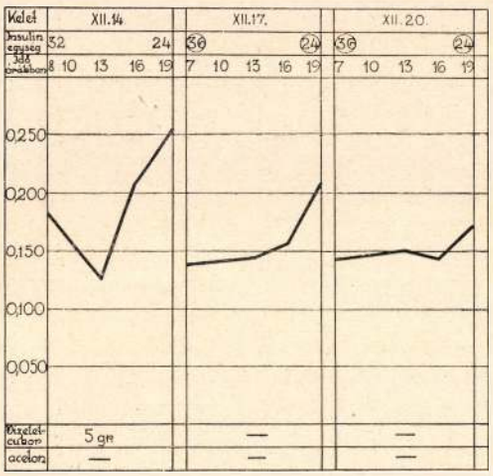
A hypoglykaemiás rohamokra vonatkozólag az irodalmi adatok még nem egységesek. Általában az a nézet kezd kialakulni — és ez egyezik a mi tapasztalatainkkal is, — hogy zink-protamin-insulin adagolása kapcsán ezek nagyon ritkák és más lefolyást mutatnak, mint NI után. Két esetben mi is észleltünk hypot. Az egyik betegen éhségérzés, hangulatlabilitás, a másikon éhségérzés, fejfájás voltak a tünetek. Remegést, izzadást, eszméletzavart nem tapasztaltunk. A mi benyomásunk is az, hogy a hypoglykaemiás állapot nem áll be olyan hirtelen, rohamszerűen, mint NI után, tehát korábban védekezhetünk ellene. Ez a szer lassú felszívódásával magyarázható, hogy 8 napi zink-protamin-insulin adagolása után 3 nap alatt ez sikerrel járt. Ugylátszik, a hosszú tartamú hatás védelme mellett, különösen az ilyen friss esetekben a hasnyálmirigy szigetállománya jobban tud megújhodni.

A súlyosabb esetek javarészében ugyancsak előnyösnek bizonyult a zink-protamin-insulin adagolása. Zink-protamin-insulin hatására e betegek éhgyomri vércukorconcentratiója és a napi vércukor ingadozása lényegesen csökkent. A vércukor-görbe az élettani értékekhez közelebb esik. Az 1. sz. ábrán feltüntetett esetünkben a napi 3 insulin befecskendezést sikerült kettőre csökkenteni, mert a cukorvizelés is csökkent, illetőleg megszűnt. (L. 1—4. sz. ábrákat.)

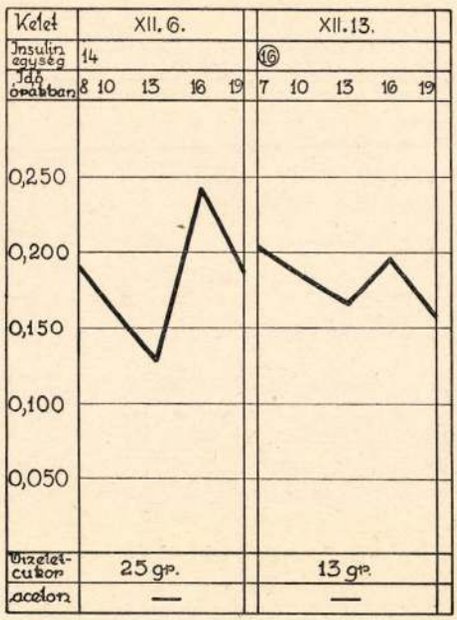
Hagedorn azt ajánlja, hogy különösen az olyan betegeken akiknek az éhgyomri vércukorconcentrátiója na-

*) Az ábrákon a bekarikázott számok a zink-protinsulin Chinoin beadott egységeit jelzik. A kicsapásnál fellépő higítást nem vettük figyelembe, tehát ténylegesen 20%-kal kevesebbet fecskendeztünk.

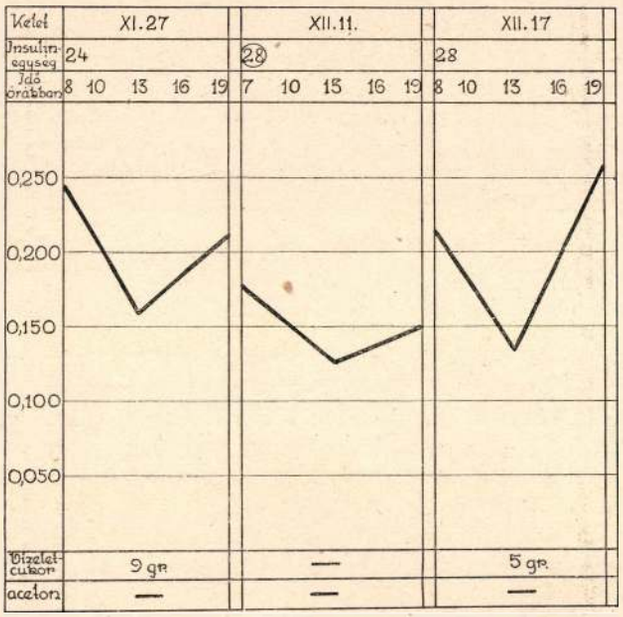
gyon nagy, reggel NI-t, este pedig zink-protamin-insulint fecskendezzünk. Mi 3 *súlyos* betegen alkalmaztuk ezt a kezelési módot. Sajnos egy esetben sem tudtunk ilyen módon a cukoranyagcserében nagyobb javulást előidézni. Ezek olyan betegek voltak, akik naponta legalább 3-szori insulin befecskendezésre szorultak s akiknek a legkülönbözőbb szénhydrátelosztás mellett is vércukorgörbéjük minden értékében nagyon magas volt. A fentjelzett vegyes kezelés kapcsán az este adott zink-protamin-insulin hatására az éhgyomri vércukorszint eléggé alacsony volt s amig a reggel befecskendezett NI hatása tartott, szóval a déli órákig, a vércukorconcentratio csaknem szabványos ingadozásokat mutatott. Azonban a déltől estig terjedő időben mivel a déli insulin befecskendezést elhagytuk nagyon változó vércukorszabályozást észleltünk. Voltak napok, amikor a délutáni órákban a vércukorértékek nem voltak nagyon nagyok, de sajnos voltak olyan napok is, amikor ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk s nagyfokú cukorvizelést és ketonuriát észleltünk. Éppen ezért a betegeknek a továbbiak folyamán kizárólag zink-protamin-insulint adagoltunk. Két esetben így sem tudtunk előnyös hatást kiváltani. Bár a zink-protamin-insulin hatása ezeken a betegeken is hosszú tartamúnak bizonyult, azonban az éhgyomri és a nap folyamán meghatározott vércukorconcentratio, dacára a nagy adagoknak, magas értékeket mutatott. Ez részben talán azzal magyarázható, hogy mindkét betegen az ellenregulatio nagy mértékben jutott érvényre: vérnyomásuk 200 Hg. mm. fölött volt. A harmadik betegen jó eredményt láttunk.



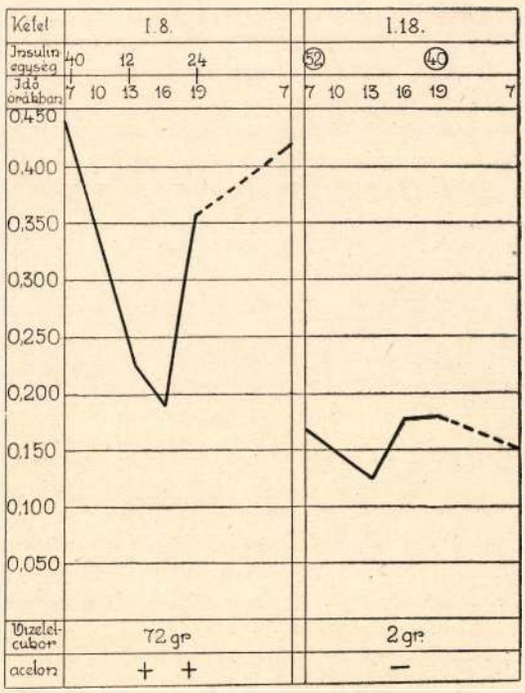
2. ábra. B. J. 46 é. nő. 6 év óta tud cukorbajáról. Apja cukorbajban halt meg. 3 testvére cukorbajos. 3 év óta klimax. Napi szénhydrat: 8. fke. XII. 15-től kezdve zink-protamin-insulin.



3. sz. ábra. K. B. 17. é. nő 1 év óta tud a cukorbajáról. Myocarditis chronica. Apja cukorbajban halt meg. Insulinnal szemben nagyon érzékeny. Napi szénhydrat: 8½ fke. XII. 7-től kezdve zink-protamin-insulin.



4. ábra. Sz. J. 75 é. nő. 4 hét óta tud a cukorbajáról. Myodegeneratio cordis. Napi szénhydrat: 6 fke. XI. 28-tól kezdve zink-protamin-insulin. XII. 12-től kezdve ismét N. I.



5. ábra.

Erről az esetről a következőket közöljük: (l. 5. ábra.)

35 éves nőbeteg, 2½ éve tud a cukorbajáról. Nagyapja cukorbajban halt meg. Anyja unokatestvére cukorbajos. Azelőtt 8 deka fehérkenyérnek megfelelő szénhydrátra s változóan napi 70—100 egység NI-ra volt beállítva. A déli insulin után gyakran hypo. Csaknem állandóan ketonuriában szenvedett. 1937. IV. óta kezeljük. 7½ fehérkenyéregység mellett, napi 84 ill. később 76 egység NI-ra állítottuk be. Na-

ponta 3-szor fecskendezett insulint. Éhgyomri vércukor 0.300% körüli értékeket mutatott. Hónapokon át nem volt ketonuriája. Az utóbbi 3 hónapban furunculosisban szenved. 1938. január első napjaiban acetontestek a vizeletben. A beteg nagyon fáradékony, sokat izzad, állandóan fáj a feje, gyakran van hasmenése. I. 7.-én kórházi felvétel. Az ekkor végzett vércukor meghatározások adatai az 5. sz. ábrán láthatók. I. 9.-én vegyes kezelésre fogtuk. Reggel 40 egység NI, este 40 egység zink-protamin-insulin. Az eredmény nem volt kielégítő. 1 nap kivételével állandóan volt ketonuriája. I. 15.-től kezdve reggel 52 egység, este 40 egység zink-protamin-insulin (8 fke.). I. 18.-án, mint azt az 5. sz. ábra is mutatja, a ketonuria megszünt, cukorvizelése minimálisra csökkent. Vércukor-görbéje olyan előnyös értékeket mutat, amilyet nála azelőtt hasonló mennyiségű NI-nál sohasem sikerült elérni. A déli insulinbefecskendezéstől mentesíteni tudtuk a beteget. Furunculusai elmultak. Fáradékonysága és az előbb jelzett panaszai megszüntek. Ezen a betegen egy jelenséget észleltünk, melyről külföldi szerzők is megemlékeznek: azonos étrend és insulinadagolás mellett előfordult, hogy átmenetileg 1—2 napon át a cukorkiválasztás fokozódott és aceton jelent meg a vizeletben. E jelenség okát még nem ismerjük. 1938. III. 7-én ellenőrző vizsgálat. 9½ fke, reggel 56, este 44 egység zink-protamin-insulin. Éhgyomri vércukorconcentratio: 0,107%. A vizeletben cukrot és acetont nem találtunk.

Ez az eset azt bizonyítja, hogy megvan a lehetősége annak, hogy a zink-protamin-insulin még igen súlyos betegeken is jó eredménnyel alkalmazható.

Az egész súlyos esetekben egyesek azt ajánlják, hogy reggel kétféle insulint (NI-t és zink-protamin-insulint), este pedig, ha erre még szükség lenne, zink-protamin-insulint adjunk. Fontos, hogy a zink-protamin-insulin és NI egyidejű alkalmazása esetén a kétféle készítmény számára külön fecskendőt használjunk és a kétféle insulint egymástól távoleső helyre fecskendezzük. A kombinált insulin-kezelésnek utóbbi módja annyira bonyolult, hogy véleményem szerint ez otthon csak a magasabb képzettségű betegeken vihető keresztül.

Néhány esetben alkalmunk volt a zink-protamin-insulin hatását *sebészi megbetegedéssel szövödött cukorbajos betegeken* is vizsgálat tárgyává tenni. Eddigi tapasztalataink, más szerzők közléseivel megegyezően azt mutatják, hogy zink-protamin-insulin hatására a sebgyógyulás feltünően megjavul. Természetesen a betegek műtéti előkészítéséhez és az esetleg fennálló ketonuria megszüntetéséhez NI-t használunk és csak azután térünk át a zink-protamin- insulinra.

Egyesek a zink-protamin-insulin jellemzéseként említik, hogy ezzel a szerrel insulint lehet megtakarítani. Tény, hogy ez az esetek egy részében elérhető. De az egész zink-protamin-insulin kérdésben nem ez a lényeges. A lényeges és erre a készítményre legfőképen jellemző az, hogy elnyujtott hatása révén a vércukor napi ingadozásai nagy mértékben csökkennek s általa a cukorbajos betegek előnyösebb anyagcsereállapotban élhetik le életüket. Ennek következtében csaknem minden esetben helyreáll, illetőleg fokozódik a beteg munkabirása. Ezeket a hatásokat — a NI adagjaihoz viszonyítva — néha kisebb, a súlyos esetekben azonban néha csak jóval nagyobb adagokkal tudjuk elérni. Az insulin gyógykezeléssel az a legfőbb célunk, hogy a cukorbajos jól érezze magát, tudjon dolgozni, s minél nagyobb teljesítőképességgel vehessen részt a dolgozó társadalom munkájában. Ezzel a gyógyszerrel szerzett eddigi megfigyelések alapján remélhetjük, hogy a zink-protamin-insulin alkalmazása előmozdítja majd ezt a törekvésünket.

Összefoglalásul tehát azt mondhatjuk, hogy:

1. A zink-protamin-insulin hatása a normal insulinhoz viszonyítva sokkal tartósabb és egyenletesebb.

2. A vércukorszint napi ingadozásai nagyon csökkennek.

3. Az éhgyomri vércukorconcentratio az esetek javarészében alacsonyabb szintre állítódik be.

4. *Egyes esetekben* a napi insulin befecskendezések száma s az insulin napi mennyisége is csökkenthető.

5. Némely igen súlyos cukorbajban szenvedő betegen a zink-protamin-insulin előnyös hatásai nem észlelhetők; ezeket továbbra is normal insulinnal kell kezelni.

6. Sebészi megbetegedéssel szövődött cukorbajos betegeken zink-protamin-insulin adagolása révén a sebgyógyulás feltünően megjavul.

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

Tapintási érzékcsalódások származástanához mérgezéses elmebajokban.

Irták: *Büchler Pál dr.* és *Szepesi János dr.*

Több mint 15 évi kutatásaink alapján feltünt, hogy a tapintásos, szervérzéses és kinaesthesiás hallucinátiók kialakulásában egyéni fonák észrevevésekre való hajlam mellett nagy szerepet játszanak endogen, autointoxicatiós, de leginkább exogen mérgezéses folyamatok, melyek tanulmányozásából új szempontokat tudtunk kiragadni. Hisszük, hogy dolgozatunk, a hapticus érzésekre vonatkozó hallucinátiók aetiologiájában, nem egy nézőpontot magyaráz meg.

Nyirő szerint exogen hallucinatiók toxikus vagy autointoxicatiós eredetüek; *Bickel* a haptikus hallucinátiók keletkezésében hajlam és külső kiváltó körülmények egybejátszását tételezi fel; *Morgue* azt hiszi, hogy a hallucinatio a hallucináló testi élményeivel függ össze s lelki, talán ion-eltolódások következményei, melyek az agykéregben a hallucinátió létrejöttéhez szükséges személyhasadást okozzák. Elmélete szerint a hallucinatio állandóan változó dynamikus folyamat. *Kronfeld* vitatja, hogy haptikus hallucinátiók egyáltalában léteznek; szerinte a senzoriális jelenségek önmagukban illusiók kifejlesztésére alkalmasak. *Repond* szerint deliriumban a hallucinátiók paraesthesiák helytelen magyarázásából kelthetnek s a paraesthesiák felismerése a kritika zavarán múlik. *Galant* és *Susmann* azt tapasztalta, hogy a beteg hallucinatorikus állapotában szervi alapon keletkezett kellemetlen állapotok okozták az érzékcsalódást. *Zsakó* és *Jó* a hallulinátiókat testi és lelki componenseikre bontották fel. Szerintük a hallucinátio oka mérgezés, kimerültség, láz, ezenkivül belső és külső folyamatokkal is számolni kell. *Moravcsik* szerint a tapintó és izomérzéses hallucinátiók egymással szövődnek, függnek a közérzéstől, szerves kapcsolatba lépnek az egyéniséggel, s határaik az illusiókkal annyira összefolynak, hogy elválasztásuk gyakran lehetetlen.

Haldane szénsavmérgezési önkisérleteiről számol be. Ezek folyamán a szénsav nyomásának positiv és negativ irányú változásai idézték elő tapintási és bőrérzési csalódásokat s az volt az érzése, hogy kemény, sima vagy kerek tárgyakat fog körül ujjaival. Megemlítjük még, hogy *Büchler* 52 hypophysis elváltozást érintő esete közül 41-izben tapasztalta, hogy az ujjbegyekben, az acrákban féregszerű mozgások, viszketés és olyan paraesthesiák nyilvánultak meg, melyek a valóság lenyügöző érzetével hatottak. Nem egy beteg rimánkodott, hogy műtéttel távolítsuk el a bőrük alá tolakodott és kinzó érzéseket okozó élősdieket, melyeknek jelenlétéről még a legértelmesebb

---

*) A Magyar Elmeorvosok Egyesületének XIV. Országos Értekezletén tartott előadás.

betegek is meg voltak győződve. Érdekes egy idült chloralhydrat mérgezésben szenvedő orvos, klinikai betegünk esete, kinek májtájékán az az érzése volt, hogy máját tüzes vassal csipdesték; májtályogra, vagy epekőre gondolt, kerésére megoperáltattuk. Műtét alkalmával kiderült, hogy sem a májban, sem az epevezetékben kóros elváltozás nem volt. Hogy az esetünk szervérzéses, hapticus, kinaesthesiás hallucinatiók combinatiója volt, azt bizonyítja az elvonó kura eredménye: az érzékcsalódások eltüntek s a beteg betegségi belátásának visszatértével, helyesen mérlegelte téves észrevevéseit.

Az egyetemi elme- és idegkórtani klinika intoxicatiós, valamint autointoxicatiós anyagát 10 évre visszamenőleg átvizsgálva arra az eredményre jutottunk, hogy más elmekórformákkal szemben, mérgezéses psychosisokban szenvedők 37.8%-a hapticus hallucinatióban szenvedett. Feltünt, hogy a hapticus hallucinatióban szenvedő betegeken gyakran a peripheriás érzőidegrendszerben elváltozást találunk. Cocainistákon a *Magnan* leirta hapticus jelenségcsoport csaknem kivétel nélkül fellelhető volt. A betegek bőrük alatt mozgó, csúszó, viszkető, harapó békákat, kígyókat és bogarakat éreztek. Hogy a téves észrevevések a valóság érzetével birtak, arra jellemző, hogy a beteg „azokat" addig piszkálta, míg úgy nem érezte, hogy kihúzza bőre alól. A tapintási érzéscsalódásokra jellemző tünet, hogy egy betegünk ágyából felkelve azt érezte, hogy bőre alatt golyók mozognak, melyek összekoccannak. — Egy másik cocainista betegünk azt mondta, hogy bőre alatt mértani testek és guruló gömbök vannak. Annak bizonyítékául, hogy az intoxicatiós folyamatok fokozott mértékben teszik fogékonnyá az elmebetegeket s a psychopathákat hapticus hallucinatiók kifejlődésére, példaképen szolgáljon egy nőbetegünk kórrajza, ki hosszú időn át morphin, cocain, haschis és luminal abusust üzött: kórleirásából csak a következő jellemző tüneteket idézzük: „Sokszor úgy érzem, mintha legebnék, repülnék, majd ismeretlen erők az ágyhoz szorítanak, végtagjaimat simogatják, mintha nemi szerveimet fogdosná valaki." Emlékezetünkben van egy napi 4 g. adalint és 6 g. chloralhydratot szedő betegünk, aki arra ébredt, mintha valaki clitorisát nyalná. Egy morphinista betegünk kórrajzában olvassuk, hogy napi 1 g. morphium szedése után azt érezte, hogy testén állatok mászkálnak, s olyan seprőmozgásokat végzett, mint az alkoholos deliriumban szenvedők. Tapasztaltuk, hogy iszákosokon pálinka és rum ivása után hapticus hallucinatiók fejlődnek ki. Például szolgáljon egy napi ½ liter pálinkát fogyasztó betegünk, aki azt érezte, hogy füleit húzzák, végtagjait nyútják, testét malomkövek között őrlik, kezeit szurkálják, bőrét csipdesik, stb. Egy másik betegünk aki, napi 3—4 deci pálinkán kívül 4—5 liter bort is fogyasztott, azt mondta, hogy testén hatalmas őslények és apró állatok mászkálnak. Egy iszákos betegünk testén patkányok mászkáltak, bőre alatt apró férgek mozogtak, melyek testét elrágták. Egy alkoholos psychosisban szenvedő betegünk úgy érezte, hogy egész testén majmok, egerek, ürgék ugrálnak és bőre alá is alámásznak. Legtöbb betegünk arról számolt be, hogy bőre alatt és bőrén piócák, tücskök, stb. mozognak; ezek bőrüket csipdesik, rágják. Egy kocsmáros betegünk azt állította, hogy állandóan szódavizes üvegből „szembe spriccelik" és szembeköpik. Az exogen eredetű psychosisokban előforduló hapticus hallucinatiókra jellemző egy betegünk puerperalis sepsiséhez csatlakozó generalsó végtagjaiban érzett jellegzetes hapticus hallucinatiókat: kezeivel lábfejét simogatta, mintha apró állatokat keresne. Nem csupán intoxicatiós anyagok váltanak ki hapticus érzékcsalódásokat, hanem mérgezések és anyagcserbeli folyamatok is. Példaként említjük, hogy egy betegünk puerperalis sepsiséhez csatlakozó generatiós psychosisában azt érezte, hogy lábát le akarják vágni, sőt még a kés élességét is jól érezte.

Herzig szerint hapticus hallucinatiók keletkezésében, mint az észrevevésben is physikai tárgy jelenléte szükséges; enélkül a valódiság érzése nem jöhetne létre. — *Mallet* és *Male* betegének az erős viszketés egész testére kiterjed s az érzés teljesen kitöltötte a beteg gondolatvilágát is, ami azt a magyarázatot alkotta, hogy testére valami fehérneműdarabbal apró állatkák kerültek, amibe annyira belemélyedt, hogy a végén már látta is az apró kisebb-nagyobb, fehér-fekete állatkákat, amint bőre alól kimásztak. *Macuamara* több esetet sorol fel, melyben a bőrérzéses hallucinatiókat apróbb és a peripheriára nyomást gyakorló tárgyak, mint pl. kenyérmorzsa, paraziták, fejkorpa, bálsár, az ágyban található banalis tárgyak okozták. Nem érdektelen *Leroy* egy iszákos deliriumban szenvedő betegének esete: gyomrában élő emberek mozgását érezte s a boncolás gyomorrákot igazolt. *Marie* egy chronikus haschis-élvező betegének esetében, aki noha eunuch volt és castrálták, mégis nőkkel folytatott viszonyaival dicsekedett és az állította, hogy egy hercegnőtől gyerekei vannak. *Antheaume* és *Parrot* három évig észlelt egy 15 g. napi chloralhydrátot fogyasztó beteget, kin delirium tremenst jellemző hapticus hallucinatiók fejlődtek ki. Jellemző az autointoxicatióra *Rohrschack* vitiumos betege, aki incompensatiós állapotában azt észlelte, hogy szíve és az ajtó kilincse között transmissiós szíj van kifeszítve s a szíj különös gyorsasággal mozgott. Jellemző eset saját tapasztalatunkból S. B. idült iszákos betegünk esete, kinek az volt az érzése, hogy bal fülében kukacok és más férgek mászkálnak. Az otologiai vizsgálat kiderítette, hogy bal fülének dobhártyájához kenyérmorzsák összecsomósodott állapotban voltak hozzátapadva, s peripheriás ingerek okozták a hallucinatio érzését. — Ez újabb adat arra nézve, hogy nem elégséges a hallucinatiót kiváltó központi gócok ingerülete, hanem emellett szükséges a peripheriás receptorok kóros elváltozása és izgalma is. *Ritterhaus* acut cocainismusban szenvedő psychotikus betege esetében a tetania somatikus képe fejlődött ki. Hogy belső secretiós elváltozások mennyire hapticus hallucinatiók kifjlődésére hajlamosítanak, arra *Beck* 194 főnyi myxoedema anyaga is bizonyíték. Szerző kimutatta, hogy 54 esetben a betegek a padló hullámzását észlelték. Jellemző adat *Moravcsik* tapintó és izomérzéses halucinatiókra vonatkozó anyaga. A szerző azt tapasztalta, hogy a Weber-féle tapintásos körök az általagosnál jóval kisebbek, amiből azt következtette, hogy vérkeringési, belső secretiós s környéki ingerek olyan elemi hatást tesznek a fokozott ingerlékenységű agykéregre, hogy ezáltal hapticus hallucinatiók fejlődnek ki.

Moravcsik, Bechterew, Vorside és Vuspes, Liepmann, Schilder, Pötzl, Zucker és több más szerző szerint toxikus anyagok hatására a hallucinatiók experimentalis kiváltása könnyebben sikerül. Jellemző, hogy a chronicusan mérgezett, de nem elmebetegeken jobban sikerül a kisérleti hallucinatio kiváltása, mint endogen elmebetegeken, vagy egészségeseken. Ezen a téren *Zucker* kisérletei perdöntőek; kimutatta, hogy mescalinos bódulat állapotában az elképzelt jelenségeket hallucinatio alakjában megjelentetni nem lehet, de a téves észrevevés zavara azonnal megjelenik, ha a környék akármiképen is alterált.

Hogy a peripheria zavara és a hallucinatiók kifejlődéséhez szükséges központok szorosan összefüggenek egymással, azt *Skolow*-nak egészségeseken végzett kisérletei igazolják; ugyanis a környéki inger küszöbének positiv,

vagy negativ irányú változása azonos a kiváltott hallucinatio mennyiségi fokával. *Mayer—Gross* mescalin-kísérletei arról tanuskodnak, hogy a mescalinbódulatban lévő egyén érzései, peripheriás ingereinek megfelelően, fokozottak s az egyén úgy érzi, mintha mozgásai gyorsított filmfelvételek volnának. *Kant* és *Knopf* orvosok önmegfigyeléseik alapján haschis mámorban úgy érezték, mintha a körülöttük lévő tárgyakat megfogták volna. *Forster* orvosi megfigyelései szerint mescalin bódulat alatt úgy érezte, hogy főleg végtagjainak alteratiói vannak előtérben.

Nem meglepő, hogy 352 esetre kiterjedő intoxicatiós psychotikus anyagunkban előtérben áll a környéki idegek megtámadottsága. Ez adta nekünk azt a gondolatot, hogy hapticus észrevevések keletkezésében a peripheriás idegrendszer megtámadottsága mellett az agyi hallucinatorikus gócok téves észrevevésre hajlamosító állapota fejleszti ki a végtagok helyzetére, mozgására és más állapotára vonatkozó téves észrevevéseket.

Kétségtelennek tartjuk, hogy a legtöbb mérgező anyag egyidőben bántalmazza a peripheriás idegeket és a hallucinatiók létrejöttére kórtanilag szükségelt agyi központokat. Véleményünk szerint a peripheria és hapticus focalis gócok egyidejű megbetegedése az, ami a jellemző érzékcsalódásokat kiváltja. Hogy a fonák érzések hallucinatiók-e, álhallucinatiók, vagy akár illusiók-e, az ma még vitás. Az illusionalis eredet mellett szól, hogy intoxicatiós psychosisban csak akkor keletkezik hapticus hallucinatio, ha a környéki idegrendszert súlyos bántalom éri. Súlyos ártalmat és hapticus hallucinatiót csak neurotrop mérgek okozhatnak. Állításunk saját tapasztalataink és az exogen fertőzésekkel foglalkozó külföldi szerzők véleménye alapján biztosítottnak tekinthető.

William F. Peterson Chicagoban, nemkülönben *E. F. Müller* Hamburgban végzett vizsgálatai alapján az intravenásan befecskendezett pepton sok más proteinszerű anyag, splanchnicus területén, sőt az egész idegrendszerben is az idegsejtek endotheljének ártalmas átjárhatóságát mérgekkel és közbeeső anyagcseretermékekkel szemben fokozza. Subcutan, vagy intravenásan befecskendezett insulin a sejt, de különösen az endothel permeabilitását csökkenti, illetve megakadályozza. Ebből következik, hogy a protoplazmamérgek befecskendett insulin hatására a sejt-testben nem, vagy csak csökkent mennyiségben kerülhetnek. Ha az intoxicatiós psychosisban szenvedőket insulin kezelésnek vetjük alá, akkor hapticus hallucinatiók foka csökkent, vagy azok ki sem fejlődnek.

1932 óta klinikánkon intoxicatiós psychosisokban; főleg morphium és alkohol elvonásban kiterjedten alkalmaztuk az insulint (10—40 E.) Ettől kezdve statistikánk azt bizonyítja, hogy a hapticus hallucinatiók absolut száma csökkent, illetve a már kezdettől alkalmazott insulin-kurára ki sem fejlődött.

Megemlítjük, hogy 1926—1931-ig összesen 211 beteget kezeltünk intoxicatiós psychosis diagnosissal, kik közük 108 betegen — az esetek 51.1%-ában — észleltünk hapticus hallucinatiót. Felfogásunk helyessége mellett szól, hogy az 1932—36-ig terjedő idő intoxicatiós beteganyaga 141 betegéből csupán 24 beteg esetében bizonyult hapticus hallucinatió, ami 17.02%-nak felel meg. — Az insulinkúra bevezetése óta a hapticus hallucinatiók előfordulásában 70%-os javulást észleltünk, ami absolut számokkal kifejezve az első periódusban 108, a másodikban 24 positiv esetet jelent.

Ezek alapján nem tartjuk túlzottnak véleményünket, hogy intoxicatiós psychosisokban már kezdettől alkalmazott insulinkúra hatására hapticus hallucinatiók lehet, hogy ki sem fejlődnek. Azt hisszük, hogy a hapticus hallucinatiók a máj működésének elégtelensége alapján fejlődnek ki. Nem vonható kétségben, hogy egyetlen hatásos gyógyszerünk, amely a májparenchimát kedvezően befolyásolja, az acidosis kifejlődését megakadályozza, a közbülső anyagcseretermékek keletkezését gátolja — az insulin. de ha nem is felelne meg ez a tényeknek, úgy az insulin therapiás hatékonysága a hapticus hallcinatióra hatásos következtetésekre jogosít.

A mondottakat összefoglalva, mérgező és különösen a neurotrop anyagok, — ha a máj méregtelenítő képessége elégtelen, — a máj által nem tartatnak vissza, miáltal bejutnak a peripheriás idegrendszerbe és az agykéreg téves észrevevéseket kialakító központjaiba: a kettő összejátszása hapticus hallucinatiókat eredményez, melyeknek arányszáma — intoxicatiós psychosisokban — igen nagy. Ha a máj parenchymájának működése javul, a mérgező anyagok a máj szövetében elroncsolódnak és akkor felfogásunk szerint hapticus hallucinatiók sem fejlődnek ki. Elgondolásunk alapján az insulin a máj általános detoxicatiós készségét segíti elő, tehát a hapticus hallucinatio kifejlődését gátolja az insulin-therapia.

Nem csupán a gyógyeredmény az, ami gazdagodást jelent, hanem a psychosomás megismerések tana is, amiben talán lehet hogy nem jelentéktelen lépéssel jutottunk tovább.

Az ankylostomiasis tünettanához.

Irta: *Mosonyi Albert dr.* bányafőorvos, Dorog.

A Kolle—Hetsch-féle tankönyv az ankylostomiasis klinikáját a következőképen írja le: 4—6 héttel a fertőzés után kólikák, hasmenések és anaemiás jelenségek jelentkeznek, mint fülzúgás és szívdobogás. Az ürülések gyakran vérrel kevertek és a betegség előrehaladásával mind gyakoribbak. Megfelelő gyógykezelés hiján az anaemia gyorsan fokozódik. A vörösvérsejtek száma egész egyharmadára kevesbbedik, a haemoglobin-tartalom igen megcsökken. A vészes vérszegénység tünetei mellett, amiket eosinophil vérkép és poikilocytosis jellemez, nagyfokú lesoványodás és elesettség kapcsán néhány hónap múlva halál állhat be. — *Lőrincz* az ankylostomiasisról szóló monographiájában a féregfertőzésnek klinikai nyilvánulását csupán a vérszegénységben látja, amely ugyan nem szükségképeni velejárója a fertőzésnek, mert nemfertőzött bányászokon is megállapítható, sőt szinte még gyakrabban mint fertőzötteken, és fiatalabbakon is gyakran nagyobb mértékben, mint olyanokon, akik már hosszabb idő óta dolgoznak a föld alatt. *Lőrincz* tehát arra a következtetésre látszik jutni, hogy az ankylostomiasis vérszegénységet okozó és általában megbetegítő hatása csak más ártalmas tényezők (táplálkozás minőségi vagy mennyiségi elégtelensége, constitutionalis vagy szerzett gyengeség) közrehatásával érvényesülhet. *Lőrincz* prof. monographiája (57 l.) felsorol még egész csomó olyan „jellemző" klinikai tünetet, amiket a számomra hozzá nem férhető közlemények az ankylostomiasis kisérő jelensége gyanánt említenek; ilyenek: halványság, elesettség, szédülés, arc- és lábszárvizenyő, szívtágulás, idegesség, apathia, látászavarok, psychés eltévelyedések, mint korai libido, kóros hazudozás, kleptománia, stb.; nőkön a hószám és terhesség zavarai, meddőség. Amint látjuk, a szószerint idézett symptomatologia vagy nagyon szegényes, vagy nagyon is sokat markol, szinte emlékeztet a régi fürdőjavallatokra, amelyekben minden benne van és azért komolyan nem vehetők.

Minthogy az utóbbi időben alkalmam volt 86 fertőzöttet gyógykezelni, mégpedig olyan egyéneket, akiknek minden komolyabb egészségzavara, tehát minden olyan

betegsége, amely legalább négynapi keresőképtelenséget okozott, évekre visszamenőleg aktaszerűleg — kartotéklapon — feljegyeztetett, ezért úgy gondoltam, hogy ezen rendelkezésemre álló kórelőzményi anyag hasznnal lenne értékesíthető az ankylostomiasis tünettanának átvizsgálására, amelyre nézve, mint a fentebbiekből kiderül — az irodalom részben ellentmondó, részben túlzott és helyt nem álló adatokat tartalmaz.

Amint *Lőrincz* prof. is felemlíti, azok az egyének, akik ankylostóma-fertőzöttség miatt gyógykezelés alá kerültek, tulajdonképen nem voltak betegek, vagyis nem érezték magukat betegeknek. Ha az országosan elrendelt vizsgálat föl nem deríti az ő fertőzöttségüket, akkor ők továbbra is végezték volna nehéz munkájukat. Igaz ugyan, hogy a kúra folyamán egyesek bevallották, hogy az utóbbi időben tényleg éreztek fáradékonyságot, szédülést, sőt egyéb panaszaik is voltak, de mégsem annyira, hogy munkájuk abbanhagyására kényszerültek volna. Feltűnt azonban nekem, hogy a sikeres kúra után, amikor tehát a megismételt székletvizsgálat következetesen negativnak bizonyult, egyesek maguktól, minden suggerálás nélkül közérzetük javulását jelentették. Különösen jelentős volt számomra, amikor olyan egyén, ki előzőleg gyomorpanaszok miatt ismételten állott ambulans és kórházi kezelésben, amely kezelés alig-alig járt — és akkor is csak múló — eredménnyel, a kúra után sugárzó arccal, boldogan jelentette, hogy úgy érzi magát, mintha kicserélték volna. „Most tudok enni és a feleségem nem tud eleget csodálkozni, hogy mi történt velem!" A közérzetnek ilyen előnyös változásáról több esetben értesültem. Fölvetődött tehát bennem az a gondolat, hogy ezt a javulást talán annak az ártalomnak a megszűnése okozta, amelyet az ankylostoma-fertőzöttség az illető szervezetre jelentett. Ez a következtetés — azt hiszem — már egy-két adott esetre vonatkoztatva is jogosult. Ha a „post hoc, ergo propter hoc" nem fogadható is el általában tudományos bizonyítéknak, ilyen esetekben mégis alig lehet az oki összefüggést elvitatni. Ha valaki a sikeres ankylostoma-kúra után megszabadul olyan panaszoktól, amelyek őt előzőleg hosszasan és ismételve kínozták, akkor logikus ezeket a panaszokat az ankylostoma-ártalomnak tulajdonítani. Ez a kóroktani összefüggés még nyerne valószínűségében, ha sikerülne bebizonyítani, hogy az ankylostomásoknak bizonyult egyének nagyobb többségénél kimutathatók olyan panaszok, amelyek a bél bántalmazottságára utalnak. Mert hiszen nyilvánvaló, hogy az ankylostoma-féreg, mely a duodenum és a vékonybél nyálkahártyájába oly erősen kapaszkodik bele, hogy arról erőszakosan csak nyálkahártyasérülés árán választható le és amely ezen megtelepülési helyét állandóan vérteleníti vagy legalább is vérszegénnyé teszi, a fertőzés mérvéhez vagyis számához és virulentiájához, továbbá az egyén alkati adottságaihoz képest oka annak a functiózavarnak és közérzetalterationak is, aminek elsősorban a béltractusban kell megnyilvánulni. Az volt tehát a föltevésem, hogy azok a makacs gyomortáji panaszok, amelyek változó chemiai és bizonytalan röntgenlelettel, de az emésztést kisérő, mindig visszatérő fájdalmakkal ezen ankylostoma-fertőzöttek némelyikénél a kúra előtt sokáig fennállottak és a férgek sikeres kiűzése után jórészt megszűntek, hogy ezek a gyomor- és duodenalis ulcusként nyilvántartott, sőt néha operált eseteink, tulajdonképp nem is voltak fekélyek a szó pathologiai értelmében, hanem a szervezetnek túlerős reactiói az ankylostoma-ártalommal szemben. De annak sincs semmi akadálya, hogy az ankylostomák erős invasiójára valódi ulcus keletkezését tegyük fel. Az ankylostomák a duodenumban tartós vérvesztést okoznak, tehát ischaemiás állapotot létesítenek, ami átterjedhet a szomszéd területekre, tehát az antrum tájékára is és így elképzelhető, hogy az ily módon előkészített, gyenge ellenállású talajon akár valamely külső trauma *(nehéz physikai munkát végző bányászok)*, akár valamely belső trauma (rosszul megrágott vagy forró étel) behatására fekély képződjön. Hiszen a vérkeringési zavar, amit a gyomor- és duodenalis ulcusok előfeltételének tekintünk, legkifejezettebb ott, ahol az aggressiv férgek az emésztő functióhoz szükséges vér egy részét a szervezettől elvonják. De elképzelhető az is, hogy ezek a férgek reflex útján görcsös állapotot létesítenek az emésztő tractusban — mint azt más helminthiasisban is sokszor tapasztaljuk — és ezek a spasmusok a gyomorban és patkóbélben ugyancsak helyi ischaemia útján vezethetnek a fekély subjectiv és objectiv tünetcsoportjához; de vezethetnek esetleg az enteritisek és a colitisek tüneteihez is.

Összeállítottam tehát a 86 ankylostoma-fertőzött kartotéklapjáról azon eseteket, amelyekben a gyomor-béltractus megbetegedése ászleltetett, szembeállítva evvel száz olyan egyén hasonló természetű megbetegedését, akik azonos körülmények között élnek, de nem voltak ankylostomásak.

	Esetek sz.	Gastralg.	Gastritis	Gyomor-duod. fekély	Entero-colitis
Ankylostomiás	86	8=9·3%	13=15%	4=4·6%	8=9·3%
Nem ankylostomiás	100	3=3·0%	10=10%	4=4·0%	13=13·0%

Kiderül ez összeállításból, hogy a két kategóriában a gyomor-béltractus megbetegedései majdnem azonos arányban fordulnak elő, mégis az ankylostomásoknál ezen szervnek némileg fokozottabb érzékenysége mutatható ki. Rendelkezésemre áll ezen felül a négy gyomor-duodenum-fekélyesnek röntgenlelete is abból az időből, amikor az ankylostoma fertőzöttségük még ismeretlen volt és abból az időből, amikor a sikeres féregkúra által fertőzöttségük már megszünt.

1. *I. P.*, 1934. IX. 19. Rendes helyzetű gyomor, kontrast rendellenesség nélkül. Bulbusa szabálytalan, nyomásérzékeny. — 1935. XII. 11. Próbareggeli, 18—6—3=27. Röntgen: a gyomor a cristák alatt négy ujjnyival, erősen hypotoniás, igen magasan kezdődő peristaltika kis lefűződéssel. Duodenum csepp formájú. — 1936. VIII. 29. Pr. r. 19—6—7=32. Normalis helyzetű gyomor, kissé atoniás és norm. perist. Nagyobb szabálytalan bulbus, a duodenum jobbra elhúzódva látszik. Féreg-kúra után gyógyult. 1937 január 22. Röntgen 1937. IX. 21. Pr. r.: Kongót gyengén kékít. Kissé hypotoniás gyomor, közepes perist. és kiürülés, gyomorlelet nélkül. *Bulbus szabályos, contr. rendellenesség és érzékenység nincs.*

2. *E. J.* 1936. III. 6. Pr. r. 18—6—7=31. Rendes nagyságú gyomor, három ujjnyival a crista vonal alatt, kissé hypotoniás, aránylag jó kiürülés. Bulbusa deformált, a felső flexuránál megmaradó árnyék, amely fölött erősebb nyomásérzékenysége van. Gyógyult. 1937. március 18. Röntgen 1937. VIII. 24. *Rendes helyzetű gyomor, mind a gyomor, mind a bulbus lelet nélkül.*

3. *G. K.* 1934. II. 26. Pr. r. 43—4—21=68. Rendes helyzetű gyomor, contrast rendellenesség nélkül. *A teljesen szabálytalan bulbus felett nyomásérzékenység,* ezen a helyen a sugárfogó anyag állandóan megvan. Gyógyult 34. I. 8. Rtg. 37. VII. 30. Pr. r. 20—6—31=57. Tenyérnyi ptosis, *különben negativ lelet.*

4. *I. J.* 34. X. 14. Pr. r. 42—10—16=68. Rtg. rendes helyzetű, igen rossz perist. gyomor, tonusa rendes, a gyomron contrast rendellenesség nincs. Bubus szabályos, nyomásérzékenység magasan, extraventricularisan. Gyógyult 37. II. 20. Rtg. IX. 10. Pr. r. 5—10—9=24. norm. helyzetű, jó peristaltika, jó kiürülésű gyomor, a bulbus magasabban fekszik, kissé nyomásérzékeny.

Ezek a röntgenleletek objective is mutatják, hogy az illető ulcus-betegek állapota a kúraelőttihez képest lényegesen javult. A gyomor elválasztása közeledett a rendes-

hez vagy rendes lett, javult a gyomor ptosisa, eltünt az előbbi defrmatio és nyomásérzékenység. De legfontosabb, hogy azok, akik hónapokon, sőt éveken át diaeta ellenére is nyűgösködtek és többször munkaképtelenek voltak, a sikeres kúra után valamennyien jól érzik magukat, nehéz munkájukat panasz nélkül végzik, sőt testileg gyarapodtak. Ennek megfelelően azt is tapasztaltuk, hogy az enterocolitisek, amelyek egyes ankylostomásoknál előzőleg látszólag minden kimutatható ok nélkül hosszasan fennállottak és ismételten kiújultak, a sikeres anklyosstomakúra után véglegesen gyógyultak. Ezek a tapasztalatok tehát felbátorítanak engem annak a tételnek a felállítására, hogy az ankylostoma-féreg, amely éghajlatunk alatt sok esetben mint ártalmatlan parasita teljesen tünetmentesen élősködik az emberben, más esetekben mégis — amelyeknek számát 10–15%-ra becsülném — a béltractusban izgalmi állapotot okoznak, ami ritkábban a gastritis és duodenalis ulcus, máskor meg a recidiváló enterocolitisek tüneteiben jut nyilvánulásra. Ebből az is következik, hogy homályos eredetű és tüneteiben nem congruáló gyomor- és bélkrisisek esetén, mikor a műtéti beavatkozás nem feltétlenül sürgős, ennek elhatározása előtt a bélférgekre, illetve ezek petéire irányuló vizsgálatot elmulasztani nem szabad.

Az O. T. B. A. budapesti szakorvosi rendelőintézetének közleménye.

A liquor-vizsgálatokhoz szükséges aranysol készítésének egy új változata.

Írta: *Unghváry László dr.*, h. főorvos.

Az aranysol előállítására számtalan módszer van. A kémikusok a legkülömbözőbb redukáló szerekkel (alkohol, tannin, hydrazinhydrat, világító gáz stb.) a legkülömbözőbb színű (vörös, zöld, kék) aranysolokat állították elő. Orvosi szempontból ezek közül nem mindegyik felel meg a liquorvizsgálatok céljainak. *Lange*, aki először állította be az aranysolt a liquor kolloidvizsgálatok közé, a formalinnal aurichloridból készített piros kolloidot jelölte meg olyannak, amely a liquordiagnostikában beválik.

Tudjuk, hogy liquor kolloidreactiók lényege mind a mai napig sem teljesen tisztázott. Jogos tehát az a törekvés, hogy legalább a reactióban szereplő egyik legfontosabb faktor a sol legyen megbizhatóan pontos. Sajnos épen ekörül vannak nehézségek. *Lange* szerint a sol készítésénél a legnagyobb gondossággal kell eljárni úgy a használt vegyszerek, mint a használt edények és főképen a destillált víz szempontjából. Szerinte az előállításkor csak chemiailag tiszta vegyszerek, jénai üveg (előzetes átpárolás után) és bisdestillált víz (*Zsigmondy* szerint lehetőleg ezüst hűtőjű lepároló készüléken) használható. Mindezekre pedig a készülő aranysol nagy electrolit érzékenysége miatt van szükség. Vannak, akik ezen eljárást még túlozzák, mások egyszerűsítik. Így *Custer* a phenolphtalein indicator mellett titrálja ki a reactióhoz szükséges carbonat-mennyiséget. *Borowskája* az aurichloridot natrium nitrosummal redukálja. Szerinte minden kínos pontosság (a bisdestillált víz és a jénai üveg használata) felesleges, mégis megbízható aranysolt kap. Bármilyen eljárást is alkalmazzunk, a cél az, hogy mindenki által könnyen előállítható, megfelelő színű és érzékenységű kolloidot nyerhessünk, amely pontosan mutatja a liquor kóros megváltozását. A kékesen áttünő átlátszatlan, ráeső fényben piszkos sol nem használható. De a jó színű sol is lehet kevéssé vagy tulérzékeny. Ezért 0.1-től 1.2%-ig terjedő só sorozattal kell megállapítani az electrolit érzékenységét vagyis azt a konyhasó koncentrációt, melyet a reactióhoz használni kell. A tulérzékeny (0.1—0.2%) vagy a tulstabil (0.8% és afelett) nem használható.

Érthető, hogy a sok követelmény többféle eljárási typus megteremtéséhez vezetett (*Weigeldt* alkoholos, *Licen* mannitos, *Leiboff* sacharose, *Zsigmondy* és *Kiss* módszerei) sőt ugyanazon typusban is számos módosítást létesítettek. Legtöbb helyen ragaszkodnak az előállításnál a Lange-féle előírásokhoz. A másik nagy tábor az érzékenyebb szőlőcukros eljárást alkalmazza, melynek több változata ismeretes (*Eicke*, *Schaffer* stb.) s melynek ujabb módosítása jelen közleményünk tárgya.

Az előállításnál mi is ragaszkodunk a bisdestillált vizhez és a jénai üveghez. Aurum chloratum crystallisatum flavumot, Merckféle dextrosét és carbonátot használunk. Féllitr bisdestillált vizhez 5 ccm. 1%-os aranychloridot 2.5 ccm. 5%-os dextrosét és 2.0 ccm. 5%-os kaliumcarbonátot teszünk. *Eicke* eljárásnál a arany és dextrose oldatában a forrás megindulásakor csepegtetjük a carbonátot. *Schaffer* módosításánál az arany és carbonát oldatához csepegtetjük a dextrosét. Mindkét eljárás begyakorolt személyt igényel. Ez kiviláglik az egyes szerzők cikkeiből, ahol is a sikertelen aranysol készítés okául olyan dolgokat is megszívlelendőnek tartanak, mint az optimalis hőfok eltalálása, az edény megfelelő erősségű rázása, a dextrose leégésének elkerülése stb., melyek mind nagy gyakorlatot igényelnek. De nemcsak ez indított bennünket a módosításra. *Schaffer* módosításánál a kolloid arany kiválása rendszerint elhúzódó. A lassan csepegtetett dextrose 2.5 ccm. már régen az oldathoz került, amikor a kolloid arany kiválása megkezdődik. Ekkor azonban pillanatok alatt kiválik és miután az összes vegyszerek quantitative benne vannak az oldatban, a sol színét, érzékenységét befolyásolni már nem tudják. *Eicke* módszerénél a carbonát első cseppjénél gyakran következik be a kolloid is statu nascendi kicsapódása vagy olyan kékes-lilás kolloid áll elő, amely biztonságosan nem használható, vagy legalább is túlérzékeny. Ez a folyamat nem írható sem a bisdestillált viz, sem az üvegek tisztátalan voltára. Sokkal inkább annak a körülménynek tudható be, hogy a carbonát becsepegtetésekor olyan concentrátióban éri a relative hig arany oldatot, hogy az kicsapodhatik még az erőteljes rázás dacára is. Egészen jó és megbizható solt kapunk módosításunkkal, amelynél 500.0 ccm. bisdestillált vizet mérünk le kb. 1 literes, bisdestillált vizzel átgőzölt jénai üvegbe. Ehhez adunk hidegen 1. a Kalium carbonicum puriss. (*Merck*) 5%-os bisdestillált vizes oldatából 2.0 ccm-t, 2. a Dextrose puriss. (*Merck*) 5%-os bisdestillált vizes oldatából 2.5 ccm.-t. Most forraljuk. A forrás megindulásakor az Aurum chloratum crystallisatum flavum (*Merck*) 1%-os bisdestillált vizes oldatából annyit csepegtetünk lassú cseppekben az oldathoz, mig a kivánt sötétpiros szin elő nem áll amit kb. 2—5 ccm.-nél érünk el. Ily módon még a sol érzékenységét is irányíthatjuk, ha több aranychlorid oldatot csepegtetünk, úgy solunk sötétebb és egyben érzékenyebb, ha kevesebbet, úgy halványabb és stabilabb lesz. Az ily módon kapott aranysol pontosságát és megbizhatóságát számos negativ és positiv liquor-controllal igazoltuk. Fő előnye solunknak a könnyű előállítás, mert semmi különös technikai készséget nem igényel és a durva hibáktól eltekintve jóformán soha sem okoz sikertelenséget. Ami az electrolit érzékenységét illeti solunk sem kivétel az alól a szabály alól, hogy só érzékenységét meg kell állapítani. A túlérzékenyt és túlstabilt mi sem használjuk, de rendszerint a 0.4, 0.6-os érzékenységtől nem szokott solunk lényegesebb eltérést adni. Feltétlenül fontosnak tartjuk emellett a positiv és negativ liquorral

való beállítást is. Nem lehet ugyanis azonosítani az electrolit érzékenységét a sol u. n. reactiós érzékenységével; jeléül annak, hogy a só a reactióban elsősorban a liquor fehérjére hat. Igy láthatjuk gyakran, hogy az ú. n. elektrolit túlstabil sol, a reactióban túlérzékenynek bizonyult és fordítva.

Tekintve azt a fontos szerepet, melyet az aranysol reactio a liquor diagnostikában betölt, úgy gondoljuk nem volt felesleges ismertetni a sol előállításának könnyű és megbizható módját.

---

*) E helyen is hálás köszönetet mondok *Zsakó István dr.* őméltóságának, a Lipótmezei Állami Elmegyógyintézet igazgatójának a nagymennyiségü liquor-vizsgálati anyag szíves átengedéséért.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Leukaemia családi előfordulása. *Gottliebe.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 4. sz.)

Két növéren majdnem azonos életkorban fellépő acut és subacut myeloblastos leukaemiát ir le. A közölt eseteket késöi korban jelentkező alkati csontvelökimerülésnek tartja. A megvizsgált rokonok egyrésze leukopeniás volt, mindegyiknél kifejezett lymphocytosist (60% körül) talált.

Gorka Tivadar dr.

A myeloid leukaemia klinikumához. *Grunke.* (Med. Klin. 1938. 3. sz.)

40 éves myeloid leukaemiában meghalt nő kórtörténetét közli, akinél 14 évvel halála előtt (téves diagnosis: Banti-kór alapján) splenectomiát végeztek. A beteg ezután több éven keresztül teljesen panaszmentes volt, később pedig a szokásos kezelés mellett aránylag sokáig igen jó állapotban maradt. Halála előtt néhány hónappal bőrén borsónyi, kerekded, éles határú csomócskák keletkeztek, melyek szövettani vizsgálattal myeloyd infiltrátumnak bizonyultak: a vérben a myeloblastok száma azonos fehérvérsejtszám (184.000) mellett 40%-ra emelkedett. A boncolás kiterjedt leukaemiás metaplasiát derített ki, a máj a kismedencéig ért, súlya 3900 gr. volt.

A szerző szerint valószínüleg a korai lépeltávolításnak tulajdoníthatjuk a betegség szokatlanul hosszú lefolyását és a beteg relative jó állapotát. A hatás elképzelhető úgy, hogy a lépkiirtás a kóros sejtek képződését csökkentette, vagy hogy a lépnek a csontvelöre gyakorolt hatását szüntette meg.

Gorka Tivadar dr.

Foglalkozás és a rák. *Staemmler.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 4. sz. 121. 1.)

Az idevágó statistikai adatok nagyrésze használhatatlan ebből a szempontból, többek között azért, mert legtöbb esetben a foglalkozás megjelölése nagyon pontatlan.

Pontosabbak az angol statistikák. *Jötten* és *Reploh* adatai szerint az alacsonyabb társadalmi osztályoknál gyakoribbak a bör-, ajak- és nyelvrákok. Feltünö gyakori az alkoholl foglalkozók, a kátrány- és paraffiniparban dolgozók rákos megbetegedése. az elöbbieknél az emésztöcsatorna felsö részének, az utóbbiaknál a bör rákja fordul elö.

Németországban a foglalkozással összefüggö rákok közül leggyakoribb: 1. a bör kátrány-, 2. a hólyag anilin-, 3. a tüdö chrom-okozta rákjai. Ezek a rákok leginkább ott keletkeznek, hol az ártalmas anyag érintkezésbe jut a testtel, vagy ahol kiválasztódik. Elhelyezkedésüket azonban a különböző szövetek és szervek hajlamossága is befolyásolja.

Szöveti szerkezetben nincs lényeges eltérés a többi rákokkal szemben, bár a bör kátrányrákja majdnem mindig spinocellularis és csak ritkán basalsejtes, a tüdöben pedig a laphámrák gyakoribb (ami a többi rákok esetében ritka). A foglalkozással kapcsolatban kifejlödött rákok igen gyakran multicentrikusak, általában megelözi öket praecanserosus állapot.

A rákot kiváltó külsö ártalmakkal szemben a rákra való hajlamosságnak úgylátszik csak alárendelt szerepe van. Ezen külsö ártalmak hatását ma még nem tudjuk valamely közös tényezöre visszavezetni.

Gorka Tivadar dr.

Sebészet.

Thorakoplastika utáni tüdö-röntgenárnyékok. *Zunino,* Buenos Aires. (Annali dell'Instituto Forlanini. 1937. okt.)

Thorakoplastika utáni árnyékoknak nevezi az első 15 napon belüli elváltozásokat. Kb. 300 esetet dolgozott fel. Ezeknek 91%-a a Monaldi-féle antero-lateralis thorakoplastika volt és csak 9 %-át végezték valamely hátulsó behatolási mód szerint.

A Mütétek rendszerint az alábbi sorrend szerint történtek:

1. phrenikus-átmetszés, vagy kitépés,
2. thorakoplastika latero-inferior (IV—V—VI—VII),
3. th. antero-superior (I—II—III).

Az első és második rész néha egyidöben történik.

Az utánuk létrejöhető árnyékok föbb typusai:

1. A post-thorakoplastikus árnyék hiánya.
2. Széli árnyékok. Föleg az alsó mellkasfél lat. szélén.
3. Halvány és részleges fátyolozottság. A mellkasfél alsó vagy felsö harmadára, ritkán a középsöre, vagy pedig kétharmadára terjed ki. Kb. izom-intensitású árnyék.
4. Egész mellkasfélre terjedö halvány fátyolozottság.
5. Részleges májintensitású árnyék.
6. Egész mellkasfélre terjedö májintensitású árnyék.
7. Cavernát utánzó árnyék, föleg felsö plastikák után. Folyadék és levegö együttes jelenléte okozza. Hasonló árnyékot hydropneumothorax eseteiben is láthatunk.

Ezek értékelése és jelentösége:

2. Széli árnyéktypus a latero-inferior szakasz után látható. A mellkasfal mütét-utáni savós beivódásából származik. A mellkashártyát nem érintik, ami kitünik abból is, hogy az első három hónapon belül felszívódnak. A gyógykezelés szempontjából nincs jelentöségük.

3. Halvány és részleges fátyolozottság a hátulsó plastikák eseteiben, valamint a Monaldi-féle plastika antero-sup. része után fordul elö. Eredete és jelentösége ugyanaz.

4. Egész mellkasfélre terjedö halvány fátyolozottság Monaldi-féle felsö és alsó plastika után látható, hátulsó plastika után nem. Eredete szintén a mellkasfal savós beivódása és továbbterjedö haematomája, mely ugyancsak eltünik egy hónapon belül.

5. Máj-intensitású árnyékok, akár részlegesek, akár az egész mellkasfélre terjedök, származhatnak egyszerü, vagy fertözött atelectasiától, tbc.-s, vagy aspecifikus tüdögyulladástól. Megkülönböztetö kórismét a klinikai vizsgálat ad.

Egyéb typusok:

Góc árnyékok. Bronchopneumoniás elváltozásoktól erednek.

Pleuritis exsudativás árnyékok. Ritkán jelennek meg magának a thorakoplastikának hatására. Inkább lefolytatott ptx. kezeléshez társulnak. A mütét hatására nagyobbodhatnak.

Caverna-utánzó árnyékok a mütéti területben fordulnak elö. Azáltal jönnek létre, hogy a lágyrészek közé savó és levegö kerül. 15—20 nap múlva tünnek el.

Szülészet

A klimakterium zavarainak symptomatikus kezelése. *V. Th. Ludwig.* (Deutsche Med. Wschr. 1937. 42. 1586.)

A klimax zavarainak kétféle kezelése lehet organotherapiás vagy symptomatikus. Az utóbbi években nagy csalódások érték az organotherapiás gyógymóddal, azonkivül a pénztári orvos nem adhatja megfelelö mennyiségben, ezért egy év óta euklimannal próbálkozott, melynek összetétele ½ mgr. agaricin-sav, ½ cg. extr. hyoscyam. 0.2 mgr. salven, cyenol és ol. rosm. Különösen 3 betegét említi, akiknél a legsúlyosabb kiesési tünetek euklimanra igen rövid idö alatt megszüntek.

Balassa Kálmán dr.

A petefészekmüködés megtartása méhkiirtás után. *Prof. H. Siegmund.* (Archiv f. Gyn. 1937. 165. 2.)

Állatkisérletek tanusága szerint méhkiirtás után a petefészek tüszői müködésképesek maradnak, ha a petefészek ütöere a megfelelö fonattal megtartatott. E müködési képesség évekig fennáll, de a müködési készség fokozatosan csökken. Gonadotrop-anyagok befecskendezésével a müködési készség csökkenése azonnal megszüntethető s a petefészkek müködésbe hozhatók. A belsö elválasztásos rendszer és az idegrendszer olyan értelemben függnek össze, hogy a peripheriáról a központi idegrendszerbe jutó impulsusok az agyfüggeléken keresztül gonadotrop-hatású hormonok felszabadulásához s a petefészek folliculusainak megújult müködéséhez, ovulatióhoz vezetnek. Ha a petefészket, a vegetativ ideg-

rendszert és az agyfüggeléket olyan rendszernek tekintjük, mely hatását egy körben fejti ki, amelynek a méh csak függvénye, elképzelhető, hogy bár a méhkiirtás önmagában a petefészek működési képességére hatástalan, a mütét kapcsán átmetszett vegetativ idegek megszakitása retrográd úton az idegrendszerbeli központokra hatnak, majd az agyfüggelékhez jutó impulsusok gyengüléséhez s végül a petefészek működésének megszünéshez vezetnek. Méhkiirtás esetén az egészséges petefészkek mindenkor megtartandók, mert működésüknek fokozatos abbamaradását a női szervezet könnyebben elviseli, mint hirtelen megszünését.

Kováts Károly dr.

Folyás és vitaminok. *Stähler.* (D. Med. Wschr. 1937. 44.)

A trichomonas-okozta és a nem specifikus fluorok között az a szembetünő különbség, hogy míg az előbbi főleg nyáron fordul elő nagy számban, addig a nem specifikus a téli hónapokban kulminál gyakoriság szempontjából. A nem specifikus folyás oka a szerző szerint legtöbbször a C-vitamin hiány, ez a fajta folyás javul napfényre, a napfényhez hasonló hatása van a mesterséges fénynek, valamint a D és C-vitaminnak. A-vitamintól kedvező hatást lehet várni constitutiokozta folyás esetén, főleg hyperthyreosis esetén. — Annak megfelelően, hogy a trichomonas-okozta folyás nyáron sokkal gyakoribb, vitaminok a trichomonas életfeltételeit elősegítik s így a trichomonas-folyás vitaminkezelésre nem javul, hanem rosszabbodik.

Lányik István dr.

Az emberi lepény C-vitamin tartalma. *Tonutti* és *Plate.* (Arch. Gynaek. 1937. 164. 2.)

A lepény C-vitamin tartalmát szövetchemiai módszerrel vizsgálták, hogy ne csak annak mennyiségéről, hanem a szövetekbeni eloszlásáról is felvilágositást nyerjenek. A frissen vett vékony szövetdarabokat 1%-os aranychloridban pácolták, majd alapos kimosás után paraffinba ágyazták be. A folyamat a paraffinbeágyazásig teljes sötétségben történt. 20 kiviselt terhességből származó lepényben határozták meg ilyen módon a C-vitamin mennyiséget. A C-vitamin mindenütt a sejtmagvak körül a protoplasmában helyezkedett el különböző vastag fonalak alakjában. Tulajdonképen az ú. n. Golgi-apparatust tudták igy kimutatni. A C-vitamin a lepénynek úgy anyai, mint magzati részében kimutatható volt. A decidua meglehetősen állandó mennyiséget tartalmazott. A feltüntetett Golgi-apparatus vastagságából a C-vitamin mennyiségére következtetéseket lehet vonni. Ha a vajudók a szülés előtti napokon C-vitmainban gazdag táplálékokat kaptak, úgy a Golgi-apparatus igen vastag, durva vonalakat alkotott. A kisérletek azon csoportjában, melyeket a téli hónapokban végeztek, az esetek egy részében C-vitaminhiányt tudtak kimutatni.

Thaisz Kálmán dr.

C-vitamin megterhelések szoptató gyermekágyasokon. *G. Gaehtgens* és *E. Werner.* (Arch. f. Gyn. 165. I. 63.)

Az anyatej ascorbinsavas tartalma kifejezetten a táplálékkal felvett ascorbinsav mennyiségétől függ. C-vitamin megterhelés nélkül a tej mennyisége és C-vitamin tartalma a legtöbb esetben nem érte el a csecsemő napi szükségletét. Napi 100 mg. ascorbinsav peroralis adagolásával nem sikerült elérniök a tej C-vitamin tartalmának kielégitő emelkedését. 300. mg ascorbinsav naponkénti visszérbe fecskendezésére a kiválasztott C-vitamin mennyisége a csecsemő napi szükségletének fedezésére elegendőnek bizonyult. Eredményeikből látható, hogy a terhesség alatti C-vitamin hiány a gyermekágyban a tej csökkent C-vitamin kiválasztásához vezet, ezért a szoptató nő és csecsemő C-vitamin szükségletéről gondoskodnunk kell.

Kriszt József dr.

Szemészet.

Dinitrophenol hályog. *Onfray* és *Gilbert-Dreyfus.* (Francia Szemorvostárs. Munk. 1937.)

Egyik esetükben végzett pontos laboratóriumi vizsgálatok eredményei szerint endokrinologiai kiesés (mellékpajzsmirigy!) nem volt megállapitható. Ezzel szemben csökkent volt az ureum-össznitrogen hányados a vérben és vizeletben; ez a tény és a kóros cukorterhelési próba a májsejtek elégtelenségét jelzik (gyakori sárgaság!). Betegük a dinitrokresol hatására 20 kg-ot fogyott s a hályog keletkezése összeesett a vizveszteség maximumával. A méreg megvonásával az ellenkező folyamat, a rehydratatio indult meg, s ugyanakkor tört ki a glaukomás roham. Az albumin és globulin viszonya megfordul. Ezek szerint a vizanyagcsere hirtelen megváltozásával kell magyaráznunk a szemtünetek keletkezését; a folyamat központjában a máj áll.

Grósz István dr.

Oscillometria és venathrombosis. *Dubois-Poulsen.* (Francia Szemorvostárs. Munk. 1937.)

Szerző a retina központi venájának rögösödésében szenvedő betegeken oscillometriás vizsgálatokat végzett. A betegek két csoportra oszthatók: 1. *Magas vérnyomású,* idös egyének, alacsony indexszel; itt érfalsklerosissal állunk szemben, míg a fiatalok atoniás typusú hypertensióban szenvednek (érfal hypotoniája); ezek indexe magas. A 2. csoportban szintén fiatal egyének szerepelnek *normalis* vérnyomással és alacsony indexszel; itt fiatalkori arteritis a kórjelzés, mely azonban nem azonos lefolyású a Bürger-kórral. Érdekes, hogy e tulajdonképen venás megbetegedés arteriális kórfolyamatot kisér. Talán ez magyarázza az acetyl-cholinnal elért szép gyógyeredményeket.

Grósz István dr.

Újabb adatok a trachoma kezeléséhez. *Cuénod* és *Nataf.* (Francia Szemorvostársaság Munk. 1937.)

Régóta ismeretes, hogy a trachoma terjedésében a rossz hygiénés viszonyok fontos szerepet játszanak. Szerzőknek a tunisi Pasteur Intézetben végzett vizsgálatai szerint a ruhatetü bir nagy jelentőséggel, mely a trachomás *Rickettsia* reservoir-ja. A virus a tetü ürülékében jut a börről a körmök alá s onnan a szembe. A megelözésben tehát a tetütlenités elsörendü fontosságú. A gyógyitást illetőleg szerzők a *0.5%-os karbolsavat* ajánlják befecskendezés alakjában, mégpedig a felső szemhéjba a tarsus széle mellett, az alsó áthajlásba, a carunculába és a limbus köré. E müveletet a „xysis" névvel jelzett mediko-mechanikus eljárás folyamán történik. A befecskendezést chromosis követi; a pannusra jótékony hatású. A phenol dörzsölés és becseppentés alakjában is használható. Megelözés céljaira szolgál a zink-sulfát és karbolsav aa. 0.5 %-os oldata. A gyógyulási arányszám meglepően jó. A phenol nem teszi feleslegessé a régi bevált szereket, hanem azok fontos és hatásos kiegészitője. *Sreiff* (Genf) a *Brecker*-féle trachociddal ért el jó eredményeket.

Grósz István dr.

Hajszálér-törékenység és szemészeti gümőkór. *van Lint.* (Francia Szemorvostársaság Munk. 1937.)

Szerző a módositott Göthlin-féle eljárást használta; a különböző nyomásokra beállitott vérnyomásmérő útján egy órás pangást hoz létre a felső végtagban; ha a könyökhajlatban keletkező vérpontok száma a tizet meghaladja, úgy capillaris törékenységgel állunk szemben. A fertőző betegségeken kivül a máj és vérképzőszervek kóros állapotaiban positiv, tüdőgümökórban 98%-ban. Ugyancsak positiv a próba a szem tbc.-s betegségeiben. Ezzel szemben negativ egyéb gyulladásokban, valamint kötőhártyaalatti és szemfenéki vérzések esetén. Fiatalok visszatérő üvegtesti vérzésében (5 eset) mindig erösen positiv eredményt kapott. Szerző az eljárás nagy diagnostikai értékére hívja fel a figyelmet. A fokozott hajszálértörékenység fokozott átereszthetőséggel jár; ezek ellen indokolt a mész és C-vitamin bevitel.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Diabetes kezelése szabad étrenddel. (Jahrbuch f. Khk. 149. 4. 261.)

A szerzők abból a közismert tényből indulnak ki, hogy a gyermekkori diabetesből, amely kezdetben partialis, a folytonos progressio révén előbb-utóbb totalis diabetes lesz. Az orvosi kezelés célja a progressio menetének lassitása. Ezt a célt a szerzők a legelönyösebben a szabad diaetával és az ezzel kapcsolatos nagyobb insulinadag adásával vélik elérni.

Dudás Pál dr.

A gyermekkori coma diabeticum therapiája. *Dr. Hungerland.* (Ztschr. f. Khk. 59. 1.)

A szerző *Fanconival* szemben, aki a kismennyiségü insulinadagok híve, hangsúlyozza a nagy insulinadagok szükségességét. Alátámasztásul három eset kórtörténetét ismerteti. Az első esetben comában vesz fel a klinikára 10 éves fiúgyermeket, kinek vércukra 1000 mgr% volt. A gyermek hat óra alatt, elosztva, ½—1 órás időközökben 340 E. insulint kapott (pro dosi 30—60 E.). A coma 9 óra alatt szünt meg, a vércukor 6 óra alatt 90 mgr%-ra esett.

Másik esetében 9 éves gyermeknek 9 óra leforgása alatt 475 E. insulint adott. A vércukor 1100 mgr% felett volt és

217 mgr%-ra esett le. A coma 11 óra alatt szünt meg. A harmadik esetében 542 mgr% vércukor mellett 1 óra leforgása alatt 120 E. insulint adott. A vércukor gyorsan esett le 72 mgr%-ra.

Eseteit közlésre főleg azért tartja érdemesnek, mert mindhárom esetben feltünő volt a „deszkakemény" feszességü has, mely peritonitis-szerü képet idézett elő. Ez a tünet differentiáldiagnostikai nehézséget okozhat. Különösen azért, mert ezen tünethez profus hányás is csatlakozott, mely csak igen nehezen volt csillapitható.

Kiemeli a sympatolt, mely igen jó fegyvernek bizonyult a keringési zavarok leküzdésében.

Meszner dr.

Bőrgyógyászat.

Amit minden orvosnak tudnia kell a rövidhullámú therapiáról. *Kowarschik J.* (Wiener klin. Wschr. 1937. 43. sz.)

Szerző ismerteti a rövidhullámú kezelés physikalis alapjait, a rövidhullámú készülékeket, e therapia technikai kivitelét és az itt olvasottak alapján a fenti kérdésekre válaszolva azt találjuk, hogy a rövidhullámú kezelésnél a therapiás hatás magasfeszültségü áramhoz kötött, éppen úgy, mint a diathermiánál. A különbség lényege csupán az alkalmazott áram frequentiájában nyugszik, amely a rövidhullámú therapiánál 10—100 szor nagyobb, mint a diathermiánál. Az a körülmény, hogy a diathermiánál az elektrodokat ráfektetjük a testre, a rövidhulámú kezelésnél ellenben nem, csupán részletkérdés, mégpedig technikai részletkérdés, amely a lényeget egyáltalán nem érinti.

Az egyetlen nem vitatott szerves és szervetlen testeken egyformán megállapított rövidhullámú hatás a felmelegedés. Ez a felfogás csaknem az összes rövidhullámú kutatóknak. Csak néhány kutató látja a rövidhullámú therapia hatását másban, elsősorban, mint meleghatásban.

A rövidhullámú therapia enyhe, mélyreterjedő homogen átmelegedést idéz elő a szövetekben, s ezáltal lényegesen különbözik a melegapplikálás régebbi alakjaitól, melyeknek hatásmódja ilyenformán sokkal durvább. Ehhez jön még, hogy a rövidhullámok alkalmazása esetén nem kell a készüléknek a testtel közvetlenül kapcsolatba jönnie s ezért e kezelés igen alkalmas a genyes, gyulladásos, vagy fekélyes folyamatok kezelésében is, amire a diathermia már tisztán technikai okokból sem alkalmas. Egyik leghálásabb területe a rövidhullámú kezelésnek úgy az anatomiai, mint functionalis természetü véredény megbetegedése. Éppen ezért gyomorbél, epehólyag és epeutak, vesemedence, húgyutak spasmusai esetén javallt. A chronikus gyulladásos folyamatok kezelésében fájdalomcsillapító, a bakteriocid és gyulladást csökkentő hatásánál fogva alkalmazása igen eredményes. Ezért ajánlatos a légutak genyes, gyulladásos megebetegedése esetén. Hasonlóképen a peritoneum gyulladásai, továbbá parametritisek, prostatitisek, epididymitisek, cystitisek, adnexitisek és hasonló megbetegedések esetén. Fenti hatások alapján eredményesen alkalmazhatjuk arthritiseknél, ischiasnál, neuritiseknél, neuralgiáknál. Kitünően bevált a bőr pyogen infectióinak kezelésében. Meleghatását Amerikában kihasználják lézkezelésre is a paralysis progressiva kezelésében malária helyett. Mindezekből azt látjuk, hogy a rövidhullámok therapiás hatása nem specifikus.

Szép Jenő dr.

Bismuth a lupus erythematodes kezelésében. *H. Th. Schreus és Éva Schmitz.* (Med. Klin. 1937. 48. sz.)

A lupus erythematodes therapiájában a physikalis módszerek mellett (szénsavhó kezelés, Holländer-kúra) elsősorban az aranykezelés említendő meg, melynek mellléktünetei exanthemák, stomatitisek, izületi és tagfájdalmak, nephritis, fellángoló tbc. lehetnek. 1927-ben *Sézary* és *Benoist* heti két bismuthydroxid befecskendezéssel ért el jó eredményeket. Mint a syphilistherapiában, úgy itt sem a bismuthkötésre, hanem a fémre helyezik a súlyt. A szerzők legnagyobb része hangsúlyozza, hogy legalább 2 bismuthkúrára van szükség, hogy eredményt érjünk el.

Szerzők évek óta főleg a bismogenolt alkalmazták a lupus erythematodes therapiájában, úgy hogy 1 bismuthkúrában 15, 1 ccm-es injectiót adtak. Tizennégy rövid, idevágó kórtörténetet közöl. 22 beteg közül, kik egy kúrát kaptak gyógyult 8, javult 11, kevéssé vagy nem befolyásolható maradt 3. Tizenegy beteg közül, kik két kúrát kaptak, gyógyult 4, javult 5, kevéssé vagy nem befolyásolható volt 2. Három beteg közül, kik három vagy több kúrát kaptak, gyógyult 1, javult 1, kevéssé vagy egyáltalán nem befolyásolható volt 1. Szerző anyaga alapján nem támogatja azon feltevést, miszerint a gyógyulás annál könnyebb, minél rövidebb ideje áll fenn a betegség. Két beteg recidivált, ezek kezelés alatt állanak. Ha az utóbbi évek irodalmát áttekintjük, úgy azt látjuk, hogy az arany és bismuth a lupus e. therapiájában kb. egyenrangú helyet foglalnak el. *Schmidt* összeállítása szerint az aranytherapia 42% gyógyulást és 25% jelentős javulást eredményezett, a bismuththerapia pedig 33% gyógyulást és 42% jelentős javulást. Hatásuk tehát kb. egyenlő, *Schmith* szerint azonban a bismuth kevésbé toxikus és ritkábban vezet tbc. provokálására, mint az arany s ezért a bismuthot részesíti előnyben. Az aranyat azonban nem törölhetjük gyógykincseink közül; szerzők szerint indicatiós területe olyan esetekre szorítkozik, melyekben megfelelő hosszú bismuthkezeléssel nem, vagy csak lassan érünk célt.

Fülöp Gyula dr.

Urologia.

Az ureterszájadék-cysták visszahatása a felső húgyutakra és a vesék functiójára. *Dr. H. Schneider.* (Z. f. Uroolgie 1937. 31. k. 9. f.)

Az ureterszájadék cystáinak alaki genesisét *Bostroem* anatomiai vizsgálatai tisztázták. A cystoskop segitségével klinikailag is megfigyelhetők voltak és a leirt esetek nagy száma ismeretes. Az aetiologiára ma is az az általános nézet, hogy az fejlődési rendellenesség, mely a kiboltosulást, vagy arra a lehetőséget megadja. *Bormann* és mások az ureter intramuralis szakának gyengeségében látják az okot. A szerző szerint a cystának anatomiai felépítése, nevezetesen, hogy az esetek egy részében csak az izomzat, vagy, csak a kötőszövet van, arra enged következtetni, hogy nem minden cysta azonos eredetü. Gyakori lelet, hogy a cystában követ találtak. Ebből egyesek arra következtettek, hogy az eredeti ok a kő és a cysta csak secundaer. Mások a cystakövet mint accidnetalis, vagy mint secundaer leletet fogják fel. A cysta fennállhat évekig anélkül, hogy tünetet okozna, a legtöbb esetben, mely panaszt okozott és klinikailag megfigyeltek, hurut, kő, vagy a felső húgyutak tágulata állott fenn. A szerző esetei kapcsán vizsgálat alá vette, hogy az ureterszájadék-cysta milyen elváltozásokat okoz a vesefunctio és az ureter-dinamika részéről. Két esetének kórtörténetét közli. Egyik esetében sem volt sem gyulladás, sem kő. Feltételezi, hogy a cysták eredete congenitalis. Ezt megerősíteni látszik az első esetben talán egyéb fejlődési rendellenesség (kettős ureter és pyelum) is. Jelentős tágulatot egyik esetben sem látott, mivel az izomzat gyengesége miatt nagyobb levezetési akadály nem volt.

Szold Endre dr.

A prostatarák kezeléséhez. *Prof. Oeconomo.* (Z. f. Urologie 1937 31. k. 9. f.)

1933. óta 53 esetben nézette meg szövettanilag a suprapubicusan enucleált prostata hypertrophiát, közülük kettőt talált malignusan degenerálva. Mind a két betege jól van 3 illetve 1½ éve. 5 carcinoma prostataes betege volt, akiken mütétet végzett, 3-nál transvesicalisan Marion-szerint, kettőnél perinealisan Joung-szerint operált. A mütéti eredmények jók voltak, az idöbeli eredmények ellenben rosszak. A betegei 6—14 hónappal éltek túl a mütétet. Inoperabilis prostata-carcinoma esetén symptomatikus kezelést ajánl, mégpedig morphiumot a fájdalmak ellen, chinin és lépkivonattal combinálva, mely a reticuloendothelialis szövetet erősíti, így szerinte kevesebb a vérzés, kisebb a nueralgiás fájdalom és az általános állapot is javul.

Szold Endre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Eingriffe am Auge. *(Eine Anleitung zur operativen Tätigkeit des Augenarztes)* von *Prof. L. von Blasokvics,* Vorstand der Univ. Augenklinik, Budapest und *Prof. A. Kreiker,* Vorstand der Univ. Augenklinik, Debrecen. (Mit 648 Abbildung. 1938. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.)

Blaskovics László tanár 1936-ban megjelent szemészeti mütéttanát e folyóiratban már ismertettük és méltattuk. A 335 oldalas magyar kiadás 442 szöveg közötti ábrával, mint szerző mütéttanának harmadik kiadása jelent meg, a német kiadás 434 oldalon 648 ábrával. Már e néhány számadatból is látszik, hogy a német kiadás bővebb és ábrákban is gazdagabb. Társszerzőül *Kreiker Aladárt* jelöli meg.

Blaskovics előszavában azzal indokolja a társszerzőséget, hogy *Kreiker Aladár* mint tanítványa, eljárásait és nézeteit jól ismeri, s azok továbbfejlesztésében részt vett. A német fordítás is az ő munkája.

SZEGEDI ORVOSTUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA

A közös munkánál rendesen nehéz meghatározni, milyen része van abban az egyesnek; adott esetben a megitélést megkönnyiti az, hogy *Blaskovics* mütéttanának magyar harmadik kiadása két év előtt jelent meg s abból kiderül, hogy a könyv javarésze *Blaskovics* egyéni munkája. Talán más szerző „közremüködésnek" nevezné *Kreiker* munkáját, de *Blaskovics* egyéni jellemvonása a hiúságtól való mentesség s a gentleman like eljárás és tanitványainak méltánylása. E megállapitással korántsem óhajtom kisebbiteni *Kreiker értékes munkáját*, sőt hangsúlyozom, hogy egyes fejezet teljesen az ő érdeme. Igy a látóhártya leválás mütétének ismertetése nyilván az ő tollából származik s háromszor olyan hosszú, mint a magyar kiadásban. Talán az orvostudomány történetirójának feladatát megkönnyitette volna, ha a német kiadásban megjelölve találta volna, melyik fejezet származik a társszerzőtől. A könyv ugyanis nemcsak a jelen szükségletét elégiti ki, hanem hosszú időkre szóló alapvető standard mü, melynek értéke nem fog csökkenni. Az új mütéti eljárások s módositások egész sorát találjuk benne, ezek *Blaskovics* szemegazdagságát bizonyitják. A könyv értékét az is növeli, hogy a képzőmüvészeti főiskola assistense: *Dénes Jenő* által rajzolt ábrák mesterművek. Már a magyar kiadás megjelenésekor kiemeltem a kiállitás szépségét és gondosságát, ami az Egyetemi Nyomdának dicséretére válik. Ugyanezt mondhatom a német kiadásról. A stuttgarti Enke cég könyveit az izlés és a szabatos kivitel jellemzi, ezúttal azonban feladatát igazán különös gondossággal oldotta meg, valósággal remekbe dolgozott.

A munka büszkeséggel tölt el. A magyar orvostudományi irodalom dísze és egyszersmind a magyar tudományos szemorvosi iskola egyik legszebb és legértékesebb ékszere.

Grósz Emil dr.

A munka tudománya. (Munkaélettan.) Irta: *Láng Sándor dr.* (Szent István Társulat kiadása.)

Az embert kétségtelenül érdeklik azon törvényszerüségek, melyek szerint munkáját végzi, mert a munka a legnagyobb értéke az életnek. Ezt nagyobb hatásfokra emelni nemcsak az egyénre, de államra, társadalomra egyaránt fontos. Vannak ugyan e téren tapasztalataink, de azok helyes értelmezésétől a legtöbb ember távol áll, s igy sokszor azokat sem tudja adott helyzetében értékesiteni. — Ezen a hibán, amit az egyén, az állam és társadalom egyaránt megszenved, akar segiteni a szerző ezzel a nagyon ügyes és nemcsak sok tudással, hanem élvezetes módon megirott 243 oldalas, gyönyörüen nyomott és kiállitott zsebkönyvével és mi melegen kivánjuk neki, hogy elérje célját. Még pedig nem is a maga, hanem az emberek érdekében, akik jóakarattal, de sokszor rettenetes erőpazarlással, célszerütlen tápállkozással és rossz beosztással végzik munkájukat. A munkaélettan pontos megállapitásai, kidolgozott problemái mellett ez valóságos vétek, ami abból ered, hogy a tudomány eredményeiről sem a dolgozók, sem a dolgoztatók tömege nem vesz tudomást. — *Láng Sándor* a kitünő physiologiai tudásával, kifogástalan stylusával alkalmat ad mulasztásuk élvezetes pótlására.

Mert az, amit mond és tanit, ahogy mondja és irja, mindvégig komoly és érdekes. Minden müvelt laikus megérti, de orvos sem találhatna egyszerübb és élvezetesebb vezérfonalat munkaphysiologiai ismereteinek felfrissitésére — avagy megszerzésére.

Természetes, hogy a sporttal és a betegségek befolyásával is foglalkozik. De különösen értékessé teszi könyvét socialis szempontból II. része, melyben az emberi munka rationalizálásával, bérrendszerekkel, munkásvédelemmel, élvezeti szerek hatásával, a táplálkozás befolyásával és végül képességvizsgálatokkal és pályaválasztási tanácsadással foglalkozik.

Bár csak eljutna ez a könyv mindenhová és mindenkihez, ahová való! Orvosok! vegyük pártfogásunkba.

Vámossy.

Az izletes diéta szakácskönyve. Összeállitotta *Kovács István Győző*, a Kékes-szálló volt konyhafőnöke. (Hungária Könyvkiadó, Budapest.) Egy nagyon ügyes és jól használható 174 oldalas könyv fekszik előttünk a legszerényebb tudományos igénnyel — mindössze hogy minden ételrecept mellett ott találjuk annak fehérje, szénhydrát, zsir tartalmát és kaloria értékét, — de annál több praktikus használhatósággal. A receptek mindig egy adagra vonatkoznak, s a kellékek mennyiségét a személyek számával szorozni kell. Levesből 300 g-ot, főzelékből 250—300 g-ot, húsféléből 150—300 g. nyers husfélét számit egy adagra. Minden recept alján ott van 4—8 sorban az elkészités pontos módja úgy, hogy a leglaikusabb kezdő is jól eligazodik rajta. Valóságos vénygyüjtemény étel receptekből. Kiegészíti egy szükebb cukorbeteg ételrecept és egy segédtárgymutató az egyes diaetákban adható ételekről. Nagyon ajánljuk orvostársainknak.

Sz.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 18-i ülése.

Bemutatás:

dabasi Halász Gy.: *Mediastinalis tályogok.* Klinikai tünetei: láz, localis és kisugárzól fájdalom, tünetek a gyulladásban résztvevő szomszédos szervek részéről. A mediastinum gyulladásait felosztjuk: 1. aseptikus; 2. acut gyulladásos és 3. choronikus gyulladásos folyamatokra. Az acut gyulladásos folyamatoknak van gyakoriságuknál fogva a legnagyobb gyakorlati jelentőségük; mediastinalis tályog és mediastinalis phlegmone képében folyhatnak le.

Keletkezésük szerint lehetnek primaer, pl. késszúrás, lövedék által előidézett gyulladások, secundaerek, amikor a nyakról, légcső, szivburok, tüdő, mellhártya, csontos váz, nyelőcső felől vezetődik át a mediastinumra.

Az elülső mediastinum magasan ülő tályogjait megnyithatjuk a nyak felől (mediastinotomia collaris). a mélyebben ülő tályogok megnyitásánál a vezérelv az, hogy a sternum és a bordák részleges eltávolításával, avagy a proc. syphoideus kiirtásával nyitunk utat az elülső mediastinumhoz.

A hátsó mediastinum tályogjait három úton kereshetjük fel: 1. a nyak felől; 2. hátulról a gerincoszlop mellett, *Enderlein* szerint és 3. *Seiffert* szerint az oesophaguscopon át a nyelőcső hátsó falának felhasításával.

Nyelőcsősipoly esetén gastroskopiát is végzünk. Két év alatt 3 esetben volt alkalma lúgmérgezeteteken a nyelőcső gyulladása, ill. perforatiója folytán előállott hátsó mediastinalis tályogot operálnia. Az első beteg 3 hét mulva a hörgők rarodálása folytán bekövetkezett tüdőgangraenában és emboliás eredetü hemiphelgiában meghalt. Két beteget, köztük egy 2 éves fiucskát sikerült meggyógyitania.

Issekutz B.: *Előkészités és utókezelés jelentősége a mütéti eredmények javitásában pharmakologiai szempontból.* Célja azon állatkisérletek ismertetése, amelyekből a klinikai módszerek kiindulnak és amelyek útmutatásul szolgálhatnak a therapiás eredmények javitására. A basisnarkotikumok (avertin, evipan, rectidom), melyek a szervezetben gyorsan hatástalanná válnak s ezért kevésbbé veszélyesek, az aethernarkosisal előnyösen combinálhatók, mert növelik annak hatásszélességét, csökkentik a helyi izgató és acidotikus hatást. Az evipant igen lassan kell vérbe fecskendezni, mert különben veszélyes vérnyomáscsökkenést okozhat. A cukor és insulin therapia a máj védelmére szolgál, mert az insulin gátolja a májglykogen bomlását. Ezért fontos a diabetesen kivül a máj- és a Basedow-betegeket insulinnal előkészíteni. Az utóbbik előkészitésénél a jódkezelés mellett ajánlatos sevenallal, prominollal a központi idegrendszer izgalmát s ezzel az anyagcserét, valamint a fokozott pajzsmirigymüködést csökkenteni. Lázas állapotban az insulin gyengén hat, amit állatkisérletek is bizonyitanak. A helyi érzéstelenitőszerek sem veszélytelenek. *Sheps* 600 localanaesthesia gondos észlelésével 139-ben észlelt kisebb-nagyobb mérgezési tünetet. *Seeger* 64 halálesetet állitott össze az irodalomból, melyek túlnyomó része nyaki mütétekre és lumbalanaesthesiára esnek. Az utóbbiban a splanchnicus érbénulása, az előbbiben a vagus és sinus caroticus idegek bénulása játszhat szerepet. A vasomotor és légző központ leghatalmasabb ingere a p-methyltetracor, de ez könnyen okoz görcsöket. Ha a CO_2 belégzése a vérnyomást nem emeli, akkor a peripheriásan ható érszükitőket kell alkalmazni. Az adrenalin csakis lassú infusióban veszélytelen. Jobb a sympatol. Az ephedrin származékok intravenásan tachyphylaxiát okoznak, vagyis ismételt injectiókor hatásuk erősen csökken. A thrombosis prophylaxisában a vérkeringés támogatása a legfontosabb. A májkészitményeknek, thyreotop hormonnak és sok más e célra ajánlott gyógyszernek hatása bizonytalan. A vérzékenység csillapitására jó szernek látszik a manetol, jóllehet ez a véralvadást nem fokozza. Bélhüdések gyógyitására a physostigmin és pituisan mellett a prostigmin és esmodil jöhet szóba.

Illyés G.: (Urologiai szempontból.) A vese szerepéről szól a nagyobb urologiai mütétek alkalmával. A hólyagretentiókban, ahol sok pangó vizelet van a hólyagban, ki szokott tágulni az ureter és a vesemedence és még feljebb a tubulusok is, ezért a vese elveszti concentráló képességét és csak nagy folyadékmennyiséggel tudja a vérből a salakokat kiszürni. A vizet a szövetekből vonja el, ezért a nagy kiszáradás és szom-

júságérzés, ezért van a száraz, keserű szájíz. Ennek az állapotnak különböző fokai vannak, melyeket az ureterkatheteres vizsgálatokkal meg tudunk állapítani, éppen úgy, mint a pyelographiás vizsgálatokból is. Állandó katheteres kezeléssel rendszerint annyira elő lehet a beteget készíteni, hogy az elért eredményt egy műtéttel a hólyagbeli akadály megszüntetésével le lehet rögzíteni. Az urologiában rendszerint helybeli érzéstelenítésben operálnak. Rendkívül fontos a műtét utáni drainezés. A vesét transrenalis drainnel, az uretert állandó ureterkatheter bevezetésével drainezik. A nagyobb hólyagműtétek alkalmával a gát felől drainezneek Illyés-féle módon. A műtéti utókezelés kapcsán szól a tályogképződésről, melynek oka az izmokban van, ezért az izmok különösen védők a műtét alatt. Szól a hypochloraemiáról, melyet előkészít a vese insufficiens volta olyan módon, hogy a sok felvett víz kiürülése közben szervetlne anyagok, főleg chlor-ionok is kiürülnek és ezáltal egy relativ sószegénység áll be. Ha a vesék egyensúlyi állapotát akár a műtét utáni hányás akár egy erős hasmenés vagy izzadás könnyen felboítja, beáll az uraemia, melynek feltünő tünetei a hányás-fokozódás, vérnyomás alászállása és a maradéknitrogen emelkedése. Ez konyhasós infusióval, intravenás konyhasóval megfogható. Ez a hypochloraemiás azotaemia, mert a hypochloraemia veseinsufficientiában fokozza a maradék nitrogent. Szól még a vesekőmütétek utáni utókezelésről. Körecidiva szempontjából legfontosabbnak tartja azt, hogy ahol infectio, vagy üregképződés van, amelyeket mütétileg eltávolítani nem lehet és a másik vese ép, különösen idősebb emberek esetében, ne legyünk conservativak.

Burger K.: (Nögyógyászati szempontból.) (Egész terjedelmében közlésre kerül

A Közkórházi Orvostársulat február 16-i ülése.

Bemutatás.

Csiky-Strauss A.: *Schloffer-tumor okozta bélelzáródásnak bélanastomosissal gyógyult esete.*

60 éves nőbeteg. 1 hetes ileusos tünetek, a coecumtájon gyermekfejnyi tumorszerü resistentia. Az ileus miatt evipannarkozisban pararedtális behatolás. Az infiltrált ileplesz két férfitenyérnyi területen sipkaszerüen ráhuzódott a coecumra. A cseplesztet felszabaditva a coecum zsugorodott, merev lumenjét tapintani nem lehet, gyulladásos tömegben a hátsó fali peri peritoneumhoz fixált, itt preparálva dónyi tályogüregben a perforált appendix lelhető fel, az egész chronikus gyulladásos hasi-cseplesz daganat, u. n. Schloffer- tumor képét mutatja. Megoldás: az immobil, obliterált coecumrész kiiktatására a vékonybelet a felszálló vastagbéllel side to side egyesítette. A beteg gyógyult.

Előadás:

Pázsith P.: *Beszámoló németországi tanulmányutamról.* (Kézirat nem érkezett.)

Fáykiss F.: *A végbélelőesés műtéti gyógyítása.* A végbélelőesést két ülésben gyógyítja. Az első ülésben *Mikulics* szerin kiirtja az egész előesett végbelet, a douglast magasbbara varrja, de a medencefenék izomzatához és a sphincter anihoz nem nyul. Ezt a műtétet evipan natrium intravenás altatásban végzi. A második mütét lumbalis érzéstelenitésben négy-öt hónap mulva történik és ez alkalommal prae- és posztanalis medencefenék plasticát végez, egyszersmind a bőrön át vezetett félkörös metszéssel feltárja a végbélzáró izmot. A petyhüdt és kitágult izmot redőző varratokkal vaskos kötegge alakítja át, a haránt irányú félkörös metszést hosszirányban egyesíti. Két férfit és két nőt operált ilyen módon a legjobb eredménnyel az ötödik eset osztálván fekszik még. Az utolsó gyógyult esetet be is mutatja, több mint egy év előtt operálta a gyermekfejnyi végbélelőesést a vázolt módon. Kiujulásnak nyoma sincsen, a végbélzáróizom kitünően működik, az operált asszony nemcsak a híg széket, hanem a szeleket is vissza tudja tartani.

Emlékeztető!..

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

***Vámossy* prof.**

Somogyi István †

Tizenegy évi zavartalan együttes munka néhány benyomását akarnám rögzíteni abból a szomorú alkalomból, hogy *Somogyi Istvánt* elveszítettük. — A férfias egyenesség és az etikai absolut határozottság mint embert jellemezte. Szakmájában a tisztánlátás mellett a lelki világ különböző kóros összetevőiben való könnyű eligazodása és összetett viszonyoknak bámulatraméltó leegyszerűsítése volt megkapó képessége. Így történt, hogy minden kérdés, melybe belefogott, keze alól mint világos, átlátszó mű került ki. Elég lesz, ha csupán három remeket említem meg, mely a túlkorán elhunyt barátunk és kartársunk három egészen különböző tudományos felszínét állítja elénk. — Az első *Ráth Zoltánnal* megírt nagyszabású munkája az endogen és exogen tényezőknek a kóros lelki tünetek kórszármazásában való jelentősége; a második a zenei tehetség agyi alapjáról írt értekezése; a harmadik a lázkezeléssel történő gyógyítása az elmebajoknak. Az elsőben megragadja az olvasót azzal a határozott állásfoglalással, hogy az elmebántalmakra nézve elsősorban a kórszármazás a döntő, vagyis az idiotypia és a paratypia. Második munkájában ő az első, aki kimutatja, hogy meghatározott nagy szellemi képességek meghatározott agyi működő területeknek nemcsupán az agykéreg felszíni megnagyobbodásával járnak, hanem ezen gócok belső szerkezeti túlfejlődése is szerepel, ami az idegsejtek alaki megnagyobbodásában nyilvánul meg. Harmadik munkájában *Somogyi Istvánnak* eredendően nagy érzéke gyakorlati kérdések iránt tárul fel olvasója előtt. Bámulatos ezen gyógykezelési dolgozataiban higgadt itélőképessége, mely őt minden egyoldalú túlzástól teljesen mentesítette; ő az érdeklődő elé teljesen tárgyilagos megállapításokat helyezett. Persze ezen megemlékezés keretén messze túlesik még számos érdekes és fontos dolgozatának csak felemlítése is; ezeknek méltatása a közeljövő feladata. De a jelzett három munkairányból kitűnik a megboldogultnak nagy egyéni szakmabeli jelentősége a tudományos gondolkodás, a finom részletmunka és a gyakorlati kérdések tekintetében; és ez a szellemi összetétel, mely nincs meg így minden szakemberben, tette *Somogyi Istvánt* a neuro-psychiatriában annyira értékessé.

Somogyi István kitünő előadó volt, nemcsupán a mindennapos tanítási igények tekintetében, hanem congressusi összefoglaló előadások alkalmával is és e tekintetben utalnék az egy év előtti, a gerincvelői daganatokról az országos értekezleten tartott szép referátumára. Túlkorai elköltözését azonban még az egyetemi tanítás szempontjából is pótolhatatlan veszteségnek kell mondanunk, nem egyedül a szorosan vett egyetemi előadásainak kiesése folytán, hanem főképen a jövő szaknemzedék kialakítása tekintetében, mely munkában vonzó egyéniségénél és kristálytiszta gondolkodásánál fogva még fontos feladatok elvégzésére lett volna hivatva. Benne a kitünő klinikust és szakmájában magasabbrendű gondolkozót veszítettük el és távozása fiatal korán kívül is azért annyira fájdalmas ránk nézve, mert egyéniségének varázsa, mely minden vele érintkezőre annyira hatott, szűnt meg ezzel, amelyet azonban felejteni nem tudunk és nem fogunk.

Schaffer Károly dr.

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

Megjegyzések Egedy dr-nak a szénsavas fürdők hatásáról írott közleményére.

(O. H. 11. sz.)

Mindenekelőtt azt a tényt akarnám leszögezni, hogy a CO_2-fürdők gyógyhatását csak akkor lehet meggyőzően bizonyítani, ha a kísérletek természetes szénsavas fürdőkkel végeztetnek.

A mesterséges CO_2-fürdőkben, ezen fürdők egyik fontos hatóanyaga a vízben oldott szénsav, a kötött szénsav oly kis mennyiségben van vagy egyáltalán nincs, szóval hatás tekintetében számba nem jöhet. Csak a vízben oldott szénsav szívódik fel a bőrön keresztül, ez a vegyi hatás, melyet a CO_2-gáz a szervezetben kifejt, messze felülmúlja a bőrre buborékokban lerakódott CO_2 hatását, sőt azt a hatást, melyet a vízoszlop magassága, sőt annak hőfoka kifejt. Ezen CO_2 buborékokban nincs meg az az elektromos feszültség, mely csak a természetes ásványvizeknél van meg és nagy jelentősége van. Csak a CO_2-ban gazdag természetes vizekben van elegendő oldott CO_2. Az összes CO_2-tartalom legalább 1000 köbcentiméter legyen. (Balatonfüred, Nauheim 1500-on felül tartalmazza.) A mesterséges szénsavas fürdők, vagy azok a természetes ásványvizek, melyekben 150—500 köbcentiméter CO_2 van, gyógyhatás szempontjából számba alig vehetők. Mindezt a nauheimi kutató intézetben *Groedel* és mások által végzett kísérletek a leghatározottabban megállapították.

A másik megjegyzésem az alkalmazott hőfokra vonatkozik. A természetes szénsavas fürdőkben az orvosi tapasztalat az, hogy magas vérnyomás esetén melegebb fürdőket kell alkalmazni; 34 C°-kal kezdjük, ha a beteg jól tűri, néhány nap múlva 35—36 C fokosat is lehet alkalmazni. Hivatkozhatom úgy a külföldi szerzőkre, mint *Schmidt Ferenc*, vagy a magam sok közleményére. A fürdők rövidebb idővel kezdve 20 percnél tovább ne tartsanak, utánuk — ezt nagyon sok ezer mérés igazolja — a 20—30 Hg. mm. esés nem tartozik a ritkaságok közé, mely hosszabb fürdőzés után tovább is csökken, sőt állandósul.

Az összhatása a CO_2-fürdőknek abban nyilvánul, hogy — a hőfokra való tekintet nélkül — a környi ellenállás csökken, a szívműködés szabályozódik, a pulsus ritkább, teltebb lesz, szabályossá válik, a szív hajtóereje fokozódik, a diuresis, az anyagcsereforgalom növekszik.

Magas vérnyomású betegek vérnyomását 34 C°, vagy azon felüli hőfokkal alkalmazott fürdők leszállítják, a közömbös hatású a 33 C°-os fürdő, a hűvös fürdőkre (32—31—30 C°) a vérnyomás fokozódik; de minél hűvösebb a fürdő, kiszálláskor a bőrpirosság annál élénkebb.

Nem tudom, hogy a kísérletekben, mikor kivétel nélkül magas vérnyomású betegekről volt szó (185, 192, 205 Hg. mm.), miért történt a fürdőztetés alacsony hőfokú fürdőkkel.

A légzés elmélyül és a vérkeringésre kedvező hatást nem a belégzett CO_2, hanem a bőrön át felszívódó CO_2 idézi elő. Ismételt mérések igazolták, hogy természetes CO_2-fürdők víz feletti levegőjében CO_2 szaporulat alig 1½ centiméter magasságban mutatható ki, mesterséges fürdők fölött még 17 centiméternél is van kevés CO_2 többlet, mely azonban már nem okoz kellemetlenséget; ezért is takarják le többnyire a kádat, bár elég ha a beteg a fejét a kád hátsó falához támasztja és a levegőt a magasabb légrétegből szívja be, mert a kissé több CO_2-gáz belégzése fejfájást, szédülést, hányingert és mellszorongást idézhet elő.

Ezen rövid megjegyzések kíséretében a CO_2-fürdők használatának és hatásának sok részletére nem térhetek ki, csak a végkövetkeztetésre volna még megjegyzésem. Maga az a jelenség, hogy a fürdő után a vérnyomás, sőt a pulsus is változatlan, még nem bizonyító, mert gyakran előfordul és ez régi tapasztalat. Az a fontos, hogy a beteg hogy érzi magát, mert ennek dacára, elmúlik a mellkasi szorongás, az angina pectoris-szerű fájdalom, a járási nehézség, fejnyomás stb. és a beteg is, az orvos is a kúra eredményével meg van elégedve. Hogy 12 beteg közül két év alatt 6 elhalt, itt a véletlen is közrejátszik, de meg 60 éven felüli egyének voltak, mikor már decompensatio is könnyen állhat be, állandó magas a vérnyomás, a szív állandóan fokozott munkát végez, hogy az erek feszültsége okozta ellenállást legyőzze és a szívizmok vérellátása nagyon hiányos. Ilyen egyének 2 év alatti elhalálozása nem épen meglepő.

Áll ez különösen a 3-ik csoportbeli betegekre, akik még magasabb vérnyomással — a közölt kóreset 205 Hg. mm. — 32 C°-os CO_2-fürdőkkel kezeltettek. A CO_2 gyógyfürdőkben ez nem szokásos. A vérnyomásra vonatkozólag nem az a csoda, hogy az alig süllyedt, hanem, hogy jelentékenyebb emelkedés nem mutatkozott, mint ahogy ez a 32 C°-os fürdőre várható volt. Kétségtelen, hogy ez a 32 C°-os fürdő a beteg szívét fokozott munkára késztette, ami nem volt kívánatos. Ezeknek a betegeknek mind 34—35—36 C°-os hőfokú fürdőt kellett volna használniok.

Távol legyen tőlem, hogy az elhalálozásokat a fürdők használatával akarnám oki összefüggésbe hozni. Csak *Egedy dr.* súlyos következtetését nem lehet levonni, vagy éppen a CO_2-fürdők rovására írni, mivel a magas vérnyomású betegek nem a szokásos meleg, hanem hűvös szénsavas fürdőkkel kezeltettek.

Sümegi József dr.

VEGYES HIREK

Előfizetés megújítása vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma chequet mellékeltünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azon kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna, s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlevő követeléseink komoly zavarokat okoznak Hetilapunk fenntartásában.

A Nemzeti Önállósítási Tanács elnöke az alábbiakat közli:

1. Az 1937. évi 2300 P. M. sz. rendelet értelmében a Nemzeti Önállósítási Alaphoz kölcsön engedélyezése iránt benyujtott folyamodvány, mellékleteivel együtt illetékmentes.

2. a kérvényt *a letelepülés szerint illetékes elsőfokú közigazgatási hatóságnál* (főszolgabíró) kell benyujtani; pontosan meg kell jelölni a kért összeget és annak felhasználása tekintetében részletes költségvetést kell előterjeszteni. A kérvényhez csatolni kell:

a) születési (házassági) anyakönyvi kivonatot,
b) magyar állampolgársági bizonyítványt,
c) hatósági erkölcsi bizonyítványt,
d) főiskolai oklevelet (szakmájában való jártasságát igazoló bizonyítványt),
e) vagyoni viszonyait igazoló, illetőleg szegénységi bizonyítványt,
f) hatósági orvosi bizonyítványt,
g) részletes életleírást,
h) esetleges hadigondozási igazolványt, illetőleg a Károly csapatkereszt birtoklását, vagy a vitézi rendhez tartozást tanusító igazolványt.

3. A kérvényezőnek meg kell jelölnie, hogy a Közlöny legutóbbi számában felsorolt községek közül melyikben óhajt letelepedni.

Mindezeknek a hiánya a folyamodvány elintézését késlelteti.

Kiviteli gyümölcsfajtáinkat egy pompás többszinnyomatú füzetben ábrázolja és ismerteti *Beke László* professor, a m. kir. külkereskedelmi hivatal kiadásában. 8 alma, 7 őszibarack, 7 szőlő, 3 cseresznye, 2 meggy, 2 kajszinbarack, 2 ribizli és

1—1 szilva, körte és eper kitünő szines képét találjuk meg e füzetben, münyomó papiron, s mindenik előtt átlátszó vékony papiron hat nyelven a gyümölcs nevét, érési idejét, C-vitamin, cukor, sav és száraz anyagának tartalmát az Orsz. Chemiai Intézet elemzései alapján; — semmi egyebet. Látható tehát, hogy a füzet a külföldnek készült, hol épen az elemzési adatok alapján veretlen a magyar gyümölcs. Nagyon kívánatos, hogy ezekről a magyar orvosok is tudomást szerezzenek és a világpiacon már hírnevet szerzett magyar gyümölcsöt e szép képekről megismerjék és itthon is pártfogásukba vegyék. Ki gondolta volna, hogy barackjaink 15—20 mg%, földi eprünk 50 mg%, fekete ribizlink meg éppen 80—120 mg% C-vitamint tartalmaz! —

A szép füzet csak a m. kir. külkereskedelmi hivatalban kapható 2 P beküldése ellenében (Rudolf-rapkart 6.)

Az Országos Balneologiai Egyesület 43-ik congresssusát és közgyűlését április 29. és május 1. között Pécsett rendezik, amelyhez csatlakozik Sikonda és Harkány gyógyfürdők megtekintése. A congressusi előadások bejelentésének határideje március 31.

Minden felvilágosítással készséggel szolgál *Frank Miklós dr.*, I., Attila-körút 19.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének március 31-én este 8 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezendő házi hangversenyének műsora: 1. Bevezetőt mond: *Kerntler Jenő dr.* elnök; — 2. *Gluck Chr. W.:* E-dur triószonáta. Allegro moderato. — Lento. — Presto. Vonószenekarral zongorán előadja: *Kerntler Jenő dr.* A vonószenekar tagjai: *lovag Ahsbahs Tasillo dr., Antal Pál dr., Belohorszky Gábor dr., Berndorfer Alfréd dr., Böszörményi György dr., Ittzés Jenő dr., Milkó Gabriella, Remete Tibor dr., Zsögön Béla dr.* (hegedü), *László Tibor dr., Lévai György dr.* (gordonka), *Eckstein Pál dr.* (nagybögő); — 3. *Corelli A.:* La Folia. Hegedün előadja: *Trietsch György.* Zongorán kiséri: *Milkó Vilmos dr.;* — 4. *a) Pergolese G. B.:* Nina. *a) Schubert F.:* Nacht und Träume. *c) Mozart W. A.:* Alleluja. Énekli: *Fehér Elemér dr.* Zongorán kiséri: *Reh-Caliga Siegfrid;* — 5. Régi olasz táncok *Respighi O.* átiratában: *a) Ronelli* (XVII. század): Passacagli, *b) Ismeretlen szerző* (XVI. század): Siciliana, *c) Galilei* (XVI. század): Gagliarda. Zongorán előadja: *Inselt Kató:* — 6. *Haydn J.:* G-dur trio. Andante. — Poco adagio. — Rondo all' Ongarese. Előadják: *László Gyula dr.,* (zongora), *Königsberg Éva* (hegedü), *László Tibor dr.* (gordonka).

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik március 15—21 között. Ez a hét a felsiklási frontokhoz füződő reactiók szempontjából a hosszú idő óta fennálló nyugalmi időszak folytatódását jelentette, a betörési frontok reactiói szempontjából pedig az előző héthez képest lényeges csillapodást hozott. Különösen csendes, frontszegény időszak volt a hét második fele. A fellépett frontátvonulások részletes adatai a következő táblázatban találhatók

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Március	15	1	betörési	gyenge	Gyorsan ismétlődő apró széllökések.
	15	8	betörési	gyenge	Szélbet. felhő nélkül, max. 13 m/ p.
	16	12	betörési	gyenge	Szélbet. felhő nélkül, max. 15 m/mp.
	17	9	felsiklási	gyenge	Néhány csepp eső.
	17	10	betöresi	mersék	Felhőoszlás, max seb 19 m/mp.
	17	21	betörési	gyenge	Szélelenkülés, felh. nélk., 14 m/mp.
	19	15	bet résí	gyenge	Szélfordulás és némi élénkülés, 7 m/mp.

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet önirő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1938. évi 10. számban.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár rt., Budapest, gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetését csatoltuk.

Humor: Kihúzom egy uradalmi kocsis 8 esztendős kislányának fogát. „Ott a víz a pohárban, eriggy a vödörhöz s öblögess." Közben tisztítom a fogót. Gyanus hangokat hallok, odanézek, hát a kislány a mosdómba köpködi a véres vizet. Elönt a méreg, szidom a gyereket, hogy miért csinál ilyen disznóságot s azzal bocsátom el, hogy mondja meg otthon az anyjának: a mosdót, meg a vödröt egymás mellé tegyék, ő meg nézze meg mindennap háromszor, hogy megtanulhossa, melyik az egyik, melyik a másik. Vagy tíz nap mulva beállít a rendelőmbe az anya és megkérdezi: tessék már mondani nagyságos úr, meddig nézze a gyerek a vödröt, meg a mosdót, mer a fogának a helye is begyógyult?

R. S. dr.

HETIREND

Március 26-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó *Flesch*-emlékelőadása, tartja: *Farkas Ignác.* — *Március 29-én, este 7 órakor: Liebmann István:* A női sterilitás okai és kezelése.

Március 28-án d. u. 6 órakor: a Magyar Urologiai Társaság ülése. (Urologiai Klinika). Bemutatás: *Janits Dezső—Boross Ernő:* A húgycső-gonorrhoea alcali-kezelése. Előadás: *Picker Rezső:* A kankókutatás és gyógyításáról az adnex-pathologia megvilágításában.

Március 28-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Rothman István:* Állatokról emberre terjedő bőrbetegségek.

Március 30-án d. u. 6 órakor: a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének ülése. Előadások: *Göttche Oszkár:* Érdekesebb esetek és diagnostikai tévedések a csecsemő- és gyermekgyógyászati röntgenologia köréből. *Sereghy Mihály:* Adatok az epiphyseolysis kóroktanához.

Március 30-án este ½7 órakor: a Gróf Apponyi Albert Poliklinika Tudományos Társulásának ülése. (Poliklinika előadóterében). Bemutatás: *Radó Károly:* Miliaris abscessusok az agyban panaritium után; *Faragó Pál:* Agyi cysta esete; *Grün György:* Tapasztalataim B_1 vitaminnal; *Fekete Sándor:* Császármetszés ikermagzatok collisiójával. Előadás: *Hajós Károly:* Az orvos, a lelet és a beteg.

Március 31-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Királyi Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése. (II. Sebészeti-klinika). Bemutatások: *Tardy Sándor: a)* Az ugrócsont ficamodásának ritka esete; *b)* Rendellenes izomtapadás okozta hallux valgus. Előadás: *Kestler Ottó:* A gyógyszeres kezelés szerepe az orthopaediában.

Április 1-én d. u. 6 órakor: a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése: „Az előkészítés és utókezelés jelentősége a műtéti eredmények javításában" című előadássorozat folytatása. Előadnak: *Hainiss Elemér* (gyermekgyógyászati) és *Ratkóczy Nándor* (röntgenologiai szempontból).

INFLUENZA
és egyéb fertőző
megbetegedések után
CHROMARSAN
roboraló pilulák gyorsítják a gyógyulás folyamatát
Világszerte bevált magyar készítmény
TRES R.-T. BUDAPEST, 113.

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri *Vámossy Z.* prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII., Üllői-út 26.).

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

VIPERIN

a nátha legujabb gyógyszere.

Az ártalmatlan kígyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállitja:

Dr. Pápay-féle oltóintézet és szérumtermelő r.-t., Bp., IX., Lónyay-u. 12.

Az ujjáépitett **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt

Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)

Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.

Felvilágositást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I„ Döbrentei-tér 9.

Magyarországon 1938 márc.6 tól 12-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Variceila	Pertussis	Influenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	M	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	3	4	3	—	—	—
3. Baranya	251.8 4	1	—	—	—	1	—	4	—	5	—	—	—	—	—	1	—	32	—	1	8	—	—	—
4. Békés	337.414	4	—	—	—	—	—	12	—	4	—	—	—	—	—	—	—	7	7	2	13	1	—	—
5. Bihar	181.746	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	3	3	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	3	—	—	—	1	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	20	1	4	15	—	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	—	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	1	—	—
9. Fejér	231.470	1	1	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	22	—	14	6	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	2	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	6	—	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	1	6	—	2	—	—
12. Heves	323.712	—	—	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	68	1	—	1	—	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	2	—	—	—	—	—	4	—	3	—	—	—	—	—	—	—	33	6	—	12	—	—	—
14 Komárom-Esztergom	182.975	1	—	—	—	1	—	3	—	10	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	5	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	20	—	1	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	6	—	—	—	2	—	25	—	46	—	—	—	—	—	—	—	469	18	22	20	—	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	—	—	9	2	4		—	—	—	—	—	—	17	5	13	6	9	—	—
18. Sopron	142 399	—	1	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	59	1	3	1	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	5	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	1	—	—	7	8	—	3	9	—	—
20. Szatmár-Ugocsa-Bereg	159 705	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	4	—	—
21. Tolna	265.884	—	—	—	—	—	—	5	2	1	—	—	—	—	—	—	—	3	2	89	1	—	—	—
22 Vas	272 599	1	—	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	—	—	—	—	16	3	3	—	—	—	—
23. Veszprém	248.310	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	6	—	1	1	—	—	—
24. Zala	369.469	2	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	9	—	10	—	19	—	—
2 ›. Zemplén	149.916	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	24	1	—	3	8	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	5	—	—	—	10	1	38	1	74	—	—	1	1	—	—	—	674	69	24	12	—	—	—
III. Debrecen	125.368	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	14	2	—	—	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	—		—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	1	—	—	—	1	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	4	5	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	1	—	—	—	—	—	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
X. Szeged	139 702	—	—	—	—	—	—	10	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	4	—	—	—
Összesen:	8,991.179	59	5	—	—	21	2	167	6	208	1	—	2	1	1	3	—	523	17	213	139	56	—	—
Medián 1931—37		47	6	2	—	10	1	243	16	184	3	3	—	1	—	1	—	504	152	143	173	3	—	—

SEVENALETTA -CHINOIN- SEVENALETTA

VASOJOD

Kolloidalis jodoldat, cm³-enként 2 mg jodtartalommal.
Lues és metalueticus megbetegedések, arterioskleroſis, essentialis hypertonia stb. esetén.
6 drb 2 cm³-es ampullát tartalmazó dobozokban.

TOFAMID

Phenylchinolincarbonsav és phenyldimethyl-dimethylaminopyrazolon kombináció.
Biztos, egyenletes hatásu, kitünő lázcsillapitó és antiphlogisticum.
10 és 20 tablettát tartalmazó fiolákban. **Az O.T.I. terhére szabadon rendelhető.**
Pulvis alakban a receptura részére

RICHTER GEDEON
VEGYÉSZÉTI GYÁR R.T., BUDAPEST X.

Az ú. n. sebészi gümőkór gyógyszeres befolyásolása rubrophennel. A sebészi gümükór eddigi conservativ és sebészi kezelésének korlátozott teljesitőképessége megokolttá teszi, hogy minden új gyógyszert gonddal kipróbáljunk. A rubrophen új festékkészitmény 2 év alatt összesen 110 esetben alkalmazta; 77 mirigy- és lágyrészgümőkóros, 33 különféle izületi és 17 csontgümőkóros betegen. Legrövidebb idő (kb. 2 hónap) a legszebb eredmények mutatkoznak *lymphomában*, amelyek, még ha nagyon infiltráltak is, visszafejlődnek. Jól reagáltak *gümös börfelélyek*, pl. egy tenyérnyi ulcus 23 inj. és 105 tabl. adagolására elhegesedett. Friss esetekben a gyógyulás hamarabb következik be, mint régi folyamatokban. *Colliquativ börtbc.* ugyancsak jól gyógyul; példakép emlit egy 58 é. növeteget, akinek az alszáron, hason és emlékön lévő kiterjedt fekélyei 8 hét alatt gyógyultak, 8 kg-os testsúlygyarapodástól kisérve. *Exsudativ gümös peritonitis*, mint azt több közölt kórtörténet bizonyitja, kb. 4 hónap alatt szépen gyógyult; egyes esetek még 1 évi ellenőrzés után is recidivamentesek voltak. Plastikus hashártyatbc. esetében a javulás szintén megállapitható volt, az azonban csak hosszabb idő multán következett be. Specifikus *epididymitis* eseteiben a sipolyok záródását, az infiltratumok letokolódását figyelte meg. Postoperativ csonkinfiltratumok rubrophen kezelésre elmaradnak. A tüneti hydrokele pár nap alatt felszivódik. *Vesegümőkór* esetén továbbra is a mütéti kezelés áll első helyen; kétoldali folyamatban szenvedőkben a rubrophen javitja az általános állapotot, a kinzó panaszokat csökkenti (egy esetben 5 hónap alatt 12 kg. súlygyarpodás). Mütét utáni sipolyok gyógyitására szintén megkisérelhető a szer. A lágyrészgümőkórnál lassabban gyógyul, a csontok és izületek tbc-je. 12 *spondylitis* eset közül teljesen gyógyult 4, erősen javult 4, vegyesfertőzéses esetek ellenállnak a kezelésnek. Jó eredményeket ért el *térdizületi* és *lábtőizületi* gümőkórban, 2 kézizületi megbetegedés esetében a csonkolás sepsis veszélye miatt elkerülhetetlen volt. Sebészi megoldások előtt a rubrophen alkalmazása javitja a mütéti kilátásokat és a gyógyulási hajlamot elömozditja. A szer hatása úgylátszik, közvetlenül a gümös gócra irányul, mint ezt a sokszor észlelhető gócreactiók mutatják. Alkalmazott adagolás naponta 3 tabletta volt este, étkezés közben, vagy pedig vegyes injectiós-tabletta kezelést végzett. Dr. *W. v. Schosserer*, a Stolzalpei Gyógyintézet főorvosa. Med. Klinik. 1937. 7. sz.)

Ált. 448—1936. sz. Somogyvármegye Közkórháza Kaposvár.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Somogyvármegye kaposvári közkórházában újonnan rendszeresített és a 252.574—1938. XVI. sz. B. M. rendelettel betölteni engedélyezett *tüdőbeteg osztályos főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 300—1935. évi B. M. sz. rendelet szerint a I.X fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetménnyel kezdődik.

A pályázati kérvényeket vitéz Igmándy-Hegyessy László főispánhoz cimezve és megfelelően felülbélyegezve *1938. évi április hó 17-én déli 12 óráig* a kórház igazgatóságához kell benyujtani. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket nem vehetem tekintetbe.

A pályázati kérvényhez a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-a alapján csatolni kell:

1. Születési anyakönyvi kivonatot; 2. Hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitványt; 3. Magyar honosságot igazoló hatósági bizonyitványt; 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevelet; 5. Az egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyitványokat 6. Közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épséget igazoló újkeletü tiszti orvosi bizonyitványt; 7. Katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 8. Különleges szakképzettséget igazoló okmányokat; 9. Az 5 évi kórházi gyakorlat és megfelelő szakorvosi képesités igazolását, (1300—1923. N. M. M. 10. §. 1. bek.) 10. Az esetleges nyelvismeretekre vontakozó adatokat; 11. Kivánatos a szakdolgozatok, külön lenyomatok csatolása, vagy az azokra utalás.

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

A mellékleteket bélyeggel kell ellátni.

Kaposvár, 1938. évi március hó 17.-én.

Erdős Ödön dr.
helyettes kórházigazgató.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

AGOBILIN

Bevált szer epe- és májbajok ellen

Cholagogum, cholereticum, epefertőtlenítő

1 phiola 20 szem tartalommal P 2·80
1 phiola 40 szem tartalommal P 4·40

Magyarországi vezérképviselet:
Dr. Haas Miklós „Kereszt" gyógyszertára, Budapest, VII., Rákóczi-út 88.

GEHE & CO., A.G. — DRESDEN-N. 6

SALVATOR-FORRÁS

praktikusan vas- és konyhasómentes
alkalikus-muriatikus gyógyvíz.

Ennek következtében különösen javalt a VESE és HUGYUTAK megbetegedéseinél, főleg CYSTITIS, NEPHROLITIASIS és CHOLELITIASIS, valamint e betegségekre való HAJLAMOSSÁGNÁL. (Ködiathesis)

Coagucit Eri

Mindennemű **vérzésnél** úgy helyileg, mint távolható, gyors, biztos hatású.
Injectio, solutio, tabletta.
Rózsavölgyi Speciallaboratorium »ERI«
Budapest, VI., Aréna-út 124. szám

CODERIT-CHINOIN

Köhögéscsillapító-köptető tabletta

(0·005 g ipecacuanha-összalkaloida + 0·02 g codein + 0·02 g Epherit)

BRONCHITIS ACUTA, CHRONICA, BRONCHOPNEUMONIA, EMPHYSEMA, LARINGITIS, TÜDŐTUBERCULOSIS, PERTUSSIS eseteiben

Csomagolások:
10 tabl. phiola P 2.—
20 tabl. phiola P 3·40

Engedélyezve:
POSTA B. B. I.: szabadon
MÁV B. B. I.: főorv. eng.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT. VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Inficiált hydronephrosis.

Ha hydronephrotikusan elfajult vese aseptikus tartalma valami módon exogen vagy endogen uton inficiálódik, úgy megkülönböztetésül *inficiált* hydronephrosisról beszélünk. Utóbbi tehát *secundaer* állapot, mely úgy létesül, hogy a már kifejlődött hydronephrosishoz *később* infectio társul.

Az inficiált hydronephrosis kórképének megértéséhez mulhatatlanul szükséges, hogy a nem inficiált hydronephrosis (tehát aseptikus tartalmú) és a pyonephrosis fogalmával tisztában legyünk.

Hydronephrosis — amely alatt általában nem inficiált hydronephrosist értünk — a veseüreg veleszületett, vagy szerzett kóros kitágulását jelenti. Előrehaladott alakja az u. n. zsákvese, midőn a parenchyma teljesen eltünik s helyét retentiós folyadék foglalja el. A hydronephrosis keletkezésének bonyolult kérdésére most nem térhetek ki, csak annyit kivánok hangsúlyozni, hogy a veseüreg kóros kitágulása *infectio* hozzájárulása nélkül jött létre, ellentétben a pyonephrosissal, amelyben a tágulás csak akkor fejlődik ki, ha a gennyedés már oly fokot ért el, hogy szövetroncsolással is jár.

Az *inficiált hydronephrosis* e két kórkép között mintegy középhelyet foglal el, de átmenet a valódi hydronephrosishoz, illetve az elkülönítés a nem inficiált hydronephrosistól sokszor annyira elmosódott, hogy csak szorgos vizsgálat deríti ki a helyes elnevezést. A kezdődő, csak mikroskopiai genyet tartalmazó s épen ezért már inficiált hydronephrosis a nem inficiált hydronephrosistól szabad szemmel ép úgy nem különíthető el, mint a régen inficiált s már tiszta genyet tartalmazó inficiált hydronephrosis a pyonephrosistól. Előbbi esetben a zsákvese tartalmának mikroskopiai vizsgálata (tartalmaz-e a vizelet genyet, vagy sem) utóbbi esetben a vese üregeinek kórbonctani szemlélete hozza meg a döntést.

A hydronephrosis, az inficiált hydronephrosis és pyonephrosis közös sajátossága, hogy mind a három kórformában a vese üregе a parenchyma rovására kórosan kitágult. A kitágult vese üregében ennek következtében a vizelet pang, s ennek a pangó vizeletnek a viszonya az infectióhoz dönti el azt, vajjon adott esetben melyik kifejezés a helyes. *A hydronephrosist az infectiómentes pangás, az inficiált hydronephrosist a pangást követő infectio, s végül a pyonephrosist az infectiót követő pangás jellemzi.*

Az aetiológiai tényezőknek ezen ismerete azért fontos, mert az inficiált hydronephrosis tünettanát és kórismézését csak úgy érthetjük meg, ha a fenti körülményekkel tisztában vagyunk s tudjuk, hogy az infectio tartama és súlyosságához mérten az inficiált hydronephrosis egyszer a hydronephrosishoz, máskor a pyonephrosishoz áll közelebb. Aki e két kórkép tünettanát ismeri, annak az inficiált hydronephrosis tünettana ujdonságot nem jelent.

Az inficiált hydronephrosis klinikai kórképe éppen ezért igen változatos, s gyakorlati szempontból helyesebb, ha az inficiált hydronephrosis könnyű, közepes és súlyos alakjait egymástól elkülönítve tárgyaljuk.

A *könnyű* esetek alatt értjük azokat, amelyek a nem inficiált hydronephrosistól csak abban különböznek, hogy a veséből felfogott vizelet mikroskopiailag már genyet, vagy baktériumot tartalmaz. Az ilyen vizelet szabadszemmel még tiszta, úgy hogy a mindennapi gyakorlatban az ilyen esetet sokszor, bár helytelenül, csak hydronephrosisnak nyilvánítjuk. Az ilyen esetekben, ha az infectio hirtelen következik be, a hydronephrosis tünettana csak a *hidegrázás* és *láz* fellépésével bővül. Ha a secundaer infectio lassan, lappangva fejlődik ki, úgy a láz és hidegrázás tünete el is maradhat, ilyenkor többnyire csak a részletes kivizsgáláskor tűnik ki, hogy a zsákvese tartalma már inficiált. Az inficiált hydronephrosis ezen kezdeti, csak mikroskopiailag felismerhető alakjait a nem inficiált hydronephrosisokkal szemben azzal jellemezhetjük, hogy a teljes tünet- és panaszmentesség nem fordul elő oly gyakran, mint előbbi esetben, mert a pangáshoz társuló infectio nemcsak a láz és hidegrázás, hanem a fájdalom fellépését is lényegesen elősegíti. *Nagyon gyakori eset, hogy az évek óta fennálló, de panaszokat nem okozó hydronephrosis éppen az infectio előidézte lázas állapot vagy tompa derékfájdalmak miatt kerül felismerésre.*

A *középsúlyos* esetek azok, melyeket a mindennapi gyakorlatban is inficiált hydronephrosis névvel jelölünk meg. Az előbbi csoporthoz viszonyítva az eltérés főleg a vizelet makroskopiai jellegének megváltozásában, a genytartalom fokozódásában nyilvánul meg. Kivizsgáláskor az ilyen vesében *zavaros, vagy homályos* vizeletet találunk, melynek genytartalma jóval nagyobb, mint az előző csoportban, de még mindig nem éri el azt a fokot, melyet pyonephrosis esetében tapasztalunk. *Sűrű genycseppek, vagy éppen genykolbász ürülése ilyenkor még nem észlelhető.* Tünettanilag e csoport az előbbitől főleg abban különbözik, hogy *a vesére utaló panaszok már sokkal gyakoribbak és sokkal kifejezettebbek.* Amíg a könnyű esetekben legfeljebb egy, vagy két pyelitises kilobbanással találkozunk, a fenti középsúlyos esetekben az *idült pyelitis kórképe áll az előtérben* azzal a különbséggel, hogy a fájdalmak állandósulnak s az esetek egy részében a megnagyobbodott vese is tapinthatóvá válik.

A súlyos esetekben a tünetek a *pyonephrosis kórképével teljesen megegyeznek.* Az elkülönítést, mint említettük ilyenkor csak a kórbonctani szemlélet, a veseüreg közelebbi alakja dönti el. A pyelographia alkalmazását, amely szintén eldönthetné a kérdést ilyenkor nem ajánljuk, sőt feleslegesnek tartjuk, mert genyes vesezsákot, akár inficiált hydronephrosissal, akár igazi pyonephrosissal van dolgunk, igy is úgy is el kell távolítanunk.

A mindennapi gyakorlatban tehát inficiált hydronephrosisként főleg a középsúlyos esetek szerepelnek, a könnyű esetek a hydronephrosisok csoportjába, a nehéz, súlyos esetek a pyonephrosisok csoportjába olvadnak be. Tudnunk kell azonban, hogy a legsúlyosabb pyonephrosisról is kiderülhet, hogy kóroktanilag nem egyéb, mint inficiált hydronephrosis, ép úgy, mint aseptikusnak hitt hydronephrosisról nem egyszer kitünt, hogy mikroskopiailag már genyet tartalmaz, tehát tulajdonképen inficiált hydronephrosis. Az ilyen határesetekben a kérdés tisztázása azonban gyakorlati jelentőséggel nem bír.

Az inficiált hydronephrosis a nem inficiált hydronephrosishoz- és a pyonephrosishoz hasonlóan igen jellegzetes tüneteket okoz, ha *a vese hirtelen és tökéletesen elzáródik.* Ha az ilyenkor fellépő vesegörcsök mellett a melléktüneteket, főleg a *vizelet jellegét* is figyelembe vesszük, úgy a három kórkép elkülönítése — természetesen csak tág határok között — lehetővé válik.

Hydronephrosisra jellemző, hogy ha a zsákvese hirtelen elzáródik, úgy typikus vesegörcsök kifejlődése mellett

a vizeletmennyiség a gyakori ingerek dacára feltünően kevés. A görcs, illetve az elzáródás megszüntével viszont oly nagy polyuria lép fel (reflectorikus alapon) hogy az a beteg, aki kevéssel ezelőtt alig 1—2 decit vizelt, ½ órán belül 1—2 litert is vizel. Ugyanez a jelenség *inficiált hydronephrosis* esetében, csak annyiban módosul, hogy a fájdalom felléptekor *az addig zavaros vizelet, hirtelen feltisztul s ugyanakkor hidegrázás és láz* lép fel. Az elzáródás megszüntével eltünik a fájdalom és a lázas állapot, de a vizelet ismét zavarossá válik. Ugyanez történik pyonephrotikus vese elzáródáskor is azzal a különbséggel, hogy a tünetek (főleg a hidegrázás és a láz) sokkal kifejezettebb és súlyosabb jellegűek és többnyire tovább tartanak, mint az előbbi esetben.

Az inficiált hydronephrosis a gyakorló orvos szempontjából meglehetősen *tünetszegény kórkép*, annak intézeten kivüli felismerése tulajdonképen csak 2 esetben lehetséges: 1. ha a hydronephrotikus elváltozás oly fokot ér el, hogy a vese jól tapinthatóvá válik, 2. ha a fentebb említett tünet (görcsök, vagy láz felléptekor a zavaros vizelet hirtelen feltisztul) a beteg kórelőzményében, vagy vizsgálatakor fellelhető. Az előbbi esetben 3 lehetőség (nem inficiált hydronephrosis, inficiált hydronephrosis, pyonephrosis) az utóbbi esetben 2 lehetőség (inficiált hydronephrosis, pyonephrosis) között választhatunk. A szakszerű urologiai kivizsgálással (ureterkatheterismussal kapcsolatos functionalis vesevizsgálat, esetleg pyelographia) további részletek, illetve a pontos kórisme tisztázása könnyen elvégezhető.

Összefoglalva mondhatjuk, hogy az inficiált hydronephrosisra (esetleg pyonephrosisra) *kórjelző tünet*, ha az előzetesen zavaros vizelet vesetáji fájdalmak és lázas állapot kiséretében hirtelen feltisztul, majd azok eltünése után újból zavaros lesz. Egyéb jellegzetes tünet, a csak ritkán előforduló nagy hydronephrotikus zsákok tapintási leletétől eltekintve nincsen, s ezért a korai felismerést legjobban úgy segitjük elő, ha általános elvként elfogadjuk, hogy hosszabb ideje fennálló bizonytalan jellegű derékfájdalmak, vagy pedig 3—4 heti szokványos kezelésre el nem tünő pyuriák esetében az urologiai kivizsgálást, de legalább a chromocystoskopiát elvégeztetjük.

Minder Gyula dr.
egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Leukoderma pityriasis versicolor után.

A pityriasis versicolor látszólag egyszerű kórkép. Kóroktana, kórfejlődéstana, kórisméje, kórjóslata és kezelése első pillantásra tisztázottnak tünhetik. S mégis sok megoldatlan kérdést rejt magában. Nemcsak általános kórtani rejtélyei vannak a kutató bőrgyógyász számára, hanem ujabban kórismei nehézségeket is okoz a mindennapos gyakorlatban.

A pityriasis versicolor éles szélű, többnyire kávébarna, finom korpázással hámló, lassan növekvő és szaporodó foltjai a törzsön, vállakon és nyakon igen jellegzetesek. Sokat fürdőző emberek bőrén a hámlás kevésbé szembetűnő, de ha a foltokat kissé megkaparjuk, itt is nyilvánvalóvá válik. A lekapart pikkelyekből kálilúgos készítményben könnyen mutathatjuk ki nagy tömegben a jellegzetes kórokozó gombát, a mikrosporon furfur-t. A kezelés is igen egyszerű. Bármely enyhe bőrfertőtlenítő szerrel sikerül a gombatelepeket a bőrről eltüntetni. Mi pl. a megtámadott bőrterületeket meleg vízzel és szappannal mosatjuk le s utána következő összetételű szeszszel dörzsöltetjük le:

Acid. salicyl. *3.0* Resorcin *1.0* Spirit. vini dilut. ad *100.0.*

E módszer előnye más erélyesebb eljárásokkal szemben (mint pld. káliszappanbedörgölések, kenőcsös hámlasztások), hogy tiszta gyógymód s a bőrt ugyszólván sohasem gyullasztja meg. A gombák 3—4 heti kezelés után eltünnek a bőr felszinéről. De a kórjóslás szempontjából tudnunk kell, hogy akinek bőrén egyszer a mikrosporon furfur megtapadt, azon a gomba rövidebb-hosszabb szünet után újra és újra megtelepszik s csak idősebb korban tünik el végképen. Minden jel szerint a mikrosporon furfur, amely mesterséges táptalajon nem (vagy csak rövid ideig és nehezen) tenyészthető, *csak bizonyos fajta bőrü embereken tud tenyészni;* hordozói pedig azért nem tudnak tőle végleg szabadulni, mert *ubiquitaer virus.* A betegség nem ragályos; házastársak, testvérek egymást nem fertőzik. Az említett kóroktani rejtélyek egyike épen az, hogy nem tudjuk, min alapszik a gombahordozók bőrének hajlamossága. Gyanakodtak a bőrfelület savanyúsági fokának eltéréseire, a verejték és faggyu összetételének különlegességeire, de az idevágó vizsgálatok eredménytelenül végződtek.

A gyakorlati kórismézési nehézségek akkor kezdődnek, ha a gombatelepek megszokott kávébarna vagy sötétebb szinük helyett *fehéren* jelennek meg, világosabban, mint a környező bőr színe *(pityriasis versicolor alba s. inversa).* Akkor látjuk ezt, ha a beteg nyáron napfürdőzött vagy quarclámpás kezelésben részesült. Napfürdő vagy mesterséges fényfürdők hatása alatt a bőr megbarnul, a gombatelepek pedig kifehérednek.

Egyes megfigyelők szerint az ilyen gombatelep fehéren nő tovább akkor is, ha a beteg a napfürdőzést beszüntette. De alig ha lehet itt szó valamely önálló mikrosporon-variansról, mint egyesek gondolták, hiszen sok olyan beteget észlelünk, akiken a foltok télen barnák, nyáron fehérek. S minthogy az sem ritkaság, hogy ugyanazon egyén napbarnitott testrészein fehér, az uszótrikó által fedett részeken barna foltokat látunk, nem kétséges, hogy a fénysugárzás fehériti ki a telepeket.

A kórismézés az ilyen esetben még nem nehéz, ha segitségül vesszük a mikroskopot. A finoman hámló fehér foltokból épen olyan könnyen mutathatjuk ki a gombát mint a barna szinüekből. De ha a gombákat orvosi kezeléssel már eltüntették, vagy pedig a beteg oly erélyesen tisztálkodott, hogy ez magában véve elég volt a fertőtlenítésre, akkor is *megmarad a fehér foltosság;* a foltok alakja, nagysága, száma és helye nem változik. Csak a hámlás szünt meg s a gombát nem sikerül többé kimutatni.

Ennek az állapotnak első észlelői azt hitték, hogy a gombatelepek a napfényt mintegy megszürik, az alattuk levő bőrbe az ibolyántúli fény nem jut el s a folt azért marad fehér, ellentétben a napbarnított környezettel. De csakhamar kiderült, hogy a foltokban nem egyszerűen hiányzik a festenyezettség, hanem a *foltok pigmenttermelő képességüket is elvesztették.* Ha a quarclámpa higanyfényével mesterségesen pigmentálódásra próbáljuk őket serkenteni, ez nem sikerül. Ellenkezőleg, a fokozódó contrasthatás révén még élesebben tűnnek elő. A pigmenttermelő készség kiesése kisérletesen is kimutatható: a dopareactio, a pigmentáló készség histobiologiai jele, a fehér foltokban negativ vagy gyengült. (Magyar szerzők közül *Liebner* végzett ilyen kisérleteket). A versicolor-foltok helyén tehát a napsugárzás közbejöttével *leukoderma* keletkezett.

Ez a leukoderma, különösen a női betegeknek kosmetikailag rendkivül kellemetlen, mert többnyire az egész ruhakivágás helye, a nyak, a vállak és a hát felső része csunyán tarkának látszik. A kozmetikai ártalom sokkal súlyosabbnak tünik, mint az egyszerű pityriasis versicolor esetében, egyrészt, mert a foltosság feltünőbb, másrészt mert közvetlenül rajta segíteni nem tudunk. Amióta a

nyári napfürdőzés szélesebb néprétegekben elterjedt, jóval gyakrabban látjuk a pityriasis versicolor alba-t s az ezt követő leukodermát, mint a régi klasszikus megjelenési formát.

Mint a leukodermák esetében mindig, a pigmenttermelő készség bénulása itt sem végleges. Rendszerint azt látjuk, hogy a nyári napozás folyamán keletkezett depigmentatio a rákövetkező télen át (de legalább 3—4 hónapig) nem szüntethető meg. De a tavasz beálltával, ha a beteg, ezuttal persze már gombától mentesített bőrrel, napozni kezd, egyenletesen barnul meg.

Leukoderma sokféle gyulladásos bőrbetegség gócainak helyén maradhat vissza: ismeretesek a leukoderma syphiliticum, leprosum, psoriaticum, medicamentosum stb. Ismeretes az is, hogy a leukoderma keletkezését nagy mértékben elősegítik pigmentophor ingerek, így a napsugárzás, dörgölés és hőhatások. Számos adat bizonyítja, hogy leukoderma akkor keletkezik, ha a pigmenttermelő képesség viszonylag tulzottan vétetik igénybe. De meglepő, hogy a pityriasis versicolor leukodermával gyógyulhat, mert látszólag nem gyulladásos megbetegedés. A pityriasis versicolor, mint a tiszta parasitismus példája szokott szerepelni: az élősdi felületesen, csak a szarurétegben foglal helyet s nem okoz észrevehető reactiót. De most, hogy a leukoderma nagy gyakorisága közvetve bizonyítja a betegség lobos természetét, vissza kell emlékeznünk régi klinikai megfigyelésekre. *Jesionek* figyelmeztetett arra, hogy a foltoknak, különösen levetkezéskor átmenetileg vöröses színezetük van, amiből a foltok vérbőségére lehet következtetni. Figyelmeztet arra is, hogy a foltok lekaparásakor nem ritka a pontszerű vérzés s hogy az ilyen lekapart területek nedvesen fénylők. E tünetekből az következik, hogy az élősdi megtelepedésére, bármily felületesen történjék az, a bőr élő rétegei, nevezetesen a rete Malpighi sejtjei s a papillaris réteg erei mégis reagálnak. A szövettani vizsgálatok igazolják, hogy ez a visszahatás gyulladásos természetü.

Gyakorlatilag a kórjóslat szempontjából fontos a *leukoderma post pityriasim versicolorem és a vitiligo elkülönítő kórismeje*. Az előbbi magától gyógyuló, az utóbbi gyógyíthatatlan, az egész életen át progrediáló betegség. Nem ritka manapság a bőrgyógyászati rendelésekon a kétségbeesett fiatal asszony, akiről-, vagy az anya, akinek fiatal leányáról a házi orvos kimondotta az itéletet: gyógyíthatatlan foltos festékhiányban (vitiligoban) szenved. Az ilyen esetben sokszor már a kórelőzmények pontos felvételével tisztázhatjuk a helyzetet, ha kiderül, hogy a beteg a napozási idény megkezdése előtt barna-foltos versicolor-ban szenvedett, vagy hogy a fehér foltok régebben hámlottak. Ha a kórelőzményi adatok nem világosak, meg kell kisérelnünk a gomba kimutatását a leukodermás foltokban is, mert ha a beteg nem részesült még szakszerű kezelésben, csak a napozás, mosás, fürdés pusztította gombáit, remélnünk lehet, hogy találunk még a kaparékban itt-ott gombát akkor is, ha a foltok makroskoposan már nem is hámlanak. Sok foltról kell kaparékot vennünk s nagy kitartással kell vizsgálnunk. Ha a lelet negativ, a betegnek 1—2 hétre a fürdőt ill. a törzs mosását eltiltjuk s aztán ujból vizsgáljuk. Az elkülönítő kórjelzéshez fontos tudni továbbá, hogy a vitiligo kedvenc kiindulási helyei a mindig szabadon hagyott testrészek (arc, kézhát), mig a versicolor-utáni leukoderma azokon a testrészeken mutatkozik, melyeket csak a fürdőruha hagy szabadon. A vitiligo napfürdők hatására rohamosan terjed, a pityriasis versicolor gombái napsugár hatására inkább pusztulnak; a foltok fehérednek, de észrevehetően nem nőnek. A vitiligo foltjaiban a pigmenthiány teljesebb, ezért tej-, vagy elefántcsontszínűek, a versicolor-leukoderma foltjaiban valamelyes szürkés szinárnyalat mindig felismerhető. A vitiligo széle feltünően tulbarnult, mintegy megfüstölt, hasonlóan a leukoderma syphiliticum foltjaihoz; ez a hyperpigmentált szél nem igen észlelhető a versicolor-leukoderma foltjain.

Ha mindez a sok elkülönitő jel sem enged biztos következtetést, a kórjelzést függőben tartva, tovább kell figyelnünk az esetet. A megfigyelés tartamára azonban megnyugtathatjuk a beteget vagy hozzátartozóját, hogy — a mai morbiditási arányok szerint — valószinübb a múló leukoderma, semmint a maradandó vitiligo. A leukoderma post pityriasim versicolorem a napfürdőzés elterjedése folytán ugyanis ma összehasonlíthatatlanul gyakoribb megbetegedés mint a vitiligo.

A pityriasis „versicolor" neve már közel 150 éves, de igazában csak az utolsó évtizedben érdemelte ki a „váltakozó szinü korpázás" elnevezését. Régebben a szinskála csak a sárgától a sötétbarnáig terjedt, manapság a szinskála a fehérrel kezdődik.

Rothman István dr.
giesseni egyet. c. rk. tanár,
O. T. I. osztályvezető orvos.

Az anginák haematologiája.

Az anginának és a velük rokon egyéb szájgaratüri elváltozásoknak jelentős hányada nem helyi megbetegedés, hanem a szervezetben lejátszódó kórfolyamatnak csupán egyik megnyilvánulása. Ezek az anginák, melyeket indokoltan illethetünk a „secundaer" jelzővel, nem egyszer nehezen megoldható diagnostikai problemát állíthatnak elénk, mivel durva morphologiai képük nagy hasonlóságot sőt egyezést mutat, mig jelentőségük a gyógyítás és különösen a kórjóslat szempontjából szélsőségesen különbözhetik. Az utolsó évek kutatásai azzal a tanulsággal szolgálnak, hogy az anginák megkülönböztető diagnostikájában igen értékes, sőt egyes esetekben nélkülözhetetlen segédeszköz a haematologiai vizsgálat, melynek segítségével lehetőség nyilik morphologiailag azonosnak látszó, de jelentőségükben nagymértékben különböző szájgaratüri gyulladásos folyamatok elkülönítésére.

Alábbiakban röviden és csupán a gyakorlati szempontok figyelembevételével megkiséreljük az anginák haematologiai szempontból történő csoportosítását. Azoknak az anginaformáknak említését mellőzzük, amelyeknek a kórismeje localis vizsgálat segítségével bizonyossággal eldönthető (diptheria, Plaut—Vincent-angina, stb.)

1. A granulocyta-vérkép megváltozásával járó anginaformák.

a) Ide tartoznak elsősorban az anginák leggyakoribb és legismertebb formái, az angina catarrhalis és lacunaris, melyeket a granulocyta-rendszer többé-kevésbbé kifejezett nem specifikus gyulladásos izgalma kisér: mérsékelt *neutrophil leukocytosis* és mérsékelt *balratolódás*. A fehérvérkép a lázas állapot lezajlásával hamarosan normalis lesz. Nagyobbfokú leukocytaszaporodás és balratolódás szövődmény (abscessus) gyanuját kelti. Azokban a ritka esetekben, melyekben a banalis angina sepsisbe megy át, a fehérvérsejtszaporodás ugyancsak jelentékeny, a sejtekben pedig olyan toxikus elváltozások észlelhetők, aminőket szövődménymentes esetekben soha sem találunk.

b) Néhány *myelocyta* megjelenése a vérben magábanvéve nem jelentős és egyszerü anginák során is észlelhető, főleg fiatal egyéneken.

c) Egy-egy *myeloblast*nak a keringő vérben felbukkanása magábanvéve még nem zárja ki az egyszerű angina kórismejét. Nagyobbszámú myeloblast azonban a nekrotikus szájgaratüri elváltozásokat okozó *acut leukaemia* gyanuját kelti, ami tudvalevőleg nem jár szükségképen igen magas fehérvérsejtszámmal. A diagnosist az általános klinikai képen kivül a vérkép finomabb analysise biztosítja: a myeloblastok az acut leukaemiára jellemző kóros alakot mutatják, a nagyszámú myeloblaston kivül pe-

dig myelocyták és érettebb granulocytaalakok alig találhatók a véráramban („hiatus leukaemicus").

d) A *granulocyták* és velük együtt az absolut fehérvérsejtszám jelentős *megfogyásával* járó szájgaratüri folyamat a *Schulz—Friedemann* féle betegség, az u. n. *angina agranulocytotica*. E kórkép tünetei a huzamosabb ideig tartó toxikus-lázas állapot mellett a szájgaratüri nekrotikus elváltozások, máj- és léptumor, csekély icterus; generalisált nyirokcsomóduzzanat rendszerint hiányzik. A betegségre jellemző, hogy egyéb nyálkahártyákon (gégefő, vulva, stb.) sőt a bőrön is mélyreható nekrosisokat létesít. Contagiositása nincs, kórjoslata nem feltétlenül rossz. A megbetegedés során a fehérvérsejtszám nagy fokban csökkenhet, sőt a granulált leukocyták a véráramból teljesen el is tünhetnek; a monocyták száma ugyancsak csökken, mig a lymphopenia kevésbé kifejezett. A fehérvérsejtszám az állapot súlyosságának meglehetősen megbizható indicatora: a fehérvérsejtszám szaporodásával egyidejüleg a klinikai tünetek is javulásnak indulnak. Sajátságos, hogy a regeneratio folyamán a vérkép az ellenkező végletbe csaphat át: a rendkivül heves csontvelőreactio fiatal csontvelőelemekkel, myelocytákkal, sőt myeloblastokkal áraszthatja el a keringést; ebben a stadiumban a haematologiai lelet a chronicus myeloid leukaemiát utánozhatja és — ha a beteg ebben a stadiumban került észlelés alá — átmenetileg diagnostikai nehézségeket is okozhat.

Megjegyezzük, hogy anginás eredetü súlyos sepsis során is előfordulhat a csontvelő toxikus bénulása, következményes leukopeniával. Természetesen ennek a jelenségnek az angina agranulocytotica kórképével semminemü közössége nincsen és azzal a szükséges ismeretek birtokában össze nem téveszthető.

Az agranulocytosist tehát a csontvelő fehérvérsejtképző részének functiókiesése jellemzi. Ha ez a functiózavar a csontvelő másik két, tehát az erythro- és thromboplastikus rendszerére is kiterjed, úgy a *panmyelophthisis* képe alakul ki, melynek vérképére a leukopenián kívül a nagyfokú vörösvérsejtszegénység és a sokszor extrem thrombopenia jellemző. Panmyelophthisisben ugyancsak megtalálhatók az agranulocytosisban észlelt ulceronekrotikus szájüri és egyéb nyálkahártyafolyamatok, ezenfelül a thrombopenia által okozott nagykiterjedésü bőr-, nyálkahártya- és egyéb vérzések.

Az a kérdés, hogy az agranulocytosis valóban kóroktani egység-e, mint azt első leirói állitják, s hogy az agranulocytosis és a panmyelophthisis között csupán fokozati különbségek vannak-e — nem eldöntött, ezért ehelyütt megbeszélését szükségtelennek találjuk.

2. *Monocytaszaporodással járó anginák.* Egyszerü anginák ú. n. elhárító phasisában (v. ö. *Detre* O. H. 1936. 44.) gyakori jelenség a mérsékelten emelkedett monocytaszám. Vannak azonban extrem monocytosissal járó anginák, melyeket mintegy másfél évtizeddel ezelőtt *Schulz* irt le *angina monocytotica* néven. Ennek az absolut jóindulatú megbetegedésnek jellemző tünetei a pseudomembranaceás angina, a polyadenopathia, lép- és májduzzanat, továbbá a keringő vér monocytáinak nagyfokú megszaporodása normalis vagy alig emelkedett fehérvérsejtszám mellett. Ma már a szerzők tulnyomó része tagadja a monocytaangina önálló kórkép voltát. Valószinü, hogy itt a csontvelőnek egy nem specificus fertőzés által kiváltott specialis reactiójával állunk szemben, ámbár az is feltételezhető, hogy a casuistica egyrésze haematologiai diagnostikai tévedésen alapul és ezek az esetek a később tárgyalandó Pfeiffer-féle mirigyláz csopotjába tartoznak. Megemlítésre érdemes, hogy könnyebb lefolyású agranulocytosis-esetek egyes fázisaiban ugyancsak monocytaszaporulattal találkozhatunk; *Naegeli* egyenesen azt állitja, hogy a monocytaangina néven leirt esetek jelentős része az agranulocytosis egyes momentumait rögzíti.

3. Az *eosinophil sejtek megszaporodását* elsősorban scarlatina-anginában találjuk, ami, főleg gyorsan tűnő csekély exanthemás jelenségek mellett, értékes diagnostikus jel. Néha egyes banális anginaesetekben is találunk mérsékelt eosinophiliát, mint azt saját magamnak is volt alkalmam észlelni. Ezzel szemben súlyos toxikus anginák esetében az eosinophil sejtek többnyire egészen eltünnek.

4. *Lymphocytaszaporodással járó anginák.* Jóindulatu anginák lezajlása után nem egyszer a keringő vér érett lymphocytáinak mérsékelt megszaporodását észlelhetjük *(„postinfectiós lymphocytosis")* Egyes esetekben azonban, és pedig csaknem kizárólag fiatal egyéneken, nem a reconvalescentiában, hanem a betegség fellépésével egyidejüleg granulocytosis helyett a lymphocyták igen jelentős számbeli szaporodását találjuk *(„lymphocyta-angina")* és ezek a lymphocyták többnyire fiatal, éretlen sejtalakokat mutatnak. A lymphocyta-angina haematologiai szempontból mintegy átmenetet képez a *Pfeiffer-féle mirigyláz* néven ismert, többnyire epidemiásan jelentkező kórképhez. Ez az absolut jó prognosisu, fiatalabb egyéneken észlelhető megbetegedés hetekig tartó magas lázzal, rendszerint csak a tonsillákra kiterjedő ulcerosus anginával, lép- és általános nyirokcsomóduzzanattal, ritkán foltos exanthemával jár; a vérképre jellemző a lymphocytaszerű egymagvú sejtek nagymértékű megszaporodása, amely sejtek között igen sok fiatal sejtalak látható. Mint már említettem, a monocytaanginák egy része, továbbá az „infectiós mononucleosis" néven leirt kórképek valószinüleg a mirigyláz esetei közé sorolhatók.

Gyakorlati szempontból rendkivüli fontossággal bir az absolut jó prognosisu mirigyláz megkülömböztetése az absolut rossz kimenetelü acut myeloid leukaemiától. Az első betegségi napokban a két megbetegedés klinikai képe nagy hasonlóságot mutat: acut vagy subacut kezdetet magas lázzal, lép- és generalisált nyirokcsomóduzzanatot, ulcerosus anginát. A differentiáldiagnosis itt a haematologus kezében van és pedig azért, mivel a Pfeiffer-féle mirigyláz nagy, fiatal lymphocytáinak az acut leukaemia igen nagy alaki hasonlóságot mutató pathologiás myeloblastjaitól megkülönböztetése meglehetős haemomorphologiai gyakorlatot igényel. A betegség későbbi stadiumában a két kórkép elkülönítése már klinikai eszközökkel is sikerül.

5) *Plasmasejt-angina.* Az anginák igen ritka eseteiben a vérben nagyszámú plasmasejt jelenik meg, rendszerint lymphocytaszaporulat kiséretében. A plasmasejt-angina nem tekinthető önálló kórképnek; egyrészük valószinüleg exanthemaszegény rubeola-eset. A prognosis absolut jó.

Láthatjuk tehát, hogy anginával járó jóindulatú infectiók egyes eseteiben az egyébként szabályszerünek tekinthető granulocytosis helyett egyéb fehérvérsejtféleségek (lymphocyták, monocyták, plasmasejtek) többékevésbbé jelentős megszaporodása észlelhető. Ennek a jelenségnek oka részben az illető beteg granuliopoetikus rendszerének functionalis vagy toxinokozta gyengeségében kereshető, részben azonban talán az illető kórokozó bacteriumtörzs specialis tulajdonságában.

Az elmondottak alapján igazat kell adnunk *Naegeli*-nek abban, hogy haematologiai vizsgálat nélkül az anginás megbetegedések jelentős része nem tisztázható. A vér morphologiai vizsgálata pótolhatatlanul értékes adatokat szolgáltat ahhoz, hogy ártatlan anginás és rokon megbetegedéseket súlyos, sőt absolut rossz prognosisu kórfolyamatoktól meglehetős biztonsággal megkülönböztethessünk.

Detre László dr.
OTBA főorvos, v. egyet. tanársegéd.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Gyomorbélfekély okozta vérzések étrendi kezelése.

A gyomorbélfekélyes betegen nagyobbfoku vérzés vérhányás vagy szurokszerü szék alakjában mutatkozhat. Rendszerint gyengeség, szédülés, néha ájulás kiséri. A beteg sápadttá válik, végtagjai hüvösek, szívműködése szapora, érlökése kicsi, könnyen elnyomható lesz. A tünetek súlyossága és az a nyugtalanító hatás, amelyet maga a vérzés kivált, arra késztette az orvosokat, hogy a betegség kezelésében a legszigorubb eljárásokhoz folyamodjanak. A legfontosabb irányelv a gyomor teljes nyugalomba helyezése volt, nehogy a vérzés kiujuljon.

Az első napokban minden táplálékot eltiltottak a betegtől, csak néha engedték meg kis jégdarabkák szopogatását a hideg vérzéstgátló hatása miatt. Néhány nap eltelte után adtak csak óvatosan, evőkanalanként hideg tejet, amelynek adagját lassan emelték olyfokban, hogy a mennyisége egy héttel a vérzés megszünte után mindössze napi 1½ litert tett ki. Csak a második héten, vagy még később rendeltek a tejen kivül leveseket, tojásfelfujtat stb.

Ezen tulszigorú étrendi kezelésnek a hátrányairól azonban csakhamar meggyőződhettünk. Az amugy is legyengült betegek közül igen sok teljesen elerőtlenedett. Az inanitio leküzdésére a végbélbe juttatott tápcsőrék sem mutatkoztak célszerünek. Rendszerint csak igen kevés tápanyag szivódott fel belőlük, s a végbél izgatása által gyakori, kellemeetlen székelési ingert váltottak ki az amugy is nyugtalan betegen. Ezért a legtöbb orvos csak a szervezet nagyfoku folyadék és só veszteségét iparkodott leküzdeni élettani konyhasó oldatnak Katzenstein módszerrel a szervezetbe lassu bejuttatásával. Dacára a nem nagyon biztató eredményeknek, amelyeket ezen kezeléssel elértek, hosszú időn keresztül senki sem mert változtatni rajta. Az általános felfogás az volt, hogy a beteget csak egy komoly veszély fenyegetheti, a vérzés kiujulása. Az elerőtlenedésnek nem tulajdonítottak nagyobb szerepet.

Lényeges haladás volt ezen a téren *Lenhartz* módszere. Ő már a vérzést követő nap táplálékot mert adni a betegnek: 2 deci tejet és 2 felvert tojást. A következő napokban a tej mennyiségét napi 1 decivel, a tojások számát eggyel fokozta, amig a beteg 1 liter tejet és 8 tojást nem kapott naponta. A harmadik naptól kezdve a tojáshoz 20 g porcukrot is kevertetett, s ennek a mennyiségét gyorsan 50 g-ra emelte fel. A vérzés utáni hatodik naptól kezdve 35 g nyers vagdalt hust is rendelt a betegnek, a hetedik naptól kezdve pedig 100 g tejben rizst és 20 g kétszersültet vagy fehér kenyeret, s ezek mennyiségét is gyorsan fokozta. A 10-dik napon már 50 g sonkát és 20 g vajat is csatolt a beteg étrendjébe, majd a vaj mennyiségét 40 g-ra emelte fel.

Dacára annak, hogy ezen kezelés eredményei legalább olyan jók voltak mint a régi, tulszigorú étrendéi, az orvosok nagy többsége hosszú éveken át nem mert erre a „tulveszélyes" diétára áttérni. Kalóriabevitel szempontjából, ha a régi kezeléssel szemben óriási haladást mutatott is ez a gyógymód, még mindig nem nevezhető kielégítőnek. Az első napon csak 280 kalóriát juttatunk a betegnek, s ez az érték csak lassan emelkedik. A 6-dik napon éri csak el a napi 1000 kaloriát, s a 9-dik napon a 2000-et.

Azok az ujabb vizsgálatok, amelyek a gyomor egyes működéseit ép viszonyok mellett és gyomorbélfekélyes betegeken tisztázták, továbbá azok az észlelések, amelyeket a fekélyes gyomorvérzés lefolyásáról különböző körülmények között szerezhettünk, a fekélyes vérzés étrendi kezelésének elveit is lényegesen átalakították.

Az éhgyomor fala már ép viszonyok között sincs mindig teljesen nyugalmi állapotban, hanem nyugalmi szakok működési szakokkal váltakoznak periodikusan. A működési szakokra a legjellemzőbbek az izomzat tonusának nagyfokú ingadozásai. Ezen éhcontractiók fekélyes betegeken sokkal nagyobb fokban és sokkal sürübben mutatkoznak, néhány esetben állandóan fennállhatnak. Ha ilyenkor táplálékot viszünk a gyomorba, az éhcontractiók megszünnek, a gyomorfal megnyugszik. A vérzés kiujulásának igen nagy veszélye épen ezen contractiókban rejlik. Az emésztési szakban fennálló állandó tonus viszont a vérzés helyére nincs ilyen káros hatással. A fellépő peristaltika, amely a kóros helyet sokszor el is kerüli, szintén nem bir nagy jelentőséggel. Ha állandó supersecretio van jelen, a táplálék bevitel a savmegkötés és felhigítás folytán csak előnyös lehet.

A legfontosabb azonban a beteg elerőtlenedésének a megakadályozása, amely azelőtt igen gyakran volt, ha nem is közvetlen oka a halálnak. A gyomorbélfekély nem helyi, csak a gyomorra vagy a nyombélre szorítkozó, hanem általános betegség. Az étrend kibővítésével pedig olyan anyagokat juttathatunk a szervezetbe, amelyek ezen általános betegségre lényegesen kedvező hatással lehetnek. A szervezet erejének fokozásával a helyi tünetek javulása is sokkal gyorsabban haladhat előre.

Ezen elgondolások vezettek ujabban több szerzőt arra az elhatározásra, hogy még a Lenhartz diétát is lényegesen kibővítsék, változatosabbá és kalóriadusabbá tegyék. Természetesen itt is mutatkoznak kilengések az ellenkező irányban, amelyeket nem szabad követnünk, s amelyek nem fognak polgárjogot nyerni. Ilyen pld., ha már a vérzés utáni első napon sült husszeletet rendelünk a betegnek. Ezek a már tulzásba menő kisérletek azonban mindenesetre azt igazolják, hogy félelmünk az étrend miatti vérzéskiujulástól meglehetősen alaptalan volt.

A mai felfogásunk szerint már az első napokban változatos, vitamindus folyékony, higpépes étrendet irhatunk elő a betegnek (gyümölcsnedvek, tej, tejszin, nyákos lisztlevesek, tejbengríz, tejbenrizs, lágytojás, burgonyapüré vajjal készítve, gelatina ételek, felfujtak, stb.), amelyet néhány nap után általános haché-püré étrendre bővíthetünk (gyümölcs-, főzelékpépek, vakart hus stb.), majd kétszersültet, zsemlyét, szikkadt fehér kenyeret is megengedhetünk. Igen célszerü étolajnak napjában többszöri rendelése, mert ez a gyomor kifejezett nyugalomba helyezését hozza létre.

Mint az eddigi tapasztalatok mutatják, ezen étrenddel elért eredmények, sokkal kedvezőbbek, mint a régi szigoru módszer mellett. A gyomor részéről fennálló tünetek sokkal gyorsabban fejlődnek vissza. A beteg erőbeli állapota rohamosan javul. A másodlagos vérszegénység sokkal hamarább szünik meg. A legfontosabb azonban, amint az eddigi statisztikai adatok mutatják, hogy a mortalitás, mely eddig 7—9 % között volt, az ujabb étrendi kezelés mellett 1—2%-ra esett vissza.

Vándorfy József dr.
egyetemi magántanár.

A hemikraniáról.

A hemikrania (migraine) kórképét a legutóbbi időkig sem sikerült a kutató orvostudománynak tökéletesen tisztázni. Ma már tudjuk azt, hogy az esetek nagy többségében nem önálló megbetegedés, hanem egyes szervek, vagy az egész szervezet betegségének kinzó fájdalmakat okozó tünete. De még mindig nagy a száma azoknak a hemikraniás eseteknek, melyeknek okát nem tudjuk kideríteni és kénytelenek vagyunk tüneti kezeléshez fordulni, hogy a beteg panaszain segítsünk.

Legujabb időben mind inkább tért hódít az a felfogás, hogy a hemikraniás betegek nagy részének jellemző constitutiója van. Egyes szerzők megfigyelése szerint *(Hahn* és *Stein,* 1922) a megbetegedésre praedisponáltak a somatikus-degenerativ typusu dyshormoniás egyének. Nagy gyakorlati jelentősége van azon megfigyelésnek is, hogy a migraines betegek aránylag nagy százalékának kórelőzményében (egyes statistikák szerint 65%-ban) hereditaer lues szerepel, *Laudheimer* anyagában a vagotoniás és athyreotikus alkat domborodik elő, *Curschmann* szerint spasmophil, hypoparathyreoid typus hajlamosít a megbetegedésre. Ezzel szemben *Kämmerer* nem látja alkathoz kötöttnek a migrainet. Ha a constitutio szerepét nem is vesszük teljesen bizonyítottnak, az öröklés nagy jelentőségét nem lehet vitatni *(Schultze).* Egyes megbetegedésekkel kapcsolatban aránylag gyakran látunk typusos hemikraniás rohamokat kifejlődni. A köszvény és a migraine gyakori együttes felléptét már *Trousseau* is megfigyelte. *Croftan* szerint a hugysav kiválasztása a legtöbb esetben tökéletlen és maga a betegség a köszvény atypikus megjelenési alakja, melynek legtökéletesebb gyógyszere a purinszegény étrend. Kapcsolat van egyes esetekben a hemikrania és az epilepsia között is. Elég sok eset ismeretes, melyekben a rohamhoz retrograd amnesia csatlakozik és az örökléstan sok olyan családfát ismer, melyben migraineben szenvedőknek epilepsiás testvérei voltak. Végül meg kell említenünk azt is, hogy a migraine és allergia között az esetek nagy részében jól kimutatható kapcsolatok állanak fenn. *Widal,* valamin *Pasteur, Valleri-Radot* a hemikraniás rohamok egy részét anaphylaxiás jelenségnek fogják fel és desensibilisálással kiváló gyógyeredményeket tudnak felmutatni. Alátámasztja ezt a felfogást *Gaensslen* megfigyelése, mely szerint a betegek nagy részének eosinophiljája van. Sok esetben a gyakorló orvos is kideríthet összefüggést gondos kórelőzmény felvételével allergenek (étel, klima, por stb.) és a migraines roham fellépte között.

A megbetegedés inkább magasabb szellemi körökhöz tartozó egyéneket szokott megtámadni. A betegek között jelentősen több a nő, mint a férfi. Legtöbbször ovarium kiesési tüneteket is találunk. Az első rohamok fiatal korban, nem egyszer az első menstruatióval együtt köszöntenek be. Idősebb korban a megbetegedés aránylag ritka. A rohamot többnyire külső ok (menstruatio, szellemi megerőltetés, coffein, nikotin abusus, stb.) váltja ki. Legtöbbször typikus prodromák figyelmeztetik már jó előre a beteget a roham közeledtére. Levertség, fáradtság, depressiv hangulat, nyugtalanság, izgatottság mint lelki előjelek, sápadtság (vasomotoros zavar) izzadás, szemhéjremegés, mint testi előjelek hivhatják fel a bekövetkező rohamra a beteg és környezetének figyelmét.

A roham gyakrabban kezdődik a délelőtti órákban mint délután, gyakrabban mutatkozik a bal oldalon, mint a jobb fejfélen. Jól elkülöníti a fájdalmat a neuralgiás fájdalommal szemben állandó volta, lassan, órák alatt fejlődik ki legnagyobb intensitása, majd bizonyos ideig tartó fennállás után ismét lassan és egyenletesen csökken. A roham alatt a fejbőr hyperaesthesiás a fájdalmas oldalon. A beteg legtöbbször étvágytalan, hányásingere van, sőt nem egyszer hány is. A hányadék legtöbbször erősen savanyú. Általában a beteg súlyosan szenvedő benyomását kelti, sápadt (a fájdalmas oldal sápadtabb is lehet), a pupilla tágabb, a beteg oldali arteria temporalis gyengébben tapintható (angiospastikus typus), vagy ennek ellenkezője (angioparalytikus typus). Az egyes rohamok időtartama eléggé különböző, nem egyszer több mint 12 óra is lehet. A roham vége felé szokott a már említett hányás jelentkezni és a beteg ilyenkor gyakran alacsony fajsúlyú vizeletet (urina spastica) ürít. A roham elmúltával a beteg legtöbbször mély álomba merül.

A gyógyításban célunk részben a már bekövetkezett roham envhítése, részben a további rohamok bekövetkeztének megakadályozása. A kezdődő rohamot néha sikerül paracodinnal (dihydrált codein bór-, illetve sósavas sója), hydrocodinnal megszüntetni. A már bekövetkezett roham alatt a betegnek teljes nyugalmat kell biztosítani (lesötétített, zajmentes szobában fektetés). A fejre nem hideg borogatást, hanem forró compresseket helvezünk. A gyógyszeres fájdalomcsillapítás sajnos az esetek egy részében nem vezet eredményre, mégis helyes gyógyszerelés mellett a fájdalmakat legalább jelentősen tudjuk csillapítani. A morphium, illetve származékai contraindikáltak. Külsőleg a menthol tartalmu bedörzsölő szereket alkalmazhatjuk (pld. 1% menthol tartalmu chloroform). Jól beváltak az értágítókat is tartalmazó combinált fájdalomcsillapítók. Typusa ennek a Migränin (coffein-antipyrin). A hazai gyári készítmények egész sora épült fel, ezen elv alapján, pld. Kafalgol (kalmopyrin-koffein), az erősebb hatású Kafalgol forte(Kalmopyrin-koffein-phenylaethylbarbitursav). Néha jó hatású lehet a spastikus typusu migraine-esetén 1—2 csepp amylnitrit belégzése is. Más elv alapján felépített fájdalom csillapítók egész légiója áll váltakozó eredménnyel rendelkezésünkre (Cibalgin, Quadronal, Algokratin, vagy az ezekkel teljesen egyértékű hazai Midokalm stb.).

A rohamközti időben gyógyszeresen inkább a brom és phenylaethylbarbitursav készítményeket szoktuk adagolni nem túlságosan nagy adagokban. Ezt az időt használjuk fel arra, hogy megkíséreljük a megbetegedés okát kideríteni, illetve, befolvásolni. A klimakteriális zavarokat hatásos ovarium-készítmény (glandubolin, hogival) adagolásával kezeljük. Nem egyszer jó és tartós eredményt látunk egy protrahált cholin-derivatum (Pacyl, vagy a hazai Tonocholin) kúrának is. Természetesen szabályozzuk az életmódot (szellemi túlerőltetés) és az étrendet (purinszegény, lactovegetabilis diaeta, alkohol, nikotin korlátozás) is, a betegnek sok levegőn való tartózkodást, rendszeres sétákat, langyos fürdőket, lemosásokat tanácsolunk. Kezeljük az esetleges hyperaciditást, luest, idült székrekedést, mellüreggyulladást, stb.

A hemikrania gyógyítása sokszor hálás feladatunk és eredménnyel jár, ha az allergiás alapon létrejött betegséget specifikus allergenjével, vagy ha ezt nem ismerjük, nem specifikus desensibilisálási eljárással, legeredményesebben valamely histamin készítménnyel (Histodil) gyógykezeljük. Sohasem szabad azonban szem elől tévesztenünk azt, hogy maga a hemikrania gyakran csak tünet és hozzá hasonló panaszokat egyebek között okozhat agydaganat, sklerosis multiplex, paralysis progressiva is, mikor a panaszokat csak az alapbetegség gyógyításával tudjuk befolyásolni.

Schaffler József dr.
egyetemi c. rk. tanár.

A gümőkór intézeti gyógyításának irányelvei.

Azon kérdés eldöntésében, hogy hol és hogyan kezeljük tüdőbajosainkat, egyedül a kóros folyamat nyujthat megbízható támpontot; tekintetbe szokás venni ugyan a kezelendő beteg különféle egyéni, *„szociális"* néven összefoglalt szempontjait is, ezek azonban egy-egy kúra javallatában csak másodrendű jelentőségűek. A gümőkór megjelenése, elsősorban a tüdőfolyamat rendkívül sokoldalú és változatos, lefolyása szeszélyes és kiszámíthatatlan, úgyhogy ahhoz szabni egy javalati eljárás szabályait, ugyancsak bonyolult, módszerhez vezetne, amely a gyakorlatban megkívánt egyszerűséget és áttekinthetőséget nélkülözné. A betegség sokféle megnyilvánulásának egységesítése, közös nevezőre hozatala céljából a baj activitásának a megjelölését használják. Célszerü ezért a *gyógyitás irányelveit is a folyamat activitásához mérni,* annál is inkább, mert ez a kifejezés különböző irányú vizsgálatok egybevetéséből levezetett, sokatmondó, értékes eredő, amelynek nemcsak az adott helyzet megítélésében, hanem a kórjóslás és gyógyítás kérdésében is kimagasló jelentősége van.

Ha a gümőkóros activitás jelzésének általánosan használt fokozatait vesszük tekintetbe, akkor ebből a gyógyítás javallatának a következő szempontjait vezethetjük le:

Activ gümőkór kezelésre szorul, az inactiv vagy gyógyult folyamatban szenvedő beteget nem kell kezelni, hanem fel kell világositani és meg kell nyugtatni.

Az ilyen egyént meg kell győzni arról, hogy, ha egyszer *folyamata meggyógyult, illetve inactiválódott,* minden további kúra felesleges mindaddig, míg a baj ki nem újul s teljesen elegendő, ha fokozott megelőzésképen egyébként egészséges, rendes életmódjában bizonyos óvatossági és kiméleti szempontokat érvényesít. *Kérdéses esetben* ismételt, esetleg sorozatos vizsgálatra van szükség, közben azonban a beteget munkájától, hivatása gyakorlásától nem kell eltiltani, hanem rendes környezetében és életmódjában kell meghagyni; így részben az activitási jelek nyilatkoznak meg jobban, részben az illetőt esetleg felesleges erkölcsi és anyagi károsodástól kíméljük meg. *A veszélyeztetetteket, exponáltakat és egyéb bajból reconvalescenseket* a fertőző környezetből kell kiemelni s ha ok van rá, praeventoriumban, üdülőben lehet elhelyezni.

A kezelésre szoruló betegeket az activitás foka szerint kell osztályoni.

Regressiv activitás, inactiválódó, stationaer — javarészben Koch-negativ, zárt — folyamat esetében tanulókorban iskolaszanatórium, egyébként pedig az utókúra nyugalmát biztosító bármely gyógyintézet ajánlható; ennek hiányában megfelelő ellenőrzés mellett végzett házikúra is eredményes lehet, különösen, ha a beteg a kúrázás alapelemeit előzetes szanatoriumi kezelés alatt megtanulta. Amíg minden gyógyulásra váró tüdőbeteget intézetben elhelyezni nem tudunk és különösen, míg nincs meg annak a lehetősége, hogy a beteg bajának gyógyulását, folyamatának inactiválódását ugyanott megvárja, mindaddig a beteg otthoni kúrájában, életmódjának kúraszerű berendezésében és hosszú időn át, esetleg kenyérkeresés közben folytatásában a gümőkór gyógyításának lényeges — megítélésem szerint, eléggé ki nem használt — lehetősége rejlik.

Progressiv activitással feltétlenül intézeti kezelést, mégpedig progrediáló folyamattal szanatoriumi kúrát, florid folyamattal kórházi elhelyezést igényel a beteg.

A *haladó gümőkór* nagyszámú esete a tüdőszanatóriumok hivatott beteganyaga, hol a kúra célja az előretörő activitás megállítása, illetve áthangolása a visszafejlődés, gyógyulás irányában. A gümőkór gyógyításának leghatásosabb tényezője, a szanatórium tehát hivatását akkor tölti be legjobban, ha beteganyaga javarészben ilyen esetekből tevődik össze.

Túlságosan heves, nagy activitású folyamat épp úgy nem való szanatóriumba, mint az inactiv gümőkór; az ilyen *florid folyamat* esetében kórházi ápolásra van szükség, legalább addig, míg az activitás csökkenésével a beteg az erélyesebb ingerhatással járó szanatóriumi kúrát kockázat nélkül megpróbálhatja. Súlyos betegek leromlott, reactióképtelen, anergiás állapotában, amelyhez gyakran nagy ingadozást mutató, septicus hőmenet, vérszegénység, esetleg extrapulmonalis (főleg gége-, bél- vagy más hasi) szövődmény is járul, a többé-kevésbbé ingertherapiát jelentő szanatóriumi kúra (hegyi levegő, nyitott ablak) ellenjavallt; az ilyen betegek a legteljesebb kímélő klímára, ágynyugalomra és szobalevegőre szorulnak, ami kórházban jobban elérhető. A baj utolsó szakába jutott betegek különben is rendes otthonukba vagy legalább is hozzátartozóik közelébe vágynak. Ezenkívül a többi beteg miatt sem kívánatos, hogy menthetetlen betegek szanatóriumban fejezzék be betegségüket. Az ilyen tüdőbajosokat vagy isolatoriumban vagy a kórháznak külön erre a célra berendezett részén kell elhelyezni.

Ha a felsorolt szempontokat megvalósítanánk, az a gümőkór elleni küzdelem gyógyító részének rationalisálását nagyban megkönnyítené, mert a legköltségesebb és legjobban keresett szanatóriumi ágyak jelentékeny részét a nem oda való és olcsóbban elhelyezhető inactiv és gyógyíthatatlan esetektől mentesítené. Ez a csoportosítás azonban korántsem jelent mereven alkalmazandó szabályt. Gyakorlati használatra szánt keret csupán, amelynek kitöltésében a mindenkori legalkalmasabb megoldásra s az egyéni szempontok méltánylására kell törekedni. Jobb lehetőség hiján bármely gyógyintézet a másikat többé-kevésbé helyettesítheti, így különösen a megfelelően berendezett kórházi osztály éppoly eredményesen betöltheti a sanatorium, mint az isolatorium hivatását; a sanatoriumi gyógyítás hatályossága sem szenved különösképen, ha nem éppen oda való, túlságosan súlyos, vagy könnyű esetek ápolását vállalja kivételesen. Mert mindenek előtt áll az a legfontosabb követelmény, hogy a beteg részére a kúra lényegét alkotó hygienodiaetás ellátás biztosítható s a fertőzőképes beteg veszélyeztetett környezetétől távoltartható legyen.

A tervszerű kivitel nagy és fontos feladatot ró az orvosra, elsősorban a gondozóorvosra, aki a baj activitását állapítja meg s attól függően szabja meg a teendőket. A szanatoriumi orvos — teljes egyetértésben gondozó- és gyakorló-kartársával — a közismert klimato-diaetás kúra keretében igyekszik az activitás csökkentésének lehető legnagyobb fokát elérni. A távozó beteget felvilágosítással és részletes utasítással látja el s véleményes leletének irásbeli közlésével kezelőorvosa gondjaira bízza.

Nyilvánvaló, hogy a gümőkór gyógyításának ez a legcéltudatosabb módja csakis az egyes résztvevő közegek egyetértésével valósítható meg eredményesen. A siker érdekében elengedhetetlenül szükséges nemcsak a gümőkó-

*) A Magyar Tüdőbeteggondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete balatonkenesei vándorgyülésén, 1938. január 7-én tartott előadás.

ros szakmában dolgozó különböző orvosoknak és intézményeknek, hanem ezeknek és a gyakorlóorvosoknak, valamint a beutaló hatóságoknak, biztosító intézeteknek is a szoros együttműködése.

vitéz *Dániel Gábor dr.*
szanatóriumi főorvos

Újabb gyógyszerek az asthma bronchiale kezelésében.

Az allergiás betegségek, különösen pedig az asthma bronchiale gyógykezelésében oly sokféle gyógyeljárást alkalmaznak, hogy azok értékét tárgyilagosan megítélni szinte lehetetlen. A kórképek változatossága, a betegek egyéni különbségei, a kórlefolyásnak mondhatni rapszódikus volta igen szigorú kritikát tesz szükségessé. A különböző szerzők a legkülönbözőbb gyógyeljárásokat alkalmazták, több oldalról igyekeztek befolyásolni az asthma-rohamok sokszor félelmetes kórképét.

Az asthma bronchiale gyógykezelésében különbséget kell tennünk a roham lecsillapítása és a rohammentes időszak gyógyítása között. A meglévő roham esetén első dolgunk a roham előidézésében legfontosabb bronchus-görcs sürgős megszüntetése, ez elsősorban adrenalinnal és annak pótszereivel, továbbá más, az adrenalin hatását támogató szerek combinatiójával érhető el.

Máskép áll a helyzet a rohammentes időszak gyógykezelése és a rohamok megelőzése tekintetében. Ilyenkor a különböző allergen-kiiktatások, a specifikus és nem specifikus desensibilisáló eljárások mellett, az asthmás állapot többi kisérő tüneteit, a váladékpangást, a tüdőtágulást, a rossz vérkeringést, a másodlagos gyulladásos folyamatokat kell befolyásolni. Ezek a gyógymódok fontos szerepet töltenek be a mindenkor megkisérlendő desensibilisáló eljárások mellett. Az asthmás állapot gyógyítására különböző gyógyszercombinatiókat ajánlottak. A következőkben néhány újabban készült és általunk a gróf Apponyi poliklinika I. belosztályának nagy asthmabeteg-anyagán kipróbált gyógyszerkeverék hatását fogjuk ismertetni.

Megemlítjük a Richter gyár által Etopurin név alatt előállított gyógyszercombinatiót, ami Etovalnak (acidum butylaethylbarbituricum) és theophyllinnek keveréke, tablettánként 0.03 g. etoval és 0.10 g. theophyllin tartalommal. A szer egyesíti magában a barbitursavnak a központi idegrendszerre, a légzőcentrumra gyakorolt megnyugtató hatását a purin származékok központi értágító és általános keringési viszonyokat javító hatásával. A purin származékoknak a bronchialis asthma kezelésében kifejtett jótékony hatására annak idején *Hajós* hívta fel a figyelmet és különböző theophyllin combinatio alkalmazását ajánlotta. Súlyos asthmás állapotban és a nehéz légzés kezdetén adott 1—2 Etopurin tabletta már 15—20 perc mulva a legtöbb esetben csökkenti a nehézlégzést, megelőzi a rohamot és sokszor feleslegessé teszi az adrenalin befecskendezéseket. — Rohammentes időszakban, vagy enyhébb status asthmaticusban napi háromszor 1—2 tablettát adva, sokszor sikerült a rohamokat megelőznünk, illetőleg azok számát lényegesen csökkenteni. Az Etopurin belsőleg sem gyomorpanaszokat, sem egyéb kellemetlen melléktüneteket nem okozott.

Hasonló jó eredményeket láttunk az olasz Recordatiféle gyógyszervegyészeti laboratorium két gyógyszercombinatiójától, melyeket Canfidrol és Tefamin néven hoztak forgalomba.

A Canfidrol calciumnak, camphornak és ephedrinnek vizes oldata, ccm-ként 0.10 g. camphort, 0.013 g. calciumot és 0.005 g. ephedrinum hydrochloricumot tartalmaz. Forgalomba kerül peroralis alkalmazásra szolgáló oldatban és intramuscularisan alkalmazandó 1 és 5 ccm-es ampullákban. A camphornak vízben oldása felszívódását könnyebbé teszi és így hamarosan kifejti a vérkeringésre irányuló jólismert kedvező hatását, amit igen előnyösen támogat a calciumnak az izomelemek ingerlékenységét csökkentő és az ephedrinnek a sympathicus izgatása által eredményezett bronchusgörcsöt oldó hatása. A Canfidrolt az asthma legkülönbözőbb stadiumaiban kipróbáltuk és azt láttuk, hogy míg a kifejlett rohamot csak hosszabb idő — 20—30 perc — elteltével csökkenti, addig a rohammentes időszakban rendszeresen — naponta 5 ccm i. m. mennyiségben — adott Canfidrol a legtöbb betegen a rohamok számát és intensitását csökkentette, a váladékot hígabbá, az expectoratiót könnyebbé tette, a betegek közérzete néhány befecskendezés után lényegesen javult. Fenyegető roham esetén gyakran sikerült a rohamot megelőzni. — Kellemetlen melléktüneteket nem észleltünk.

A Tefamin theophyllinnek és aethylendiaminnak keveréke. Az aethyendiamin igen hatásosan támogatja benne a theophylinnek centralis értágító, diuretikus és általános keringési viszonyokat javító hatását, amiről hosszú ideig fennálló és a legkülönbözőbb gyógyeljárásokkal dacoló, végül is majdnem mindig cardialis decompensatióba átmenő asthma alakokban volt alkalmunk meggyőződést szerezni. A Tefamin úgy befecskendezés, mint tabletták és végbélkúpok alakjában igen hatásosnak bizonyult. A legcélszerűbbnek látszik naponta háromszor 1 tabletta, vagy 2 ccm i. m., vagy esténként 1 kúp alkalmazása rendszeresen. Ilymódon is sikerült sok esetben a rohamokat megelőzni, illetve ritkábbá tenni. Kifejlődött roham erősségét 1—2 tabletta Tefamin lényegesen csökkenti. A Tefamin tabletták bevétele gyomorpanaszokat, vagy egyéb kellemetlen melléktüneteket nem okozott.

Összefoglalva a mondottakat, arra a megállapításra jutunk, hogy az Etopurin, a Canfidrol és a Tefamin jó eredménnyel adható új gyógyszerek. Ezeket annál nagyobb örömmel kell venni a gyakorló orvosnak, mert jól tudjuk, hogy az asthma oly nagy különbségeket mutat és az egyes betegek a különböző gyógyszerekre eltérően reagálnak.

Falus Andor dr.
a Gr. Apponyi poliklinika kórházának orvosa.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 1. Toxin fehérjék (pl. omnadin) reinjicialása után léphetnek fel anaphylaxiás jelenségek?

2. Bismuth parenteralis alkalmazása tonsillitis follic.-nál nem segitheti-e elő esetleg a vese gyulladását (2 esetben praxisomban előfordult).

3. köteles-e az uradalom a gazdasági cseléd ápolási díját fizetni, aki a már szolgálatba lépte előtt fennálló hernia ingu-t minden sürgető ok nélkül, a gazdaság és annak orvosának tudta nélkül megoperáltatja.

Felelet: 1. Sem omnadin, sem polysan befecskendezés megismétlése után még senki sem észlelt anaphylaxiás jelenségeket. Tudtunkkal még diphtheria ellenes savi kényszerü megismétlése esetén is szelid a reactio, különösen óvatos desensibilisálás után.

2. Véleményünk szerint nem.

Említett 2 esetében a tonsillitis valószinüleg bismuth nélkül is létrehozta volna a vesegyulladást.

3. A gazdasági cselédnek 45 napi kórházi ápolási költségre a munkaadóval szemben joga van. Bár a szükségesség szempontjából ez ellen sokszor méltán emelhető kifogás, nem ajánljuk annak megtagadását, mert per esetén többnyire a kis embernek és nem a munkaadónak, — pláne uradalomnak van igaza. — *Sz.*

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Terhességi nyúlreactio (Friedman—Lapham-féle reactio) gyakorlati kivitele.

A terhesség korai felismerésének kérdésében óriási haladást jelentett a régebbi chemiai és egyéb eljárásokkal szemben az ú. n. biológiai reactio, amelynek alapját *Aschheim* és *Zondek* vizsgálatai vették meg. Ezek a vizsgálatok mutatták ki, hogy a hypophysis elülső lebenyének hormonja a megtermékenyítés után nagy mennyiségben termelődik és választódik ki a vérből a vesék útján a vizeletbe. Ha most az ilyen terhes vizelettel egeret, patkányt, vagy nyúlat beoltunk, úgy annak petefészkén a gonadotrop hormonra jellegzetes elváltozások jönnek létre. Míg azonban az egéren a reactio kifejlődéséhez kb. 100 óra szükséges, addig a házinyúlon ehhez már 48 óra elegendő. Az eljárás megbízhatósága mellett főleg ez utóbbi körülmény játszott nagy szerepet abban, hogy az egér- *(Aschheim-Zondek)* reactióval szemben a *Friedman* és *Lapham* által kidolgozott nyúlreactio annyira tért hódított, s mint laboratóriumi segédeszköz a kórisme felállításában nagy segítségünkre van.

A helyes eredmény elérésének azonban több feltétele van és csak ezek szigorú betartásával remélhetjük a való helyzet kiderítését. A feltételek vonatkoznak egyrészt az állatra, másrészt a vizeletre. Az állat szempontjából egyik legfontosabb követelmény, hogy ivarérett legyen, vagyis a petefészek a fejlődés olyan fokán álljon, amikor már érett tüszőket tartalmaz, de viszont ne legyen idős az állat, mert az idősebb vagy elhízott nyúlak nem reagálnak kellőképen. Ezért legjobb az olyan nőstény nyúl, amelynek súlya 1500—2000 gramm között van. További fontos követelmény, hogy az állat ne legyen terhes és hímtől legalább 3 hét óta elkülönítve tartassék. A párosodás ugyanis olyan elváltozást vált ki, mint a gonadotrop hormon, másrészt a petefészken a terhesség alatt létrejövő elváltozások (corpus luteum, stb.) zavart okozhatnak. A vizelet részéről legfontosabb követelmény, hogy ne legyen hormonszegény és ne legyen szennyezett, illetőleg bomlott. Ezért lehetőleg reggeli első vizeletet használunk s célszerű, ha a beteg első este kevés folyadékot fogyaszt. A vizelet concentratiója felől pontosabban tájékoztat bennünket a fajsúly, s a tapasztalat azt mutatja, hogy a fajsúly legalább 1010 legyen. Ennél alacsonyabb fajsúlyú vizelettel nem célszerű dolgozni. Rendes körülmények között nem célszerű a vizeletet csapolás útján venni, elegendő, ha a beteg szennyezésmentesen maga fogja azt fel. Csapolt vizeletet csak akkor használunk, ha vérzés, vagy erős folyás miatt a vizelet szennyezése el nem kerülhető, úgyszintén bírósági esetekben. Conserválás céljából nem adunk semmit a vizelethez, elegendő, ha jégszekrényben tartjuk. Kivételt képez az az eset, ha melegben, postán kell a vizeletet szállítani, amikor is 100 ccm. vizeletre 3 csepp trikresolt adunk. Befecskendezés előtt a vizeletet szűrőpapiron átszűrjük.

Az említett feltételek figyelembevételével a reactio technikai kivitelét a következőképen végezzük. A megszűrt és jégszekrényben eltartott vizeletet befecskendezés előtt testhőmérsékletre melegítjük fel, nehogy az állat shokban elpusztuljon. A befecskendezést a fülvisszérbe úgy végezzük, hogy a fül szélén, azzal párhuzamosan s attól kb. 1 cm-re futó visszeret xylolos vattával, vagy dörzsöléssel jól láthatóvá tesszük, amikor is a befecskendezés minden nagyobb nehézség nélkül történik. A befecskendezés lassan történjék, kb. 8 ccm-t adunk 1 perc alatt. Mi az eredeti leírástól eltérően, klinikánk volt tanársegéde, *Kováts* ajánlatára 48 óra leforgása alatt összesen 32—36 ccm vizeletet adunk 4, illetőleg 6 egyenlő részletben és időközben. (Naponként 2x8, illetőleg 3x6 ccm-t). Kisebb mennyiség, tehát napi háromszori befecskendezés akkor ajánlatos, ha a vizelet több genyet, vagy olyan anyagot tartalmaz, amellyel szemben az állat érzékenységet mutat.

Az eredmény leolvasása az első befecskendezéstől számítva 48 óra mulva történik, miután a fenti feltételek mellett ekkorra biztosan eldől a reactio sorsa úgy positiv, mint negativ irányban. *Negativ* esetben azt tapasztaljuk, hogy a petefészken lényegesebb elváltozás nem történik, tehát eredeti nagyságú, in toto nem duzzadt meg. Az egyes tüszők sem nagyobbodnak meg lényegesebben, vérzés bennük nem keletkezik, legfeljebb kisebb fokú vérbőség látható, amely azonban enyhe nyomásra elszintelenedik, ellentétben a vérzéssel. *Positiv* esetben ezzel szemben a petefészek in toto megduzzad, többé-kevésbbé vizenyős lesz, az egyes tüszők pedig megnagyobbodnak s e megnagyobbodott tüszőkben a nagyfokú vérbőség folytán vérzés következik be, amely a petefészeknek olyan jellegzetes külsőt kölcsönöz, mintha az gyufafejjel lenne megtüzdelve. Bár positiv esetben a nyul petefészkén szövettani felépítésének megfelelően a vázolt bevérzett tüszők állanak előtérben, találkozunk azonban néha corpus luteum képződéssel is. A friss corpus luteumra jellemző, hogy pontszerű csúcsban végződik, s érintésre vérzékenységet mutat. Csak corpus luteum képződés esetén a reactiót ismételjük meg. Azok számára, akik még kellő gyakorlattal nem rendelkeznek, legcélszerűbb, ha az állatot, leölik s így szemlélik meg mindkétoldalt a petefészkeket. Bizonyos gyakorlat mellett a leolvasás történhetik aether-altatásban végzett középső hasmetszés útján, amikoris az állat 4 hét mulva, negativ esetben esetleg már korábban használható. Nagyobb gyakorlat mellett — mivel a legkisebb beavatkozást jelenti az állat számára — legcélszerűbb oldalsó hasmetszésből megtekinteni a petefészket, kétes esetben azonban ne mulasszuk el a másik oldalt is megnézni. Egy nyul kétszer, legfeljebb — két negativ reactio után — háromszor használható.

Terhesség esetén positiv reactiót kapunk általában a kimaradt menstruatio után 8—10 nappal, sokszor azonban már előbb is. Positiv marad a reactio a magzat elhalása után is mindaddig, amíg a magzatbolyhokban, illetőleg lepényben élet van, s csak ezen functiójának megszünte után (kb. 8 nappal a magzat elhalása után) válik a reactio negativvá.

Azok az előnyök, amelyeket a nyulreactio jelent (időbeli nyereség, állatbeszerzés, az eredménynek szabad szemmel történő leolvasása, stb.) lehetővé teszik az eljárásnak szélesebb körben alkalmazását. A megbízhatóságot tekintve eredményeink az irodalmi adatokkal együtt azt mutatják, hogy a nyulreactio az egérreactióval a versenyt ezen a téren is felveszi. A helyes eredmény érdekében ne felejtsük egy pillanatra sem, hogy biologiai próbával állunk szemben, ezért a legkisebb kétely esetén ne habozzunk a reactiót megismételni.

Pataky László dr. tanársegéd,
a II. sz. női klinikán.

A vesegümőkór korai felismerése.

A vesének egyik leggyakoribb sebészi megbetegedése a vesegümőkór. Korai felismerése fontos úgy a hugyivarszervi rendszer, valamint az egész szervezet szempontjából. Teljes gyógyulás csak akkor remélhető, ha az idejében kórismézett gümőkóros vesét eltávolítjuk. Ma még ez az egyedüli biztos megoldás, mert a spontan gyógyulásnak a lehetősége olyan csekély, hogy gyakorlatilag nem vehető számításba.

A vesegümőkór — eltekintve az acut és subacut miliaris alakoktól, melyek csak részjelenségei a szervezet általános miliaris tbc-jének — sajtos, ulcerosus és cavernosus formákban jelentkezik a vesékben. Haematogen úton keletkezik, legtöbbször a szervezetben másutt fenálló gócból, sokszor azonban a fertőzés eredete ki nem mutatható. A vesegümőkórnak jellegzetes korai alakja a vese egyik papillaján és fornixában jelentkező góc, leginkább szétesö fekély, melynek felszinén bőven található Koch-bacillus.

A korai kórismézés azért nagy jelentőségű, mert a veséből a vizelettel a Koch bacillusok tovaszállíttatnak és megbetegítik a vesemedencét, ureter és magát a hólyagot is. A betegség hosszabb fennállása után pedig, ha nem történik idejében műtéti beavatkozás, előbb vagy utóbb igen nagy százalékban megbetegszik a másik oldali vese is, haematogen, lymphogen, vagy ascendáló úton.

Bár a vesegümőkór korai állapotában aránylag csekélyek a vese megbetegedésére utaló tünetek, még sem nehéz a felismerés, ha csak gondolnak rá. Már az anamnaesis rámutathat, ha a betegnek másutt a szervezetben már van, vagy volt specificus góca. Hasonlóképen az általános állapotra és közérzetre vonatkozó tünetek, mint amilyen a bágyadtság, testi leromlás, apró hőemelkedések, bizonytalan jellegű, enyhe, tompa egyoldali derektáji fájdalmak, ráirányíthatják a figyelmet a betegség természetére. Mindezek azonban nem bizonyítók és csak kiegészítő értékük van. A positiv korai tünetek a hugyivarszervek részéről fognak jelentkezni. — Az eseteknek mintegy 5—6%-ában figyelhető meg a már említett papillaris fekély következményeképen fellépő nagyfokú vérvizelés. Ez olyan méretű szokott lenni, hogy a beteg figyelmét nem kerüli el és tanácsért jelentkezik. Néha vesetáji görcs kiséri, ami alkalmat adhat kőkólikával összetévesztésre. A görcs az elvezető rendszer véralvadékos eltömeszelése által keletkezik. Általában szabály, hogy a kőrohammal ellentétben először jelentkezik a vérzés, azután jönnek a fájdalmak. A vizelet zavarossága, melyet a pyuria okoz, ritkán szokott feltünni a betegnek, különösen nem a kezdeti stadiumban, amikor az kisméretű. Ennél fontosabb a másik tünet, a rendesnél gyakoribb és fájdalmas vizelési ingerek, melyek az eseteknek 60—70 százalékában jelentkeznek korán és amelyek nemcsak nappal, hanem éjjel, ágynyugalomban is megvannak. Ez a tünet főleg akkor észlelhető, amikor a gümőkóros megbetegedés nemcsak a vesére, hanem descendálva az ureterre és az ureterszájkörüli hólyagfalra is kiterjed. Nemegyszer azonban teljesen ép hólyag mellett is megfigyelhető. Elhúzódó, kezeléssel szemben ellenálló, makacs hólyaghurut esetén mindig gyanus, hogy a látszólagos banalis idült hurut mögött más, elsősorban gümőkóros vesebetegség bújik meg. A derektáji fájdalom kevésbbé tartozik a korai és jellegzetes tünetek közé. Az eseteknek kb. 15%-ában fordul elő és inkább már akkor, amikor a folyamat a vese nagyobb részére, a vesetokra, ureterre is kiterjedt.

A kórisme felállítása a pontos vizsgálat, a Koch-bacillus kimutatása és a hugyivarszervi rendszer specialis urologiai vizsgálatai alapján történik. Gümőkóros vese esetében a legkezdetibb szakban is a vizeletben fehérje és geny mindig kimutatható. Legtöbbször csak nyomokban, sokszor azonban csak igen változó mértékben. Az esetek 85%-ában mikroskopikus haematuria is található. A Koch-bacillust a vizeletből gondos kezeléssel átlagosan 80%-ban sikerült kimutatni. Aseptikus pyuria mindig gyanus tbc-re. Az eseteknek egy jelentékeny hányadában vegyes fertőzés áll fenn és ilyenkor a Koch-bacillus keresésének a hiánya gyakran vezet téves kórismézhez és kezeléshez. Gyanus és kétes esetekben, ha a Koch-bacillus kimutatása a vizeletből nem sikerül, a táptalajon kitenyésztéshez, vagy ennek hiányában az állatoltáskoz kell folyamodni. A kitenyésztéshez 2—3 hét, állatoltás eredményének megítéléséhez 4—6 hét szükséges. Fel kell említeni, hogy a mai ismereteink alapján nem lehet biztonsággal tagadni egy tiszta Koch-bacilluria lehetőségét pyuria és minden kimutatható hugyszervi elváltozás nélkül, ez azonban egyrészt igen ritka, másrészt tüneteket nem okoz és igy a gyakorlat szempontjából csupán elméleti értékkel bir. Ahhoz, hogy vesegümőkórt biztosan kórismézhessünk, okvetlen szükséges a három cardinalis tünet jelenlétének, mint a pyuria, bacilluria és functio laesa kimutatása. Ezért a vizeletvizsgálatot speciális urologiai műszeres és röntgen-vizsgálatoknak kell kiegészíteni. Igy megállapítható lesz, hogy a gümőbacillus honnan, melyik oldali veséből származik. Az egyik ureterszáj körül elhelyezkedő jellegzetes gümőkóros, lobos terület már egymagában is utal azonoldali vese megbetegedésére. — Az ureter-kathetereken át külön-külön felfogott vizeletrészletekből pedig határozottsággal megtudható, hogy csak az egyik, vagy mindkét oldali vese beteg-e, hogy milyen fokú a vese pusztulása és hogy egyoldali folyamat esetén a szükséges nephrektomia után a másik vese tökéletesen fog-e működni? A folyamat pontos helymeghatározása fontos azért, mert a közös vizeletből nyert Koch-bacillus egy megbetegedett ondóhólyagból, vagy prostatából is származhat. Ezzel együttesen a folyamat kiterjedésének a megállapítása is a kórisme feladatai közé tartozik, mert nagy jelentősége van a kórjóslat szempontjából. A functio laesa a kezdeti szakban igen csekély lehet, sokszor ismételt vizsgálatra van szükség. A pyelographiás eljárások kiegészítésül szolgálnak, bár éppen a kezdeti vesegümőkórban sem a pyelum, sem pedig a parenchyma nagyobb alaki elváltozása nem várható, legfeljebb egyes papillák csucsán és a fornixokban figyelhető meg apró kirágottság, egyenetlen szegély és az ureter falának részben functionalis, részben már gyulladásos merevsége tünhetik szembe.

Az operált vesegümőkór későbbi eredményei függenek a korai helyes kórismétől. Minél kevésbbé terjed rá a betegség a veséről az elvezető rendszerre és minél érintetlenebb a másik oldali vese és a függelékes szervek (prostata, mellékhere, ondóhólyag), annál inkább várható, hogy a nephrektomia után a még fennálló következményes tünetek, mint a cystitis, pyuria, hamarosan elmulnak és a teljes gyógyulás bekövetkezik. Ez a teljes gyógyulás az összes esetek kb. 60%-ában érhető el és további 20%-ban pedig hosszú évekig tartó tünetmentesség és javulás. Az arányszámnak megjavulása elsősorban a korai kórismézéstől várható.

Noszkay Aurél dr.
OTBA. h. főorvos.

A gyomor röntgenologiai alakváltozásai, azok okai és jelentősége.

A gyomor röntgenvizsgálata alkalmával az első és egyik legfontosabb kérdés a gyomor alakjára és az abból levonható következtetésekre vonatkozik. A gyomor alakja számos tényezőtől függ (tonus, testalkat, a környező szervek, főleg a vastagbél fekvése stb.). Mivel a gyomor a kisgörbületen van felfüggesztve, melynek szélső pontjai a cardia és a pylorus, ezen szélső pontoknak egymáshoz való viszonya következtében a gyomor aszerint, hogy a két pont egymáshoz közelebb v. távolabb van, alkalmazkodásnak nagyon könnyen alá van vetve. Általában három féle normális gyomoralakot különböztetünk meg: 1. a *Rieder* által leirt kampóhoz, vagy horoghoz hasonlító gyomor; ez a normális és leggyakrabban előforduló typus. 2. A sovány, magas egyénekben található karcsú gyomor, amely az előbbinek kifejezettebb alakja. 3. A tülök-, vagy bikaszarvalakú gyomor. Ez ritkábban, főleg kövér egyénekben fordul elő. Első leirója után *Holzknecht* typusú gyomornak nevezik. Ezek a physiologiás gyomoralakok. Természetesen e typusok között átmenetek is vannak.

A kóros gyomoralakok részben utánozhatják az élettanit, de sokszor attól teljesen elütő képet mutatnak. *Holzknecht* typust utánzó gyomoralakok: 1. neurosisokban az egyébként más alakú gyomor tülökalakuvá válhat. Tülökalakuvá válhat a gyomor gastrospasmus esetén. A spasmus kiváltói lehetnek a hasüregben lefolyó betegségek (epe-, vagy vesekő), az idegrendszer megbetegségei, tabes (crise), hysteria, mérgezések, ide számíthatjuk a terhesek hyperemesisét is. Aerophagia alkalmával szintén létrejöhet tülökalakú gyomor. 2. A gyomor organikus megbetegedéseinek röntgenképei ugyancsak hasonlíthatnak a *Holzknecht* typushoz. Idetartozik elsősorban a carcinoma scirrhosum, ha főleg a gyomorzsákon és pyloruson helyezkedik el, magát a pylorusgyürüt azonban szabadon hagyja. Lueses elváltozások a gyomor falában hasonló képet mutathatnak, nemkülönben maró mérgezések utáni állapot is. Penetráló gyomorfekélyek, összenövések szintén okozói lehetnek a tülökalakhoz hasonló typusú gyomornak.

A *Rieder* gyomor alakja a különböző betegségek folytán sokféleképen megváltozhatik. Paraoesophagealis sérvek alkalmával a cardiális rész, a gyomorléghólyag deformált, szabálytalanná válik; hasonló a helyzet rekeszsérvek esetén is. Főleg a cardia, vagy incisura cardiaca körül, de a gyomor egyéb részein is előfodulhatnak kisebb területen fekvő tasakképződések, amelyek okozói vagy ulcushegesedések, vagy műtét utáni összenövések, esetleg epehólyaggyulladások. Ugyanígy találhatunk hasonló alakban megjelenő diverticulumokat is, amelyek lehetnek veleszületettek, v gyomorkörüli-adhesiók következtében létrejöttek

Az ulcusok többféle alakváltozást hozhatnak létre aszerint, hogy milyen stadiumban vannak. Az ulcus superficiale csak a nyálkahártyán okoz elváltozást, ezért a gyomor alakja körülirt helyi eltérést nem mutat, hanem gyakran vagy spontan, vagy nyomásra spasmus léphet fel, minek folyamán az ulcussal szembeni gyomorfalon behúzódás támad. Ulcus profundum, vagy callosum esetén a gyomornak a fala annyira kimaródott, hogy látható kis kiöblösödése keletkezik, melybe a sugárfogóanyag behatol s azt kitölti. (Ulcus-fészek.) Ha a gyomor a szomszéd szervekhez nőtt és a fekély a gyomor falát teljesen átmarva a máj, lép, pankreas, vagy más szomszédos szervbe jutott, előttünk van az ulcus penetrans képe. Ilyenkor vagy azt látjuk, hogy az ulcus fészek keskeny szára végén szélesebb telődés képződik, vagy, ha az összekötő szárban nem maradt sugárfogóanyag, az „ulcus-depot" különálló folt alakjában látszik a gyomorkontur mellett.

A gyomordaganatok főleg a rák, igen különféle gyomoralakot hozhatnak létre. Scirrhus esetén a gyomor felső része tágabb, lefelé elkeskenyedik és a pylorus tájon beszűkül. Ha a scirrhus csak a kisgörbületen foglal helyet, akkor az zsugorodik, megrövidül, mig a nagygörbület hossza meglévén, hullámos lesz. Egész kezdeti stadiumban a scirrhus csak körülirt falmerevséget okoz, amit a hiányos, vagy teljesen kimaradó peristalticából vehetünk észre. A carcinoma medullare okozta alakváltozás igen sokféle aszerint, hogy a daganat hol helyezkedik el és mekkora területet foglal el. A gyomor ürterébe hatoló daganat helyét sugárfogóanyag nem tölti ki, miért is azon a helyen árnyékhiány, árnyékkiesés képződik, amelynek nagysága a daganat nagysága szerint változó. Néha előfordul, hogy egy egész gyomorrészlet árnyéka hiányzik, pl. nem látható vagy az antrum, vagy a pylorikus rész. Az árnyékkiesés széle zegzúgos, egyenetlen; az árnyékhiányban kimaródások és kisebb-nagyobb szabálytalan nyulványok láthatók. Ahol a daganattömeg között a még megmaradt gyomorlumenen keresztül a sugárfogóanyag tovahalad, ott az árnyékkiesés közepette alagutszerűen az ú. n. carcinoma csap árnyéka észlelhető.

Különleges alak az u. n. cascade-gyomor. Létrejöhet extra- és intraventricularis okokból. Élettani a cascade képződés, ha a gyomor hátsó falát a vese felső polusa előre és felfelé emeli. Mint extraventricularis tényezők cascade gyomrot hozhatnak létre még: puffadt belek, nyomást okozó daganatok, gyomor körüli adhaesiós kötegek, vagy hegesedések, melyek a gyomor valamelyik falát emelik. Az intraventriculáris tényezők közül megemlítendők a gyomorban, vagy duodenumban levő fekélyek, amelyek functionális vagy spastikus cascade-képződés kiváltói lehetnek. A gyomor körkörös izomzatának spastikus összehúzódása szintén okozhat cascadealakot. Végül cascade alakhoz vezethetnek főleg a gyomor felső részében elhelyezkedő carcinomák, amelyek a gyomor alakját kisebb-nagyobb árnyékkiesésekkel megváltoztathatják.

Homokóra alakuvá (ventriculus bilocularis) válhatik a gyomor különböző okok folytán. A homokóra-alak foka igen változatos lehet még pedig a gyomor egyik falának keztyüujjszerű behúzódásától egész a körkörös megszűkülésig. Ilyenkor a gyomor olyan alakot mutat, mintha két tölcsért az elvékonyodó részével egymásra tettünk volna. A homokóra gyomor lehet 1. spastikus, melynek kiváltói gyomorfekélyek, extraventricularis megbetegedések (ulcus doudeni, epekő, neurosisok, idegrendszeri betegségek, tabes); 2. organikus, amelyet hegesedések okoznak. A heg származhatik akár ulcus, akár valamely gyomorműtét (pl. polyp-kiirtás) gyógyulása folytán; 3. homokóraalakot hozhatnak létre végül a daganatok, főleg a carcinoma, akár scirrhotikus, akár medullaris formája. Gyomorlues, a gyomorfal beszűrődéssel járó betegségei, a tuberculosis, az aktinomykosis, a lymphogranulomatosis, a linitis plastica szintén homokóraalakhoz vezethetnek. Néha extraventricularis tumorok (vesetumor), vagy a colon erős gázzal teltsége szintén kiváltói lehetnek szinleges homokóra alaknak. — Megkülönböztetésük a valódi homokóragyomortól könnyű. A gyomornak kézzel (distinstorral) félretolásakor a homokóra alak megszünik. Azonkívül conturjuk sem szaggatott, éles szögletbetöréseket képező, hanem sima és ivelten lefutó.

Végül a gyomoralak megváltozásában igen nagy szerepet játszanak a gyomron végrehajtott műtétek, mint gastrostomia, gastroenteroanastomosis, gastro- és pyloroplastica és resectio. Ezen műtétek képei igen változatosak és kellőképen csak a lefolyt műtét ismerete után értékelhetők.

Ehmann Jenő dr.
röntgen-szakorvos.

Transfusio az otogen sepsis kezelésében.

Míg a vérátömlesztést régebben csaknem kizárólag súlyos vérveszteség esetén a vér pótlására alkalmazták, addig az utolsó évtizedben javallata jelentősen bővült és kevés ága van a gyógyító orvostudománynak, ahol ne végezték volna több kevesebb sikerrel.

Klinikánk nagy transfusiós anyagának jó eredményeit látva mi is számos ízben alkalmaztunk transfusiót, részben otogen, részben tonsillogen, vagy dentalis eredetű sepsis eseteiben.

Az alábbiakban röviden az esetek közül kiragadva két otogen sepsis transfusióval kezelt és gyógyított esetéről kívánok beszámolni, reámutatva a technika néhány fontos alapelvére.

Első esetünk 38 éves férfibeteg, kinek idült atticalis genyedéséhez sinus folyamat társult, úgy hogy radicalis műtét után egy héttel a szokott módon a sinust a vena jugularis interna lekötésével és a transversus leszorításával kiiktattuk. Néhány napi láztalan állapot után újra septikus láz jelentkezett hidegrázás nélkül. Ambesid kura eredménytelen, a vérkultura ismételten staphylococcus pyogenes albust mutatott, igen bőséges tenyészetben. Két heti sikertelen chemotherapiás kezelés után a beteg 200 ccm. transfusiót kap. A hatás meglepő, az eddig naponként 29. C°-on felüli hőmérsék maximum a transfusió napján csupán 37.5, következő napokban kevés subfebrilitás, majd pedig a beteg láztalan. Háromnaponként négy ízben ismételjük meg a transfusiót, amikor is a beteg 150—150 ccm vért kap direct úton. A beteg közérzete napról-napra jobb, két transfusió után a vérkultura negativ, s két hét uán gyógyultan hagyja el a klinikát.

Másik betegünk 14 éves leánygyermek, kin influenza kapcsán baloldali arcüreg- és középfülgyulladás lép fel, amely a nyolcadik napon a beteg súlyos általános és helyi tünetei miatt műtétet igényel. Endonasalis arcüregmegnyitást végzünk *Lothrop* szerint és antrotomiát, amely hatalmas beolvadást mutat a csecsnyulványba. A műtét után a beteg lassan láztalan lesz, közérzete rossz és az ötödik naptól kezdve a trepanatiós seb erősen vérzik, úgy a lágyrészekből, mint a sebüregből. Naponként 2—3 kötés ázik át, sem nyomókötés, sem edzőszerek, sem pedig calcium adagolása nem segít. Vvs.: 1 800.000-re esik, a vérből és fülből pneumococcus tenyészik ki. A beteg 150 ccm transfusiót kap. A vérzés órák alatt megszünt, az eddig astheniás sarjak feltisztultak, közérzete teljesen jó, három nap mulva vérkultura negativ.

Naegelinek a transfusióról írt, ez évben megjelent monographiája is hangsúlyozza azt, *Kalius* állatkisérletei alapján, hogy sepsisben transfusióval — főleg a technika helyes megválasztásával — érhető el jó eredmény. Ellenzi a súlyos septikus esetekben a nagymennyiségű 400—500 ccm-es transfusiót. Ehhez tapasztalataink alapján magunk részéről hozzátehetjük azt, hogy a két-három naponként adott kisebb mennyiség 100—200 ccm. nem veszi túlságosan igénybe a szervezetet és az amúgy is erősen izgalomban lévő reticuloendothelialis apparatust nem meríti ki. Egy súlyos dentalis sepsises betegünk húszszor kapott 100—120 ccm vért és a súlyos streptococcus sepsis tisztán erre a kezelésre gyógyult.

Eseteinkben a fractionált (direct) adagolási mód vált be jól és azt ajánlhatjuk a kartársak figyelmébe.

Szende Béla dr.
klinikai tanársegéd.

Kiadványainkat olcsón kapják meg előfizetőink az összeg előzetes beküldése után. *Soós Aladár:* Étrendi előírások III. kiadás, 5 P helyett 4 P; *Horváth Boldizsár:* A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra 5 P; *Kunszt János:* A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal, 6.50 P helyett 5.50 P. Vászonba 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 füleredetü agytályogok kór- és gyógytana 4 P. — A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 1. 12 éves leánygyermek magassága 172 cm., utóbbi időben fokozott mértékben nő. 9 éves kora óta menstruál, sovány. Mivel édesapja is 190 cm magas, a kislány magas növését functionalis adottságnak tekintem. Szülei azonban érthetőleg további ily arányú növekedés esetén — majdani férjhezmenési esélyeit is veszélyeztetve látván — azt megakadályozni szeretnék.

2. 11 éves leánygyermek kórosan kövér, igen nagyétvágyú, állandóan két felnőtt adagját fogyasztja. Soványító diaeta beállitással, részleges koplaltatással — talán az édesanya „jószíve" miatt — célt nem értem. Intézeti felvételbe nem akarnak beleegyezni.

Tisztelettel kérdem, hogy a siker reményében fenti esetekben *a hormontherapiának mely eszközeit lehetne igénybevenni a „nil nocere" elvének szemmeltartása mellett.*

Felelet: Részletes klinikai vizsgálat nélkül egyik betegére vonatkozóan sem tudunk tanácsot adni.

Az első esetben familiáris óriásnövésen kívül gondolnunk kell még fiatalkori akromegaliára is, amelyben rendesen az ivarérés is korábban támad és az akromegaliás tünetek csak akkor jelentkeznek, ha a növekedési hormon fokozottabb termelése az epiphysis porcok elcsontosodása után is tovább tart. Mivel az akromegaliát a hypophysis eosinophilsejtes daganata okozza, minden gyanus esetben keresnünk kell a hypophysis daganat tüneteit (sella alakbeli, vagy nagyságbeli eltérése, eltérés a látóideg részéről.) Továbbá a kóros növekedésen kívül gyakran támadnak az anyagcserében más jellemző elváltozások és ezért szükséges az alapanyagcsere, szénhydratforgalom, stb. vizsgálata is.

A második esetben sem dönthető el klinikai vizsgálat nélkül, hogy a kóros elhízás melyik belső secretiós mirigy megbetegedésével függhet elsősorban össze. Ha a hossznövekedésben is elmaradt és az elhízás a mellen, a hason, csípőkön a legkifejezettebb, dystrophia adiposogenitalisra kell gondolni. Ezt igen különböző kóros folyamat okozhatja, vagy magában a hypophysisben, vagy annak környékén és a kezelés is ennek megfelelően esetenként más- és más. Ha az elhízás az arcon, nyakon és törzsön a legszembetünőbb, a végtagok viszonylagos soványsága mellett, szóbajöhet a hypophysis basophilsejtes adenomája, vagy mellékvesekéreg daganat. Mindkét betegségben az elhízáson kívül sok jellemző más tünet is észlelhető (sexualis koraérés, masculinisatio nőkön, hypertensio, polyglobulia, osteoporosis, atrophiás striák a hason és csípőkön, stb.) és ezeknek, vagy egy részüknek jelenléte az elhízás mellett biztosithatja a kórjelzést.

Margittay-Becht Endre dr.

Három kérdés és felelet:

1. Gümőkóros tehéntől származó vaj tartalmazhat-e nyers állapotban élvezve azt — gümőbacillust?

A kérdéses esetben a vaj tartalmazhat tuberculosis bacillust.

2. A köpülés, illetve a centrifugáláskor a tejben, illetve a tejszinben jelenlévő gümőbacillusok a vajba, vagy az íróba kerülnek-e?

Tuberculosisbacillust tartalmazó tejből származó tejszinben, tejben, íróban, savóban és a centrifugált üledékben egyaránt lehet tuberculosis bacillus.

3. Egyáltalában a gümőkóros fertőzés veszélye nélkül élvezhető-e gümőkóros tehéntől származó vaj?

Erre a kérdésre vonatkozólag a Földmivelésügyi Minisztérium 100.000—1932. számú rendelete ad feleletet. Tőgygümőkóros, vagy tőgygümőkórra gyanus állat tejét emberi fogyasztásra felhasználni, értékesíteni, vagy forgalomba hozni tilos. Ilyen állat tejét állatok etetésére csak felforralt állapotban szabad felhasználni. Egyéb szervek nyilt gümőkórjában szenvedő, vagy nyilt gümőkórra gyanus állatok teje mind emberi fogyasztásra, mind állatok etetésére csak forralt állapotban használható fel, illetőleg hozható forgalomba.

A németországi rendelkezések még szigorúbbak. Ezek szerint tüdő-, tőgy-, méh- és béltuberculosisban szenvedő állatok teje, vagy ilyen megbetegedésben nagy valószínüséggel szenvedő állatok teje nem hozható forgalomba. Egyéb szervek gümőkórjában szenvedő, vagy tőgygümőkórra gyanus állatok tejét pedig csak felforralt állapotban szabad forgalomba hozni. Ugyanez vonatkozik természetesen az ilyen tejből készült tejtermékekre is.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Amyloidosis.

Amyloid elfajulás alatt a szövetek és szervek olyan elváltozását értjük, amelyben egy különös fehérjenemű anyag rakódik le. *Virchow* ezen anyagot amylumszerűnek tartotta, innen maradt meg ez az elnevezés. Az amyloidosist az albuminosus vagy hyalin elfajulás csoportjába osztják be. Az albuminoid anyag nitrogen tartalmú test. Chondroitin kénsav is van benne, amely a fehérjetartalmú amyloid testecskékkel valószínűleg esterszerű kapcsolatban van. Az amyloid methylviolett reactiója valószínűleg a chondroitin kénsav jelenlététől függ.

Idiopathikusan fellépő és másodlagosan többnyire generalisált alakot különböztetnek meg. A másodlagos amyloid számos bántalom által legyengült szervezetben rakódik le, többnyire idült fertőző betegségek és genyedéses folyamatok kapcsán. Leggyakoribb a gümőkóros megbetegedésekben, tüdő- és bélgümőkór, hörgtágulatok, tüdőtályog miatt. Idült izületi genyedés, caries, mindenféle idült genyedések, genyes osteomyelitis, go-val kapcsolatos genyedések, varicosus alszárfekélyek, lues, súlyos izületi lobok és malaria a szervezet elgyengülése folytán az amyloidosis keletkezését szintén elősegítik. Az amyloidosis általában mindazon bántalmak folyamán kifejlődhet, amelyek kachexiához vezetnek. Ilyenek pl. a daganatok is. — Főleg méh- és emlőrák, általános sarkomatosis és hypernephroma hajlanak az amyloidosisra; utóbbiak valószínűleg a bennük lefolyó nagyfokú nuclein szétesés miatt. Amyloidosist myxoedema és multiplex myelomákkal kapcsolatosan is észleltek. Veselob, kimerítő hasmenések, (pl. hasi hagymáz, vagy vérhas után), leukaemia, pseudo-leukaemia, súlyos rachitis, toxikus folyamatok, továbbá pyonephrosis, vakbéllob, mint genygócok, mind kiválthatják ezen betegséget. Még újszülötteken is észlelték röviddel a születés után hereditaer lues miatt. Az amyloidosis heveny betegségek kapcsán is keletkezhet. Pl.: tüdőgyulladásban elhalt egyén boncolása alkalmával már kiterjedt lépamyloidosist találtak. Typhus, valamint genyes colitis után is kifejlődhet. Általában azt tartották, hogy az amyloidosis bakterialis anyagok hosszantartó behatása alatt keletkezik és a plasmaproteinek balratolódásával jár. Ugyanis a vér összfehérjemennyisége megfogy, különösen az albuminoké, míg a globulinok megszaporodnak. *Frank* eredetileg amyloidosisban specfikus reactiót látott, amely a Koch bacillusok elsőleges vagy másodlagos fertőzésének következménye volna. Az amyloidosis azonban számos más ártalomban is keletkezik, amely bakteriumfertőzéssel nem hozható összefüggésbe, ha emiatt a szervezet állapota annyira legyengült, hogy ezen anyag lerakódására alkalmassá válik.

Az amyloid különösen a lépet, a májat, a veséket, a mellékveséket, az endocardiumot a gyomor- és a bélnyálkahártyáját, a csepleszt és a nyirokmirigyeket támadja meg. A nagyerek intimáján és a légutak nyálkahártyáján, valamint az emésztőcsatorna felső részében a lerakódás többnyire kisebbfokú. Az egyes szervekben az elfajulás foka különböző lehet.

Klinikailag amyloidosisra akkor gondolhatunk, ha gümőkór, lues, idült genyedések, stb. mellett fokozódó kachexia és vérszegénység mutatkozik, a bőr halavány sárgává válik és a nyálkahártyák nagyfokú vérszegénységet mutatnak. A máj és a lép tetemesen megnagyobbodik és a vizeletben nagymennyiségű fehérje jelenik meg. Ez azonban nincs mindig így, mert néha a fehérje hiányzik. A fehérje megjelenése a vesehámsejtek degenerativ folyamataival függ össze, mert az amyloidosis azon alakjaiban, amelyekben az epithel ép, a vizelet fehérjementes. Amyloidosisban számos esetben a veseelváltozások nephrosis alakjában a glomerulus capillarisok kiterjedt amyloid degeneratiójával uralják a képet, ami miatt kisebbnagyobbfokú vizenyő mutatkozik. Főleg az alsó végtagok, arc és deréktáják bőre püffedt; gyakori az ascites és a hydrothorax is. A vizelet mennyisége kezdetben csekély, később megszaporodik, a polyuria ellenére azonban a vizenyő nem csökken. A szív nincs megnagyobbodva, hacsak a gyengeségi tünetek miatt nem tágul ki és a vérnyomás sem fokozott. Maga az amyloidosis lázzal nem jár. A vizelet fehérjemennyisége különböző, kezdetben csekély, később azonban, mihelyt a nephrosisos állapot kifejlődik, tetemes mennyiségű lehet. A vizelet fajsúlya eleinte magas, később, ha a functionalis elváltozások beállanak és a vesék concentrálóképessége csökken, alacsonyabb lesz. Az üledékben leukocyták, hyalin-, szemcsés- és viaszkos cylinderek találhatók, a vörösvérsejtek azonban hiányoznak, vagy csak egy kettő fordul elő a látótérben. Az amyloidosisra jellegzetes kettősen fénytörő anyagok nem jelennek meg szabályszerűen a vizeletben. Az amyloidosis korai szakában az ammonia-képződés megtartott, sőt — miként nephrosisokban — kiválasztása fokozott is lehet.

Különbséget tesznek a nephrosisnak amyloidosissal complicatiója és az amyloid glomerulo-nephrosisok között. Az első alakban a nephrosisok mellett a vesék működése elég jó, mert az erek, illetve kacsok amyloid elfajulása nem olyan nagyfokú, hogy emiatt a glomerulusoknak vérrel ellátása lényegesen zavart volna. Amyloid nephrosist, vagy amyloid glomerulonephrosist akkor állapítanak meg, ha a nagyobbfokú amyloidbeszürődés a glomerulusok vérellátását annyira megzavarja, hogy emiatt veseelégtelenségi tünetek jelentkeznek. Nagyobbfokú amyloidosis akkor gyanítható, ha a veseműködés zavara megállapítható, a concentrálási képesség beszükülése által, megnagyobbodott lép és máj mellett. A veseamyloidosis subacut, subchronikusan és idülten folyik le. A subacut alak gyorsan zajlik le és hetek, vagy hónapok alatt halálos veseelégtelenséghez vezethet. Azelőtt a veseelégtelenséget az amyloidosisnak nagyfokú vesezsugorodással járó alakjaiban észlelték. Újabb észleletek szerint azonban a nagyfokú és gyorsan kifejlődő amyloidosis esetén még lényegesen megnagyobbodott vesék mellett is kifejlődhet a veseelégtelenség. Az egész idült lefolyású alakban a vérellátás zavara miatt a vérnyomás is emelkedhet, ami a gyorsan lefolyó amyloid nephrosisokban a dyscrasiás állapot miatt hiányozhat.

Az amyloidosis kórjelzésére a Bennhold-féle reactio is felhasználható. A reactio lényege, hogy amíg normalis esetekben 15 ccm ¾%-os kongóvörös befecskendezés után az oldatnak átlag 20%-a 4—30 perc mulva tünik el a vérből, addig súlyos amyloidosisban a festékoldat onnan sokkal hamarább távozik. A plasma elszintelenedése 40—100%-ban fordul elő, anélkül, hogy a festékanyag a vizeletben megjelenne. *Bennhold* a reactiót úgy magyarázza, hogy az amyloidanyag az élőben is specifikusan megköti a kongóvöröst. A festékanyag gyors eltünése a vérből a vér fehérje eltolódásával függ össze.

Amyloid glomerulonephrosisban —, ha a lefolyás nem subacut, — a tüneti kezeléssel kedvező eredmény érhető

el. Meg kell állapítani a betegség okát és az alapbaj intensiven kezelendő, pl., ha annak oka eldugott genygócokban található meg, (tüdőtályog, hörgtágulat, vakbéllob, stb.) azok eltávolítása után az amyloidosis is lényegesen javulhat. Minden bizonytalan aetiologiájú esetben lues után kell kutatni és az erélyesen kezelendő. Veseamyloidosisban a fehérjebevitel csak akkor szorítandó meg, ha a RN mennyisége a vérben emelkedett és a vizelet concentrálási képessége csökkent. Az amyloidosissal kapcsolatos vesebaj kezelése általában alárendelt szereppel bír, kivéve, ha a veseelégtelenség tünetei mutatkoznak.

A máj amyloid elfajulásában e szerv jelentékenyen megnagyobbodott és deszkakemény. A máj alakja nem változik meg. Hiányzik az epepangás és a sárgaság. Az epeképződés sokszor csökkent, mert a széklet és a vizelet urobilintartalma megfogyott. E szerv amyloidosisában is, ha a beszűrődés kisebbfokú volt, az visszafejlődhet, ha az alapbajt sikerül meggyógyítani. Bélamyloidosisra akkor gyanakszunk, ha az amyloid kifejlődésére alapot szolgáltató bántalom, kachexia, nagy máj és lép mellett a beteg profus hasmenésekben is szenved.

Az amyloid megbetegedés tartama az esetek többségében nem állapítható meg, mert az elváltozások kezdetét sem lehet a klinikai megfigyelések alapján megállapítani. többnyire évekig eltarthat, amikoris javulások és rosszabbodások egymással váltakozhatnak. Prognosisa általában kedvezőtlen.

Torday Árpád dr.
egyet. c. rk. tanár.

Mit kell tennünk, ha hiányos a lepény?

A lepény távozása után mindenekelőtt meg kell állapítanunk azt, hogy nem hiányos-e az? Ennek eldöntésére számos eljárást ajánlottak. Ilyen a Scherback-féle eljárás, mely szerint a lepényt forró vízzel öntjük le: az ép részek gyorsan elszíneződnek, a hiányosak nem. A Küstner-féle tejpróba abban áll, hogy a vena umbulicalis felől tejet fecskendezünk a placentába, a hiányos részeken a tej megjelenik. *Franken* a víz alá helyezett lepénynek levegővel feltöltését ajánlotta: a hiányos részeken a levegő buborékok alakjában távozik. *Sachs* szerint az ilyen módon feltöltött lepény folyadékban vízszintesen helyezkedik el, míg a sérült ferdén, vagy függőlegesen, mégpedig úgy, hogy a sérült rész mindig alul marad.

Ezek az eljárások azonban tulajdonképen nem alkalmasak annak az eldöntésére, hogy hiányos-e a lepény, vagy sem, csak azt állapíthatjuk meg velük, hogy sérült-e a lepényt. Azt, hogy a lepény ép-e, vagy nem, legfőképen a lepény megtekintéséből kell megítélnünk. Megtekintéssel kell eldöntenünk azt is, hogy nem hiányzik-e járulékos lepény. Ha a burkokon szabadon futó eret látunk, amely nem tér vissza a főlepényhez és nem is járulékos lepényben, hanem szabadon végződik, úgy az azt jelenti, hogy járulékos lepény maradt vissza.

Valamely lepényrész visszamaradása a vérzés, fertőzés és rögösödés veszélyével jár. A visszamaradt lepényrész localisan akadályozza a méhizomzat összehúzódását. A tapadás helyén és annak közvetlen környékén tökéletlen a retractiv izomrosteltolódás, az ércompressio és ennek következtében vérzés áll fenn. Ez a vérzés rögösödéssel csillapodik és a rögösödés a venás rendszerben tovaterjedhet. A visszamaradt lepényrész és az ebből keletkező placentaris polypus a legjobb táptalaja a bakteriumoknak és biztos útja a fertőzésnek. A placentaris polypusok leválása ezenfelül a késői gyermekágyban súlyos vérzéseket is okozhat.

Ezért, ha hiányos a lepény, a méhürt ki kell tapintani, a még tapadó lepényrészt le kell választani és eltávolítani. Ugyanez a teendő már akkor is, ha csak kételyeink vannak a lepény épsége felől. Nem elégséges azonban ilyenkor a méhürbe tapintás, hanem a méh egész belfelületét ki kell tapintani. Ne befolyásoljon bennünket, hogy van-e vérzés, vagy nincs.

A lepényrészek visszamaradásának leggyakoribb oka az orvos, vagy a bába türelmetlensége, a helytelen módon és időben alkalmazott expressio és csak ritkábban fejlődési rendellenességek, az egyes cotyledók adhaerens vagy accret volta. — A lepényt csak akkor exprimáljuk, ha az már levált és a méh contractióban van.

A méhür kitapintásakor két körülményre kell a legnagyobb gondot fordítanunk: a sterilitás megőrzésére és a visszamaradt lepényrészek teljes eltávolítására. Ha megfelelő segédlet és műszer áll rendelkezésünkre, akkor a kitapintást úgy kell végezni, hogy kellő feltárás mellett a portiót golyófogóval, vagy lapos Museux-vel a szeméremrésbe húzzuk és szemünk ellenőrzése mellett, a hüvellyel érintkezést elkerülve, hatolunk fel. Ha segéd nem áll rendelkezésünkre, úgy egyik kezünkkel fogjuk át a fundust és úgy nyomjuk le a méhszájat a szeméremrésbe. Ez röviddel a szülés után majdnem mindig sikerül. A kitapintást mindig egész kézzel végezzük, még pedig azzal a kezünkkel, amellyel gyakorlat, vagy megszokás révén jobban tudunk tapintani. Egy vagy két újjal a frissen szült méhet nem lehet kitapintani. Ha találtunk és elválasztottunk is egy cotyledot, akkor is ki kell tapintani a méhür többi részét is. Csak akkor huzzuk ki kezünket a méhürből, ha azt teljesen áttapintottuk és biztosak vagyunk, hogy több tapadó lágyrész nincs benne.

Arra a kérdésre, hogy használjunk-e gummikeztyűt, vagy nem, azt kell válaszolnom, hogy olyan rövid ideig tartó műtéti beavatkozásnál, mint a lepény- vagy lepényrészleválasztás, keztyű nélkül is meg lehet a sterilitást tartani. Ennek a hangoztatását azért tartom fontosnak, mert a gyakorló orvosnak nem is áll legtöbbször steril gummikeztyű rendelkezésére és az olyan orvos, aki a gummikeztyűvel dolgozást nem szokta meg, keztyűben nem tud olyan jól tapintani, mint keztyű nélkül. De még gyakorlott kéz is jobban meg tudja különböztetni a puha méhtestet és lepényrészt, ha nincs rajta keztyű.

Ha folyó vízben szappannal, kefével és utána chlorog n oldatban megmosakodunk, ez elegendő. A kéznek jódtincturával bekenését nem tartom helyesnek, mert csorzi a bőrt és rontja a tapintást.

A visszamaradt lepényrészek eltávolítása után a méhürt tiszta hideg vízzel vagy alkohol-viz keverékkel öblítsük ki. Az öblítést mindig visszafolyó csővel ellátott műszerrel végezzük. Az öblítőcső bevezetésekor vigyázzunk, hogy az a hüvelyt ne érintse. A felvezetést, — ha a méhszájat nem tudjuk a szeméremrésbe lenyomni — kezünk védelme mellett végezzük, de kezünkkel csak a külső méhszájig menjünk fel. Minden cotyledoleválasztás után 3—4 napon keresztül adjunk chinint és ergotint.

A cotyledoleválasztás és a méhür kitapintása fertőzés szempontjából semmivel sem kisebb beavatkozás, mint a manualis lepényleválasztás. A fenti elvek szem előtt tartásával azonban a legjobb eredményeket lehet elérni. Az Apponyi-poliklinika szülészeti osztályának 6 éves anyagában 32 esetben végeztünk manualis lepény- és lepényrészleválasztást szülés után, ami az esetek 1.6%-ának felel meg. A 32 esetből egy 2 és egy 3 napon át lázas volt, de egyetlen szülőnőt sem veszítettünk el és egyetlen komoly gyermekágyi megbetegedésünk sem volt.

Róna Andor dr.
poliklinikai assistens.

Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből.

Sérvek baleseti eredetének elbírálása.

I. M. L. Gazdasági cseléd munkaadója a kórházi költségek megtérítését kéri azon a címen, hogy alkalmazottját 1935 november 21-én gazdasági munka közben egy ló lágyékon rugta s ebből kifolyólag lágyéksérvet kapott, amit a b...-i kórházban megoperáltak. A balesetnek szemtanui nem voltak és a munkaadó is csak a „sérült" előadásából értesült róla. Az első segélyt nyujtó orvos jelenti, hogy M. L. nov. 22-én, tehát az állítólagos baleset utáni napon jelentkezett nála, amikor is baloldali kizárt lágyéksérvet talált, de *külsérelmi nyomokat nem észlelt*. A kórház arról értesít, hogy a nevezettet lágyéksérvének műtéte után, gyógyultan hazabocsátották. Kizáródásról a kórházi jelentés nem tesz említést, de előadja, hogy műtét alkalmával a pár nap előtt történt balesetet „kétséget kizárólag" meg lehetett állapítani, miután „a sérvtömlő falához a cseplesz egy része oda volt nőve, a sérvtömlő fala erősen lobos volt s a cseplesz lenőtt részében egy mogyorónyi, friss vérzés volt található"

Az Orsz. Gazdasági Munkáspénztár az igényt elutasította, miután a fenti adatok a sérv baleseti eredetét nem igazolják. Maga a baleset megtörténte sincs bizonyítva, de a műtéti lelet sem bizonyító erejű, mert az ott említett vérzés lehetett az esetleges repositio alkalmával történt sérülés következménye is, a cseplesz lenövése pedig nem a baleset mellett, hanem ellenkezőleg a traumás eredet ellen szól.

Az Országos Közegészségügyi Tanács ez ügyben a következő felülvéleményt adta:

A baleseti iratokból biztosan csak annyi állapítható meg, hogy M. L. baloldali lágyéksérvben szenvedett, amit a b...-i kórházban megoperáltak. Az első kezelő orvos *kizárt* sérv diagnosisát a kórházi jelentés nem erősítette meg, de ez az eset elbírálása szempontjából nem is lényeges, miután a sérült csak az állítólagos baleset után hosszabb idővel és már nyilván szabad lágyéksérvvel került a kórházba, tehát a műtét nem volt sürgősen szükséges. A Tanács ellentétben a kórházi jelentéssel, a sérv baleseti eredetét nem látja kétségtelenül bizonyítottnak, mert az, hogy a műtét alkalmával cseplesz lenövést, a sérvtömlő falában lobosodást és a cseplesz lenőtt részében mogyorónyi friss vérzést találtak, még nem bizonyítja azt, hogy a sérv baleseti úton jött létre, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy a fennforgó esetben a baleseti sérvek összes egyéb kritériumai hiányoznak. Ha a sérv tényleg a kérdéses baleseti trauma, tehát lórúgás folytán keletkezett volna, akkor: 1. az a kezelő orvos, aki a sérültet már a baleset utáni napon látta, okvetlenül talált volna rajta külsérelmi nyomokat, holott jelentésében kifejezetten megállapítja, hogy ilyenek észlelhetők nem voltak; 2. műtét alkalmával nemcsak a csepleszben, kis körülírt helyen, de egyebütt is, nevezetesen a bőralatti kötőszövetben, izomzatban és főleg a sérvkapú környékén kellett volna sérüléses szöveti elváltozások nyomait: vérzéses beszűrődést, szövetszakadást, stb. találni. A csepleszben talált mogyorónyi friss vérzés származhatott — úgy, amint azt az O. G. M. P. orvosa is feltételezi — az esetleges repositics kisérletekből, de talán még valószínűbben abból is, hogy a műtét előtt végzett helybeli érzéstelenítés alatt az injectiós tű kisebb véredényt sértett, amint azt sérvműtétek alkalmával akárhányszor látjuk. 3. Ami a kórházi jelentésben említett csepleszlenövést illeti, erre nézve a Tanács teljesen osztja a pénztári orvos véleményét, mert az ilyen lenövés a sérv régebbi fennállását bizonyítja, tehát nem a baleseti eredet mellett, hanem éppen az ellen szól. 4. Nyomatékos bizonyíték a baleseti eredet ellen az, hogy a rendelkezésre álló orvosi leletekben nyoma sincs annak, hogy a sérültön az állítólagos baleset után olyan súlyosabb helyi, vagy általános tünetek jelentkeztek volna, amelyek a baleseti sérvekre jellemzőek.

A fentiek alapján a Tanács véleménye az, hogy a fennforgó esetben a sérv és az állítólagos baleset közötti összefüggést megnyugtató valószínűséggel megállapítani nem lehet.

II. H. F. gazdasági cseléd állítása szerint 1936 márc. 31-én, gazdasági munka közben a mezőn elesett, amikor is „egy göröngy került a hasa alá, s ettől sérvet kapott". A balesetet senki sem látta. Három nappal később fordult orvoshoz, aki jobboldali lágyéksérvet állapított meg, s ezért műtét céljából a sz...-i kórházba küldte. — A kórház jelenti, hogy nevezettet lágyéksérve és kyptorchismusa miatt megoperálták. A kórházi sebészfőorvos véleménye szerint — „feltéve, hogy a kérdéses időben csakugyan történt komoly baleset — a sérv összefüggésbe hozható a balesettel, tekintettel arra, hogy kryptorchismus, tehát veleszületett sérvhajlam állott fenn."

Az O. G. M. P. elutasító határozata után az O. K. T. az ügyben a következő szakvéleményt adta:

A rendelkezésre álló adatokból megállapítható, hogy H. F. jobboldali kryptorchismusban s ezzel kapcsolatos lágyéksérvben szenvedett. Az utóbbinak baleseti eredete, miután arra nézve semminemű tárgyi bizonyíték nincs, nem fogadható el. Igénylő az állítólagos baleset után csak három nap mulva fordult orvoshoz, amiből joggal lehet arra következtetni, hogy hiányoztak azok a komolyabb helyi és általános tünetek, amelyek a baleseti sérvekre jellemzőek s amelyek a sérültet rendszerint sürgős orvosi segély igénybevételére kényszerítik. Az orvosi feljegyzésekben sem ezekről, sem külső sérülési nyomokról, sem a műtétkor talált traumás szöveti elváltozásokról nem történik említés. A kórházi leletben a baleseti eredet bizonyítékául állított kryptorchismus és sérvhajlamosság nem igazolja a sérv eredetét, hanem éppen ellenkezőleg a baleseti eredet ellenbizonyítékául fogható fel.

Epikrisis. Ad. 1. Sérvműtétek alkalmával talált kisebb körülírt subperitonealis, vagy csepleszvérzések, egymagukban a sérv baleseti eredetének bizonyítékául nem szolgálhatnak, mert ilyenek számos más okból is létrejöhetnek. Jelentőséget tehát csak abban az esetben nyerhetnek, ha kétségtelenül igazolt baleset mellett a baleseti sérvnek egyéb, e helyütt már több ízben ismertetett kritériumai is megvannak. A baleset után rövid idővel végzett műtétkor a sérvtömlőben talált cseplesz és bélösszenövések inkább a traumás eredet ellen bizonyítanak, mert ezekből arra lehet következtetni, hogy a sérv már az állított baleset előtti időben is fennállott.

Ad. 2. A kryptorchismus a here tökéletlen levándorlásból származó fejlődési rendellenesség, melyet az esetek túlnyomó részében a proc. vaginalis nyitvamaradása, tehát veleszületett sérv is kisér. Abból tehát, hogy valakinek sérve mellett még kryptorchismusa is van, a sérv baleseti eredetére következtetni semmiképen nem lehet, sőt ez éppen a baleseti eredet ellen szól, mert a nyitott proc. vaginalisba belek, v. cseplesz bármikor, minden trauma nélkül is leszállhatnak.

Milkó Vilmos dr.
egyet. c. rk. tanár.

Rubrophen exanthema.

A rubrophen hatásáról és gyógyeredményeiről eddig több észlelő összesen 689 kezelt eset alapján számolt be. E beszámolók szerint a szernek számottevő kellemetlen mellékhatása nincs. Ez bátorított arra, hogy egy nőbetegemen gyógyhatását magam is kipróbáljam. A kezelés folyamán azonban az eddigi beszámolók szerint még elő nem fordult oly jelenség lépett fel, ami a rubrophen további alkalmazását végleg megakadályozta. Miután e jelenség az új szer eddigi rövid pályája folyamán, — úgy látszik — még ismeretlen, indokolt esetem ismertetése:

47 éves nőbetegem j. könyökárka felett gyermekkora óta fennálló, ezidőszerint női tenyérnyi, felerészben elhegesedett, látszólag göbmentes, felerészben pörkös, varas, pikkelyes felületű *lupus vulgaris* foglal helyet. 1937. XI. 23-tól rubrophenkezelés belsőleg emelkedő adagokban 2—3—4 tabletta, helyileg naponta váltott kenőcsös kötések alakjában. XII. 6.-ától gócreactio jelei: a lupusos terület kipirosodása, savós beivódása, számos pontján megnyilása, szétesése, vörhenyes-véres savót ürítő volta alakjában. E jelenségeket viszketés, kötésváltáskor fájdalmasság kiséri. Miután közben a lupusos terület körül heveny ekzema is kezdődött, XII. 10-én e kenőcsöt bórvaselinnal váltottam fel. XII. 12-én tablettái kifogyván 13. és 14-én ezeket nem szedte, 15-én reggel azonban egyszerre 5 darabot vett be belőlük, mire ugyanaznap éjjel a közérzet relativ zavartalansága mellett, lázérzés nélkül böre nagyrészét viszkető kiütés lepte el. XII. 16-án reggel az arcbőr kivételével *az egész testet elfoglaló sürü, egybe nem folyó, kölesgombostüfejnyi, urticariás alapú, erythemás göbcsékből álló exanthemát észleltem a betegen.* A rubrophen-szedést beszüntettem, calcium-tablettákat rendeltem. XII. 21-én az exanthema, mely csak enyhe viszketéssel járt, *négy napi fennállás* után az utolsó nyomokig visszafejlödött. A lupusos terület a naponta váltott borvaselinos kötések alatt néhány gócon még mindig véres-vörhenyes savót ürít, de egyébként egész felületén észrevehetően lelapult.

Noha az exanthemát — egyéb ok hiányában — a rubrophennel szemben bekövetkezett sensibilisatio megnyilvánulásának lehetett csak felfognom, ez a körülmény nem tartott vissza attól, hogy a szer belső alkalmazását mégegyszer meg ne kíséreljem. *XII. 27-én újra bevétettem a beteggel 2 tablettát, mire délután 6 órakor már telefonon jelentette, hogy erős, égető érzés kiséretében az előzőhöz hasonló kiütést kapott.* XII. 28-án az egész bőrét —, ez alkalommal mindkét arcfelét is göbecsekkel sürün fedve találtam. A beteget egyébként az elmult éjjel heves viszketés, idegesség, nyugtalanság, álmatlanság kínozta. Calcium-tablettákra, külsőleg pedig alumin. acet-os rázókeverékre az *erythema* most *s napok alatt visszafejlödött,* úgy hogy XII. 30-án már nyomát sem találtam.

Miután ezek szerint kétségtelenül bebizonyult, hogy betegem a rubrophennel szemben sensibilisálódott, a szer további alkalmazásáról le kellett mondanom. ,

Eszerint tehát a rubrophennel szemben is bekövetkezhet sensibilisatio. Ez azonban nagyon ritka lehet, mert az eddig nyilvánosságra került 690 eset közül eddig csupán az egyémben fordult elő. Az idiosynkrasia egy viszonylag jóindulatú, napok alatt lezajló, csak az eruptió napján lényegesebb subjectiv jelenségeket okozó generalisált kis papulás exanthema képében jelentkezett. A gyors lezajlásnak valószinű magyarázata az, hogy a rubrophen egész mennyisége az idevonatkozó vizsgálatok szerint igen gyorsan — 48—72 óra alatt — kiürül a szervezetből.

Annak ellenére, hogy a rubrophen kezelést a leírt okból mindjárt első esetemben abba kellett hagynom, ez nem fog visszariasztani attól, hogy adott esetben újra igénybe vegyem, mert ugyanez esetben alkalmam volt látni e szer által kiváltott erős gócreactiót is, ami az eddigi kisérletezők szerint a várható gyógyulás legjobb jele.

Csillag Jakab dr.
bőrgyógyász szakorvos.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: J. J.-né 37 éves betegemnek 10 nap óta harmadszor fellépő urticariája van. Három évvel ezelőtt volt először és három hónapig tartott. Adnex gyulladása volt, ami miatt 1936-ban total exstirpatiót végeztek rajta. Utána Basedow-kórja volt, ami röntgenbesugárzásokra lényegesen javult. Urticariája kínzó viszketéssel és fájdalommal jár. Mindent megpróbáltam: calciumot, saját-vért, ephetonint, más collega carbolt (pilulában per os) és destillált vizet 3x3 decit evés előtt. Nem javult. Tisztelettel kérdem, mint lehet még tenni?

B. J. dr.

Felelet: Az idült csalánkiütés eredményes kezelésének első feladata a kiváltó okok megállapítása. — Minden apró részletre kiterjedőleg a beteg életkörülményeit, foglalkozását felölelve igyekeznünk kell a csalánkiütés megjelenése és esetleg akkor észlelt külső behatások közötti kapcsolatot megállapítani. Jelen esetben az a kérdés, hogy a három év előtti csalánkiütés összeesett-e az adnexgyulladással, mert esetleg elképzelhető, hogy ugyanaz a fertözés, vagy toxikus behatás okozta a csalánkiütést, mely az adnexgyulladást is előidézte.

Amennyiben a kiváltó okok megállapítása nem sikerül, miután az általános gyakorlatban az allergiás bőrpróbák sem vihetők keresztül, specifikus kezelésre jelen esetben alig kerülhet sor.

A nem specifikus kezelési módszerek közül megkísérelhetők a sajátvér, a sajátsavó, Witte-pepton befecskendezések, ajánlatosak a torantil-tabletták, hypaciditas, vagy anaciditas esetében sósav-pepsin szedése.

A kínzó viszketést és oedemák keletkezését legjobban szünteti a tonogen, az ephedrin, az ephetonogen forte subcutan vagy a szervezet víztelenítése intravenás glukophyllin befecskendezéssel, esetleg diaphyllin kúpokkal. *Hajós Károly dr.*

Kérdés: A m. kir. belügyminisztérium diphtheriaellenes kötelező védőoltásokra vonatkozó rendelkezésének 11. §-a szerint az oltást magánorvos is foganatosíthatja megfelelő bizonyítvány kiállításának kötelezettsége mellett.

A rendeletben nem találok arra nézve nyomot, hogy ezen magánorvosi bizonyítványok *bélyegmentesek-e?* Ha nem azok, milyen értékü bélyeggel látandók el? *H. dr.*

Felelet: A diphtheriaellenes védőoltások kötelezővétetele tárgyában kiadott 246.600—1937. B. M. sz. rendelet 12. §-a olyképp rendelkezik, hogy a védőoltottak részére az oltással egyidejüleg bélyegtelen, az oltóorvos bélyegzőjével ellátott bizonyítványt kell kiállítani.

A rendelet 11. §-a szerint az oltást magánorvos is teljesítheti és az oltásról ugyancsak bizonyítványt köteles kiállítani.

A rendelet a kiállítandó bizonyítványok között különbséget nem tesz és az oltóorvos által kiállított bizonyítványt kifejezetten bélyegtelennek mondja. Ebből következik, hogy a dihptheria ellenes védőoltásról a magánorvos által kiállított bizonyítvány is bélyegtelen.

Kérdés: 10 év óta fennálló, jelenleg nem sok panaszt okozó cystitis és prostatitis gon. chr. esetében (vizeletben és prostataváladékban gonococcus kimutatható) indokolt-e fajlagos vaccinakezelés?

Felelet: A vaccinakezelés megkisérlése a fenti esetben, különösen ha a váladék gonococcusra positiv, mindenképen indokolt, de tudnunk kell, hogy a 10 év óta fennálló gonorrhoea gyógyítása egyike a legnehezebb feladatoknak, s hogy a vaccinakezelés, minden egyéb helyi kezelés és a rejtett gonorrhoeás góc felderítése nélkül aligha fog eredményhez vezetni.

Kérdés: Nem kell-e tartani a folyamat rosszabbodásától a vaccina hatására?

Felelet: Nem. Átmeneti helyi reactio esetleg jelentkezhet, de ez nem számít rosszabbodásnak.

Kérdés: Várható-e ezen kezeléstől eredmény?

Felelet: Nem sok. A gyári készítményü ú. n. polyvalens vaccinák ilyen esetekben többnyire cserbenhagynak. Sikert csak *auto*vaccinakezeléstől remélhetünk.

Kérdés: Egyáltalán milyen kezeléstől várható javulás, esetleg gyógyulás?

Felelet: Legcélszerübb az ilyen elhanyagolt esetekben a beteget 3—4 hétre intézetbe küldeni, ahol többnyire sikerül a rejtett gócot felderíteni vagy legalábbis a kezelés helyes irányát megszabni. Legfontosabb teendő a rejtett gócot megtalálni. A gonorrhoea chemotherapiája is újabban nagy haladást mutat, különösen néhány sulfamid készítményről tünt ki, hogy hatékonyságuk minden eddigi szert felülmúl. E szerek (a német Uliron, a magyar Electyl és Neosanamid) hosszas adagolása azonban nem egészen veszélytelen, s így óvatosságra int.