

# ORVOSI HETILAP

ALAPITÓTTA: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-BEN



FOLYTATTÁK:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

SZERKESZTI ÉS KIADJA A VALLÁS- ÉS KÖZOKTATÁSÜGYI MINISZTER ÚR TÁMOGATÁSÁVAL  
ÉS MEGBIZÁSÁBÓL A MAGYAR ORVOSI FAKULTÁSOK SAJTÓBIZOTTSÁGA:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ:

**VÁMOSSY ZOLTÁN**  
EGYETEMI TANÁR



NYOLCVANHARMADIK ÉVFOLYAM

## TÁRGYMUTATÓ

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

| Oldal |  | Oldal |  | Oldal  |      |
|-------|--|-------|--|--|------|
|       | Actinomykosis fajlagos kóris-<br>mézésének és gyógyításának<br>újabb hajtásairól. (50. sz.) . . .            | 1037  |  | Chediak-féle mikroreactio (34.<br>sz.) . . . . . 834   |      |
|       | Adnexhiány (féloladli) (25. sz.)   | 620   |  | Chlorpikrin „halálozási száma”<br>(47. sz.) . . . . . 1003   |      |
|       | Agysklerosis (gyermekkori)<br>esete. (11. sz.) . . . . .   | 262   |  | Climax virile hormonkezelése.<br>(35. sz.) . . . . . 863   |      |
|       | Alkaptonuria (36. sz.) . . . . .   | 381   |  | Colloid-labilitási reactio throm-<br>bosis hajlam kimutatására<br>(26. sz.) . . . . . 644                                    |      |
|       | Alkar eltorzulásának ritkán<br>előforduló alakja. (3. sz.) . . .   | 53    |  | Comb- és alszársin (szabályoz-<br>ható) (3. sz.) . . . . . 68  |      |
|       | Allergiás jelenségek gyermek-<br>korban. (34. sz.) . . . . .   | 327   |  | Combsont alsó epiphysisének<br>sérülései leválása. (17. sz.) .   | 409  |
|       | Alsó végtag sérülései, különös<br>tekintettel az előző akuti ei-<br>változásokra. (6. sz.) . . . . .         | 136   |  | Cukorbaj (sebészi betegséggel<br>szövődtött kezelése. (13. sz.) .  | 315  |
|       | Anaemia perniciosus és diabetes<br>(7. sz.) . . . . .  | 157   |  | Cukorvizelés alacsony vér-<br>cukorérték mellett. (40. sz.) .  | 924  |
|       | Anaphylaxia és életkor. (30. sz.)  | 740   |  | C-vitamin befolyása a serum-<br>érzékenységre. (28. sz.) . . .   | 689  |
|       | Angolkór gyógyítása egyszeri<br>nagy adag D-vitaminnal. (44.<br>sz.) . . . . .                               | 970   |  | C-vitamin hatása a csecsemők<br>pyodermiás megbetegedésé-<br>ben (13. sz.) . . . . . 310                                     |      |
|       | Arcidegből kiinduló daganat.<br>(43. sz.) . . . . .  | 960   |  | C-vitamin heveny fertőző be-<br>tegségekben. (43. sz.) . . . .   | 961  |
|       | Arcüregrák rtg.-kezeléssel gyó-<br>gyítva (32. sz.) . . . . .  | 787   |  | C-vitamin szükséglet has-<br>typhusban (17. sz.) . . . . .   | 412  |
|       | Arteriosklerosis és thyroxin<br>(25. sz.) . . . . .  | 609   |  | Családi vakságos idiótáság, há-<br>rom alakjának egységéről<br>anatomiai alapon (37. sz.) .                                  | 885  |
|       | Általánosuló, halált okozó<br>lymphogranuloma inguinale.<br>(1. sz.) . . . . .                               | 6     |  | Csecsemő és zsenge gyermekkor<br>sérvei (34. sz.) . . . . . 829  |      |
|       | Bacillaris dysenteria csecsemő-<br>korban. (20. sz.) . . . . .   | 490   |  | Csecsemőkori bacillaris dysen-<br>teria (20. sz.) . . . . . 490  |      |
|       | B <sub>1</sub> avitaminosis esete csecsemő-<br>korban (2. sz.) . . . . .                                     | 38    |  | Csiga sequestratioja idült fül-<br>genyedés kapcsán (3. sz.) . .   | 65   |
|       | B <sub>1</sub> -vitamin alkalmazása az oto-<br>neurologiában. (10. sz.) . . . .                              | 232   |  | Csigolyaközi ízületek betegsé-<br>ge és röntgenkórisméje. (44.<br>sz.) . . . . . 965   |      |
|       | B <sub>1</sub> -vitamin alkalmazása a szem<br>hypovitaminosisának gyógy-<br>kezelésében. (15. sz.) . . . . . | 365   |  | Csípőizomzatban keletkezett<br>csontléc. (32. sz.) . . . . . 788   |      |
|       | B <sub>1</sub> -vitaminkezelés gyermekkori<br>idegbetegségekben. (21. sz.) . .                               | 511   |  | Csonttörések a nehéz vasipar-<br>ban (19. sz.) . . . . . 462   |      |
|       | Bél zsirdaganatai (3. sz.) . . . .   | 63    |  | Csonttörés okozta érsérülések<br>18. sz.) . . . . . 432  |      |
|       | Bélfekély (egyszerű) (31. sz.) .   | 757   |  | D <sub>1</sub> -vitaminlökés eredményei.<br>(49. sz.) . . . . . 1030   |      |
|       | Bőrhőmérsékletmérések balneo-<br>therapiás jelentősége (24. sz.)   | 590   |  | Delirium tremens kezelése in-<br>sulindextrose lökessel (27. sz.)  | 665  |
|       | Bőrkivonat hatása a staphylo-<br>coccus opsoninok termelésére.<br>(7. sz.) . . . . .                         | 158   |  | Dentalis fertőző góc és megelő-<br>zése. (31. sz.) . . . . . 753   |      |
|       | Brossa-féle tumor reactio (38.<br>sz.) . . . . .   | 897   |  | Diabetes és anaemia perniciosus<br>(7. sz.) . . . . . 157  |      |
|       | Camphoreuthymia és phar-<br>makokatharsis (35. sz.) . . . . .  | 855   |  | Digitalis mérgezés gyermekben<br>(10. sz.) . . . . . 225   |      |
|       | Cardiazolkezelés útja (11. sz.) .  | 253   |  | Ditonal-kúp a rheumás meg-<br>betegedésben. (52. sz.) . . .  | 1077 |
|       | Megjegyzések a cikkekre (12. sz.)  | 296   |  | Egyensúlyozó készülék ingerlé-<br>sére új módszer (28. sz.) . . .  | 696  |
|       | Centralis eredetű múltó hyper-<br>tonia agyvérzés kíséretében.<br>(25. sz.) . . . . .                        | 619   |  | Ektopia perinealis testis (38. sz.)  | 899  |
|       |  |       |  | Elektyl a szemkankó gyógyítá-<br>sában. (9. sz.) . . . . . 213   |      |
|       |  |       |  | Elmebetegek psychotherapiájá-<br>nak értéke és veszedelmei.<br>(4. sz.) . . . . . 78   |      |
|       |  |       |  | Előlfekvő lepény kezelése (47.<br>sz.) . . . . . 1001  |      |
|       |  |       |  | Endokarditis septica (29. sz.) . .   | 716  |
|       |  |       |  | Endokrin betegségekben végzett<br>serumfehérjevizsgálatok. (7.<br>sz.) . . . . . 151   |      |
|       |  |       |  | Enterobius vermicularis féreg-<br>nyulványbeli gyakorisága<br>(32. sz.) . . . . . 777  |      |
|       |  |       |  | Endonasalis histamin iontopho-<br>resissal megszüntetett mig-<br>raines roham és főfájás<br>(11. sz.) . . . . . 260          |      |
|       |  |       |  | Epekólikában a hónaljhőmér-<br>sékletek különbsége (7. sz.) .  | 160  |
|       |  |       |  | Epekóbaj balneotherapiája<br>(24. sz.) . . . . . 594   |      |
|       |  |       |  | Erosiók és folyások újabb ke-<br>zelése (28. sz.) . . . . . 692  |      |
|       |  |       |  | Erythematodes acutus tünet-<br>tanához és kórszármazásához<br>(6. sz.) . . . . . 130   |      |
|       |  |       |  | Evipanos altatás a gyakorlat-<br>ban. (25. sz.) . . . . . 612  |      |
|       |  |       |  | Ébrényi szívhormon hatásáról<br>(31. sz.) . . . . . 765  |      |
|       |  |       |  | Égés (II. fokú) belső kezelése<br>(36. sz.) . . . . . 878  |      |
|       |  |       |  | Életkor és anaphylaxia. (30. sz.)  | 740  |
|       |  |       |  | Élettani és hyperpyresis ned-<br>vesség és a telítettség-deficit<br>a mátrai Somorrién és a<br>Rózsadombon (23. sz.) . . . . | 560  |
|       |  |       |  | Érsérülések (csonttörés okozta)<br>(18. sz.) . . . . . 432   |      |
|       |  |       |  | Fajlagos antitestek viselkedése<br>sulfamid-kezelés alatt (6. sz.)   | 134  |
|       |  |       |  | Fehérfoltbetegséggel társult<br>kraurosis vulvae esete (34. sz.)   | 836  |
|       |  |       |  | Féregnyulvány és megcsavaro-<br>dott petefészektoimló együttes<br>kiirtása (41. sz.) . . . . . 937                           |      |
|       |  |       |  | Féregnyulványgyulladás szere-<br>pe nőgyógyászati bántalmak<br>és főleg a meddőség kór-<br>oktanában (51. sz.) . . . . .     | 1057 |
|       |  |       |  | Flexura duodenojejunalis<br>sarkomája (31. sz.) . . . . .  | 759  |

|   | Oldal |   | Oldal |   | Oldal |
|---|-------|---|-------|---|-------|
| Fülgenyedés kapcsán a csiga sequestratiója (3. sz.) . . . . .                                       | 65    | Hólyag-prostatákó esete (5. sz.)  | 111   | Mastoiditis (mucosus) (10. sz.) . . . . .   | 234   |
| Fürdőgyógyítás szerepe a nőgyógyászatban. (24. sz.) . . . . .                                       | 583   | Hónaljhőmérsékletkülönbség epekölikában (7. sz.) . . . . .                              | 160   | Meningeomákról (parasaggitalis) (43. sz.) . . . . .   | 953   |
| Fürdőkórház felállításának orvosi irányelvei. (24. sz.) . . . . .                                   | 593   | Hörgő- és nyelőcső idegentestek (37. sz.) . . . . .                                     | 887   | Merev öregujj (35. sz.) . . . . .   | 861   |
| Gégepapiloma az öregkorban (9. sz.) . . . . .   | 209   | Húgyhólyag és húgyvezérelőesés (46. sz.) . . . . .                                      | 994   | Méhenkívüli terhességgel kapcsolatban szerzett klinikai tapasztalatok (48. sz.) . . . . .         | 1013  |
| Giardiával fertőzött gyermekeken felszívódási vizsgálatok (8. sz.) . . . . .                        | 183   | Húgyszervi gümös góccok kezelése rubrophennel (27. sz.) . . . . .                       | 669   | (49. sz.) . . . . .   | 1027  |
| Glaukoma és szivárványhártyasorvadás (4. sz.) . . . . .   | 85    | Hurutos, vagy egyszerű sárgaság klinikájához (3. sz.) . . . . .                         | 56    | (50. sz.) . . . . .   | 1039  |
| Glaukoma öröklődéséhez (34. sz.) . . . . .  | 832   | Hüvelykszáji agnosziáról. (49. sz.) . . . . .   | 1025  | Méhfüggelékhány öncsonkulos esetei (40. sz.) . . . . .  | 920   |
| Glomerulonephritis abortiv alakjai (51. sz.) . . . . .  | 1056  | Hydrokephalus szokatlan tünetekkel (44. sz.) . . . . .                                  | 971   | Méhrák és petefészekműködés (12. sz.) . . . . .   | 281   |
| Goetze-féle sacralis rectum amputatio (32. sz.) . . . . .   | 781   | Hyperacid gyomorhurut és patkóbélfekély új gyógymódja (15. sz.) . . . . .               | 360   | Migraines roham és főfájás megszüntetése endonasalis histamin iontophoresissal (11 sz.) . . . . . | 260   |
| Gombák festése hámpikkelyekben Berberian-féle eljárással. (2. sz.) . . . . .                        | 39    | Hyperfunctiós golyva műtéti előkészítése (42. sz.) . . . . .                            | 945   | Miliaris gümőkór és szívizomtuberculosis (47. sz.) . . . . .                                      | 1006  |
| Gonorrhoea kezelése sulfanylamidopyridinnel. (18. sz.) . . . . .                                    | 441   | Hypertonia (centralis) agyvérzés kíséretében (25. sz.) . . . . .                        | 619   | Modellkészítés a tonsillaris cryptarendszeréről (2. sz.) . . . . .                                | 37    |
| Görccskezelés. 52. sz.) . . . . .   | 1073  | Hypertonia és vérhúgsav (22. sz.) . . . . .   | 540   | Mucosus mastoiditis (10. sz.) . . . . .   | 234   |
| Görgeteg méhszalagnak terhességgel szövődött daganata. (46. sz.) . . . . .                          | 993   | Hypertoniás betegek plazmafibrinogen tartalma (41. sz.) . . . . .                       | 936   | Munkásfürdők (24. sz.) . . . . .  | 597   |
| Gümőkórral kapcsolatos allergiás jelenségek a gyermekkorban (34. sz.) . . . . .                     | 827   | Idegrendszeri lues fajlagos vacinakezelése (41. sz.) . . . . .                          | 933   | Mustárgáz hatásméchanismusához (16. sz.) . . . . .  | 390   |
| Gümőkóros elváltozások egyetemi hallgatókon (35. sz.) . . . . .                                     | 858   | Idegrendszeri syphilis vitamintherapiája (23. sz.) . . . . .                            | 563   | Mustárgáz oxydatiós termékeinek szerepe a mustárgáz hatásméchanismusában (30. sz.) . . . . .      | 734   |
| Gümőkórosok arthritisei. (28. sz.)  | 681   | Ikreken végzett örökléstani vizsgálatok dermatologiai vonatkozásai. (36. sz.) . . . . . | 875   | Myalgiaék elkülönítő kórisméje és therapiája (24. sz.) . . . . .                                  | 588   |
| Gyermekkori csonttörést hogyan kezeljük? (15. sz.) . . . . .  | 362   | Iontophoresissal gyógyító kísérletek az orrban (3. sz.) . . . . .                       | 66    | Myasthenia gravidarum (39. sz.)   | 905   |
| Gyermekkori pneumothorax (45. sz.) . . . . .  | 982   | Kallikrein a gyomornedvben (36. sz.) . . . . .  | 879   | Myelitis nekrotisans (Foix-Alajouanine) esete. (9. sz.) . . . . .                                 | 210   |
| Gyomorbél eredetű seborrhoeás kórképek gyógyítása (40. sz.) . . . . .                               | 923   | Kankó gyógyítása Roninnal (21. sz.) . . . . .   | 518   | Natrium térfogatos meghatározása vérserumban, liquorban és vizeletben (19. sz.) . . . . .         | 464   |
| Gyomor- és bélsipolyok gyógyítása (29. sz.) . . . . .   | 713   | Keratomykosisok kórképéhez (45. sz.) . . . . .  | 980   | Neorenumbral, új magyar sugárfogó anyag az intravenás pyelographiához (8. sz.) . . . . .          | 184   |
| Gyomorfekély, patkóbélfekély és idült gyomorhurut parenteralis bismuthkezelése. (34. sz.) . . . . . | 825   | Kékestető levegőjének szárazsága (32. sz.) . . . . .                                    | 790   | Nervus reccurens bénulása stenosis ostii venosi sinistri kapcsán (39. sz.) . . . . .              | 910   |
| Gyöki ideg elváltozásai emberi tetanus esetekben. (17. sz.) . . . . .                               | 405   | Kötőhártya pótlása magzatburokkal (22. sz.) . . . . .                                   | 539   | Nocardia bovis kórokozó képessége (22. sz.) . . . . .   | 537   |
| Gyrus centralis anterior glioblastomája (4. sz.) . . . . .  | 89    | Kraurosis vulvae fehérfolt betegséggel (34. sz.) . . . . .                              | 836   | Női kankó és portio erosio helyi kezelése (25. sz.) . . . . .                                     | 616   |
| Haematoma extravaginale funiculi (38. sz.) . . . . .  | 900   | Labyrinth helyzetének szerepe kalóriás nyistagmusban (28. sz.) . . . . .                | 696   | Nyelvgyöki lymphosarkoma műtéttel és besugárzással kezelt esete (26. sz.) . . . . .               | 643   |
| Hashártyadaganat (ébrényi) (5. sz.) . . . . .   | 109   | Lactatios hormonnal vizsgálatok (10. sz.) . . . . .                                     | 228   | Ólommal foglalkozó munkások vérkeringési szervei (18. sz.) . . . . .                              | 429   |
| Hasnyálmirigy tömlői (39. sz.) . . . . .  | 908   | Lambliá intestinalis új és eredményes gyógymódja (48. sz.)                              | 1016  | (19. sz.) . . . . .   | 457   |
| Hastypusban C-vitaminszükséglet. (17. sz.) . . . . .  | 412   | Lábszár bőrbántalmainak hatása a lábszárcsontokra. (26. sz.)                            | 633   | Ólommérgezés megelőzése és gyógyítása (26. sz.) . . . . .   | 639   |
| Heine-Medin utáni bénulások röntgenkezelése. (26. sz.) . . . . .                                    | 636   | Leánysecsemők és gyermekek kankójának kezelése. (52. sz.)                               | 1075  | Orrban gyógyító kísérletek iontophoresissal (3. sz.) . . . . .                                    | 66    |
| Heveny mérgezések haematologiai vonatkozásai (29. sz.) . . . . .                                    | 711   | Leptospirosis typhosa esetek Magyarországon (9. sz.) . . . . .                          | 206   | Orrbemenet tömlői (5. sz.) . . . . .  | 112   |
| Himtag rákja (3. sz.) . . . . .   | 60    | Légmellkezelés megszüntetése (2. sz.) . . . . .   | 29    | Ostitis deformans a koponyacsontokon ideggyógyászati tünetekkel (35. sz.) . . . . .               | 865   |
| Histaminhatás mechanismusa (8. sz.) . . . . .   | 177   | Lymphogranuloma inguinale (halált okozó) (1. sz.) . . . . .                             | 6     | Otoneurologiában a B <sub>1</sub> -vitamin alkalmazása (10. sz.) . . . . .                        | 232   |
| Histaminszerű anyagok kimutatása allergiás betegek vérében (15. sz.) . . . . .                      | 358   | Magas vérnyomás (vese okozta) (35. sz.) . . . . .                                       | 849   | Otthoni és intézeti szülészetéről Magyarországon (27. sz.) . . . . .                              | 657   |
|   |       | Mandulaműtét utáni tüdőszóvdmények (4. sz.) . . . . .                                   | 82    | (28. sz.) . . . . .   | 687   |

|  | Oldal |  | Oldal |  | Oldal |
|--|-------|--|-------|--|-------|
| Pankreas-fermentum sebgyógyító hatása (36. sz.) . . . . .                    | 873   | Schizophrenia görcskezelésének három évi tapasztalata (31. sz.)                                      | 761   | Thermalis fürdőkúrák tartamáról (Fürdőfáradság) (24. sz.) .  | 586   |
| Pankreastól független hypoglykaemia (33. sz.) . . . . .                      | 809   | Megjegyzés a cikkre (40. sz.) . .  | 928   | Thyroxin és arteriosklerosis (25. sz.) . . . . .   | 609   |
| Pararhythmia (vörheny okozta) (16. sz.) . . . . .                            | 386   | Válasz (41. sz.) . . . . .   | 938   | Tobozmirigy működéséhez makrogenitosomia praecox dementiás alakja kapcsán (2. sz.)                 | 36    |
| Parasagittalis meningeómákról (43. sz.) . . . . .                            | 953   | Sebészi betegséggel szövődött cukorbetegség kezelése (13. sz.) .                                     | 315   | Tonsillaris cystarendszerrel modellekészítés (2. sz.) . . . . .                                    | 37    |
| Patkóbélfekély és a hyperacid gvmorhurut új gyógymódja (15. sz.) . . . . .   | 360   | Sebészi műszerek és varróanyagok csírátlantása (33. sz.) . . . . .                                   | 806   | Tudományegyetemi hallgatók véresejt-süllyedése és serum-labilitása (18. sz.) . . . . .             | 435   |
| Pellagra kérdéséhez adatok (19. sz.) . . . . .                               | 460   | Sejtmagnak van-e szerkezete (27. sz.) . . . . .  | 678   | Tüdő- és légmell hőmérsékletének kísérletes vizsgálata (46. sz.) . . . . .                         | 989   |
| Pellagrás delirium esete (14. sz.)   | 341   | Serumbetegség alatti collapsus kezelése. (51. sz.) . . . . .   | 1053  | Tüdőszövődmények mandulaműtét után (4. sz.) . . . . .  | 82    |
| Pensin-trvosin húsleves (44. sz.)  | 972   | Serumfehérjevizsgálatok endokrin betegségekben (7. sz.) . . . . .                                    | 151   | Typhus abdominalis és primaer vulvadiphtheria együttes előfordulása (17. sz.) . . . . .            | 411   |
| Perikarditis elektrokardiogrammia (20. sz.) . . . . .                        | 481   | Shok-kezelésében közös tényező (14. sz.) . . . . .   | 339   | Megjegyzés a cikkre (19. sz.) .  | 477   |
| Pneumotosis cystoides perinei et coeci (33. sz.) . . . . .                   | 814   | Still-Chauffard-Felty symptomocomplexumról. (40. sz.) . . . . .                                      | 917   | Uliron gyógyértéke a havibaj idején vett váladék ellenőrzése alatt (38. sz.) . . . . .             | 901   |
| Pneumothorax (gyermekkori) (45. sz.) . . . . .                               | 982   | Megjegyzés a cikkre (42. sz.) . . . . .  | 951   | Ultrarövidhullám a heveny gyulladáshoz genyes sebészi betegségek gyógyításában (20. sz.) . . . . . | 491   |
| Pielonephalitis érdekes esete (22. sz.) . . . . .                            | 541   | Streptobacillus vaccina (41. sz.)  | 929   | Ureterkövet mikor és hogyan operáljunk (30. sz.) . . . . .   | 729   |
| Polycythaemia étrendi gyógyításáról. (15. sz.) . . . . .                     | 357   | Sulfamid-kezelés alatt a fajlagos antitestek viselkedése (6. sz.) . . . . .                          | 134   | Vastagbél fejlődési rendellenessége (20. sz.) . . . . .  | 492   |
| Portio erosio és kankó helyi kezelése (25. sz.) . . . . .                    | 616   | Sulfamid készítmények szemészeti alkalmazása (51. sz.) . . . . .                                     | 1060  | Vegetativ-dystoniás depressio (16. sz.) . . . . .  | 393   |
| Postoperativ tetania psychés tünetekkel (51. sz.) . . . . .                  | 1064  | Sulfamid készítmények okozta ártalmak (23. sz.) . . . . .  | 568   | Vegyhi harcanyagokkal szennyezett élelmiszerek mérgező hatása (13. sz.) . . . . .                  | 311   |
| Posttraumás látótelep és tobozmirigy-tünet együttes esete (7. sz.) . . . . . | 119   | Sulfamid készítmény okozta ártalom gyermekeken (27. sz.) . . . . .                                   | 668   | Venajodrenin új hazai contrastanyag az intravenás pyelographiához (17. sz.) . . . . .              | 417   |
| Pseudodiphtheria okozta endokarditis septica (29. sz.) . . . . .             | 716   | Synthetikus oestrogen anyaggal végzett kísérletek (14. sz.) . . . . .                                | 336   | Vese által okozott magas vérnyomás kísérletes vizsgálata (35. sz.) . . . . .                       | 849   |
| Pyodermiás csecsemők megbetegedésében a C-vitamin hatása (13. sz.) . . . . . | 310   | Szádlás és sebtömés a vesesebészetben (2. sz.) . . . . .   | 33    | Vesemetszés kocsányosítás nélkül időleges tok alatti vérzés-csillapítással (25. sz.) . . . . .     | 618   |
| Pyuriák (gyermekkori) mandulasavas kezelése (41. sz.) . . . . .              | 935   | Szárnyas baromfimájak vörösvérsejtképző hatása (30. sz.) . . . . .                                   | 738   | Vesesebészet mai problémái (33. sz.) . . . . .   | 801   |
| Radioactiv anyagok okozta mérgezések (38. sz.) . . . . .                     | 893   | Szem hypovitaminosisainak gyógykezelésében a B <sub>1</sub> -vitamin alkalmazása (15. sz.) . . . . . | 365   | Vesesebészetben a szádlás és a sebtömés (2. sz.) . . . . .   | 33    |
| Radiumokozta mérgezés és D-vitamin (39. sz.) . . . . .                       | 911   | Szem túlérzékenységi reakciói (21. sz.) . . . . .  | 514   | Vesevérzések kórismézése és a gyulladáshoz eredetű vesevérzések műtete (1. sz.) . . . . .          | 9     |
| Rákprobléma köréből fejezetek (29. sz.) . . . . .                            | 705   | Szemhéji keményfekély (1. sz.) . . . . .   | 11    | Vér-liquorgát átteresztőképessége gümbs agyhártyagyulladásban (26. sz.) . . . . .                  | 641   |
| Rákproblémák a vidéki gyakorlat szempontjából (17. sz.) . . . . .            | 415   | Szemkankó gyógyításában az Elektyl (9. sz.) . . . . .  | 213   | Világhozott svvhillisre 3500 falusi és tanvái iskolásgyermek vizsgálata (6. sz.) . . . . .         | 125   |
| Relaxatiós schizophreniát utánzó glioma (33. sz.) . . . . .                  | 815   | Szemüregi cysta (34. sz.) . . . . .  | 838   | Visszeres betegekben szerzett tanulások (21. sz.) . . . . .  | 517   |
| Reticulocyták viselkedése experimentalis skorbut alatt (4. sz.) . . . . .    | 88    | Szent Gellért gyógyfürdő kolo-pi iszapjának ingerhatása (32. sz.) . . . . .                          | 784   | Vizketés (kísérleti) keletkezése (8. sz.) . . . . .  | 180   |
| Röntgen kezeléssel gyógyított aróifleg rák (32. sz.) . . . . .               | 787   | Szivárványhártyasorvadás és a glaukoma (4. sz.) . . . . .  | 85    | Vitaminok értéke a fül-, orr- és gégegyógyászatban (27. sz.) . . . . .                             | 661   |
| Rövidhullámkezelés hatása a vérképre (27. sz.) . . . . .                     | 667   | Szorongásos állapotok kezelése acetylcholinnal (5. sz.) . . . . .                                    | 107   | Vizelet Redox (C-vitamin) koncentrációjának jelentősége  |       |
| Rubronhennel szerzett tapasztalatok (51. sz.) . . . . .                      | 1051  | Szülés motoros automatismusa (11. sz.) . . . . .   | 257   |  |       |
| Salvarsantűrés képességének fokozása C-vitaminnal (33. sz.)                  | 811   | Takata-reactio ovulatiót kimutató értékéről (42. sz.) . . . . .                                      | 948   |  |       |
| Sárgaság (hurutos, vagy egyszerű) (3. sz.) . . . . .                         | 56    | Tápcsotornában keletkező fekélyek mechanizmusa (12. sz.) . . . . .                                   | 285   |  |       |
| Schizophrenia activ és nem activ kezeléséről (13. sz.) . . . . .             | 307   | Terhelési kísérletek B <sub>1</sub> -vitaminnal. (52. sz.) . . . . .                                 | 1071  |  |       |
| Schizophrenia görcskezélése (12. sz.) . . . . .                              | 286   | Terhességi mérgezések korai felismerésében a testsúlymérés jelentősége (23. sz.) . . . . .           | 566   |  |       |
| Megjegyzés a cikkre (14. sz.) . . . . .                                      | 354   | Terhességi vesemedencegyulladás súlyos alakjai (51. sz.) . . . . .                                   | 1049  |  |       |
|  |       | Testsúlymérés jelentősége a terhességi mérgezések korai felismerésében (23. sz.) . . . . .           | 566   |  |       |

|   |       |  |       |   |       |
|---|-------|--|-------|---|-------|
|   | Oldal |  | Oldal |   | Oldal |
| diagnostikus és gyógyító szempontról (20. sz.) . . . . .                                  | 486   | <b>Gyógymasszázs és mechanoterápia.</b> † Dalmady Zoltán kéziratai alapján írták: Benderek István és Küllei László (1—28. sz.)     |       | „Conduplicato corpore” születés okozta mellkastorzulás (48. sz.) . . . . .      | 1018  |
| Vízhiány és szénhidrátanyagcsere kapcsolatai (33. sz.) . . . . .                          | 812   | <b>Heti krónika.</b> Irta: Korbuly György (5., 6., 7., 8., 10., 12., 14., 17., 18., 20., 28., 30., 32., 33., 34., 35., és 50. sz.) |       | Dohos búza vizsgálata orvosszakértői szempontból (1. sz.)                       | 11    |
| Vörheny okozta pararhythmia (16. sz.) . . . . .   | 386   |  |       | Kézigránát robbanás okozta sérülés (10. sz.) . . . . .                          | 237   |
| Vörösvértetek chlortartalmának diagnostikai jelentősége (18. sz.) . . . . .               | 438   |  |       | Lenyelt csontszilánk okozta aorta-átfűródés (25. sz.) . . . . .                 | 623   |
| Vulvadiphtheria és typhus abdominalis együttes előfordulása felnőttön (17. sz.) . . . . . | 411   |  |       | Levegőnyomok kimutatása a magzati tüdőben (31. sz.) . . . . .                   | 767   |
| Megjegyzés a cikkekre (19. sz.) . . . . .   | 477   |  |       | Öngyilkosok vérének alkoholtartalma (19. sz.) . . . . .                         | 465   |
| Xanthoma mollusciforme átalakulása anetodermává (46. sz.) . . . . .                       | 996   |  |       | Tüdőtűzőterek szűkülése a tüdőkapú palás kérgesedése miatt. (14. sz.) . . . . . | 345   |
|   |       | <b>RÖVID KÖZLEMÉNYEK<br/>A TÖRVÉNYSZÉKI<br/>ORVOSI GYAKORLATBÓL</b>  |       |   |       |
|   |       | Agykamravérzés megállapítása nagyfokban rothadt magzatban. (50. sz.) . . . . .   | 1041  |   |       |

**KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM**

|   |       |   |       |  |       |
|---|-------|---|-------|--|-------|
|   | Oldal |   | Oldal |  | Oldal |
| Arany János lelki világáról (19. sz.) . . . . .                                       | 476   | Kutatás kora (23. sz.) . . . . .                    | 557   | sz.) . . . . .   | 916   |
| Constitutió jelentőségéhez (9. sz.) . . . . .   | 201   | Még egy gondolat az öregedésről (47. sz.) . . . . . | 1010  | Százéves sejtten a szerveződés sejtkenívüli tényezőire vonatkozó újabb kutatások megvilágításában (13. sz.) . . . . .    | 301   |
| Epehólyag működése (22. sz.) . . . . .  | 533   | Nuffield lord „vas-tüdői” (10. sz.) . . . . .       | 247   | Szívizom betegségeinek elektrokardiographos diagnosisáról és értékeléséről a prognosis szempontjából (16. sz.) . . . . . | 381   |
| Élettan fogalma, feladata és módszerei (12. sz.) . . . . .                            | 277   | Orvosi felelősség (21. sz.) . . . . .               | 505   | Tuberculosis kérdés és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban (5. sz.) . . . . .                                       | 101   |
| Ifjúságunk egészségvédelme (8. sz.) . . . . .   | 174   | Orvosi műhibaperek (14. sz.) . . . . .              | 329   | Vérátömlesztéssel kapcsolatos lueses fertőzés kérdése (45. sz.) . . . . .  | 977   |
| Klimatikus tényezők és betegségek (1. sz.) . . . . .                                  | 2     | Hozzászólás a cikkhez (15. sz.) . . . . .           | 366   |  |       |
| (2. sz.) . . . . .  | 25    | Öregedésről (31. sz.) . . . . .                     | 774   |  |       |
| Klinikai és kísérleti vizsgálatok tekintettel a Menière betegségre (4. sz.) . . . . . | 77    | Rákkutatás és rákgyógyítás (42. sz.) . . . . .      | 942   |  |       |
|   |       | (43. sz.) . . . . .                                 | 957   |  |       |
|   |       | Schizophrenia-kérdés mai állása (29. sz.) . . . . . | 724   |  |       |
|   |       | Semmelweis lelki alkatáról (39. sz.) . . . . .      | 724   |  |       |

**ÉLETRAJZOK, NECROLOGOK, ÚTILEVELEK, CONGRESSUSI JELENTÉSEK**

|   |       |  |       |  |       |
|---|-------|--|-------|--|-------|
|   | Oldal |  | Oldal |  | Oldal |
| † báró Eiselsberg Antal (45. sz.) . . . . . | 985   | † Schaffer Károly (42. sz.) . . . . .                              | 941   | M.-ban. (30. sz.) . . . . .                                    | 749   |
| † Harvey Cushing (41. sz.) . . . . .        | 939   | Szegedi Orvosi Kamara tag-értekezlete Rozsnyón (26. sz.) . . . . . | 653   | Verebélly Tibor 25 éves tanári emlékünnepe (47. sz.) . . . . . | 1010  |
| † Liebermann Leó (1. sz.) . . . . .         | 20    | Tudományos hét Frankfurt a.  |       | † Winkler Lajos (16. sz.) . . . . .                            | 400   |
| † Meyer Hans Horst (42. sz.) . . . . .      | 951   |  |       |  |       |

**ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK**

|   |       |   |       |  |       |
|---|-------|---|-------|--|-------|
|   | Oldal |   | Oldal |  | Oldal |
| Állami Tisztviselők Gallyatetői Üdülőjének megnyitása (25. sz.) . . . . . | 630   | orvosképzés tárgyában (50. sz.) . . . . .   | 1047  | Közegészségügy a költségvetésben (44. sz.) . . . . .                     | 975   |
| Balneológiai kongresszus elnöki megnyitója (24. sz.) . . . . .            | 581   | Egyetemek költségvetése (44. sz.) . . . . . | 975   | Nobel-díjas orvosok (44. sz.) . . . . .                                  | 974   |
| Belügyminiszter rendeletei az orvosi továbbképzés és szak-                |       | Gyógyul a falu (47. sz.) . . . . .          | 1010  | Nyelvművelés (2. sz.) . . . . .  | 48    |
|   |       | Helyes magyarság (29. sz.) . . . . .        | 727   | Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentése (13. sz.) . . . . . | 323   |

**ORVOSEGYESÜLETI ELŐADÁSOK ÉS BEMUTATÁSOK**

(E = előadás, B = bemutatás.)

|  |       |  |       |   |       |
|--|-------|--|-------|---|-------|
|  | Oldal |  | Oldal |   | Oldal |
| Adenomyomával szövődött terhesség (21. sz.) B. . . . . | 527   | Agykamra (IV.) és agyalapi ciszternák rtg.-képe (21. sz.) E. . . . . | 526   | Alacsony vércukor melletti glykosuria. (23. sz.) B. . . . . | 577   |
| Adnexhiány (49. sz.) B. . . . .                        | 1035  | Agysebészet haladása (50. sz.) E. . . . .                            | 1044  | Allergometria mai állása. (29. sz.) E. . . . .              | 724   |
| Agydaganatok egy következményéről (9. sz.) B. . . . .  | 220   | Akanthosis nigricans (8. sz.) B. . . . .                             | 192   | Alsóajak darázsfészek (52. sz.) B. . . . .                  | 1079  |
| Agydaganatos cysta láthatóvá téve (23. sz.) B. . . . . | 577   | Akrocyanosis (52. sz.) B. . . . .                                    | 1079  |   |       |
|  |       | Aktinomykosis kórismézése (47. sz.) E. . . . .                       | 1039  |   |       |

| Oldal |  | Oldal |  | Oldal   |      |
|-------|--|-------|--|---|------|
|       | Amnionköldök gyógyított esete (27. sz.) B. . . . .                                 | 676   |  | Chorionepithelioma korai felismerése (1. sz.) E. . . . .                    | 19   |
|       | Anosognosia (2. sz.) B. . . . .  | 47    |  | Colchicin hatása Drosophila melanogasterre (33. sz.) E. . . . .             | 820  |
|       | Antiadrenalin és antithyroxin (49. sz.) E. . . . .                                 | 1033  |  | Colonrák esete (22. sz.) B. . . . .   | 551  |
|       | Antiheparin-factor a májban (32. sz.) E. . . . .                                   | 796   |  | Combnyaktörés (26. sz.) E. . . . .  | 653  |
|       | Antithyreoglobulin és antithyroxin (33. sz.) E. . . . .                            | 820   |  | Connatalis és parasyphilis új jele. (20. sz.) B. . . . .                    | 500  |
|       | Anthocyanfestékek az emberi szervezetben. (32. sz.) E. . . . .                     | 796   |  | Contrastos urológiai vizsgálatok (18. sz.) B. . . . .                       | 451  |
|       | Aorta aneurisma betörése a vena cava superiorba (5. sz.) B. . . . .                | 119   |  | Corhormon és colchicin sejttani hatása (33. sz.) E. . . . .                 | 319  |
|       | Arteria cerebri anterior tünetcsoportja. (1. sz.) B. . . . .                       | 20    |  | Cukorbetegség kapcsán epeköbántalom és sárgaság (2. sz.) B. . . . .         | 45   |
|       | Arcüreg gyógyított rákja. (21. sz.) B. . . . .                                     | 528   |  | Cutis laxa hyperplastica (19. sz.) B. . . . .                               | 473  |
|       | Asphyxia hatása a serumfehérje fractióira. (34. sz.) E. . . . .                    | 844   |  | C-vitamin-deficit kimutatásának kritikája. (28. sz.) E. . . . .             | 702  |
|       | Asymmetriás izomtúltengések (34. sz.) E. . . . .                                   | 843   |  | Császármetszésről. (19. sz.) B. . . . .                                     | 474  |
|       | Avitaminosisokból származó deliriummal. (10. sz.) E. . . . .                       | 243   |  | Császármetszés térfoglalásának kérdése. (12. sz.) E. . . . .                | 294  |
|       | Azygos rés viselkedése kardialis decompressatióban (10. sz.) B. . . . .            | 245   |  | Csecsemőkori vérhas és az idegrendszer. (30. sz.) E. . . . .                | 747  |
|       | Állcsont aktinomykosis. (21. sz.) B. . . . .                                       | 528   |  | Csecsnyúlvány vizsgálatra új módszer. (26. sz.) E. . . . .                  | 651  |
|       | Állizület és újjizületi felszinek kifejlődése. (10. sz.) B. . . . .                | 246   |  | Csigolyatörést követő paraplegia (18. sz.) B. . . . .                       | 452  |
|       | Bábaképzésünk (12. sz.) E. . . . .   | 295   |  | Csöves csontok nyílt törései. (25. sz.) B. . . . .                          | 629  |
|       | Bárzsing diverticulum műtéttel gyógyult esete. (20. sz.) B. . . . .                | 500   |  | Cystomeningokele (52. sz.) B. . . . .                                       | 1080 |
|       | Beszédnevelés (22. sz.) E. . . . .   | 552   |  | Delirium tremens insulin kezelése. (10. sz.) E. . . . .                     | 243  |
|       | B <sub>1</sub> -vitamin vizsgálatok (12. sz.) E. . . . .                           | 295   |  | Dentalis eredetű csonthártya és csontlobok. (6. sz.) E. . . . .             | 143  |
|       | Beszéd élettani tényezői. (26. sz.) E. . . . .                                     | 651   |  | Dermoid tömlő zsírtartalmából miért képződik golyó? (28. sz.) B. . . . .    | 701  |
|       | Betaxin gyógyhatása (50. sz.) E. . . . .   | 1044  |  | Digitalis értékmeghatározás (32. sz.) E. . . . .                            | 797  |
|       | Blastomykosis (50. sz.) B. . . . .   | 1044  |  | Digitalis és strophanthin hatás (50. sz.) E. . . . .                        | 1045 |
|       | Blastomykosis Gilchrist. (19. sz.) B. . . . .                                      | 474   |  | Digitalis- és theobrominmérgezés (50. sz.) E. . . . .                       | 1045 |
|       | Boeck sarcoid (13. sz.) B. . . . .   | 322   |  | Digito-oralis agnosia. (7. sz.) E. . . . .                                  | 166  |
|       | Borda és csigolya fejlődési rendellenessége. (25. sz.) B. . . . .                  | 629   |  | Duplavesék röntgenológiája (18. sz.) B. . . . .                             | 451  |
|       | Bowen-kór (12. sz.) B. . . . .   | 296   |  | Duodenum ruptura. (5. sz.) B. . . . .                                       | 120  |
|       | Bőrcysta, mint a sinus urogenitális fejlődési rendellenessége (19. sz.) B. . . . . | 473   |  | Dystrophia musculorum progressiva (2. sz.) B. . . . .                       | 45   |
|       | Braun horog módosítása. (30. sz.) B. . . . .                                       | 746   |  | Ekg-vizsgálatok terhesség, szülés és gyermekágy idején. (7. sz.) B. . . . . | 166  |
|       | C <sub>4</sub> rendszer donatora. (32. sz.) E. . . . .                             | 795   |  | Elektylhatás a phagocytosis tükrében. (5. sz.) E. . . . .                   | 120  |
|       | Carbamid befolyása az albumin-globulin mennyiségre (32. sz.) E. . . . .            | 796   |  | Elephantiasis (52. sz.) B. . . . .  | 1079 |
|       | Carboligase kérdéséről. (32. sz.) E. . . . .                                       | 796   |  | Elephantiasis analis (50. sz.) B. . . . .                                   | 1045 |
|       | Cardio-intestinalis tünetcsoport (21. sz.) B. . . . .                              | 527   |  | Elhanyagolt szülési esetek (50. sz.) E. . . . .                             | 1045 |
|       | Cavernagyógyulás. (16. sz.) B. . . . .   | 399   |  | Elhúzódó szülés (15. sz.) E. . . . .  | 378  |
|       | Caverna tarsis rupturája (16. sz.) B. . . . .                                      | 399   |  | Elmebeteg meteoropathiája (2. sz.) E. . . . .                               | 46   |
|       | Cerebellaris cysta (18. sz.) B. . . . .  | 452   |  | Elmeorvosok szerepe a büntetés végrehajtásában (47. sz.) E. . . . .         | 1009 |
|       | Chaul-féle közeli besugárzás (2. sz.) E. . . . .                                   | 48    |  | Elmeszedett arteria renalis. (5. sz.) E. . . . .                            | 121  |
|       | Chorea minor nirvanol-kezelése (2. sz.) E. . . . .                                 | 47    |  | Emlőgyulladás Rtg-kezelése. (4. sz.) E. . . . .                             | 97   |
|       |  |       |  | Enzym-chemiai vizsgálatok (25. sz.) E. . . . .                              | 630  |
|       |  |       |  | Epehólyag és epevezeték működése. (6. sz.) E. . . . .                       | 142  |
|       |  |       |  | Epehólyaghiány. (49. sz.) B. . . . .  | 1034 |
|       |  |       |  | Epehólyagműtétek (52. sz.) B. . . . .                                       | 1079 |
|       |  |       |  | Epekóros nők alkata (2. sz.) E. . . . .                                     | 45   |
|       |  |       |  | Epeutak sebészete (29. sz.) E. . . . .                                      | 722  |
|       |  |       |  | Ergobasinhatás újabb adatai. (32. sz.) E. . . . .                           | 797  |
|       |  |       |  | Erysipelas kezelése prontosil készítményekkel. (4. sz.) B. . . . .          | 96   |
|       |  |       |  | Essentialis thrombopenia (50. sz.) E. . . . .                               | 1045 |
|       |  |       |  | Ethmoiditist utánzó haemangioendothelioma. (8. sz.) B. . . . .              | 193  |
|       |  |       |  | Evipan-altatás (51. sz.) E. . . . .   | 1068 |
|       |  |       |  | Extraduralis tályog (8. sz.) B. . . . .                                     | 192  |
|       |  |       |  | Extrapleurális pneumothorax (16. sz.) B. . . . .                            | 399  |
|       |  |       |  | Élelmiszerek B <sub>1</sub> -vitamintartalma (34. sz.) E. . . . .           | 843  |
|       |  |       |  | Érelmeszesedés pathogenesise (22. sz.) E. . . . .                           | 551  |
|       |  |       |  | Érzéstelenítő eljárás kisebb nőgyógyászati műtétekben. (30. sz.) E. . . . . | 747  |
|       |  |       |  | Évszakos anaemia. (33. sz.) E. . . . .                                      | 320  |
|       |  |       |  | Fedett hasi sérülések (30. sz.) E. . . . .                                  | 749  |
|       |  |       |  | Feer-kór (27. sz.) B. . . . .   | 676  |
|       |  |       |  | Fehérje fractiók változása fürdők hatására (34. sz.) E. . . . .             | 844  |
|       |  |       |  | Fehérpatkányszerv histamintartalma. (33. sz.) E. . . . .                    | 320  |
|       |  |       |  | Fejlődési rendellenességek sebészeti orvoslása. (30. sz.) E. . . . .        | 747  |
|       |  |       |  | Fibrinogen isoelektromos pontjáról. (28. sz.) E. . . . .                    | 701  |
|       |  |       |  | Fistula gastrojejunocolica gyógyított esete. (30. sz.) B. . . . .           | 747  |
|       |  |       |  | Fitymaszűkület műtette (14. sz.) B. . . . .                                 | 351  |
|       |  |       |  | Fogfejlődés befolyásolása. (3. sz.) B. . . . .                              | 73   |
|       |  |       |  | Foglalkozási asthma (5. sz.) B. . . . .                                     | 119  |
|       |  |       |  | Forlanini intézet therapiás irányelvei. (2. sz.) E. . . . .                 | 45   |
|       |  |       |  | Frontátvonulás és szülés megindulása (48. sz.) E. . . . .                   | 1022 |
|       |  |       |  | Garatcarcinomák. (21. sz.) B. . . . .                                       | 528  |
|       |  |       |  | Genitalis hypoplasia gyógyítása (19. sz.) B. . . . .                        | 474  |
|       |  |       |  | Gerinc feszes ízületeinek vizsgálata (47. sz.) E. . . . .                   | 1009 |
|       |  |       |  | Gerincvelő szúrt sérülései (49. sz.) B. . . . .                             | 1034 |
|       |  |       |  | Gerincvelői neurinoma (22. sz.) B. . . . .                                  | 559  |
|       |  |       |  | Glaukoma kérdés mai állása (5. sz.) E. . . . .                              | 119  |
|       |  |       |  | Globin és egyéb fehérjék (33. sz.) E. . . . .                               | 820  |
|       |  |       |  | Glykogen eloszlása a szívizomban. (28. sz.) E. . . . .                      | 700  |

| Oldal |  | Oldal |  | Oldal |  |
|-------|--|-------|--|-------|--|
| 1068  | Goethe életében orvosi vonatkozások (51 sz.) E.                                      | 18    | Hydrops foetus universalis. (1. sz.) B.  | 1045  | Kombinált fejlődési rendellenesség (50. sz.) B.                                  |
| 244   | Golyvagöb a légcsőben (10. sz.) B.   | 193   | Hydrorrhoea cerebrospinalis (8. sz.) B.  | 552   | Kongó festék eljárás (22. sz.) E.  |
| 747   | Görckeszelés. (30. sz.) E.   | 843   | Hyperthermia hatása a légzőközpontra. (34. sz.) E.   | 272   | Kürtrák (elsősleges) (11. sz.) B.  |
| 192   | Gümőkór a garatmandulában. (8. sz.) B.   | 844   | Hypertonia és fibrinogen. (34. sz.) E.   | 450   | Koponyatörés fülsérüléssel. (18. sz.) B.   |
| 746   | Gyermekági osteomalacia (30. sz.) B.   | 474   | Hypophysis colloidjának agyaráramlása. (19. sz.) B.  | 501   | Köldök és köldökcsinór ereinek zárókészülékei. (20. sz.) E.                      |
| 676   | Gyomor atonia kérdése. (27. sz.) E.  | 821   | Hypophysisképzés. (33. sz.) E.   | 550   | Labyrinthus sequester. (22. sz.) B.  |
| 376   | Gyomorátífürödés kezelése. (15. sz.) E.  | 527   | Ichthyosis congenita familiaris. 21. sz.) B.   | 142   | Lambliia intestinalis új gyógymódja. (6. sz.) B.                                 |
| 475   | Gyomor- és duodenumelváltozások diff. diagnostikája. (19. sz.) B.                    | 1022  | Idegentest a gyomorban. (48. sz.) B.   | 246   | Lange-féle gacsos térd-torna praktikus eszköze (10. sz.) B.                      |
| 245   | Gyomorfekély gyógyulásának ellenőrzése röntgennel. (10. sz.) B.                      | 1033  | Idiopathicus spontan pneumothorax (49. sz.) B.   | 376   | Leánygyermek gonorrhoeája (15. sz.) E.   |
| 578   | Gyomorfekélyek kórtana. (23. sz.) E.   | 525   | Idült agranulocytosis (21. sz.) B.   | 702   | Légzés központi szabályozása (28. sz.) E.  |
| 452   | Gyomornedvbefecskendezés hatása a gyomorcarcinomára. (18. sz.) E.                    | 549   | Idült tetania. (22. sz.) B.  | 844   | Lép depotseruma. (34. sz.) E.  |
| 15    | Gyomortuberculosis. (7. sz.) B.  | 272   | Ileo-coecalis tuberculosis. (11. sz.) B.   | 796   | Lépfenebacillus polysaccharidája (32. sz.) E.                                    |
| 528   | Haemangioma cavernosum a garatíven. (21. sz.) B.                                     | 844   | Immunanyagok hatása a baktériumok anyagcseréjére. (34. sz.) E.                             | 676   | Lépvénstenosis. (27. sz.) B.   |
| 375   | Haematogen eredetű peritonitis (15. sz.) E.  | 400   | Indirect pneumothorax. (16. sz.) E.  | 46    | Lúdtalpbetét. (2. sz.) B.  |
| 675   | Hand-Schuller-Christian betegség. (27. sz.) B.                                       | 843   | Ingerület kémiai átvitele a pajzsmirigyben. (34. sz.) E.                                   | 628   | Lues congenita tarda (25. sz.) B.  |
| 45    | Hasi aorta aneurisma rupturája (2. sz.) B.   | 165   | Inoperabilis gyomordaganat visszafejlődése palliatív műtét után. (7. sz.) B.               | 167   | Lúgmérgezésről (gyermekkori) (7. sz.) E.   |
| 48    | Hasi betegségek röntgendiagnostikája (2. sz.) B.                                     | 579   | Intézeti és házi szülészet. (23. sz.) E.   | 20    | Lymphogranuloma inguinale (1. sz.) B.  |
| 18    | Hasúri terhesség. (1. sz.) B.  | 527   | Intravenás pyelographia. (21. sz.) E.  | 245   | Lymphogranulomák csontelváltozások. (10. sz.) B.                                 |
| 473   | Házasság előtti orvosi tanácsadás. (19. sz.) E.                                      | 475   | Iskolafogorvosi intézmény a praeventív szolgálatban. 19. sz.) E.                           | 550   | Lymphogranulomák heges végbelsőszűkület. (22. sz.) B.                            |
| 528   | Héges gégelezáródás (21. sz.) B.   | 46    | Iskolai testgyakorlás alóli felmentés. (2. sz.) E.   | 844   | Magnesium hatása a cukorfel szívódásra. (34. sz.) E.                             |
| 844   | Helyi hőingerek és távoli bőrreakciók (34. sz.) E.                                   | 821   | Isotoniás mérszó felszívódása (33. sz.) E.   | 844   | Magnesium hatása a serum iontartalmára. (34. sz.) E.                             |
| 747   | Hemiplegia és szívelégtelenség, nephritis kapcsán. (19. sz.) B.                      | 677   | Izomtúltengések hatása a csontrendszerre. (27. sz.) E.                                     | 551   | Magzatok méhen belül elhalása (22. sz.) E.                                       |
| 19    | H. E. H. hatás vizsgálata infantilis egérméh súlygyarapodásának alapján. (1. sz.) E. | 243   | Izületi zsugorodások (10. sz.) E.  | 525   | Manduladaganat. (21. sz.) B.   |
| 700   | Hernia diafragmatis. (28. sz.) B.  | 998   | Izületképzés az élő szervezetben. (46. sz.) E.   | 622   | Meddőség ritkább esete (26. sz.) B.  |
| 378   | Hibásbeszédűek örökléstana. (15. sz.) E.   | 1081  | Kagylómérgezés (52. sz.) B.  | 375   | Medencében fekvő projectil eltávolítása (15. sz.) B.                             |
| 351   | Hímveszőrák csonkolása. (14. sz.) B.   | 843   | Kalium és acetylcholin különválasztása. (34. sz.) E.                                       | 525   | Medialis combnyaktörések szögélése. (21. sz.) E.                                 |
| 242   | Hold rhythmus az emberi és állati biológiában. (10. sz.) B.                          | 797   | Kalium és calcium sóknak túlélő sejtök áteresztőképességére kifejtett hatása. (32. sz.) E. | 472   | Megacolon. (19. sz.) B.  |
| 551   | Hólyagműtét utáni sebzaródás (22. sz.) E.  | 96    | Kankó kezelése sulfonamid vegyületekkel. (4. sz.) E.                                       | 676   | Megasigmoidum congenitum (27. sz.) B.  |
| 244   | Homloküregoperációk (10. sz.) B.   | 1044  | Kárpátalja katonai közegészségügyi helyzete (50. sz.) E.                                   | 677   | Mellékvese szerepe a csecsemő és gyermekkorai toxikus állapotokban. (27. sz.) E. |
| 578   | Hormonkezelés gyermekkorai kankó esetén. (23. sz.) E.                                | 500   | Keringési psychosis (20. sz.) B.   | 700   | Merev öregújj oka és kezelése (28. sz.) E.                                       |
| 352   | Hosszú hatástartamú insulin-készítmények (14. sz.) E.                                | 1022  | Kettősfalú epehólvag (48. sz.) B.  | 527   | Méhátfűródások (21. sz.) E.  |
| 843   | Hőszabályozás humoralis átvihetősége. (34. sz.) E.                                   | 747   | Kétoldali ureterlekötés gyógyult esete (30. sz.) E.  | 295   | Méhlepény B <sub>1</sub> -vitamin tartalma (12. sz.) E.                          |
| 527   | Húgycsőszűkület kezelése. (21. sz.) E.   | 1081  | Kísérleti szövetkialakítás az élő szervezetben belül (52. sz.) E.                          | 244   | Méhrák késői csontáttelei (10. sz.) B.   |
| 273   | Hydrocephalusok kórtana. (11. sz.) E.  | 119   | Kisvérköri keringési akadály (5. sz.) B.   | 272   | Méregtelenítő synthesisek (33. sz.) E.   |
|       |  |       |  | 821   | Méz alkalmazása csecsemőtáplálásban. (25. sz.) B.                                |
|       |  |       |  | 629   | Méz felszívódása és felhasználása a gyermek szervezetében (25. sz.) B.           |

| Oldal   | Oldal  | Oldal  |
|---|--|--|
| Migráinnel kapcsolatos hyperglykaemiás állapot (49. sz.) E. 1034  | Physikoterápia haladása (21. sz.) E. 529   | Skleroma fajlagos reakciói és kezelése. (15. sz.) E. 376           |
| Mitosis és amitosis kérdéséről. (30. sz.) E. 748                  | Phytohormonról. (34. sz.) E. 843   | Skleroma gyógyított esete. (15. sz.) B. 377                        |
| Mitralstenosis. 20. sz. E. 501                                    | Placentában feltűnően kiterjedt elmeszesedés. (2. sz.) B. 45                       | Skleroma sarjszövet histogeneziséhez. (19. sz.) E. 472             |
| (23. sz.) E. 577  | Pneumonia chemoterapiája (28. sz.) E. 701  | Sklerosis multiplex heveny fellobbanása. (2. sz.) E. 47            |
| Monojódecetsav befolyása vércukor és vértéjsavra (33. sz.) E. 820 | Polycythaemia vera idegrendszeri szövödményei. (27. sz.) B. 676                    | Sugárgomba okozta bőr-blastomykosis. (27. sz.) B. 676              |
| Morbilli complicatiók. (27. sz.) B. 676                           | Poliomyelitis gyógyulási folyamata. (23. sz.) E. 578                               | Spondylarthritis ankylopoetica (24. sz.) B. 604                    |
| Művégtagok és amputációs csontok (21. sz.) E. 529                 | Postoperatív peroneus és tibialis hüdés (18. sz.) B. 452                           | Spontan pneumothorax. (25. sz.) B. 630                             |
| Naevus pigmentosus pilosus. (18. sz.) B. 451                      | Pyelon ureter és hólyagkövek (27. sz.) B. 675                                      | (28. sz.) B. 700   |
| Nehéz fémsók gyógyító hatása (48. sz.) E. 1023                    | Pylorus passage zavar gyermekeken. (3. sz.) B. 73                                  | Stenosis duodeni (11. sz.) B. 272                                  |
| Néptáplálkozás (49. sz.) E. 1035                                  | Pyramiscsücsgenyedések (21. sz.) E. 525  | Sternalpunctio diagnostikai jelentősége. (15. sz.) E. 376          |
| Nitro és amino pyrocatechin származékok (34. sz.) E. 844          | Pyramispályasérülés hatása az extrapyramidalis mozgászavarokra. (27. sz.) E. 678   | Stomatogen gócinfectio szerepe az urologiában. (1. sz.) E. 18      |
| Nő a változás korában. (22. sz.) B. 550                           | Quercitrin hatása (32. sz.) E. 796   | Subfascialis lipoma (24. sz.) B. 604                               |
| Női nemiszervek multiplex primaer rákja. (20. sz.) B. 500         | Radicalis üreg. (8. sz.) B. 191  | Sulfamid készítmények kiürülési viszonyai. (18. sz.) E. 450        |
| Nyakcsigolya ficama. (15. sz.) B. 375                             | Ramadier műtétről. (26. sz.) E. 651  | Sympathicus műtétek elkerülhetők-e? (48. sz.) B. 1022              |
| Nyaki aktinomykosis. (27. sz.) B. 375                             | Reflexoid impulsív emberölés (18. sz.) E. 449                                      | Symphyseolysis és szövődött medencetörés (16. sz.) B. 399          |
| Nyaki csigolya exosthosis okozta nyelési akadály (11. sz.) B. 273 | Repülőgép helyzetváltozásainak hatása a pilóta ekg-jára. (27. sz.) E. 677          | Synthetikus adrenalin-antigen (33. sz.) E. 820                     |
| Nyálkó a glandula submaxillarisban. (8. sz.) B. 193               | Régi és mai cipőviselet (10. sz.) B. 246   | Szabályozható kórházi ágy comb- és alszársín (8. sz.) B. 190       |
| Nyelés hatása az ekg-ra (34. sz.) E. 844                          | Roncsolt kéz plasticája (48. sz.) B. 1022  | Szakaszos genyvizsgálat, emphysemák prognózisában (30. sz.) E. 748 |
| Nyelőcsőképzés (15. sz.) B. 375                                   | Röntgenbesugárzás hatása a buzatermésre (32. sz.) E. 795                           | Szervezet munkaképességének befolyásolása (34. sz.) E. 844         |
| Nyelőcső körüli phlegmone. (21. sz.) B. 529                       | Röntgendiagnostikai tévedések (11. sz.) B. 273                                     | Sziklacsont-csúcs tályog (51. sz.) B. 1068                         |
| Nyílt könyök ficam (52. sz.) B. 1081                              | Röntgensugarak jelentősége az endokrin elváltozások klinikájában (27. sz.) B. 675  | Szív Rtg.-vizsgálatának sportorvosi vonatkozásai (24. sz.) E. 604  |
| Oestradiol (33. sz.) E. 820                                       | Röntgenvizsgálat jelentősége az urológiai sebészetben. (30. sz.) E. 746            | Szív fejlődésmechanismusa (17. sz.) B. 424                         |
| Oestradiol és származékai. (33. sz.) E. 821                       | Ruganyos rostok fejlődése szívsebekben (28. sz.) E. 701                            | Szívizom betegségeinek ekg-diagnosisa (9. sz.) E. 221              |
| Oleothorax (49. sz.) B. 1035                                      | Sarjszövetről (33. sz.) E. 819   | Szoptatási nehézségek kezelése (49. sz.) E. 1034                   |
| Ólommérgezéskor vizsgálatok (32. sz.) E. 797                      | Sárgaság, mint sebészi megbetegedés. (2. sz.) E. 45                                | Szűk medence vizsgálata (26. sz.) E. 652                           |
| Ondószálcák képződése (13. sz.) E. 323                            | Schubert műtét értéke egy év után. (14. sz.) E. 351                                | Szülés előtti magzati elhalálozás (49. sz.) B. 1035                |
| Optikai mérések. (29. sz.) E. 723                                 | Sectio caesarea transversalis (27. sz.) E. 676                                     | Szülési shock (15. sz.) E. 377                                     |
| Orbánc gyógyítására újabb készítmények (5. sz.) E. 120            | Sejtek, szövetek kóros tüneteit szemléltető biophysikai módszerek. (5. sz.) E. 119 | Szülések havi ingadozása (26. sz.) E. 652                          |
| Osmosis és semipermeabilis hártya (32. sz.) E. 796                | Selyemlepke peték lélekzése (32. sz.) E. 796                                       | Takata—Ara reakciót helyettesítő kémlés (48. sz.) B. 1022          |
| Osteomyelitis cranii. (30. sz.) B. 749                            | Sensibilizálás hatása histamincholin-acetylcholin-érzékenységre. (33. sz.) E. 820  | Tbc-s cavernák gyógyítása (49. sz.) B. 1035                        |
| Otogen meningitis (51. sz.) B. 1068                               | Silicium photometriás meghatározása. (32. sz.) E. 796                              | Tegmenáttörések (8. sz.) B. 192                                    |
| Pajzsmirigybetegségek sugaras kezelése. (25. sz.) E. 629          | Silicosis vizsgálatok (5. sz.) E. 120  | Tehenészcsomó (8. sz.) B. 192                                      |
| Pansinusitis (8. sz.) B. 193                                      | Skleroma fajlagos gyógykezelése (8. sz.) E. 190                                    | Terhességi hegyesfüggőly kezelése (18. sz.) E. 451                 |
| Paprikanedv és epehólyagreflex. (30. sz.) E. 747                  |  | Terhességi pyelitis operált esete (12. sz.) B. 294                 |
| Paradox hormonkezelés a nőgyógyászatban. (11. sz.) E. 272         |  | Tetanus esetek (48. sz.) E. 1023                                   |
| Paratrachoma (50. sz.) E. 1044                                    |  | Thalamus tájú tumor (18. sz.) B. 453                               |
| Partialis beszámíthatatlanság. (18. sz.) E. 449                   |  |  |
| Pellagra szerű kép elmebeteg (11. sz.) E. 273                     |  |  |
| Periarteriitis nodosa (50. sz.) B. 1045                           |  |  |
| Peripheriás ideg O <sub>2</sub> elhasználása. (34. sz.) E. 844    |  |  |
| Petefészekdaganat (15. sz.) B. 377                                |  |  |



|  |  | Oldal |  |  | Oldal |  |  | Oldal |
|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|
| Thermoelektromos vizsgálatok (34. sz.) E.                              |  | 843   | Tüdőgumma (20. sz.) B.   |  | 501   | Vestibularis nystagmus (27. sz.) E.                              |  | 677   |
| Thymus permagnus congenita (21. sz.) B.                                |  | 526   | Tüdőgümőkór sebészi kezelése (12. sz.) E.  |  | 296   | Véglény jelentősége az élet-tani bűvárkodás számára (32. sz.) E. |  | 795   |
| Thyroxin idegek útján történő vándorlásáról. (34. sz.) E.              |  | 844   | Tüdősérvt (49. sz.) E.   |  | 1034  | Vér cukortartalmának meghatározása (25. sz.) E.                  |  | 630   |
| Thyroxin anyagcsere hatása (34. sz.) E.                                |  | 843   | Tüdő ruganyos rostrendszerének viselkedése (19. sz.)   |  | 473   | Vérnyomás és fibrinogen (34. sz.) E.                             |  | 844   |
| Tonocholin a pszichiatriában (10. sz.) E.                              |  | 243   | Túszőhormon hatása a vérképzésre (23. sz.) E.  |  | 578   | Vérplasma befolyása insulin hatására (33. sz.) E.                |  | 821   |
| Toxikus enkephalosis (29. sz.) E.                                      |  | 724   | Újabb kutatások eredménye a gyakorló orvos szempontjából (Idegyógyászati, sebészeti szempontok) (17. sz.) E. |  | 424   | Vérsavók érszűkítő anyagai (34. sz.) E.                          |  | 843   |
| Törések katonai szolgálatban (2. sz.) B.                               |  | 48    | Újszülöttek golyvája (19. sz.) B.  |  | 473   | Villamos ideg-izomvizsgálat megkönnyítésére rajzok (30. sz.) B.  |  | 746   |
| Traumás behatás okozta peritonitis (26. sz.) B.                        |  | 652   | Ulcus pepticum doudenii (27. sz.) B.   |  | 676   | Villanyáram okozta sérülés (12. sz.) B.                          |  | 295   |
| Tuberculosis cutis luposa fajtájának kezelése (46. sz.) B.             |  | 998   | Ureterdaganatok (1. sz.) B.  |  | 18    | Virustenyésztés (33. sz.) E.                                     |  | 819   |
| Tuberculosis elleni küzdelem Olaszországban (28. sz.) E.               |  | 700   | Ureterkövek eltávolítása (1. sz.) E.   |  | 18    | Vizelet jódszáma (30. sz.) E.                                    |  | 747   |
| Túlélő sejtek áteresztőképességének mérése festékek révén (32. sz.) E. |  | 797   | Ureterszájadékról érintő irányú felvétel (5. sz.) E.   |  | 121   | Vonatkoztatási élmény körlelektana. (27. sz.) E.                 |  | 678   |
| Túlhordott terhesség (25. sz.) B.                                      |  | 628   | Urológiai betegségek gyógyítása Rtg-sugarakkal (18. sz.) E.  |  | 451   | Vörheny-orr-és szemüregi szövdményei (7. sz.) E.                 |  | 166   |
| Tüdőalveolusok histophysiológiája. (33. sz.) E.                        |  | 819   | Vas-és rézetetés (32. sz.) E.  |  | 796   | Vörösvérsejtsülyedés értéke a nőgyógyászatban. (1. sz. E.)       |  | 19    |
| Tüdőalveolus hysto-physiológiája (49. sz.) E.                          |  | 1034  | Vándorvese kezelése (13. sz.) E.   |  | 323   | Vulva carcinoma (2. sz.) B.                                      |  | 45    |
| Tüdő és légmell hőmérsékletére vizsgálatok (16. sz.) E.                |  | 399   | Vegetatív tonus (33. sz.) E.   |  | 820   | Zinkprotamin hatása a vércukorra (14. sz.) E.                    |  | 352   |
|  |  |       | Vesehaemangioma (21. sz.) B.   |  | 526   | Zsír szövet rendelkezés újszülöttön (11. sz.) B.                 |  | 272   |
|  |  |       | Vesekörüli állományban perforált vesekő (18. sz.) B.   |  | 450   |  |  |       |
|  |  |       | Vesecysták (5. sz.) E.   |  | 120   |  |  |       |

## SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

| Oldal                  | Oldal                   | Oldal                 | Oldal                        | Oldal                     |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| Adler Rácz Antal 729   | Cammarella Károly 490   | Fátyol Csongor 336    | Hazay Lajos 228              | Kiszely György 616        |
| Alföldy Jenő 232       | Cseh Imre 130           | Fekete Antal 812      | Heller Imre 639              | Kleiner György 356        |
| v. Ambrus József 740   | Cser Lajos 60           | Fekete Sándor 201     | Hermann Károly 951           | Klimkó Dezső 1051         |
| Andik István 481       | Csillag Ferenc 11, 35   | Fernbach József 429   | Herzog Ferenc 353            | Kluge Endre 296           |
| Angyal Lajos 149       | Csillag Sándor 887      | Fesch István 1053     | Hollósi Károly 109           | Kolbenheyer Zoltán 669    |
| Arany György 594       | Czibor Pál 563          | Fényes István 262     | Horányi Béla 307             | Kollarits Jenő 506        |
| Ari Lajos 56           | Czokrász Ida 365        | Follmann Jenő 705     | Horn Zoltán 315              | Kopits Jenő 53            |
| Armentánó Lajos 88     | Dajbukát Jenő 354       | Fóris Lóránt 460, 863 | Horváth István 784           | Korányi András 879        |
| Ángyán János 481       | Daubner Erzsébet 668    | Fórizs Ödön 184       | Horváth László 237           | Kovács Ákos 965           |
| Árokháty Vilmos 134    | Dávid Margit 901        | Friedrich László 1016 | Huzella Tivadar 301          | Kovács Ernő 899           |
| Bakács György 788      | Dederding Dida 77       | Friesz Jenő 667       | Illényi Andor 206            | Kovács Ferenc 657         |
| Bajkay Tibor 209       | Dellamartina Ferenc 486 | Frigyesi József 583   | Ilyés Géza 1049              | Kovács Ferenc 687         |
| Bak Robert 307, 393    | Dobay Miklós 908        | Gallé Tibor 177       | Ipolyi Ferenc 66, 260        | Kökény Dezső 234          |
| Balázs Gyula 893       | Dóczy János 897         | Gál Félix 281         | Jeney Endre 2, 25            | Kőváry István 643         |
| Baló József 609        | Dorogi Lajos 900, 945   | Geffert Károly 636    | Johan Béla 101               | Kuchárik József 390       |
| Barla-Szabó József 593 | Dósa András 537         | Geldrich János 809    | Joó Béla 1073                | Kulcsár István 78         |
| Bálint Gyula 917       | Dreguss Miklós 464      | Gidró László 759, 781 | Joó István 661               | 107, 341, 665, 855        |
| Bárdossy István 362    | Dubóczky Béla 989       | Goreczky László 936   | Juba Adolf 210, 405          | Kup Gyula 36              |
| Belák Sándor 558       | Dudás Pál 935           | Greiner Károly 971    | Kallay Ferenc 757            | Laczka Sándor 692         |
| Benczúr Gyula 586      | Dziobek László 130      | Grósz Emil 20, 939    | Kallós József 540            | Lajos László 620          |
| Benedek László 149     | Dzsinich Antal 177      | Guszmán József 633    | Kassai Antal 465             | Lajtavári László 107      |
| Berencsi György 936    | Ebergényi Sándor 948    | Gyárfás Kálmán 933    | Kassay Dezső 37, 838         | 665                       |
| W. Berger 681          | Eszenyi Margit 307      | Hajós Károly 358      | Kecskés Zoltán 65            | László Géza 825           |
| Beznák Aladár 277      | Fa Imre 669             | Halász Mihály 157     | Keller Kálmán 590            | Lehoczky Pál 679          |
| Bíró Imre 832          | Falus Andor 358         | Hargita Géza 111      | Kenedy Dezső 180             | 1010                      |
| Bobory Béla 518        | Faragó Pál 358          | Hattyásy Dezső 753    | Kerpel Fronius 812           | Lehoczky Tibor 307        |
| Boros József 381       | Fazakas Sándor 980      |                       | Ödön 438, 812                | Magyar Imre 1071          |
| Bud György 257         |                         |                       | Kiss Lajos 29                | Manninger Vilmos 942, 957 |
| Burger Károly 1001     |                         |                       | Kiss Pál 225, 386, 511, 1053 |                           |
|                        |                         |                       | Kibédi Varga Aladár 923, 932 |                           |



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## Beköszöntő

Egy új esztendő küszöbén állunk és nem tudjuk mit rejt magában. Tragikus sorsok és nagy erőfeszítések vetik előre árnyékukat és a népi gondolat átformáló erejének dübörgését halljuk a jövő ködéből. Mindenkit próbára tesz az eljövendő új kor, mindenkre nagy feladatok várnak s az egyéni érték ígérkezik a nagy rohanásban az egyedüli ellenálló és fenntartó erőnek; — egymagában is és összefogva család, osztály és nemzet formájában is.

A világnézetek és nemzetek élet-halál harcában csak az állhat meg győztesen, aki hivatásának, munkájának komoly értékét hordozza magában. Aki a küzdő pártok, országépítő nemzetek nem nélkülözhetnek, mert ilyenekre akarják felépíteni új világukat. És van-e a népi gondolat megvalósításának sarkalatosabb pontja, mint a nép egészsége és ez óriás terv munkájában van-e nagyobb egyéni érték, mint egy jól képzett, hivatása és tudománya magaslatán álló orvosi kar?

Itt látjuk e küzdelmekkel teljes jövőben a mi rendeltetésünket egyetemek és kórházak mellett és a saját egyéni értékük fejlesztésének szent kötelességében reánk kell hogy találjanak a magyar orvosok. Kicsinyek és nagyok, falvakban profétamissziót teljesítők és nagy városokban küzködők, mert reájuk bízva, tőlük várja Nép és Állam cselekvőképességének fenntartását és hódítóerővé válását.

Kartársak! Egy nép, egy nemzet bizalma mélyen megtisztelő és komoly feladatokra kötelez. Össze kell, hogy fogjunk: mi, hogy mindent nyugtassunk, amire olvasóinknak továbbképzésük terén szükségük van; Önök pedig kell hogy mindent megragadjanak, ami önképzésüket szolgálja. Amit a Hetilap nyújtani tud, annak hű tükre mai mutatószámunk magas színvonalú „klinikai előadásával”, egyetemek és kórházak műhelyeiből kikerült betegészleleti, diagnostikai és therapiás cikkeivel, irodalmi szemléjével, melyben közöljük ezentúl az egy héttel azelőtt megjelent elterjedtebb külföldi hetilapok tartalmát is. — Részletes tudósítást adunk minden orvos-egylet és szakosztály tudományos üléséről, foglalkozunk nagy vonalakban társadalmi kérdéseinkkel, rendi érdekeinkkel és végül „vegyes híreinkben” egyetemi, egészségügyi és természettudományi világeseményekkel, személyi hírekkel. — Végül 11-ik, ünnepi évfolyamát kezdjük 8 hasábos gyakorlati mellékletünknek, melyben nagy tapasztalatú szakemberek adnak diagnostikai tanácsokat, gyakorlati útmutatásokat a mindennapi életben előforduló kérdésekben és kórformákban.

Mekezdjük ez év januárjában Dalmady Zoltán kitűnő hátrahagyott kéziratának fejezetként közlését számos ábrával „Gyógymasszázs és Mechanotherapia” címen, mit Benderek István és Külley László szakorvosok dolgoztak át a mai kor kívánalmai szerint.

Minden régi és új előfizetőnk megkapja közkedvelt „Orvoskari Naptár”-unkat a négy magyar egyetem orvostanárai és magántanárai, valamint a két ministerium személyzetének címeivel.

Programmunk elmondása azonban nem ad még tiszta képet arról az értékről, amivel az Orvosi Hetilap az orvosok nemzetmentő és népnevelő munkájában részt óhajt venni. Erről csak akkor szerezhetünk tudomást Kartársaink, ha több héten át olvassák lapunkat és élvezik annak hasznát. Erre a megismerésre akarunk alkalmat adni úgy, hogy ha Kartárs Ur a mellékelt csekken csak 2 P-t is beküld, két hónapon át küldjük lapunkat azon reményben, hogy annak elteltével megkedveli azt, meggyőződik nélkülözhetetlenségéről és előfizetőink táborába lép.

Mert hogy hivatásunkat teljesíthessük, hogy a magyar orvosoknak azt nyújthassuk, ami tájékozódásuk és tovább képzésük érdekében áll, pártfogásukra is szükségünk van, hogy ne csak „olvasóink”, hanem „előfizetőink” táborába lépjenek. A mi munkarészünk értéke aszerint fog nőni, amint előfizetőink száma emelkedik. Tele vagyunk lelkesedéssel és tervekkel lapunk fejlesztését illetőleg s arval a reménnyel bocsátjuk útjára első számunkat, hogy Orvostársaink pártfogása lehetővé fogja tenni azok valóraváltását.

Kartársi üdvözlettel:

VÁMOSSY ZOLTÁN

Előfizetési módzataink a borítólapon fejlécen olvashatók.

## TARTALOM:

- Vámosy Zoltán:** Beköszöntő. (1. oldal.)  
**Jeney Endre:** Klimatikus tényezők és betegségek. (2—6. o.)  
**Melcer Miklós, Sipos Károly és Venkei Tibor:** Általánosuló, halált okozó lymphogranuloma inguinale. (6—8. oldal.)  
**Mező Béla:** Adatok a vesevérzések kóriszmzéséhez és a gyuladós eredetű vesevérzések műtétéhez. (9—11. oldal.)  
**Csillag Ferenc:** Szemhéji keményfekély. (11. oldal.)  
**Ökrös Sándor:** Dohos búza vizsgálata orvosszakértői szempontból. (11—13. oldal.)  
**Benderek István:** Gyógymasszázs és mechanoterápia. (13—14. oldal.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—8. oldal.)  
**Irodalmi szemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Urologia. (15—17. oldal.)  
**Könyvismertetés:** (17—18. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (18—20. oldal.)  
**Grósz Emil:** † Liebermann Leó. (20. oldal.)  
**Lapszemle:** (20—21. oldal.)  
**Vegyes hírek és Hetirend:** (21—24. oldal.)

## Klimatikus tényezők és betegségek\*

(Klinikai előadás.)

Irta: Jeney Endre dr. egyet. ny. r. tanár.

Az időjárásról beszélni társaságban unalmas themának tartjuk. Mégis az átlagember legtöbbet az időről beszél, mert érzi, szüntelenül tapasztalja, hogy az időjárásban megnyilvánuló klimatikus tényezők kihatásai milyen kimondhatatlanul nagyok és széles terjedelműek, mert a mezőgazdaságra, a népjólétre, az államháztartásra és végeredményben az egész emberiség megélhetésére, szaporodására és boldogságára döntő befolyást gyakorolnak. — Érthető tehát, ha mindenki egy kissé meteorologus és klimatologus akar lenni. Elsősorban a mezőgazda, akinek mindennapi tapasztalata, hogy a növény és állatvilág elterjedése, a virágzás kezdete, a gyümölcsérés bekövetkezése, a silány, vagy bőséges termés, mind-mind az éghajlati viszonyoktól függenek.

Csak az ember az az élő lény, amely műveltsége segítségével nagy mértékben függetlenítette magát az éghajlati viszonyoktól. Egyaránt meg tud élni — 68 C° és +56 C° hőmérsékletű helyeken, mert a külső kedvezőtlen viszonyok ellen célszerű magatartásával küzdeni tud. Ha az embernek módjában is áll ilyen szélsőséges viszonyokhoz alkalmazkodni, ez még nem azt jelenti, hogy ez a képessége egyszerűen veleszületett volna. Hiszen azt olvashatjuk, hogy az Andesekben (4—5000 m. magasságban) született gyermekeknek kb. 20%-a már élete első óráiban elpusztul az O<sub>2</sub> részleges nyomásának alacsony volta miatt. A fejlődő szervezet lassú, fokozatos alkalmazkodása teszi lehetségessé nemcsak az életbenmaradást, hanem az életrevalók számára a megélhetéshez szükséges munkateljesítőképeséget a kedvezőtlen külső viszonyok között. Az így alkalmazkodott szervezet a másokra egészségtelen, de a maga számára megszokott környezetet már természetesnek, egészségesnek találja. Egészségében zavarokat csak akkor érez, ha külső életviszonyai hirtelen megváltoznak, mint pl. a mélyvizi tengeri hal, — ha a rendkívül magas nyomás alól hirtelen egy légköri nyomás alá kerül. A klimatikus tényezők hatásának megítélése tehát mindig attól függ, hogy azokhoz már előzetesen alkalmazkodott élő szervezetekről van szó, vagy nem.

Klíma (éghajlat) alatt értjük —, amint tudjuk — valamely nagyobb területen a légköri elemek közepes állapotát. Ezek a légköri elemek egymástól függetlenül is váltakozhatnak, de sohasem hatnak egymagukban, az egyes elemek különböző fokozatai a legkülönbözőbb kombinációkban érvényesülhetnek, az egyes földrajzi

helyeken és különböző időpontokban. *v. Humboldt* (1849) is azért találta nehéznek a klimatikus tényezők hatásának elemzését, mert ha sikerül is egyes tényezők hatását pontosan megállapítani, más ismert, avagy ismeretlen klimatikus tényezők egyidejű hatásai megzavarhatják, elhomályosíthatják észleléseinket.

Az élők szervezete és különösképpen a nagymértékben domesticált emberi szervezet tekinthető az egyedüli olyan jelző, reagáló berendezésnek, amely a meteorológiai tényezők egymásba fonódó hatásáról, azoknak előnyös, vagy hátrányos voltáról egyszerre és egymagában képes bennünket tájékoztatni. Ez a tájékoztatás azonban — sajnos — nem elég konkrét jellegű, hiszen a legtöbbször csak közérzetbeli homályos panaszokban nyilvánul meg.

Jelen előadásomban — természetesen — nem vállalkozhatom arra, hogy ezeknek a tényezőknek a szerepét egyenként és in extenso ismertessem. Az alapismertetek részletezésére ebben a körben nincs is szükség. Erre elegendő idő sem áll rendelkezésemre. Hiszen az egyes fejezetekről külön-külön lehetne egy-egy előadást tartani. Így meg kell elégednem azzal, hogy az egyes fejezetekből kiemelem azokat a részeket, amelyek újabb megvilágításba kerültek és így a továbbképző előadás keretén belül külön figyelemre méltandók.

A) Így a *levegőnyomásra* vonatkozólag szükségesnek tartom megemlíteni, hogy a légnyomás-ingadozásokat újabban millibarokban tüntetik fel a meteorológiai térképeken. 1 atm. = 760 mm Hg = 1000 millibar., 1 millibar tehát = 0.76 mm Hg. A légnyomás természetes ingadozása ugyanazon a földrajzi helyen aránylag nem nagy mértékű. Nálunk a légnyomás évi ingadozása 60 Hg. mm.-en alul marad. *Igen magas légnyomás* elviselésére az ember számára csak mesterséges körülmények között adódik alkalom. A caisson-munkások és búvárok legfeljebb 5 atm. túlnomásnak tehetik ki magukat. A fokozott nyomás alatt a légzés, a pulsus lassúbb lesz, a kilégzés phasisa megnehezedik; a bőr elhalványodik, a dobhártya behúzódik, az izommunka és hőszabályozás nehezített lesz. — Hosszú ideig ilyen körülmények között dolgozva tüdőtágulás, ingerlékenység, chronikus agyvelváltozások, esetleg elbutulás következhetnek be. Acut életveszélyes complicatiók onnan származnak, hogy a nyomás alatt physikailag tömegesen elnyelt O<sub>2</sub> és N<sub>2</sub> a vérben gáz alakjában felszabadul, ha a decompressio túl gyorsan történik. Minthogy a működő szövetek az oxygent elfogyasztják, tulajdonképpen a physikailag absorbeált N<sub>2</sub> szolgáltat alapot a complicatiókra. Különösen a zsírok által magas nyomáson felvett gázok felszabadulása a hirtelen nyomáscsökkentés alkalmával eredményezhet légemboliákat. — A zsírok ugyanis N-ből kb. ötször annyit nyelnek el, mint más szövetek. Ezért kővér embereknek nem szabad ilyen munkára vállalkozniuk, vagy legalább is az ilyen em-

\* Az Erdélyi Múzeum-Egyesület 1939. aug. 28—30-án Tordán tartott vándorgyűlésén, aug. 30-án tartott előadás.

bereknek különösen kell ügyelnie arra, hogy a légnyomás csökkentése a munkahelyről távozás előtt csak lassan, pontos ellenőrzés mellett menjen végbe. 1 atm.-nyi nyomáscsökkenést csak 20 perc alatt szabad végrehajtani. A caisson-munkások csak 20—50 év közötti egyének legyenek olyanok, kik sem nem kövérek, sem nem gyenge testalkatúak, légzési zavarokban, fülbetegségben nem szenvednek, sérveik nincsenek és nem alkoholisták. Állandó orvosi ellenőrzése a munkásoknak feltétlenül szükséges, ha a munka 2.5 atm. túlnyomás mellett történik.

A légnyomás másik irányú ingadozása, t. i. *nagyobb fokú csökkenése* azóta érdeklő inkább az emberiség széles rétegeit, amióta a repülési technika magasra fejlődött és a repülőgép, mint közlekedési eszköz mind nagyobb népszerűsége tette szert. A levegőben felfelé haladva, az alsó rétegekben 11 m-ként 1 mm-el csökken a légnyomás, 10.500 m. magasságban a légnyomás már csak 202 Hg. mm-t tesz ki. Az alacsony légnyomás hatását azonban mesterséges körülmények között, ú. n. pneumatikus kamrákban is lehet tanulmányozni. Ilyen módon teszik próbára az aeronautikai laboratóriumokban a pilótajelölteket, testi és szellemi teljesítő-képességükre vonatkozólag. A légnyomás fokozatos esése során az O<sub>2</sub> éhség fokozódása a leglényegesebb, de nagy jelentősége van annak is, hogy a fokozott légzés útján a szervezet magából elfújtatja a CO<sub>2</sub>-t. Az 5000 m. magasságra felrepült egyén olyan atmosphaerába kerül, amelyben csak 11% az O<sub>2</sub>. Minthogy a kísérletek szerint a vér Hb.-ja ilyenkor is még 92%ban telített O<sub>2</sub>-vel, valószínű, hogy az O<sub>2</sub> felvételét kedvezőtlen viszonyok között valami activ vegyi folyamat segíti elő a vérben. Másfelől okunk van felvenni azt, hogy az O<sub>2</sub> leadása a szövetekben, az oxyhaemoglobin disszociálása megnehezített magaslati vidéken. Az O<sub>2</sub> részleges nyomásának csökkentése esetén kiegyenlítő jelentőséggel bír: a vérkeringés és légzés gyorsulása, továbbá a vér besűrűsödése a nagyfokú elpárolgás következtében. Ha ez az átmeneti szabályozás nem elegendő, fáradás, szívdobogás, nagyobb légszomj, szédülés, fejfájás, hányás, ájulás, vérzések, a „hegyibetegség” tünetei jelentkeznek. A vérben a nagy testi munka alatt kezdetben megszorodott CO<sub>2</sub> a légzési központot erősen ingerli, ami a CO<sub>2</sub> kifújtatásához vezet, a CO<sub>2</sub> megfogyása a vérben pedig a vér kémhatásának alkalotikus irányban eltolódását hozza létre.

$$H = K \frac{H_2CO_3}{NaHCO_3} = \frac{1}{20}$$

A vérkémhatás eltolódása alkalotikus irányban akadályozza az oxyhaemoglobin disszociációját, tehát az O<sub>2</sub> leadását a szövetek felé. A magaslati vidékeken tehát a szervezet kevesebb O<sub>2</sub>-t vesz fel és a felvett O<sub>2</sub>-t nehezebben tudja felhasználni. Azt hiszem, nem tévedek, ha ebben a folyamatban vélem megtalálni a magaslati kúra kedvező hatását a Basedow-kórban szenvedő betegekre. A magaslati klimán az alacsony légköri nyomás mellett a levegő hidegsége, szárazsága, pormentessége, csiramentessége és az intenzív ultraibolya sugárhatás érvényesül. Az ultraibolya sugarak anyagcsereélénkítő hatását itt nem nyomja el a külső levegő magasabb hőmérséklete. A bőrerek — a külső hideg hőmérséklet ellenére — a légnyomáscsökkenés miatt aránylag tágabbak. A nyomás alacsonyabb volta miatt a tüdők vérellátása is fokozott, ami chronikus tüdőbetegségek gyógyulására előnyös lehet. Az O<sub>2</sub> részleges nyomásának csökkenése miatt azonban az acut tüdőgyulladás magaslati vidékeken sokkal veszedelme-

sebb, hiszen ott a légzés belégzési phasisa nehezített. A „hegyi betegség” előbb leírt tünetcsoportja kialakulásában a csökkent légnyomás mellett résztvesz a hideghatás, a megerőltető izommunka, a légköri elektromosság változása és a magaslati levegő szárító hatása, amely utóbbi tényező a jólismert kezdeti relativ polycythaemia-t idézi elő. A repülőgéppel, ballonnal, vagy más közlekedési eszközzel hirtelen magasraszállás alkalmával az ember egészen idegen helyzetbe kerül, mert nincs elég ideje az alkalmazkodásra. Egy vadász-repülőgéppel 5—6 perc alatt 5000 m-re, 18 perc alatt 8000 m-re lehet felemelkedni. Ilyenkor lehetségesnek kell tartani még azt is, hogy a túlgyors felszállás következtében a vérben physikailag elnyelt gázok felszabadulnak és hab képződik benne. A bekövetkező halál létrejöttében a tüdő hyperaemiának és az ebből következő jobb-szív túlterhelésnek is nagy szerepet tulajdonítanak. (Heger). Az ausztriai „Zugspitzbahn”-nal 20 perc alatt 1900 m-re lehet emelkedni; egy-egy ilyen felemelkedés ismételtén végzetessé vált szív- és érbetegségben szenvedő egyének számára. A repülők az első veszélyes zónával 4500 m-en találkoznak. Nők a tapasztalat szerint valamivel jobban bírják az O<sub>2</sub> részleges nyomásának csökkenését. A veszélyes zónában előbb fáradtság, a gondolkodás gátlása, az észlelések fogyatékosága, majd akaratgyengeség, mozgási képtelenség, euphoria következik be, mielőtt a halál az O<sub>2</sub> elfújtatása miatt fulladási érzés hiánya mellett beáll. Az így bekövetkező halál az euthanasia egyedüli esetének tekinthető. Öntudatvesztés, nyálkahártya és fülvérzések a többi tünettől együtt nemcsak nagy magasságokban következhetnek be, hanem a repülőgéppel végzett hirtelen helyzetváltozásokra is, így siklórepülések alatt; szűk téren történő fordulások alkalmával u. i. erős centrifugális erő érvényesül, ami 5—6-szor nagyobb, mint a nehézségi erő. Ugyanennyiszor lesz nehezebb a szív számára az agy vérellátása. Látás- és öntudatzavarok jelentkeznek ilyenkor, *szívrepedés* is előfordult. A bégázok a csökkent légnyomás mellett kitágulnak, — 1/2 atm. mellett épen kétszer akkora terjedelműek lesznek, — a felpuffadt belek a rekeszt feltolják és a légzést igen megnehezítik. Ezért repülésre vállalkozás előtt csak könnyű diétát szabad fogyasztani. A tuba Eustachii hurutja esetén repülni nem szabad, mert ez lehetetlené teszi a középfülben uralkodó nyomás kiegyenlítését.

A repülőgép himbálózása „levegő betegség”-et okoz, ami azonos a tengeri betegséggel. A gyakori vizelési inger jelentkezése részben physikai okokból, részben talán vesehyperaemia miatt történik.

A nemzetközi megállapodások szerint közlekedési pilóták csak 19—45 éves emberek lehetnek, akiknek látásélessége mindkét szemén üvegcorrectio nélkül 100%, sérvük, visszértágulásaik, szem-, fül-, idegbetegségeik, szív- és légzési nehézségeik nincsenek. Erős dohányosok és alkoholfogyasztók sem alkalmasak erre a szolgálatra.

A közeljövőben várható stratosphaerarepülés bizonyára új követelményeket fog állítani az emberekkel szemben.

B) A *hőmérséklet hatások* eléggé ismeretesek. Erős hőingadozások a bőrereket foglalkoztatják, tornáztatják, ezáltal élénkítőleg és edzőleg hatnak. Erős hőingadozások érvényesülnek, különösen akkor, ha különböző hőmérsékletű levegőtömegek, ú. n. „levegő testek” találkoznak. Így pl. a hideg égővön, a kontinentális klíma alatt. Az ilyen klíma erősen ingerlő és edző hatású.

Ha valaki elszokik a hőingadozásoktól, így pl. meleg tengeri klíma mellett, az könnyen elpuhul, elveszti

a capillarissai reakcióképességét. A nem edzett, pihenő, izzadt embert már csekély légáramok ( $\frac{1}{2}$  m/mp.-nál kisebb) lehűtik, ha egyes körülírt testrészeket érintenek. Ezért az ú. n. „légvezetők” jelentőségét nem szabad lebecsülni, mert enyhe fuvallatoknak aránylag erős a lehűtő hatása, ha huzamosan tartanak, mert a szervezet kevésbé energikusan védekezik velük szemben. A számítások szerint az elpárolgás a nedves testrészeiről a szélső sebesség négyzetgyökével arányos. (Hűtőhatás  $\propto \sqrt{\text{szélső sebesség}}$ .) A légáramoknak erős a hűtő hatása, mert a hő elvezetését a testet körülvevő levegő állandó kicserélésével rendkívül megkönnyítik. (Ezek az ú. n. convectiós áramok.)

A hőhatásokat mindig complicálja a levegő nedvességtartalma. Physiologiailag csak a relatív nedvességnek van jelentősége, tehát annak, hogy a valóban jelenlévő nedvesség hány százalékát teszi ki az adott hőmérséklet és nyomás mellett lehetséges maximalis nedvességnek. A relatív nedvesség a kontinensünkön átlag 70—80%, télen 75—85%, nyáron 65—75%. Viharban 95%, pusztákon, sivatagokban csak 15—30%. Napi maximuma reggel, napfelkeltekor van, napi minimuma délután 2—4 óra között.

A levegő hőmérséklete, nedvességtartalma és a légnyomás együttesen szabják meg a hőszabályozásunk módját és mértékét. Azt t. i., hogy főként fizikai, vagy vegyi úton igyekezzünk fenntartani testünk homeo-thermiáját. Hideg környezetben, csekély nedvesség mellett hőszabályozásunk főként vegyi úton történik; a hőtermelés fokozódik, a hőleadás csökken, igyekezzünk calória-dús táplálékot felvenni; meleg környezetben fizikális hőszabályozásunkat vesszük igénybe: fokozzuk a hőleadásokat, izzadunk, szellős ruházatban járunk. A hőtermelésünket csökkentjük; a tropusokon az emberek ösztönösen kerülnek a nagyobb fizikai munkát. Nyílt területen, száraz levegőben könnyebben tudunk védekezni a magas hőmérséklet ellen, mint zárt helyen, vagy olyan helyen, ahol a magas hőmérséklet mellett magas a levegő nedvességtartalma.

A hőmérsékleti behatások egyénenkénti megítélésére irányadó a bőr hőmérséklete, valamely, ruhával nem fedezett részén testünknek. Több okból a homlok bőrének a hőmérsékletingadozását figyelték meg, thermo-elektromos mérőberendezés igénybevételével, különböző külső hőmérséklet mellett.

Homlok bőr-hőmérséklet:

|              |        |               |
|--------------|--------|---------------|
| +28 C°       | alatt  | — igen hideg; |
| 28.0—29.0 C° | „      | — hideg       |
| 29.0—30.0 „  | „      | — hűvös       |
| 30.0—31.5 „  | „      | — rendes      |
| 31.5—32.5 „  | „      | — meleg       |
| 32.5—33.5 „  | „      | — igen meleg  |
| 33.5 C°      | felett | — forró.      |

33.5 C° homlokbőr-hőmérséklet felett fejfájás, szemkáprázat, szédülés, émelygés, ájulás, hőpangás, hóguta fenyegetnek.

Sokszor combinálódnak a tényezők. Így pl., ha valaki szűk, sötét és túlmeleg ruhában, túlfűtött, rosszul szellőztetett helyiségben túlzásbaviított testi munkát végez, mint pl. a táncolók.

A lehülés nagyságát a lakásban és munkahelyeken a Hill-féle katathermometerrel mérjük. A száraz és nedves hőmérővel mért ú. n. „kata-értékek” tájékoztatnak arról, hogy az adott hőmérséklet és nedvesség mellett mily fokú lehülési eshetőségek vannak. 5 „kata-érték” felett igen hideg, 4.6 „kata-érték” alatt igen forró a levegő az eredményes hőszabályozáshoz. Valamely zárt térben a hőmérséklet, nedvesség-tartalom, levegő-moz-

gás célszerű változtatása által jó közérzést tehetünk lehetővé. Erre a célra külön táblázatok és görbék (ú. n. „Behaglichkeitskurven”) állanak a rendelkezésünkre. Ez az igyekezetünk azonban csak bizonyos határon belül vezethet eredményre. 15 C° alatt már nem tudunk ennek a három factornak a változtatásával jó közérzést előidézni, ekkor már vastagabb ruházatot kell magunkra venni. 30 C° felett sem segít a három factornak megváltoztatása, kénytelenek vagyunk könnyebb és szellősebb ruházatot alkalmazni.

A lehülés nagyságát szabadban a Dorno-féle frigori-meterrel mérjük. Ismert nagyságú rézgolyó hőmérsékletét elektromos fűtőszerezettel állandó hőfokon igyekezzünk tartani és az elfogyasztott áram mennyiségéből következtetünk a lehülés nagyságára.

Az európai ember hamarabb tud segíteni magát a hideg klímán. Észak-Svédországban pl. újabban földalatti gyárakat építenek, hogy a klíma-hatásoktól függetlenítsék magukat. A tropusok ártalmasabbak az európai ember számára és egészen rendkívüli emberi teljesítményt jelent itt a gőzhajón kazánfűtőnek lenni, amikor a gőzhajó kazánterében 60—70 C° mellett 90%-ot tesz ki a relatív nedvesség a levegőben.

C) Mind többet foglalkoztatja a higienikusokat a levegő elektromosságának kérdése. Ennek a tényezőnek a hatásmódját közelebbről magyarázni nem tudjuk. Csak néha észleljük, hogy a viharok előtt és alatt egyesek a félelmi complexumok kiiktatása mellett is rosszul érzik magukat. A legtöbb villámcsapás a pozitív töltésű felhők és negatív elektromosságú Föld között jön létre. Viharok előtt 100.000-tól több millió voltig terjedő feszültségek keletkeznek a villámcsapások alkalmával 100.000 ampèr értékű is lehet az áram intenzitása. A viharok keletkezéséről még nincs általánosan elfogadott elképzelésünk, nagy valószínűsége van a Wilson-féle elméletnek. Eszerint a lehulló esőcseppek szétporladva pozitív töltést kapnak. Ez a szétporladása az esőcseppeknek nemcsak a Föld felületén megy végbe, hanem magas levegőrétegekben is. A lehulló esőcsepp maximalis terminalis sebessége 8 m/mp. Ha egy ilyen sebességű szél felfelé halad, a lehulló esőcseppeket feltartóztathatja, a magasban szétporlaszthatja és így Wilson szerint a levegő elektromos töltését fokozhatja.

Viharok nélkül is állandóan halmozódik fel pozitív elektromosság a levegőben, ami állandóan szikra nélkül verticalis légköri elektromos áram útján egyenlítődik ki a Földdel. Ebben a lassú kiegyenlítési folyamatban a fák nedves csúcsainak is jelentőséget tulajdonítanak. Ez a függőleges légköri elektromos áram függ a feszültségtől és a levegő vezetőképességétől. A vezetőképesség pedig a levegőben lévő ionok számától. Az elektromos áramot u. i. a levegőben is ionok szállítják a pozitív levegőből a negatív Föld felé. Ionok a levegőben nemcsak a stratosphaerában, illetőleg a még magasabban (kb. 90 km) lévő ionosphaerában vannak, hanem a trophosphaerában is, a Földünk tulajdonképeni atmosphaerájában is. A talaj közelében a levegő ionisatiója nagymértékben függ a helyenként változó intenzitású radio-activ sugárzásoktól. A  $\alpha$ -sugarak ugyan hamar elnyeletnek, de a  $\beta$  és  $\gamma$  sugarak ionisáló hatása zavartalanul érvényesülhet. A levegőben — mint aerosolban — lévő ionok lehetnek ú. n. „kis” ionok vagy másnével „mol-ionok” (10—20 molekula), vagy ú. n. „nagy” Langevin-ionok, amelyek közel corpuscularis nagyságúak. Az ionok mennyisége a levegőben átlag 50—800 egy ccm-ben. A levegőben rendszeren jóval több a pozitív-ion, mint a negatív. A kettő aránya szabja meg a levegő elektromosságának jellegét. A levegő ion-

jai által a Föld felé vezetett légköri elektromos áram óránként átlag 10 elektrostatikai egységet szállít a Föld felületének 1 m<sup>2</sup>-ére. Ez az érték télen nagyobb, nyáron kisebb. — A Déli-Sarkon lényegesen több, mint egyebütt.

A Föld atmoszférájában felfelé haladva a légköri elektromos feszültség a Földhöz viszonyítva fokozatosan nő. Nálunk méterenként 100 voltot is kitehet ez az emelkedés és egy felnőtt ember fejmagasságától a Föld felületéig elérhet 220 voltot is. Minthogy azonban csak igen csekély az ampèr értéke ennek az elektromos áramnak, ennek hatását nem észleljük, vagy legalább is erről nem tudunk magunknak számot adni.

A légköri elektromos áram csökken, ha a levegő vezetőképessége kisebb lesz. Ez bekövetkezik akkor, ha maguk a levegő-ionok condensatiós magvak lesznek. Így pl. köd-felhőképződés esetén a páracseppek felveszik ugyan az elektromos töltést, de az elektromosságot vezetni nem tudják, mert az ilyen „magnagyobbított ion”-ok már nem tudnak mozogni az elektromos térben. Ezért ködben 0-ra száll alá a levegő vezetőképessége. Csökken a vezetőképesség akkor is, ha a kis vándorló ionok lebegő részecskébe ütköznek (köd, füst, nappor) és leadják töltésüket e mozdulatlan nagy ionoknak. Így pl. egy szivar füstje valamely szobában az összes „kis ionokat” eltünteti és ezáltal a levegő vezetőképességét 0-ra csökkenti. Ugyanilyen hatása van az ammóniák-gőzöknek is. Ezek szerint tehát a dohányos emberek függetlenül magukat a légköri elektromos áram hatása alól, ha zárt helyeken dohányoznak. Hogy ez jelent valamit a dohányosok közérzetére és egészsége szempontjából, erre a kérdésre még nem próbáltak meg feleletet adni. Füstmentes szobákban az épületfalak anyagainak, festékeinek esetleges radio-aktivitása miatt még valamivel nagyobb a levegőben az ionok száma, mint a szabadban, tehát ilyen helyen a függőlegesen haladó légköri elektromos áram fokozódik.

A légköri elektromos áram hatását az emberi és más élő szervezetre eddigelé csak kevésbé tanulmányozták. A vezetőképesség és azzal együtt a légköri elektromos áram mérsékelt fokozódását észlelték, pl. hóhullás alatt, ami általában jó közérzetet vált ki az emberekből. Kellemetlennek találták azonban a légköri elektromos áram erős emelkedését vagy csökkenését. Utóbbira példa a ködös időben észlelt rossz közérzetünk. Kellemetlennek találták azt is, ha a levegőben a negatív ionok számbeli fölényben vannak és így a levegő a pozitív elektromos áramot tudja könnyebben vezetni, vagyis ú. n. pozitív unipolaritás urakodik. Felveszik egyesek, hogy talán a gázcsere a tüdőben nehezedik meg ilyenkor, mert a CO<sub>2</sub> molekulák is valószínűleg negatív töltésűek. Az alásíkló ú. n. Föhn-szelek hatásának magyarázatoképpen is felhozzák azt, hogy ezek az alásíkló szelek a sík vidékre magukkal hozzák a magaslati levegő unipolaritását és a légköri elektromosság sajátos viselkedésében keresik az ú. n. fronthatások ismeretlen „biotrop factorát” Hogy a levegő elektromosságának változása mennyiben befolyásolja az ú. n. „Wettermensch”-eket, megmondani nem tudjuk, a tapasztalat szerint rheumás és köszvényes egyének viharok és időváltozások előtt szoktak panaszkodni. Az ilyen emberek bőr és ajakcapillarissain vihar közeledtekor „dysergiás reakciókat” állapítottak meg. Állítólag az epileptikus rohamok is gyakoribbak viharok előtt. Minthogy a negatív töltésű levegőt a magas vérnyomás csökkentésére előnyösnek találták, ezt a jelenséget gyógyszeriatilag is próbálták kihasználni, bár igen nehéz feladat, mesterségesen unipolaritású levegőt előállítani.

A néphit legújabbban a rádió-állomásokat gyanúsította meg azzal, hogy az időjárásra befolyást gyakorolnak, mert az időjárás megváltozott azóta, hogy az „urak rádióznak”. Nincsenek ilyen adataink amelyek ezt a feltevést igazolják. Csupán annyit észleltek, hogy nagytelesítményű leadóállomások alkalmazottain — ha huzamosan 6 m-nél rövidebb hullámhossz mellett dolgoztak — fejfájás, ingerlékenység és kisebb hőemelkedés jelentkezett.

D) Ismételtelen olvashattunk újabb fejtegetéseket nem annyira szaklapokban, mint a napi sajtóban, az ú. n. földszugárzás kérdéséről. Ennek jelentőségét br. Pohl kívánja kihangsúlyozni, aki a Földből, szerinte, helyenként intenzívebben kisugárzó negatív elektromosságot tartja a rák igazi okának. Pohl munkájának magyar fordítója, Kántor dr. is ezt a felfogást igyekszik hirdetni hazánkban. A földszugárzás létezését a physikusok nem ismerik el, ennek a sugárzásnak mérésére physikai eszköz nem áll rendelkezésünkre, br. Pohl és a követői csak a varázsvesszős kutatásokat igyekeznek felderíteni azokat a helyeket, ahol intenzívebben történik szerintük ennek a negatív elektromosságnak kiáramlása. Állításaik szerint ez olyan helyeken történik, ahol a föld alatt vizerek haladnak és különösen ott, ahol ilyen földalatti vizerek csermelyekké egyesülnek. A br. Pohl könyvében felhozott példák szerint ilyen helyeken a lakók különböző egészségi zavarokat mutatnak és akik hosszasan ilyen sugárzásnak vannak kitéve, azok között a rákos daganatok sokkal gyakoribbak. A növényzet sem nő rendszeren ilyen helyek felett és a fák törzsén a földhöz közeleső magasságban különböző dudorok. Pohl és követői szerint „rákos” daganatok fejlődnek. Ezek a tanok különösen Németországban találtak hitelt, mert a Boden-See környékén egyes helyeken a statistika szerint valamivel több rákos beteget találtak az ott lakók között, mint egyebütt. Ezekről az állítólagos földszugárzástól származó esetektől jól elkülönítendő azonban azok a tüdő-rák esetek, amelyek a Schneeberg-i bányászok között fordulnak elő, amelyeknek az aetiológiájában radio-aktivitást kifejtő anyagok szerepeltethetők. Németországban egyidőben annyira hitelt adtak a Pohl-féle tanoknak, hogy ma már egy értelmes részvénytársaság is alakult, amely talp- és ágybetéteket, valamint demagnetizáló nyakláncokat hoz forgalomba, amelynek segítségével ez az ártalmas negatív elektromosság a szervezettől távoltartható. Az állapotok már annyira elfajultak ezen a téren, hogy végre is Németországban az államhatalom volt kénytelen védelmébe venni az embereket ezekkel a kuruzslókkal szemben. A kuruzslókat többek között olyan módon is leleplezték, hogy a varázsvesszős kutatókat nagymennyiségű rádium hatásának tették ki és kiderült, hogy a virázsvesszős eljárásokkal az erős radio-aktivitás jelenlétét sem voltak képesek felismerni.

E) Az ú. n. cosmicus sugárzás hatásáról a szervezeteinkre még semmi közelebbit nem tudunk.

F) A legszebb haladás a klimatikus tényezők megismerésében az utolsó emberöltő alatt talán a photobiologia és a photopathologia terén mutatkozott. A kísérleti orvostudományok sokat foglalkoztak a fény-sugárzás egészségtani jelentőségével. A viláháború után elterjedt, sőt igen gyakran tulzásba hajtott fürdő-kultusz hatásait is figyelembevéve, azt mondhatjuk, hogy az emberek igen nagy része a szabad természetben érvényesülő fény-sugár hatásától elszakított. Az emberi szervezet életmódja és táplálkozása által lényeges constitúcióbéli változásokon ment keresztül. A természettől való sok évszázados eltávolodás következményeit szín-

tén csak a mi mai kulturánk ismerte fel. Ép ezért ma igyekszünk magunkat a természetes fényhatásoknak gyakrabban kitenni és sokan igyekeznek a természetes fény sugar hatását, ú. n. „mesterséges napfény”-hatással pótolni, azonban a hosszú idő óta végbement elszoktatás megfosztotta az emberek jelentékeny részét a fény sugarhatások ártalmas fokaitól való védekezéstől. Áll ez főképen az északi népekre. Testünk u. i. pigmentképződéssel védekezik az ultraibolya fényvel szemben. Ha erre képtelen, még a rendszeres napfény is ártalmára lehet, különösen, ha a kék fény iránt sensibilizáló haematoporphyrin kering benne. — Ilyenkor igen súlyos hydroa aestivalis keletkezhet.

Igaz másfelől, hogy fény nélkül is hosszasan élhetnek az állatok, így pl. lovak a bányákban évtizedekig is élhetnek. Legújabb ismereteink azonban megtanítottak arra, hogy az emberek és állatok bizonyos fényhatásokat közvetve kapnak meg a táplálékukkal. Mutatja ezt a D-vitamin példája. A mai kulturált városi emberek — különösen a nyugati és északi államokban — igyekeznek a természetes fényhatásokat mesterséges napfényvel pótolni, s az erre a célra alkalmas eszközöket sokan ma már orvosi ellenőrzés nélkül használják. Nem tudják azonban ezek az emberek, hogy milyen nagy különbség van az ú. n. quarsfény és a természetes napsugár spectruma között. A Földre leérkező napfényből a rövidhullámú ultraibolya sugarak (220—289 m  $\mu$ ) teljesen hiányoznak, a quarsfényben azonban ezek az igen toxikus sugarak nagy intenzitásban jelen vannak. Lehetségesnek kell tartanunk, hogy orvosok is akadnak, akik nincsenek eléggé tudatában annak, hogy csak a 289—330 m  $\mu$ -ig terjedő sugarak, az ú. n. Dorno-spectrum az, amely különös biológiai jelentőséggel bír, de még ennek túladagolása is ártalmas lehet.

(Folytatjuk.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Általánosuló, halált okozó lymphogranuloma inguinale.

Írta: Melczer Miklós dr., Sipos Károly dr.  
és Venkei (Wlassics) Tibor dr.

Akárcsak más nemibetegségben, ritkán a lymphogranuloma inguinaleban is előfordulnak *extragenitalis* fertőzések.

Ezeknek különféle fajai közül *asexualis* közvetlen fertőzést észlelt Luján-Rotter, Nicolau, Bejarano. Műtök közvetett fertőzése aránylag gyakori. Ily módon fertőzte magát Klotz, Brault, Phylactos, Hellerström is beszámolt hasonló fertőzésről. Matsuoka-nak is ez a tapasztalata. Vérvétel utáni közvetett fertőzést írt le Homma-Chaglassian; Skorpil, Hashimoto betegek között is előfordult hónalji dobos beteg. Tanahashi betege a jobb mutatoujján fertőzte magát. Chevallier-Bernard anyagában viszont *extragenitalis* fertőzés csak ritkán fordult elő.

Persze sokszor el sem dönthető, hogy *sexualis* célzatú tevékenység közben, vagy ártatlan módon szerezte-e a beteg baját.

*Sexualis tevékenység* közben szerezte *extragenitalis* fertőzést Bloom, Curth, Kolm, Piha-Skorpil, Nicolau, Coutts-Saez, Nieuwenhuysen betegek. Ezekben az esetekben a fertőzés a nyelven történt s állkapocsalatti dob követte a fertőzést. Hashimoto is észlelt nyaki és kulcsontfeletti dobot.

Coutts-Saez egyik esetében *cunnilingus* után a nyakon kétoldali dob támadt, egy másik esetében pedig a nyaki

dobon kívül általános tünetek is társultak a bajhoz. Coutts különben a glossitis marginatát is lymphogranulomás eredetűnek tartotta.

Noha a lymphogranuloma inguinale legtöbbször csak helyi nyirokcsomó baj képét mutatja, előfordulnak olyan esetek is, mikor a lymphogranulomás dob teljesen háttérbe szorul a súlyos általános jelenségek mellett. Ennek a felette változatos, általános tüneteknek az értékelésben ma még nem alakult ki egységes vélemény. Frei például az általános tünetek zömét *kevert fertőzés* rovására írja.

Az általános tünetek legtöbbször a fajlagosságában pedig alig lehet kételkednünk. Majom agyába ojtás után, mint azt Levaditi és munkatársai kimutatták, a lymphogranuloma vírusa szétszóródik a szervezetben s az állat vérével, legtöbb szervének dörzsölékével sikerül más fogékony állatra továbbjuttatni; lefolyása során jelentkező általános tünetek miatt többen *nem is tartják helyi bajnak*.

Wassén emberi ojtásos kísérleteiből tudjuk, hogy az ojtás után 24—48 óra múlva az élettani lappangásnak megfelelően láz árulja el a fertőzést. Frei elgondolása szerint a dob kialakulása során szabálytalan láz, étvágytalanság, gyengeség, súlycsökkenés mutathatja a szervezet mérgeződését. Hőemelkedés az esetek zömében előfordul. Erős lefogyást is észleltek. Levertséget, a testi erők csökkenését is látták. De a korai szakban ritkán izületi duzzanatok, izületi fájdalmak, végtagfájdalom, ischias-szerű fájás támadhat.

Különösen a beteg allergiáját módosító beavatkozások, antigenbefecskendezés, műtét, röntgenbesugárzás után 3—5 %-ban a lymphogranuloma korai szakában rendkívül változatos fajtájú bőrkiütések is jelentkezhetnek. A vírus úgy látszik megtámadhatja a kötőhártyát is. Többek szerint a Parinaud féle kötőhártyalob lymphogranulomás eredetű. Zemanská lehetségesnek tartja, hogy toxinhatás révén lymphogranulomásban a mellékvese működésének csökkenése miatt Addison kór állhat be.

A régebbi vizsgálok aránylag gyakran említették fel mint általános tünetet a lymphogranuloma korai szakában bekövetkező lép- és májduzzanatot, olykor a nyirokcsomóknak testszerte bekövetkező megnagyobbodását. Utóbbit újabban is észlelte Wise; Frei esetei között olykor egészen kistök lépduzzanatot tapasztalt. Szerinte lehetséges, hogy az ilyen tüneteket genyeltökkel társfertőzés, vagy esetleg lymphogranuloma kiváltotta váltóláz okozta. Guttentag egyik esetében pyelitist, vagy paratyphust utántört a baj, egy másik esetében pedig a lépduzzanatot, bradycardia, bélzavar és nagy láz miatt eleinte typhusra gondoltak. Typhoid lefolyást észlelt Bosnjakovic, Bergstrand, Pavanati is. Fischer-Schmidt Labaume betegében a megnagyobbodott végbélkörüli nyirokcsomók bélelzáródásszerű tüneteket idéztek elő. Tengwall betegében a műtétkor tűnt ki, hogy a hasi fájdalmakat a Hellerström és Wassén leirta s a majomkísérlet hashártyalobjával azonos gyuladás okozta.

Coutts-Saenz betegében a nemi tájékon kívüli fertőzésekhez influenzaszerű általános tünetek támadtak, Dick esetében pedig a csipőtáji mély nyirokcsomók gyulladása féregnyúlványlobot utántört. Tengwall betegében az összenövések leszorításos bélelzáródást okoztak. Hunter mindkét szembéjén vizenyőt, septikaemiához társulva pansinusitist észlelt.

Érdekes, hogy egyes esetekben elváltozásokat mutattak ki a lymphogranuloma korai szakában az agy-gerincvizben is, ezenfelül elég gyakran nehezen magyarázható elváltozások támadtak a szemfenéken is. Nakano-Nakazawa a gerincviz nyomásának emelkedését, egy esetben ezenfelül retinitist és neuritis optica-t talált.

Mindezek a nem is teljes számban felsorolt általános tünetek azt bizonyítják, hogy a lymphogranuloma olykor *általánosulhat*. E tünetek egyik-másikának a fajlagosságában a sikeres állatojtások, a fordított Frei-féle próba, a jelenségekben észlelhető góchatás miatt nem igen lehet kételkedni.

Az általános tünetek magyarázásához nem is kell a Coutts és munkatársai vallotta nézetet elfogadnunk, mely



szerint a lymphogranuloma általános tüneteit más kórokozó váltja ki.

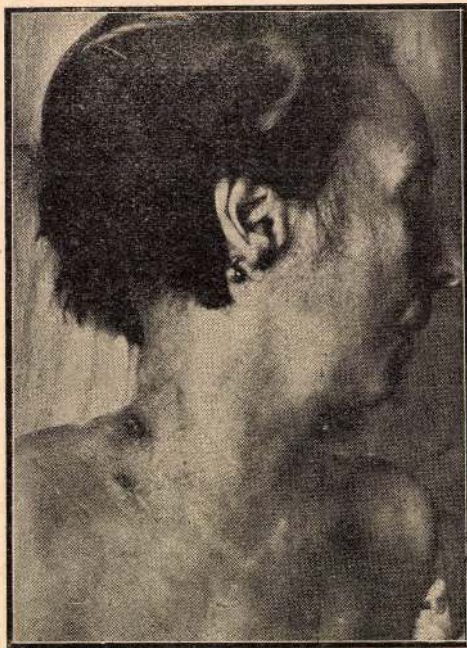
Bosnjakovic szerint a kísérleti állattal ellentétben a lymphogranuloma emberben csak ritkán általánosul. Haam—D'Aunoy, Gans, Goedhart viszont azt hiszi, hogy a lymphogranuloma általánosuló baj, Chevallier-Bernard szerint az ilyen általános nyirokcsomóduzzadást, septikus tüneteket mutató alakok nem lymphogranulomás eredetűek.

A lymphogranuloma komolyságát mutatja, hogy az ilyen általánosuló korai esetekben igen ritkán a beteg élete is veszélyben forog. Coutts-Saez, Rajam betege általános tünetek közepette meghalt.

Az utóbbi időben mi is észleltünk a lymphogranuloma korai szakában általánosuló, extragenitalisan is fertőződött nöbeteget:

Cs. Gy. 49 éves; egy évvel ezelőtt nyakának jobb oldala, majd rá két hétre bal oldala lassankint nagyobbodni kezdett. Ez idő óta állandóan lázas, étvágytalan s a mai napig kb. 18—20 kg.-t fogyott. A nyaki duzzanat előtt már néhány hónappal alhasi fájdalmak és rendetlen vérzések jelentkeztek. A női klinikán két oldali petefészekgyulladás állapotok meg. Férjétől évek óta különváltan él; betegségét is megelőzőleg közös háztartást tartott egy vele kb. egykorú, állítólag heges végbélzűkület miatt elhalt rendellenes nemi hajlamú férfivel.

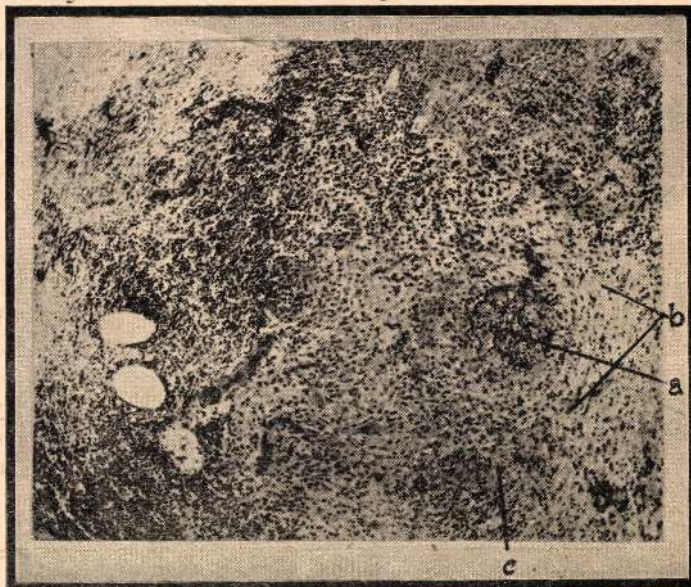
A közepetermetű, jól fejlett csontrendszerű, gyengén táplált nöbetege bőre és nyálkahártyái feltűnően halványak. Nyirokcsomók testszerte megnagyobbodtak. Nyakának jobb oldalán a kulcsont feletti, a fejbiccentő izom, valamint a fülkagyló mögötti nyirokcsomók erősen megnagyobbodtak, egymással összekapaszkodtak, felettük a bőr kissé tömött tapintatú, de elmozdítható. A kulcsontfeletti árok dobja két sipolylyúlással is feltört (1. ábra). Elvátozást találtunk még a bokatáján, ahol a vizenyő miatt a csontok körvonalai elmosódtak; e helyeken a bőr az ujjbenyomat jól megtartja.



1. ábra.

A szívcsúcson halk, fuvó jellegű systolés zöreje hallható. Tüdőszerte érdes a légzés. Átvilágításkor: a jobb csücsöt homály fedti, a jobb hilus közepe táján mogorónyi, tömött árnyék. A has kissé elődomborodó, kopogtatással kevés folyadék mutatható ki. Az idegrendszerben semmi kóros. A vizeletben sulfosalicylsavra tejszerű csapadék keletkezik. Wa-próba és Kiss-próba nemleges. Frei-próba nemleges. Vörösvérsejtszám: 1.500.000. Minőségi vérkép: myeloblast 1%, Pálcamagvú 3%, neutrophil szemcsés 76%, eosinophil szemcsés 3%, lymphocytá 16%, monocytá 1%. A beteg kb. 10 napi bentlét után általános „szívgyengeségben” elhunyt.

A kórboncolást a szegedi egyetem Kórbonctani Intézete (igazgató: Baló prof.) végezte. A hasüregben sűrű zöldes-sárga geny van, benne streptococcusok. A megnagyobbodott nyaki nyirokcsomók közepe sajtos szétmállást mutatott. A lép vékony szeletben áttetsző, adta az amyloid próbát (sagó lép). De a vese és a máj is amyloidosan elfajult. A kismedencében igen súlyos összenövések. A méhfundus mindkét oldalán egy-egy almányi, hullámzó daganat, a jobboldalról lencsényi nyíláson a hasüregbe sűrű, sárgás-zöldes geny ürült. A kismedence bal falán diónyi, sajtos szétmállást mutató nyirokcsomó helyezkedett el. A méh két oldalán levő ökölnyi tályog genyében Gram- és Gram + pálcák, valamint strepto és staphylococcusok találtak. A sigma és a végbél feketésen festenyzett a genitáliák körüli összenövések fölött a fal kissé megvastagodott. Kórbonctani kórisme: lymphogranuloma inguinale, peritonitis fibrinosopurulenta, salpingitis et parametritis abscedens chronica, degeneratio amyloidea lienis, hepatitis et renum. Anaemia universalis. Oedema pulmonum. Pneumonia hypostatica pulmonis dextri.



2. ábra. Lágycéki nyirokcsomó metszete. a) Kölesnyi beszűrődés epitheloid és óriássejtekkel, b) fibroadenia, c) mikroabscessus. (Fénykép, 120-szoros nagyítás.)

A hónalji és nyaki nyirokcsomókban általában sarjzajos szövetet találtunk, mely meglehetősen elhegesedett és hyalinosan elfajult. A hegszövetben sok a foltos elhalás, bennük széttöredezett magvú leukocyták. Találtunk kisebb göbökhöz hasonló góccokat is, melyek központjában fehér vérszövetet tartalmazó, epitheloid sejtekkel körülvett microabscessusok foglaltak helyet, elvéve óriás sejtek is előfordultak.

A szétdőrsölt, beteg lágycéki és hasüregi nyirokcsomók rázatával fehér egereket agyba, tengeri malacot és házi nyulat pedig bőraljába, tengeri malacot hasüregbe ojtottuk. Ezenfelül természetesen a nyirokcsomók rázatát lejtöttük különféle táptalajra is. Gyakorlati szempontból az aerob és anaerob módon beoított tápcsövek azonban csiramentesek maradtak. A nyirokcsomókban a Koch-csira kimutatására irányuló vizsgálataink is mind nemleges eredménnyel végződtek.

Agybaojtott fehér egereink közül egyesek már az 5—6. napon manégmozgást mutattak. Az állatok mint a japáni táncoló egerek, körbe keringtek. A leölt állatok agyvelejének kent készítményeiben aránylag sok plasma-sejtet találtunk s a törzs sorozatban agyban tovavihetőnek bizonyult. Antigenként feldolgozva azonban e fehér egerek agyveleje nem bizonyult alkalmasnak más túlérzékenyeken a Frei-féle próba kiváltására, az ojtóanyag ugyanis nem-fajlagos lobot keltett egészségesekben is.

*Tengeri malac* lágyékának bőraljába ojtás után a 9—12. napon a lágyékban babnyi-mogyorónyi nyirokcsomóduzzadás keletkezett, melyben szöveteileg sarjazást találtunk. *Tengeri malac* hasüregébe ojtás után gümőkór kifejlődését nem tapasztaltuk.

*Házi nyúl* bőraljába ojtás után a 3. hét végén a lágyékban ugyancsak szétterülő beszüremkedés, majd nyirokcsomóduzzanat fejlődött ki, a törzs azonban házi nyúlban nem bizonyult tovavihetőnek.

*Szöveteileg* a beteg nyirokcsomók, akár a nyakról, akár a hasüregből, a medencéből, vagy lágyékból is származtak, lényegében azonos képet adtak. A lymphogranulomára jellegzetesnek mondható periadenitis, a nyirokcsomót környező kötőszövetnek lobja miatt a szomszédos nyirokcsomók egymással összekapaszkodtak s ilyen módon golyvássá váltak.

A felmetszett nyirokcsomók legtöbbszörében a tályogok már összefolytak, úgyhogy szabadszemmel a lymphogranulomára jellegzetes sokszoros különféle fejlődési szakban levő tályogokat nem is lehetett észlelnünk. Metszetben ellenben a sokszoros tályogképződésnek a még a gyulladás fiatalabb szakában levő sarjazást jól észlelhattük. Mivel a lymphogranulomás sarjazást más fajlagos sarjazástól szöveteileg megkülönböztetni biztosan nem lehet, természetesen csakis az állatojtásokra s a túlérzékenységi próbára támaszkodhatunk. A túlérzékenységi próba viszont a beteg nagyfokú leromlása miatt nemlegesnek bizonyult.

Esetünk egyik érdekessége volt, hogy a medencében a *parametriumban és a petefészek mentén igen súlyos elváltozásokat találtunk*. A kis medence kötőszöve zsugorodott volt s a petefészek helyén genyrszakokat találtunk, melyeknek higan folyó genye azonban különféle bakteriumot is tartalmazott. Ezeknek az elváltozásoknak a természetét *biztosan eldönteni nem sikerült*. Az állatkísérletek ugyanis a kevert csiratartalom miatt az állatok korai elhullásával végződtek s a baktériummal fertőzöttség miatt a parametriumok genvét *fordított túlérzékenységi próbára* sem sikerült felhasználnunk, mert az egészségesekben is nem-fajlagos igenleges eredményt adott.

A kismedencében olykor előforduló súlyos összenövéssek, a kötőszövet zsugorodás magyarázására *Kuss*, majd *Folio* feltette, hogy ennek a kialakulására a kötőszövetnek különleges hajlama szükséges s azt az ilyen talajok káros, vagy más fertőzése váltja ki azután.

*Ravaut-Séneque-Cachera* és ezzel egyidejűleg *Barthels-Biberstein* mutatott rá arra, hogy az ilyen kimutatható ok nélküli, időszült méhkörűli méhkürtlobot, medencebeli összenövéseket, medencei kötőszövet lobját lymphogranulomás fertőzés okozhatja. *Franchi* szerint mintegy 13,8%-ben támadja meg a medence kötőszövetét a lymphogranuloma. A baj fajlagosságát egyik esetében a parametriumból készített antigen fajlagos sajátosságai alapján bizonyította be. De egyes esetekben az ily medencebeli lobok fajlagos természetét elárulta az a körülmény is, hogy nyomukban később lymphogranulomás heges végbélszűkület, vagy szeméremtáji elefántkór keletkezett.

A kismedence kötőszövetének lobja gyakran társul a lymphogranuloma késői alakjaihoz, főleg heges végbélszűkülethez. *Lafont* betegében, aki genyedő lágyéki dobbal társult salpingitis miatt került műtetre, néhány hónap múlva szeméremtáji elefántkór alakult ki. *Petersen* esetében pedig az egész kismedencét elfoglaló összenövések után heges végbélszűkület támadt.

Az ilyenkor társuló para-perimetritist, adnexdaganat-szerű duzzanatokat *Barthels-Biberstein* gyulladt Gerota-féle anorectális nyirokcsomókból származtatta. A mély medencebeli nyirokcsomók a végbélben át tapintáskor a lymphogranuloma késői szakában olykor tapinthatók is (*Frei, Jersild, Hartmann* műtétkor találta az anorectális nyirokcsomókat megnagyobbodottnak. *Barthels-Biberstein* heges

végbélszűkülettel járó eseteiben a végbélkörüli zsírszövetet különböző fokban találta megtámadottnak. Súlyos esetben a végbélkörüli szövet kérges lehet s páncélszerűen veheti körül a végbélet. E kérges nyirokcsomók (*Jersild, Hartmann*), szűkült, vastag nyirokerek, kis tályogok (*Gatelier-Weiss, Dimitriu-Stoia*) találhatók. Nagyobb tályogok áttörhetnek a gátra, a végbélnyílás felé, a bélbe, a hüvelybemenetbe, hólyagba, vagy hasüregbe s egymással összefüggő vagy különálló sipolyok keletkezésére vezethetnek. *Frei* szerint, hogy mit okoz ebből a lymphogranuloma vírusa, mit a kevert fertőzés, azt nem lehet eldönteni. De a medencebeli kötőszövet kérgesedése előfordulhat a végbél szűkülete nélkül, csupán csak borjázó végbéllobbal társultan is (*Dimitriu-Stoia*).

Noha esetünkben a medencebeli folyamat valódi természetét nem sikerült tisztáznunk sem az allergiás próbával, sem pedig állatojtásokkal, *sok kétségünk nem lehetett ennek a lymphogranulomás természetéről*. A nyirokcsomókban ugyanis sarjazást találtunk. A különféle sarjazások sorából, amelyek hasonló szöveti elváltozásokat okozhattak volna a nyirokcsomókban, állatojtásokkal sikerült kiküszöbölnünk a leginkább számbajelölhető gümőkóros folyamatot is.

Hogy a folyamathoz nem társult heges végbélszűkület, azt egyrészt a betegség rövidségével, másrészt a fertőzés módjával magyarázhatjuk. Francia kutatók felfogása szerint heges végbélszűkület kialakulásához elengedhetetlen a coitus anorectalis, mert szerintük a csíra közvetlenül a bélfal fertőzése útján váltja ki a heges szűkületet. Betegünk lágyéki nyirokcsomóit különben is betegnek találtuk.

Esetünkben a kialakuló, általános tünetekkel járó, később a kismedencebeli társfertőzéssel súlyosbított genyes adnexdaganat áttörése miatt hashártyalobot, majd halált okozó folyamatot a rendes nemi érintkezés útján keletkező lymphogranulomás lobnak kellett felfognunk, a nyakon kialakuló, fajlagosnak bizonyult folyamatot pedig szájüregi fertőzés következményének kellett tartanunk. Benyomásunk szerint a medencebeli folyamatot súlyosabb volta miatt, de a beteg bementése szerint is korábbinak kell tartanunk, melyhez az extragenitalis felülfertőzés vagy felülfertőzések után a különben leromlott szervezetben a baj általánosult.

Ezek alapján betegünkben minden valószínűség szerint a rendes nemi érintkezés útján bekövetkező lymphogranulomás fertőzés a lymphogranuloma korai szakában nem jellegzetes, a kismedence kötőszövetének zsugorodással, összenövésével járó lobját váltotta ki. A száj nyálkahártyáján történt felülfertőzésre pedig jobboldali állkapocsalatti, majd kisebb kulcsfontfeletti golyvás dob alakult ki. Az extragenitalis folyamat fajlagos természetét állatojtással sikerült igazolnunk.

A folyamat általánosult s a nyirokcsomók testszerte megbetegedettek, bennök szöveteileg sarjazást találtunk, s ennek fajlagos lymphogranulomás természetét ugyan csak állatojtások révén sikerült igazolnunk.

A medencebeli folyamat lymphogranulomás voltát a társfertőzés miatt nem sikerült tisztáznunk, de a leginkább számbajelölhető sarjazásos folyamatot, a gümőkórt állatojtások segítségével kizárhattuk.

A kevert fertőzésű genyes adnexdaganat megrepedése miatt hashártyalob, majd betegünk halála következett be.

**Új hatásos roborans: Plasmorobin**, mely synergikusan ható növényi gyógyanyagok komplexitását kombinációja. Rendkívüli módon gyarapítja a legyengült szervezetet, fokozza az étvágyat, elősegíti az anyagcserét és meglepően növeli a vörösvérsejtek számát, valamint haemoglobinneménységét. Minden gyógyszerárban beszerezhető. Gyártja: Római Császár gyógyszerár, Budapest II., Fő utca 54

## Adatok a vesevérzések kórismézéséhez és a gyulladáson eredetű vesevérzések műtétéhez.

Irta: Mező Béla dr.,

egyet. m. tanár, a Szent István kórház főorvosa.

Vesevérzést okozhat vesegyulladás, vesekő, vesedaganat, gümőkór, vándorvese, vesemedencegyulladás és daganat, visszértágulás, scorbut, haemophilia. Ha a vérzés fertőző megbetegedés kapcsán jelentkezik s a vérzés előtt fehérje és hengerek a vizeletben kimutathatók, akkor a vesegyulladásból eredő vérzés kétségtelen. Az ilyen *gyulladáson* vérzés rendszerint kisebbfokú, hosszantartó, de a vérzés véralvadék keletkezéséhez ritkán vezet. A vérzés kétoldalisága veselakelemek jelenlétében mindig vesegyulladás mellett szól, tudnunk kell azonban azt, hogy vannak olyan egyoldali, sokszor csak a vese kis részére szorító gócos vesegyulladások is, amelyek sokszor okoznak fájdalmakat és vérzést. Az ilyen gyulladások igen gyakran torokgyulladás, infuenzához csatlakoznak anélkül, hogy a vesegyulladásnak a vérzésen kívül egyéb jelei lennének. A vesegyulladás csatlakozó fájdalom legtöbbször állandó, húzó jellegű, lehet független a vérzéstől vagy csak azzal kapcsolatban jelentkezik. Gócos vesegyulladás esetében a vérzésmentes szakban a vizeletben akárhányszor nem találunk semmi rendellenest. Máskor a vizelet mennyisége kissé több az átlagosnál, benne kevés fehérje, szemcsés és zsíros hengerek jelennek meg s a veseműködés többé-kevésbé gyengült. Geny és baktériumok rendszerint nincsenek, a két vese működése közt eltérés nincsen és a veséken röntgenezéssel sem találunk kórosat.

A vérzéssel járó vesefájdalmak esetén *vesekőre* mindig gondolni kell. A megkülönböztetés a jellegzetes kömegbetegedések esetén könnyű, mert a vesekő vérzést és fájdalmakat rendszerint a megerőltető tesztmozgásokkal kapcsolatban okoz. Az ilyenkor jelentkező vérzés rendszerint kicsi, a kő pedig üres, vagy töltéses felvételen csekély kivétellel mindig kimutatható. Előfordul azonban az, hogy a kő által okozott vérzés is nagyobbfokú és hosszabb ideig tartó. Az ilyen esetekben segítségünkre jön az a körülmény, hogy a gyulladáson vesefájdalmak a vérzéstől függetlenek, a vesekő okozta vérzés mindig fájdalommal jár és rendszerint csak fokozottabb tesztmozgás kapcsán jelentkezik.

A *gümőkóros vesevérzés* kórismézése általában könnyű. A gümős vérzés rendszerint csak kis fokú, s a vérzés mellett a vizelet mindig genytartalmú. A vizelet azonban genytartalmú lehet a köves, daganatos, pangásos s egyéb vérzést okozó megbetegedések esetében is, amiért a kórismét mindig a gümöbaccilusok kimutatásával kell biztosítanunk. Gümőkór esetén már a megbetegedés kezdeti szakában is rendszerint igen nagy a működéscsökkenés a megbetegedett oldalon. Ez a körülmény a gümöbaccilus keresésére hívja fel a figyelmet, ami festéssel, tenyésztéssel vagy állatoltással már a kezdeti szakban is rendszerint sikerrel jár.

A *vesedaganatok* külső behatásoktól függetlenül rendszerint tartósan és bőségesen vérzenek. Etekintetben hasonló tehát a daganatos vérzés a vesegyulladásos vérzéshez, de a különbség köztük az, hogy a daganatos vérzés rendszerint igen bő és sok véralvadék képződéséhez vezet, míg a gyulladáson vesevérzés véralvadékképződéssel nem jár. A vesedaganat biztos jele a megnagyobbodott, sokszor tapintható, egyenetlen felületű vese, s a pyelographiával nyert hiányos vesemedence telődés.

A *heveny pyelo-nephritis* ugyancsak okoz vesevérzést. A heveny kezdet, a magas láz, a vesetáji fájdalom, s a vizelet geny- és baktériumtartalma könnyen tisztázzák a kórismét. A *vándorvese és a vesemedence-tágulás* (hydronephrosis) tisztán erőművi úton okoz vérzést, de előfordul az is, hogy a betegséghez csatlakozó vesegyulladás a vérzés kiváltója. — A *vesemedencedaganatok*, ha bizonyos nagyságot elértek pyelographiával kórismézhetők, a vesemedence visszértágulataiból meginduló vérzés azonban csak a vese feltárásakor állapítható meg. A *scorbutra* a bőrön és a nyálkahártyákon is mutatkozó vérzések hívják fel a figyelmet, *haemophiliára* pedig csak akkor szabad gondolnunk, ha a beteg ismerten haemophiliás.

Az elmondottakból látjuk, hogy a vesevérzés kórismézése a körelőzmény, physicalis vizsgálat és a vizelet kóros elemeinek tekintetbevételével könnyen sikerül. E vizsgálatoknak értékes kiegészítője a pyelographia. Az intravenás pyelographia a vesecállományban felgyülemelő kontrasztanyag révén biztosabbá teszi a vese nagyságának és felületének megítélését és sok esetben a vesemedence elváltozásait is jól mutatja. A töltéses pyelographia ezzel szemben a vesemedence és a vesekelyhek legkisebb elváltozásaira is betekintést enged. Ezért a gyűjtőeres és töltéses pyelographia egymást igen jól kiegészíti és kétes esetekben a két eljárás egymás mellett is alkalmazandó.

Említettem, hogy a nagyobbfokú véralvadékképződéssel járó vérzés elsősorban daganatra gyanús. Mivel a vese- és vesemedencedaganatok az esetek túlnyomó részében rosszindulatúak, igen fontos, hogy korán állapítsuk meg a kórismét. Ezért elengedhetetlenül szükséges, hogy minden olyan esetben, melyben a daganat gyanuja felmerül, s az esetet gyűjtőeres pyelographia nem tisztázta, töltéses pyelographiát is végezzünk.

A töltéses pyelographia képe két irányban térhet el az ép bonctani viszonyoktól. Mutatkozhatik a vesemedence határán túl terjedő töltés, vagy a vesemedencében telődési hiány van. A telődési többlet azáltal jó létre, hogy a veseállomány pusztulása következtében a veseállományban üregek keletkeznek, amelyek a vesemedencével összeköttetésben állanak. Vigyáznunk kell azonban arra, hogy nem minden telődési többlet kóros. Előfordul az is, hogy a vesemedencébe adott kontrasztanyag ép viszonyok mellett is bejut a veseállományba és ott sajátos, jól felismerhető telődési többletet okoz. Ez a pelvirenalis refluxnak nevezett kép azonban csak akkor jön létre, ha a kontrasztanyag a vesemedencében túlnyomás alá kerül, amelynek óvatos, helyes technika mellett sokszor az volt az oka, hogy a vesemedencébe adott kontrasztanyag vesemedencegörcsöket váltott ki. E kellemetlen lehetőség elkerülésére kitűnő a vesemedence érzéstelenítése, amelyet 1925-ben az O. H.-ban ismerttettem. Amióta pyelographia előtt a vesemedencét rendszeresen érzésteleníttem, pelvirenalis refluxot alig észleltem, mert a kontrasztanyag által kiváltott görcsök elmaradnak.

A telődési hiány úgy jön létre, hogy a növekedő daganatok a vesemedence és a kelyhek egy részét kitöltik. A telődési hiány sokszor a vesedaganat egyetlen tünete, mert kisebb daganatok esetében a veseműködés még kifogástalan lehet. Az árnyékot nem adó vesemedencekövek is okozhatnak telődési hiányt. Ezek elkülönítése azonban nem nehéz, mert a vesekő okozta hiányt a kontrasztanyag teljesen körülveszi. Megtörténhet az is, hogy véralvadék tölti ki a vesemedencét, s olyan telődési hiányt okoznak, amely a daganatra jellemző. Az alábbiakban két ilyen véralvadék által okozott telődési hiányt ismertetek:



1. S. F. 29. é. nőt, 1938. május 31-én vettük fel. 4 hó előtt, állítólagos vesegenyedés miatt otthon 2 hétig feküdt. Bejövetelekor ötpercenként véreset vizelt, fájdalmai nem voltak. A közepesen fejlett beteg hasi és mellkasi szerveiben s idegrendszerében kóros eltérés nem volt kimutatható. Szívverése 96. Vérnyomása 110/70 mm. Wa.-r., Mein.-r. és Kahn.-r. negatív. A vizelet savi, fajsúlya 1020, bő fehérjé-tartalommal. Cukor  $\emptyset$ , geny  $\emptyset$ , epefesték $\emptyset$ , az üledék zsul-folva vörösvérsejtekkel. VI. 3-án a hólyag befogadóképés-sége 150 ccm. A hólyag nyálkahártyája és az ureternyílások eltérés nélkül. A jobb ureternyílásból erősen véres vize-let ürül. A R. N 20 mg $\%$ , húgysav 2.6 mg $\%$ , vörösvérsejtek száma 3.800.000, fvs. 8100, qualitativ eltérés nélkül. Az ál-landó vérvizelés miatt ureterkatheterezés VI. 13-án, a ka-theterek mindkét oldalt minden akadály nélkül felvezet-hetők. Az indigó baloldalon 2.5, a jobboldalin 5 perc múlva élénk kéken jelenik meg. A b. o. refractiója 1,3378, a j. o.-é 1,3373. A külön felfogott vizeletben csak vörösvérsejtek vol-tak. Retrograd töltéssel a baloldalon szabályos, a jobbolda-lon azonban csak szabálytalan, hiányos telődés látható. A néhány nap múlva megismételt vesemedencetöltés eredmé-nye ugyanaz volt.

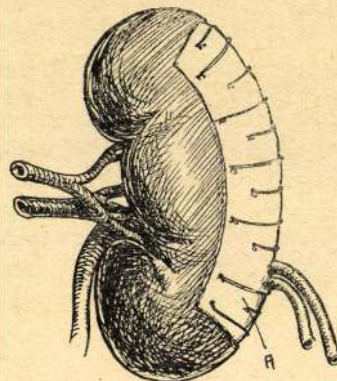
A hosszantartó nagyfokú jobboldali vérzés, a kisfokú működéskiesés és az ismételt hiányos vesemedencetelődés miatt VI. 22-én helyi érzéstelenítésben a vesét lerdé lum-balis metszéssel feltártam. A vese körül és a vesén magán kóros elváltozás nem volt, amiért a vesét a Zondek-vonal-ban hosszirányban felmetszettem. A vesemedencében sok szívós véralvadékon kívül egyéb elváltozást nem találtam, annak ellenére, hogy minden kelyhecskét átkutattam. A vesét a szokásos varratokkal egyesítettem és a vesemedencét két középvastagságú csővel draineztam. A vérzés csilla-pítása után vesegyulladásos vérzésre gondolva a vese-kocsány idegeit megszakítottam és a vesetoknak a varratok és a vesekapu közti részét eltávolítottam. (I.: ábrát.). Ez után a vese mellé helyezett drainscő felett a hassebt réte-gesen egyesítettem. VI. 25-én a vizelet már nem véres; VI. 26-án a vesemedence csöveit eltávolítottam. A beteg VII. 5-én gyógyultan távozott. A kivágott vesedarabon Zalka prof. kóros szövettelérést görcsövel nem talált.

2. Sz. Gy.-né 21 é. 1937. XI. 6-án került kórházunkba. Utóbbi időben többször volt mandulagyulladás, amiért manduláit eltávolították. Szülése után 2 hónapig hólyag-hurut miatt kezelték, vizelete gyakran volt véres, vizelése fájdalmas volt. Felvételnél a hasi és mellkasi szerveket ép-nek találtuk. Vörösvérsejtszűnyedése 20/30 mm, vörösvérsejt-száma 4.900.000, hgb. 70 $\%$ , fvs. 5800, qualitativ eltérés nincs. A vérsavóvizsgálatok negatívak. Vizelete homályos, savi fajsúlya 1027, az üledékben 20—25 vörös és 60—80 fehér-vérsejt; hengerek nincsenek. A hólyag befogadóképessége 150 ccm, a hólyag nyálkahártya és az ureternyílások el-térést nem mutattak. Az ureterkatheterek akadály nélkül felvezethetők, az i. v. indigó mindkét oldalon 2.5 perc múlva élénk kéken jelenik meg. A röntgenfelvételen a vesék ren-des alakot, nagyságot és elhelyezést mutattak. A vesék és ureterek táján kőárnyék nem volt látható. A jobboldali kő-árnyék nem volt látható. A jobboldali felső kehely alsó rész-én telődés nincsen a felső részbe kevés contrastanyag jutott. Baloldalt rendes vesemedence és kehelyrendszer. A 2 hét múlva megismételt röntgenfelvétel ugyanezt a kiesést mutatta.

Műtét XII. 10-én helyi érzéstelenítésben. A szokásos ferdé lumbalis metszéssel hatoltam be. A tokjából könnyen kiemelt vesén és vesemedencén kóros elváltozást nem ész-leltem, ezért a felső kehelyrendszernek megfelelően a vesét a vesemedencéig bemetszettem. Bár a kelyhecskéket is át-vizsgáltam, semmi kóros elváltozást sem találtam. A vesé-ből kivágott darabkán Zalka prof. a glomerulusokat épek-nek találta, de a kanyarulatos csatornák hármjában zavaros duzzadást észlelt. Egyéb kóros elváltozás nem volt. A vese-medencébe két drainscövet helyeztem, s a vese sebé-t egye-sítettem, majd pedig a vesetoknak a vesevarrat és a vese-kapu közti részét eltávolítottam. Utána a hasfalat a drainscő felett rétegesen egyesítettem. A műtét utáni vérzés ellen-súlyozására XII. 11-én a beteg infúziót kapott. XII. 12-én a vizelet feltisztult és per primam gyógyulása után 1938. I. 5-én gyógyultan hagyta el a kórházat, s azóta is egész-séges.

Első esetemben a telődési hiányt a vesemedencét kitöltő véralvadék okozta. Bár a műtét alkalmával az összes kelyhecskéket végignéztem, a vesében semmi kóros elváltozást sem találtam, s a kivágott vesedarab szövettanvizsgálata is ép szövetet mutatott. Régebben ezt az esetet ki nem mutatható okból történő „essentialis”

vesevérzésnek tartották volna. Mai tudásunk alapján azonban nagyon valószínű, hogy a negatív görcsövi le-let ellenére a vese csak egy kis részére szorítókozó — göcos — vesegyulladás volt s a próbakimetszés vélet-lenül olyan részből történt, amely ép volt. Tekintettel arra, hogy a betegnek 4 hó előtt állítólag vesegenyédése volt, a tömeges vesevérzést a göcos vesegyulladás ma-gyarázhatja. A vérzés okát második esetemben sem si-került a vese felhasításakor megállapítanom, de a ki-vágott vesedarabon parenchymás duzzadás volt, s így valószínű, hogy a vérzés oka itt is a régebbi mandula-gyulladásokhoz csatlakozó göcos vesegyulladás volt. A műtét óta egyébként mindkét betegem egészséges, jól érzi magát.



1. ábra. A felmetszett vese az összevarrás után. A vese-medencében két középvastag gummicső. A vesekocsány idegei át vannak vágva s a vesetok részlegesen el van tá-vo-lítva. A = a varratok alatt meghagyott vesetok.

A belgyógyászati kezeléssel dacoló vesegyulladá-sok műtéttel sokszor kedvezően befolyásolhatók. Évek során az a tapasztalat alakult ki, hogy bár a vese fel-hasítása egyedül is hatásos, a vese tokjának a részleges eltávolítása és a vesekocsány idegeinek a megszakítása (enervatio renis) adják a vesegyulladás kezelésében a legjobb eredményeket. Ezért e műtétnek az általános szokástól eltérően a felhasított vese egyesítése után a vesetoknak a vesevarrat és a vesekapu közti részét, el-távolítottam (1. ábra) és a vesekocsány idegeit meg-szakítottam. A vesetoknak a vese domborulatán levő részét azért tartottam meg, hogy a vesébe helyezett var-ratok átvágását a megmaradó tokrészlet megakadá-lyozza.

A felhasított vesék drainezésére újabban két köze-pes vastagságú drainscövet használok. A két cső előnye a régebben alkalmazott egy vastagabb drainscővel szem-ben az, hogy a két cső biztosabban elvezeti a vizeletet s megkönnyíti a vesemedencében esetleg képződő s a drainscöveket eltömészelő véralvadékok kiöblítését. Ha két csővön mossuk át a vesemedencét, nem kell tartanunk attól, hogy a mosófolyadék magas nyomás alá kerül, s így az ebből eredő kellemetlenségeket elkerül-hetjük.

Az ismertetett esetek érdekessége az, hogy a töme-ges vesevérzést göcos vesegyulladás okozta, s hogy a vesemedencében levő véralvadékok olyan telődési hiányt okoztak, aminő a rosszindulatú vesedaganatokra jellemző. Kétségtelen, hogy a betegeket meg kellett operálni, mert a röntgenfelvételeken ismételtlen mutat-kozó telődési hiány, bár a betegek vérszűnyedése el-térést nem mutatott, rosszindulatú daganatra volt gya-nús. A rosszindulatú vesedaganatok műtete pedig csak akkor eredményes, ha a beavatkozás a daganatképző-dés igen korai szakában történik. A vesemedencében lévő nagy, szívós véralvadékok eltávolítása a betegre előnyös volt, mert ezek kőképződésre és későbbi zava-

rokra vezettek volna. De előnyös volt a műtét a gócos vesegyulladás szempontjából is, mert tapasztalataink szerint a vesemetszés s a hozzátapolt részleges vesetokeltávolítás és a vesekocsány idegeinek megszakítása a vese vérkeringését megjavítja és a vesegyulladások gyógyulását elősegíti.

**A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: †Blaskovics László ny. r. tanár.)**

## Szemhéji keményfekély.

Írta: Csillag Ferenc dr. klinikai tanársegéd.

Az extragenitalis vérbajos fertőzések nagyon ritkán történnek a szemén, vagy környékén. Az egyes szerzők adatai nagyon eltérők. Müncheimer egy régebbi statisztikájában az extragenitalis fertőzések sorában a szem a hetedik helyen van, 10.265 extragenitalis prim. sklerosis közül csak 463 volt a szemén (4.15%). Wilbrand és Staelin a vérbaj korai szakban lévő 200 lueses szembeteg közül elsőleges fertőzést nem talált. Hahn szerint a hamburgi kórház 16.616 elsőlegesen fertőzött betege közül 307-nek volt extragenitalis fekélye, de egynek sem a szemén. Az európai szerzők szerint tehát ez ritka. Klinikánkon évi 20—25.000 amb. betegforgalom mellett az elmúlt 10 év alatt nem találkoztunk szemén lévő elsőleges affectussal.

A fertőzés leginkább másoktól ered, de megtörtént már, hogy a beteg saját magát fertőzte a testének más részén már meglévő fekélyéből. A fertőzésre kedvező alkalmat szolgáltatnak a gyulladáshoz vezető betegségek és a sérülések. A gyulladáshoz vezető betegségekben a kötőhártya megduzzad, a bőr felázik, a beteg dörzsölésétől pedig kis hámsérülések keletkeznek, melyek a fertőzés kapujául szolgálnak. A gyulladáshoz vezető betegségek közül leginkább szóba jöhet a kötőhártyagyulladás, trachoma, szemhéji gyulladás, árpa, herpes, stb. A fertőzés a szemre átvihető a lueses váladékkal, nyállal, a vérbajosok használt fehérneműjével. Epiláló csípővel is megtörténhet az átvitel, ha a bőrön hámsérülést okoznak vele. A szemhéji sebek kiszívása hasonló bajt okozhat.

Keleten az oroszok és japánok között a szem elsőleges fekélyei gyakoribbak, mivel rossz szokásból a szembe jutott idegen testet nyalással távolítják el. Iga és Masaki szerint a japán irodalomban előforduló 245 extragenitalis fertőzéstől 34 a szemén volt, közülük 10 ötven aluli gyermekben.

A mi esetünk rövid kórtörténetét az alábbiakban adjuk:

B. I. 28 éves földművest múlt év február 7-én vettük fel a klinikára. Előadta, hogy kb. 3 hónapja a bal alsó szemhéj szélének belső zugában kékes-vöröses-barnás elszíneződés és fokozatosan keményedő duzzadás keletkezett. Kezdődő árpára gondolt, borogatta, a rajta keletkezett sárgás „váladékot” azonban sehogyan sem tudta letörölni. Rövidesen ugyanígy megduzzadt és lepedékes lett a szemben lévő felső szemhéj is. Szeme nem radagot be, nem váladékozott. Közben arca és nyaka a bal füle körül fokozatosan dagat. Szemhéjain a sárgás folt lassan megkisebbedett, majd a mult héten eltűnt. Orvosnál nem volt. Sérülésről nem tud. Felesége háromszor volt másállapotban: I. kihordott, élő egészséges gyermek; II. 8 hónapos koraszülött, fél évet élt; III. kihordott csecsemő, 5 hónapig élt.

A jobb szem ép, teljes látású.

Bal oldalon a belső szemzug bőre és a szemhéjszélek halánték felé nyitott paktóalakban burkaszerűen megduzzadtak. A duzzanat kemény, nyomásra alig érzékeny, kékes-barnás, vörös színű. A szemrés valamivel szűkebb. Az elváltozás felül a szemhéj belső kétötödére, alul pedig a belső egyharmadra terjed. Mindkét szemhéjon a duzzanat terü-

letében a pillaszőrök erősen megritkultak. A duzzanat felett a bőr feszes, fénylő. Mindkét szemhéjon az elváltozás közepén, a szemhéjszél közelében körülírt hámegetlenség van, de a területe nem nedvezik. A duzzanatok nem egyenmően tömöttek, hanem mindkettőben a könnypontokon belül egy-egy göböske tapintható. A könnycsövecskék csak kb. 2 mm-nyire járhatók át, itt szilárd akadállyal találkozunk. A könnyvázadék nem ürül. A szemrésben kevés híg savós-genyves váladék. A szemhéji és szemtekei kötőhártya belül, továbbá a plica caruncula kissé vérbő, megvastagodott, vízenyős. A szaruhártya, csarnok, szivárványhártya, lencse, üvegtest és szemfenék részéről különben ép viszonyok a szemteke különben ép. A látás teljes. Színérzés és látótér rendben. A kikent kötőhártya véladékon és táptalajon staphylococcus aureus. Mivel az elváltozás nem nedvedzett, spirochaetára nem vizsgálhattunk.

A bal fül előtt, állkapocs szöglet alatt s a nyakon jókora mogorónyi, diónyira duzzadt nyirokcsomók tapinthatók. A duzzanat a bal pófatágra is ráterjed s oly nagyfokú, hogy a fej mozgása jelentékenyen korlátozott.

Belgyógyászati lelet: negatív. Wa.-r.: erősen pozitív.

Erélyen antiluetikus kurába kerüünk. A beteg már az első salvarsan befecskendezés utáni napon javulást észlelt, nyakát könnyebben mozgathatta. A kúra folytatásával a szemhéjszél és a nyirokmirigyek duzzanata csökkent. A beteg 2.70 g neosalvarsant és 10x2 ccm neobismosalvant kapott. Mivel egyéb kezelésre nem volt szükség, megfelelő utasítással kibocsátottuk. Távoztakor a szemhéjszéji duzzanat már csaknem teljesen eltűnt, a könnycsövecské könnyen átfecskendezhető volt, a fül alatt pedig csak egy kukorica szemnyi mirigy volt tapintható.

A kórkép ahogyan élénk került (a könnycsövecskék szomszédságában kifehélyesedés nélküli szemhéjszéji duzzanat a könnycsövecskékben sejtető göböskekkel) könnyen összetéveszthető volt könnycsövecské concrementummal, mely gyulladással társult. Tekintettel a kórelőzményben említett árpaszerű sárgás pontra, a fájdalomtalan mirigyduzzanatra kezdettől fogva keményfekélyre gondoltunk. Feltevésünket napok mulva igazolta a vérvizsgálat eredménye és a kora folyamán beállott hirtelen javulás.

## TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

### Dohos búza vizsgálata orvosszakértői szempontból.

Írta: Ókrös Sándor dr.,

a debreceni törvényszéki orvostani intézet adjunktusa.

A pert előkészítő vizsgálat során előfordulhat, hogy az orvosszakértőt nem tisztán orvosi kérdésben kéri fel vélemény nyilvánítására a bíróság. A szakértő elválhatja a vizsgálat teljesítését akkor, ha az természeténél fogva orvosi előképzettségének megfelel. A Btk. 315. §-ában meghatározott közegészség elleni büntetés miatt egy terménykereskedő ellen indított büntető ügyben dohos búza laboratóriumi vizsgálatával bízott meg a vizsgálóbíró annak eldöntésére, hogy a jó búza közé van-e dohos búza keverve és ha igen, hány százalékban és hogy a dohosnak talált búza mennyiségénél fogva a jó búzával történt összekeverés ellenére az ember egészségére veszélyes, vagy ártalmas tulajdonságú-e?

Az eset körülményei röviden a következők: Nevezett kereskedő vagy fél vagón dohos búzát vásárolt olcsó áron és azt egészséges búza közé keverte, azután az egészet a jó búzához megfelelő napi áron eladta. A kevert búzából K. község lakói közül számosan vásároltak kisebb tételekben, azt megőröltették s a lisztből kenyeret sütöttek. A kenyeret azonban elfogyasztani nem tudták, mert az savanyú ízű, nyúlós, bűzös, egy-

szóval élvezhetetlen volt. A lakosok a kenyeret bemutatták a községi orvosnak is, aki megállapította, hogy az az emberi fogyasztásra nem alkalmas. A vizsgálóbíró a búzát lefoglalta és mind a *dohos*, mind a *kevert* búzából kb. 1—1 kg-nyi mennyiséget adott át vizsgálat végett.

A búzamintákat négyféle vizsgáló eljárásnak vettem alá:

1. *Szabad szemmel* vizsgálva megállapítható, hogy a *kevert* búza dohos szagot terjeszt. A búzaszemek különböző nagyságúak. Mind a kisebb, mind a nagyobb szemek között találhatók ép héjú, kemény összeállású, kissé áttűnő héjú, ép szemek, amelyek a mintának kb. felerészét teszik ki. A minta másik fele többé-kevésbé súlyosan elváltozott szemekből áll, amelyek szintén különböző nagyságúak, általában rovátkolt, hepe-hupás felszínűek, puhább összeállásúak s egyesek héján körülrít világosbarna foltok tűnnek fel, szórványosan féregrágtá szemek is mutatkoztak, amelyek hengeres csatarnajaratoktól áthatottak.

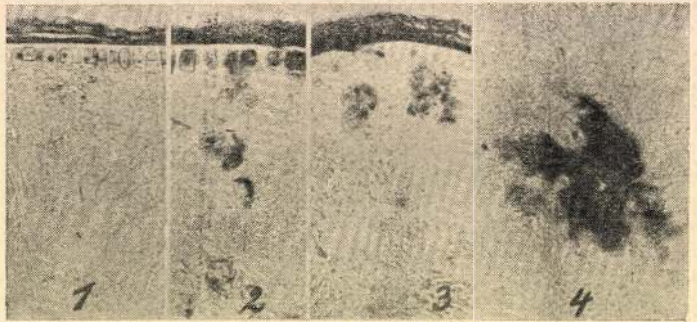
A *dohos* jelzésű búzaminta igen erős dohos szagot terjeszt és benne csaknem az összes búzaszemeken az említett elváltozás figyelhető meg, de ezenkívül egyes szemek felszínét fehér penészre emlékeztető lepedék vonja be.

2. *Csiráztatási kísérlet*: Nedves szűrőpapír között 3—4 napig tartó csiráztatás után megállapítható, hogy a *kevert* jelzésű minta búzaszemei közül az egyik kísérletben 236 szem közül kicsirázott 67, ami 39%-nak, a második kísérletben pedig 269 szem közül kicsirázott 60, ami 28%-nak felel meg. A *dohos* jelzésű búzából 197 szem közül kicsirázott 4, a második kísérletben pedig 275 szem közül kicsirázott 5 szem, ami 2, illetve 1.8%-nak felel meg, — vagyis ha középértéket veszünk, megállapítható, hogy a *kevert* búzában 35, a *dohosban* pedig kb. csak 2% a csiraképes, tehát az élettanilag ép szem.

3. *Bakteriológiai vizsgálat*: Mind a *kevert*, mind a *dohos* jelzésű búzamintában megfelelő előkészítés után vizsgáltuk (Dr. Réthy A., Dr. Ary L.) a bakterium-, illetve gombatartalmat; mind a két búzamintában érthetően egyforma volt a bakteriológiai lelet s a legkülönbözőbb penészgombatelepek, mint fehér, szürke, barna, fekete penészfélék voltak kimutathatók. Bakteriumok is nagy számmal mutatkoztak, amelyek részben coccusok, részben bacillusok voltak, b. coli comm., bac. subtilis, staphylococcus, streptococcus, sarcina, stb.

4. *Szövetteni vizsgálat*: az előzetesen főzés útján felduzzasztott ép és kóros búzaszemekből fagyasztott metszeteket készítettem és azokat methylenkékkel megfestettem. A *kóros búzaszemek* maghéjában, nevezetesen az epi-, meso-, és endocarpium rétegben, továbbá a hyalinrétegben lényeges szerkezeti eltérés nem volt. Az elváltozások a búzaszem értékes rétegében, a tulajdonképeni magban (endospermium) mutatkoztak, még pedig részben az aleuron-, részben a liszttest-sejtrétegben. Az aleuronréteg sejtjei helyenként felritkultak, itt-ott halványabban festődtek, részben szétestek, bakterium- és gombatelepektől áthatottak, más helyeken pedig, különösen a nagyobb gomba- és bakteriumtelepek szomszédságában az aleuronréteg sejtjei teljesen eltűntek. A liszttest-sejtrétegben szétszórva, vagy nagyobb halmazokban felszaporodva gomba- és bakteriumtelepek mutatkoztak, amelyek a magállományt kiterjedten elpusztították, és egyes liszttestsejtek sejtfalát elnyálkásították. Az elnyálkásított sejtek polychrom-methylenkékkel metachromatikusan festődtek (1. ábra). Hasonló volt a lelet a magcsirában is. Az *épbúzaszemek* sejt-

jeiben kóros eltérést, illetve bakteriumot szövettanilag kimutatni nem lehetett.



Ép és kóros búzaszem metszeteinek göröcsövi fényképe. (100-szoros nagyítás, methylenkék-festés.) — 1 = ép búzaszem harántmetszete. A rétegek felülről lefelé: maghéj, a hyalin-réteg, aleuron-réteg (nagy sejtek), liszttest-sejtek. — 2 = gomba- és bakteriumtelepek az elnyálkásított liszttest-rétegben; kezdődő pusztulás az aleuron-réteg sejtjeiben. — 3 = gomba- és bakteriumtelepek az aleuron-réteg alatt; az aleuron-réteg sejtjei elpusztultak. — 4 = nagyobb bakterium- és gombatelepek a liszttestben. (B. 4682/8—1938. sz. bűnügyben.)

#### Vélemény.

A *dohos* jelzésű búzaminta úgyszólván egész tömegében romlott szemekből áll és legfeljebb 2%-a csiraképes tehát biológiailag ép szem. A magvak megromlását elsősorban bakteriumok és penészgombák okozták, amelyek a búzaszemekben elszaporodva, annak értékes elemeit részlegesen felemésztették. A búzaszemekben elszaporodó bakteriumok mint ismeretes, proteo- és saccharolytikus enzimeket termelnek és így bontják a magállományt s közben kellemetlen illó bomlástermékek is keletkeznek, amelyek a búza dohos szagát okozzák.

A *kevert* jelzésű búza kb. 35% csiraképes szemet tartalmazott, ebből azonban nem következik az, hogy 65% dohos búzát keverték 35% jó búza közé, mert a nagyobb intézetekben végzett csiráztatási kísérletek eredménye alapján tudjuk, hogy a teljesen kifogástalan jó búzában is a szemeknek csak 95 %-a a csiraképes. Ha a jó búza hosszú ideig áll, csirázó képességét lassanként elveszti. Sokkal hamarabb elveszti azonban a csirázóképességét a fertőzött buza, mert a fertőzést okozó bakteriumok egyrészt a búzaszem csiráját, másrészt a csirát táplálni hivatott sejteket pusztítják. A csirázóképesség alapján tehát nem lehetett pontosan megállapítani, hogy hány %-ban volt a dohos búza a jó búza közé keverve, — valószínű azonban, hogy a keverés aránya 60:40 volt. A tapasztalás azonban azt mutatja, hogy az összekeverés után rövidebb-hosszabb idő múlva a rossz búzával kevert jó búza is fertőzötté válik, különösen akkor, hogyha még a körülmények is (nedves, meleg idő) kedveznek a kórokozók elszaporodásának.

Hangsúlyozni kell azonban azt, hogy *mind a dohos, mind a kevert* búzából készült liszt fertőző csirokat tartalmaz s ezek a csirok az őrlés közben nem pusztulnak el, hanem a lisztben is tovább szaporodnak és bontják a lisztet. Vagyis a *kevert* búzából készült liszt is lassanként egész tömegében teljesen megromlik. Csak mellékesen jegyzem meg, hogy a dohos búza az őrülő malom lisztjáratait is befertőzi, viszont figyelemmel kell lenni arra is, hogy a búzát őrlető közönség rendszeren nem a saját búzájából készült lisztet kapja meg, hanem csere útján kap megfelelő mennyiségű lisztet és így előfordulhat, hogy a dohos búzát őrlető egyén jó lisztet

kap és fordítva. A nyomozásnak tehát ki kellett terjeszkedni ezekre a körülményekre is, hogy az esetleg felmerülő ellentmondások kellő magyarázatot nyerjenek.

A dohos lisztből készült tápszerekben, jelesen a kenyérben a búza romlását okozó bacillusok egyike-másika hőálló lévén, a sütés alatt sem pusztul el, hanem tovább tenyészik s a kenyeret nyulóssá, bűzössé s keserűvé teszi. Az ilyen kenyér emberi fogyasztásra alkalmatlan. Ha azonban valaki ilyen kenyeret fogyaszt, az elfogyasztott mennyiségtől függően enyhébb vagy súlyosabb fokú gyomorbelhúrutot kaphat, vagyis egészségkárosítást szenvedhet el.

A tapasztalás azonban azt mutatja, hogy a dohos vagy kevert búza egyes állatok takarmányozására kimutatható ártalom nélkül felhasználható.

**Epikrizis:** Jelen esetben a jó búza közé kevert dohos búza okozta a liszt fertőzését, megromlását. A romlott lisztből készült kenyeret az emberi fogyasztásra alkalmatlannak és az emberi egészségre ártalmasnak kellett minősíteni. Az igaz, hogy a fogyasztók felismerték annak romlott voltát és nem ették meg. A büntetés minősítésén azonban ez mit sem változtat, mert azt már az is elköveti, aki a közfogyasztás tárgyát képező élelmiszert közé az egészségre ártalmas anyagot kever vagy kevertet, áruba bocsát . . . . . és ennek ártalmas tulajdonságát elhallgatja; a búza pedig tápszert és mert a kereskedő forgalomba hozta a kevert búzát, a Btk. 315. §-a alapján joggal vonták felelősségre.

## Gyógymasszázs és mechanoterápia.

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

### A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

*A masszázis hatása a szövetek nedvkeringésére.*

Amióta csak tudományos alapon foglalkoznak a masszázis hatásmódjával, mindég nagy jelentőséget tulajdonítottak a vér és a szövetnedvek keringésére gyakorolt hatásának és szinte általánosan elfogadottá lett az az állítás, hogy a masszázis élénkíti a vérkeringést és a nedvek keringését. Újabb vizsgálatok itt is, mint annyi más téren, kiábrándulást okoztak, vagy legalábbis arra mutattak rá, hogy a kérdés sokkal bonyolultabb, mint ahogy az első pillanatban látszik.

Nem vonható kétségbe, hogy a testet és a szöveteket érő nyomás egyrészt tisztán physikailag, a hydromechanika és a hydrodinamika törvényeinek megfelelően változást idéz elő a nedvek elhelyezkedésében és áramlásában, másrészt az alkalmazott inger hatással van az ingerlékeny élő szövetelemek viselkedésére és ezen az úton biológikusan változtatja meg a keringést.

A legközvetlenebbül megérthető mechanikai hatás abból áll, hogy az összenyomott csöves szervekből kiszorul a folyadék. Ha a billentyűs szerkezet ventilszerűen megszabja a folyadék áramlásának az irányát, amint azt sok esetben a vivőerek és a nyirokerek billentyűi teszik, úgy a folyadék elmozdulását csakis az élettanilag helyes irányban segíthetjük elő. A lehet-

séges áramlás irányában elmozduló nyomás maga előtt tolhatja a vivőerek egész tartalmát.

Éppen ez a szemmel látható hatás vezetett arra a felfogásra, mintha a masszázisban az egész vérkeringést lényegében élénkítő, a mozgatott vértömeg mennyiségét abszolút értelemben is fokozó orvosi beavatkozás állna rendelkezésünkre. *Mosengeil* volt az első, ki ezt állította és állítását kísérletileg bebizonyítani törekedett. *Mosengeil* azt állította, hogy különösen a végtagok centripetális erőteljes simításával valóságos szivattyúzást végzünk, mely a vérnek a szív felé áramlását számottevően elősegíti. Mindenki könnyen meggyőződhet róla, hogy a végtagok látható és duzzadt venái ilyen simítás alatt valóban kiürülnek. *Venapunctio* alkalmával könnyű meggyőződni róla, hogy a környéki rész végigsimítására a vér erősebben jön a túból.

Az eddig helyes és természettudományi igazságnak megfelelő észlelések értelmezését és mérlegelését hibás irányba terelte *Mosengeil* egy modell-kísérlete: deszkalapra néhány deciméter hosszú, rugalmas falú gummicsovét szerelt. A deszka a kemény alapot, a csontot, a gummicső a venát volt hivatva helyettesíteni. Ezt a készüléket úgy állította vízbe, hogy a cső egyik vége alámerült. Ha most alulról fölfelé végigsimította a gummicsovét — váltakozó kézzel úgy, hogy a visszafolyás akadályozva volt, — a legnagyobb könnyűséggel tudott folyadékot magas színvonalra szivattyúzni. A gummicsovés kísérletben ugyanis nemcsak az a hatás érvényesült, hogy az összenyomó kéz a felette lévő folyadéktömeget maga előtt tolja, hanem a cső rugalmassága folytán szívóhatások is érvényesültek. A vastagfalú gummicső a nyomás alól felszabadulva eredeti alakját ölti fel és így szívóhatást fejt ki; az itt működő erő azonban a cső rugalmassága. Ha az emberi test venái ugyanolyan rugalmas csövek volnának, mint *Mosengeil* modelljén a gummicső, úgy kétségtelenül érvényesülne a szívó- és vele együtt a vérkeringést élénkítő hatás. Ez azonban nem így van.

*Mosengeil* kísérleteitől eltérően, az élő szervezeten azt tapasztaljuk, hogy a gyors simítással kiürített vena nem telik meg azonnal a periphéria felől, hanem eltűnik, lapos marad, sőt — különösen idősebb embereken — kifejezetten homorú barázda marad a helyén. A masszázis mechanikai hatása valóban kiürítette a venát és lehet, hogy egy kis vérmennyiséget valóban a rendesnél gyorsabb mozgásba hozott, de az utánpótlás, a vénák újbóli megtelődése időbe kerül. A masszázis tehát nem befolyásolta abszolút az áramló vérmennyiséget, csak az időbeli megoszlást. Az egyenes venás áramlás helyébe szakaszosan gyorsult áramlás lépett, de nagyobb időtartamra számítva, a mozgó vérmennyiség nem változott.

Minthogy az emberi vena fala sem egészen rugalmatlan, némi szívóhatás az emberi tagokon is észlelhető. Megfigyelhető, hogy nemcsak a közvetlenül érintett erek tartalma lép mesterségesen gyorsított mozgásba, hanem szívóhatás folytán az oldalágaké is. Megfelelő érhálózatú emberen ez a kísérlet igen szemléltetően végezhető. Nagyon természetes, hogy a szemmel nem látható ereken is ugyanez a folyamat játszódik le, mint a felszíneseken s így a véráramlásnak ez a módja mélyebb szerveket is érint.

Végtagok venáinak egy-egy simítással történő kiürítése a vérkeringés egészét észrevehetően nem befolyásolja. De a négy végtag szabályos időközökben történő erőteljes végigsimítása már oly vérmennyiséget zúdíthat szakaszosan a nagy vivőerekbe és a szívbe,

\*) E nagyjértékű kéziratot *Dalmady* tanítványának és *Bilkei Papp* tanítványának átdolgozásában sorozatos rövid közleményekben tárjuk olvasóink elé, azon reményben, hogy ezen nálunk annyira elhanyagolt területen hasznos ismereteket fognak általa szerezni. Sz.

hogy a vérkeringés is módosul. Beteg szívű emberen veszélyes is lehet.

A vérkeringésre gyakorolt abiologikus hatásokon kívül komoly figyelemre kell méltatni az élettani hatásokat, melyek részben az érzőidegek közreműködésével, részben pedig az erek activ contractivitású szerveinek a közvetlen ingerlésével jöhetnek létre.

A hajszálerek és a legkisebb arteriák közvetlen ingerelhetősége ismert. A dermatographia vizsgálata ismert diagnostikai eljárás és mindenki tudja, hogy kislétszínű ingerlés, pl. erőteljes, felületes végigkarcolás rendes körülmények között először a bőr elhalványodásával, majd nagyobb kiterjedésű hyperaemiával jár. Beteges körülmények közt, valószínűleg a sympathicus idegrendszer rendellenes ingerlékenysége folytán, a beálló hyperaemia igen kiterjedt, nagyfokú, sőt oedema keletkezésétől is kísért lehet.

A keletkezett bővérűség a hajszálerek ingerlésénél a hajszálerek activ és nem atoniás tágulása. Ezt bizonyítja, hogy a mechanikai ingerlésre bővérűvé lett terület az adrenalin érszűkítő hatásával szemben érzékeny, sőt fokozatosan érzékeny. A dörzsöléssel pirossá tett bőr adrenalin iontophoresis hatására tökéletesen elhalványul. Hogy a mechanikai izgatás a hajszálerek tonusát fokozni tudja, azt bizonyítja az a körülmény, hogy idült cyanotikus területeken a dörzsölés cinóberfoltok keletkezésére vezet (Bier, Thöle).

A hajszálerek tonusának és tágságának befolyásolhatósága nemcsak a bőrön van meg. A mindennapi tapasztalás bizonyítja pl. a szájnyalakárhártya ereinek ilyen befolyásolhatóságát. Műtétek alkalmával a legkülönbözőbb szervek capillaris vérbőségének változását láthatjuk a mechanikai ingerlés hatása alatt.

Valószínű, hogy ez a tonusos értágulás jórészt az erek közvetlen ingerelhetőségével magyarázható és lényegében már a gyulladás első jele s a szervezet reakciója az elszennvedett sérülésekre.

A dörzsöléssel bővérűvé tett területeken a vérkeringés valóban megélénkül. Bizonyítéka ennek pl. az is, hogy a bőrnek rendszeren anaemiás területei, melyeken a tűszúrás vérezni nem szokott, dörzsölés után vérvételre alkalmassá válhat. Széltében használt laboratóriumi fogás, hogy vérvétel előtt a beteg ujját a tűszúrás előtt megdörzsölik. Nem vitatható, hogy a masszáz hatása alatt azon szervekben és területeken, amelyekben a mechanikai izgatással a hajszálerek tonusos tágulását sikerült elérni, a vérkeringés helyileg élénkül. Tudvalevő, hogy az egyes szervek hajszálérhálózata, a szervek működési állapota és vérszükséglete szerint nagyon különböző vérbőségű. Krogh vizsgálataiból tudjuk, hogy míg a pihenő izom (tengerimalac) harántmetszetének milliméterén kb. 200 hajszálereket lehet megszámolni, addig a működő izmon a 2500-at meghaladja. A szervek vérbősége nemcsak a hajszálerek tágulásával növekszik, hanem főleg új hajszálércsoportok megnyílásával és működésbelépésével. Nagyon valószínű, hogy a masszázs vérkeringést élénkítő hatása a hajszálerek lumenének tonusos változásában, valamint a pihenő és zárt hajszálércsoport megnyílásában nyilvánul. Feltehető, hogy a masszázs nem egy gyógyhatásának lényege éppen abban áll, hogy a működő hajszálérrendszer megváltozását biztosítja. A fekvő életmód következményei, bénult izmok és bizonyos tagfájdalmak kezelésében talán ez a hatás lényege.

A mechanikai inger hatása alatt beálló értágulás nemcsak a hajszálereket érinti, hanem a kisebb arteriákat és vénákat is. A hajszálerek tágulása a beavatkozás helyére szorítkozik és legfeljebb csak kis körben ha-

ladja meg a kezelt szervet. Csak erős dermatographismus esetén látunk általánosabb pirt kifejlődni a bőrön. A kis-arteriák tágulása szélesebbkörű s lehet, hogy ugyanolyan, az egész peripheriára kiterjedő együttműködéssel van dolgunk.

A hajszálerek és vele együtt a kis arteriák és vénák ilyen állapota egyénekenként, a helyi és az általános viszonyok szerint változik s különböző ideig tart. Ismételt mechanikai inger, ha a gyulladáskeltés határát meg nem haladó erővel történt, a reactio újabb beállását inkább csökkenti. Ezt látjuk a dolgozó, a sportoló emberek kezén és általában a ruhától nem védett testfelszíneken. Erős ingerek az értágulásra való hajlamot fokozzák és végeredményben gyulladásra vezetnek.

A hajszálerek tonusos tágulása a mechanikai ingerlés alatt kifejezetten mutatkozik olyankor, ha a hajszálerek valami oknál fogva szűkült állapotban vannak. Hideg ingerhatás után beálló érszűkület, sőt a beteges hajszálérshűkülések is oldódnak a masszázs hatására. A masszázs kedvező hatása az izomreuma gyógyításában valószínűleg ugyanígy magyarázható (Schulhof).

Amint már említettük, a masszázs tonusos értágító hatása atoniás hajszálereken is mutatkozik. Ennek köszönhető, hogy egyrészt passiv pangásos állapotok, másrészt atoniás hajszálértágulatok (cyanosis, gyulladások külső zónájában, idült gyulladások után) megszűnnek, vagy activ hyperaemiává változnak.

Így bebizonyítottnak tekinthető, hogy a masszázs körülírt területen egy időre a keringést élénkebbé teszi. Valószínű, hogy ezáltal a testrészt szöveteinek anyagcseréje megváltozik és hogy a felszívódásos folyamatok gyorsulásában is szerepet játszik a vérkeringés élénkülése.

A vérkeringés a maga egészében, vagyis az idegrendszer keresztmetszetén átáramló vér mennyisége újabb vizsgálatok szerint a masszázs hatása alatt lényegesen nem változik (Eichenberger). Viszont sokan vitatják, de inkább csak régi kifejezőmódokat hangoztatva, mint tudományos alappal élve, hogy a masszázs a vérkeringést igen erősen élénkíti az egész szervezetre vonatkozólag is. Úgy látszik, hogy a vérkeringésnek az az élénkülése, amelyet a bőr hajszálereiben és más körülírt, a masszázs által közvetlenül érintett területeken észlelünk, kisebb méretű, sem hogy az egész vérkeringésben visszatükröződnék. Helyi hatása igen nagy és hasznos lehet, de általános hatása nem túlságosan számottevő. A vérnyomás változásának megfigyeléséből is hasonló megállapításra juthatunk.

(Folytatjuk)

**A csukamájolajnak** a tüdőgümőkóros folyamataira kifejtett gyógyhatása már régóta ismeretes. A vitaminok felfedezése óta ezt a kedvező hatást a csukamájolaj D-vitamin tartalmának tulajdonították és besugárzott ergosterint használták gyógycélokra csukamájolaj helyett. A vitaminkutatás újabb eredményei alapján a csukamájolaj használatát előnyösebbnek bizonyult. Mivel azonban a szagtalanításra irányuló eljárások a vitaminok kisebb-nagyobb elroncsolása révén, a vitamintartalom nagy ingadozásait okozták, nagy jelentőségűvé vált egy biológiailag standardizált vitamintartalmú csukamájolaj forgalombahozatala. Ilyen csaknem teljesen szagtalan és íztelen biológiailag standardizált természetes csukamájolaj a *Krompecher-féle Vitajecol*, mely grammonként 1500 I. E. A- és 125 I. E. D-vitamint tartalmaz. A szerző vizsgálatai szerint a Vitajecol úgy közepesúlyos, mint súlyos tüdőtuberculosisban szenvedő betegeknek kiváló roboráló szernek bizonyult, ami nem kis mértékben nagy kalóriaértékének — evőkanalanként 125 kal. — tulajdonítható. A közölt körtörténetekből is megállapítható, hogy a beteg a folyamat javulása, a physikalikus tünetek enyhülése, a betegek erősödése volt észlelhető. Nagy előnye a Vitajecolnak, hogy íztelen és szagtalan, ezért a betegek étvágyát nem rontotta, ellenkezőleg fokozta.



## IRODALMI SZEMLE

## Belorvostan.

**Prostigminhatás és cholinesterase myastheniában.** *Freudenberg-Redlich.* Naunyn-Schmiedeberg. (Arch. 199. 645. o.)

A myastheniának 5 biztosan diagnosztizált esetében a prostigminkezelés jó hatását észlelte. A prostigminhatást, illetőleg a myasthenia aetiológiáját keresve szerző a vér-cholinesterase-t határozta meg myastheniás és normalis egyénekben, prostigminkezelés előtt és után. Azt találta, hogy nincs különbség a normalis és myastheniás vér-cholinesterase tartalma között.

1 mg prostigmin az acetylcholin bontását úgy normális mint myastheniás egyénnél gátolja. Szerző az acetylcholin hatás zavarát a neuro-muscularis végkészülékben gondolja.

*Marsovszky dr.*

**A vér A-vitamintartalma májbántalmakban.** *Lasch Fritz.* (Klin. Woch. 1938. II. 1107.)

Beteganyagán szerző azt találta, hogy cirrhosis- és ikterus catharralisban a vér A-vitamintartalma alacsony, míg elzáródásos sárgaságban akár kő, vagy tumor okozta azt, — a vér normalis értékeket ad. A serum A-vitamintartalmának ismerete differentialdiagnostikus szempontból ilyenkor fontossággal bír.

*Marsovszky dr.*

**Az acut haemorrhagiás pankreatitisről.** *Weiner-Tennant.* (Amer. Journ. of the med. Sci. 196, 2 sz.)

4000 autopsiát átnézve, azok közül 38, azaz 1% volt acut, 97, azaz 2.4% chronikus pankreatitis. Az acut esetek közül 25-ben az alkohol volt a kiváltó ok, 6 eset pedig az epeutak megbetegedését bizonyította. 51 beteg közül, kik acut alkoholmérgezés következtében haltak el, 27-nél pankreaslaesiót talált. 41 chronikus alkoholismusban szenvedő közül, 19 a chronikus pankreatitis tüneteit adta. Az extrahepatikus epeutak megbetegedésében, (343 esetben 6 acut és 21 chronicus pankreatitis fordult elő (1.8, ill. 6.1%).

*Marsovszky dr.*

## Sebészet.

**A kéz inain végzett invarratok késői eredményei.** *Derra E. és Ruberg G.* (Bonn). (Monatsschr. f. Unfallheilk. 1938. 6. sz.)

*Derra* és *Ruberg* 7 évről 140 betegen végzett invarrat végső eredményét állította össze. 69 esetben a feszítő in, 76-ban a hajlító in, 5 esetben a feszítő- és hajlító in volt sérült. 128 esetben frissen a sérülés után (primaer), 17 esetben utólag (secundaer) végezték az invarratot.

Az eredmény a következő volt:

Feszítő inakon prim. varrat: 56% jó, 28% tőrhető, 16% rossz. Feszítő inakon sec. varrat: 33% jó, 50% tőrhető, 17% rossz. Hajlító inakon prim. varrat: 51% jó, 35% tőrhető, 14% rossz. Hajlító inakon sec. varrat: 9% jó, 27% tőrhető, 64% rossz.

A hajlító inak secundaer varratainak rossz eredménye miatt *Derra* és *Ruberg* arra gondolnak, hogy hajlító in régi sérülése esetén — ha csak nem egészen kedvező a helyzet — helyesebb volna egyáltalán meg sem kísérelni az invarratot.

Az eredmény aszerint is változott, hogy a sérülés helye az ujjon, alkaron, vagy kézközépen volt-e. Hajlító in sérülése esetén akkor volt az eredmény a legkedvezőbb, ha a sérülés helye az alkaron volt; és akkor a legrosszabb, ha a sérülés az ujjon volt. Feszítő in sérülésekor megfordítva: legkedvezőbb, ha a sérülés helye az ujjon volt.

A nem jó eredmény oka 60 esetben összenövés keletkezése, 5 esetben genyedés nélküli varrat-szétválás és 9 esetben elgenyedés volt. Az elgenyedt esetek közé nem számították a fonálgenyedéseket, mert ezeknek számáról nem voltak feljegyzéseik. Fonálgenyedés elég gyakran fordult elő. A fonálsipoly sokszor csak hetek-hónapok múlva mutatkozott. Ha a fonál spontán kilökődését megvárták, akkor a fonálgenyedés, a gyógytartamot meghosszabbította ugyan, de a végeredményt nem befolyásolta lényegesen. A 9 elgenyedt eset eredménye az invarratok teljes szétválása, in-csonkok elhalása és nagyfokú összenövés keletkezése miatt egészen rossz volt. — Hogy a genyedések hogy osztottak meg a friss sérüléskor végzett primaer invarratok és az aseptikus körülmények mellett végzett secundaer invarratok között, arra vonatkozóan a cikk nem tartalmaz adatokat.

*Lévai György dr.*

**A bőralatti zsírszövet gangraenája.** *F. Jaeger.* (Z. f. Ch. 1938. okt. 8.)

*Cullen* említi az első esetet 1924-ben, amikor appendektómia után a bőralatti zsírszövet megállapíthatatlan okokból kiterjedten elhal s csak radikális excisio útján tudja a továbbhaladást meggátolni. Egész sora az európai és amerikai szerzőknek (*Brewer, Meleney, Stich, Müller, Grauhahn, Levi,* stb.) között rövid időközökben számos hasonló esetet. *Stohr, Niederland, Fromme* letális végződésről is számolnak be. Az aetiológiát vizsgálva eltérőek a vélemények. Van aki sebdipterianak, erysipelasszerű megbetegedésnek, vagy kórházi üszök válfajának tartja. A szövettanyában staphylo- és streptococcusokat (*Meleney*), proteus-féle baktériumokat (*Röpke*), ő maga még pneumococcut s bact. vulgarist is talál. *Meleney* az erysipelasszal tartja rokonfertőzésnek; előbb a streptococcus haemolyticusnak, majd a további kifejtletben vegyesinfeciónak tulajdonítja a kórkép kialakulását. *Jaeger* átveszi *Meleney* teoriáját, de hozzáfűzi, hogy a strepto- és staphylococcusok symbiosisához még más kórokozók is csatlakoznak. Nem tartja azonban lehetetlennek, hogy a kórházi üszök egyik válfaja is lehet.

*Anda T. dr.*

## Szülészet

**A magasan mozgó fej jelentősége a háznál történő szülések esetén.** *Wahl.* (Münc. Med. Wschr. 1938. 44.)

I. szülőknél a szülés kezdetén magasan mozgó koponya pontosabb vizsgálatra és fokozottabb észlelésre hívja fel a figyelmet.

A kölni klinika anyagában az elváltozást az esetek 23.9%-ában találták, ebből 7.6%-ban kóros körülmény okozta a fej mozgathatóságát; adatai szerint tehát az I. szülők közül minden negyediknél a szülés előtt, ill. a szülés megindulása idején a fej a bemenet felett mozog, de csak az esetek egyharmadában van mechanikus akadály a fej beilleszkedésének.

A 317 eset közül 243-ban szűk medence, 53-ban nagy koponya, 7-ben beilleszkedési rendellenesség, 9-ben mélyen tapadó lepény, 4-ben kismedencebeli daganat, 1-ben hydramnion okozta a fej mozgathatóságát.

Abban az esetben is, ha a fej be nem illeszkedésének nincsen kimutatható oka, a szülés tartama valamivel hosszabb, a műteti beavatkozás gyakoribb. Lényegesen elhúzódik a szülés és megszorodik a műteti beavatkozás, jelentősen emelkedik az anyai és magzati elhalálozás, ha a fej beilleszkedését klinikailag kimutatható elváltozás akadályozta.

Az elváltozások egyrésze — főleg a kisebbfokúak — sokszor a szülés folyamán, vagy csak a szülés után ismerhetők fel (nagy, kemény magzati koponya); emellett olykor még gyakorlott szülész számára is nehézséget okozhat a fej és medence kóros elváltozásainak helyes mérlegelése.

Minden szülészeti rendellenesség elbírálásánál lényeges különbség van aszerint, hogy a szülés háznál, gyakorló orvos, illetve felszerelt intézetben, nagy gyakorlattal rendelkező szakemberek vezetése mellett folyik-e le.

A gyakorlat számára azt ajánlja, hogy az említett elváltozás mellett gondolni kell valamely rendellenességre, azért a szülés fokozottabb, gondosabb észlelése szükséges. Abban az esetben, ha a vizsgálat rendellenességeket állapít meg, vagy a szülés elhúzódik, leghelyesebb a vajudót intézetbe szállítani, hogy a szükségessé váló műteti beavatkozás — mely tudvalevően ilyenkor sokkal gyakoribb, — idejében elvégezhető legyen.

*Horváth Kornél dr.*

**Terhesség megszakítása tuberculosiban szenvedőknél.** *Väinö Perkki* (Duodecim, 1938. 6.)

Részletesen ismerteti a világirodalmat a tuberculosos nők terhességének a megszakításával kapcsolatban és rámutat arra, hogy ez a kérdés Finnországban sincs teljesen szabályozva. Az irodalmi adatokból és saját tapasztalata alapján arra a meggyőződésre jut, hogy a terhesség, szülés és gyermekágy a legtöbb esetben látszólag nem befolyásolja kedvezőtlenül a betegségét. Számítása szerint rosszabbodás az esetek kb. 30%-ában következik be, főleg súlyos és középsúlyos tüdőbetegeknél. Lehetségesnek, sőt szükségesnek tartja ennek a kérdésnek mielőbbi törvényes rendezését annál is inkább, mert az utolsó három évtized kezelési módjai és ezeknek a kezelési módoknak eredményei lényegesen javították a tüdőbajos betegek helyzetét.

Szerző szerint a megszakításról csak egyes súlyos és középsúlyos tbc. esetekben lehet szó és külön kell elbírálni minden esetet a beteg állapota, betegségének súlyossága, lefolyása és kiterjedése szerint. Döntő fontosságú a klinikai lefolyás súlyossága. Minél acutabb a betegség, annál gyakrabban jöhet szóba a terhesség megszakítása. Idült hosszú lefolyású eseteknél mind ritkábban végezhető el a megszakítás, mert ezekben az esetekben a terhesség megszakítása nélkül is elég kedvező a lefolyás.

A terhességet mindig az elején, lehetőleg a második hónap vége előtt kell megszakítani, mert másképp a beavatkozás túlságosan megviseli a beteget.

Koralewski Géza dr.

### Szemészet.

**Szemműtétek altatásban.** Lyle. (Trans. Opth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

A műtétek túlnyomó része helyi érzéstelenítésben végezhető; altatást csak nagy fájdalommal (heveny glaukoma) vagy lelki megrázkódtatással járó beavatkozások (enucleatio) igényelnek, továbbá kisgyermek és ideges, fegyelmelen felnőttek. Lyle 930 *evipan-narkosis*-ről számol be (Wesminster Szemkórház). Előkészítés: morphin-scopolamin befecskendezés az izgalmi tünetek (remegés) ellen, cocainozás a tüsszentési reflex kizárására. Az i. v. befecskendezés lassan történjék (1 ccm. 15 mp. alatt). Az adag a kor és testsúly függvénye; a narkosis 20 percig tart. Tanácsos a műtéttel a befecskendezés után néhány percig várni. Figyelem fordítandó az áll leesésére. A vérnyomás kisfokú esése és a légzési zavar rendszeren jelentéktelen. Coramin (5 ccm.) készen tartandó; légzésbénulás esetén lobelin, 7%-os szénsav-oxygén keverék. Az eljárás előnyei: szabad arc, időnyerés, ébredés hányás nélkül. Ellenjavallat: májbajok, alacsony vérnyomás, cachexia.

**Roubotham** rectalisan ad *paraldehydet*, olykor morphin kíséretében; előtte tisztító beöntés és chloreton-kúp. Három csoportba sorozott beteganyaga különféle adagolást igényel. **Graves** is meleg konyhasóoldatban oldott *paraldehydet* ajánl trepanatio és hályogkivonás esetén. **Stallard** az *evipannál* (tüsszentés!) jobbnak tartja a natrium-pentothalt (acut glaukoma, hályog). **Palin** az *evipan* értékességét a szem eltávolításában látja; tüsszentés főleg izgatott szem műtévesekor tapasztalható.

Hályogműtétet altatásban végezni fölösleges szövődményt jelent (*Tivy*). Barbitursav-készítményt fogyasztó betegek több *evipant* kell adni (*Penman*).

Grósz István dr.

**Sjögren syndroma.** Stahel. (Klin. Wschr. 1938. 48.)

A syndroma tagjai: keratoconjunctivitis sicca, achylia gastrica, rhinopharyngo-tracheobronchitis sicca, stb.; az esetek többségében deformáló arthritiszben szenvedő nőkről van szó a climax után. Szerző betegének nagy adagban nyújtott A-vitamint (naponta 16.000 egység, 3 hónapon át), mire a tünetek nagyrésze visszafejlődött. A tünetcsoport hasonlít az A-vitaminhiányhoz (száraz nyálkahártyák, vészegénység, stb.). Másrészt az A-vitamin szerepe a gyomor-elválasztásban, nemi működésben ismeretes. A tünetegyüttes általános megbetegedést jelent az ento- és ektoderma működészavarával. Ennek oka a climax-szal járó fokozott A-vitamin szükséglet következménye, az *A-hypovitaminosis*; a sóanyagcsere és endokrin-zavar a betegség feltételei. A hatalmas adagokban nyújtott A-vitamin oki terápiát jelent. — (A mirigyelváltozások rendkívül hasonlítanak a kísérleti A-vitaminhiányban észleltékhez; *Sjögren* azonban nem látott eredményt még parenteralis adagolástól sem. Egyébként *Comberg* és *Pickard* már régebben ajánlották az A-vitamin bevitelét. A korai és kiterjedt mirigyelváltozások kétséssé teszik a kezelés kilátásait. Ref.)

Grósz István dr.

**Dohány amblyopia kezelése acetylcholinallal.** Moffatt. (Trans. Opth. Soc. Un. Kingd. 58. I.)

Francia és amerikai szerzők ajánlatára Angliában is megkezdtek a szer kipróbálását (*Orr, Cragg*). Szerző beteg 10 cg. acetylcholin-chloridot kaptak bőr alá naponta, emellett doryl-tablettákat per os. 15 esetből 7 nagyfokú, 3 kismértékű javulás, 5 változatlan, egy hónapi megfigyelés alatt. Átlagéletkor 63 év (arteriosclerosis!). A nikotinszerűen ható a. ch. hamar bomlik az esterese hatására. Hatásossága értéktelődő voltának tudható be.

Grósz István dr.

### Gyermekgyógyászat.

**Csecsemők hypochrom anaemiája. A ferro- és ferri ionok hatásosságának összehasonlítása.** Stephenson. (Amer. Journ. Dis. Childr. 55. 1938. 1141. old.)

3 hótól 2 éves korú jól ellenőrzött fehér csecsemőket és kisgyermekket vizsgált. Összehasonlító vizsgálatai alapján megállapítja, hogy látszólag egészséges gyermekek és csecsemők is gyakran mérsékelt anaemiások és kisebb a haemoglobinértékük is, mint lehetne, amit a vaskezelés eredménye igazol. Kísérletei azt mutatják, hogy a ferro-vegyületből lényegesen kisebb mennyiség is ugyan olyan hatású, mint a ferri-sóé, ezenfelül jobban is tűri a szervezet. Szerinte csecsemő- és kisgyermekkorban rendszeresen kell kis mennyiségű vassal a szervezet tökéletes egyensúlyát biztosítani.

Surányi Gyula dr.

**Diabetes mellitus okozta hepatomegalia kezelése pancreaskivonattal.** Graysel és Radwin. (Amer. Journ. Dis. Childr. 56. 1938. 22 old.)

3 esetet közölnek. Mindhárom már 3—4-ik életéve óta diabeteses. A diabetes az évek során nem mutatott feltűnő rosszabodást, az insulinkezelést éveken át folytatták és így a betegek anyagcseréjének helyzetét — eltekintve a néhány-szor fellépett acidosisról — meglehetősen egyensúlyban tudták tartani. Az évek során mindhárom betegnél hepatomegalia fejlődik ki. A máj nagysága erőlyes insulinkezeléssel, diatával egyáltalán nem volt befolyásolható. Alcoholic pancreaskivonat peroralis bevitele után néhány héttel a máj erősen megkisebbedett. A megkisebbedéssel párhuzamosan csökkent a vér zsírtartalma is.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

**A szív nagysága egészséges gyermekekben.** Maresh—Washburn. (Amer. Journ. Dis. Childr. 56. 1938.)

67 gyermek vizsgálták a szív nagyságának fejlődését a születéstől 6 éves korig. Több mint ezer röntgenfelvétel alapján correlatióba hozzák a szív felületének nagyságváltozásait a testhossz, testfelszín, testsúly megfelelő növekedés változásaival. Eredményeiket kimerítő táblázatokban közlik.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

**Poliomyelitis elleni immun-lósavó. — Különböző törzsek iránti közömbösítő képesség.** Toomey. (Amer. Journ. Dis. Childr. 55. 1938. 1261. old.)

Szerző „erősített” immunsavót készített, amennyiben lovakat a poliomyelitis vírusával kevert bélbaktériumok suspensiójával oltott be. Az „erősített” immunsavó különböző virustörzset volt képes közömbösíteni. A nem „erősített” immunsavó ezzel ellentétben, erősebb virustörzsekkel szemben kevésbé volt potens.

Kerpel-Fronius Ödön dr.

### Urologia.

**Klinikai adatok a chronikus pyelitisről.** W. F. Braasch. (The Journ. of the Urol. 39. 1.)

Kétezer esete kapcsán tárgyalja a pyelonephritiseket, hangsúlyozza a bakteriologiai vizsgálat nélkülözhetetlenségét. A vegyes fertőzések aránylag mindig jobban elhúzódnak. 20%-ban talált gennyvizelést bakteriumok nélkül. Az összes bakteriumfélések okozta pyelonephritis után kb. egy év múlva 5%-ban talált kőképződést. Haematuria, mint késői szövődmény 12%-ban fordult elő. Röntgennel látható elváltozások, kehely és ureterágulások, melyek a medence és az infundibulum heges zsugorodásával szövődhetnek. A kétoldali ureterágulatok gyakoribbak, valószínűleg peri-ureteritis következményei. A betegség 20%-ban spontan gyógyul, sűrűségi beavatkozás hosszasan fennálló fertőzésnél, vesefunkciós zavaroknál és vesesorvadásnál jöhet számba.

Ascher Ferenc dr.

**Vesén kívüli extravasatum észlelése intravenás pyelographiával.** P. A. Narath. (The Journ. of the Urol. 39. 1.)

A közölt eset élénk bizonyossága annak, hogy a contrastanyag bejuthat a nyirokrendszerbe, amely a vese körül igen bő hálózatot alkot és leterjed a kismedence nyirokhálózatába. A 39 éves nőbeteg vesegümőkór gyanújával került vizsgálatra. Az egyszerű röntgenfelvétel kórosat nem mutat. A jobboldali retrograd pyelographiánál a vese alsó kehelyrendszeréből és a vesekörüli szövetből kiinduló finom recés ár-

nyék volt látható, legintenzívebben a medencebemenetnél az os ilei mellett. Az intravenás pylographia kifejezettebben mutatta az előbbi rajzolatot. Esetében a felvételen szépen látható volt a nyirokhálózat rajzolata, a nyirokcsomókkal és annak összeköttetése az alsó nyirokutakkal.

Ascher Ferenc dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Corpus Iconum Morborum Cutaneorum.** 568 munkatárs közreműködésével összegyűjtötte és kiadta Nékám Lajos prof. (4566 képpel. Első rész: (I. kötet): szöveg, második rész első és második fele (II. és III. kötet): atlasz. Budapest. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. 1938.)

Évtizedek folyamán már sok orvosi művet ismerttettem e hasábokon. de bizonyos, hogy annyi örömmel, oly lelkesen még nem fogtam hozzá egy könyv recensiójához sem, mint éppen a jelen alkalommal. Magyarázata igen egyszerű: a mű oly szokatlan, nagy és messze a jövőre kiható ideának a magyar megtestesülése, hogy lehetetlen számomra ezt az atlaszt, csakis a szokásos módon, a kötelező gondossággal, mint ahogyan azt az Orvosi Hetilap magas tudományos és erkölcsi színvonala kívánja, referálni. De ehhez elsőben is szükséges, hogy néhány sorban ismertessem azokat a körülményeket, nézőpontokat, melyek az illustris tervezőnek, szervezőnek és szerzőnek a nagy mű megvalósulásához az eszmét megadták.

Az Orvosi Hetilap olvasói bizonyára tudják, hogy 1935-ben Budapest falai között zajlott le a IX. Internationalis Dermatologiai Congressus és hogy annak átütő sikere szinte egyedül áll a tudományos congressusok történetében. Congressusunk Nékám Lajos elnöklete alatt már akkor is fejletlenebbül kimagasló lett volna, hacsak azt tekintjük, hogy szokatlan nagyszabású és tagoltságú programjának minden pontja a legtökéletesebben ment végbe. De másról is van szó itt, arról. — amint azt szözerint a Magyar Dermatologiai Társulat utolsó közgyűlésén főtitkári beszámolómban előadtam —, hogy a congressussal kapcsolatban egy egészen új, a jövő dermatologiai congressusokra messze kiható institutio öltött testet, mely unicum a maga nemében, mert úgy magában, mint remélhető folytatásaiban felbecsülhetetlen értékű. Értelmű a Nékám-féle dermatologiai világtalasz a — Corpus Iconum Morborum Cutaneorum-ot. Az eszme egyedül az elnöktől, Nékám professortól ered és bizonyos, hogy már maga az eszme megadása is nagy érdem volt. De az eszme, a gondolat és az egész terv szülőapja itt nem állt meg, hanem az éjjelt is nappallá tevő munkásságával azt csodálatos tette varázsolta. A congressusi szervező munka Nékám munkatársával együtt több mint három esztendő súlyos, lankadatlan elfoglaltságába, kemény munkájába került és további három esztendő kellett, hogy a congressus befejezése után ez az atlasz is befejeződjék. A szerző ezzel minden időre hatalmas emléket állított tudományos működéséről, szervező erejéről aere perennius.

A most már testet öltött terv ugyanis arról szól, hogy földünk minden részéről összegyűjtött congressusi tagok együttes munkával saját észlelt eseteikről hordják össze az atlasz képanyagát. Hogy azonban ez a hatalmas terv sikeres végrehajtása mily munkát kívánt, arra nézve állion itt néhány adat, hogy bepillantassunk a megindulás és a megszervezés műhelyébe. A világnak valamennyi dermatologiai klinika vezetőjét, ismert osztályvezető kórházi főorvosát, neves szakemberét és számos határterület képviselőjét, összesen mintegy háromezretet kellett a közös munkára felszólítani. Ezek közül 568 szakférfi vállalkozott a közös munkára és küldötte be képanyaga legiavát. Persze a berkezeit képanyag óriási tömege hallatlan munkát rótt a szerkesztőre, hiszen az összegyűjtött nagy anyagból a maximális 4566 képet kellett kiválasztani. A képanyag a szó szoros értelmében véve földünk minden tájáról gyűlt össze. Összegyűjték Tókiótól Sydneyig, Oslótól Palermoig, Sumatrától Ankaráig, Chicagótól és Habannától Buyenos Airesig a szebbnél szebb képek, közöttük sok-sok olyan betegségét ábrázoló, mely atlaszban eddig még soha közölve nem volt. A munkatársak közül némelyek csak néhány képet, sokan viszont több százat küldöttek be. Persze ezek közül a legkimagaslóbb mennyiség (1733) Nékámnak páratlanul gazdag 40 éves gyűjteményéből került ki. A többi külföldi és hazai nagy gyűjteményekből is szép számmal vétettek fel képek. Így pl. Gougerot (Páris) 80, Sabouraud (Páris) 37, Neuber 67, Kerl (Wien) 67, Castellani (Roma—London) 41, Beintema (Groningen) 29, Marek József 49, Guszman 96 képe került az atlaszba. — Hogy a képanyagra vonatkozó szövegezés, egyéb intézkedés és kérdés mennyi levelezést tett szükségessé a közel 600 munkatárssal, az elképzelhető.

Nékám eszméje azonban nemcsak a jelen mű kiadásáig terjed, hanem arra serkent, hogy a következő, átlag öt-évenként tartandó congressusok mindegyike vállalkozzék hasonló atlasz kiadására. Tehát sok-sok generáció áthalado és egész földünkre kiterjedő kulturális vállalkozásra vonatkozó magvetésről van szó. Elévülésről ily atlasznál nem lehet szó, hiszen élethűen a valóságot, az egyes bőrbajokat ábrázolja.

Az előttünk fekvő három kötetes munka, mely a már előbb megjelent 4 kötetes congressusi munkálatoknak (Deliberationes Congressus Dermatologorum Internationalis IX-i., Budapestini 13—21 sept. 1935. I—IV.) hatalmas záróköve, két részre oszlik. Az első mintegy 12 ivre terjedő kötet a második és harmadik kötetből álló atlasz képanyagának szövegét tartalmazza. Ez a kötet már magában is felette érdekes, mert iskolapéldáját adja, hogy óriási anyagot fölényes tervszerűséggel, aránylag mily szűk keretek közé lehet szorítani. Hiszen a 4566 képhez rövid, de mégis világos magyarázatot, illetve kórtörténetet kellett adni, amit persze csak kellő rövidítési jelekkel lehet elérni. De a kötet a leírások hallatlan gazdag számán kívül a közel 600 munkatárs nevét, állását, tartózkodási helyét és közölt képeinek számjelét is hozza. Ez szerencsés gondolat volt, mert minden olvasó, akit egy-egy eset különösen érdekel, könnyű szerrel összeköttetést kereshet és találhat a kép beküldőjével. De van a kötetben egy kis fejezet, mely az atlaszban használt kifejezésekhez, helyesíráshoz és a nomenclaturához fűzött megjegyzéseket és magyarázatokat tartalmazza. Ez így egyszerűn hangzik, de aki azt átolvassa, látni fogja, hogy egy rövid classika-philologiai értekezésszerű van szó, amelyből az illustris szerző közismert nagy classikus műveltsége és polyhistor volta tükröződik vissza.

Voltaképpen kevés hely marad magáról az atlaszról részletesen megemlékezni, mely a mű 2. és 3. vaskos kötetét foglalja el. Persze lehetetlen itt az egyes nagyszerűen megválasztott, élethű képek, vagy képcsoportok nagy oktató értékére kiterjeszkedni. A 2. kötetben a legkülönbözőbb állati paraziták és tropikus framboesia-typusok után a syphilis esetek szárai kerülnek a szemünk elé és pedig földünk minden részéről származóan. A lues külső nyilvánulásainak csodálatos chameleonszerű változatai itt bontakoznak ki legváltozatosabban. Jóval száznál több képet csodálhatunk meg a bőrnek legkülönbözőbb gümős megbetegedéseiről. Egyenesen megdöbbentő a legkülönbözőbb növényi parasiták megbetegedéseket ábrázoló gyönyörű képek száma és még inkább a kb. 500 gombakultúra élethű képe. A gombák osztályozása a legújabb Brumpt-féle nomenclatura nyomán történt. A tenyészetek, melyek a Sabouraud-féle táptalajon keltek ki (a külföldről beküldött gombákról is), a Nékám-kultúráról valók. A kötet egyéb képcsoportjai közül kiemelem még a különböző eredetű (fizikai, vegyi, stb.) dermatitiseket, nekrosisokat, gangraenákat és avitaminosisokat ábrázoló képeket. A képek utolsó csoportja az ekzema és psoriasis sok-sok alakját ábrázolja a legnagyobb változatossággal.

A 3. kötetben folytatását találjuk a szebbnél-szebb psoriasis eseteknek. A papulosquamosus betegségek eseteinek sorából kiemelkednek még a lichen csoport különböző változatai. A képek egy részét igen értékes mikrophotogramok is kísérik. Az ismeretlen aetiologiájú bőrbajok sorából kiemeljük még a vesiculo-bullosus csoport sok alfaját demonstráló élethű reproductióit, elsősorban a pemphigus és az epidermolysis legkülönbözőbb eseteit. Rendkívül gazdag képanyagból áll az atrophias bőrbetegségek csoportja, (dermatitis atrophicans, erythematodes, poikiloderma, stb.) Itt is feltűnnek a közbeiktatott szép szövettani képek. De a szebbnél-szebb élethű képek száma csak nem akar fogyni. A hyperkeratosisek, a hőtumorok, a naevusok nagy csoportja után a különböző dystrophiák, a pilosebaceus rendszer és a körmök betegségei is jelentős képanyaggal szerepelnek. Mindezeket egy esomó casus pro diagnosi követi, ami esetleg még későbbi discussiókra adhat alkalmat. Külön ki kell emelni Marek prof. nagyszerű reproductióit a háziállatok bőrbajairól; ezekkel az atlasz comparativ-dermatologiai jelentőségében is nyert. Az atlasz utolsó 186 képe színes. E képek oly sikerültek, feltűnően élethűek nagy didaktikai értékkel bírók, hogy már csak állandóságuk miatt is a legjobb moulage-okat is feleslegessé teszik.

A nagy művet átlapozva, lehetetlen, hogy büszke öntudat ne töltse el lelkünket, hiszen itt a világ legtöbb dermatologusa kész örömmel hozzájárult ahhoz, hogy egy kicsiny, de nagy elhivatottságú nemzetnek kiváló tudósa, Nékám Lajos óriási tudományos képességével együtt egy nagyszerű, háromkötetes atlaszt szerkeszthessen, mely jöllehet nemzetközi eredetű, a magyar jellegét mégis elvitázhatalanul magán viseli. És bizony alig képzelhető a

jövőben dermatológiai klinika, osztály, vagy egyéb, a dermatológiát tudományosan művelő intézet, ahol ezt a magyar művet nagy alkotó hatása miatt állandóan ne forgassák, ne tanulmányozzák.

A munka megjelenése a mi gazdasági viszonyainkhoz képest igen nagy költséggel járt; e súlyos kérdés sikeres megoldása csakis olyképen volt lehetséges, hogy a Congresus, a Pázmány Péter Tudományegyetem dermatológiai klinikája, a Magyar Dermatológiai Társulat és a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, mely intézmények szerencsére *Nékám Lajos* nagyvonalú vezetése alatt állottak, együttes erőfeszítéssel és lendülettel siettek az eszmét diadalra vinni.

Az atlaszt minden külföldi congressusi tag kizárva kapja és persze kapható az a külföldi könyvpiacra is. A külföld számára a példányok négynyelvűek, aszerint, hogy a munkatársak mely congressusi nyelven küldték be a szövegüket. Az előttünk fekvő, a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadásában megjelent munka természetesen magyar nyelvű. A négy nyelven beküldött szöveg magyarra átültetését *Vámos László* és *Kovács Zsigmond* tanársegédek kitünő munkájának és nagy szaktudásának köszönjük. A magyar kiadást, mint tagsági járulékot a Magyar Dermatológiai Társulat tagjai, továbbá a Magyar Orvosi Könyvkiadó társulat legalább hatéves, vagy a jövő hatévi tagdíjat lefizető tagjai kapják.

*Szent István* éve nagyszerű lelki és országgyarapító adományain kívül a tudomány terén is nyújtott sokat, így a tudományos művek megjelenésével is. Bizonyos, hogy az utóbbiak között ez az atlasz a legkimagaslóbb teljesítményű.

Az atlasz mindenestire a magas fejlettségű hazai sokszorosító iparnak nagy dicsőségére szolgál. Fokozza a Stephaneum nyomda nagy érdemét, hogy valamennyi cliché is itthon készült. Az atlasz ára a könyvkereskedésben 250 P.

Guszman prof.

## A Magyar Urológiai Társaság november 21-i ülése

### Bemutatók:

**Ilyés E.:** *Ureterdaganatok három érdekes esete.* Az első esetben az ureter alsó szakaszában babnyi papilloma volt, mely secundaer hydronephrosist okozott. Második esetében az ureter alsó szakaszában mogorónyi, a pyelumban pedig nagy diónyi daganat ült, mely az egész vesemedencét kitöltötte. Harmadik esetben a daganat végig az egész uretert és medencét kitöltötte. Mindhárom esetben nephrektomia történt. Szövettanilag az első eset jóindulatú papillomát, a második és harmadik eset carcinomát mutatott.

**Farkas I.:** Régebben között esetéhez egy újabb esetet referál, melynél az uretert a beszájadzás helyén lévő hólyagrésszel együtt resecálta. Diagnostikailag az ureterographia adja a legjobb eredményt. Az i. v. pyelographia nem minden esetben dönti el a diagnosist.

### Előadás:

**Babits A.:** *A mélyenülő ureterkövek eltávolítására szolgáló eljárás.* A mélyenülő ureterkövek műtététől mindenki idegenkedik, mert: 1. nehéz a műtét technikai kivitele, 2. a drainezés nem ideális, 3. a mélyenülő ureterkövek alig okoznak panaszt, 4. mindig kísért a spontán kiürülés reménye. Az urológiai klinikán 217 mélyenülő ureterkő került 18 év alatt műtetre, ebből 36 az ureternek a hólyagbeli benyílásától 1—3 cm-nyi távolságra volt. Az urológiai klinikán lehetőleg a vese megtartására törekcsenek, ha arra a legkisebb lehetősége van. Ha a conservatív eljárások sikertelenek, szóbajön a műtét, ami lehetőleg mindig csak a kő elávolításából áll. Erre két utat követnek: 1. az uretert a kő felett nyitják meg s a kőért eszközzel lenyúlnak, 2. a követ az ureterben alulról felfelé tolják, műtét szempontjából kedvezőbb helyre. Az ezt célzó módszereiről számol be és eseteket mutat be példának. A műtét kivitele tekintetében megemlíti a median-paramedian metszést, amiket nem tart jónak, hanem az ú. n. lateralis, a Poupert-szalaggal párhuzamosan futó metszést ajánlja behatolási módnak. A mélyenülő ureterkövek eltávolítása, illetve a vese megmentése igen sok aprólékos gondot és nagy szakértelmet kíván.

**Minder Gy.:** Helyesli az előadó nézetét. Minden eshetőséget ki kell használni a kő spontán távozásának elősegítésére, s csak ha minden eljárás eredménytelen, folyamodunk műtéthez. Nehezebb a helyzet, ha a kőhöz infectio is járul, ilyenkor a műtét sokáig nem halasztható. Egy esetét ismerteti.

**Farkas I.:** Az alsó partiban ülő kövek eltávolítására az előadó által említett Joseph-féle dilatort nem használja. Helyette igen jól bevált az ú. n. konikus végű katheter, mely 6 Ch-nál kezdődik és fokozatosan 10—12 Ch-ig fágul. Nem barátja az ú. n. fogóeszközöknek, az ureterszáj beégetését jó methodusnak tartja.

**Sera I.:** *Stomatogen gócinfectio szerepe az urologiában.* Röviden foglalkozik a gócinfectio tanának történetével, bakteriológiájával, létrejöttének mechanizmusával. Felemlíti a trauma és constitutio szerepét. Az urogenitalis tractusnál két esetet különböztet meg: 1. midőn maga az urogenitalis tractus, 2. midőn a szervezet más helye a kiindulási góc. Ad 1. csaknem mindig az adnexumból, s főleg a prostatából indul ki a fertőzés, ad 2. az elsősleges góc kiindulási heije atonsillák, fogak, foghútasakok, ilyenkor leginkább a vese betegszik meg, de gyakori a másodlagos prostatitis is. Therapia szempontjából legbiztosabb a tonsillektomia, illetve a fog extractiója. A javallatok felállításában azonban óvatosság ajánlatos s ezért fontos, hogy az urologus is gyakran gondoljon focalinfectio lehetőségére, s ha szükségét látja, úgy a fogász vagy a gégész consiliumát kikérje.

**Farkas I.:** *Prostatektomia után fellépett ritka súlyos szövődmények* című néhány év előtti bemutatására hívja fel a figyelmet. Az 54 éves beteg tipikus prostatectomy-trophias panaszokkal jelentkezett. Miután a betegnek izületi gyulladása volt, amelynek eredetét sipolyos foggyökérre vezették vissza, műtétet nem végzett, hanem a fogak rendbehozatalát ajánlotta. Hónapok múlva ismét jelentkezett a beteg, akin prostatectomiát végzett. A beteg 14 napig kitünően érezte magát, már fent járt, amikor rázóhídeg kíséretében nyaki fájdalmak jelentkeztek. Néhány nap múlva megállapítást nyert, hogy a nyaki csigolyák közötti genyeseződés áll fenn, melyet a consultatióra hívott *Winternitz prof.* megoperált. A beteg meggyógyult. Két hónap múlva a jobb-, majd újabb két hónap múlva a baloldalon nephritis apothematosa miatt kellett műtétet végrehajtani. Csak a műtét után nyert megállapítást, hogy a fogak még nincsenek rendben és két foghíd alatt genyedet találtak, amelyek eltávolítása után további infectio nem mutatkozott és a beteg meggyógyult.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekológiai Szakosztályának november 24-i ülése.

**Frigyesi J.:** Megemlékezik az elmúlt nagy nemzeti napokról, amelyek az ország egy kis részének visszacsatolásával kapcsolatban lezajlottak. Megemlékezik a Szakosztály egyik legértékesebb tagjának, *Berecz János* szegedi szülészprofessornak elhunytáról.

### Bemutatók:

**Pallós K.:** A budapesti II. sz. női klinika *hydrops foetus universalis* esetét mutatja be.

**Ábrahám J.:** *Hydrops foetus universalis* esetét ismerteti a budapesti Bábaképző Intézet anyagából. A szülés hydramnionnal szövődött. Esetének érdekessége egyrészt, hogy a rendellenesség először szülő nőnél fordult elő, másrészt, hogy fejvégű szüléssel kapcsolatban a nyakcsigolya törési sérülése következett be. Bár ennek létrejöttében elsősorban a törzs kifejtése közben előállott mechanikai ártalom játszotta a főszerepet, mégsem tartja kizártnak, hogy a szöveteknek szokatlanul erős savós átvívódása is hatással lehetett a sérülés keletkezésére. Feltevését alátámasztja *Kovács* esete is, melyben hasonló körülmények között és ugyancsak fejvégű szüléssel kapcsolatban következett be a gerincoszlop törési sérülése.

**Bud Gy.:** A hormon-kutatás mellett ajánlatos volna toxin-hatásokra is gondolni.

**Onódi J.:** *Hasüri terhesség.* 26 éves, egyszer szült beteg súlyosan anaemiás állapotban, rupturált extrauterin graviditas tüneteivel került műtetre. A hasüregben 1 liternél több vér. Kb. 4 hetes pete, a Douglasban a rectumfal izomrétegébe fúródva tapadt. A pete eltávolítása után vérzés-csillapítás, peritonisálás több rétegben. Nagyfokú anaemia miatt 500 ccm. vérátömlesztés. Gyógyulás a 21. napon. A genitáliák pontos vizsgálata alapján az eset: elsősleges hasüri terhesség.

## Előadások:

**Raisz D.:** A chorionepithelioma korai felismerésének nehézségeiről. Az előadás alapját képező két chorionepitheliomás esete közül az egyikben molaszülés után másfél hónappal fellépő vérzés miatt végzett abrasio kaparékában még proliferáló magzati hámelemek voltak ugyan, de nem olyan mértékben, hogy azt rosszindulatúnak kellett volna minősíteni. Mint mola után sokszor, itt is hosszabb ideig pozitív volt a ZA-reactio, de a lutein cysták kialakulása idején hígított vizelettel végzett reactio negatív eredményt adott. Ilyen körülmények között kellett dönteni a további megfigyelés, vagy az azonnali műtét között. Az utóbbit választotta, mert a méh növekedésében, felpuhult voltában, a cysták nagyobbodásában a műtét sürgető javallatát látta. A kivett méhben két submucosus és egy intramuralis chorionepitheliomás góc volt.

Második esetében a 7 héttel előbb egy másik osztályon II—III. hónapos vetélés miatt curettezett asszonyt hasúri vérzéssel szállítottak osztályára. Méhét egy intramuralis chorionepitheliomás góc perforálta.

Ezen két esetével kapcsolatban rámutat arra, hogy vannak esetek, amelyekben a klinikai tünetek összehasonlításából hamarabb alakul ki a korai műtét javallata, mint a szövettani leletből, vagy a ZA-reactio eredményéből. Szülés és vetélés utáni chorionepitheliomák eseteiben a méh indokolatlannak látszó nagysága és puhasága, esetleg a nyálkahártya decidualis reactiója mellett sokszor csak a rá gondolás az, ami a korai felismerés felé, a helyes útra tereli a vizsgálat irányát.

**Frigyesi J.:** A chorionepithelioma kórjelzésében nagy haladást jelent az Asheim-Zondek reactio felhasználása és annak jellegzetes volta, nevezetesen, hogy hígított vizelettel is pozitív reactiót kapunk. Bár emiatt sokszor felesleges a curettage, mégis a mondottak ellenére sem tudjuk mindig idejekorán felismerni a betegséget. A diagnózis nehézségének egyik oka, hogy szülés, ill. vetélés után igen különböző időben észlelték chorionepithelioma keletkezését. Nehezen meghatározható esetekben úgy vagyunk, mint a patho-histológiai vizsgálat bizonyos eseteiben, nevezetesen, hogy a reactio értékelése és általában a kórjelzés és gyógyító eljárás megállapítása csak a klinikai tünetek komoly mérlegelésével lehetséges.

**Bud Gy.:** Klinikai észlelések nélkül a növekedés kérdése megoldatlan maradt. A chorionepithelioma nemcsak luteincysta növekedéssel, hanem sepsissel (baktériumvirulentia), sőt ú. n. toxicosisokkal, pl. nephropathia, vagy hyperemesissel, eklampsiával, tehát motoros idegrendszeri izgalommal is klinikai kapcsolatot mutat. A terhesség csupán előhozza a tüneteket, ha a trophikus idegrendszer benn van. Az ondószál és petesejt egyesülésének ingere az anya trophikus idegrendszerére hat és pozitív sejttransformatio révén a méh növekedésnek indul. Ha a terhesség megszakad, a negatív sejttransformatio a méh szövetének leépítését és védekezését is szolgálja. A növekedés és védekezés lényegét a terhes nő trophikus idegrendszerének sejttransformatio működésén át lehet megközelíteni.

**ifj. Mauks K.:** A vörösvérsejtsüllyedés értéke a nőgyógyászatban. A II. sz. női klinika és a budapesti Bába-képző Intézet anyagának felhasználásával 3839 operált esetben kapcsolatban dolgozta fel a foglalta táblázatokba a vörösvérsejtsüllyedés kórjelző és kórjósító értékére vonatkozó adatokat.

Bár a vérsejtsüllyedés, mint nem fajlagos próba, egymagában kórjelzésre nem alkalmas, a nőgyógyászati megbetegedések elkülönítő kórismézésében s főleg a nemzőszervek rejtett lobos folyamatainak felkutatásában igen hasznos segédeszköz.

Hasmetszések és hüvelyi méhkiirtások után — főleg, ha a műtétet gyulladással eredetű nemzőszervi megbetegedések miatt végzik, — annál nagyobb a gyors, láz- és szövődésmenymentes gyógyulás reménye, mennél lassabb a vérsejtsüllyedés a műtét előtt, ezért erősebben gyorsult vérsejtsüllyedés mellett gyökeres műtétet lehetőleg ne végezzünk, hanem kezeljük conservative a beteget mindaddig, míg többi vizsgálati módszerünk mellett a vörösvérsejtsüllyedés is a lobos folyamat megnyugvását jelzi. A gyors vérsejtsüllyedés, amennyiben oka nem csupán a vérszegénység, a méhkaparást is ellenjavallja, mert rejtett nemzőszervi gyulladást jelenléte mutat. Hüvelyi plasztikai műtétekkel és kolpotomiákkal kapcsolatban a vérsejtsüllyedésnek kimutatható kórjósító jelentősége nincs.

**Kuti L.:** A gr. Apponyi Albert Poliklinika nőgyógyászati osztályán a Linzenmeyer-féle eljárást használják, mert kevésbé érzékeny és a vérsejtsüllyedés értéke hamarabb megítélhető. Minden műtét előtt figyelembe veszik a vérsejtsüllyedést és gyorsult süllyedés esetén csak akkor végeznek műtétet, ha vitális indicatio áll fenn, mert tapasztalataik szerint ilyenkor a gyógyulás zavarásával kell számolni. Steril hasi műtétek után a második napon gyorsul a süllyedés és sima gyógyulás esetén a 8. napon lesz normálissá. Felhasználják a vérsejtsüllyedést a méhen kívüli terhesség kórismézésében is. Régi haematokelék és adnexumok elkülönítésében kevés támpontot ad. Gyulladások esetén 8—10 nap után conservatív kezelésre lassultabbá lesz a süllyedés, de csak 3—4. héten éri el a normalis értéket, ha közbeeső szövődés nem zavarja a gyógyulást.

## A Debreceni Orvosegyesület dec. 1-i ülése.

## Bemutató:

**Végh P.:** Primaer vulva diphtheria és typhus abdominalis együttes előfordulása felnőttön: 22 éves bábanövendék esetét ismerteti, akin egyidőben lezajló vulvadiphtheriát és typhus abdominalist volt alkalma észlelni. A beteg az 56—60-ik napon gyógyult. (Teljes terjedelmében közlésre kerül.)

## Előadások:

**Szendi B.:** A. H. E. H. hatás kísérletes vizsgálata az infantilis egérméh súlygyarapodásának alapján. A berlini Charité női (Wagner) klinikán kísérletesen vizsgálta a HEH hatást az inf. egérméh súlygyarapodásának alapján azzal a céllal, hogy a hormon quantitativ mérésére szolgáló biológiai reakcióban az eddig használtknál jobb (érzékenyebb, megbízhatóbb, elektív) indikátorhoz jusson. Úgy találta, hogy a súlygyarapodás igen érzékeny jelzője a HEH hatásának, kb. 4—5-ször érzékenyebb mint a oestrus cyklus rögtadiumának megjelenése. A súlygyarapodás felhasználható a HEH hatás quantitativ mérésére. Egységnek (egérméh-egységnek) azt a mennyiséget ajánlja, mely az infantilis egerek (azonos anyag vizsgálatában legalább 3—4 állatban) méhét 96h alatt 14—16 mg-ra növeli. A súlygyarapodás a petefészek biológiai változásának (tüszőérés és sárgatest képződés) következménye, belőle azonban a hormon különböző mennyiségei között biztosabb és határozottabb különbségek állapíthatók meg, mint a petefészek változásából. A méhsúlygyarapodás különböző foka különböző hormonmennyiségek elkülönítésében csak bizonyos határok között értékesíthető. Kb. azon HEH mennyiségekig, melyek az ivarérett méh nagyságáig növelik. Ennél nagyobb hormonmennyiségek után a méh súlygyarapodás módja a HEH minőségétől is függ. A vizsgált postclimact. vizeletek között volt olyan, melyek mennyiségének növelésével fokozatosan továbbnőtt a méh súlya s 10-szeresét is elérte az infantilis és 1-szeresét az ivarérett méh súlyának. E vizeletekkel oltott állatoknál csak tüszőérés volt. A méh szárazanyagának súlya és a szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy az ilyen esetekben a méh nemcsak megnőtt, hanem valóságos túltengés jött létre. Ezen vizeletről azt veszi fel, hogy inkább csak tüszőt érlelő HEH-A-t tartalmaznak. Más postclimact. vizeletekkel szintén arányosan sött a méh, de a vizeleteknek ill. hormonoknak csak bizonyos mennyiségig. Több vizelet oltására a méh súlya hirtelen kisebb lett, u. ekkor a petefészekben megjelent a corpus luteum is. E súlycsökkenés okát abban látja, hogy ezen postclimact. vizeletek sárgatestképződést kiváltó HEH-B-t is tartalmaznak, de csak kis mennyiségben, csak nagyobb vizelet adagok tartalmaznak a lutenisatio megindításához elegendő mennyiségű B hormont. Terhes vizeletnek és prolannak csak egészen kis mennyiségeivel nyert különböző súlygyarapodást. Ezekből úgyszólván bármennyit oltott, közel azonos méhsúlyokat kapott. Ezek mellett azonban mindig sárgatest is volt. Ebből azt veszi fel, hogy utóbbi anyagok főképp HEH-B-t tartalmaznak, melynek hatására, amint ivarérett fejlődnek — valószínűleg a HEH-A hatására — az ivarszervek, ill. a méh, azonnal sárgatestképződés indul meg. A sárgatest csak mérsékelten növeli tovább a méhet, inkább működött. Az ilyen méhek szárazanyag tartalma valamivel kisebb, mint a folliculosus méhsúlygyarapodásoké. Nagy mennyiségű terhes vizelet és prolann nem érett ivarszervekből is kikényszerítheti a sárgatestképződést, ami megakasztja a méh további növekedését. Hypoplasiás méhek növesztésére csak olyan HEH készítmény hasznos, mely a HEH-nek csak A komponensét tartalmazza (postclimact. vi-

zeletből készült, vagy ha sikerülne az A és B factort izolálni). A sok HEH-B-t tartalmazó (terhes vizeletből készült) hátrányos, mert a sárgatest kikényszerítésével az infantilis méh tovább növekedését megállapítja, fejletlen állapotban működtetni kezdi. Ilyen irányú vizsgálatait folyamatban vannak.

November 24-i ülés:

**Bokay Z.:** Megemlékezés Bókay Jánosról és két olyan kórképről — *Herpes zoster varicellosus. Erythema subitum* — melynek felismerése névéhez fűződik. Egész terjedelmében megjelent a Gyógyászat 78. évfolyam 48. sz.-ban. volt.

### A Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 7-i ülése.

Bemutatók:

**Környey I.:** Az *arteria cerebri anterior* tünetsoportja. A bemutatott beteg 1½ évvel a betegség apoplectiformis kezdete után meg lehet különböztetni a mozgató és az ú. n. praemotoros kéreg kórjeleit. Utóbbiak közé tartozik a Mayer- és a Léri-féle reflex fokozódása. A hasi és cremaster-reflexek megmaradása (fokozódása?) szintén a praemotoros mező sérülésével lehet kapcsolatban. A teljesen bénult alsó végtag erős cyanosisa és hidegsége emlékünkből idézi a Fulton-féle nézetet, amely szerint a praemotoros kéregnek lényeges szerepe van a végtagok vegetatív beidegzésének szabályozásában. Figyelemre méltó az esetben az apraxia messzemenő visszafejlődése. Ugyancsak visszafejlődtek az acut szakban észlelt psychés tünetek, valamint a fogóreflex s a hólyag- és végbélzavarok. A j. o. *arteria cerebri anterior* ellátási területének lágyulását, amelyet a klinikai analysis alapján felvettünk, megerősítette az encephalographiás vizsgálat, amely a megfelelő üreget és a corpus callosum j. felének súlyos elvékonyodását tünteti fel.

**Erdélyi J.:** A nyelöcsőben fennakadt és a nyelöcsövet átszúrt csont oesophagoskopia útján eltávolított, gyógyult esetét mutatja be.

**Dózsa A.:** *Lymphogranuloma inguinale*. 23 éves férfi-*recidivans*. 9 éves fiúgyermek arcán két héttel ezelőtt 1—2 nap alatt hirtelen az egész testfelületre ráterjedő piros foltos kiütés támadt, torokfájás, hurutos tünetek, hányás, láz nélkül. Jelenleg a bőr enyhén beszűremkedett, kérges tapintatú; különösen a törzsön, a kéz hátán és a lábfejen igen kiterjedt lemezes hámlás látható, közepén tapadó pikkelyekkel. A baj a fejbőrt is megtámadta, a hajzat ritkult. Körömváltozások nincsenek. A vérvéképfokú lymphocytosist mutat, az eosinophil sejtek száma denses. Mivel a betegséget általános tünetek nem kísérték, a nyálkahártyán elváltozás nem jelentkezett, a folyamat a száj körüli részt sem kímélte meg, s a hámlás igen korán bekövetkezett, a kórismét *erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*ra kellett tenni; megerősíti ezt a körelőzmény azon adata, hogy a beteg félévvel előbb scarlat-szerű kiütésben szenvedett.

**Kramár J.:** Az *erythema scarlatiniforme recidivans* ritka kórkép. de ismernünk kell, mert könnyen vörhennyel téveszthetjük össze. Egyik betegét az ötödik attaque alkalmával látta először: kiderül, hogy előzetesen már négy ízben volt vörheny miatt elkülönítve. Rámutatott az elkülönítő kórjelzés főbb szempontjaira.

**Melczér M.:** A Féréal—Bernier-féle baj kétségtelenül az allergiás betegségek közé tartozik. A kóreredet tisztázására számbajövő vizsgálatokat elvégezzük.

**Dózsa A.:** *Lymphogranuloma inguinale*. 23 éves férfi-beteg mutat be, kinek féjkjén egy hónap előtt jelentéktelen, néhány nap alatt gyógyuló seb keletkezett. 1—2 hét múlva az inguinalis hajlatokban a nyirokcsomók strumosusan megnagyobbodtak. Ito—Reenstierna-reactio negatív, Frei-reactio igen erősen pozitív. Vérvéképben 7% monocytá, a mély csipő táj nyirokcsomók is duzzadtak.

Előadás:

**Kassay D.:** A mandulák élettani működéséről. Kidomborítja a mandulák védőszerepét. A további vizsgálatok irányát a kryptarendszer pontos tanulmányozásában és a tonsillák védő működésének jobb megismerésében jelöli meg.

## Liebermann Leo 1833—1938

Liebermann Leo e hó 23-án saját kezével véget vett életének: tragikus sors. 1883 március 13-án Budapesten született, tanulmányait a budapesti orvosi fakultáson kitűnően végezte, orvosdoktorrá 1905-ben avatták, megszerezte az iskolaorvosi és egészségtan tanári, majd a tiszti orvosi képesítést és 1906-tól 1916-ig az I sz. egyetemi szemklinikán mint gyakornok és tanársegéd szolgált, közben északamerikai tanulmányúton is volt 1914-ben magántanárként habilitálták és 1916-ban a Szent Rókus Kórház szemész főorvosává nevezték ki, 1923-ban pedig a rendkívüli tanári címmel tüntették ki. 1909-ben a nemzetközi orvosi congressus egyik titkára, 1913—1923-ig a szemorvosok egyesületének titkára, majd elnöke. Az országos közegészségügyi tanácsnak előbb rendkívüli, majd rendes tagja lett.

Tudományos munkássága a szemészet egész területére kiterjed: a helybeli érzéstelenítő szerekről, a tuberculínról a szem blenorrhoeájának, a keratitis parenchymatosának gyógyításáról igen értékes dolgozatokat közölt. A szem bakteriológiájával igen behatóan foglalkozott s a kötőhártya fertőtlenítésére bevált módszert dolgozott ki.

A szemoperálások terén számos módosítása és új gondolata volt. A szemvizsgálati módszerekkel behatóan foglalkozott s azokat tökéletesítette. A szem belsejébe jutott idegentestek diagnostikájáról s a mágnes-műtétek technikájáról szóló munkájával a Balogh Kálmán jutalmat nyerte. Leleményessége a technikai javítások terén kifogyhatatlan volt.

A szigorúan tudományos munkákon kívül sok népszerű közegészségügyi és orvostársadalmi cikket közölt s a magyar nyelvnek és helyes írásmódnak is mindig hű védelmezője volt.

Alapos theoreticus képzettségű szakember, kitűnő operatőr, szenvedélyes kutató, lelkiismeretes orvos, széleskörű általános műveltségű ember volt, ki hallási fogytékosságát teljesen el tudta feledtetni és osztályát mintaszerűen vezette. Fedhetetlen jellemű, megnyerő módon szolgálatkész s szívvvel lélekkel jó magyar ember volt.

Édes apja tudós és bölcs ember, édes anyja nagy műveltségű nő, nagypapja tisztelt s becsült orvos, kit még a „szegény legények” is megkíméltek, amikor az erdőben reá ismertek. Lieberman Leo classikus példája volt a magyar föld s a magyar művelt középosztály hatalmas asszimiláló erejének.

Tragikus halálát az egész tudományos világ, barátainak és tisztelőinek százai, betegeinek ezrei gyászolják.

Grósz Emil

## I. A P S Z E M I E

**Klinische Wochenschrift. 52. sz. Ammon:** Vitaminok és gyomor-bél csatorna; — **Sulla:** Légzési alapanyagcsere csökkenése jobb szív bántalmakban; — **Marchionini:** A bőr savköpenye és a bakteriumelhárítás; — **Thiele:** Essentialis hypochrom anaemia eredete; — **Haag:** A Haag- és Nigge-meyer-tbc-reactio újabb eredményei; — **Sichler:** Traumás Addison-kór; — **Vonkennel és Kimmig:** Arsen a liquorban szerves arsenvegyületek után; — **Siegmund:** Adrenalin-okoza resorptiógátlás aliment. alkoholaemiában; — **Hotz:** A Sprue gyógyítása; — **Otto:** Enterococcus endocarditis; — **Berger:** Pankreas hyperfunctiója.

**Deutsche Medizinische Wochenschrift. 52. sz. Schreus és Hüllstrung:** Kísérletek rheuma-allergenekkel ekzemáson; (Gundzent prof. válasza s a szerzők zárószava); — **Meier—Konstmann:** Megfigyelések a keringésre ható „Veritol”-ról; — **Braun:** Adat az Adie-szindrómához; — **König:** Hegfájdalmak kezelése műtétek és balesetek után; — **Herrnberger:** A folliculus-hormon optim. adagolása gyermekek

kankós vaginitisben; — *Baatz*: Adat a digitalis rectalis adagolásához.

**Münchener Medizinische Wochenschrift.** 52. sz. *Dorn és Diederich*: Albuclid, egy új sulfanilazármazek; — *Vonkennel és Korth*: A kankó chemoterapiája albuclidal; — *Bukowski*: A gyomor lymphogranuomatosisa; — *Kadmann*: Píoca a gégen; — *Worthmann*: Kevesse értékelt szüresi akadályok idős előszülők esetében; — *Heinczmann*: Granuloma gangraenescens kezelése C-vitaminnal és röntgennel; — *Keuer*: Tbc. bac. kimutatása fluoreszcátó fényben.

**Medizinische Klinik.** 52. sz. *Wildegans*: Bőralatti izomszakadások; — *Fecht*: Másodlagos anaemia 7—8% Hb.-al; — *Jelnek*: A malaria pathogenese; — *Dobreff*: Gyomorfekély és gastritis insulinkezelése; — *Beninde*: A klíma hatása melegvérű állatok testnagyságára.

**La Presse Médicale.** 104. sz. *Bugnard és Soula*: Glucose halmozódás bőralatti lacunákban; *Buckel*: B<sub>1</sub> hypovitaminosis szerepe az éhezés okozta cardiovascularis myocarditisben; — *Mauvo*: A jobb felhási syndroma kankós adnexitisben.

**British Medical Journal.** 1938. december 31. *Cullinan*: Ulceráló colitis. Klinika tanulmány; *Wittkower*: Ulceráló colitis. Személyiség tanulmányok; *Owen, Hower*: Bronchogen tüdőcsúcsrák. *Brothwood és Timble*: Sonne dysenteria bacillus okozta járvány; *Cyriaz*: Rheumás fájás; *James*: A quadriceps in ketoldai rupturája; *Walker*: A körülmelés.

**The Lancet.** 1938. december 31. *Rook és Dawson*: Alacsony vérnyomás és a repülés; *Findlay, Kliensberger*, stb.: Az egerek guruló betegsége; *Burtenshaw*: Lóserum (meningococcus antitoxin) kimutatása a vérben és a cerebrospinalis folyadékban; *Aylett*: A Miles-féle abdominoperitonealis műtét; *Wanchope és Leslie-Smith*: Achresticus típusú macrocytaemia.

**The Journal Of The American Medical Association.** 1938. december 3. *Mackie*: A chronicus ulceráló colitis orvosi kezelése; *Jones*: Az ulceráló colitis sebészeti kezelése; *Pessel* és társai: Az ulceráló colitis prognosisa; *Matz*: Bronchiogen rák; *Furlow*: Az agykéreg subpialis resectiója focalis epilepsia esetében; *Dixon és Deuterman*: A külső bél-sipolyok kezelése; *Kleine*: A vöröskereszt egyesület vérátömlesztés tervezete; *Ornsteen és Furst*: Sulfamid okozta peripheriás neuritis; *Lawson és Graybel*: Veneseccióval kezelt haemophilia; *Mayo*: Gastro-enterostomiás lezorító; *Wise és Wolf*: Ekzema.

## VEGYES HIREK

**Halálozások.** *budahegyi Pauer Károly dr.*, ny. székesfővárosi tisztiorvos december 23-án 68 éves korában elhunyt. — *Gergely Endre dr.*, az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvostudományi Szakosztályának választmányi tagja dec. 27-én 53 éves korában Kolozsvárott elhunyt.

**A rádiumemanáció (radon) mennyisége a fővárosi fürdők levegőjében.** 1936. januárjában *Kosmath és Weber* a székesfőváros meghívására a főváros tulajdonában levő fürdők különféle helyiségeinek levegőjében mérték meg sorozatos vizsgálatokkal a rádiumemanáció mennyiségét (radonconcentratio). Vizsgálataik eredményéből, melyek a gyógyítás és fürdőtechnika szempontjából igen nagy fontosságúak és miket az Akadémiában is bemutattak a „Matematikai és Természettudományi Értesítő” 1938. évi LVII. kötetében számolnak be.

Tudjuk, hogy a rádiumemanációt tartalmazó gyógyvizekből az emanáció csak kisebb részben szívódik fel a bőrön át, legnagyobb részét úgy jut a szervezetbe, hogy a fürdőző a fürdőhelyiség levegőjében lebegő emanációt belélegzi. Annak a fürdőnek jó tehát az építkezése, melyben minden modern mérnöki elv ellenére a szellőzést a fürdőzési idő alatt a lehetőség alsó határáig csökkentjük. Ime a példa: A Szt. Gellért gyógyfürdő társasfürdőjének medencehelyiségében a levegő radontartalma középértékben 58 Aer egység, a Szt. Imre fürdő gőzfürdőjében 752 Aer egység, a Rudas fürdő törökfürdőjében 1645 Aer egység. (Mégis a törökök minden idők legjobb fürdőépítői!)

Megfelelő építkezéssel kevés emanációt tartalmazó gyógyvizek fürdőhelyiségeiben is ugyanolyan nagy, vagy még nagyobb radonconcentratio érhető el, mint erősen radioactiv gyógyvizek fürdőhelyiségeiben. A Rudas-fürdő gőzfürdőjében a levegő radontartalmának középértéke 1945 Aer egység, a Szt. Imre fürdő egyes kabinjaiban (ezek már rádiumos vízzel vannak töltve) 1900 Aer egység, Gasteinban 1500 Aer egység.

A Rudas gyógyfürdő mostani átépítése alkalmával súlyos harcokat kellett vívnunk, mert az építészek egy része s a Gasteint megjárta s a főváros javát akaró laikus fürdőzők azt követelték, hogy az újonnan épülő kabinok kádjaikat alulról tápláljuk, mint Gasteinban, ne pedig csaptelepről, „nehogy a víz a levegővel érintkezzék”. Mi azonban ragaszkodtunk ahhoz, hogy a víz bizony minél több levegővel érintkezzék s *Kosmathék* vizsgálatai követeléseink jogoságát alátámasztották, mert Gastein újabb, *porlasztott vízzel* töltött kádjaiban a levegő radonconcentratioja lényegesen magasabb (500 helyett 1500 Aer egység). A két kutató itteni vizsgálata szerint is a Szt. Imre gyógyfürdő egyik kabinjában 180 Aer egység a radonconcentratio, ha a kádat a szokásos módon töltjük, ha a vizet nagy kiterjedésű rózsán át, vékony sugarak alakjában bocsátjuk be, akkor 1900 Aer egység lesz a radonconcentratio.

Egészen csodálatos értékeket mértek az egyes forrásmedencékben. Az átlag is igen magas: 15—24.000 Aer egység. A Rudas fürdő Mátyás-forrásának *előmedencéjében* (ahová a víz kis vízesés alakjában esik a forrásmedencéből) 90.000 Aer egységet mértek, míg Gasteinban a maximális érték csak 20.400 Aer egység volt. A forrásmedencék radonconcentratiojáról szerzett adatokat remélhetőleg az egyszer megépülő forrágáz emanatorium építésénél is tekintetbe fogják venni.

Különös érdekessége még vizsgálatainknak az, hogy megtalálták *Magyarország legradioactívabb gyógyvizét* a Rudas gyógyfürdő Diana-forrásának alakjában, mely 52.3 Mache. azaz 190 Eman egységnyi rádiumemanációt tartalmaz (félreértések elkerülése végett ismétlem, hogy a „legradioactívabb”, mert a Juventus gyógyforrás és a Szt. Imre fürdő forrása nem radioactivak, hanem már „rádiumosak”, azaz habár csak közepes mennyiségű emanációt, de nagyobb mennyiségű rádiumsót tartalmaznak.) *Kunszt J. dr.*

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat múlt évi kiadványai** a következők voltak: *Csépai*: Orvosszakértői véleményadás; *v. Haynal*: A szív és erek betegségei; *Frigyesi*: Nőgyógyászati; *Csakányi és 14 munkatársa*: Extrapulmonalis tuberculosis. A tagok az első három munkát már megkapták, a negyedik nyomás alatt van és megjelenése már január végére várható. A *Nékám-féle háromkötetes bőrgyógyászati atlasz* (4566 ábrával) már megjelent és szétküldése az igényjogosult tagok között már folyamatban van.

Az 1938. évi kiadványai közül *Beznák*: Élettan; *Ratkóczy*: Hodgkin-kór; *Melczér*: Negyedik nemi betegség; *Szumovszki*: Az orvostudományok története, (lengyelből fordította és magyar vonatkozásokkal ellátta *v. Herczeg Árpád*) már sajtó alatt van. Szétküldése 1939 első felében megtörténik. Ezenkívül a következő munkák egyike jut még erre az évre: *Angyán*: A légzőszervek megbetegedései; *Bakay és 11 munkatársa*: Orthopaedia; *Went*: Általános kórtanának első fele; a *Közegészségtan* négykötetes munkájának egyik kötet.

Az 1939. és a következő évekre tervezett munkák: *Benedek*: Ideg és elmekórtan; *Burger*: Szülészet; a *Közegészségtan* 1—2 további kötet; *Jendrassik*: Az orvosi vegyermés módszerei; *Lénárt*: Öröklés; *Puhr*: Sebészeti pathologia; *Belák*: Meteoropathologia; *Chudovszky*: Ezer év Zemplén megye közegészségügyéből; *Engel*: Fertőző betegségek; *Magyar-Kossa Gyula*: Magyar orvostörténelmi emlékek. (IV. kötet); *Nékám*: Bőrgyógyászati.

A Társulat szívesen venné, ha, amint az 1930-ban történt, a t. Kartárs urak közölnék vele, hogy minő könyveket óhajtanak, vagy minő speciális kivételek vannak. Ezeket a lehetőség szerint, alkalmilag szívesen teljesíti a vezetőség.

A Társulat ezenkívül azok számára, akik a következő ciklus első évében, vagyis legalább 1941-ig, legalább hat év óta voltak folyamatos tagok, jutalmul egy *Therapiái összefoglaló könyvet* szándékozik adni, amelynek bolti ára 40 pengő körül lesz. Ugyanakkor megindítja egy harmadik jutalomkönyvet, az 1940—45. évi ciklus tagjai számára prémiumként kiadandó *lexikonszerű Orvosi Szótárának* előmunkálatait. Ennek bolti ára 50—70 pengő között mozog.

Mint hogy e munka megírásához az összes szakmákból sok orvosmunkatársra van szükség, kéri a Társulat főleg az egyetemi assistenseket és könyvtárosokat, akik e szótár anyagának összegyűjtésében segítségére óhajtanak lenni, hogy jelentsék be e szándékukat *Nékám* professor rendelőjében: IV., Kossuth Lajos utca 2.

A hátralekös tagokat kéri, hogy tartozásaikat egyenlített ki, mert a kiadványokat csak azok kaphatják meg, akik kötelezettségeiknek eleget tettek. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat postatakarépzési számlájának száma 8883.

**Esterházy Pál herceg** az 1939. évre újabb 50.000 pengőt adományozott az orvosi tudományos munka támogatására. A herceg a felkért bíráló bizottság (*Johan Béla* államtitkár, *b. Korányi Sándor*, *Verebélly Tíbor*, *Herzog Ferenc*, *Grósz Emil* egyetemi tanárok és más szakértők) javaslatára 128 pályázó közül a következőknek adományozott segítséget: *Bakács György*, *Balás Guidó*, *Beöthy Konrád*, *Botár Gyula*, *Dobozy Elemér*, *Ernst Jenő*, *Faragó Ferenc*, *Fazekas Gyula*, *Haranghy László*, *Hofhauser János*, *Ivanovits György*, *Jancsó Miklós*, *Jendrassik Lóránd*, *Juba Adolf*, *Kerpel-Fronius Ödön*, *Krompecher István*, *Kup Gyula*, *Lengyel Julia*, *Lovrekovich István*, *Margitay Becht Endre*, *Meduna László*, *Mészáros Gábor*, *Mihalik Péter*, *Ratkóczy Nándor*, *Róth András*, *Schimert János*, *Simon Sándor*, *Straub János*, *Szarka Sándor*, *Szelőczy Dénes*, *Vásárhelyi János*, *Weinstein Pál*. Ezek közül 18 már a múlt évben is részesült támogatásban.

**Pályázat a szegedi egyetem szülészeti és nőgyógyászati tanszékére.** A vallás- és közoktatásügyi miniszter a szegedi tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő szülészeti és nőgyógyászati tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A pályázni óhajtok tudori fokozatukat, esetleg a tanári pályán való eddigi működésüket, vagy egyebütt való alkalmaztatásukat, továbbá irodalmi tevékenységüket és egyéb érdemeiket igazoló, valamint személyi adataikat tartalmazó okmányaikkal (magyar állampolgárság, születési anyakönyvi kivonat, curriculum vitae, stb.) felszerelt kérvényeiket, amennyiben jelenleg is állami alkalmazásban vannak, előjáró hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül a szegedi tudományegyetem orvostudományi karának dékáni hivatalához (Szeged, Dugonics-tér 13) január 28-ig nyújtják be.

**Pályázat a debreceni egyetem bőrgyógyászati tanszékére.** A vallás- és közoktatásügyi miniszter a Tisza István Tudományegyetem orvostudományi karán üresedésben lévő bőr- és nemikórtani tanszékre nyilvános pályázatot hirdet. A pályázni óhajtok tudori fokozatukat, esetleg a tanári pályán való eddigi működésüket, vagy egyebütt való alkalmaztatásukat, egyetemi magántanári képesítésüket, továbbá külföldi tanulmányaikat, irodalmi tevékenységüket és egyéb érdemeiket bizonyító, valamint személyi adataikat tartalmazó okmányaikkal (magyar állampolgárság, születési anyakönyvi kivonat, curriculum vitae, stb.) felszerelt kérvényeiket, amennyiben jelenleg is állami alkalmazásban vannak, előjáró hatóságuk útján, ellenkező esetben közvetlenül a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem orvostudományi karának dékáni hivatalában január 31-ig nyújtják be.

**A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülöhelyi Bizottság** fürdős-masször tanfolyamot rendez *Benczúr Gyula* professor vezetésével. Jelentkezés 1939. január 10-ig a Szent Gellért Gyógyfürdőben *bilkei Papp Lajos* egyet. magántanárnál. A tanfolyam január közepén kezdődik, tartama három hónap; tandíj 100 pengő.

**A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének** rendkívüli közgyűlése kegyelettel megemlékezett elhunyt elnökről: néhai *Kerntler Jenő dr.* zeneművészeti főiskolai tanárról. Új elnöké a közgyűlés egyhangúlag *Milkó Vilmos* professort választotta meg.

**Malária és az atebtrin.** Vidékünkön elég gyakran előforduló tertiana típusú maláriák esetén már régóta alkalmazzuk az atebtrint. Tapasztalataink szerint kb. 10%-ban jelentkeznek ismét a betegek recidiva miatt. Így a Bayer-gyárral ellentétben nem ismerjük el az atebtrin-kúra recidivát feltétlenül kiküszöbölő hatását. Mi az atebtrin után még 8–10 héten át, minden ötödik és hatodik nap egy gramm chinint rendelünk utókúra gyanánt. Recidivák csak azon esetekben léptek fel, hol a beteg ezen utókezelést elmulasztotta vagy félbeszakította. — *Kovalszky Róbert dr.*, Állami kórház, Gyula.

**Az angol egészségügyi minisztérium** jelentése szerint Angliában 1937-ben 74.000 ember halt meg rák következtében. A rákbetegek száma jelenleg kb. 100.000.

**Londonban** új kikötőkórházat nyitottak meg. Az 55 ágygal rendelkező kórházban a kikötőmunkálatok alkalmával megsérülteket kezelik.

**Cubában** mikrobiológiai társaságot alakítottak.

**Az egész világon** kb. 5 millió leprás van, kik közül 1 millió Indiában él. Itt a betegség aránylag jóindulatú; a férfibetegek a súlyosabb esetek és számuk is több, mint a nőké.

**Svédországban** a malmői spinalis gyermekbénulás epidémia alkalmával *Husz dr.* fokhagymával végzett kísérleteket. A még nem beteg gyermekek egy részének rendszeresen adott fokhagymakészítményt s ezek a gyermekek nem betegedtek meg, viszont ugyanakkor 9 gyermek megbetegedett, akik nem kaptak fokhagymát. Az orvos ebből arra következtet, hogy a fokhagymának a poliomyelitissel szemben védő hatása van.

**Orvosdoktorrá vattattak a budapesti Tudományegyetemen** december 23-án: *Daróczi Gyula* cum laude, *Elefánt Dezső*, *Mezey Pál Gyula Ferenc*, *Pintér Margit Irén*, *Peller Ágoston*, *Mezey Sándor*, *Atzél Attila Elemér*, *Bernád Tibor Endre*, *Gaal Béla*, *Klein László*, *altorjai Könczey Elemér György*, *Modor Iván Kornél György* cum laude, *Péchy László István Ferenc*, *Pintér Miklós Lajos*, *Petrovics László István*, *Rusztly Miklós Károly Henrik*, *Zsoldos Pál*, *Keller András*. — Üdvözljük az új Kartársakat!

**Frontátvonulások és kísérőjelenségeik december 20–26. között.** A hétnek frontológiai tekintetben legfontosabb eseményei a december 21. déli erős felsiklási front és a dec. 25. hajnali rendkívüli erős betörési front átvonulások voltak. A dec. 21-i felsiklási front praefrontalis tünetei már előző nap este 22 órakor kezdődtek és a praefrontalis ónos eső a fővárosban többszáz utcai balesetet okozott. A frontátvonulás megszűntette az idei tél első erős fagyperiodusát és háromnapos olvadást létesített. A közben minduntalan ismétlődő gyengébb frontátvonulások után dec. 25-én hajnalban bekövetkezett a másik erős frontátvonulás: kerekén 10 fokot kitevő hirtelen postfrontalis hőmérsékletzuhanás, bőséges postfrontalis havazás és az ország nagyrésztén heves hófúvás játszódott le. A legerősebb frontális reakciók egy részét a dec. 20/21-i éjjelen és 21-én délelőtt fennállott postfrontalis időszakban feltételezendők. A hét folyamán előfordult frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók: \*)

| A front<br>fajtája | A front<br>ideje<br>Budapesten |     | Fejlett-<br>sége | Kísérő eseményei* |
|--------------------|--------------------------------|-----|------------------|-------------------|
|                    | nap                            | óra |                  |                   |
|                    | 20                             | 15  | betörési         | gyenge.           |
|                    | 21                             | 11  | felsiklási       | erős              |
|                    | 21                             | 9   | betörési         | gyenge            |
|                    | 22                             | 9   | "                | "                 |
|                    | 22                             | 14  | felüljáró        | "                 |
|                    | 22                             | 15  | betörési         | "                 |
|                    | 22                             | 17  | "                | "                 |
|                    | 22                             | 19  | "                | "                 |
|                    | 23                             | 1   | "                | "                 |
|                    | 23                             | 7   | "                | "                 |
|                    | 24                             | 1   | "                | "                 |
|                    | 24                             | 6   | "                | "                 |
|                    | 24                             | 14  | felsiklási       | mérsék.           |
|                    | 24                             | 22  | betörési         | "                 |
|                    | 25                             | 5   | "                | erős              |
|                    | 26                             | 10  | felsiklási       | gyenge.           |

\*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet önrő mészereinek adatai.

**Lapunk mai számához** a Magyar Pharma Gyógyáru Rt. (Budapest V., Arany János utca 10.) *Vogan*-ról és *Deta-vit*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

## HETIREND

**Január 9-én este 7 órakor** a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Andai György*: Az agranulocytosis kórképe.

**Január 10-én este 7/4 órakor** a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Bence Gyula*: A meteorizmusról.

**Január 10-én d. u. 6 órakor:** a Magyar Gyermekorvosok Társasága ülése. (Gyermekeklinika tanterme). Bemutatások: *Schwarz Ernő*: Elvérzéses halál Banti-kórbán. *Szemere Tamás*: A csontrendszer súlyos elváltozása világhozott syphilis esetében. *Deutsch Ernő*: Enkephalitis scarlatinosa három esete. *Kiss Pál*: Scarlatina okozta pararythmia. *Kovács István*: Ujszülöttkori csipőzületi gyulladás. *Zimányi István*: 3 hónapos csecsemő érdekesebb sárgasága.

**Január 13-án d. u. 6 órakor:** a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. Előadások: *Hattyasy Dezső*: A fogfejlődés befolyásolása az autonóm idegrendszerre ható anyagok által; *Ipoly Ferenc*: Migraines roham és főfájások megszüntetése endonasalis histamin iontophoresissal.



Országos Tüdőbeteg Szanatórium Egyesület  
József-Szanatóriuma, Gyula.

### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az Országos Tüdőbeteg Szanatórium Egyesület elnöke pályázatot hirdet a gyulai József-Szanatóriumban megüresedett orvosgyakornoki állásra, melynek javadalmazása természetbeni lakáson, teljes ellátáson (fűtés, világítás, mosás, ételmezés) kívül havi 60 P. fizetés.

Felhívjuk a pályázni kívánó phthisiológiaival foglalkozó illetőleg foglalkozni óhajtó nőtlen vagy hajadon orvosdoktorokat, hogy báró Láng Boldizsár m. kir. titkos tanácsos, az OTSZÉ elnöke Öccellentiájához címzett kérvényükhöz a „Népegészségügy” 1936. évi november hó 2-án megjelent 21. számában olvasható és a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-ában felsorolt okmányokat eredetben vagy hiteles másolatban csatolják és hozzám Gyulára (József-Szanatórium) küldjék be.

A pályázati határidő: 1939. január 15.

József Szanatórium, 1938. december 25.

Dr. Gáli Géza s. k.  
igazgató-főorvos.

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-kórháza  
396—1938. ikt. szám.

### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Sopron szab. kir. thj. város Erzsébet-kórházánál betöltendő *segédorvosi állásra* és amennyiben a segédorvosi állásra a kórház alkalmazásában álló *kisegítő orvos* nevezetné ki, az ennek révén megüresedő *kisegítő orvosi állásra* is pályázatot hirdetnek.

A segédorvosi állás javadalmazása a m. kir. belügyminiszter úr 1935. évi 300. számú körrendelete értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozata szerint járó illetmény, továbbá egy bútorozott szobából álló intézeti lakás és I. osztályú ételmezés. Az ételmezésért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, mely idő elteltével a kinevezés pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A *kisegítő orvosi állásban* az alkalmaztatás ideiglenes jellegű, bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás egy évre terjed. Javadalmazása havi 80 P készpénzdíjazás, bútorozott lakószoba és I. osztályú ételmezés. Az ételmezésért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez mellékelni kell: születési anyakönyvi kivonatot, hatósági erkölcsi bizonyítványt, magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító orvosi oklevelet, egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat, közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épiséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt.



Orvosi magánygyakorlat egyik állásban sincs megengedve. A kinevezés után az állás azonnal elfoglalandó.

Felhívom azokat a nőtlen orvosdoktorokat, akik az állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt és Sopron szab. kir. thj. város főispánjához címzett folyamodványukat hozzám 1939. január 16. napjának déli 12 órájáig nyújtásuk be.

Sopron, 1938. december hó 19-én.

Dr. Király Jenő s. k.  
m. kir. egészségügyi főtanácsos,  
kórházigazgató.

Uj !!

Super-Lysoform

Rendkívül baktericid

(10%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococcut)

## FAGIFOR „Cito” lag. orig.

Calcium sókat tart. józú  
mentholos kreosot syrup

### Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak  
specifikus gyógyszere

„CITO” gyógyszervegyészetigár Budapest, XIV.

Abauj-Torna Vármegyei „II. Rákóczi Ferenc” Közkorház, Szikszó. 1421/1938. G. sz.

### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Abauj-Torna vármegyei II. Rákóczi Ferenc közkorházban lemondás folytán megüresedett egy segédorvosi és egy *kisegítő orvosi állásra* ezenel pályázatot hirdetnek.

A segédorvosi állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti ételmezés.

Pályázni csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, magánygyakorlat megengedve nincsen. A kinevezés 2 évre szól, mely további két évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható.

A *kisegítő orvosi alkalmaztatás* ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre. A *kisegítő orvosi javadalmazása* egy bútorozott szoba, fűtés, világítással, havi 80 P. díjazással, 50%-os térítmény ellenében I. oszt. intézeti ételmezés.

A szabályszerűen felszerelt kérvények méltóságos dr. báji Patay Sámuel főispán úrhoz címezve a kórház igazgatójához nyújtandók be, a beadás határidejéül az 1939. év január hó 28. napjának déli 12. óráját tűzöm ki.

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

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

Késve érkezett, vagy a fenti követelményeknek nem megfelelően felszerelt kérvények figyelembe nem vehetők. Szikszó, 1938. december hó 27.

Dr. Kisztly Jenő s. k.  
igazgató-főorvos.

253—1938. sz.

Somogyvármegye Kapuvári Közkorháza.

### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A 257.400—1937. B. M. számú rendelettel Sopronvármegye Kapuvári közkorházánál engedélyezett *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetnek. Az alkalmaztatás ideiglenes jellegű és bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető s végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat által kerül újra betöltésre.

A *kisegítő orvosi javadalmazása*: másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. tiszti ételmezés, havi 80 pengő díjazás.

Szabályszerűen felszerelt és kellően felbélyegzett pályázati kérvények 1939. évi január hó 20-ig (déli 12 óráig) méltóságos simonyi és högyészi Högyész Pál úrhoz, Sopronvármegye főispánjához címezve — hozzám nyújtandók be.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési bizonyítványt, 2. orvosdoktori oklevelet, 3. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, illetve ezek hiteles másolatai.

Az alkalmaztatás megtörténte után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Kapuvár, 1938. december 30-án.

Dr. Forin Vilmos s. k.  
kórházigazgató, sebész-főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ



## TARTALOM:

- Jeney Endre:** Klimatikus tényezők és betegségek. (25—29. oldal.)
- Kiss Lajos:** A légmellkezelés megszüntetése. (29—33. oldal.)
- Schmidt Albin:** Szádlás és sebtömés a vesesebészetben. (33—36. oldal.)
- Kup Gyula:** Adatok a tobozmirigy működéséhez makrogenitosomia praecox dementiás alakja kapcsán. (36—37. oldal.)
- Kassay Dezső:** Modellkészítés a tonsillaris cryptarendszer-ről. (37—38. oldal.)
- Varga Tibor:** B<sub>1</sub> avitaminosis (beri-beri) esete csecsemőn. (38—39. oldal.)
- Szodoray Lajos:** Gombák festése hámpikkelyekben (különös tekintettel a Berberian-féle eljárásra. (39.—40. oldal.)
- Benderek István:** Gyógymasszázs és mechanoterapia. (40—41. oldal.)
- Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (9—12. oldal.)
- Irodalmi szemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Fülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. Urologia. (41—44. oldal.)
- Könyvismertetés:** (44. oldal.)
- Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (45—48. oldal.)
- Tiszamarti Antal:** Nyelvművelés. (48—49. oldal.)
- Lapszemle:** (49—50. oldal.)
- Vegyes hírek:** (50—52. oldal és a borítólappal III. és IV. o.)

## Klimatikus tényezők és betegségek.

Klinikai előadás.

Írta: Jeney Endre dr., egyet. ny. r. tanár.

(Folytatás.)

A Földünkre jutó napsugarak ultraibolya sugármenyiségének jelentősége újabban állandóan foglalkoztatja a higienikusokat. Különösen mióta a napfoltok és az ú. n. *klima-periódusok* kérdése felmerült. Még csak nem is olyan régen igen csodálkoztunk, ha azt olvastuk, hogy a párisi egyetem orvosi kara a XIV. században a járványokat a planéták járásával akarta magyarázni, később pedig a lipcei egyetem földrengésekkel és árvizekkel hozta összefüggésbe a különböző fertőző betegségeket. Legújabbban ott tartunk, hogy a járványok periodicitását is napfolt-hatásokkal akarják összefüggésbe hozni. Egyik volt tisztí főorvos már a Heine-Medin-féle járványt illetőleg is a napfoltokra hivatkozott. Nemrégiben egy orvos-kollega arról tartott előadást, hogy az utolsó 188 év alatt a világtörténelemben előfordult háborúk milyen viszonyban voltak a napfolt-periódusokkal. Milyen álláspontot foglalhatunk el ebben a kérdésben? Meg kell jegyeznünk, hogy a *klima-periódusok* tétele még nincs igazolva. Először Brückner és Wolter különböztettek meg 200, 35, és 11 éves *klima-periódusok*at. Ezek közül a 11—12 éves *klimaperiódusok* voltak viszonyba hozhatók a napfolt-maximumok váltakozásaival. A napfoltokról is tudnunk kell azonban, hogy számuk eléggé ingadozó s vannak teljesen szabálytalan változások is a számuk tekintetében. A foltokban gazdag években csak kb.  $\frac{1}{4}$  fokkal volt nagyobb az évi átlag-hőmérséklet a Földön. A folt-maximumok idején kisugárzott fény-energia pedig kb. 3—4%-kal több, mint a folt-minimumok idején. A folt-periódusok és a sarki fény-jelenségek között nem lehetett feltűnő megegyezést kimutatni. Határozottan látszik azonban a viszony a napfolt-periódusok és a földmágnességi elemek viselkedése között. A *klima-periódusok*ban Brückner megkülönböztet egy kisebb száraz és egy nagyobb nedves szakaszt. Wolter szerint a *periódusok* száraz részében több a diphtheria és vörheny eset, mint nedves időszakban. Gleitsmann is pár-

huzamot talált a csapadékszegény évek és a vörheny-járványok között. Hogy miért volna ilyenkor — amint hivatkozik rá — jó kruplitemés, azt nem tudja megmagyarázni. A diphtheria járványokat hazánkban először Bókay (sen.) tette közelebbi vizsgálat tárgyává és állapított meg szabályszerű 10—15 éves *periódusok*at benne. Johan és Tomcsik úgy találták, hogy ezek a *periódusok* 12 évenként jelentkeznek. Lade külföldi statisztikája szerint a diphtheria járványok néha a 35 éves napfolt-*periódusok*kal esnek egybe. Lade szerint, ellenben Wolterrel, nedves, hideg időben a glecserek előrehaladása idején van több diphtheria eset. Tropicus és subtropicus vidékeken azonban szintén sok a vörheny és a diphtheria, sőt több még, mint a mi *klimánk* alatt. Nálunk és az Egyesült államokban mégis mind a két betegség késő ősszel és télen kulminál. A polyomyelitis járvány-görbéje nyáron mutat emelkedést, vele szemben a resistentia azonban délen sokkal nagyobb, így már Olaszországban is sokkal ritkább betegség, mint északon. A kanyaró, a pertussis és a himlő elleni mentességnek úgy látszik nem kedvez a meleg éghajlat.

A *klimaperiódusok* hatását a járványokra háromféleképpen igyekeznek magyarázni: 1. a *genius epidemicus* változása, a *virulentia* változása által; 2. az átviteli lehetőség megváltozása és 3. az emberi *constitutio* megváltozása eredményeképpen. Az előbbi felvétel mellett felhosszítják, hogy a diphtheria bacillus időnként ú. n. toxikus mutációt árul el. Súlyos diphtheriás esetek nagy számban jelentkeznek, melyek az erélyes gyógyszer-savó kezelésre sem javulnak. A kórokozó *virulentia*jának változását a szabad természetben előbb Sydenham, majd konkrétan Pettenkofer az ú. n. x. y. z. elméletében vette fel. Amint ismeretes, Pettenkofer a talajvíz ingadozások és a typhus járványok között vélt szabályszerűséget megállapítani Münchenben, amennyiben a talajvíz leszállása idején gyakoribb typhus-fertőzéseket tudott észlelni. A budapesti megfigyelések ezt a felvételt nem erősítették meg. Magyarországi adatok szerint meleg, száraz, nyári időben több a typhus eset (Sághy). Petrilla megállapítása szerint hazánkban a havi középhőmérséklet el kell érje a 20 C°-ot ahhoz, hogy a typhus megbetegedési görbe egy hónap elmúltával

felemelkedjen. Pécsen a 90-es években azonban a vízvezetéki csatorna szennyeződése a pócegödrök felől kétszer is felhőszakadáshoz csatlakozott. Debrecenben a múlt évben szintén kétszer nem a vízvezetéki víz, hanem a szennyvízcsatorna volt a nagyszámú typhus eset részbeni okozója, mert nem volt képes befogadni a hirtelen alázuhanó esőtömeget. A túltelt csatornákból a felhígult szennyvíz kiáradt és több helyen a pincehelyiségeket, fürdőszobákat és egy helyen a kutat is megfertőzte. A helyi viszonyok tehát esetről-esetre igen jelentékenyen változnak. A csapadék jelentősége is különböző lehet. Ahol a nagyfokú esőzéseknek ilyen következményei nincsenek, valószínűleg a nyári esőzéseknek meg van az az előnye, hogy a typhus és más bél-fertőzések szempontjából olyan fontos nyári légyveszedelmet csökkentik, a gondatlanul szétszórt faecaliákat elmosásig, eltüntetik.

Hogy a klimaperiódusok, avagy az évszakos ingadozások a kórokozók virulentiáját a szabad természetben bármilyen módon megváltoztatnák, bizonyítva nincs, ez a felvétel nem állhatja meg a helyét, hiszen ellenkezik a fertőzésről vallott egész elméleti tudásunkkal. A fertőzőképesség, a virulencia a mikrobák olyan képessége, amely nem fokozódhatik a szabad természetben, az emberi szerzeten kívül, hanem csak azon idő alatt, amíg ezek az elemi élőlények a magasabbrendű szervezeten belül tartózkodnak. — Az állat-passage kísérletek ezt eléggé demonstrálják.

Ehelyett felvehetjük azt, hogy a klimatikus tényezők periodikus ingadozásai az emberek constitutióját, (fogékonyságát) változtatják meg. Arra lehet gondolni, hogy a Földre jutó napsugárak ultraibolya tartalmának periodicus változása követlenül, avagy közvetve áthangolóan hat az emberi szervezetre.

A nap fényenergiájának csak kb. 3 milliárdnyi része halad a Föld irányában, de ez a sugármennyiség sem jut el teljesen, illetve változatlanul a Föld felületére. A Földre érkező napsugár spectrumából csak 1%-nyi az ultraibolya rész. Földünk atmoszféráján kívül az extra-terrestialis spectrumban még 5%-ot tesz ki. A legrövidebb hullámú sugarak jelentékeny része vagy absorbeáltatik és más energia-formává alakítatik át vagy szétszórás útján más irányba tereltetik. A Napból kiinduló szabad elektronok (kathod sugarak) igen nagy mennyiségben adsorbeáltatnak. Ezek okozzák kb. 90 km. magasságon felül az északi sarkon az ú. n. sarki fényt. A Napból származó más corpuscularis sugarak is absorbeáltatnak. A Föld felületére csak a 289 m  $\mu$ -nál hosszabb sugarak jutnak el, azok sem mindenütt és mindig. Közönséges ablaküvegeink a szobánkba csak a 330 m  $\mu$ -nál hosszabb hullámú sugarakat bocsátják be, így a Dorno-f. (290—313 m  $\mu$ ) biológiai sugarakat is kizárják, pedig a D-vitamin képződéséhez is 289—300 m  $\mu$ -ig terjedő hullámhosszú sugarak szükségesek. A bőr erythemát előidéző sugárféleségek is 289—313 m  $\mu$  hullámhosszhoz tartoznak. Hogy ezek a sugarak is bejuszanak lakásunkba „ultravit” és más speciális üvegeket kell ablakainkra alkalmaznunk.

A Földre el nem jutó legrövidebb utraibolya sugarak (150—220 m $\mu$ ) (= 1500—2200 A $^\circ$ ) a levegőre ionizálóan hatnak. Ilyen módon erős napsütésben ozon (O $_3$ ) keletkezik, ami éjjel újból visszaalakul O $_2$ -é. Ez az ozonmennyiség nagy magasságban, kb. 20—50 km. magasságban helyezkedik el és partialis nyomását 3—5 mm-re is becsülik. Ez egyáltalában nem szerepeltethető az üdülőhelyek hirverésében, mert a Föld közvetlen atmoszférája felett foglal helyet s legtöbb szerepét abban

látjuk, hogy csaknem teljes mértékben absorbeálja a napsugár spectrumát a 289 m $\mu$  hosszúig. Ezért nem tartalmaz a Nap spectruma a Föld felszínén ennél rövidebb hullámhosszú sugarakat. Az ozonréteg tehát a Föld felületének „természetes védőernyője” a rövidhullámú, toxikus ultraibolya sugarakkal szemben. Írtak le azonban egyes ú. n. „levegőlyukak”-at, melyeken át rövidebb h. h. sugarak is eljutnak. Ha ezeket a kártékony sugarakat nem nyelné el a magas levegőrétegek ozontartalma, a Föld mai összes szárazföldi élőlényei elpusztulnának. (Az óriási kétéltűek kipusztulását is ezzel magyarázzák.) Más szóval a Földön kifejlődött szerves élet csak ilyen védelem mellett alakulhatott ki. A por, a köd, a pára, a levegő „kis” és „nagy” ionjai még több rövidhullámú ultraibolya sugarat nyelnek el, illetőleg alakítanak át hosszabb hullámú sugarakká. Ha tehát a napfoltok számának ingadozásai során erősödik a napsugárzás, erősödik az ultraibolya sugárzás is és ez a levegő magas rétegeiben több ozont termel, aminek következménye az lesz, hogy a nagyobb ozonmennyiség még jobban távol tartja a legrövidebb hullámú, toxikus ultraibolya sugarakat. Ilyenformán tehát bizonyos „autoregulatiót” lehet ebben a folyamatban felismerni. A napfoltok változása és az innen eredő ingadozó ultraibolya-sugárzás hatása is tehát ezáltal valószínűleg egyenletesebbé tétetik. Ultraibolya sugarakban a magaslati vidék klímája dús, ezért az ilyen klímát „sugárklímának” is nevezik. A hegyoldalakra t. i. télen inkább esnek merőlegesen a napsugarak, mint a síkságra. A tiszta, por- és páramentes levegőben a rövidebb atmoszférarétegen keresztül kevesebb absorbeáltatik belőlük, másfelőla hőmezők jelentékeny részüket visszaverik. A fény a testi- és a szellemi functiókat sokféleképpen kedvezően befolyásolja. A betegségek gyógyítása terén legszembetűnőbb hatását az izületi és csont-tuberculosis gyógyítása során látjuk. Ez a hatás azonban nem közvetlenül a kórokozókra irányul, hanem az általános védekezés fokozása által érvényesül. Ilyen hatásoknak tekinthetjük a következőket: 1. vérelváltozások (a fehérvérsejtek és vérlemezkék megsaporodása, a vér-alvadékonyság fokozása); 2. a sympathicus tonus csökkentése; 3. a bőr felől kiváltott reflectorikus hatások; 4. vitamin-hatások activálása által, így pl. a bőr cholesterint a 289 m $\mu$  hullámhosszúságú sugár D-vitaminná alakítja át. Ha megakadályozzuk a fejlődő állapotot abban, hogy bőrét nyaldossa, éppen úgy rachitist kap, mint ha a sugárhatástól megkíméljük. Indiában csak a gazdagok gyermekei lesznek rachitisek, mert sőtétben nevelkednek. 5. A bőrben előidézett ú. n. „mikro-nekrosisok” során termelődött „nekrohormonok” által általános protoplasma-ingert képesek a fénysugarak kifejteni. A fényinger azonban úgy az egészséges, mint a beteg szervezetre is csak bizonyos határok között alkalmazható, legtöbbször éppen a tüdőtuberculosis gyógyítása során vétenek a heliotherapiával.

A fényenergia jelentősége a fertőzőbetegségek prophylaxisában helyes alkalmazás mellett mindenestre rendkívül nagy. Ki kell emelnünk azonban azt, hogy a klíma-periodusok és a járványok közötti összefüggés nem is határozott minden esetben, illetve a járvány-periodusok más ütemben követik egymást, mint a klíma-periodusok. Itt mindenekelőtt arra kell gondolni, hogy minden járvány a fertőzésnek kitett fogékony egyének megbetegedésével, vagyis egyes területek *átvéstelésével* jár együtt és ez az átvéstelés okozza a periodikus sűrűsödéseket az egyes járványokban. Egy újabb fogékony generatio kell felnőjön ahhoz, hogy

egy újabb járványperiodus alakuljon ki. Ezt mutatja az az észlelés is, hogy minél nagyobb valamely fertőző betegség ú. n. *contagiositási indexe*, vagyis minél kisebb szerepe van a dispositionális tényezőknek, annál rövidebb időközökben sűrűsödnek a megbetegedések abban a fertőző betegségben.

|            | Kontag.<br>index        | Sűrűsödési<br>hullám (év)  |
|------------|-------------------------|----------------------------|
| Kanyaró    | 95% = 0.95              | 4-3-2                      |
| Himlő      | 95% = 0.95              | 4-3                        |
| Pertussis  | 70% = 0.70              | 6<br>(nagyváros 3-2)       |
| Vörheny    | 40% = 0.40              | 6-4                        |
| Diphtheria | 20-10% =<br>= 0.10-0.20 | 15-10<br>(ld. Bókay prof.) |

Belák diphtheriajárványokra vonatkozólag egyforma periodicitást talált Budapest, Bécs és Debrecen statisztikájában; ez szerinte nem lehet véletlen és nem lehet egyszerűen átvészelés folyamánya, ezért valami általános kozmikus behatás érvényesülését keresi. A napfoltok és a diphtheria-járványgörbe között *direct* összefüggést ő sem lát. A napfolt-hatást ő közvetettnek gondolja, jelesen arra gondol, hogy a napfoltmaximumok idején az ugyanekkor megnagyobbodott ozon szűrő hatása folytán kevesebb a lehetőség „a Nap biológiai hatásának élvezetére, activált élelmiszerek felvételére”. Ezért úgy gondolja, hogy ilyen módon bizonyos tömegdispositio keletkezik, ami kedvez a diphtheria-járványok fellángolásának.

A járványok évszakos változásai is néha csak látványosak. Az emberek téli bezárkózása, összezsúfolódása, egészségtelen életmódja magyarázza talán a nagyobb fertőzési lehetőségeket. Pl. kanyaró, himlő, pertussis esetében. A valódi évszakos ingadozások részben a szereplő gazda-állatok (szúnyogok), részben a mechanikai közvetítést végző állatok (legyek) természetrajzával kapcsolatosak. Valószínűleg az emberi constitutio is évszakonként változik. Télen kevesebb az embervér complement-tartalma (*Loew*). A gyenge táplálkozás, a vitaminhiány, kevesebb napsugár nagyban hozzájárulhatnak ahhoz, hogy egyes fertőző betegségek télen és a kora tavaszi hónapokban könnyebben érvényesülnek. Így pl. összefüggés kereshető a C-vitaminhiány és a súlyos diphtheria esetek között. Szegeden és Debrecenben végzett kísérleteinkben pl. kimutattuk, hogy a diphtheria toxin hatását C-vitamin adagolásával nagymértékben lehet csökkenteni. *Korpássy Bélával* azt is kimutattuk, hogy C-vitamin hiánya mellett a sebek kötőszövetes gyógyulása tökéletlenül megy végbe.

5. A levegő mozgásának, a szeleknek hatását az egészségre ma szintén összetettebbnek látjuk, mint régen. Eddig főként a hőszabályozásra irányuló befolyásokat tartottuk számon. Az „orthodox” bakteriológiai felfogás idejében az ú. n. meghűléses betegségek létezését, „léghuzat” hatásokat egyesek tagadták; ma elfogadjuk, hogy némely fertőzés kialakulásához a szervezet alkalmi lehülése döntő jelentőségű előkészítő tényező. A kórokozó microorganismusok széthordása a szelek által igen ritkán bír jelentőséggel, mert a microorganismusok is csak beszáradt anyagokhoz tapadva válnak röpképesekké, a beszáradás pedig a mikroorganismusokat, elsősorban a nem sporásokat elpusztítja. Az ú. n. csepp-infectio hatása pedig csak a beteg közvetlen környezetére terjed ki.

Vannak egyes szélfajták, amelyek sajátos módon zavarják meg egészségi állapotukat. Ilyen pl. az alacsony szél, az ú. n. *Föhn-szél*, amely az Alpokban és általában ott keletkezik, hol hegyvonulatok állanak a légmozgás útjában. A meleg, nedves levegő a déli lejtőkön felfelé száll, közben lehül, felhő és csapadék képződés történik, majd az északi lejtőkön a páratartalmától nagyrészt megfosztott levegő alászáll és közben felmelegszik „dinamikai okokból”, mert az egymásra csúszó levegőrészek összenyomódása melegítést okoz; minden 100. m. magasságvesztés után kb. 1° C-al. Így a völgyben tiszta, igen jól áttünő, meleg és igen száraz lesz a levegő. Hasonló viszonyok előfordulhatnak a szabad atmoszférában is a levegőtömegek egymás felett való elcsúszása esetén is, ha az előzetesen meleg levegő később alásüllyed. Ilyen módon Föhn-keletkezhetik síkságon is. Vannak egyes emberek, akik a Föhn-szél uralkodása alatt igen rosszul érzik magukat. Legtöbbször, így pl. a Sirocco hatása alatt Dél-Európában, az emberek rekkenőseget éreznek, izgékonyak, álmatlanok, idegfájdalmakról, migrainról és tachycardiáról panaszkodnak. Polyuria pollakisuria jelentkezik. A nyomásztó közérzet miatt egyesek öngyilkosságot is követtek el. Az arteriosus vérnyomás csökken, dacára ennek a Föhn-szél a szívbetegség számára kritikus, sőt ú. n. Föhn-halálról is beszélnek. A Föhnnek ugyanis rendkívül intenzív physiologiai hatása van a szervezetre, különösen a vegetative labilis egyénekre. *Bircher—Benner* szerint az első hatása a Föhn száraz-meleg levegőjének: igen gyors vízelvonás a vértől. A vér átmenetileg jelentősen besűrűsödik, így a szív munkája lényegesen emelkedik, ezért kritikus a Föhn-szél a szívbetegség számára. A vér víztartalmát a szövetekből igyekszik gyorsan pótolni. Ez a vízmozgósítás további zavarokat okozhat, mert ilyen módon egyes anyagcseretermékek, kóros lerakódások (húgysav raktárak pl.) fokozott mértékben mosatnak át a vérbe; innen származhatnak az emberek rossz közérzete. Tehát ilyenkor tulajdonképpen az „auto-intoxicatio” egyik nemével állunk szemben. Hasonló szárító hatás a szervezetre „hegyi betegség”-nél is érvényesül, mert a magaslati levegő is igen páraszegény, tehát erősen szárító hatású. A Föhn alatt a légköri elektromosság is megváltozik. A magaslatokról alászálló levegőtömegek ugyanis unipolaris elektromosságot hozhatnak le a síkvidékre.

Az ú. n. „hideg fronttal”, vagy betörési fronttal légnyomásemelkedés, a „meleg fronttal” vagy ú. n. felsikló fronttal pedig légnyomás esés jár együtt. „Időjárás front” alatt két különböző eredetű, tehát különböző tulajdonságú levegőtömegek egymásra ütközési helyeit, határterületeit nevezzük. Ezek a frontfelületek legtöbbször mozognak, de vannak ú. n. stationaer frontok is. *Hideg-front* hatására: vérnyomásemelkedés hyperglykaemia relativ alkalosis. K/Ca-quotiens emelkedés. — Anabolismus. Reductio. Érgörccsök. *Meleg-front*: vérnyomás esés. Katabolismus. Oxydatio. Értágulat. A klimatikus tényezők gyors váltakozása a hideg frontban érzékeny egyéneknél egészségzavarokat válthat ki: rheumaticus fájdalmak újulhatnak ki vagy pl. a diphtheria-croup esetében a stenoticus tünetek fokozódnak. Meleg-front átvonulásakor a változások lassabban állanak be és a tünetek kevésbé kifejezettek. Összefüggést vesznek fel a frontváltások és a következő betegségek, illetve tünetek között: eclampsia, spasmophilia, acut glaukoma, haemoptoë, heg-fájdalmak, rheumaticus fájdalmak, neuritisek, chronicus gyulladási folyamatok felújulása között. Érgörccsök (praecapillaris nyomás fokozódása.) Ellentmondó adatokat gyűjtöttek

össze az angina, asthma bronchiale, appendicitis, pneumonia crouposa, hirtelen halálesetek, malaria rohamok, ekzema rosszabbodása, a tuberkulin-érzékenység változása, a szamárköhögés, heveny gége croup, phlyctae-nák, epilepticus rohamok tekintetében. Szép számú adatok állanak rendelkezésünkre a sebészi műtétek sorsa és a frontváltozások közötti összefüggésre vonatkozólag. A véralvadék synaeresise és a thrombus felszabadulása segíti elő az embóliát. A műtét utáni embóliák esetei és a frontváltozások között *Hüttl* professor tudott igen feltűnő változásokat megállapítani. A magyarázata ezeknek az összefüggéseknek még homályos. Természetesen a frontváltozások hatását a betegségekre bonyolulttá teszi, illetőleg elfedi az egyes betegségek évszakos ingadozása. Ma azonban már senki sem vonja kétségbe, hogy a fronthatások alatt érvényesülő légköri elemek önmagukban is mint betegségi tüneteket kiváltó tényezők szerepelhetnek és szerepelnek. A fronthatások alatt — amint említettük — légnyomás ingadozások is bekövetkeznek. Ezek az ingadozások nem nagyfokúak, közvetett hatásaik azonban — legalább egyes földrajzi fekvésű helyeken — kisebb légnyomás ingadozásoknak is lehetnek. A légnyomás hirtelen csökkenése ugyanis a talajlevegő nagyobbfokú, gyors kiáramlását okozhatja. A talajlevegő egyes helyeken jelentékeny mennyiségű radium-emmanatiót tartalmaz. Ez a levegőre ionizálólag hat, a levegő vezetőképessége felfokozódik. Így elektromos hatások könnyebben érvényesülhetnek. A légnyomás csökkenésekor mérgező és robbanó gázok is távozhatnak a Földből. ( $\text{CO}_2$ ,  $\text{SH}_2$  és  $\text{CH}_4$ ) A „hegyi betegség” sem lép fel mindenik hegységben egyforma magasságban. Az Alpésekben pl. alacsonyabb régióban jelentkezik, mint a Himalájában. Tiszta levegő, derűs ég, erős levegő-ionisatio mellett könnyebben lép fel. (Unipolaris elektromosság, fénysugár hatás). *Düll-ék* szerint a frontok vezető felületeket képeznek a Nap felől jövő elektronbetörések vagy elektromagnetikus hullám-sorok számára.

A fronthatások azonban nem járnak olyan mértékű légnyomás ingadozásokkal, mint mikor magas hegyekre mászunk fel. Hiszen pl. Budapesten az évi légnyomás ingadozás 60 Hg. mm-n alul van. Pest Dunaparti utcáin és a Sváb-hegy között csak 30 Hg mm légnyomás különbség uralkodik. Még sem panaszkodik senki sem rossz közérzetről, ha a Dunaparttól felmegy a Sváb-hegyre. Amíg azonban az ember feljut a Sváb-hegyre, vagy annál sokkal magasabb hegyekre, a szervezet lassan alkalmazkodik a kisebb, vagy nagyobb mértékben eltérő új környezethez. — Ezért van nagy különbség a repülő között, aki 18 perc alatt 8000 m-re emelkedik fel gépével és a Himalaja turistája között, aki csak hosszú hetek alatt, több pihenő közbeiktatásával dolgozza fel magát hasonló magasságra. A végén minden lépés előtt ötször mélyen lélegzik. Fronthatásoknál pedig az a jellegzetes, hogy *hirtelen* kerül az ember egy új környezetbe. Ha egyet sem mozdul, akkor is jóformán pillanatok alatt változott életfeltételek veszik körül. A közeledő depressio hatása alatt az ú. n. *neurosis harometrica*-ban szenvedő emberek igen kellemetlenül érzik magukat a vihar bekövetkezése előtt. Kérdés, hogy az ilyen fronthatásokkal kapcsolatos kisebb légnyomás ingadozások vagy más légköri változás okoznak-e olyan testi elváltozásokat, amelyeknek fontosságát tulajdoníthatnánk a rossz közérzet és egyes kóros jelenségek kialakításában?

Ha ilyen functióváltozásokat keresünk, gondolhatunk pl. a légzés megváltozására is. Azt már elég pontosan tudjuk, hogy a légzési folyamat alatt nemcsak

egyszerűen  $\text{O}_2$  felvétel és  $\text{CO}_2$  leadás történik, hanem egyúttal a szervezet belső milieujának kémhatása és azzal együtt sok vegyi folyamata is állandóan szabályozódik. *Donnan*, *Warburg* és mások szerint a haemoglobin sav módjára hat; a OHb. kb. 8-szor erősebb sav ill. gyengébben lúgos, mint a reducált Hb. és Na-t vagy K-t köt meg, úgy hogy a vörösvértesteken belül az arteriosus rendszerben, mint NaOHb., vagy KOHb. van jelen. A Hb. változó affinitása a basisokkal szemben ilyen módon az  $\text{O}_2$ -vel telítettségének a függvénye. Az OHb. a Na-t a natriumbicarbonatból veszi át, amely a venosus érrendszeren belül főként a vérplasmában foglaltatik. Így a vörösvértestekben a Na-ion a NaOHb., NaCl. és  $\text{NaHCO}_3$  alkotórészeként van jelen. A két utóbbi osmoticus egyensúlyban van a plasma NaCl és  $\text{NaHCO}_3$  tartalmával. Minthogy az oxyhaemoglobin számára a vörösvértetek felületi hártájája nem átjárható és a OHb. a Na-t elektrostaticus vonzásban tartja, ennek következtében — a *Donnan*-féle egyensúly értelmében — NaCl fog kivándorolni a plasmába. — Ezért az arteriosus rendszeren belül a venosus rendszerhez képest megnő a chloridok mennyisége a plasmában. Ha a NaOHb. a szövetekben reducálódik, a venosus rendszerben a folyamat megfordul, NaOH szabadul fel a Hb. kötésből és azonnal  $\text{NaHCO}_3$ -á alakíttatik át a szövetekben termelődött  $\text{CO}_2$  által, s ez a vörösvértestekből kidiffundál a plasmába. Helyébe NaCl tér vissza a vörösvértestekbe, hogy a plasma és a vörösvértetek belseje egyensúlyba kerüljenek. Az arteriosus rendszerben tehát több a Na a vörösvértestekben, a venosus rendszerben pedig több a plasmában. *Nasse* már 1874-ben gondolt erre. A Cl-ionok vándorlása még jobban kimutatható, ha — amint az *Hamburger* tette —  $\text{CO}_2$ -t vezetünk a teljes vérbe. Ekkor a plasmában csökken a Cl és nő a bicarbonatok mennyisége. A vörösvértestekben pedig nő a Cl és csökken a bicarbonatok értéke. A venosus vérben nemcsak a Cl tartalma nő a vörösvértesteknek, hanem több vizet is vesznek fel a vörösvértetek, úgy hogy megduzzadnak. Emiatt a venosus vér viscosusabbá válik. Amikor a  $\text{CO}_2$  a vérből a tüdőkön át távozik, viszont a plasma lesz vízben gazdagabb. A plasma Cl tartalma nő és alkali tartalma csökken. Nemcsak a vörösvértetek, hanem a fehérvérsejtek és talán más sejtek is hasonlóan viselkednek a  $\text{CO}_2$ -vel szemben, sőt nemcsak a szénsav, hanem más savak ( $\text{SO}_4$ ,  $\text{NO}_3$  és  $\text{PO}_4$ ) hasonló hatást gyakorolnak rájuk. Mellékesen megjegyezni kívánom, hogy *Roughton* szerint a vér  $\text{CO}_2$  kisebb része nem bicarbonat kötésben, hanem a Hb. globinjához kötve carboaminsavas kötésben szállítatik, míg az  $\text{O}_2$ -t a Hb. haematin része szállítja.  $\text{CO}_2 + \text{Pr. NH}_2 \rightleftharpoons \text{PrNH. COOH}$ .

A modern biochemia tehát kiderítette, hogy minden egyes légzési aktusra ütemesen változik a keringő vér alkotórészeinek megoszlása a vörösvértetek és a plasma között. Amint azt *Henderson* igen szépen kifejtette, a légzéssel párhuzamos változások a vérben legalább hat factorra terjednek ki: 1. szabad  $\text{O}_2$ , 2. kötött  $\text{O}_2$ , 3. szabad szénsav,  $\text{H}_2\text{CO}_3$ , 4. kötött szénsav,  $\text{BHCO}_3$ , 5. a vér  $\text{C}_{\text{H}}(\text{P}_{\text{H}})$ , 6. a chloridok koncentrációja a savóban. — De láttuk, hogy ezeken kívül a Na-megoszlása a vörösvértetek és a plasma között, továbbá a vér viscositása is az előbbiekkal párhuzamos ingadozásokat mutatnak. Az első hat factor között oly szoros a viszony, hogyha ezek közül kettőnek az értékét ismerjük, akkor a többi négyet is meghatározhatjuk (*Henderson*-féle nomogramm), mert a vér egy kiegyensúlyozott physiko-chemiai rendszert képvisel. Egy kis változás benne az összes alkotórészeire kihat.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az OTI pestújhelyi Vass József kórháza III. belosztályának közleménye. (Főorvos: Kiss Lajos.)

## A légmellkezelés megszüntetése.

Írta: Kiss Lajos dr.

Az eredményes légmellkezelés megszüntetése legalább olyan kényes feladat, mint a megindítása. Ez utóbbira nézve az elmúlt 10 év számos útbaigazítással szolgál, az előbbiekről azonban nincsenek kiforrott alapelveink.

Innen érthető, hogy különösen kórházi osztályon időről-időre lehet találkozni olyan esetekkel, amelyek a légmellkezelés meddig folytatásának kérdésében teljes és káros bizonytalanságról, sőt tájékoztatatlanságról tanúskodnak. Olyan betegekről van szó, akik a jól menő légmellkezelés hatására többé-kevésbé gyors iramban javultak, mire egy-két év, vagy még rövidebb idő lefolyása után abba hagyták a légmellkezelést azon a címen, hogy további töltésre már nincs szükség. A beteg azután hosszabb-rövidebb ideig tényleg panaszmentes volt. Azonban a töltések időelőtti abbahagyásának megjött a büntetése. Valami ok megbolygatta a nem tökéletesen zárult góccokat és a folyamat felbőszülése elindította a gümőkór esetleg többé meg nem fékezhető támadását a szervezet ellen.

A légmellkezelés megszüntetésének helyes módja és időpontja ezenkívül még azért is nagy jelentőségű, mert az eredetileg légmellkezelésben részesített tüdőfél újratágulása (*re-expansioja*) nyomán az esetek nagy százalékában keletkeznek összenövések a zsigeri és fali mellhártyalemezek között, amelyek lehetlenné teszik visszaesés után a töltések újból fogatosítását. Ilyenkor soha többé helyre nem hozható hibát követtünk el a beteg élete ellen, mert a légmellkezelést pótló eljárásaink súlyosabbak és kevésbé biztatók.

Hogy a tüdő újratágulása kapcsán milyen nagymérvű az összenövés veszélye, könnyen igazolható. Azokra az esetekre hivatkozom, melyeket a levegő-réteg átlagosnál gyorsabb felszívódása jellemez. Ezeknek a fali és zsigeri mellhártyája gyakorta összeér a következő utántöltési fordulóig. Ugyanúgy, ahogy a légmellkezelés alól felszabadított és szabályszerű térfogatra kiterjedő tüdőtést újratágulása (*re-expansioja*) alkalmával. Ilyenkor tapasztalhatjuk utántöltéskor a manométer játékának azt az első pillanatra érthetetlen sajátságosságát, amely abban nyilvánul, hogy a mellüri nyomás pozitív levegő bebocsátását megelőzően mint a levegő bebocsátása után. A magyarázat csak az lehet, hogy a levegő gyorsabb felszívódása miatt összeérő mellhártyalemezek között igen könnyen keletkeznek kiskiterjedésű lapszerű vagy kötegszerű összenövések, minnek következtében a mellüreg kezdő nyomása pozitívabb a mellhártyarés tágulásának akadályozottsága miatt, mint a zárónyomás, melyet negatívabbá tesz a mellhártyaüregnek az összenövések szétválasztását követő megnagyobbodása.

Ha a mellhártyalemeznek a töltési forduló előtt rövid ideig tartó egymáshoz érése ily könnyen vezet összenövésekre, milyen nagy a valószínűsége annak, hogy az újratáglult tüdő mellhártyája összenő?

Mindent összevetve tehát döntő jelentőségű a beteg életére annak eldöntése, meddig folytassuk a légmellkezelést. A körülmények alapos mérlegelése szükséges ehhez. A befejezett töltés megszüntetésének joga-

Ha elgondoljuk, hogy a vér  $P_{H_2}$ -ja, elektrolytjei, viscositása, stb. változásai milyen további változásokat vonhatnak maguk után a többi alkatrészekben, akkor már sok mindenre következtethetünk. Az ionicus-milieu kisértékű megváltozása új *reactio-készségeket* termelhet ki szervezetünkben és ezeket az új *reactio-készségeket* mi emberek egyszerűen a közérzetünk megváltozása alakjában vesszük észre. A ferment és a hormon-hatások érvényesülése, a vegetatív idegrendszer tevékenysége, talán a vér alvadékonysága is és sok más functio talán kis mértékben megváltozhatik ilyen módon a hirtelen bekövetkező időjárás-változásokra. A z arra hajlamos egyének szerzetében kóros *reactio-készségek* alakulhatnak ki, illetőleg a már meglévő *reactio-készségek* annyira fokozódnak, hogy azok kóros tünetekben nyilvánulnak meg. Ha a szervezet már előzőleg az alkalmazkodási képessége határáig érkezett el (praemorbida állapot), akkor a legközelebbi frontálás kiváltja a tüneteket. Így azt mondhatjuk, hogy a *meteorologiai tényezők a már disponált egyénekben a tünetek megnyilvánulásának időpontját szabják meg*, a kóros *reactio-készséget* a végső kifejléshez segítik, sőt a halál bekövetkezését is siettetik. Ezért lehet hirtelen haláleseteket fronthatásokkal kapcsolatba hozni. A dispositio és expositio problémája adódik itt is. Valaki ú. i. hordozhat a szervezetében valamilyen irányban dispositiót, még sem betegszik meg, csak akkor, ha erre expositio révén alkalom adódik, ha őt az a bizonyos specialis ártalom éri, amivel szemben érzékeny. Így pl. ha az embolia-készség és a frontváltozások közötti összefüggés — amint az valószínű, — végérvényesen megállapítható lesz, akkor valóban bölcs orvosi gondoskodás tárgyát kell, hogy képezze majd — amennyiben lehetséges, — a műtétek idejének megválasztása, illetőleg a betegek műtét utáni ápolása, amint azt Hüttl professor tanulmányaiban kifejtette.

Hangsúlyozom azonban, hogy mindaz, amit legutóbb mondtam, egyelőre csak tudományost eredményekre alapított sejtés, részben egyéni elgondolásom alapján, de még nem bizonyított orvosi ismeret és törvényszerűség. Attól még igen távol vagyunk, hogy a meteorologiai tényezők hatását pontosan és minden vonatkozásban ismernők. Bonyolultan összeszőződő érvényesülésük ezt rendkívül megnehezíti, szinte lehetlenné teszi. Még csak az adatgyűjtés korában élünk ezen a téren. Előnyük ma csupán az, — a régebbiekekkel szemben —, hogy egyre nagyobb statisztikai adathalmaz felett rendelkezünk és adatainkat gondos klinikai észleléssel, illetve finom meteorologiai mérőeszközökkel gyűjtjük össze. Ha valamikor elég adatunk lesz, akkor bizonyára még finomabb összefüggéseket is meg lehet majd állapítani, mint amilyeneket példaképpen és sejtésképpen a légzési functiók változásaival kapcsolatban felhoztam. Idővel mindinkább és nagyobb határozottsággal fogjuk látni a „porszemek egyensúlyát”, nemcsak szervezetünkben, a mikrocósmosban, hanem a makrocósmosban, a világegyetemben is. Ha ez egyszer elkövetkezik, akkor talán az emberiség majd igen közel lesz ahhoz, hogy a tudományos meggyőződését és vallásos hitét, sejtéseit békében egymás mellett lássa és ápolja. Ez még bizonyára igen messze van és nagy kérdés az, hogy ez az emberi elme számára egyáltalán elérhető lesz-e és amennyiben elérhető lesz, ez a műveltségi fok az ember számára nagyobb és zavartalanabb boldogságot is fog-e jelenteni? Mi orvosok, természetesen, ebben a kérdésben is meg kell maradjunk a tiszta természettudományi módszerek és a józan logika szigorú alkalmazása mellett és tartózkodunk kell a filozófiai speculációtól.

sultságát akkor is csak az elkövetkező évek panaszmentessége és a gyógyultnak tartott folyamat teljes inaktivitása igazolja majd. Nem lehet tehát azon csodálkoznunk, hogy a légmellkezelés tartamára vonatkozó felfogás az idők folyamán lényegesen megváltozott. Hiszen végeredményben az utolsó 10 év töltési esetei szolgáltatták e tekintetben a vélemények tökéletesedéséhez vezető adatokat.

*Klemperernek* a tuberculosisról 1922-ben kiadott könyvében a légmellkezelés tartamára vonatkozóan még ez olvasható „... azt a légmellet, mely néhány hét alatt nem mutat javulást, nem kell tovább folytatnunk; ha azonban hatásosnak bizonyul, legalább egy évig, még helyesebb másfél vagy két évig folytatni, ezen idő után is csak probaképpen és fokozatosan szabad abbahagyni oly módon, hogy mindég csökkenő mennyiségű gázot viszünk be mind hosszabb szünetek után a beteg pontos ellenőrzése mellett és mindjárt megnöveljük a légmellet, amint megint jelentkeznének kóros tünetek.” Az idézett álláspont már a múlté. Két évi légmellkezelés ugyanis még abban az esetben sem elegendő, ha a beteg teljesen kifogástalanul érzi magát a légmellkezelés fokozatos abbahagyása mellett. És ebben a legújabb külföldi irodalmi adatok is egyaránt megegyeznek. Talán csak az egészen kiskiterjedésű, ki nem fekélyeződött gócos folyamatok esetében alkalmazott légmellöltések volnának ilyen korán abbahagyhatók, amelyek gyors és azt mondhatni nyomnélküli gyógyulást, felszívódást eredményezhetnek. Ámde az ilyen folyamatok ellen rendszerint be sem vezetjük a légmellkezelést, mert nagy százalékban teljes gyógyulással jár a *tartózkodó (conservatív)* kezelés is.

Ezzel szemben bemutatok néhány esetet annak szemléltetésére, hogy a két éven belül abbahagyott töltések az abbahagyást követő teljesen jó közérzet ellenére is az idők folyamán, esetleg évek multával, mégis visszaestek.

G. S.-né 25 é. 1931 őszén tölteni kezdték b. o. A töltéseket 1933. elejéig kapta. Ettől kezdve egészen 1937. szept.-ig nagyjában jól volt s csak 1937. szept.-ben tértek vissza panaszaival. *Jelen állapot:* B. o. túlidült-idült nagyobbra rostos jellegű, zsugorodó hajlamú, barlangképző folyamat. A légmellöltést megkíséreltük, de sikertelenül. E miatt rekeszideg-műtétet végeztünk, amely tetemes térszűkülettel járt s amelynek gyógyeredménye 2 heti megfigyelésünk szerint is megnyugtatónak ígérkezett.

Sch. K. 19 é. 1935. jan.-ban j. o. lázas gümös folyamata miatt légmellkezelést kapott; egy év után önként abbahagyta, mert jól érezte magát. 1937. aug.-ban újból hátfájás, súlyfogyás, hőemelkedés jelentkeztek, mire b. o. megöltötték. *Jelen állapot:* B. o. kiadós légmell, mögötte kevés szörtyzörej, röntgen szerint kisebbmértvű féregrágásszerű elváltozás. J. o. elől-hátul felsőlebe ny-rövidülés mellett annak egész területére kiterjedő bőséges szörtyzörejek. Semmi kétség, hogy a jobboldali folyamat annak idején a légmellkezelés hatására megnyugodott, de ez utóbbinak időelőtti abbahagyása miatt szövettanilag nem zárult. Miután feltevésem szerint az egész jelen állapot kiinduló pontja a nem teljesen gyógyult jobb oldali folyamat volt, ezen az oldalon is bevezettem a légmellkezelést, mire rohamosan javulni kezdett, köpetürítése megszűnt.

B. S. 30 é. 1934. szept.-ben b. o. tölteni kezdték. Két-szeri szalagégetéssel a légmell olyan kiadós lett, hogy nem egész két év multán gyógyultnak érezte magát, köpete negatív lett s a további kezelést abbahagyták. Kilenc hónapi kifogástalan állapot után azonban újra beteg lett. *Jelen állapot:* B. o. felső lebe ny felett rövidülés, szörtyzörejek, röntgen szerint rostos mezőben kimutatható barlang. A köpetben gümös csira. Ezek miatt b. o. újból megkíséreltük a töltést, amely szerencsére sikerült is. A beteg rövid benttartózkodása alatt szép javulásnak indult.

T. K. 31 é. 1933. okt.-tól 1935. máj.-ig b. o. légmellkezelés. Ezután a köpet csíramentességére és a beteg panaszainak megszűntére tekintettel a töltést abbahagyták.

Másfél évig jól érezte magát. Ekkor azonban el kezdett gyengülni, soványodni, apró hőemelkedések jelentkeztek és izzadások kínozták. Így került osztályunkra. *Jelen állapot:* A bal felsőlebe ny idült, barlangképző, activ, nyílt gümőkórja. Az erélyesebb beavatkozás javallt, de a beteg tanácsunk ellenére távozik.

K. M. 24 é. 1935-ben kétoldali felsőlebe ny-folyamatával légmellöltést kapott. A baloldali töltés jelenleg is folyamatban van s az ezen oldali tüdőelváltozás ezidőszert abortivnak fogható fel. A j. oldali töltést egy évi kezelés után abbahagyták, miután izzadmányt kapott és azzal nyugtatták meg, hogy az izzadmány benthagyása mellett további töltésekre nincs szükség. Ennek az eljárásnak tudható be j. tüdejének *jelenlegi állapota:* a j. mellkas fél erős lelapultsága mellett az ugyanezen oldali felsőlebe ny fibrocicaseus beszűrődése. A köpet csíratartalmú, ami csak a j. oldali elváltozás számlájára írható.

H. J. 32 é. 1934. szept.-től j. oldali légmellkezelésben részesült 1936. máj.-ig. Ekkor kifogástalan állapota miatt a légmellkezelést abbahagyták. 1937. ápr. 1-ig jól érezte magát. Ekkor azonban fogyni kezdett, gyengült; étvágytalan lett s így került osztályunkra. *Jelen állapot:* Kétoldali idült-túlidült, activ nyílt, j. o. barlangos folyamat, melynek nagy kiterjedése miatt már semmiféle erélyesebb kezelésben nem részesíthető.

K. J. 1934. szept.-től 1937. máj.-ig kapott töltéseket j. o. Ekkor abbahagyták. Ettől kezdve soványodott, fáradékony lett, hőemelkedések lepték meg, izzadni kezdett. *Jelen állapot:* Idült heges, rostos, de még activ j. felsőlebe ny folyamat, köhögésközben hallható szörtyzörejekkel, ezidőszert csíramentes köpettel. Miután a folyamat megnyugvását a csaknem 3 éves légmellkezelés nem hozta meg, az abbahagyott töltéseket újból foganatosítottuk, ami zavar nélkül ment. Másfél hónapi légmellkezelés után további töltéseket javasolva, lényegesen javulva, kibocsájtjuk.

Az idézett kórtörténeti adatok, amelyeket még tovább is lehetne folytatni, számos tanulsággal szolgálnak. Először is figyelmeztetnek bennünket arra, hogy a két évnél, sőt három évnél rövidebb ideig folytatott légmellkezelés nem elegendő a gümös tüdőfolyamat bonctani, ill. szövettani gyógyulására. Az is szembetűnik úgyszólván az összes idézett esetekben, hogy a ki nem elégitő ideig folytatott légmellkezelés után még akkor sem nyugodhatunk meg a beteg látszólagos gyógyulásában, ha a kezelés befejezése ellenére hónapokig, esetleg évekig panaszmentes is az illető, mert mint fent láttuk, a visszaesés még évek multával is gyakori jelenség a nem jól zárult esetekben.

Még egy tanulságra szeretnék e helyütt rámutatni. K. M. tüdeje elernyesztésének feladatát kezelőorvosa a töltés közben kifejlődött izzadmányra bizta. Ez a felfogás, hogy t. i. az izzadmány alkalmas volna a levegő pótlására, eléggé elterjedt. Ennek a felfogásnak hivi úgyszólván örülnek az izzadmánynak s azt a légréteg-gel szinte hasonló értékű gyógytényezőnek tartják. Ez azonban helytelen, noha az irodalomban itt-ott hasonló tanácsokat lehet olvasni.

A levegő a mellhártyaürben nem kóros jelenség. Ezzel szemben az izzadmány határozottan kóros, minek jelenléte megközelítőleg sem olyan tűrhető állapot, mint a levegőé. Az izzadmány állandóan alanyi panaszok forrása s emellett szinte szabályszerűen hagy vissza maga után a zsigeri és fali mellhártyára rakódó, fibrinréteget, mely csak kivételesen nem vezet a két lemez összenövésére s gyakran együttjár, a bordákra tapadó fali mellhártya zsugorítása miatt az egész mellkasfél többé-kevésbé súlyos lelapításokat.

Egy beteg keresett fel néhány évvel ezelőtt a régi légmellüregtel teljesen kitöltött izzadmánnyal, gyengeség, subfebrilitás, étvágytalanság, rossz közérzet, izzadás közepette. Előadta, hogy több szakorvosnál fordult meg előzetesen, akik véletlenül egyhangúlag óvintették attól, hogy a mellhártyaizzadmányt le engedje csapolni. Én természetesen mindezek ellenére a lecsapolás mellett döntöttem s az iz-



zadmány helyett még sikerült kiadós légmellet visszaállítanom. A beteg hetek alatt panaszmentessé vált.

Egyáltalában a mellhártyaizzadmány tartós jelenléte, a légmellkezelés legvégén is komoly nehézségeket okozhat, éppen akkor, amikor meg akarjuk szüntetni. Erre még közben rátérünk.

Ami már most a légmellkezelés megszüntetésének időpontját illeti, arra nézve legkönnyebben kórbonctanilag válaszolhatunk. *A légmellkezelést akkor kell megszüntetnünk, amikor a gümös folyamat kórbonctanilag meggyógyult.* Hogy legalább vázlatosan ismerjük a különböző jellegű gümös folyamatok kórbonctani lefolyását ill. gyógyulását, néhány szóval célszerű *Hulbschmann* classikus felfogását ismertetni.

A legegyszerűbb eset, amelyben az exsudatív állapotban levő góc mindjárt a keletkezése után felszívódik és *restitutio ad integrum* következik be.

Ha a gümös folyamat már *productiv* elváltozást szenvedett s a gümös területen epitheloid sejtek és Langhans-féle óriás sejtek ütöttek tanyát, akkor a visszafejlődés az epitheloid sejtekből kiinduló rostképződéssel, ill. ennek hyalinos átalakulásával, a kóros góc zsugorodásával, szóval a hegesedéssel egyértelmű.

A szervezet nagyobb mérvű *tulérzékenységi (hyperergiás)* állapotában, vagy ami ugyanaz, a gümös csírák mérges záradékot árasztó felbőszült támadása esetében, a gümös folyamat székhelye vagy át sem megy a *productiv* szakba, hanem egyre jobban kiterjedő exsudatív állapot lesz urrá, amely azután a fermenthatású fehérvérsejtek közreműködésére végül is sajátos elhalásnak ad helyet, vagy ugyanennek a sajátos elhalásnak az előzően *productive* átalakult gócok esnek áldozatul a *toxicus* áthangolódás következtében. Az ilyen sajátos átalakult területek, ha kisebbek, teljes felszívódás mellett fibrosussá, majd hyalinossá válhatnak. Nagyobb sejtterületek visszafejlődése hasonló módon mehet végbe. Itt először a széli részek alakulnak át rostosan, hyalinosan s kedvező esetben az egész terület szervül.

A sajátos elhalt gümös területeknek a visszafejlődéssel egybekötött további átalakulási foka az először gypszszerű, majd krétaszerű elmeszesedése, végül pedig esetleg elcsontosodása.

Figyelemreméltó jelenség, hogy még az elmeszesedett gócokban is hosszú ideig életképesek maradnak gümös csírák, amelyek adandó alkalommal esetleg a gümös folyamat továbbterjedés felfolbanásának forrásául szolgálhatnak.

Gyakorlatilag azonban mind a rostosan-hyalinosan átalakult, mind a phosphorsavas és szénsavas mésszel megrakódott gümös területeket gyógyultnak kell tartanunk és ha a tüdőöltéssel a visszafejlődésnek e fokait sikerült elérnünk, akkor a klinikai tapasztalat elveinek ellenőrzése mellett a légmellöltés megszüntethető. *Általában a rostos, hyalinos, heges átalakulás az, amelyet a légmellkezelés hatása alatt a gümös folyamatban leggyakrabban előidézhetünk.* Ezt az eredményt természetesen csak a röntgenleletre, klinikai és egyéb leletre támaszkodva gyaníthatjuk és mivel a beteg részt nincs módunkban kórbonctanilag ellenőrizni, érthető, hogy a gümös folyamat légmellkezeléssel elérhető gyógyulásának időtartamára vonatkozóan idők folyamán tekintélyes változáson mentek át elveink, sőt még ma is meglehetősen alá vannak vetve egyéni ingadozásoknak. Ez az egyéni ingadozás részben változik a vélemény adó orvosok szerint, de még nagyobb mértékben a megbírált kóreset, ill. elváltozás mineműsége szerint. *Jessen* már négy hónapos légmellkezelés alatt is látott kötőszövet burjánzást kifejlődni a tüdőben 1915-ben. Egyébiránt a kötőszövet vagy továbbmenően a hegeképződés üteme a visszafejlődés során legfőképpen a tüdő megbetegítő kórfolyamat természetétől függ.

Klinikailag a leggyorsabban és legtökéletesebben a még szétesésnek nem indult heveny beszűrődéses folya-

matok gyógyulnak. A kórbonctani visszafejlődésnek megfelelően itt a gyógyulás a többé-kevésbé teljes felszívódásik, *kérges mezőrajzolatig (induratiós mező)*, esetleg kisebb területű rostos-hyalinos hegesedésig megy. Tapasztalat szerint elég gyorsan. Olykor hónapok, félév, 1 év lefolyása alatt. Az ilyen folyamatok, ha kis kiterjedésűek, elég gyakran *tartózkodó (conservatív)* kezeléssel is sikerrel gyógyíthatók, miközben az előbb említett klinikai, illetőleg röntgen átalakulásokat van módunkban tapasztalni. — Az ilyen tartózkodva kezelt betegek azt bizonyítják, hogy egy év, sőt két év múltán is még gyakori a látszólag gyógyult beteg folyamatának ugyanazon helyen tapasztalt felfolbanása. Osztályunk évről-évre visszatérő beteganyagából vett számos példa tanúskodik e mellett. Régi kórlapokban leírt gyógyulás és kibocsájtás után másfél-két-két és félév múltával visszakérült betegek klinikai és röntgen képe igazolja, hogy az előző alkalommal tünetmentesen, csírtalan köpettel távozó betegek folyamata kisebb-nagyobb kiváltótényezők hatására, hogy gerjedt fel (recidiválódott) ugyanazon helyen.

A három év után újra megbetegedők folyamata általában *külső újrafertőzésnek (exogen reinfectiónak)* felel meg s a régi gyógyult gócok szinte szabályszerűen változatlan képet mutatnak. Ha pedig az új folyamat mégis a régi gyulladáshoz közeli mezőben mutatkozik, akkor a kórelőzményből nagy valószínűséggel lehet következtetni a *külső ráfertőzés (exogen superinfectio)* gyanújára. E helyen kell rámutatnom a *re-* és *super-infectio* fogalmának a közhasználatban mutatkozó teljes zűrzavarára. Pedig olyan egyszerű és világos dolog volna a két fogalmat két különböző értelmezésben alkalmazni a képpen, ahogyan azt itt előadtam. Három éven át tünetmentes, hegesedett, meszesedett, krétásodott gócok felferjedése a kórlapok tanúsága után indulva gyakorlatilag figyelmen kívül hagyható, bár némely kutatók felfogása szerint, mint fentebb említettük, kivételesen ilyen gócokból is keletkezhetnek *belső újrafertőzések (endogen reinfectiók)*. Magam inkább hajlok mindenestre ama felfogás felé, hogy éppen elég külső, esetleg belső forrása lehet az újrafertőzésnek a nélkül is, hogy az ilyen meszes gócok szerepére ráfanyalodnánk.

Nagyjában azt tapasztaljuk, hogy heveny folyamatok heveny széteséssel (*colliquatio*) és *kilökődéssel (sequestratio)*, újkeletű barlangképződéssel, többé-kevésbé szintén a fenti folyamatokhoz hasonló módon heges átalakulásuk, csírtalanná válásuk s klinikai megnyugvásuk után három éven túl ugyanazon megbetegedési területen szintén nem szoktak visszaesni (legfeljebb kívülről ráfertőződni).

*Mindezek egybevetéséből azt a gyakorlati elvet vezethetjük le, hogy heveny folyamatok, tüneteik klinikai megnyugvása, köpetük csírtalanná válása, röntgenképük rostos-heges átalakulása, ill. barlangjuk záródása után három év leforgása alatt, ill. után a légmellkezelés alól felszabadíthatók.* Bátoran alkalmazhatjuk ugyanezt az elvet a nem barlangképző idült folyamatokra is.

Körülbelül ugyanerre az álláspontra jutottak *Dundee, P. Dufault* és *Laroche* a légmellkezelés megszüntetésére vonatkozó felfogásuk kifejtésében más alapon indulva.

Idült jellegű, vékonyabb, vagy vastagabb falú barlanggal társult folyamatok töltési ideje természetesen sokkal hosszabb időre nyúlhat. Ilyen esetekben a gyógyulás kórbonctani feltétele, hogy a barlang körül az állomány elegendő kiterjedésben kérges-rostosan átalakuljon, hyalinosan zsugorodjon, hogy végül a kérges,

zsugorodó állomány kiküszöbölhesse testéből az oda nem tartozó üreget. Az ilyen barlanggal társult idült folyamatok gyakran már jóval a barlang záródása előtt csírtalanná válhatnak. Ilyen esetekben nem elégedhetünk meg a köpet csírtalanodásával ahhoz, hogy ettől számított három év múlva megszüntessük a kezelést. *Itt az utolsó három évet csak a barlangüreg röntgenszerinti záródásától szabad számítanunk. Ezen az alapon túl idült rostos-sajtós (fibrocoseosus) barlangos folyamatok légmellkezeléséhez esetleg 5—8 éves időtartamra is szükségünk lehet.*

Minthogy a tapasztalatok azt mutatják, hogy a klinikailag látszólag gyógyult esetek felgerjedése három évi teljes jólét után majdnem kizárólag nehéz munkát végző betegeken észlelhető, természetesnek látszik, hogy a gümös barlang záródását követő három éves légmellkezelési időtartam nem teljesen megbízható az ilyen esetekben. Ugyanezt mondhatjuk a nagyobb kiterjedésű, súlyosabb elváltozásokra is. *Ezért a súlyos folyamatokból gyógyultnak, avagy pedig nehéz munkára készülő betegeknél csírtalan köpetű töltési időszakát ajánlatos 4, esetleg 5 évre meghosszabbítani.*

Tudva azt, hogy a terhesség és szülés mennyire megviseli az anyai szervezetet és hogy milyen hallatlanul növelik a fogékonyságot a gümőkór pusztítása iránt, természetes, hogy a légmellkezelésben részesített nők töltési időtartama is megnyúlik, ha a kezelés alatt, vagy annak megszüntetése után röviddel terhességgel és szüléssel kell számot vetnünk. A teherbe jutott nőt gümőkór szempontjából úgy kell tekintenünk, mint az olyan embert, aki súlyos tüdőbajból gyógyult meg, vagy aki gyógyulása után nehéz munkára kényszerül. Ezért az utántöltési időszak három csíramentes éve alatt nem ajánljuk a terhességet. Ha pedig mégis teherbe esik az illető, akkor az utántöltést a nehéz munkát végzőkhöz hasonlóan még két évig célszerű folytatni. Ugyanígy járunk el, ha valaki a 3 éves töltési időszak után egy-két éven belül megfogamzik. A megszüntetett légmellkezelés után három év multával bátran megengedhetjük a terhességet.

Az itt javasolt légmellkezelési időtartammal szemben az olvasók bizonyára tudnak felsorakoztatni eseteket azon ellenérv mellett, hogy a kezelés ilyen hosszúra nyújtása teljesen fölösleges. Meg vagyok róla győződve, hogy azok, akik a rövidlejárátú légmellkezelés hívei, számos példára tudnak rámutatni, akiken a két év alatt befejezett légmellkezelés látszólag, vagy esetleg valójában is teljes sikerrel járt. Hangsúlyoznom kell, hogy látszólagos, mert mint fentebb láttuk, az efféle gyógyulások napirenden vannak. Vagyis el lehetünk készülve arra, hogy a két évi kezelés után tünetmentessé vált és szabadjára becsájtott beteg esetleg éveken át jól érzi magát, folyamata évek multával mégis újra felgerjed valami különleges ok nyomán. Ezen kívül rá kell még mutatnom arra a tényre, hogy a légmellkezelés megszüntetése rendszerint a járó beteg-rendelés keretei közt szokott megtörténni, viszont a visszaeső betegek a kórházat keresik fel. Így a kezelést befejező szakorvos számos esetben élhet abban a tévhitben, hogy gyógyultnak nyilvánított betege panaszmentes, jóllehet az már időközben ismét kórházba került visszaesésével. Végül pedig éppen csak rá akarok mutatni arra a lelkiismereti mozzanatra, hogy a légmellkezelés megszüntetésekor milyen nagy felelősség hárul ránk, tudva azt, hogy a töltés továbbfolytatása biztosítja a kezelt egyén panaszmentes állapotát, ellenben a kezelés abbahagyása magában hordja a visszaesés lehetőségét, terhelve még

azzal, hogy visszaesés esetén az újból szükségessé váló töltés esetleg már nem is fog sikerülni.

*Puder S.* statisztikai megállapítása szerint a tüdőgyógyász szakorvosok ezelőtt 5 évvel a művi légmellkezelés idejét nagy általánosságban összesen (!) két és félévben jelölték meg. Szükségesnek tartottam erre rámutatni, mert még manapság is bizonyára vannak olyanok, akik ezt a tarthatatlan álláspontot képviselik.

Azonban nemcsak a légmellkezelés megszüntetésének időpontjában, hanem a megszüntetés módjában is vannak tévedések. Azt az eljárást pl. hogy egy szabályszerű három éves légmellkezelést az utolsó időig a megszokott ütemben folytatjuk, majd pedig máról-holnapra abbahagyjuk, okvetlenül hibásnak kell minősítenünk. Más alkalommal rámutattam arra, hogy a légmellkezelés során az erőszakos levegő adagolás milyen nagy mértékben felelős a mellhártya szövődményekért. Itt ugyanazt kell mondanom, csak fordítva. A légmellkezelés hirtelen elhagyása szintén könnyen vezet a mellhártyalemezek lobosodására, ezzel együtt a mellhártyalemezek összenövésére.

A légmellkezelés hirtelen megszüntetésének másik hátránya is van. A fokozatos abbahagyásra a tüdő újratágulása lépcsőzetes. Az újratágulás nyomán fokról-fokra jelenhetnek meg az alanyi panaszok, ha a folyamat gyógyulása nem volt teljes (sajnos, nem mindig jelentkeznek még így sem). Ilyenkor fokozatos abbahagyás mellett a légmell bármikor visszaállítható. Hirtelen megszüntetésekor ez már gyakran nem sikerül.

A fokozatos megszüntetést a légréteg vastagságának százalékszámos megjelölésével nagy vonásokban így írhatnók le.

Nevezzük azt a légmellét, melyben a levegő túladagolása lepényalakban préseli az illető tüdőfélét a gátorhoz: 100%-osnak. Tegyük fel, hogy a tüdő legkedvezőbb elernyedését 80%-os légmellel tudjuk létrehozni, a klinikai gyógyulás, a közérzetrendeződés és a nyomásvizonyok jó jeleitől kisérve. Akkor ezt a 80%-os légmellét ajánlatos hiánytalanul fenntartani a köpet csírtalanná válása, illetve a tüdőbarlang eltűnése után két éven át. Ha ekkor a beteg tünetmentes lett, a harmadik, azaz utolsó töltési évet a fokozatos újratágulás (*re-expansio*) megbetegedésének szenteljük. Pl. a jelen esetben a 80%-os levegőréteg az utolsó töltési év második negyedében 60%-osra, harmadik negyedében 40%-osra, az utolsó negyedében pedig 20%-osra csökkentem. A csökkenést részben az utántöltési időközök megnyújtásával, részben pedig a levegőadagok kisebbitésével érem el. Így természetesen fokozatossá válnak a szembetűnőség kedvéért itt ugrásszerűen vázolt megszüntetésnek átmenetei is. Úgyhogy a legutolsó töltés kevés levegő adaga már csak azt a célt szolgálja, hogy a mellhártyalemezek hirtelen összeérését rövid időre ismét akadályozzuk.

Mondanom sem kell, amennyire egyéni annak a légrétegnek a nagysága, amellyel a tüdő elernyedésének, illetve a beteg gyógyulásának legkedvezőbb feltételeit tudjuk biztosítani, amennyire egyéni a töltési adagok és a töltési időközök megválogatása, éppenúgy egyéninek és az összes körülményekkel számotvetőnek kell lenni az újratágulás megengedésére szolgáló eljárásunknak, amelyre a fenti példa csak bizonyos tájékoztató vázlatot kíván bemutatni. Általános érvényű számadatokat éppúgy nem lehet adni az újratágulás ütemének pontos meghatározására, mint ahogy a légmellkezelés megindítása, sőt fenntartásakor is elég gyakran kénytelenek va-

gyunk megváltoztatni a légmellöltések megszokott ütemét.

Sajnos, a légmellkezelés megszüntetésének feladata nem mindig ilyen egyszerű. Kórházi osztályon kivételesen jelennek meg olyan betegek, akik járó betegrendelésen részesültek utántöltésekben s akiknek tüdeje vékonyra lapulva fekszik a gáton majdnem 100%-os légrétegtől körülvéve. Ezek az u. n. *túlfejlesztett* (*hypercomplet*) művi légmellek. Legtöbbször makacs és kiterjedt izzadmány kíséri őket. Némelyek a gümős folyamat, gyógyulása ellenére már súlyos beteg benyomását keltik. Levert közérzet, szapora érlökés, szívgyengeség, nehéz légzés uralkodnak a kórképen. Ilyenkor már kimutatható a *viasszer-szív* (*cor pulmonale*). A levegőt, izzadmányt hasztalan bocsátjuk le, mert az márólholnapra ujraképződik. Mászor még nincsenek ilyen súlyos alanyi panaszok. Mindössze az izzadmány makacs visszatérési hajlama és az a körülmény tűnnek fel, hogy a légréteg vastagsága még 6—8 hét elmúltával sem csökken. Ilyenkor töltötével behatolva nagy mértékben negatív nyomási értéket kapunk, mely azonban aránylag kis levegő adagra átváltozik pozitívra. A gáton lehet rögzítve, avagy át lehet tolvá. A levegő le-bocsájtás azonnali izzadmány-képződéssel, a mozgékony gátonnak pedig az áthúzásával jár együtt. Hasztalan erőlködünk, a légréteget mégcsak megkisebbiteni sem tudjuk.

Az ilyen visszafajlásra képtelen levegőköpeny veszélye a fentebb előadott súlyos állapot kifejlődésén kívül a bevérzésben és egyben az izzadmány gennyessé válásában csúcsosodik ki. Elég valami enyhe tüdőnkívüli gennyes folyamat (toroklob, kelés stb.), hogy az áttétel bekövetkezzék.

Ezek szerint, az irodalmi adatokat is figyelembe véve, szem előtt kell tartanunk, hogy a légmellkezelés során előadódhatnak súlyos feladatok annak ellenére is, hogy maga a gümős folyamat meggyógyult. Ez a rendkívüli feladat pedig abban áll, hogy a kellő időn át végzett légmellkezelést hogyan szüntessük meg akkor, amikor a légréteg felszívódni képtelen. Miután az ilyen esetek kérdésében az illető tüdőtestnek a kérés mellhártyáról előidézett zsugorodása szerepel, a légmellkezelés megszüntetése sokkal nehezebb dolog, mint megindítása volt. Ilyenkor a felszívódni nem tudó, előbbutóbb végzetessé váló légréteget kénytelenek lehetünk végül is bordacsonkolással megszüntetni, mégpedig mindenesetre a heveny, lázas izzadmányképződéstől mentes időszakban.

A légmellüreg eltüntetését szerencsés esetekben olajmell alkalmazásával is sikerülhet elérni. Sajnos, az olajmell alkalmazásának is megvan a határa. 800—1000 ccm olajnál nem igen ajánlatos többet adni. Viszont a túlfejlesztett légrétegek sokszor lényegesen nagyobb térfogatúak. A légmellüreg megszüntetése céljából adott esetben jó szolgálatot tehet a rekeszidegkítépés is, ha mellhártyakérgesedés a rekeszizom mozgását nem akadályozza. Sajnos, a szóban forgó légmell kialakulását minden esetben mellhártyakérgesedés szokta előidézni, ha nem is éppen a rekeszi mellhártyán. Legalább is elméletileg megszívlelendő, hogy a kedvező rekeszműtét-hatás 400—800 ccm térszűkület lehet, mely 800—1000 ccm olaj utólagos adásával együtt a legerélyesebb bordacsonkolást is elérő térszűkületet eredményezhet alkalmas esetben.

Legvégül még helyénvalónak látom megjegyezni, hogy amennyire káros a művi légmellkezelésnek időelőtti megszüntetése, éppenúgy hibát követne el az, aki túlzott óvatosságból nem merné befejezni a légmellke-

zelést s fölöslegesen hosszúra nyújtaná. Minél hosszabbra nyúlik ugyanis a légmellkezelés, annál inkább fenyegethet a tüdőtestzsugorodás komoly, bár kivételes veszélye.

**Összefoglalás:** A légmellkezelés megszüntetése kényes és komoly feladat már csak azért is, mert a légréteg eltűnésével a mellhártyalemezek gyakran összenőnek. A megszüntetés legfontosabb kérdése, hogy mikor kerítsünk rá sort? Legelfogadhatóbb válasz: akkor, ha a klinikai megfigyeléssel nagy valószínűséggel megállapíthatjuk a szöveti, kórbonctani gyógyulás bekövetkezését. Újabb megfigyelések szerint a köpet csírtalanná válása, illetve a gümős barlang záródása után kb. 3 évvel remélhetjük ezt. Nagyjelentőségű a légmellkezelés megszüntetésének módja is. Ez akkor tökéletes, ha fokozatosan történik. A légmellkezelés megszüntetésének kivételesen súlyos akadálya is lehet.

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

## Szádlás (drainage) és sebtömés (tamponade) a vesesebészetben.

Írta: Schmidt Albin dr. egyetemi magántanár.

A műtét utáni szádlás és sebtömés az általános sebészet évek óta vitatott kérdése. Ha a sebbe szádlót és tömőt helyezünk, az lassabban gyógyul és sérv is gyakrabban keletkezik, mintha a sebet teljesen zárjuk. Arra kell tehát törekedni, hogy csak ott alkalmazzuk, ahol a szövődemény nélküli sebgyógyulás érdekében okvetlenül szükséges. A vita tárgya tehát az, hogy mikor hagyhatjuk el a szádlót és tömőt, továbbá, hogy mi az a legrövidebb idő, ameddig szádlózni és tömni kell. A vesesebészetben ez a kérdés ily élénk vitát nem okozott, mert a sebészet ez ágában legtöbbször fertőzött területen dolgozunk és ezt a sebgyógyulás zavaratlansága érdekében szádlolni és tömni kell. Még ha nem fertőzött húgyutakat nyitottunk is meg, utólag a környező szövetekbe vizelet szivároghat és vizeletbeszűrődést okozhat, melynek levezetéséről, illetve megelőzéséről gondoskodni kell. A vesesebészetben a vita tárgya tehát általában nem az, hogy szádlózzunk és tömjünk-e, hanem hogy mily mértékben és mennyi ideig alkalmazzuk e segédeszközöket.

A vesét általában ferde ágyéki metszéssel extraperitonealisan tárjuk fel, mert megközelítésére ez az út legalkalmasabb, a hasüreg nem nyílik meg és így fertőződését elkerüljük. A beteg a műtét után hanyatt fekszik, a nagy sebüreg legalacsonyabb pontja tehát a costovertebralis szöglet. A szádlót és tömőt ezért itt, vagyis a felső sebzugban vezetjük ki, mert a legjobb levezetés így érhető el.

A vese fölkeresésének másik ritkán alkalmazott módja a transperitonealis út, mikor a középvonalban vagy pararectalisán hatolva be, a hasüreget megnyitjuk és a belek félretolása után a hátsó hashártyát hasítjuk be, hogy a veséhez jussunk. A hasüregen át ma már csak akkor hatolunk be, ha téves a kórisme és hasi daganatot keresve, retroperitonealisan fekvőt találunk. Transperitonealis veseműtétkor régebben a szádlót és tömőt a hasüregen keresztül a hasseben vezették ki. A szádlás e módja több okból helytelen. Súlyosabb fertő-

\*) A Magyar Sebésztársaság XXIV. nagygyűlésén tartott előadás.

zések a hasüreg fertőződhet és hashártyagyulladás keletkezhetik. A beteg a műtét után hanyatt fekszik és a tömő és szádló felfelé vezet, tehát jól nem vezethet és a sebváladék könnyen megreked. Utóvérzés esetén a vér a hasüregbe folyik és az utóvérzést későn ismerjük fel. Ezért helyesebb, ha a tömőt és szádlócsövet a costovertebralis szögletben készített ellennyíláson vezetjük ki és a hátsó hashártyát elzárjuk. Így a szádló a legmélyebb pontra kerül, a sebváladék levezetésére a legelőnyösebb helyzetet teremtjük és az utóvérzés a szádlón át kicsöpögő vérről azonnal felismerhető és helyben leküzdhető, ellenben ha a szádlót a hasüregben át vezetjük ki, újból az egész hasüreget kell feltárni.

A szádlás és tömés céljára a vesesebészetben különböző vastagságú, oldalukon több lyukkal ellátott gumicsöveket és csírátlan vagy különféle antiseptikummal impregnált gazecsíkokat használunk. Újabban szádlásra gumiszalagot, condomot ajánlanak. Üveg szádlót ne használjunk, mert a beteg a seben fekszik és az üveg ha a beteg mozog, könnyen eltörik. Csak szegett gazecsíkot alkalmazunk, mert a nem-szegett könnyen elszakad, szálak maradnak le róla. A gazecsík impregnálására jodoformot, vioformot, dermaforint, tannophent, stb. használunk. Jodoformos tömöt parenchymás vérzés csillapítására, vagy gümős veseműtét után alkalmaznak. A bőséges jodoformos tömés azonban veszélyes, mert a nagy sebüregből a jodoform hirtelen szívódik fel és mérgezést okoz. Minden veseműtét megterheli a vesét, működését átmenetileg károsan befolyásolja. Ha eltávolítjuk az egyik vesét, a kiválasztás egész terhe a másikra hárul; ha nem távolítjuk el, akkor is a nyomkodás következtében az operált vese átmenetileg csökkent működést fejt ki. Az altatás, az érzéstelenítő és fájdalomcsillapító szerek kiválasztása a vesét erősen foglalkoztatja és így a nagyobb tömegben a szervezetbe került jodoform csak lassan választódik ki. *Reichel* bőséges jodoformos tamponálás után halálesetet közöl. Ezért jobb, ha veseműtét után a jodoformos kitömést mellőzzük. A vérzést más tampon is csillapítja, vagy coagulent, stryphnont, stb. használhatunk.

A szárad elején minden vese- és ureterműtét után bőséges szádlást és tömést alkalmaztak, mert félték a fertőzéstől és utóvérzéstől. *Israel* könyvében pl. még 1925-ben is azt írja, hogy minden veseműtét után szádló és töm, bár tudja, hogy ez gyakran fölösleges, de így a kellemetlen szövődeményeket biztosan elkerüli. Idővel az általános sebészetben az a felfogás alakult ki, hogy minél kevesebbet szádló és tömjünk, mert ez fölöslegesen alkalmazva hátráltatja a gyógyulást. Ezért a vesesebészetben is igyekeztek kevesebbet szádlózni és tömni. Aseptikus veseműtét után a sebet ma már a legtöbben tömés és szádló nélkül zárják. A legradikálisabb *Wrede*, aki már 1927-ben azt írja, hogy a vesesebészetben túlsok szádlást és tömést alkalmaznak, aseptikus műtét után a szádlás fölösleges, decapsulatio, nephropexia, nem fertőzött nephrektomia után a sebet zárja, sőt ezt még akkor is ajánlja, ha nem fertőzött húgyutakat nyitottunk meg és varrtunk el szabatosan. Szerinte még nem súlyos pyelitis esetén sem szükséges a húgyutak megnyitása után a szádlás, elegendő, ha a levezetésről a hólyagból felvezetett ureterkatheterrel gondoskodunk. *Wrede* gyökeres eljárása sok követőre nem talált, de az irányelv ma már általában az, hogy minél kevesebbet és minél rövidebb ideig szádlózzunk és tömjünk.

Közbevetőleg még a szádló és tömő hivatását kell tisztázni. A tömő célja — mint neve is mutatja, — a

tömés, a vérzéscsillapítás, továbbá összenövésnek előidézése, a szádló pedig a sebváladék levezetésére szolgál. Ha tehát nincs vérzés, a bő tömés fölösleges, a geny, a sebváladék levezetésére a szádlócső alkalmasabb. A vastag cső kemény, decubitust okozhat, ezért a sebbe egyedül ne tegyük be, hanem vegyük körül puha tömővel. Lekötésre, varratra közvetlenül tömést, szádlócsövet sohase helyezünk, mert kihúzáskor a lekötést, varratot letépi. Ezért pl. nephrektomia után a szádlócsövet vagy tömést sohase helyezünk a lekötött nagyerekre vagy ureterconkra, hanem mindig csak a közepükbe. Puha, vékony szádlócsövet egyedül, tömés nélkül is alkalmazhatunk. Ha vérzéscsillapítás végett tömünk, akkor a tömést óvatosan, előzetes lazítás után csak 8—10 nap múlva távolítsuk el; mert ha előbb vesszük ki, a véralvadékok letépheti és új vérzés indul meg. Ha genyes sebváladék levezetése céljából szádlóztunk, a csövet csak a 7—8-ik napon távolítsuk el, mikor a szövetek körülötte már letapadtak és a sarjcsatorna kiképződött. Az eltávolítás után azonban a sebürege újból vékony csövet helyezünk, mert különben az izomzat összefekvése következtében a csatorna zárul és mögötte a geny megreked. A szádlást csak akkor szüntethetjük meg, ha a sebből a szivárgás már nem számottevő.

Nézzük ezután a különböző veseműtétek alkalmazásából használatos eljárásokat.

*Vesehámozást* nemgenyes vesegyulladás, vagy nephritis aposthematosa miatt végezzük. Utóbbi esetben súlyos fertőzés áll fenn, tehát nem vitás, hogy bőséges szádlásról kell gondoskodni. A levezetést a szádlócső maga nem oldja meg, mert rendszeren a vese egész felülete apró tályogokkal van tele, a vesét tehát körül kell tömni, mert különben a környező szövetek túlgyorsan tapadnak le, a kis tályogok nem ürülnek ki és nem gyógyulnak meg. Más a helyzet a nem genyes vesegyulladás miatt végzett vesehámozásnál. Ez aseptikus műtét és a sebet legtöbbször tömés és szádló nélkül zárják. Mások ellenben (pl. *Illyés*) rövid időre szádlócsövet, esetleg tömőt is alkalmaznak, mert vesehámozás után a vese felszíne vérzik és vérömleny keletkezhet. Megfigyelték tömőt is alkalmaznak, mert vesehámozás után a vese felszínéről nyirok és vizelet választódik ki, a vese mintegy vizeletet izzad ki, ami a szádlást szükségessé teszi.

A *nephropexia* szintén aseptikus műtét, tulajdonképpen ugyanazon elbírálás alá esik, mint a tokhántás, mert felvarrás előtt ma már majdnem mindenki lehántja a vesét, hogy jól odatapadjon. A sebváladék levezetésére szádlásra szükség nincs és azt általában nem alkalmazzák. Még azok, akik vesehámozáskor a vérömleny megelőzésére szádlóznak, sem tartják szükségesnek nephropexia után a szádlást, mert a lehántott vese felszíne az izomzathoz fekszik és ez a parenchymás vérzést azonnal csillapítja. *Kümmel* külön kiemeli, hogy nephropexia után ne szádlózzunk, mert sérv keletkezhetik, mely a műtét eredményét lerontja. *Jansen* a vékony szádlót 2—3 napig hagyja benne és ha a seb nem váladékozik, eltávolítja. Többször ajánlják, hogy a műtét eredményének biztosítására a vese alá tömést helyezünk, mely összenövésnek okoz. Mi minden nephropexia után a vese alá tömést helyezünk, melyet 10—12 nap múlva távolítunk el. A sebgyógyulást ez az eljárás csak egy-két héttel hosszabbítja meg, de ha számításba vesszük, hogy nephropexia után a beteg legalább két hétig fekszik és azután is még két hétig csak keveset mozog, a sebgyógyulás elhúzódása komolyabb kel-

lemetlenséget nem okoz. A felfüggesztett vese egyik így kezelt betegünkön sem hagyta el helyét.

A *vesesérüléseket* csak akkor tárjuk fel, ha a vese körül nagyobb vérömleny, vagy vizeletbeszűrődés keletkezett, a seb tehát fertőzött és kitarakítása után tömendő és szádlózálandó.

*Nephrektomia* után általában szádlót és tömőt alkalmaznak, bár ez sokszor fölösleges. Ha a vese nem fertőzött, *Wrede* és mások a sebet zárják. *Young* és *Kümmel* a felső sebzugba 2—3 napra vékony gumiszádlót helyez és ha nincs váladék, eltávolítja. Mi, ha a vese nem fertőzött, illetve kivétele közben nem nyílik meg, a sebbe tömőbe burkolt vékony csövet helyezünk és azt a hatodik napon távolítjuk el. Ha nincs bővebb váladékozás, új szádlót nem helyezünk be. Ha a fertőzött vese kivétele közben megnyílt, bőséges szádlásról kell gondoskodni, ugyanígy ha a vese környezetében genyert találunk.

*Nephrotomia* után gyakori az utóvérzés, ezért általában bő kitömést és szádlást használnak. Ha nagy bevágást alkalmaztunk, a vese egyszerű összevarrása a vérzést sokszor nem állítja meg és annak csillapítására különböző eljárásokat ajánlanak. *Kirschner* a két vesefél közé coagulenes tömést helyez és a vesét fölötte catgut-matracöltésekkel összevarrja. Az öltések gyorsan felszívódnak és 8 nap múlva a tampon könnyen kihúzható. *Kairis* ajánlja, hogy a két vesefél közé izomdarabot helyezünk, melynek igen jó vérzéscsillapító hatása van, úgy hogy a vérzés azonnal megáll. A behelyezett izomdarab azután elhal, felszívódik és helyén heg képződik. Ezt az eljárást mi is sikerrel alkalmaztuk. *Jansen*, *Frangenheim* és *Werner* azt ajánlja, hogy az összevarrt vesesebet az izomzat sebével varrjuk össze, hogy a sebüregbe ne vérezhessen.

Ha a nephrotomiát súlyosan fertőzött, genyes vesén végeztük, transrenalis szádlást alkalmazunk. A nephrotomiás seben át a vesemedencébe gummiszádlót vezetünk és catgutöltéssel a veséhez erősítjük, a vese mellé pedig másik csövet és tömőt helyezünk. A transrenalis szádlás előnye, hogy a vesemedence a szádlócsövön át öblíthető, a vizelet hamarabb feltisztul és visszamaradt kötőrmelékek kimoshatók. A transrenalis csövet csak akkor szabad eltávolítani, ha körülötte a sarjcsatorna már kialakult, mert ha előbb távolítjuk el, a fertőzött vizelet a sebüregbe szívárog és súlyos szövődmenyt okoz. A sarjcsatorna körülbelül egy hét leforgása alatt képződik ki, előbb tehát a szádlócsövet eltávolítani nem szabad. *Jansen* a nephrotomiás seben át a vesemedencébe két szádlócsövet vezet, hogy jobban öblíthessen. Ez fölösleges, mert a második cső a hatásosabb öblítés végett a hólyagon át a vesemedencébe vezetett ureterkatheterrel pótolható. A transrenalis szádlást egyáltalában túlsűrűn alkalmazzák oly esetekben is, mikor az állandó ureterkatheter a fertőzött vizelet levezetésére elegendő. Csak akkor van rá szükség, ha a fertőzött vesemedence tágult, vagy ha puha követ távolítottunk el, mely szétmállott és a medence és kelyhek homokkal, törmelékkel teltek, melyek műtét közben mind nem öblíthetők ki.

A *pyelotomia*, *ureterotomia* után alkalmazandó szádlásról a vélemények eltérők. A legradikálisabb, mint már említettük, *Wrede*, ki még pyelitis esetén is a vesemedence szabatos elvarrása után a sebet szádló és tömő nélkül zárja és a levezetésről csak a hólyagon át a vesemedencébe felvezetett állandó ureterkatheterrel gondoskodik. Tudjuk, hogy a vesemedence és ureter varratai, különösen pyelitis esetén, mily gyakran vál-

nak szét és ilyenkor az ureterkatheter, mely könnyen eldugul, vagy a vesemedencéből kicsúszik, a levezetésre nem elegendő. A fertőzött vizelet a környező szövetekbe szívárog és a sebet újból feltárhatjuk. *Wrede* eljárása nem is talált követőkre és pyelotomia és ureterotomia után a sebbe általában mindenki szádlót és tömőt helyez. A vélemények megoszlanak, hogy pyelotomia és ureterotomia után alkalmazzunk-e állandó ureterkathetert. Sokan minden esetben alkalmazzák, mások csak akkor, ha súlyosabb pyelitis van. Akik mindig alkalmazzák, azt mondják, szükség van rá, mert az ureter műtét után beduzzad, véralvadékok tömők el és a vizelet a varratokat szétfeszíti. Ezzel szemben azt jegyezzük meg, hogy az ureterkathetert a véralvadékok épügy eldugaszolják, az a vesemedencéből könnyen kicsúszik, nem vezet, és mint idegentest csak izgató. Mi pyelotomia és ureterotomia után az állandó ureterkathetert csak akkor alkalmazzuk, ha a fertőzés súlyos. Ha a 7—8-ik napon a szádlót és tömőt a vese mellől eltávolítjuk, előfordul néha, hogy a varratok nem tartanak és a sebből vizelet szívárog. A szívárogás általában néhány nap múlva magától eláll. Ha 8—10 nap múlva a sebből vizelet még mindig szívárog, állandó ureterkathetert vezetünk fel és a vizeletcsurgás néhány nap alatt megszűnik.

Ha a pyelotomiát súlyosan fertőzött, tágult vesén végezzük, az állandó ureterkatheter nem elegendő, a vesemedencét a seben át kell szádlózni. Kivezethetjük a szádlócsövet a medencén ejtett seben és hogy ki ne csússzon, a medencéhez catgut-öltéssel rögzítjük. Ez a szádló is csak akkor távolítható el, ha körülötte a sarjcsatorna már kiképződött. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy az ilyen hosszabb ideig szádló vesemedence csak nehezen zárul, gyakori az állandó vizeletsipoly. Ezért jobb, ha fertőzött pyelotomia után transrenalis szádlást alkalmazunk és a csövet nem a vesemedence seben, hanem a veseállományon át vezetjük ki. A veseállomány sipolya sokkal könnyebben zárul, mint a vesemedencéé. Pyelotomia után a transrenalis szádlást úgy végezzük, hogy erős érfogóval belülről a medencéből kifelé keresztülbölkjük a veseállományt és az érfogóba becsípett szádlócsövet a veseállományon keresztül a medencébe húzzuk. Alkalmazzák még a végnélküli szádlást vastag ureterkatheterrel. A kathetert a hólyagból a vesemedencébe vezetik és a vesemedence seben és a sebüregen át vezetik ki a szabadba. Az ureterkathetert a vesemedencéhez catgut-öltéssel rögzítik, hogy el ne toldjon és a medencébe eső részét oldalnyílásokkal látják el. Ez az eljárás nem megbízható, mert súlyosabb fertőzés esetén a levezetés nem elegendő, ha pedig a fertőzés nem súlyos, a szádlásnak ez a módja fölösleges.

*Vesemedenceplasztika*, *ureterimplantatio* után a varratok tehermentesítésére a 10—12 napig alkalmazott transrenalis szádlást ajánlják. Ha csak a vesemedencét varrtuk és a húgyvezető jól átjárható, véleményünk szerint az állandó ureterkatheter és a transrenalis szádlás is fölösleges, kivéve ha a vesemedence súlyosabban fertőzött. Ureterimplantatio után helyesebb az állandó katheter alkalmazása, hogy az implantatio beszűkülését megakadályozzuk. Hogy a katheter a vesemedencéből idő előtt ki ne csússzon, kivezethetjük a veseállományon és a seben keresztül a szabadba és a bőrhöz rögzítjük, mint már fent megemlítettük. Egy esetünkben ureterimplantatio után nem alkalmaztunk állandó kathetert és a beültetés helye két hét alatt úgy beszűkül, hogy az ureterkathetert a vesemedencébe

bevezetni már nem sikerült és egy év leforgása alatt a vese teljesen tönkrement, úgy hogy el kellett távolítani.

Az elmondottakból láthatjuk, hogy a szádlás és tömés helyes alkalmazása a vesesebészet fontos kelléke, mert zavartalan, gyors sebgyógyulást csak úgy várhatunk, ha helyesen, kellő ideig, de nem fölöslegesen és kelletténél tovább alkalmazzuk őket.

A soproni Erzsébet kórház központi laboratóriumának és kórbonctani intézetének közleménye.

## Adatok a tobozmirigy működéséhez makrogenitosomia praecox dementiás alakja kapcsán

Írta: nemes Kup Gyula dr., főorvos.

Egy makrogenitosomiában szenvedő dementiás betegem, súlyos gümőkóros folyamatot kapott, ami 8 hónap alatt halálát okozta. A kórbonctani vizsgálat az epiphysis tömlős elváltozását, nagyfokú súlyos elmeszesedését és a működő pinealsejt-parenchyma nagyfokú megfogyatkozását mutatta ki. Ez az eset újabb bizonyítékul szolgál arra, hogy az epiphysis belső elválasztásos tevékenységet fejt ki és működésbeli csökkenése a fiatal korban makrogenitosomia praecoxot okoz.

**Kórelőzmény:** 142 cm magas 38 kg súlyú 13 és fél éves fiú szellemi képessége jóval alatta maradt ugyanolyan korú társainak. Testi fejlettsége, főképp csontjai és izmai fejlődése, valamint a herék és nemiszervek rohamos kifejlődése már 8 éves korában feltűnt. Észlelésre 13 éves korában került, mikor már felnőttek megfelelő hímveszője, szőrzete és nagy heréi voltak. Evvel kapcsolatosan feltűnő volt nagy fokú hypersexualitása. Naponta többször (3–4-szer is) onanisált. Hangja teljesen férfias. Egyetlen gyermek; apja 45 éves egészséges, szellemileg ép; anyja 44 éves; elmebetegségben nem szenved; de hypersexualis. Így érdekes, hogy bár bábai ismerete nem volt, nőknek állandóan nemi tanácsokat adott, majd magzatelhajtásokat is vállalt.

A 13 éves fiú hypersexualitását tehát az anyjától örökölte, ki rajongásig szerette demens fiát, azt fegyelmezni nem próbálta, mert hypersexualitását saját érzelmei után természetesen vette.

A kórbonctani jegyzőkönyv szerint a testen több degeretativ stigma található; így a fülcimpák mindkétoldalt lenőttek, mindkét oldalt kiscikkban kancsalság; a lábon a 4. és 5. ujj rendellenesen magasabban ered és rövidebb. Az egész test erős pihe-szőrzettel van borítva. Az agy 1175 gr. súlyú. A koponyacsont régi angolkóros folyamat nyomait mutatja, egyébként ép. A lágyagyburkok erei vérbövek. A kemény agyburkok ép. Az agy vérbő. Az oldalsó agykamrák kissé tágabbak. A koponya röntgenlelete, valamint a boncolásnál talált helyzetviszonyok kóros elváltozást nem mutatnak. A sella turcia ép.

Belső elválasztásos szervek súlyviszonya controll eset súlyviszonyaival párhuzamban:

|               | Súly gr-ban | ugyanolyan korú egészséges egyén | Súly gr-ban |
|---------------|-------------|----------------------------------|-------------|
| a hypophysis  | 0.37        | hypophysise                      | 0.30        |
| Az epiphysis  | 0.11        | epiphysis                        | 0.16        |
| a pajzsmirigy | 13          | pajzsmirigy                      | 24          |
| a mellékvesék | 4           | mellékvesék                      | 9           |
| a herék       | 9           | herék                            | 5           |
| hasnyálmirigy | 65          | hasnyálmirigy                    | 61          |
| a thymus      | 5           | thymus                           | 20          |

Az adenohypophysis szöveti meteszteiben egy helyen jól kifejezett kötőszövet szaporodás volt található, ennek környékén több helyen adenomatosus burjánzás. A burjánzásban főleg az eosinophil sejtek vesznek részt. A pars nervosa szöveti eltérést nem mutat.

Az epiphysis átmetszetén egy kölesnyi és egy valamivel kisebb, de szabadszemmel szintén jól kivehető cysta található. A nagyobbik cysta szövétileg gliarostokkal van

bélelve. A szöveti metszetekben kiterjedten nagyfokú elmeszesedés látszik. A meszesedés oly rendkívül nagyfokú, mint amilyen elváltozást csak igen idős 70–80 éves emberekben szoktunk találni. A sorozatos metszetekben az említettek kivül két kisebb tömlő is található még. A mirigy épen maradt egyes kisebb részlete sejtűs, de itt főleg a gliasejtek szaporodtak meg a pinealsejtek számbeli rovására. A mirigy szélein a jól kifejezett kötőszövet rostos kötegek alakjában húzódik a mirigy belsejébe.

A pajzsmirigy közepes colloid tartalmú, s szövétileg kóros eltérést nem mutat. A mellékvesék velőállománya szövétileg erősen megfogyatkozott, a kéreg állománya kóros eltérést nem mutat. A herék a valódi here hypertrophia szöveti képét mutatják. Különösen a közti szövet szaporodott nagyon. A hasnyálmirigy szövete ép. A Langerhans szigetssystema normalis. Az erősen megkisebbedett csecsemőmirigy szöveti metszeteiben ép mirigyszövet található.

A többi belső szervek kórbonctani lelete kivonatolva a következő: A nyelvgyöki tüszők erősen fejlettek. A torokmandulák babnyi nagyok.

A szív 270 g súlyú izomzata könnyebben törhető a szoktnál a szív és nagyerek billentyűi épek. A tüdők mellhártyalemezei összetapadtak. A tüdőkben súlyos productiv gümőkór. A hörgők körül sajátos gümős folyamat (peribronchitis tbc. caseosa acinonodosa alakban). A hiluskapu-beli nyirokmirigyek nagyok és elsajtosodtak. A lép 150 g súlyú. Metszészlapja tele van köles-borsónyi nagyságú gümős göcökkel. A pulpa duzzadt, a metszészlapról sok kaparek nyerhető. A vesék súlya 175 g. A tok alatt szétszórva gümős göcök. A máj nagy, szövete a metszészapon elmosódott. A tok alatt, de a máj állományában is sok a szétszórt kölesnyi-borsónyi gümős göc. A gyomor-bélhuzam lényeges eltérést nem mutat.

Az epiphysis működés meghatározása szempontjából igen fontos ebben az esetben az epiphysis súlyának a normalis súllyal nagyobb anyagon való összehasonlítása.

Berblinger 26 eset kapcsán külön határozta meg az epiphysis átlag súlyát 11 és 20 éves kor között lévő férfiakban és nőkben. Az átlagsúlyt egyformán 0.162 g-nak találta. Uemura 9 esetben végzett hasonló meghatározásokat 11-től 20 éves korig, s az átlagsúlyt 0.158 g-nak találta. 200 belső elválasztásos mirigyrendszerre vizsgált esetemből 12 esetben határozta meg az epiphysis súlyát 11 és 20 év közötti korú egyéneknél s az epiphysis antagonismusára tekintettel a hypophysis súlyát is minden esetben megmértem.

Az epiphysis és hypophysis átlagsúly meghatározása saját eseteimben.

| Sorsz. és nem: | Kor év: | Epiphys. súly: gr. | Hypophys. súly: gr. | Epiphys. hypophys. arányszám: | Halál oka:   |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|-------------------------------|--------------|
| 1. ♂           | 13      | 0.13               | 0.63                | 4.8                           | Pneumonia.   |
| 2. ♂           | 14      | 0.08               | 0.30                | 3.7                           | Pneumonia.   |
| 3. ♀           | 15      | 0.07               | 0.35                | 5.—                           | Thyp. abd.   |
| 4. ♂           | 15      | 0.12               | 0.32                | 2.6                           | Meningitis.  |
| 5. ♂           | 15      | 0.24               | 0.53                | 2.2                           | Tetanus.     |
| 6. ♂           | 15      | 0.20               | 0.58                | 2.9                           | Mening. tbc. |
| 7. ♀           | 16      | 0.09               | 0.40                | 4.4                           | Dementia.    |
| 8. ♂           | 17      | 0.21               | 0.58                | 2.7                           | Tbc.         |
| 9. ♂           | 19      | 0.28               | 0.53                | 1.8                           | Tbc.         |
| 10. ♂          | 19      | 0.15               | 0.61                | 4.—                           | Tbc.         |
| 11. ♂          | 19      | 0.24               | 0.66                | 2.2                           | Tbc.         |
| 12. ♂          | 19      | 0.09               | 0.64                | 7.1                           | Szív-lövés.  |

A fenti 12 eset kapcsán az epiphysis átlagsúly 0.159 g volt, teljesen egyezik Berblinger és Uemura által már megadott súlyokkal. Az ugyanekkor megvizsgált hypophysis átlagsúlya 0.51 g volt. A normal epiphysis és hypophysis arányszám 3.2 volt.

Előbbi több közleményemben is rámutattam már arra, hogy a fokozott libidó, hypersexualitás szoros összefüggésben áll az adenohypophysis és az epiphysis működőképes parenchyma mennyisége közötti egyen-

súllyal. Ezt megerősítik *Hofstätter*nek és az utánvizsgálók egész sorának klinikai észleletei is, akik akkor még kórbonctani alap nélkül adott epiphysis-kivonatok hatására a libidó csökkenését észlelték. Megerősítik *Foá* állatkísérletei is a kísérleti epiphysektomiákkal kapcsolatosan.

Általánosan ismert és kimutatott tény, hogy adeno-hypophysis kivonatokra a libidó nagyon fokozódik. A klinikumból ismeretes tények, így az adeno-hypophysis hypersexualitást előidéző képessége, valamint saját kórbonctani megfigyeléseim, amelyek az epiphysisnek a libidóra gyakorolt gátló hatása mellett szólnak, szükségessé tették az emberi epiphysis és adeno-hypophysis közötti viszonyt a 11 és 20 év közötti életkorúakra vonatkozólag is a morphohistologiai viszonyok behatóbb tanulmányozását.

A táblázatban foglalt esetek közül két ízben volt feltűnő a korhoz képest a hypersexualitás. Így feltűnő volt a hypersexualitás a 12. esetben, melyben egy 19 éves férfi epiphysise 0.09 g-ot a hypophysise 0.64 g-ot tett ki. Itt az epiphysis—hypophysis arányszáma feltűnően magas volt: 7.1. (a normalis 2.2-szerese). Ez az egyébként teljesen egészséges férfi a falujában erőszakosságáról és hypersexualitásáról volt közismert. Mint orvvadász összeütközésbe került az erdőőrökkel, melynek folytán puszkagolyó okozta halálát. A második a 7. számú eset, melyben a hypersexualitás feltűnő volt. E cigányleány 16 éves korában került a kórházba elmebetegség miatt. Epiphysise és hypophysise arányszáma 4.4 volt, ami szintén, ha nem is olyan fokban, mint az előző esetben, de kétségtelen fokozódást mutat. (1.4-szerese az átlagsúlynak).

Az 1., a 3. és 10. esetekben volt még nagyobb az epiphysis—hypophysis arányszáma, azonban ez esetekben a sexualitásra vonatkozólag nem álltak rendelkezésemre adatok.

A 13 éves fiún észlelt korai nemiéréssel együttjáró eset érdekességét a belső elválasztásos mirigyrendszer súlyviszonyainak a szöveti lelettel együttes meghatározása adta meg. A klinikailag észlelt nagyfokú hypersexualitással járó makrogenitosomia praecox, a hypophysis súlyemelkedésével kapcsolatos adeno-hypophysis működési többletével adódott azáltal, hogy a súlyban már kétségtelenül subnormalis epiphysis szöveteileg még nagy cystákból, továbbá kiterjedt súlyosfokú meszlerakódásokból és jórészt gliából, kötőszövetből állván, nagyon kevés működő pinealsejt parenchymát tartalmazott, s így az adeno-hypophysis működésének kellő mértékben a korai növekedési szakban gátat szabni nem tudott. Az epiphysis működő parenchyma mennyiségének a nagyfokú csökkenése és az ezzel kapcsolatos adeno-hypophysis működési többletének előtérbe jutása révén állt elő jelen esetben a genitáliák korai és nagyfokú megnagyobbodása és evvel magyarázható a heréken észlelt korai erősfokú spermato-genesis is valódi herehypertrophiával kapcsolatosan.

A klinikailag észlelt dementiás (idiotismus) körkép a pajzsmirigy nagyfokú, majdnem 50%-os súlycsökkenésével kapcsolatos, amely viszont kiváltó oka lehetett az adeno-hypophysis korán beálló súlyemelkedésének elősegítésében is. (Erre mutat még a hasnyálmirigy működő szövetállományának következményes súlygyarapodása is.) Érdekes és feltétlen említésre méltó esetben a mellékvesék nagyfokú súlycsökkenése. Utalok előbbi vizsgálataimra, melyek szerint úgylátszik, hogy az az összefüggés, amely a mellékvesék és a csírmirigyek között kétségkívül fennáll, nem közvetlen, hanem közvetett és megváltozott működési hatását a

hypophysisen keresztül fejti ki. Ugyancsak előbbi vizsgálataimban mutattam rá az epiphysis és a mellékvese kéregállománya közötti ellentétességre is, amelynek ismerete alapján a mellékvese kéregállományának fiatal korban keletkező daganatos elváltozása folytán a kéregállomány működési többlete révén kifejlődő makrogenitosomia praecox kiváltódása érthetővé válik. Ugyanis, fiatalkori és működési többlettel járó mellékvese-kéregadenoma esetekben e mirigy hormonalis működési többlete jut érvényre az antagonista epiphysis működésének háttérbe szorulásával kapcsolatosan, ami által megváltozik az epiphysis és az adeno-hypophysis közötti egyensúly és így az adeno-hypophysis hormonjainak hatása fokozottan érvényesül.

Fent közölt esetemben a makrogenitosomia praecox minden klinikai tünete megvolt, anélkül, hogy a mellékvese fokozott működéséről egyáltalában szó lehetett volna, mert a kórbonctani lelet nemcsak, hogy nem hypertrophiát, hanem épen a mellékvese súlycsökkenését állapította meg. Ez az eset bizonyította annak, hogy a makrogenitosomia kifejlődésében a mellékvese csak mellékes szerepet játszik egyszer hypertrophia, máskor artrophia alakjában. A standard elváltozás azonban mindig az epiphysis részéről adódik. Szoros összefüggés van az epiphysis és az adeno-hypophysis között és az epiphysis abszolút vagy relatív hypofunckiója nélkül makrogenitosomia praecox nem fordul elő. A fiatalkori mellékvese kéregdaganatok is csak az antagonista epiphysis működési egyensúlyának eltolódásával idézhetnek elő makrogenitosomia praecoxot. Ebből az is következik, hogy mindazon esetekben, ahol az egyensúly az epiphysis és az adeno-hypophysis között más ok folytán eltolódást nem mutat, ott a mellékvesekéreg-daganat mellett is elmarad a makrogenitosomia praecox kifejlődése.

A hódmezővásárhelyi Erzsébet kórház közleménye.

## Modellkészítés a tonsillaris cryptarendszeréről.

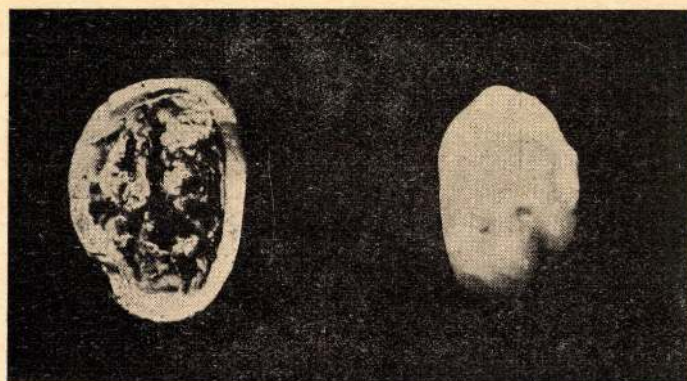
Írta: Kassay Dezső dr., főorvos.

Akár anatómiai, akár élettani szempontból óhajtuk vizsgálni a szájpaddmandulákat, pontosan ismernünk kell üregrendszerük sajátosságait. E célból feltétlenül szükségünk van a tonsillaris cryptarendszer modelljeire. Azok az eljárások, melyekkel sorozatos metszetekből, nagyított formában, viaszlapok segítségével lehet modelleket készíteni, igen bonyolultak. A sorozatos metszetek készítése, a nagyítás helyességét többszörösen ellenőrző számítások stb., rengeteg munkát igényelnek. Ezért nem lehet azokat nagy számban elkészíteni, pedig az a vizsgálatok eredményessége szempontjából igen fontos. Ezenkívül a viasz nem időálló, már szobahőmérsékleten megpuhul, a finom járatok elhajolhatnak. Ezért igyekeztünk egyszerűbb modellkészítő eljárást keresni. Célunk volt, hogy nagyobb számban, maradandó formában tudjunk modelleket előállítani.

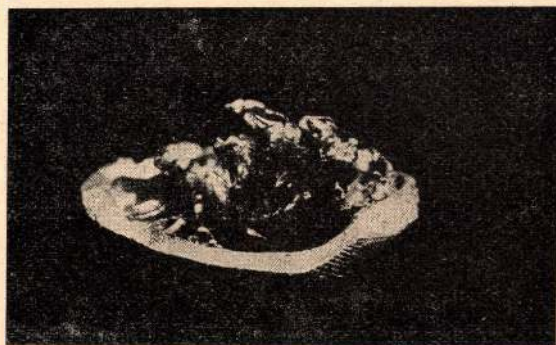
Eljárásunk a következő: Az erre a célra épen, sértetlenül eltávolított manduláról először a szokásos mulázskészítő eljárásokkal mulázst készítünk. Ennek célja az, hogy a kész modellt össze lehessen hasonlítani a mandulával, melyről készült és amelyik a készítési eljárás alatt tönkremegy.

Mielőtt a modellkészítéshez, illetve a járatok kitöltéséhez hozzákezdénénk, finom szondával átkutadjuk a

tonsilla felületét és megjegyezzük, hogy hol és hány járat nyomul a mandula belsejébe. Ezeket a járatokat — ügyelve, hogy egy se maradjon ki — kitöltjük paraffinnal. A felolvasztott, meleg paraffint vékonyhegyű, közönséges szemcseppentőbe szívjuk fel. A szemcseppentő üveg végét mélyen bevezetjük a járatba és a híg paraffint lassú visszahúzás közben befecskendezzük, illetve megtöltjük vele a járatot. Ez a töltés természetesen türelmet igénylő munka. A paraffin többszörösen bealvad az üvegbe, vagy túlfolyékony és nem szilárdul meg — ahogy kellene — a befecskendezés alatt. A paraffin legalkalmasabb hőfokát nem is lehet pontosan megmondani, hanem a levegő és a tonsilla hőmérséklete szerint, minden alkalommal a feltöltés alatt kell megtalálni. Így töltjük meg az összes üregeket vigyázva, hogy az üregbe töltött paraffin összeköttetésben maradjon a mandula felületén előmlő anyaggal. Nem kerül paraffin a mandulának tokfelőli részére. Az így megtöltött és félig paraffinnal bevont mandulát tokjával felfelé fordítva, egy erre a célra készített kis edénybe tesszük és paraffinnal körülöntjük úgy, hogy ez utóbb körülöntött paraffin a mandulát vékonyan bevonó réteggel összeolvadjon. Az edénykéből eltávolítjuk a mandulát a benne és körülötte levő paraffintömb, illetve modellel együtt, utána az egészet conc. sósavba tesszük. A sósav elroncsolja a mandula szövetét. Megmarad a cryptarendszerrel készített negatív: maga a modell.



1. ábra. A fémmodell és a mulázs felülről nézve.  
(Természetes nagyság.)



2. ábra. Ugyanaz a modell oldalról nézve.  
(1 $\frac{1}{2}$ -szeres nagyság.)

A látást zavaró és fölösleges paraffin lefaragása után a paraffinmodellből fémöntvényt készítünk. A paraffinmodellt a fogorvosok által használt Frey-féle öntőmasszába foglaljuk, a paraffint hevítés közben kiolvasztjuk és helyére közönséges angol-cinnt öntünk, vagy centrifugálunk.

Az öntőmassza kimosása után kész a fémmodell, mely nagyobb számban készíthető, időálló, tetszés szerint vizsgálható, tehát a célnak megfelel.

A Ferencz József Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

## B<sub>1</sub> avitaminosis (beri-beri) esete csecsemőn.

Irta: Varga Tibor dr. egyetemi tanársegéd.

Azokban az országokban, ahol a rizs a nép főtápláléka, már régen ismeretes egy sajátos betegség, amely beri-beris anyák szopós csecsemőin támad. A két betegség azonosságát sokáig nem ismerték fel, mert a beri-beri klinikai képe a csecsemőkorban inkább más csecsemőkori betegségekre emlékeztet. Az első ismeretét *Hirotától* származik; később *Miura* mutatta ki, hogy a szopós csecsemők dyspepsiája sokszor a beri-beri első megnyilvánulása, amit az is igazol, hogy az így elhalt csecsemők anatómiai elváltozásai teljesen megegyeznek a felnőtt beri-beri boncolási leletével.

Ez a betegség ritkán mutatkozik újszülöttön s akkor sem súlyos formában; leggyakoribb még a 2—6 hónapos korban. Súlyossága nem függ az anya betegségének fokától. Már olyankor is kifejlődhet, amikor az anya még egészségesnek látszik. Ilyenkor már a csecsemő még megéri a táplálás elégtelenségét s rajta jelentkeznek a vitaminhiány következményei.

A legelső és csaknem mindig (*Miyaka* szerint 44, *Matsuyama* szerint 80%-ban) észlelhető tünet a nagyfokú étványtalanúság és a hányás. A csecsemő étványtalan, sápadt, kedvetlen, fogy, rosszul alszik rekedtre sírja magát. Gyakori a székszorulás, de hasmenés is előfordul. Súlyosabb esetekben cardiovascularis zavar támad, amelynek legsúlyosabb formáját a japánok „shoshin”-nek (szó szerint „szívverés”-nek) hívják. A pulsus zapora, a szívtoppulát nagyobb, a pulmonalis II. hangja feltűnően ékelt, a légzés felületes, nehezített, az ajkak, végtagok szederjések. Ilyenkor már a vérelet is megfogy s fehérjét, hengereket, cukrot és acetontesteket tartalmaz. Elhúzódó esetekben kisebbfokú anaemia fejlődik ki relativ lymphocytosissal. Hőemelkedés hiányzik, az esetleges láz többnyire társbetegségtől származik.

A fő tünetek alapján *Maeda* 5 formáját különbözteti meg: a 1. dysepsiás, 2. paralytikus, 3. cardialis, 4. oedemás, 5. cerebralis alakot.

A *dyspepsiás* alak miben sem különbözik a szopós csecsemők megszokott táplálási dyspepsiájától s csak a szíven észlelhető pulmonalis ékelttség hívja fel a figyelmet.

A *paralytikus* forma a leggyakoribb. Míg azonban felnőtteken inkább a végtagok bénulását észleljük, csecsemőkön az agyidegek részéről mutatkoznak gyakrabban a bénulások.

A *cardialis* forma a legveszedelmesebb. Létrejöttében úgy látszik egyéb tényezők is szerepelnek, mert könnyű esetek is könnyebb infectio, grippe, táplálási zavar, vagy ápolási ártalom hatására hirtelen rosszabbodhatnak és Shoshin typust ölhetnek.

A *vizenyős forma* egymagában ritkán fordul elő, inkább csak mint a többi formák kísérője. Az oedema legszembetűnőbb az arcon, a szem körül s a lábon, a vérnyomás rendszerint normalis, de észleltek nagyobb vérnyomást is.

A *cerebralis* forma *Maeda* szerint inkább idősebb csecsemőn fordul elő s hűen utánozhatja a csecsemőkori encephalitist. Tonicus vagy clonicus görcs, remegés, nystagmus jelentkezhet, tarkómerevséggel, fokozott



térdreflexszel. A Kernig-tünet többnyire hiányzik. A liquor víztiszta, gyuladós reakciókat nem mutat. A fokozott liquornyomás csökkentése után a tünetek gyorsan visszafejlődnek, mutatván, hogy a tünetek főleg agy- és meninx-vizenyőnek voltak a következményei.

A felsorolt formák természetesen ritkán állnak egymagukban, úgy, hogy a legkülönbözőbb átmeneti, kevert alakokkal táplálkozhatunk.

A csecsemő beri-beri általában jó indulatú betegség. A hiányos táplálás megszűntével gyorsan meggyógyul. Csupán a shoshin-typusnak komolyabb a prognózis, ebben néhány nap alatt elpusztulhat a csecsemő.

A csecsemőkori beri-beri most ismertetett leírása — mint az irodalmi idézetekből is látható — japán és kínai orvosok megfigyeléseire támaszkodik. Ez érthető, hiszen nálunk a felnőttek között sem gyakori ez a betegség, bár a világháború alatt többször észlelték nemcsak a fogolytáborban, hanem a harcoló csapatok között is; de hogy csecsemőkori beri-beri hazánkban, vagy földrészünkön is előfordult volna, arra nem találtunk adatot. E vel távolról sem akarjuk azt állítani, hogy B<sub>1</sub>-vitamin szegénység a mi csecsemőink táplálásában s táplálkozási zavaraiiban nem játszana szerepet, annál kevésbé, mert mindinkább szaporodnak azok a megfigyelések, amelyek azt bizonyítják, hogy a B<sub>1</sub>-hypovitaminózis nem is olyan ritka, bár ilyenkor is többnyire nem izolált, hanem egyidejűleg több vitamin hiányván muló kevert hypovitaminosissról van szó. Ismeretendő esetünk nem ilyen: *classikus alakja az izolált B<sub>1</sub>-avitaminosissnak s így hazánkban, sőt talán Európában is az első klinikailag részletesen megfigyelt csecsemőkori beri-beri.*

G. V. 14 hónapos csecsemőt azzal az anamnesissel veszük fel a klinikára, hogy 2 hete hasmenése van. Eleinte naponta 8—10 nem véres, nem nyálkás széke volt, mire orvosa hashajtót, 24 órás teáztatást, majd rizsnyákok\*) rendelt. Az anya az orvos rendelését félreértve, azt hitte, hogy a rizsnyák-táplálást addig kell folytatnia, amíg a hasmenés teljesen meg nem szűnik. Mivel ez a rizsnyák hatására sem következett be, a csecsemő két héten keresztül rizsnyákon kívül semmi mást nem kapott. Az első hét végén igen étvágytalan volt, majd arca, lábaszára megdagadt, szemgolyója „remegni” kezdett, a jobb szemét nem tudja jól kinyitni. Ebben az állapotban került klinikai vizsgálatra.

Felvételi lelet 1936. XII. 14-én: gyengén fejlett és táplált, igen halvány csecsemő; keze, lába, ajka szederjes. Arca főleg a szem körül vizenyős, lábszár, lábfej szintén. Izomzata kissé hypertoniás, csontrendszerén lezajlott angolkór nyomai. Nyirokcsomói az inguinalis hajlatokban kisbabnyiak, egyebütt nem tapinthatók. Mindkét szem horizontális nyistagmus, jobb oldalt ptosis. A száj nyálkahártyája közepesen vértelt, nyelve bevont, száraz, erősen belövelt, garatképletek, coryza. Légzése costoabdominalis jellegű, szaporra, felületes. A tüdő felett mindenütt érdes alaplégzés, mindkét oldalt hátul, alul középhólyagú nedves szörtyzörejekkel. Kopoktatásra a szívhatárok rendesek, a pulmonalis második hangja felütően ékelt. Pulsusa 148. Ekg. normalis lelet. Vérnyomása 120/80. A hasfal tonusa csökkent, a hasban eltérés nincs, a máj 2 ujjnyira a bordaív alatt, lépe nem tapintható. A tarkótáj kissé merev, Kernig-tünet negatív, spatikus patella-reflexek. A peroneus-reflex mindkét oldalt kiváltható, a villamos ingerlékenység azonban nem tetaniás típusú. Lumbalpunkció: Erősen fokozott nyomással ürülő víztiszta liquor, a gyuladós reakciók negatívak, sejtszám  $\frac{3}{4}$ . Vérlelet: vvs. 3.280.000. fvs. 9200, Hgb. 98%. minőségi vérkép: F. 1, P. 3, Le. 43, Ly. 51, Eo. 1, Mo. 1. Vizeletében semmi kóros. Hőmérséklet 37,6 C°. Széklete híg, bűzös.

Körlefelet: a csecsemő táplálását fehérjés tejjel kezdtük meg, a B-vitamin bevitelről naponta 2-szer adott  $\frac{1}{2}$  dg.

\*) Nem rizslevet, hanem a puhára főtt s áttört rizsből készült u. n. „sűrű rizsnyákok”, mely egyetlen pép formájában a rizst teljességében tartalmazza.

élesztővel gondoskodtunk. A fenyegető pneumonia miatt transpulmint 2 óránként 0,05 g, pyramidont és mustárfürdőket adtunk.

XII. 16-án, észlelésünk 3. napján eltűnt a végtagok, szederjes színe, pulmonalis ékeltsége és a tarkómerevség.

XII. 18-án A tüdők felett hallható hurutos zörejek eltűntek, a nátha még megvan. A vizenyő az alszárakon, lábfejen tetemesen csökkent, de az arcon még nem. Széklete formált, rothadásos, fehéres színű. Reflexei még élénkek.

XII. 20. Kissé még náthás. Nystagmusa változatlan. Vizenyője majdnem teljesen eloszlott. Májja nem tapintható.

XII. 29. Láztalan. Az addig étvágytalan csecsemő most már jól eszik. Nem oedémás. A tüdő felett eltérés nincs. Nystagmusa ritkábban van. Inkább nagy hullámu. Ptosis is tűnőben. Reflexei nem annyira élénkek. Étrend: malátakávé, dara, leves, főzelék 2 kanál máj, narancslé.

Kb. egy hónapi észlelés után normalizra tért vissza az egész betegség alatt tartó nagyfokú vérnyomásemelkedés.

A klinikáról elbocsátásakor súlya 9100 g. Súlygyarapodás 40 g. Nem vizenyős. Ptosis teljesen eltűnt, nystagmusa, kistokban még mindkét szemén megvan. Reflexei normalisak, a peroneus-reflex nem váltható ki. Szívhangok tiszták, pulmonalis II. nem ékelt.

Az előzmény, a jellegzetes klinikai kép s a B<sub>1</sub> vitamin gyors hatása kétségtelenül bizonyítják, hogy a kéthetes rizsnyáktáplálás súlyos B<sub>1</sub> avitaminosist okozott.

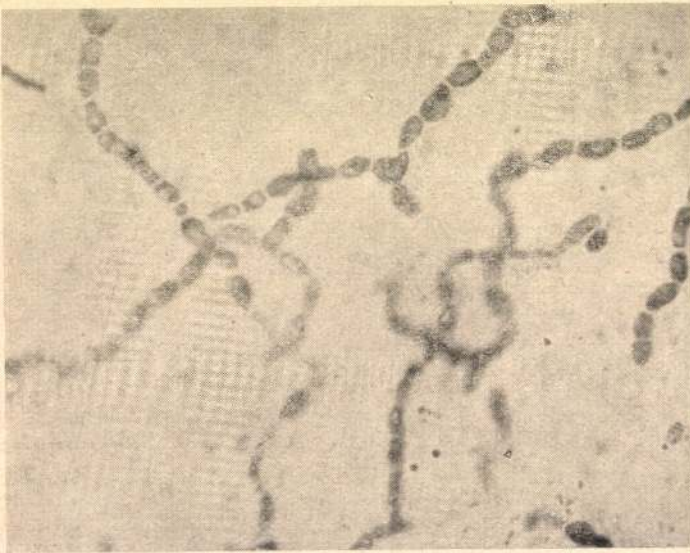
**A Pázmány Péter Tudományegyetem bőr- és nemibetegségek klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár.)**

## Gombák festése hámpikkelyekben (különös tekintettel a Berberian-féle eljárásra).

Irta: Szodoray Lajos dr. klinikai tanársegéd.

A dermatológiával foglalkozó orvosoknak jóformán mindennapos feladata gombaelemeket keresni hámpikkelyekben, körömlemezokban, főképen a láb-mykosisok (kipállás az ujjak között, talpi dyshydrosis, körömykosis), mindinkább fokozódó elterjedtsége miatt. A gombaelemek vizsgálata leggyakrabban 20—30%-os káliummal kezelt készítményekben történik. Ez az eljárás különösen akkor tünteti fel élesen a gombaelemeket, ha enyhe melegítés után a készítményt néhány órán át még nedves kamrában tartjuk. A kevésbé gyakorlott vizsgálatot sokszor félrevezetheti a lugos készítményben gombaelemeket utánzó, gyakran előforduló növényi rostok, zsircsepek, stb. Ilyen esetekben, továbbá muzeális és tanítási célokra — tartós készítmények szerzése céljából — a gombaelemeket megfestjük. A gombák azonban, különösen pedig a hyphomyceták, az anilinfestékeket kevés kivétellel egyáltalában nem, vagy csak nehezen veszik fel. Valószínű, hogy ez a tulajdonságuk sejthártyájuk sajátos kémiai és fizikai szerkezetével függ össze. Brumpt szerint a gombák sejthártyája egy foszforilglikoproteidból áll, mely még ként és vasat is tartalmaz. A legújabb időkig a gombák festésére legáltalánosabban a Gram-festést és különböző módosításait alkalmazták. Ennek az eljárásnak egyik nehézsége a legkedvezőbb differenciálás idejének pontos megállapítása. Másrészt Gundersen szerint egyes esetekben a gombaelemek Gram-negatívak: pl. optimalis kulturákban és gyakran hámpikkelyekben; ez utóbbi körülmények körjelző értékét kétségessé teszik. A Ziehl-Nielsen festés is hasonló okokból nem alkalmazható ily célokra: egyes gombaelemek savállóak, mások nem. Kísérleteim folyamán mintegy 20 különböző, főképen basicus anilinfestéket próbáltam alkalmazni (dahlia, bis-marekbarna, pyronin, methylzöld, kristályviola, methyl-

viola, anilinkék, malachitzöld, nigrosin, stb) zsirtalanított hámpikkelyekben, azonban a legtöbb esetben a fonalak inkább az által tüntek elő, hogy a megfestett környezettel szemben festetlenek maradtak. Jobb eredményeket adott a Kraus ajánlotta methylenazur-eljárás. Jó eredményeket írtak le a carbol-thioninos festésről is. Berberian 1937-ben közölt eljárásában a festés a Martinotti-féle toluidinkékkel történik (75 ccm dest. víz, 0.5 g lithiumcarbonat, 1.0 g toluidinkék, 20 ccm glycerin és 5 ccm tömény borszesz.) A festés előzőleg aetherrel és acetonnal zsirtalanított hámpikkelyekben történik, a differenciálás 0.5%-os ecetsavval. Megfelelő eljárás mellett a gabonaelemek: fonalak, sporák, blastosporák, stb sötét színben tűnnek fel, míg a hámelemek alig, halványkéken szineződnek. Különösen jól festődnek az epidermophyton-fonalak, favusos scutulum, mikrosporon furfur, Malassezia. Ez utóbbiak szép lilás metachromasiát is mutattak. Immersziós nagyítással vizsgált sporulált myceliumok vacuolás, szemcsés szerkezete is jól látható volt az ilyen módon festett készítményekben. A gombaelemek festődése elsősorban a festék kémiai szerkezetétől függ. Ez abból látszik legjobban, hogy a toluidinkék, thionin és methylazur chemiailag egymáshoz nagyon közel álló structurát képeznek.



1. ábra. Epidermophyton fonalak hámpikkelyben. Berberian festés. Zeiss hom. imm. 1 : 12.

Érdekesek az ezzel az eljárással tett megfigyelések a különböző korú készítmények festődésére vonatkozólag. Egy-két év előtt vett hámkaparákban epidermophyton-fonalakat már nem tudunk kimutatni sem festődéssel, sem pedig lugos készítményben. Két éves favusos kaparákban a gombaelemek még jól festődnek; épen így kifogástalan egyenletes erős festődést mutatnak egy nyolc év előtt vett erythrasma kaparákban a mikrosporon minutissimum elemei; 3 hóval ezelőtt kiszáritott függőcseppi készítményben sarjadzó gombák jól festődnek. Ebből a néhány adatból is látszik, hogy a gombák ellenállóképessége rendkívül különböző.

**Új hatásos roborans: Plasmorobin,** mely synergikusan ható növényi gyógyanyagok complexnatású combinációja, Rendkívüli módon gyarapítja a legyengült szervezetet, fokozza az étvágyat, elősegíti az anyagcserét és meglepően növeli a vörösvérsejtek számát, valamint haemoglobinneménységét. Minden gyógyszerárban beszerezhető. Gyártja: Római Császár gyógyszerár, Budapest II., Fő utca 54

## Gyógymasszázs és mechanoterápia.

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

### A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

Vannak bizonyos beavatkozások, amelyekről joggal feltehetjük, hogy a vérkeringést a maga egészében is lényegesen befolyásolják. Ilyenek a következők: a vagotonia reflexes úton való befolyásolása, nagy érterületek hidrosztatikus összenyomása, a splanchnikus területén érvényesülő külső nyomás megváltoztatása, a közvetlen szívmasszázs. Ezek alkalmazása azonban gyógyítás szempontjából igen ritkán jön számításba.

Bizonyos esetekben, különösen az arra hajlamos vagotóniás embereken a pulzus elég jelentékeny gyérülést hoznak létre. Bár a gyérülés a diasztolés szak megnyúlásában nyeri magyarázatát, a szívverés-térfogat növekedése kisebb, semhogy a percvolumen változatlanul tarthatna. A vérkeringés intenzitása csökken.

A hidrosztatikus viszonyoknak a vérkeringésre gyakorolt hatásánál megjegyezhetjük, hogy a hidrosztatikus nyomás jelentékeny fokozódása a test nagy felszínén lényegesen megváltoztatja a véreloszlást, úgy, hogy vele együtt a keringés élénksége is változik. A vétagok és a hasüreg nyomás alá került ereiből kisorult vér a mellüreg szerveiben keres elhelyezkedést, a vivőeres áramlás a szív felé élénkül, míg a balszív nagyobb nyomással szemben kénytelen dolgozni. A test egyszerű vízbemerülésénél — pl. nyakig merülve mély medencében — változott, de stabil állapot fejlődik ki. Ha a hidrosztatikai nyomás széles határok között változik — pl. tengerifürdőben magas hullámiáraskor, — úgy a nyomás ingadozásával együtt változik a véreloszlás is; ez az egész vérkeringésre hatással van.

Sok tekintetben hasonló hatású a hasüreg nyomásviszonyainak mesterséges megváltoztatása, amilyen pl. *Eisenmenger* készülékével érhető el; szívóhatást gyakorolva az egész hasra, módosítani lehet a splanchnikus érrendszerének vérteltségét és a rekeszizom mozgását.

A szív közvetlen masszázsa — amint az gondolható is — nem képes a keringést fenntartani. Hogy a szívmasszázs mégis befolyással lehet a vérkeringésre, sőt néha életmentő, az a szívizom mechanikai ingerekkel szemben tanúsított érzékenységgel magyarázható. Pitvarlibegés esetén a szív közvetlen mechanikai igaztása rendszeres szívösszehúzódásokat indíthat meg s így a masszázis döntő befolyással van — ha csak közvetve is — az egész vérkeringésre.

A mechanoterápia egyéb ágai, így a gyógytorna, a különböző fektetések, a végtagok vénás vérkeringésének gátlása, vagy a végtagok számottevő kirekesztése a vérkeringésből (ú. n. szűkített vérkeringés) és hasonló beavatkozások is módosíthatják az egész szervezet, valamint egyes testrészek keringését.

A mindennapi gyakorlat gyakran használja a masszázst beteges vérkeringési viszonyok megjavítására. Leginkább azokban az esetekben láthatjuk beavatkozásunk sikerét, ahol a környéki vérkeringés helyi befolyásolásáról van szó.

A masszázis, különösen a dörzsölések, kiválóan alkalmasak arra, hogy a bőr hideghatás alatt szűkülő ereit ismét vértelkekké tegyék. Ezzel a fázásérzést és

vele együtt úgy a helyi (fagyás), mint távoli (meghülés), következményeit elhárítsák, vagy legalább csökkentsek. Innen van, hogy igen sok hidrotériás beavatkozás mechanikai hatásokkal is dolgozik (zuhanyok, ledörzsölések, stb.) és hogy a fagyások kezelésében is, különösen az első segély keretében, a dörzsöléseknek jelentékeny szerepük van. Az érgörccsök, akroparesztéziák kevésbé alkalmasak ilyen kezelésre. A rendszeres kezelésnek azonban sok esetben kedvező hatása van. A hibás beidegzéssel összefüggő betegségek indokoltá teszik a masszázst alkalmazását különösen más fizioterápiás beavatkozásokkal kapcsolatban. Az angiospasztikus hipertóniák az esetek nagy részében kedvezően befolyásolhatók olyan általános masszázskészlettel, mely az erek görcsét befolyásolni tudja. A vérnyomás sokszor kimutathatóan csökken egy kúra alatt, de ha ez nem is következik be, a szubjektív tünetek egyhülnek.

Éppúgy a vérkeringésről, mint a nyirokkeringésről a legrégebb idő óta állították, hogy a masszázs befolyása alatt élénkül. Kísérletekből az derül ki, hogy míg rendes körülmények között az állat valamelyik nagyobb nyirokvezetékebe kötött kanülből a nyirok csak cseppeként ürül, a megfelelő testrész simító masszázsa a kiáramlás élénkül, sőt sugárszerűvé lesz. Nem kétséges, hogy a végtagok megfelelő simító masszázsa éppúgy befolyásolni tudja, biológikusan az áramlást, mint ahogy azt a viszeres vérkeringés vizsgálatánál láttuk. A végtagok billentyűkkel sűrűn ellátott nyirokereiben, már az egyszerű nyomás hatása alatt is a normális irányba tolódik el a nyirok, az azonos irányú simítás kétségtelenül gyorsíthatja az áramlást. De, hogy az elmozdított nyirok pótlása a környék felől élénkül-e, vagy a masszázst hatása alatt lényegében élénkül-e a nyirokkeringés, ami egy bizonyos fokig a nyiroktermelés élénkülését is jelentené, azt még nem tudjuk. Vannak kísérletek, melyek ezt megerősíteni látszanak, de az eredmények nem meggyőzőek.

Hogy a masszázsnak a nyirokkeringésre és különösen a bőr felső rétegeinek nyirokkeringésére kimutatható hatása van, azt Dalmady kísérletei is igazolják. A test megfelelő pontjain, pl. az alkar hajlító oldalán a csukló fölött intrakután adrenalin injekció felszívódásakor a nyirokutakban mozgó adrenalin oldat érzékkítő hatása folytán ugyanolyan rajzolat jelenik meg elefántcsont színben a bőrön, mint nyirokérgyulladás esetén. A nyirokutak rajzolata néha a csuklótól a hónaljig követhető és a rajzolat kifejlődésének gyorsasága, a vonal növekedési sebességével mérhető. A masszázs hatása alatt látjuk, hogy az egyébként jellegzetes rajzolat megszűnik és a rendesnél sokkal nagyobb területen, de rendszertelenül elszórt foltokban mutatkozik a nyirokutakban mozgó érzékkítő anyag hatása. A befecskendezett anyag eloszlása és eljutása proximálisabban fekvő pontokra gyorsulnak látszik, amivel azonban a nyirokkeringés tényleges élénkülése még nincsen bebizonyítva. E kísérleti adatok említésekor már itt kell megjegyezni, hogy a masszázs veszedelmes módon fokozhatja a fertőző anyagok bejutását a nyirokrendszerbe és gyorsult elterjedését a szervezetben. A masszázs mechanikai hatása alatt nemcsak a szervezet természetes védőgátjai törhetnek át, hanem a nyirokutakba jutott fertőző anyagok elterjedése könnyebbé válik. Így mozdíthatja elő valamely genyeredéses hely masszázsa a flegmone és sepszis kifejlődését.

A nyirokrendszer befolyásolása masszázs útján ritkán ad önálló javallatot, de annál több tilalmat. Önálló javallat gyanánt szerepelhet az idült nyirokérgyulladás, amely különösen ismétlődő orbánc után maradhat visz-

sza. Quincke-féle ödémák esetében a masszázs jobb eljárás híján megkísérélhető s valószínű, hogy abban a szakban, mikor a vizenyő már magától is felszívódásnak indul, az eloszlást gyorsíthatja; keletkezőfélben levő ödémákra az enyhe masszázs előnyös az erős azonban ellenkező hatással lehet; kifejlődésüket gyorsíthatja, kiterjedésüket nagyobbíthatja s így ilyenkor nem használható.

Az a körülmény, hogy ahol a hajszáleres vérkeringés tartós élénkülését, látjuk, ott rendszeren a nyirokkeringés élénkülését is feltehetjük (deriváns szerek hatása). Valószínű, hogy azokon a területeken, amelyekben a masszázs hatása alatt a hajszáleres vérkeringés élénkülése következett be, ott a nyirokképződés és a nyirok-áramlás is fokozódott.

Elterjedt az a felfogás, hogy valamely végtag centrális részein a simító masszázst szívóhatással van a disztális részek nyirokereire. (Mosengeil) Dalmady intrakután adrenalin kísérleteiben nem látta, hogy a centrális rész masszázsa a nyirokut rajzolatának kifejlődését gyorsította volna. Fizikai megfontolások szerint is, — mint azt már a viszeres vérkeringésről szólva kifejtettük, — kevésbé valószínű, hogy e szívóhatás érvényesül. Mindenesetre feltehető, hogy a nyirokereik lumene a masszázs közvetlen hatása alatt éppúgy megváltozik, mint a hajszálereké és hogy e változás nem szoríthat szigonúan a közvetlenül érintett részekre, hanem továbbterjed más, nem is masszírozott részekre.

Ezek az elgondolások vezettek az ugynevezett bevezető masszázs alkalmazásához, amelyet a gyakorlat széles körökben alkalmaz. Az a lényege, hogy olyan esetekben, amelyekben a folyamat akut volta, vagy a kezelendő tag érzékenysége tiltja, vagy lehetetlenné teszi a beteg terület közvetlen érintését, a többi proximálisan fekvő tagrészeket masszírozzuk erőteljes simításokkal, például a térd betegségeiben a combot. A centrálisabb rész masszírozásával szokás kezdeni a kezelést akkor is, ha maga a betegség is kezelhető; abból a feltevésből indulva ki, hogy a bevezető masszázs megnyitja és járhatóvá teszi a nyirokutakat.

(Folytatjuk.)

## IRODALMI SZEMLE

### Belorvostan.

**Benzedrin-sulfát tartós csuklás megszüntetésére.** M. S. Chaîne. (Am. J. Med. Sci. 196, 715; 1938.)

Eddig a hosszantartó csuklást, tekintet nélkül annak okára, nyugtatókkal, görcsoldókkal, CO<sub>2</sub> inhalációval, végső esetben műtéttel kezelték. A szerző már napok óta csukló, a fenti gyógyszereket végigpróbált, már teljesen kimerült két betegének benzedrin-sulfátot adott (20 mg.). A csuklás az egyik betegnél mindjárt az első adag után megszűnt, a másiknál csak csillapodott, de további szedésére másnapra szintén teljesen megszűnt. A hatás valószínűleg a benzedrin-sulfát simaizmot elernyesztő tulajdonságán alapul.

Petrányi Gyula dr.

**A typhotuberculosis-ról.** („Typhobacillosis” Landouzy. „sepsis tuberculosa acutissima” Scholz.) C. Hegler. (D. Arch. Klin. Med. 183. k.)

Ez a betegség leggyakrabban typhushoz hasonló, mint a szerző első esete: magas continua-láz, relatív bradycardia, lassú vérejszüllyedés, lymphocytosis, pozitív diazo-reactio, de roseola nincs, agglutinatio, bakteriologiai vérvizsgálat negatív. Máskor a sepsis tünetei dominálnak: remittáló láz, szapora pulsus, máj- és lépnagyobbodás; dyspnoe és cyanosis nincs. Leukopenia ilyen esetben is van; eosinophil-sejtek vannak. Bakteriologiai vérvizsgálat, agglutinatio typhusra, paratyphusra, Bangra negatív.

Az eddigi esetek nagy része 45 éven felül fordult elő. Differentialdiagnostikai szempontból szóba jöhet: miliaris



## Szemészet.

**A hepato és lienotoxinak a szemre gyakorolt ártalmas hatásáról.** Matsuda S. (Graefes Arch. 139.3.)

Állatkísérletei szerint a hepato és lienotoxin megfelelő adagolás esetében a szemre ártalmas. — A koros folyamat a retina festékes rétegében keletkezik, súlyosabb esetben az egész retina megbetegedhetik. A szentükörrel és kórszövet-tanilag megállapítható elváltozások a nephrotoxin által feltételezett elváltozásokkal azonosak. E tényből egyrészt azt a következtetést vonja le, hogy a retina és a vese között feltételezett összefüggés nem áll fenn, másrészt, hogy a nephrotoxicus anyagoknak embernél a retinitis albuminurica létrehozásában nincs jelentős szerepe.

Bendenritter Ferenc dr.

**A cataracta pathológiája.** A. v. Szily (Oxfordi szemész-congressus 1938.)

A cataracta pathológiája mai tudásunk szerint két részre oszlik és pedig szövettani és biochemiai részre. A szövettani, fejlődéstani vizsgálatok kiderítették azokat az embryonalis elváltozásokat, amelyek determinálják a veleszületett, stationær hályogokat. A biochemiai elváltozások összefüggének a lencse fehérjéinek, anorganicus alkotórészeinek megváltozásával. Jelentős szerepe van a belső secretiónak (cat. senilis, cat. tetanica, cat. syndermatotica stb.). A vitaminokról való ismereteink bővülésével a cataracta keletkezésével való összefüggés is mind inkább nyilvánvaló (B,- C-vitamin). A lencsetok permeabilitásának megváltozásával függnek össze az u. n. toxicus hályogok (cat. diabetica, naphtalinica, thallium, lactose, galactose etetés utáni cat.), amelyekre jellemző, hogy subcapsularisok, aminthogy jellemző a veleszületett s részben az endokrin eredetű hályogokra a lencse tömegében szigetekben jelentkező elszürkülés. A sérüléses hályogok létrejötte általában történik, hogy a megsérült lencse tokon át befolyó csarnokvíz részben coagulálja a lencsefehérjéket részben proteolyticus fermentjei bontják el. Befejezésül foglalkozik azon szövettani vizsgálatokkal, melyeket röntgen és radium sugaraknak kitett embryok lencsében észlelt.

Weinstein Pál dr.

**Kóroktani vizsgálatok glaucoma esetén.** H. Schmelzer. (Graefes Arch. 139. 3.)

55 glaucomás és 45 hasonló korú nem glaucomás egyén-nél rendszeresen anyagcsere vizsgálatot végzett az elsődleges glaucoma kórokanak tisztázása céljából. Meghatározta az éhgyomorra vett vér serumának húgysav, vércukor, bilirubin, indican és cholesterin tartalmát és elvégezte a xanthoprotein reactiót. Vizelet fehérje, cukor és urobilinogénre vizsgálta. Eredményei: Indican sohasem szaporodott, vércukor és húgysav csak egyes esetekben. A cholesterin tartalom az összes glaucomásoknál erősen megszaporodott, míg a kontroll esetekben nem. A xanthoprotein reakció glaucomásokon csaknem mindig pozitív, a kontroll-személyeken ritkán. Serumbilirubin a glaucomások 20%-án megszaporodott. A reakciók kiesése tekintetében az elsődleges glaucomák különböző alakjainál nincs különbség. Ezek alapján szerző a glaucomások májműködésének bizonyos zavarára és kismérvű vese elégtelenségére következtet. Az még eldöntetlen, hogy ezen általános anyagcsere zavarok az elsődleges glaucoma kórokanak tekintendők-e, avagy csak mellérendelt szerepük van. Elsődleges glaucománál a szokásos helybeli kezelésen kívül mindenképp az u. n. májkimélő étrendet ajánlja.

Bendenritter Ferenc dr.

## Fülészet.

**A fül- és orreredetű agytályogokról, különös tekintettel a többes tályogokra és a diagnosztikai ventriculographiára.** Y. Meurman. (Acta oto-laryng. XXVI. 5.)

1901—1937-ig 77 agytályog esetük volt, ebből 40 nagyagy-, 32 kisagyatályog, 2 esetben egyidejűleg a nagy és kisagyban tályog. A nagyagyatályogok közül 7 volt többes agytályog (17.5%), A kisagyatályogok közül 6 (17%), előbbieik közül 4, utóbbiak közül 2 gyógyult, tehát tapasztalataik szerint a többes agytályogok kórjósolata nem teljesen reménytelen. Ellenben igen fontosnak tartja éppen a pontos és korai kórisme szempontjából az összes újabb kórismézési eljárások, mint az enkephalo-, ventriculographia, esetleg arteriographia alkalmazását, mely eljárások értékét az ideggyógyászok és sebészek már régen felismerték. Állításának igazolására közül két igen tanulságos esetét, egyiken ventriculographiával idejében felismerték a majdnem tünetmentessé vált füleredetű halántéklebenyi tályogot s műtétkor meg

is találták, a másikkban a homloklebenyi tályogot. Egyidejűleg kiemeli azonban, hogy mennyire fontos ezen kórismézési eljárásokat gyakran igénybevenni, hogy a képeket helyesen értelmezni tudják, ezt egy sajnálatos régebbi esetével igazolja, melyet megmenthettek volna, ha a ventriculographiás képet már akkor helyesen értékelné tudják, s a jobb gyomrocs alsó szarva konturjainak hiányából halántéklebenyi tályogra következtetnek, mely egy fél nem tárt ik-öbli genygyülem szövödményeként keletkezett, amint azt a boncolás kimutatta. Foglalkozik még az agytályog helyes és kielégítő drainage-ával, közli továbbá azt a megfigyelést, hogy az agytályog feltárási műtét közben a betegek légzésének kihagyása nem ok a műtét abbanhagyására, mert a tályog gyors kitérítése után foganatosított mesterséges lélegeztetéssel két betegét is meg tudta még menteni. Gyógyeredményei kisagyatályog esetében 40—45%-osak, súlyosabb utókövetkezmények nélkül. Egy betegén epilepsziás rohamok luminal-kezelésre elmúltak, a másik teljes féloldali bénulása is annyira javult, hogy csak a lábán van nyoma és a hüvelykujj működése hiányos még.

Krepuska István dr.

**A gyermeki halántéksont röntgenvizsgálata középfülgyulladás esetén.** K. Eisinger. (Monatschr. Ohrenheilk. 72. 2.)

A szerzők kedvezőtlen tapasztalata és véleménye ellenére tovább foglalkoztak a gyermeki halántéksont röntgenvizsgálatával, mert egyrészt a gyermekkorban mindennél fontosabb lenne a tünetek tárgyilagos megítélésének lehetősége, másrészt mert a fültükrü vizsgálat sokszor nehézségekbe ütközik (ekzema, otitis externa) és a mirigyduzzanatok, hegtályogok gyakorisága az elkülönítő kórismét is gyakrabban szükségessé tehetik. — A röntgen felvétel a pneumatisatióra a koros folyamatok tovaterjedésére is felvilágosítást adhatnak.

7 év anyagát dolgozta fel s azt tapasztalta, hogy a röntgen által kimutatott korai csontfolyamat a gyermekkorban nem olyan komoly kórjósolatú, mint felnőtteknél; sorozatos felvételeket kell csinálni mindig, a klinikai tüneteket is figyelembe véve kell a röntgen felvételeket értékelni, bár érdekes időbeli eltolódást is észlelt egy esetben, mikor a klinikai gyógyulás után még a röntgen felvételen a folyamat előrehaladása volt megfigyelhető s később a gyógyulási folyamata igen fontosnak tartaná, sorozatos röntgen felvételeken tanulmányozni ép halántéksontokon a pneumatisatio folyamatát és azt szövettanilag is ellenőrizni, hogy kóros esetekben jobban értékelhessék aztán a felvételeken észlelt elváltozásokat.

Krepuska István dr.

## Gyermekgyógyászat.

**Still-féle betegség agranulocytosisos kimenetellel.** Türk. (Arch. f. Khk. 114, 2.)

A bécsi gyermekklinika öt éven keresztül észlelt Still-féle betegségben szenvedő 8½ éves fiúbeteg részletes kórlefolysását ismerteti, mely esetet haematologiaiailag is végigkísérték. Sorozatos vizsgálataik az általában jellemzőnek mondott lymphocytosis megcáfolták. A leukocytaszámtól független mindenkor granulocytosisra a nagyfokú balratolódás és toxikus granulatio volt jellemző. Leukopeniás phasist a betegség elején s végén észleltek a granulocyták rovására relativ lymphocytosisal. Előbbi nem tartozik a betegséghez, hanem arsenintoxicatio következmény volt, míg az utóbbi az irodalomban eddig még egyedülálló, csontvelőpunctió vizsgálatával is alátámasztott agranulocytosis képét mutatta s így szokatlansága az esetnek haematologiai érdekességet kölcsönöz. Az általában septikus eredetűnek elfogadott megbetegedés kórokozóját jelen esetben élőben nem sikerült kimutatni. A postmortalis streptococcus haemolyticus tenyészet azonban nem sorolható a streptococcus viridans csoportba. A therapiában a polyvalens streptococcus vaccinakezelés, prontosil, transfusiók s roborantiák átmeneti javulást okoztak.

Flesch István dr.

**A testnövekedés s egyes belső szervi megbetegedések közti összefüggések.** A renalis és cardialis növekedési zavarok. Loeschke. (Arch. f. Khk. 114. 1.)

A vese-eredetű növekedési zavarok között négy csoportot különítenek el. Ezek közül a zsugorvesés és a fejlődési rendellenességen alapuló ú. n. pyuria típusú infantilismus a leggyakoribb, míg a külön csoportot képező cystinbetegség s a glykosuriához vezető nephrososis esetek ritkábbak. Az oki összefüggés kimutatása nagyon nehéz s mindenkor megtalálható az általános alkati anomália, amely

élsősorban felelős a növekedési zavarokért. Hasonlóképpen áll a kérdés a cardialis hypoplasiánál is. A veleszületett fejlődési rendellenességek kapcsán gyakoribbak ugyan a növekedés zavarai, azonban parallelismus nem állítható fel s így az oki magyarázatot másutt kell keresni. A növekedési hajlam csökkent volta általános szervezeti adottságon alapul, a különböző típus megjelölések jogosultsága kérdéses.

Flesch István dr.

### Bőrgyógyászat.

**Acne ellen folliculus-hormon.** H. Albrecht. (M. m. W. 1938. 40. sz.)

Általános felfogás szerint az acne a csíramirigyek működési zavara, s ezen alapszik a folliculushormon-kezelés. Az ivarmirigy-működés összefügg a fokozott faggyúmirigy-funkcióval s az emelkedett seborrhoeás reactio a faggyúmirigyek készségével disponál a fertőzésre. A folliculus-hormonnal a következőképpen kezelünk: A menstruatio után 3-4 napos időközökben 20.000 egységet adunk összesen 5 alkalommal. A kezelést három hónapon át kell folytatnunk; egyidejűleg zsírszegény, vegetabilis, vagy nyers kosztot, calciumot, valamint nagyobb mennyiségben élesztőt, vagy H-vitamint nyújtunk.

Pádár Ilona dr.

**A bőr gyulladási folyamatainak megváltoztatására irányuló kísérletek.** Carrié. (Arch. f. Dermat. 1938. 178. k. 1. füzet.)

A késői exsudatív ekzematoid megbetegedésben (Rost) feltűnő a sajátságos bőrszín, pigmentálódási készség hiánya, alacsony vércukor-tűkór és olykor a vérnyomás leszállása. A pigmentatio számára a melanin, a vércukor és vérnyomás szempontjából főleg az adrenalin nagy jelentőségű. Ezek az anyagok Tannhauser szerint tyrosinra vezethetők vissza. Késői exsudatív ekzematoidban szenvedő beteg bőrijelenségei tyrosin adagolásra erythodermához hasonlítottak és az általános közérzet is olyan súlyossá vált, hogy e gyógyszert ki kellett hagyni. Järnicke localisan aminosavakat adott állatok bőrébe és e bőrrészleteket quarzfényenel sugározta be. Ő tyrosinnal kapcsolatban gyulladásfokozódást nem figyelt meg. Szerző szerint ennek valószínű oka a kísérleti módszer. Ismerteti eljárását: nyúl fülnél quarczlámpával enyhe erythemát idézett elő, a besugárzás ideje 30 másodperctől 2 percig tartott. A nyúl másik fülnél negyed-, fél %-os cignolin-kenőccsel okozott erythemát. A tyrosint forró vízben oldotta és gyomorszondával naponta 0.15-0.3-et adott. — A kísérleti táblázatból látható, hogy a tyrosinnal etetett állatokon az erythema erőssége jóval nagyobb és tartalma csaknem kétszer olyan hosszú volt. További kísérleteiben másodnaponként mellékvesekéreg injectiókat adagolt állatoknak. A gyulladási tünetek ennek következtében jelentékenyen csökkentek, sőt még a rendez erythema-készég is alászállt. Dinitrochlorbenzollal túlérzékeny tengerimalacokon is elvégezte előbbi kísérleteit, melyek szerint a mellékvesekéreg-adagok az allergiás reactióval kapcsolatos gyulladási jelenségekre hatással voltak ugyan, de az allergizálás, mint olyan, nem maradt el.

Dóczy Gedeon dr.

### Urologia.

**A primaer ureterrák kórisméje.** H. Eggert prof. (Ztschr. f. Urol. 1938. VIII.)

Egy esetével kapcsolatban rámutat arra, hogy a mai vizsgálati eljárásokkal, ha azokhoz egy kis szerencse is társul, sikerül az olyan ritka primaer ureterrák felismerése. A régebbi statistikák mintegy 50-60 esetről számolnak be. Ezek is jórészt műtétkor kiderült esetek. Az utóbbi két-három évben több közlemény jelent meg. A szerző ezt a kifinomult diagnosztikának tulajdonítja. Ismerteti saját esetét. 50 éves férfi, akin i. v. pyelographia kiválasztást nem mutat, az ureterkatheter jobb oldalt 8 cm-re akadt, a töltéses pyelographiában jól látszik a kiesés. Műtét. Az ureter felmetszésekor megymagnyi, részben kifeléyesedett tumor.

Illyés Endre dr.

**Megoldódott-e az emberi húgyutakban lévő foszphatkövek gyógyszeres feloldásának kérdése.** K. Tzschirtsch. Iserlohn. (Ztschr. f. Urol. 1938. VIII.)

Eddig még nincs olyan szer, amellyel a foszphatköveket a szervezetben feloldhatnánk. Hermann szerint a „Kom-

buchal” bevezetése óta calciumphosphat és carbonat köveket sikerült feloldani. Utal állatkísérleteire. Ezek sikeres kivitele után emberen is eredménnyel alkalmazta. Nem minden foszphatkő reagál egyformán, szerepet játszik a köve fennállásának ideje, szerkezete, nagysága és a foszphatmag váltakozó szerve és szervetlen rétegződése. A nagy kövek különösen ellenállóak. Foszphatköveket in vitro gluconsavval fel lehet oldani. Hermann állatkísérletekkel bizonyította, hogy a hólyagba helyezett foszphatkövek savanyító kezelésre megkisebbednek.

Illyés Endre dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Die Konstitution in der Geburtshilfe und Gynäkologie in Ausschnitten.** Prof. dr. August Mayer. (Ferdinand Enke Verlagbuchhandlung, Stuttgart. 56 oldal. Ára: 5 M.)

Szerző egy továbbképző előadásának bővített és kikerekített kiadását adja könyvecskéjében, mert úgy látja, hogy a constitutiótan lényege és mibenléte még mindig nem lett a nőorvosok közkinccse. A mű 3 részre oszlik:

Az elsőben az ép nő sajátosan női, a férfitől megkülönböztető megnyilvánulásait tárgyalja, melyek a női alkat leglényesebb, legszembevetőbb összetevői. Sorra veszi azokat a tüneteket, jelenségeket, melyek „a nő” éppen nővé, a férfitől és a gyermektől élesen elkülönülővé teszik.

A másodikban azt vizsgálja, hogy a női nem köros egyedeinek életében, betegségében milyen irányú és mértékű szerep jut az alkatnak; és mi a különbség a női nem ép és köros egyedei között.

A harmadikban az idegrendszernek lényeges és el nem hanyagolható szerepét emeli ki a testi tünetek, sőt bonctani elváltozások létrehozásában.

Manapság, amikor a „nőorvosi tudomány”-ból „nő-tudomány” van kialakulóban, mikor csak az egyes szervek betegségeit gyógyító szerv-szakorvosokat az egész embert kezelő, átfogóbb képzettségű orvosok váltják fel: a szerző könyvéhez hasonló művek szívesen látott fáradozások.

A mű terjedelménél fogva nem lehet, de nem is akar kimerítő lenni. Az alkattan, az örökléstan, a fajkutatás eredményeiből csak a fontosabbakat, az elfogadottabbakat tárgyalja s hozza kapcsolatba a „nő-tudománnyal”. Az ismert jelenségeket a nagy tapasztalatú, széles látókörű nőorvos alapos ismeretei alapján élvezetesen és szellemesen csoportosítja. Meglátszik rajta, hogy a kérdést alaposan ismeri, vele tudományosan hosszú idő óta és sokat foglalkozott.

Élvezetesen megírt, ügyes továbbképző előadás követendő mintája. Aki e kérdés mai állását rövid és kellemes olvasmány alapján akarja megismerni: kis fáradság árán nagy haszonnal fogja e művet olvasni.

Frigyési prof.

**Therapie der Tuberculose.** Berberich és Spiro (2 kötet. 346 oldal. A. W. Sytjoff, Leiden. 1937.)

Bandelier és Röpke terápiás gyűjtőmunkája óta rendszeres, a gümőkór gyógyításának egész területével foglalkozó munka hiányzott a könyvpiacról. Azon idő óta lényegesen szélesbedett és talán mélyült is a tuberculosis terápiás fegyvertára, következőleg az ismertető mű kiadónak hatalmasabb akadályokkal kellett megküdenie. Így e két kötetes mű 21 munkatársára is nagy felelősség, a hatalmas anyag comprimálásának szükségessége hárult, amivel viszont a nehezen elkerülhető hézagok, ismétlések, de a tagadhatatlan előnyök is együttjártak. Kiemeljük, a két magyar munkatársat, Holló és Rothmann kitűnő közleményeit; az első a fertőzött néptömegek társadalomegészségügyi kezeléséről és a tüdőgümőkór sebészetről, a második a börtuberculosis gyógykezeléséről számol be. Értékesek Walter Pagel beható tanulmányai az immunitásról, a tuberculosis gyógyulási folyamatának kóréretetét, morfológiáját és allergiáját illető vonatkozásokról, valamint a terápiás beavatkozásokban található bonctani és experimentális leletekről. A tuberculint, amit a tüdőszakorvosok az utóbbi évtizedekben hajlandók elhanyagolni, Behrendt és Vos méltatják megfelelő módon. Ugyancsak fontos adalékokat nyújt Brieger a gümőkór chemo- és munkatherapiájáról. De a többi közlemény is, jelesen a gümőkór sebészi megoldásával foglalkozók beható figyelmet érdemelnek. Annyi bizonyos, hogy a tuberculosis valódi gyógykezelésétől még igen távol vagyunk és hogy az itt ismertetett terápiás művet nemcsak a tüdőszakorvos, a belorvos, de a sebész sem nélkülözheti.

Puder Sándor dr.

## A Közkórházi Orvostársulat november 30-i ülése

### Bemutatás:

**Onodi J.:** *Vulva carcinoma érdekes esete.* 63 éves — lueses fertőzés miatt éveikig kezelt — betegen vulva carcinoma miatt teljes vulvakiirtást végeztek. Kiirtották mindkét oldalt az inguinalis-tájék megnagyobbodott, kemény nyirokcsomóit is. A nagyajakban üdő tumor szövettanilag elszarusodó carcinoma planocellularenak bizonyult, ezzel szemben a regionalis nyirokcsomók metszeteiben epitheloid és óriássejtekből álló típusos gümők voltak láthatók. A nyirokcsomókban sem carcinomás, sem lueses elváltozást nem lehetett kimutatni.

**Zágon A.:** *Öt év előtt operált vulvarákos betegéről referál.* Szövettanilag cc. planocellulare volt (Zalka prof.) A vulva alsó harmadát kiirtotta, a megmaradt hüvely, kis ujjat fogadott be. A műtét után öt turnusban kapott a beteg Contard-szerint röntgenbesugárzást a vulva és regionalis nyirokmirigyek tájékára. A beteg ma is jól van és panaszmentes.

**Zsirkó L.:** *Fettűnően kiterjedt elmeszesedés placéntában.* 31 éves, először szülő nőnél a kiszámított időre történt szülés közben 2 ujjnyi méhészaj mellett a magzat elhalt. Az elhalást a placenta szokatlanul kiterjedt elmeszesedésével magyarázzák. Az egészen homok-tapintatú placéntában a burkok alatt az erek mentén részben az erektil függetlenül, de különösen az anyai felszínen találtak meszes szemcséket. Szövettani vizsgálatnál a placenta állományában főleg a kötőszövetben, de az egyébként jól festődő magzatabolyhok hámrétegeiben is találtak igen kiterjedt finomabb-durvább mészlakodást.

**Eszter E.:** *Dystrophia musculorum progressiva esete.* Hatéves leánygyermeket mutat be, kinél a betegség korai kezdete a hereditær fellépés, a medence és a vállöv izomzatának nagyfokú lesoványodása, a teljesen ép idegrendszer, a fibrillaris rángás és elfajulási reactio hiánya mellett a dystrophia musculorum progressiva classicus klinikai tünetei — a sajátságos járás, a jellegzetes testtartás és földről való felkelés — nyilvánulnak meg.

### Előadás:

**Telegdi I.:** *Az epekóros nők alkata.* Vizsgálta az epekóros nők alkatát a mérő és variációs sorokba rendező módszerrel. Evvel az eljárással sikerült a típusokba történő osztályozás subjectivitását elkerülni. A testsúlyt és magasságot 301 epekóves és 2561 összehasonlításra „normális”-nak vett esetben vizsgálta. Részletekre kiterjedő méreteket 95 epekóves és 340 „átlagos” esetben vett fel. A fiatal (40 év alatti) epekóvesek 1.3 cm-el alacsonyabbnak bizonyultak, testsúlyuk 5.4 kg.-al több, mint a kontroll eseteké. Az idősebb (40 év feletti) epekóves nők súlya 3.4 kg.-al több, mint az átlag. Egyéb részletbeli eltérést nem talált.

Nincs tehát oly jellemző méretbeli eltérés, mely a hatalmas súlygyarapodássalne lenne magyarázható, kivéve a fiatalok magasságban való elmaradottságát. Ezek szerint nem tudott bizonyítékot szereznni arra, hogy az epekóros hajlamosító tényezők lényeges összefüggésben lennének a constitutiót alakító tényezőkkel, kivéve az elhízást. Annál érdekesebb, hogy Basedow-, cukorbetegség, gümőkór, gyomorfekély, polyarthrit, emphysema és egyéb betegségekben lényeges, a csontrendszeret is érintő eltéréseket mutatnak ki.

December 7-i ülés.

### Bemutatás:

**Botár G.:** *Hasi aorta aneurysma rupturájához csatlakozó perirenalis apoplexia.* 62 éves férfibetegben hirtelen baloldalon vesetáji fájdalomak keletkeztek s külső elvérzés tünetei mellett collabált. Vizsgálatkor a has baloldalán a vesetájékon emberfejnyi daganat volt tapintható; a vérképben anaemia volt kimutatható. A beteg öt nap múlva meghalt. A boncolás (Zalka prof.) a hasi aortán lévő aneurysma rupturáját állapította meg, amelyből a bal vese körüli nagy retroperitonealis vérömleny származott.

**Torday Á.:** *Cukorbetegség kapcsán jelentkező epekóbántalom és sárgaság.* Három epekóbántalom, ill. epehólyaggyulladásban szenvedő nőbetegről számol be, akik közül kettő kórelőzményi adataiból megállapítható, hogy a sárgaság diabetesüket számos évvel megelőzte. A gyulladásos folyamat ezen esetekben valószínűleg a hasnyálmirigyre terjedt át és így másodlagos cukorbetegségről lehet szó. A sárgasággal járó cukorbetegség száma az utóbbi években

emelkedett. Vajjon fertőzés, étrendi hiba, vagy titkos szerrel áll-e az kapcsolatban, az nehezen állapítható meg. A sárgaság rendszeren enyhébb fokú s ha a szigorú étrend miatt a betegek leromlanak s tolerantiájuk romlik, az nincs utóhatással, sőt néha a tolerancia meg is javul.

### Előadások:

**Piry L.:** *Sárgaság, mint sebészi megbetegedés.* A sárgaság különböző fajait tárgyalja, majd a sebészileg egyedül hozzáférhető mechanikus icterus különböző fajairól beszél. Fontosnak tartja a minél előbb felállított elkülönítő kórismét, ami egyúttal műtéli javallat is. A kórisme felállításában nagyon fontosnak tartja a kórelőzményt, a beteg színét, a székletnek és vizeletnek bilirubin, illetőleg urobilinogen tartalmát. Műtéli megoldásul lehetőleg a radicalitásra való törekvést ajánlja, de a beteg rossz erőbeli állapota esetén jobbnak tartja a két szakaszban történő operálását. Az epeutaknak a tápcsatornába való beszájzatásánál, ha a patkóbéllel való anastomosis kivihetetlen, jobbnak tartja az ileum legfelső szakaszába való beszájzatást, mint a cholecysto-gastroanastomosist.

**Paty I.:** *A Forlanini intézet therapiás irányelvei.* Tanulmányi beszámoló. — Az olasz tuberculosis elleni küzdelem központjában a római Forlanini intézet áll, ahol a gyógyítás mellett a szakorvos-képzés és kutató munka is folyik. A gyógyító munkában a hangszű collapsus therapián van. Morelli szerint specifikus tüdőfolyamatok legeredményesebb gyógymódja ma is az ideális légmell, s amennyiben ez nem vezetne eredményre, akkor fordulnak collapsus-therapia egyéb módozatai felé. Gyógyeljárásai közül következőket emelném ki: A túlnyomásos légmellkezelés, amit minden olyan esetben alkalmaznak, ha a légmell nem vezetne megfelelő collapsusozhoz, főként pedig szálagos lenövések esetén, ha ezek akadályozták a tüdő collapsusát. Gyakran, sőt naponta végzett, egyszerre csak kismennyiségű levegő befúvásával plus 30 vízmilliméter nyomásig is elmennek. Tapasztalatunk szerint a megejtendő Jacobeus-műtét előtt is jó hatással van a túlnyomásos légmell, mely megkönnyíti a műtét kivitelét. A Monaldi által elméletileg, Ascoldi által pedig sebészileg kidolgozott anterolateralis elastikus torakoplastika, ellentétben a régebbi nagyobb beavatkozást és deformitást okozó műtétekkel, friss üregképződéssel járó folyamatoknál teljes megoldást tud elérni. A légmell kezelés kapcsán jelentkező empiema kezelésében a Morelli által szerkesztett apparátus segítségével mellkascsapolást és mosást végeznek, amit úgynevezett detencione progressiva követ. Ugyanis fokozott negatív nyomás létrehozatala, aminek következtében a pleura parietalis és pleura visceralis közötti tér szűkül. — Az empiema eltávolítása, a pleuralis ürnék desinficiáló folyadékkal való gyakori átöblítése és az ezt követő detencione progressiva az esetek többségében jó eredménnyel alkalmazható.

**Okolicsányi Kuthy D.:** *Elismeréssel adózik az előadónak olaszországi tanulmányútja tapasztalatainak közléséért.* Odament ismereteit a collapsus-therapiáról tökéletesíteni, ahol e gyógymód legkímélőbb módja: a művi légmell megszületett. A túlnyomásos pneumothorax csak úgy létesíthető, ha gyakori kis adagokban dosirozva jut a levegő a pleura-üregbe. Mikor 1912-ben a hozzászóló a művi légmellkezelést hazánkban művelni kezdte, mindjárt tartózkodott a nagy nitrogénmennyiségek alkalmazásától.

December 21-i ülés.

### Előadás:

**Szöllősy L.:** *A bél zsírdaganatai.* Az utolsó évtizedekben ismertették lipoma esetek jelentékenyen emelkedtek. Hiller 1899-ben 21, Erlich 1911-ben 52, Desogne 1924-ben 105 bélzsír-daganat esetet tudott az irodalomból felmutatni. A bél-lipómák különböző nagyságúak — Férfiökönél nagyobbak, borsónyinál kisebbek ritkán találtak. A bélcsatorna minden részében előfordulnak, ritkán többszörösek, savóhártya alatt vagy nyálkahártya alatt növekednek. A savóhártya alattiak ritkán járnak súlyosabb következményekkel, többnyire csak tompa fájdalmakat okoznak, lefűződhetnek, elmeszesedhetnek, szabad hasúri testekké válhatnak. A sub mucosusok bedomborodhatnak a bél lumenébe, vagy széles alapon ülnek, vagy kocsányosakká válnak. Kifejelyesedhetnek, bélvérzések keletkezhetnek, a nyeles daganatok leszakadhatnak, ileust okozhatnak. Ismerteti utolsó, ileum-kasban üdő, a colon ascendensbe invaginációt okozó, többszörös kocsányos lipoma esetét, melyet a tumorok kifejtésével gyógyított, valamint Pólya prof.-nak a vakbél hátsó falán, széles alapon üdő, tyúktójásnyi lipoma-

esetét. A daganatot *Pólya prof.* a féregnyúlvány lemettszépe által a vakbélben készített nyíláson át távolította el. Makacs székrekedés, bizonytalan hasi fájdalmak esetén gondolkunk kell arra is, hogy a bél átjárhatóságának erőművi akadályai van és ez ritka esetekben jóindulatú béldaganat is lehet. A röntgenvizsgálat értékes adatokat szolgáltat. Fontos a korai műtét; sok fájdalomtól szabadíthatjuk meg a beteget és főképpen attól, hogy lényegesen rosszabb viszonyok között lényegesen nagyobb műtétet kellejen kiállania. Ha nem következett be a bélfal elhalása, úgy a daganatot bélmegnyitás segítségével kihámozzuk.

**Kulcsár I.:** *Elmebeteggek meteoropathiája.* *Lajtavárvival* 8 schizopreniás és 12 palaytikus beteg vérnyomás ingadozását és pszichés viseikédését figyelte meg frontátvonulásokkal kapcsolatban. Azt találták, hogy a betegek egy része nemcsak hogy nem reagál pszichésen a felsiklási frontokra, hanem a vérnyomásuk esett, míg a betörési frontokra ugyanezek vérnyomásemelkedéssel és pszichés nyugtalansággal reagáltak. A legtöbb esetben több egymást követő kisebb front erősebb hatást vált ki, mint egy erős; hatásuk tehát összegeződik. A frontreactio néhány napig fennáll a front átvonulás után is. Ezt a jelenséget utánlengésnek nevezik és megkülönböztetnek vegetatív és pszichés utánlengést. Azok a betegek tanúsítanak frontérzékenységet, akiknek körképe színes, változatos, lökésekkel lefolyó volt, míg az egyenletesen progrediáló, sivár és elbutult egyének nem reagáltak a frontátvonulásokra. A meteoropathiáknál fokozott adrenalin érzékenységet találtak.

**Keller K.:** Kiemeli az előadott gondos észlelések fontosságát. A meteoropathiás jelenségek háttérben vitathatatlanul a *Kluge* által felsorolt határfelületek változásai által. A vérnyomásváltozások jelentőségét még jobban megerősítené a testfolyadékok fizikai és kémiai alkotásában támadó párhuzamos változások ismerete, amennyiben ez utóbbiak mérhetőek volnának.

**Csiki Strauss:** *Berlini sebészeti tanulmányút beszámolója.* (Kézirat nem érkezett.)

## Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának november 24-i ülése.

### Bemutatók:

**Puky P.:** *Ujrendszerű lúdtalpbetét.* Bemutatja az „Imperator” lúdtalpbetétet, melynek széle csipkézett, hogy anyaga rugalmas legyen s a gittbe-lépéssel történő mintázás után a műszerész a feszítőpántra alkalmazott excentrikus kerék segítségével állítja be a cipőbetét hosszanti boltozatának magasságát. A hosszanti boltozat ilyen módon mindig körszelet, amelynek íve a boltozat és húrja a feszítőpánt. A harántboltozat, ha ilyen a betéten alkalmazást nyer. akkor a hosszanti boltozat magasságának beállításával egyidőben magasságát, amelyre szükség volna, nem, de helyét, amelyre nincsen szükség, változtatja. Ezzel a lúdtalpbetéttel látott el a Máv. kórház 1937-ben 500 beteget.

**Kopits I.:** A bemutatott betét nem felel meg orthopaed követelményeknek. A betegpénztárak és szegényalapok terhére rendelt betétek legtöbbször nem felelnek meg céljuknak. A mai socialis elveknek megfelelően a pénztári tagok és szegénybetegek ellátása nem merülhet ki „látszat”-kezelésben, mert ők éppen úgy tökéletes gyógykezelésre tarthatnak igényt, mint a jómódúak.

**Dollinger B.:** A lúdtalpbetét kezelésében ne elégedjünk meg egyedül a betét rendelkezésével, hanem ellenőrizzük azt is, hogy a beteg azt arra megfelelő magas cipőben viselje. A második fontos gyógytényező a physiotherapiás kezelés. E nélkül a legjobb betét mellett sem fogunk eredményt elérni.

**Fischer E.:** A bemutatott betét azon téves nézeten alapul, hogy a lúdtalpbetét csak a lábholtozat egyszerű lesüllyedése, holott a sarok pronatiója, a lábtő meglazulása, a lábtörés relatív supinációja és detorsiója a lényeges. Ezek közül a bemutatott betét egyet sem korrigál. Rossz szolgáltatást tesznek a betegbiztosító intézmények azzal, hogy ha lábferdüléses betegeinek betétellátását sablonosan intézik el. A betegbiztosító intézmények tagjainak betétellátása és kezelése a szakorvosok kezébe adandó.

**Horváth B.:** Individualisan készített betétnek volt híve akkor is, amikor az Államvasutak Biztosító Intézetének

orthopaed rendelését vezette. Az intézetnek saját műhelye ennek a követelménynek teljesen eleget tudott tenni. Sajnálatos állapítja meg, hogy a mai viszonyok között nem tudják azt nyújtani, amit a vasutaság igen erős lábmunkája mellett megkívánna. Azt javasolja, hogy ebben az ügyben átirattal forduljunk a biztosító intézet vezetőségéhez, leszögezve a Szakosztály véleményét.

**Zinner N.:** Csakis az individualisan készített betétet tartja jónak. Nem helyesli, hogy a biztosítottak csekélyebb értékű gyógyeszközt kapjanak, mint a magánbetegek.

**Kopits J.:** *Ritkán előforduló alkardeformitás* (radius curvus) esetét mutatja be, mely a Madelung-deformitás fordított képét mutatja. Mindkét kéz singcsonti abductióban, kézháti extenzióban áll, a singcsonti a kéztől tenyéri oldalán kinyomul. A kéz mozgása, tenyéri hajlítás és orsócsonti abductio irányában erősen akadályozott. Az előrehaladottabb deformitású jobb kéz 4.- 5.- ujján részleges singidegbénulás tünetei láthatók. Röntgenfelvétel az orsócsont elgömbülését domborulatával a tenyéri oldal s epiphysis végével a singcsont és a kézhát felé mutatja, aminek következtében kéztőizületi felszine felfelé és oldalt néz. A helyzetváltoztatást szenvedett izületi felszín adja meg a kéz deformált állását s mozgásának a korlátozottságát bizonyos irányban. Bemutatott esetben az orsócsont hajlasi iránya ellentétes a tipikus Madelung-deformitáshoz és szellett görbülettel. Tekintve, hogy a gyermek angolkóros volt s testalkatán lefolyt angolkór nyomai most is láthatók, az orsócsont elgömbülését angolkóros eredetűnek kell tartanunk. A deformitás corrigálása nemcsak kozmetikus okokból, hanem a functio javítása végett is szükséges. A kevésbé deformált bal kezét sinredressáló kezeléssel egyenesítjük, melynek befejezése után a jobb kéz műtéti corrigálására kerül a sor.

### Előadás:

**Bakay J.:** *Iskolai testgyakorlás alóli felmentések orthopaediai szempontból.* Végig haladva az összes orthopaed megbetegedéseken, két nagy csoportba foglalja össze őket. Az első csoportban a teljes felmentést igénylő megbetegedéseket összegezi. Részleges megbetegedések képezik a második csoportot. Minden betegségnél kiadóan ismerteti a felmentés mértékét és idejét. A részleges felmentésnél az időtartam letelte után ellenőrző vizsgálat szükséges.

**Plenczer S.:** Azt az elvet hangsúlyozza, hogy a nem teljesen egészségesek is résztvehetnek az iskolai tornaórákon, de csak azokat a gyakorlatokat végezzék, amelyeket egészségi állapotuk megenged.

**Sukoványi I.:** Ismerteti a magyar testnevelési rendszer történeti fejlődését és jelenlegi helyzetét. Válaszolja azokat az elgondolásokat, amelyek szerint a magyar iskolai testnevelés gyakorlat-anyagát összeállították és azokat az elveket, amelyek szerint az iskolák testnevelési órát a hivatalos rendeletek alapján a testnevelési tanárok felépítik. Az új középiskolai rendtartásnak a testnevelési óra alól való felmentésre vonatkozó intézkedéseit felsorolva, meghatározza azokat a kérdéseket, amelyek tisztázását a sportorvosok a felmentésekkel kapcsolatosan az orthopaed szakorvosoktól várnak.

**Fischer E.:** Éppen a gyenge testalkatú gyermekeknek van leginkább szükségük arra, hogy testük erősíttessék. Az iskolai torna a mostani rendszer mellett nem felelhet meg feladatának, mert a tanulók osztályok szerint csoportosítva tornáznak. Csakis úgy lesz az iskolai torna eredményes, ha a tanulók három csoportra osztva töltönek el a tornaórát: az első csoport az erős gyermekek csoportja, ezek szertornát és atletikai gyakorlatokat végeznek. A második csoport a tornajátékokra alkalmasaké. A harmadik csoportba azok tartoznak, akik a tornaórák ideje alatt tetőterraszon fekvőkúrára, zuhanyozást, napozást végeznek. Így minden gyermek a testi erejének megfelelő tornában és üdülésben részesülne. A tornatanárok több eredményt érnének el és a gyenge testalkatúak nem erősítik túl magukat.

**Dollinger B.:** A tornafelmentések nagy része felesleges és pedagógiai szempontból is ártalmas. A felmentett gyermek felszeg típusát mindnyájan ismerjük. Legyünk szigorúak a felmentések tekintetében. De ebből a szempontból tegyünk meg mindent az iskolai tornaórák lendületesebbé és a gyermekkedélyre vonzóbbá tétele érdekében. Ezenkívül iuttassunk szerepet a felvilágosításnak is. A szülői értekezlet erre igen alkalmas.

**Kopits I.:** Mindeddig csak egész évre és teljesen lehetett valakit az iskolai torna alól felmenteni. Örömmel üdvözli az időleges és a részleges felmentés új lehetőségeit.



Akik az iskolai rendes tornaóra keretein belül semmiképpen sem tornázhatnak, iskolai különtornára járjanak. Ez van hivatva számukra a tornaórát pótolni. Épp ezért helyteleníti az iskolai „gyógytorna” elnevezést, mert az iskola nem foglalkozhatik gyógyítással.

**Horváth B.:** Elfogadhatónak tartja a felállított keretet, de nyitva hagy bizonyos eseteket, amelyeket a szakorvosoknak külön kell megítélni. Örömmel üdvözlő Szukováthy felelősségében azt a tényt, hogy a mai testnevelő tanároknak képzettsége olyan, hogy a szakorvos meg is magyarázhatja miért kell bizonyos tornagyakorlatok alól való felmentés. Kéri az előadókat, hogy a keretszabályok felállítása után a kikristályosodott véleményt közöljék az orthopaed szakorvosokkal és reméli, hogy ezáltal a testgyakorlás alól való felmentések egyre ritkábban jönnek szóba.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának november 28-i ülése.

**Benedek L.** elnöki megnyitójában a szakosztály célkitűzéseit vázolta. *Horányi B.* betérjeszti a titkári és pénztári jelentést. A szakosztály a következő tisztikart választotta meg: elnök *Benedek László*, elnökök *Lehoczky Tibor*, titkár *Horányi Béla*, jegyző *Ráth A. Zoltán*. *Goldberger M.* főorvos javaslatára a szakosztály egyhangúan kimondja, hogy 200 pengős jutalomdíjat tűz ki egy, az ideg- és elme-kórtan területéből való és a szakosztály tisztikara által meghatározandó tétel kidolgozására.

### Bemutató:

**Szatmári-Lóránd:** *Anosognosia egy esete.* 60 éves nőbeteg mutatnak be, kinél b. o. hemiplegia, hemihypaesthesia és hemianopsiához társuló anosognosia volt jelen, mely csak a bal felső végtag bénulására vonatkozott. Az eset bemutatása után ismertették az idevágó irodalmi adatokat, valamint a localisatiós lehetőségeket.

### Előadások:

**Juba A.:** *Adatok a sklerosis multiplex heveny fellobbanásához.* A sklerosis multiplex acuta és az enkephalomyelitis disseminata közti viszony elemzésére az ú. n. átmeneti formáknál jóval alkalmasabbak azok az esetek, melyeknél heveny fellobbanás vezet rövid időn belül a végzetes kimenetelhez. A heveny szak szövettani substratumát felkutatva lehetséges lesz az igen rövid idő óta fennálló, de régi góccok által igazolt sklerosis multiplexes folyamatnak az enkephalomyelitis disseminatával való közvetlen egybevetése. — Az első esetben előzetes és gyógyult járászavar után 12 napig hemiplegia állt fenn; szövettanilag a régi velőtlenedéseken kívül a féltekei fehérállományban elég kiterjedt enkephalomyelitises gócot látunk. A második esetben a heveny fellángolás egy nyúltagyi kiterjedt heveny gyulladási-degeneratív gócos folyamatra visszavezethetőleg 17 napig tartott, míg a harmadik esetben a régen fennálló spastikus paraplegiát 5 napig tartó poliomyelitis-szerű állapot váltotta fel, melyet a két lumbalis mellső szarvban ülő, élesen, sáncszerűen elhatárolt, belsejében beolvadó heveny sklerosis multiplexes góc magyarázott. — Mindhárom esetben feltűnt, hogy a rövid betegség tartam ellenére is a góccok aránylag nagy területet foglalnak el és élesen elhatárolódásra hajlamosak. Az irodalomban számos ilyen, de enkephalomyelitis disseminata néven leírt igen heveny, pár napos vagy hetes lefolyású eset szerepel. — A heveny subok szövettani elemzése egyébként megerősíti azt a feltevést, hogy a sklerosis multiplex gyulladási megbetegedés, melynél az újabb amerikai szerzők által felvett keringési zavarnak szerepe nincs.

**Orbán S.:** Annak bizonyítására, hogy a sklerosis multiplex éveken át tartó chronikus lefolyás után minden átmenet nélkül heveny, sőt végzetessé válhat, egy általa elejtől végig észlelt igen tanulságos esetet ismertet. Egy kb. 30 éves nőbetegről van szó, akinél 3 év előtt bontakozott ki a sklerosis multiplexnek változó tünetekkel járó klasszikus klinikai kórképe. Ez az állapot az elmúlt 3 év alatt lényegesebb változást nem mutatott, ellenben 3 hét előtt egyszerre minden kimutatható ok, lázas állapot, vagy intercurrentis bántalom nélkül a folyamat hirtelen heveny vált és a beszédnek, sensoriumnak nagyfokú zavara, valamint a látásnak súlyos romlása közepette 10 napon belül feltartóztathatatlanul bekövetkezett az exitus.

**Sarbó A.:** Felemlíti régi tapasztalatait, melyeket az 1918. évi spanyoljárvány alkalmával tehetett, mikor is 6 sklerotikus betege reggeli lázas állapotba jutva, estére exaltált és sklerotikus góccokat derített ki a medulla oblongatában a jellegzetes garat, gége, légcső nyálkahártyájának sötétvöröses beivódása mellett. Észlelései alapján felhívja a figyelmet arra, hogy hevenyen fellépő és halálhoz vezető tünetek kifejlődésében a sklerotikusok esetében kutassunk abban az irányban, nem szerepel-e valamely heveny fertőző mozzanat. Közli tapasztalatait, mely szerint a sklerotikusok között számos akad, aki rosszul tűri a lumbalis punctiót. Végül felemlíti, hogy a szülés ugyancsak oly factor, mely a sklerosis multiplexben szenvedő anyában a folyamat heveny fellángolását és ezzel járó végzetes kimenetelt válthat ki.

**Sántha K.:** *Sarbó* professor úrnak azt az aggodalmát, mely szerint a lumbalis punctio sklerosis multiplexnél káros lehet, nem tudja elfogadni. Elméletileg ugyanis semmi alapját nem látta, mivel akár infectiosus, akár toxikus eredetű veszünk fel, a liquor-lebocsátás csak előnyösen hathat. Gyakorlatilag pedig úgy találta, hogy káros hatás a punctiótól sohasem mutatkozott, ellenkezőleg egyes esetekben az volt a benyomása, hogy a sorozatos punctiók a betegséget kedvező irányban befolyásolták. Tudomása szerint ezen az aggályon a modern irodalom úgyszólván mindenütt túltette magát.

**Sarbó A.:** *Sántha* kartárs úr 2 korai esetben alkalmazott sorozatos lumbalis punctióból vonta le a következtetéseit, ő pedig sok száz esetben tett tapasztalataira hivatkozva állítja azt, hogy vannak sklerosis multiplex esetek, amikor bizony rosszul tűrik a lumbalis punctiót.

**Kulesár F.:** A debreceni ideggyógyászati klinikán 1922-1936. évek folyamán gyógykezelt nagyszámú sklerosis multiplex eset kapcsán nyert tapasztalataira hivatkozva hangsúlyozza a liquorvizsgálat szükségességét és egyben rámutat a punctio teljesen ártalmatlan voltára. A punctio kárára utaló tünetek elbírálásakor különösen szem előtt tartandó a sklerosis multiplex betegségek tüneteinél közismert nagymérvű spontán ingadozása. — Figyelmeztet éppen ezért véleményezési szempontból ennek a körülménynek fontosságára. — A punctióhoz írásos beleegyező nyilatkozat kiállítása, mint ahogy ez pl. a bécsi idegklinikán volt szokásban, főleg a műhibák elleni keresettel szemben való védekezést szolgálta.

**Juba A.:** Hangsúlyozza, hogy a 3. eset mellső szarvi, tehát mélyben ülő gócai hevenységük ellenére is már típusos sklerosis multiplexes vonásokat mutattak. Miután a sklerosis multiplexes góccok nagyrésze az agyi liquorüregek rendszerrel közvetlen kapcsolatban áll, valószínű, hogy a kórokozó agens a liquorban — legalább is átmenetileg — jelen van. Ilyen esetekben általában a liquor-drainage jó hatású, amint ez pl. a Guillain-Barré féle polyradiculitisnél, vagy a *Benedek* által tetanusnál tett tapasztalatok bizonyítják; ez utóbbinál pedig újabb vizsgálatok (*Benedek-Juba*) szerint a legtöbbször súlyos beszűrődések is jelen vannak. Ezen szempontból nézve tehát a pathologus nem tudja a sklerosis multiplex esetekben a lumbal punctiótól való idegnekedést alátámasztani.

**Frick F.:** *Adatok a chorea minor nirvanol-kezelésének mechanizmusához.* A chorea minor nirvanol-kezelése kapcsán sorozatos vizsgálatok útján a vérképnek acut crisisét mutatta ki, mely a lázas exanthemával járó esetekben a 8-12. napon, az exanthema nélküli esetekben, továbbá a recidiv nirvanol-kezelés mellett az 5-7. napon lép fel. A lázas exanthemat toxikus jelenségnek tartja, mely arra praedisponált lymphaticus constitutiójú egyéneknek lép fel. A hatásmechanizmus középpontjában a szervezet acut crise áll — a vérképi crisis — a savbasis-egyensúly acut eltolódása — az ammoniakháztartás zavara — a vizenyagsere változása. A lázas exanthemának a gyógyhatás szempontjából szerepe nincs. A nirvanol-kezelés kapcsán létrejövő tünetegyüttes a hypothalamus szerepére utal s így feltehető, hogy a nirvanol elective a hypothalamus vidékére hat.

**Goldberger M.:** A Bródy kórházban a nirvanol-kezelésről eltérünk és helyette a jóval veszélytelenebb acid. phenylaethylbarbituricumot használjuk, amit hazánkban *Flesch* tanár úr szerzett be. Elvéve az acid. phenylaethylbarbituricum kezelésnél is mutatkozik exanthema, gyakran lázzal és anaphylaxiás jelenségekkel kísért. A gyógyulás ideje teljesen független e kísérőtünetektől. Feltűnt, hogy egyes betegeknek az acid. phenylaethylbarbituricum akkor okoz exanthemat, ha már eleve fokozott az eosinophylia, ami

az előadó úr nézetét igazolja. Magam is osztom, hogy az acid. phenylaethylbarbituricum is centralisan fejti ki gyógyító hatását.

**Sántha K.:** Tekintettel arra, hogy előadó a nirvanolhatás lényegét az allergiás reakcióban látja, kéri, vajjon megfigyelt-e előadó olyan eseteket, ahol az eosinophyl sejtek száma a fokozatos emelkedés után hirtelen leesett, mint ahogy az status asthmaticusban előfordul.

## A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete november 30-i ülése.

Bemutatók:

**Hrabovszky Z.:** *Néhány ritkább észlelet a hasi betegségek röntgendiagnosztikájának köréből:* a) Vérszegény, erősen leromlott, idősebb nőbeteg több éves gyomorpanaszok után egy hét óta mindent kihány. Röntgen: nagy, nem telődő epehólyag. A gyomor ectasiás, atoniás. Teljes pylorus-stenosis. A duodenum bulbosa csak hosszas fektetés után töltődik, a májhoz rögzített, a deformált bulbóban a pép nagy diónyi, kerek, helyenkint egyenetlenszerű árnyékkiesést vesz keskenyen körül. Műtét: A bulbusba perforált és a pylorusba ékelt epekő.

b) Jó erőben lévő férfi súlyos sárgasága hetek óta fokozódik. Röntgen: nativ felvételen nagy almányi, kerekded epehólyag. A gyomor az alkatnak megfelelő. A duodenumon a nagy epehólyag okozta impressiók és dislocatiók. A Vaterpapilla-tájon hanyatfekvésben pelottaszerűen nagy borsónyi árnyékkiesés jelenik meg. E területen a nyálkahártya ép: kisméretű helyzet változáskor e területen is normálisan cserélődik a relief. Dg.: a choledochus szűkítő kis pancreasfejrak. Sectio: a sphincter Oddi előtt a choledochust alig 2 cm-es szakaszon infiltráló és szűkítő rák, mely alig terjed a pancreas szövetébe.

c) Bizonytalan hasi panaszokkal jelentkező sovány, de jó erőben lévő férfi gyomrának nagyhajlatát, az áthajlás magasságában fémandulányi, sekély kiesést talált. A fal itt nem volt egészen merev. A gyomorra kívülről terjedő tumor miatt ajánlott műtétbe a beteg nem egyezett bele. Két és fél évi megfigyelés alatt a daganat karélyosan fokozatosan ráterjedt a gyomornak mind az elülső, mind a hátsó falára s végül 2 női ökönyi, intraventricularis medullaris ráknak látszó, árnyékkiesést okozott. Műtét: rossz indulatot szövettanilag nem mutató többlebenyes, kiterjedt zsírdaganat a csepleszen, a gyomorral összekapaszkodott és azt két oldalról lefűzte. A daganat eltávolítása után végzett röntgenvizsgálat: a gyomron az adhaesioknak megfelelő, felületes deformálódás. Árnyékkiesés nincs. A relief a pangásos megvastagodástól eltekintve élő, motilitása megtartott.

**Szirányi J.:** *A katonai szolgálatban bekövetkezett ritkább törések.* A bemutatás tárgya: a fejet ért lórúgás következtében létrejött kiterjedt darabos törés, két járomcsonttörés, közülük az egyik sziklacsonttöréssel szövődött. Továbbá a csont hossz tengelyével párhuzamos radiustörés lóról leesés következtében és vasúti sinre esés folytán az egyik ágyéki csigolya spondylosis deformansra jellemző csőr-szerű nyulványának törése.

Előadás:

**Hrabovszky Z.:** *A Chaoul-féle közeli besugárással elért eddigi eredményeinkről.* Holthusen és tanítványai: Friedrich, Rost, Guillemot igazolták, hogy a szövetekre gyakorolt biológiai hatás független a hullámhossztól. Chaoul azon elgondolása alapján, hogy a rádiumterápia eredményesebb volta nem a sugárminőségére, hanem egyedül annak alkalmazási módjaira vezethető vissza; a röntgenbesugárással alkalmazását a rádiuméhoz igyekezett hasonlóvá tenni. A rádium-kontakttherápia egyrészt a sugárintenzitásnak a szövetekben való gyors csökkenése, másrészt a sugárhatás hosszú tartama által jellemzett. A hirtelen energiacsökkenést két uton érte el: egyrészt lágyabb sugárzást alkalmazott, másrészt a fókusz — bőrtávolságot rövidítette. A hosszú időtartam utánzása Regaud óta már a mélytherápia módszerévé vált.

E tér és időbeli dosiselosztás útján lehetővé vált a rádiumterápia magas (7—11.000 r. Holthusen) rák-adagjainak megfelelő, sőt azokat meghaladó hatalmas röntgenadagoknak a daganatba való juttatása a környezet kötőszövet és edényapparátusának sérülése nélkül. Ez minden sugártherápia sikerének titka: elegendő sugármennyiség adagolása.

Chaoul a rádiumkontaktbesugárásnak megfelelően a „közeli besugárást”, a radiumbomba intenzitás csökkentésének megfelelően pedig a „kis távolságból való besugárást”

alkalmazza. A technika és az adagolás részletes ismertetése után foglalkozik a sugárreakcióval, mint az adagolás technikájának egyik fontos tényezőjével. Az eljárás inditációs területébe tartozik minden daganat a bőrön, vagy a nyálkahártyákon, amely közvetlenül hozzáférhető, vagy hozzáférhetővé tehető.

Eddig kezelt 228 rákos beteget. Eredményeit csoportokra osztva tabellákban ismerteti. 154 bőrrák közül a kezelés befejezése után tünetmentes lett 152. 43 ajakrák közül 42. 18 szájüregi cc. (nyelv, pofa, iny, szájpárta, mandula, garat) közül 14. Csekély számuk miatt egy táblába foglalva ismerteti penis, vulva, vagina, vakbél carcinomát, melyek közül primaer tünetmentességet 13 eset közül 10-ben ért el. Esetei közül 89 egy —, 17 két évnél hosszabb idő óta tünetmentes. Az irodalom bőr- és ajakrák eseteit tabellába állította össze, amely igazolja, hogy az esetek halmozódása nem rontja a százalékos gyógyulást (1015 esetből 970 = 96 százalék). Előadónak nem volt alkalma kezelni malignus melanomát, melynek 26 esete közül Chaoul 24-ben ért el primaer tünetmentességet. Ezek közül 15 éven, 10 2 éven felül tünetmentes. Chaoul 14 rectumcc.-je közül 12 primaer gyógyulás, melyek közül 2, 3 éves, 2, 2 éven felül van megfigyelés alatt. Melanomák és rectumcc. eseteiben a közeli röntgenbesugárással eredményei a rádium felülműlják. Mirigyátételek kezelésének irányelvei a következők: a) ha mirigy nem tapintható, prophylaktikus röntgen; b) operatív mirigy: műtét; c) inoperábilis mirigy: nagy vagy kis távolságból röntgen, esetleg rádiumbomba, vagy tüzelés.

A közeli besugárást a legértékesebb azon eszközök közül, amelyek az utóbbi években a sugártherapeuta kezébe kerültek (Morison). Minden esetben, midőn a daganat vele jól hozzáférhető, körülírt és enyhébb reakciója miatt a rádiumot is felülműlő ideális eljárásnak tekinthető. (Perussia)

**Kisfaludy P.:** *A rákgyógyítás terén a Chaoul-készülék ma már úgyszólván nélkülözhetetlen. A mélytherápiás röntgenkészülékek mellett ugyanis kevés daganat-gyógyító intézet rendelkezik a felületesen elhelyezkedő rosszindulatú elváltozások tünetmentesítéséhez szükséges rádium-mennyiséggel. Az aránylag kevés pénzért beszerezhető Chaoul-készülék az utóbbi időben felszínre került újabb elgondolások közül az egyetlen bevált, komoly gyógytényező, melylyel a szerényebb anyagi eszközökkel rendelkező és rádiumot beszerezni nem tudó intézetek is kiváló eredményeket érhetnek el. Hozzászóló ajánlja a Chaoul-kezelésnek mélytherápiás röntgenbesugárással kombinálását, jelesül a felületesen elhelyezkedő laphámrákos elsősleges daganatok esetében.*

**Ratkóczy N.:** *Méltatja az előadónak a Chaoul-féle kezeléssel elért eredményeit, hangsúlyozza a kezelésnek a reactio beálltáig történő folytatásának fontosságát, mert a rákos elváltozások meggyógyulása csak így érhető el. — Hrabovszky vezetése alatt álló osztályon, a Chaoul-féle kezeléssel elért eredmények alapján megállapítja, hogy ez mintául szolgálhat azok számára, akik ezt a módszert el óhajtják sajátítani.*

**Hrabovszky Z.:** *Megköszöni Ratkóczy prof. elismerő szavait. A közeli besugárást, — ahol technikailag egyáltalán keresztülvihető — ép úgy hat, mint a rádiumkezelés. A dosisnak a szövetekben csökkenése mindkét módszer alkalmazásakor azonos. A mélyenfekvő daganatokat röntgenmélybesugárással kezel.*

## Nyelvművelés\*

A sebészetben minduntalan szóbakerül a sebváladék levezetésének és a sebüreget kitöltésének kérdése. Illene ezeket a gyakori fogalmakat magyar szavakkal jelölni.

Manninger—Bakay Neveskönyve a tampon helyett a tömés szót ajánlja. Ez is rá a legtermészetesebb magyar kifejezés; helyes még a tömő is. (Az utóbbit Vámosy prof. nyomán említem). Tamponálni: tömni. Tamponálás; tamponade: tömés, kitömés, sebtömés.

A drainezés fogalomkörének magyar kifejezésére az O. H. 1934. évi 3. számában már javaslatot tettem. Eszerint drain: szádló; draincső: szádlócső; drainezés,

\*) Schmidt Albin egyet. m. tanár mai számunkban közölt cikkével (Szádlás és sebtömés a vesesebészetben) kapcsolatban írja a szerző e cikket.

drainage: szádlás; sebszádlás; drainezni: szádolni. — Olyik kéziratban fel is bukkan azóta a szócsoport egyik-másik tagja, de általánosan nem terpedt el, pedig említett javaslatomban — azt hiszem — sikerült megokolnom elfogadhatóságát.

Most nem ismétlem az akkor elmondottakat, ellenben legkiválóbb szótárainkból idézek néhány adatot, mely a *szádol* eredeti jelentését, illetve jelentéseit megvilágosítja.

A Magyar Oklevél Szótár szerint *szád*: *orificium*; *szádos*: *orificium habens*. A Magyar Nyelvtörténeti Szótárból: *szádol*: *obturo*. Tájszótárunk adatai közül: *szádaló*, *szádló*, *szádalló*: *hordó dugója, csapja; szádló-fa: gadugó*. Kelemen nagy Kézi Szótárának magyar—német kötetében ezeket találjuk: *szád(a)*: 1. *die Mündung, die Öffnung*; 2. *der Spund v. das Spundloch (eines Fasses)*; — *szádal*: *spunden, v. spünden* (ennek jelentése a német—magyar kötet szerint: *csapozni*); *szád(a)ló*: *der Spundzapfen, der Fassstöpsel*. A Sauvageot-féle Nagy Kéziszótár II. (magyar—francia) részében *szádal*: *forer une bonde (a un tonneau)*. Magyarul: leeresztő nyílást fűrni (hordón.)

Semmi erőszak nem kell tehát ahhoz, hogy a *szádol* szócsoportját is végkép beiktassuk orvosi nyelvünkbe.

Megjegyezzük: a *szádal* és *szádol* egyaránt helyes alak. Egyénileg mégis a *szádol*hoz állok. Mellette bizvást használhatjuk *Vámosy* tanár szerencsés új képzését, a *szádlóz* igét, mely tömör és érzékletes kifejezése ennek: *szádlóval bánik, v. szádlót alkalmaz*.

Egyéb ajánlásaim, melyeknek nagyrésze már közlötett az O. H. *Nyelvművelés* rovatában s némelyike többé-kevésbé el is terjedt:

Protoplasmaactiválás: *protoplasmaserkentés*;  
ascites: *hasvíz*, nem *hasvízkór*, mert csak tünet;  
autoreferatum: *sajátbeszámoló*;  
pathogen bakterium: *kórcsira*;  
casuistika: *esettár, esetgyűjtemény*; casuistikus cikk: *esetfelsoroló, esetközlő cikk, esetközlés*;  
carbunculus: *fiaskelés*;  
combinált por: *kevert por, porkeverék*;  
contraindicál: *tilt, tilalmaz* (az ellenjavall: *magyar-talan!*);  
contraindicált: *tilos, tilalmas, helytelen, nem tanácsos*;  
contraindicatio: *tilalom*;  
contrastanyag: *sugárfogó(anyag)*;  
diathermia: *mélyhő*;  
gonococcus: *kankócsira*;  
hypogalaktia: *tejszűke* (v. ö.: *pénzszűke*);  
hypaciditás: *savszűke*;  
hyperaciditás: *savbőve, savbőség, savfelesleg*, (váltakozva használható);  
infarctus: *tömörület*;  
inplantatum: (szerv) *oltvány*;  
intermenstruum: *hószámköz*;  
morphinismus: *morphinkórság, morphinkór*; morphinista: *morphinkóros*;  
oligomenorrhoea: *hószámszűke*;  
ovulatio: *petezés*;  
parametrium: *méhagy*;  
paradentium: *fogágy* (a fogmeder és a lágyszövetek — gyökérhártya, íny — együttese);  
pharyngotom: *garatkés*;  
polyuria: *bővizelés*;  
pollakysuria: *gyakor\*)-vizelés, gyakranvizelés* (a gyakori vizelés is jó, de hosszú);

punctatum: *csapolmány*;  
qualitativ vérvkép: *műnőségi vérvkép*; quantitativ vérvkép: *mennyiségi vérvkép*;  
sequester: *holtcsont*;  
strictura (organikus): *szűkület*; strictura (functionalis): *szorulat*;  
syndroma: *tünetegyüttes, tünetcsoport*;  
spray: *permetező, permet*;  
tachypnoe: *szaporalézés*;  
tertiaer syphilis: *harmadszagos syphilis*;  
transsudatum: *szövődemény*.

Tiszamarti Antal dr.

\*) *gyakor* a régi nyelvben annyit tesz, mint a maiban *gyakori*.

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift. 1. sz. Dietrich:** Öröklés és klíma befolyása a rheumás betegségekre. — *Paschlaw:* Gyermekek activ diphtheria védőoltásának immunbiológiai értékelése kalialauntoxoiddal. — *Bomkov és Schneider:* Mellékvesekéreg és elhízás. — *Baumann:* Egy fehérvérsejtszaporító hatóanyag. — *Krüger:* Ascorbinsav hatása a vérlipase-tükörre. — *Jung:* Elektromos eljárás a szemmozgások és a nystagmus többszörös regisztrálására. — *Moteki:* Parasympathicus rostok a trigeminusban.

**Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1. sz. Haeberlin:** Civilisatiós egészségártalmak és elhárításuk. — *Kuhlmeier:* Diabetes és extrainsularis glykosuria befolyásolása férfihormonnal. — *Wachsmuth:* A légzési functio vizsgálatára. — *Kleinschmidt:* Nöbetegek pyuria nélküli bakteriuriája. — *Haagen és Mauer:* Viharmadarak emberre átvihető vírusbetegsége és ennek viszonya a psittakosishoz.

**Münchener Medizinische Wochenschrift. 1. sz. Magnus:** Osteomyelitis. — *Aschenbrenner:* Szívbetegség optimalis digitaliskezeltése. — *Stauder:* Görcskészítés és görcsök a gyermekkorban. — *Hoffmann:* Szívbetegség sportolása. — *Heisz:* Sajátvér-clauden injectio hatása az izületi tokra és inszövetre. — *Kolshorn:* Egészségügyi tapasztalatok a francia részleges mozgósításkor 1938 őszén. — *Knebel:* Praktikus conjungata vera mérés a „gyűszűmethodussal”. — *Kausche:* Növényi vírusok experimentális kutatása. — *Daubenspeck:* A szeméremcsont felhígó ágának rejtett törése. — *Gruber:* Metaplasia. — *Boedecker és Ludwig:* Olbisol, egy lipotrop bismuthkészítmény.

**Wiener Klinische Wochenschrift. 1. sz. Handloser:** Hadi orvoslástan. — *Wolter:* Hadi pszichiatria. — *Machold:* Szív-bántalom, vagy veleszületett anomalia? — *Kecht:* Ritka gyulladási folyamatok a mellő nyakháromszögben. — *Meller és Risak:* Egyetemi hallgatók sorozatos vizsgálatának eredményei.

**Medizinische Klinik, Philipp:** Terhesség és belső betegségek kölcsönhatása. — *Dietel:* Terhességi vizenyők. — *Güttich:* Hirtelen halál úszás közben. — *Fleischmann:* Bal- és jobboldali tüdőgyulladások a hallószerven. — *Saupe:* Bronchiektasiák röntgenkórisméje. — *Abderhalden:* A szervezet fehérjéinek finomabb szerkezete, mint öröklött alkati jelenlét. — *Heinkele:* Pseudoperitonisises tünetcsoport komá diabeticumban. — *Hiti:* A „dermotubin” megbízhatósága. — *Heinen:* „Eldoral” hatása a thyreotoxikózisra.

**La Presse Medicale. 105. és 1939. 1. sz. Jacquelin, Turiaf** etc.: Ismétlődő orr-, légcső-, hörghurutok és atypikus tbc. — *Seligsohn:* Cushing-féle syndroma és essentialis hypertonia. — *Bréhent:* A splanchnicus idegek resectiója. — *Debray:* Gyomortükrözés a gyomorfelekély diagnosztikájában és kezelésében. — *Mathieu:* A sebészi tbc. chemoterapiája rubrophennel. — *Santy és Mallet-Guy:* Postoperatív test-súlycsökkenés fekély miatt végzett gastrektomia után. — *Foucaud:* A tuberkulin bőrreactio értéke gümőkóros környezetben.

**The Journal of the American Medical Association, 1938. december 1. Key:** Az acut haematogen osteomyelitis racionalis kezelése. — *Coleman és Meredith:* Gerincvelő sérüléssel társult gerincoszlop dislocatiós törések kezelése. — *Waghelstein:* 106 meningococcus infectióban szenvedő beteg kezelése sulfanilamiddal. — *Solmann, Cole és Henderson:* Combinált bismuth-kurák. — *Hill:* A vörösvérsejtek méretei haemolytikus anaemiában. — *Horton:* A thrombo-angitis

**FAGIFOR „Cito“ [ag. orig.]**

Calcium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

**Idealis enyhe expectorans**

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

**„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.**

obliterans-ban szenvedők sorsa. — *Semenov*: A sinusitis nasalis sebészi pathológiája. — 1938. december 17. *Pudenz, Mc. Intosh és Mc. Eachern*: A kálium szerepe periodosus, familiaris paralysisben. — *Lochwood, Coburn és Stokinger*: A sulfanilamid hatásmechanismusa. — *Schemann, Lewin, Soskin*: Pseudohypertrophiás izom-dystrophia. — *Fahr*: Szívzavarok kezelése. — *Bartholomew*: A placenta pathológiája. — *Bloom*: Káliumsók alkalmazása szénalázban. — *Garvin*: Sulfanilamid által okozott toxikus hepatitis. — *Halm, Bale, Lawrence és Whiple*: Radioactiv vas. — *Sebell és Butler*: Nikotin-sav. — *Clark és Rosenthal*: Magán-orvosok szerepe New-York syphilis-ellenőrzésében.

**The Lancet.** 1939. január 7. *Kelly*: Megismétlődő pepticus ulceratio. — *Bishop, Boycoff és Zuckermann*: A stilboestrol oestrogen tulajdonságai. — *Dobbs*: A pylorus stenosis kezelése eumydrinnel. — *Henry*: A tenyér középső rétegének és az ulnaris bursa-nak medialis megközelítése. — *Werner*: Sulfanilamid meghatározás biológiai folyadékokban. — *Curtis Bain*: Interferáló dissociatio. — *Lloyd Price*: Salyrgan diuresis után fellépő köszvény.

**British Medical Journal.** 1939. január 7. *Pickering*: A magas vérnyomás problémája. — *Korenschewsky és Hall*: A hím sexualis hormonok hosszú ideig tartó befecskendezése normális és senilis hím patkányokba. — *Wilson és Maier*: Brucellával fertőzött tengeri malacok kezelése sulfanilamiddal. — *Winterson és Mc. Gregor*: Klinikai megfigyelések stilboestrollal. — *Loeser*: Therapiás kísérletek diaethylstilboestrollal. — *Lindsay és Mottram*: D-vitamin a diétában, izletes adagolási módok. — *Perry és Davie*: Simmetrikus peripherikus gangraena szívbetegségben.

**VEGYES HIREK**

**Az Orvosképzés** 1938. december havi külömfüzete 300 oldal terjedelemmel megjelent. A külömfüzet *Kubinyi Pál* professor emlékének van szánva halálának 10-ik évfordulóján s magába foglalja *Burger Károly* prof. vezetése alatt álló II. női klinikán készült dolgozatokat a következő tartalommal: *Burger Károly dr.*: A szülés előtti és alatti magzatelhálás. *Baumann Jenő dr.*: Terhességi toxicosisok hatása a magzatok életviszonyaira, különös tekintettel a súlyos toxicosisokra. *Benedek Andor dr.*: A magzat sorsa fenyegető vetelés után. *Biró István dr. és Lám Lóránd dr.*: Terhességi hypertoniás szülőknek magzatainak életviszonyai. *Kehidai Gábor dr.*: A magzat szülési súlyának évszakonkénti ingadozásáról. *Pataky László dr.*: A magzat elhalásának korai felismerése a hormonkiválasztás alapján. *Pataky László dr.*: Kísérleti vizsgálatok a C-vitamin és tüszőhormon közötti kapcsolatokról. *Pataky László dr.*: Kapcsolatok a C-vitamin, tüszőhormon és a terhesség időtartama között. *Szolnoki Ferenc dr.*: Idült vesebajosok terhességének sorsa. *Végh Lajos dr.*: Az anyai vér alvadási idejének változása elhalt magzat esetén. *Burger Károly dr. és Korompai Imre dr.*: A Naegele-féle terhességi időszámítás értékelése mai ismereteink alapján. *Batizfalvy János dr.*: A thrombopeniás purpura nőgyógyászati és szülészeti vonatkozásai. *Batizfalvy János dr.*: Ritka méhdaganat. (Adenofibroma malignum). *Gál Félix dr.*: A hüvelysarcomák gyógykezelése. *Salacz Pál dr.*: A genyes függelék-daganatok műtéti gyógyítása. *Balassa Kálmán dr.*: További tapasztalatok a magas egyenes állású szülések terén. *Balassa Kálmán dr.*: Lueses betegek végzett nőgyógyászati műtétek. — *Baumann Jenő dr.*: A császármetszés után természetes úton lefolyó szülésekről. — *Baumann Jenő dr.*: Hydronephrosis terhességgel és szüléssel szövődött esete. — *Benedek Andor dr.*: és *Kehidai Gábor dr.*: Vizsgálatok a magzati serum befolyásáról a szülés megindítására. — *Fátyol Csongor dr.*: Az időelőtti burokrepedésre vonatkozó vizsgálatok a gyermekági megbetegedés és magzati halálozás szempont-

jából. *Fátyol Csongor dr.*: A nőgyógyászati és szülészeti hamutetek utáni bélelzáródásokról. *Korompai Imre dr.*: Eredményeink a gyermekági emlőgyulladás röntgenkezelésével. *Korompai Imre dr.*: A magzatok fejlettségére vonatkozó vizsgálataink a menstruációs vérzés tartalmával kapcsolatban. *Lányik István dr.*: Hátsó koponyatartásos szüléseink. *Miklós László dr.*: Újabb adatok a gonadotrop hormon hatásához. *Pallos Károly dr.*: Myometritis ossificans és adenocarcinoid. *Pallos Károly dr.*: Módosított Fluhmann-eljárás. Használhatósága és értéke kevés folliculint tartalmazó folyadék kvantitatív meghatározására. *Szolnoki Ferenc dr.*: A terhességi vesemedencegyulladás késői következménye. *Vajna Gábor dr.*: A Willett-fogó jelentősége a fájásgyengeség kezelésében. *Végh Lajos dr.*: A Martius-féle műtét jelentősége az incontinentia urinae gyógyításában. *Végh L. dr., Pallos K. dr., Engel M.*: A hypophysis hátsólebeny kivonatanak különböző fractióival kezelt állatokban elért szövettani elváltozások. *Zsigmond Zoltán dr.*: Méhnyakcsomoklás befolyása a fogamzóképeségre.

**A Budapest-Belvárosi Orvostársaság** december 19-én tartott közgyűlése az 1939—40. évekre a következő tisztikart választotta: Elnök: *Safranek János dr.*, alelnökök: *Fleischer Elemér dr., Fáykiss Ferenc dr., Főtitkár: Oravecz Pál dr.*, titkárok: *Gaskó Dezső dr., Fésüs Andor dr.*, pénztáros: *Korányi Sándor dr.*, ellenőr: *Makovényi István dr.*, ügyész: *dr. Hajcsy György.*

**Az Országos Balneológiai Egyesület** 1939. évi kongressusát április hó 28—29-én rendezi Budapesten, amelyhez csatlakozik 30-án (vasárnap) az egyesület fürdőügyi tanulmányútja. A congressusra előadásokat március 31-ig lehet bejelenteni. (*Frank Miklós dr. I., Attila krt. 19.*)

A „**Medikus Bált**” január 14-én a Szent Gellért Szálló összes termeiben rendezi az Orvostanhallgatók Segítő és Önképző Egyesülete, *Hainiss Elemér* egy. ny. r. tanár védnöksége alatt. A keresztény orvosi társaság tagjai adnak találkozókat egymásnak az orvosi társadalom ezen reprezentatív estélyén, amely az előjelek szerint a farsang legkiemelkedőbb eseménye lesz.

**Nemzeti Spanyolországban** a háború ideje alatt a tuberculosus-sanatóriumok ágyszámát 2000-ről 8000-re szaporították. Az ágyak számát 35.000-re akarják felemelni.

A görög állam két intézetet létesít, melyben 100—1000 csonttuberculosusban szenvedő szegény gyermek nyer elhelyezést. Az intézetek ez év elején nyílnak meg.

A philippi szigeteken az eddigi nagymértékű himlőjárványokat szigorúan keresztülvitt oltások segítségével úgyszólván teljesen megszüntették. Az évi 6000 halálozási szám elenyésző csekélységűre csökkent. Maniában 250.000 lakos között az utolsó 7 évben halálos eset nem fordul elő. Brit-Indiában 1936-ban még 100.000 ember halt meg himlő következtében. A 400 milliónyi lakosságból — a fokozott munka ellenére — a gyermekeknek még csak 46%-át tudták beoltani.

**Németországban** 1937-ben 78.332 halottégetés volt. Ezek szerint a halottak 9,9%-át égették el. 1900-ban a százalék még 0,05 volt.

A **düsseldorfi** női klinikán rákellenes tanácsadó állomást létesítettek.

**Helyreigazítás.** Lapunk 1. számában *Jeney Endre* prof. cikkében a 3. oldal II. hasáb 27. sorában „az O<sub>2</sub> elfújtatása miatt” helyett: „a CO<sub>2</sub> elfújtatása miatt értendő.

**A Fehér Kereszt Gyermekkorház  
Erdei Gyógyintézete**

**3-15 éves gyermekek részére egész évben át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágosítás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9. Telefon: 143-419.**



# Influenza

és meghűléses megbetegedések esetén

# PANAFLU-CHINOIN

tabletta és kúp

**Meggyorsítja a lefolyást, megelőzi a szövődményeket!**

Gyermekek és érzékeny  
gyomrú betegeknek  
PANAFLU-kúp  
5 db P 180

Tablettánként: 015 g Deseptyl  
030 g acetylsalicylsav  
005 g chininhydrochlorid



## Sajátmaga is használja a „magaslati nap”-ot?

Dr. Thedering, az ismert fénygyógyász írja: „Az az orvos, aki kimerült idegrendszerét ily módon frissíti fel, csakhamar annyira megszereti a reggelenkénti ultraviolett-zuhanyt, hogy nem hagyja többé abba.”

**Vigyázzunk, a világhírű hanai lámpát utánozzák! Kapható a szaküzletekben.**

**Siemens kvarclámpaosztály Budapest, VI., Nagymező-utca 4.**

Kérje a „Therapeutische Leistungen der Künstlichen Höhensonne” díjmentes megküldését.

# VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

*Az ártalmatlan kigyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.*

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r -t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

## Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher-Benner-féle nyers-diéta

# A N A R A - CHINOIN

gőzeinek beszippantása azonnali könnyebbséget okoz — Használatrakész tu...

*Pneumonia?*  
*Præventivum* Mecajol „Certa”  $5 \times 22 \text{ Kcm} = P 2'50$

Magyarországon 1938 dec. 25 től dec. 31-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

| Törvényhatóságok.          | Lakosság  | Typhus abdominalis |    | Paratyphus |    | Dysenteria |    | Diph. heia |    | Scarlatina |    | Mening. Ce-rebrosp. e. |    | Pollomyelitis ac. ant. |    | Anthrax |    | Morbilli, | Variceila | Pertussis | Influenza complic. | Malaria | Typhus exanth. |    |
|----------------------------|-----------|--------------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------------------|----|------------------------|----|---------|----|-----------|-----------|-----------|--------------------|---------|----------------|----|
|                            |           | Mb                 | Mt | Mb         | Mt | Mb         | Mt | Mb         | Mt | Mb         | Mt | Mb                     | Mt | Mb                     | Mt | Mb      | Mt |           |           |           |                    |         | Mb             | Mt |
| 1. Abaúj-Torna             | 94.439    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 2          | —  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 14        | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 2. Bács-Bodrog             | 114.825   | —                  | 2  | —          | —  | —          | —  | 1          | 1  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | —         | 2         | —                  | —       |                |    |
| 3. Baranya                 | 251.877   | 4                  | 1  | —          | —  | 1          | —  | 5          | —  | 3          | —  | —                      | —  | 1                      | —  | —       | —  | 1         | 2         | 1         | 2                  | —       | —              |    |
| 4. Békés                   | 338.711   | 3                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 17         | 1  | 4          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 27        | 7         | 3         | —                  | —       | —              |    |
| 5. Bihar                   | 182.832   | 1                  | —  | —          | —  | —          | —  | 5          | —  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 4         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 6. Borsod-Gömör-Kishont    | 310.917   | 3                  | —  | —          | —  | 1          | —  | 6          | —  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 9         | 1         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 7. Csanád-Arad-Torontál    | 174.906   | 2                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 3          | —  | 6          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 34        | 4         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 8. Csongrád                | 148.042   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 2          | —  | 2          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 8         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 9. Fejér                   | 231.414   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 7          | —  | 1          | —  | —                      | —  | 1                      | —  | —       | —  | 5         | 2         | 1         | —                  | —       | —              |    |
| 10. Győr-Moson-Pozsony     | 157.401   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 7          | —  | 3          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 11        | —         | 3         | —                  | —       | —              |    |
| 11. Hajdú                  | 183.047   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 7          | —  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 24        | 3         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 12. Heves                  | 324.605   | 2                  | —  | —          | —  | 1          | —  | 5          | —  | 2          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 17        | 2         | 5         | 2                  | —       | —              |    |
| 13. Jász-Nagykun-Szolnok   | 424.811   | 5                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 10         | —  | 9          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 1         | —         | —         | 1                  | —       | —              |    |
| 14. Komárom-Esztergom      | 183.295   | 2                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 6          | —  | 8          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 6         | 2         | 2         | —                  | —       | —              |    |
| 15. Nógrád-Hont            | 231.167   | 7                  | 1  | 1          | —  | —          | —  | 8          | —  | 6          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 22        | 4         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun | 1.488.044 | 6                  | —  | —          | —  | 2          | —  | 35         | —  | 62         | —  | —                      | —  | 1                      | —  | —       | —  | 28        | 38        | 6         | 2                  | —       | —              |    |
| 17. Somogy                 | 391.293   | 2                  | —  | —          | —  | —          | —  | 7          | —  | 6          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 2         | 6         | 1         | —                  | —       | —              |    |
| 18. Sopron                 | 142.161   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 5          | —  | 2          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 2         | 3         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 19. Szabolcs-Ung           | 429.356   | 3                  | —  | —          | —  | —          | —  | 5          | 1  | 2          | —  | —                      | —  | 1                      | —  | 1       | —  | 22        | 12        | 6         | —                  | —       | —              |    |
| 20. Szatmár-Ugocsa Bereg   | 161.277   | 2                  | —  | —          | —  | —          | —  | 14         | —  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 7         | —         | —         | —                  | —       | 1              |    |
| 21. Tolna                  | 265.128   | 5                  | —  | —          | —  | —          | —  | 5          | 2  | 6          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | 3         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 22. Vas                    | 271.879   | 3                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 2          | —  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 7         | 4         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 23. Veszprém               | 248.965   | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 1          | —  | 3          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 26        | 3         | 8         | —                  | —       | —              |    |
| 24. Zala                   | 369.809   | 1                  | —  | —          | —  | —          | —  | 11         | 1  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 6         | 1         | —         | —                  | —       | —              |    |
| 25. Zemplén                | 150.438   | 1                  | —  | —          | —  | —          | —  | 2          | —  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| I. Baja                    | 31.249    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 1          | —  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| II. Budapest               | 1 059.282 | 2                  | 1  | 28         | —  | 3          | —  | 54         | —  | 78         | 1  | 1                      | —  | 1                      | —  | —       | —  | 12        | 109       | 11        | 9                  | —       | —              |    |
| III. Debrecen              | 126.696   | —                  | —  | —          | —  | 1          | —  | 4          | —  | 3          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 12        | 15        | —         | —                  | 1       | —              |    |
| IV. Győr                   | 51.043    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | —          | —  | 4          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | 2         | —         | —                  | —       | —              |    |
| V. Hódmezővásárhely        | 59.184    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 5          | —  | 5          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| VI. Kecskemét              | 83.010    | 1                  | —  | —          | —  | 1          | —  | 4          | —  | 1          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | 2         | —         | —                  | —       | —              |    |
| VII. Miskolc               | 66.943    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 4          | —  | 5          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | 1         | —         | —                  | —       | —              |    |
| VIII. Pécs                 | 71.850    | —                  | —  | —          | —  | —          | —  | 10         | —  | 2          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 1         | —         | —         | 3                  | —       | —              |    |
| IX. Sopron                 | 35.918    | 1                  | —  | —          | —  | —          | —  | 6          | 1  | —          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | —         | —         | —                  | —       | —              |    |
| X. Szeged                  | 140.341   | —                  | —  | —          | —  | 1          | —  | 7          | 1  | 6          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | 6         | 1         | 4         | —                  | —       | —              |    |
| XI. Székesfehérvár         | 41.999    | —                  | 1  | —          | —  | —          | —  | 3          | —  | 3          | —  | —                      | —  | —                      | —  | —       | —  | —         | 3         | 2         | —                  | —       | —              |    |
| Összesen:                  | 9.038.189 | 56                 | 11 | 29         | —  | 11         | —  | 97         | 8  | 237        | 1  | 1                      | —  | 4                      | —  | 1       | —  | 314       | 230       | 55        | 20                 | 1       | 1              |    |
| Medián 1931-37             |           | 178                | 20 | 1          | —  | 7          | 1  | 309        | 14 | 233        | 3  | 1                      | —  | 2                      | —  | 2       | —  | 368       | 163       | 65        | 13                 | —       | —              |    |

# VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag  
 iztelen és szagtalan standardizált  
**csukamájolaj**

Krompecher Budapest, V., Nádor-utca 15.

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

# ZEISS

## vertestszámláló-készülék



Egy darabból készült számlálókamarák  
Brandt-féle számlálókamra  
Áttekinthető osztás háromszoros vonalak  
nélkül tévedésmentes elhatárolás vörös  
és fehér vértetek számára  
4 mezős beosztás  
Thoma-kamara javított számlálólóval  
Fénykorlátok (blendék) számlálókamarához  
az osztás gyors megjelésére  
Dr. Pijper-féle vérsajtvizsgáló a vér súlyos  
megbetegedéseinek azonnali, könnyű  
felismerésére két vérkenet (Blutausstrich)  
közvetlen összehasonlítása által  
Vérsajt-zsebvizsgáló Dr. Schalm és Schouten  
szerint, a Praktizáló orvos részére

Prospekttal, árajánlattal készséggel  
szolgál a magyarországi vezérképviselet:

**ifj. Jurány Henrik**  
Budapest, IV., Váci-utca 40.  
Telefon: 183-092



## HETIREND

**Január 16-án este 7 órakor** a Budapesti Orvosi  
Kör ülése. *Batizfalvy János*: Endometriosis.

**Január 17-én este 7/17 órakor** a Budapesti Orvosi  
Kaszinó ülése. *Zádor Gyula*: Az egyensúlyzavarok kli-  
nikai tünetei és diagnosztikai jelentősége a központi ideg-  
rendszer megbetegedéseiben.

**Január 17-én d. u. 1/27 órakor** a Budapesti Királyi  
Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosz-  
tálya közgyűlése és tudományos ülése. *Napirend*: 1. Elnöki  
megnyitó. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztáros és számvizsgáló-  
bizottság jelentése; felmentvény megadása. 4. Tisztikar vá-  
lasztása. 5. Indítványok. — Bemutatók: *Szende B.*: a)  
Golyvagöb a légsőben. b) Orrbemeneteli lágyrész-cysta.  
c) Riedel szerint operált homloküregek.

**Január 18-án d. u. 6 órakor** a Közkórházi Orvos-  
társulat ülése (Kir. Orvosegyesület Semmelweis termé-  
ben). *Tárgysorozat*: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés.  
3. A pénztáros és a számvizsgáló bizottság jelentése. 4.  
Jutalmak kiosztása. 5. Esetleges indítványok. 6. Tisztújítás.  
*Ünnepi Semmelweis-előadás*: *Faludi Géza*: A gyermekkori  
lúgmérgezés. 22 év tapasztalatai és tanulságai.

**Január 20-án d. u. 6 órakor**: a Budapesti Királyi  
Orvosegyesület ülése. *Korányi Frigyes* emlékelőadás,  
tartja: *Johan Béla* államtitkár.

## GLUTEPSIN

glutaminsavas sósav és pepsin

gyomorsavhiány, gyomorsavcsökkenés eseteiben

a gyomorszekréció legerősebb ingere

Mintát és irodalmat kívánságra megküld

**TRES R. T. Budapest 113.**

Centrum Kiadóvállalat Rt., Budapest, VIII., Gyulai Pál-u. 14.

# meghűlésnél

*Germicid*  
tabletta és kúp  
influenza biz-  
tos gyógyszere

*Dilumin*

por és tableta,  
oldódó acetylsalicyl-  
savas készítmény

*Radipon*  
és  
*Radipon*  
c. codeino  
expectorans  
stabil értékkel

*Erigon*

bronchitis, tbc,  
köhögés esetén.

**DR. WANDER R.T.**

A KIADASERT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Felelős: Bornemisza Gábor igazgató.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

**Kopits Jenő:** Az alkar eltorzulásának ritkán előforduló alakja. (53—56. oldal.)  
**Szauter Béla és Ari Lajos:** Adatok az ú. n. hurutos vagy egyszerű sárgaság klinikájához. (56—60. oldal.)  
**Cser Lajos:** Adatok a hímtag rákjához. (60—63. oldal.)  
**Szőllőssy László:** A bél zsírdaganatai. (63—65. oldal.)  
**Kecskés Zoltán:** A csiga sequestratiója idült fülgenyedés kapcsán. (65—66. oldal.)  
**Ipolyi Ferenc:** Gyógyító kísérletek iontophoresisszal az orrban. (66—67. oldal.)  
**Sereghy Emil:** Egy új szabályozható comb- és alszársin. (68—69. oldal.)

**Benderek István:** A gyögmasszázs és mechanoterapia élettani alapjai. (Folytatás). (69—71. oldal.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—16. oldal.)  
**Irodalmi szemle:** Belorvostan. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia (71—72. oldal.)  
**Könyvismertetés:** (72. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (73—74. oldal.)  
**Lapszemle:** (74. oldal.)  
**Vegyes hírek és Hetirend:** (74—76. oldal és a borítólapp III. és IV. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Az alkar eltorzulásának ritkán előforduló alakja.

Írta: Kopits Jenő dr. egyetemi rk. tanár,  
az orthopaediai osztály főorvosa.

Az alkardeformitások egyik ritkább alakját ismerettem. A deformitás az először Madelung által leírt kéz- és alkarelváltozáshoz áll legközelebb, de különös érdekességét az adja, hogy mind a csontváz elváltozása, ami az eltorzulás anatómiai alapja, mind a deformitás klinikai tünetei homlokegyenest ellenkeznek a Madelung-félével.

M. Magda, 10 éves leánygyermek családjában, szülei elmondása szerint semmiféle derofmitás nem volt. Szülei és egyetlen fiutestvére épek és egészségesek. A gyermek későn, 1½ éves korában kezdett járni, lábcsapái csakhamar erősen kifelé görbültek. Kezei 4 éves koráig teljesen egyenesek voltak. Akkor vették észre, hogy jobb keze tövének kézháti felületén a singcsonti oldalon, besüppedés keletkezik, mely lassan kis gödörre mélyült, majd keze is fokozatosan oldalt tolódott el a singcsont irányában. Egyben alkarjának tenyérbe kisugárzó fájdalomról kezdett panaszkodni. 2 év múlva, 6 éves korában, bal keze is, mint a jobb, kezdett eltorzulni.

Korára eléggé fejlett. Egészséges. Mindkét keze erős singcsonti abductióban s kézhátfelé feszített helyzetben van (1. ábra.) Feltűnő a kéztőizület singcsonti vége felé a kézháti oldalon látható besüppedés, míg a tenyéri oldalon a singcsont kéztőizületi vége erősen kiáll. Az alkar, illetve a kézhát hosszanti tengelye a singcsont felé néző nyílt szögletben áll egymással, a kéztőben szuronyzerű szögletörést mutat. Az alkar orsócsonti fele a tenyéri oldalon ívalakban lefelé domborodik. Az orsócsont proc. styloideusának a kidomborodása, a kéz-

tő háti felületén, valamint a singcsont kéztőizületi végének az elődomborodása a tenyéri oldalon különösen erősen észlelhető a jobb alkaron; a baloldalin kisebb mértékben. A kéz singcsonti abducált helyzete azonban még fokozható is. Activ mozgáskor is ebben az irányban ugyancsak akadályozott a kéztő mozgathatósága. A kéz tenyéri hajlítása activ és passiv mozgattással kivihetetlen, ellenben feszítve activ mozgattáskor teljesen szabad, sőt passive a kéz túlfeszíthető. Feltűnően aka-



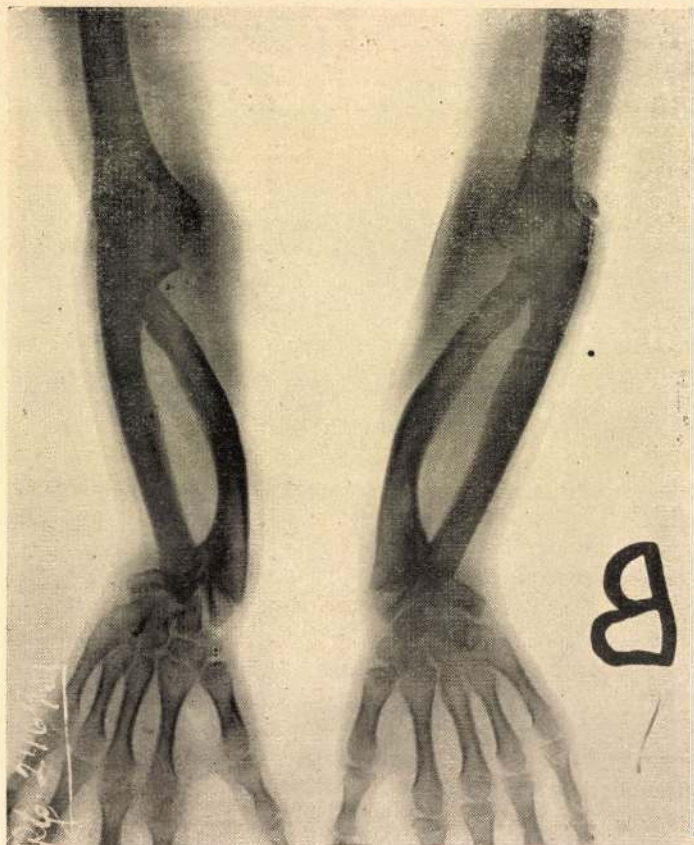
1. ábra.

dályozott az alkarok supinációjára, különösen nagyobb mértékben a jobb alkaron. A bal kéz ujjainak mozgása kifogástalan, a jobb kéz 4—5-ik ujjá azonban basalis izületeiben feszített helyzetben van; a középső, perccsonti izületében félig behajlított helyzetben áll. Az ujjak passive teljesen kinyújthatók, de active nem. A tenyé-

ren a kisujjpárna sorvadt. Korlátolt némileg a hüvelyk-ujj *activ opponálás*a is.

A két kézen látható eltorzulás tüneteiben csak fokozati különbségek vannak, a jobb kéz előrehaladottabb szakban mutatja ugyanezt a kórfolyamatot.

Mibenlétére a több irányból készített röntgenkép derít fényt.



2. ábra.

A *dorso-volaris felvételen* (2. ábra.) az orsócsont és singscsont distalis végei látszólag szorosan egymás mellett fekszenek. Az orsócsont alsó kétharmadában erős ívalakban hajló görbületet mutat, míg a singscsont egyenes lefutású. Az orsócsont epiphysise erősen a singscsont felé hajlik és medialis részének egyharmada hiányzik. A normalisnak látszó epiphysisporc rése is megszakad a defectus szélénél. A defectusos orsócsont rész distalisan elkeskenyedő, proximalisan kiszélesedő facetta-szerű képet mutat (*Félix, Springer.*) Az orsócsont könyökizületi vége baloldalon a singscsont *proc. coronoideusa* mellett látható, a jobb alkarról felvett képen azonban a singscsont fedi az orsócsont fejcsét. A kéztőizületi csontok egymásközt nagy eltolódást mutatnak, biztos következtetést nem merek mondani helyzetükről, mert nem tudom meghatározni, mennyi esik ezekből az elrajzolódás rovására. Annyi biztosan látható, hogy a kéztőcsontok proximalis sorozata elvesztette ívelt alakját, s az *os lunatum* erősen benyomult az orsócsont és singscsont kéztőizületi vége közé. Bizonyára helyzetváltozás áll fenn a kéztőcsontok két sorozata között is a singscsont felé eltolódás irányában.

A *lateralis felvételen* (3. ábra) jól látszik, hogy az orsócsont egész hosszára kiterjedő ívalakú görbülete volaris irányú. Izületi végének felfelé görbülése miatt kéztőizületi felszíne függélyes irány helyett ferde-irányban felfelé és a singscsont felé néz. Ennek folytatásában van a kéztő. A kéz állása az alkarhoz viszo-

nyítva, bajonettalakú szöbetörést mutat. Ezen a felvételen jól látható, hogy a singscsont az orsócsonttal ellenkező irányban a tenyéri oldal felé hajlik. A kéztőizületi végének e nagyfokú felfelé hajlása miatt kéztőizületi vége nem vehet részt a kéztőizület képzésében.

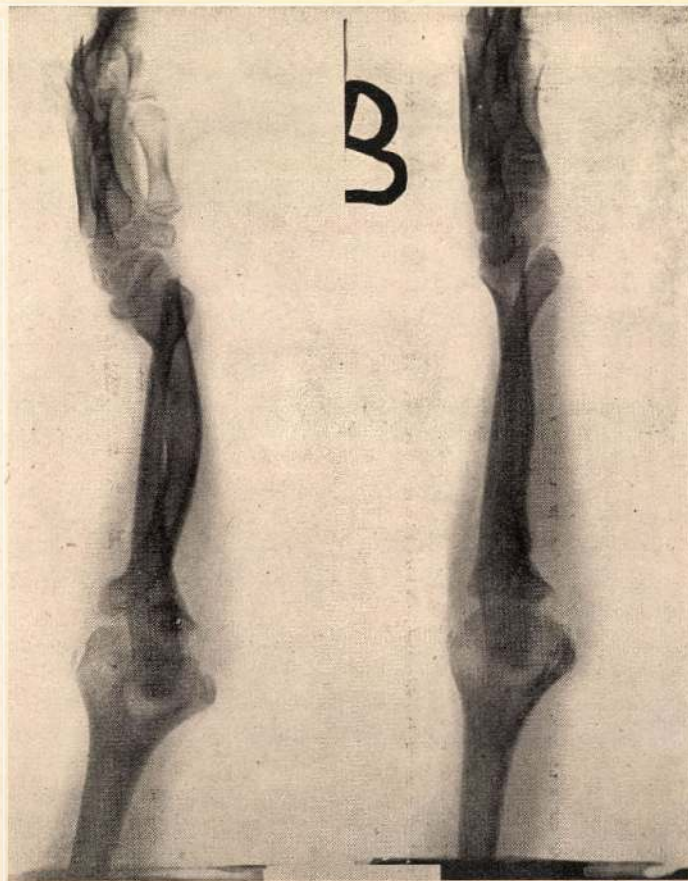
A *kézháti oldalra fektetett* alkarokról készült felvételen megállapíthatjuk, hogy az orsócsont könyökizületi végének fejese nem hagyta el helyét. Kéztőizületi végén a már leírt elváltozásokon kívül singscsonti oldalán esostosiszerű csonthegy áll ki. A singscsont kéztőizületi vége elfedi a kéztőizületi csontok egy részét. A két alkarcsont kéztőizületi vége a felvételen nem áll szorosan egymás közelében, sőt a bal karról készült képen elég távol van egymástól.

Mindhárom felvételen az orsócsont epiphysisének mérsz tartalma erősen csökkent, ami felterjed az orsócsont egész alsó harmadára.

Az alkargörbüléseken kívül a gyermek mindkét lábára alsó harmadában kifelé hajlik, mint lefolyt angolkór maradványa. Egyéb angolkóros jel nincs a gyermek testalkatán.

A gyermeket deformitása miatt az iskolában gyógytornára utalták, de a gyakorlatok végzése közben alkarjai annyira elfáradtak, hogy csakhamar abba kellett hagyni a tornázást. Ezideig karjai deformitása semmiféle orvoslásban nem részesültek.

Az ismertetett kéz-, illetve alkartorzulás lényegében azonos a Madelung-féle deformitás ritkán előforduló kórképeivel. Ennél azonban az orsócsont ívének domború oldala a kézháti oldal felé néz. Ennek megfelelően kéztőizületi felszíne lefelé hajolva, a kéz lefelé nyomva, látszólagos subluxatióban áll, míg a singscsont kéztőizületi vége a kéztő háti felszínén erősen kiemelkedik. Ez állásnak megfelelően a kéz dorsalis-flexiója akadályozott és ulnaris abductiója kivihetetlen. Ese-



3. ábra.

temben az eltorzulás alakjában és tüneteiben teljesen ellenkező az eredeti Madelung-deformitás tüneteivel. Az orrcsont itt a domborulatával lefelé és a singcsont felé görbült, a kéz singcsonti abductióban áll, a singcsont kéztőizületi vége pedig a tenyéri oldalon nyomul ki. A kéz ez állásának megfelelően tenyéri hajlítása és oldalmozgása az orrcsont irányában akadályozott. A supinatio mindkét esetben egyenlő mértékben korlátolt.

Esetemre a Madelung-deformitás elnevezés nem illik, mert más a tünetcsoportja. Legcélszerűbbnek a kórbonctani állapotot megjelölő *radius curvus* elnevezést tartom. Ez az alkardeformitás nagyon ritka. Csak *Stetten* és *Kirmisson* írt le hasonló eseteket, melyek a Madelung-féle típusnak éppen a fordítottját mutatják. Ezekhez az esetekhez sorakozik harmadiknak az én esetem, még azzal a szövödménnyel súlyosbitva, hogy ott az ujjak mozgásában nem volt zavar, míg az én betegem jobb kezének előrehaladottabb deformitása már a 4. és 5. ujj nyújtási képtelenségét okozta.

Már a röntgenképek tanulmányozásából láthatjuk, hogy az alkarcsontok elváltozásából származó eltorzulás nagyon bonyolult szerkezetű. Elemezve a csontváz elváltozásait és a klinikai tüneteket, azok nagyrészt másodlagosan fejlődött következménynek tarthatjuk. Elsőlegesnek mindenestre az orrcsont kéztőizületi végének elgörbülését kell tekintenünk. Az epiphysis csontvég elgörbülése a sagittalis és frontális síkban, valamint elcsavarodás irányában megváltoztatja kéztőizületi felszínének az állását. Minthogy a kéz állását az orrcsont izületi felszínének az állása adja meg, annak kóros irányú megváltozását követi a kéz kóros állása is. A kéz kóros állása annyira jellegző a deformitásra, hogy sokan ennek megfelelően *manus vara*, vagy *valgá*-nak nevezik. Az orrcsont epiphysis végének irányváltozása és eltorzulása okozza a kéztőizület megbomlását, aminek eredményeként a singcsont nyomul az izületéből. Helyesebben mondva a singcsont kéztőizületi vége a helyén marad, de az orrcsont izületi vége az izülettel együtt távozik el mellőle. Lehetővé teszi ezt az a bonctanilag laza összeköttetés, mely a két alkarcsont kéztőizületi-vége között fennáll, mely összeköttetés a singcsont részéről a kéztőizület alkotásában sem szorosabb. A singcsont kéztőizületből kiszorításának az iránya attól függ, hogy az orrcsont kéztőizületi vége, illetve annak izületi felszíne a sagittalis síkban felfelé vagy lefelé tekint-e. Helyzetváltozásának az irányával mindig ellentétes a singcsont izületi vége elmozdulásának az iránya. A supinatio korlátozottságának magyarázatát adja az alkarcsontok izületi végének az elváltozása, illetve egymásközi ellentétes irányú eltolódása, de az egész orrcsontra kiterjedő elgörbülése is. *Springer* teoriáját, mely szerint a Madelung-deformitást a consistentiájában meggyengült orrcsontnak a singcsontra csavarodása okozza, ami szerinte supinatio akadályozottságának az oka, az én esetem nem erősíti meg, mert itt az orrcsont nem pronatio irányában van elgörbülve, mindazonáltal a supinatio itt is akadályozott. Szerintem a kéz tenyéri hajlítását és az orrcsont irányában mozgását ugyancsak az orrcsont izületi felszínének felfelé és a singcsonti oldalra nézésének a kombinációja akadályozza meg. A mozgási akadályozottság épp oly természetű, mint *coxa varánál* azt a csípőizületben észleljük.

Eddig még le nem írt tünet az előrehaladottabb elváltozású jobbkez 4—5. ujjának nyújtási képtelensége, a kisujjpárna sorvadásával, amit a n. ulnaris

részleges bénulása okoz. Ez a tünet a tipusos Madelung-deformitás esetén nem fordulhat elő, csakis az általam ismertetett ellentétes irányú orrcsont deformitásnál. Véleményem szerint a bénulást nem a singcsont distalis végének a helyzetváltozása, hanem a kéztő szurony alakú szögbetörése okozza, ami miatt a kéztőcsontok sorozatai is elmozdultak egymásközött, ami által a n. ulnaris mély ága szenvedett sérülést, illetve megnyomást. Csakis a mélyben, a kéztőcsontok közötti helyen képzelhető el a ramus profundus n. ulnaris sérülése. Ez a mély idegág ugyanis a kéztő mélyében az os hamatum hamulusa körül ívalakban fut az orrcsont irányában s közben izomágakat ad a kisujj rövid izmaihoz, valamint mm. lumbricales-okhoz és a hüvelykujj-hajlítókhoz is. A kéz singcsonti abductiójával a kéztőcsontoknak a singcsont irányában elmozdulásával követhetnek be olyan helyzet, mely a hamulus körül futó idegágat feszülés, illetve megnyomás alá helyezi, ezáltal okozva az általa ellátott kis-izmok bénulását.

Nehéz kérdés az ok kiderítése. Ahány esetet leírtak, úgyszólván annyi teoriát állítottak fel. Ez csinálja a legnagyobb zavart. Az erőművi behatások között nemcsak a hivatásos túleröltetett kézímunkát tekintették oknak, hanem eseteket írtak le, midőn az orrcsont ferdén gyógyult epiphysis törése okozott hasonló deformitást. Majd az orrcsont osteomyelitis gyógyulásával, annak deformálódása okozott a Madelung-deformitással azonos tüneteket. Ez természetes is, mert a kéztőizület s alkarcsontok bármi által okozott bonctani megváltozása ugyanazon működési zavarokat okozhatja. *Ewald* azonban tiltakozik ellene, hogy a Madelung-deformitást csak syndromának tekintessék (*Gaugelle*), hanem azt sui generis betegségnek tartja, mely mindig az egész orrcsont elgörbülésével jár, akár dorsalis, akár volaris irányban s melyre különösen az epiphysis singcsont felőli oldalának facettaszerű deformálódása s a kéztőcsontok leírt helyzetváltozása jellegző.

Az orrcsont eltorzulásának okát a csont lágyulási folyamatában keresték. Ezek közt legáltalánosabb az angolkór fölteveése, későbbi korban pedig a rachitis tardá-t vélik az elgörbülés okozójául. Ott, ahol e bántalmak nem szerepeltethetők oki momentumnak az orrcsont epiphysis-porcának csontfejlődési zavarát tekintik (*Ewald*). *Brandes* az orrcsont epiphysis porcának egyoldali gátolt fejlődését világrahozott adottságnak tartja. Ezzel magyarázza a bántalomnak saját eseteiben és mások (*Sigrist*, *Melchior*) által is észlelt családi megjelenését; *Pels-Leusden* az exostosis cartilaginea multiplex esetén észlelt világrahozott epiphysis csontfejlődési zavarral állítja párhuzamba a csontnak e bajban feltételezett pathológiai állapotát.

Ha leírt esetünkben keressük a deformitást feltételező alapbajt, a szülők elmondásából s a látható jelekből arra következtethetünk, hogy a gyermek első életéveiben angolkóros volt. Későn kezdett járni, a járás kezdetén lábszárai erősen kifelé görbültek, melynek maradványa a lábszár alsó harmadának kifelé hajlásában most is látható. Az elgörbült orrcsont epiphysise, mint a röntgenképen látjuk, a rendesnél jobban kiszélesedett. Joggal tehetjük fel, hogy az orrcsont elgörbülését is angolkór tette lehetővé, vagy legalább is az volt a megindítója. A gyermek szülei ugyan csak 4 éves korában vették észre kezei eltorzulását, de ez nem jelenti azt, hogy akkor kezdődött. A szülők a kéztő kézháti oldalán a singcsont helyén kezdődő bemélyedést vették észre először. Ez arra mutat, hogy a singcsont

akkor már a tenyéri oldalra lesüllyedt, amit az orsócsont elgörbülése következményének kell tekintenünk. Az orsócsont elgörbülésének tehát sokkal korábbi években kellett kezdődnie. Az orsócsont fölfelé görbülésének a megindítóját — nézetem szerint — közvetlen megterhelésben kell keresnünk. A későn járnai kezdő gyermek — szülei elbeszélése szerint — sokáig a földön ülve játszott s környékébe elhelyezett zsámolyokra támaszkodva kezdett felállni, majd később járnai. Az ilyen támaszkodási kísérletek alkalmasak lehetnek arra, hogy a puha csontállományú orsócsont distalis vége támaszkodáskor a megterhelés irányának megfelelően fölfelé görbüljön. Az elgörbülés bizonyára nem terjedt ki már kezdetben az egész orsócsontra, hanem csak a csont epiphysis végére, mely persistált s azután a hibás beállítású epiphysis-porcából származó egyenlőtlen csontnövekedés következtében fejlődött ki az egész csont elgörbülése. Hogy miért nem görbült el egyben a singscsont is, az érthető, mert az oldalt eső singscsont jelentéktelen részben vesz részt a kéztőizület képzésében, nemkülönben a feltételezett támaszkodásnál a megterhelésben is. Hogy az orsócsont epiphysis végének látszólagos defectusa és a leírt facettaképződés milyen káros csontfolyamat következménye, annak eldöntésére nincs semmi alapunk.

Nagyon fontos kérdés, hogy szükséges-e és minő módon végzendő a deformitás javítása. A corrigálás nemcsak kozmetikus okokból, hanem a működés javítása végett is szükséges. Ha sikerül a kezét a közép-vonalba hoznunk, akkor megakadályozhatjuk a singscsontideg részleges bénulását, mert fentebb kifejtettem, hogy ezt a kéz singscsonti abductiója okozza és tartja fenn.

Másrészt az egyenes állásban hosszas rögzítéssel várható csontátalakulástól remélhető a kéztőizület funkciójának a javulása is. Természetesen ez csak a deformitás fejlődésének kezdetén és kisebb fokánál sikerülhet. Esetemben a balkéz deformitását vettem sinredresszálló kezelésbe, mellyel fokozatosan sikerült is a kezét az egyenes állásba beállítani. A kéz corrigálásával párhuzamosan a singscsont kiálló vége is lassanként eltűnt a mélyben. Ebből is láthatjuk, hogy azt nem valódi ficamodás okozza, hanem a kéztőizület fokozatos elmozdulásával a szalagok kitágulása. A redressálás befejezése után tokos készülékkel kell gondoskodnunk a kéz javított helyzetének megtartásáról.

A deformitás előrehaladottabb szakában a redressáló kezeléssel már nem érünk célt, itt műtéti beavatkozástól várhatunk csak eredményt. A deformitás szövődőményes volta miatt az orsócsont különféle osteotomiájával, a pronator-quadratus átvágásával (Springer) s a kiálló singscsont végének csonkolásával igyekeztek eredményt elérni, ami nem volt mindig kifogástalan. Véleményem szerint csak attól várható kozmetikus és functionalis javulás, ha a kézeltorzulást okozó elgörbült orsócsont kéztőizületi felszínét sikerül ismét a szabályosat megközelítő helyzetbe hozni. Ez az orsócsont ferde átvésésével, vagy ékkivevéssel sikerülhet. A singscsont csonkolását nem tartom feltétlenül szükségesnek, mert a redressáló kezelés közben is látható, hogy a kéz állás javításával az is beigazodhatik helyére.

Esetemben a jobbkez nagyfokú torzultsága csak műtéttel javítható. Ez annál inkább is javallt, mert már a singideg is bénulóban van. A bénulás megállása, esetleg javulása a kéztő deformálódásának javításától várható.

Minthogy a balkéz most még az eredményesnek látszó sínredressáló kezelésben van, csak annak befejezése után kerülhet a sor a jobb kéz műtéti javítására.

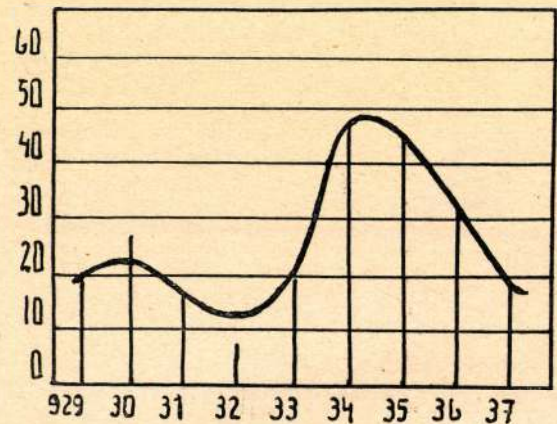
A debreceni 6 sz. helyőrségi kórház belgyógyászati osztályának közleménye.

## Adatok az ú. n. hurutos vagy egyszerű sárgaság klinikájához.

Irta: Szauter Béla dr. és Ari Lajos dr.

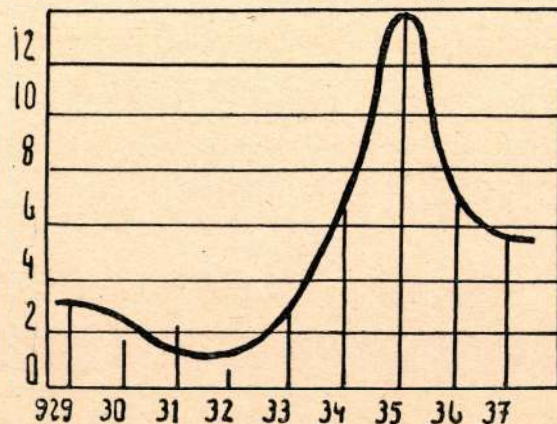
Kórházunk belosztályi betegágyának az utóbbi kilenc év alatt majdnem négy százalékát a hurutos sárgaság esetek tették. E körképnek gyakori előfordulása és az a körülmény, hogy különösen 1934 óta sárgaságos betegek között igen sok volt az arsenobensolos kezeléssel átesettek száma, arra készítette bennünket, hogy ezzel a kérdéssel közelebbről foglalkozzunk.

1929-től 1937 végéig osztályunkon 6842 beteg fordult meg és ezek közül 262-nek volt hurutos sárgasága. A sárgaságos betegek közül 75 arsenobensolos kezelésben részesült. Feltűnő, hogy az arsenobensolos kezelésre visszavezethető májsérülések száma 1934 és 35-ben oly nagy arányt öltött, hogy sárgaságos beteganyagunk kb. 50%-át (lásd 1 sz. ábrát) ezek tették ki. Ez feltűnő



1. ábra.

emelkedés az előző évek 20% körüli és még inkább az 1932-es 10%-ot sem elérő értékekhez viszonyítva. Hasonló helyzetet látunk, ha az arsenobensolos icterusok százalékos előfordulását a bőr és nemibeteg osztályon antilueses kezelésben részesültekre vonatkoztatjuk (lásd 2 ábrát). Itt ugyancsak azt látjuk, hogy a lényegesebb



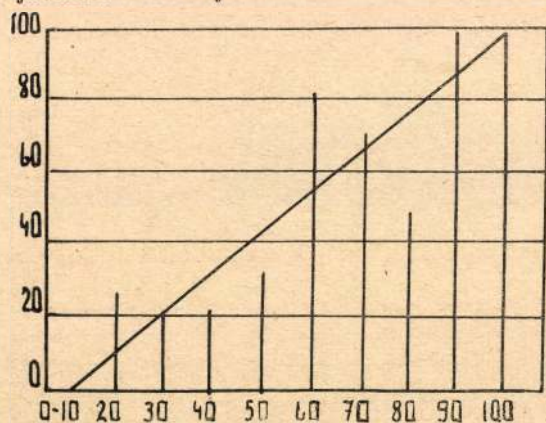
2. ábra.

emelkedés 1934-ben kezdődik és a tetőfokot 1935-ben 14,3%-kal éri el, ami azt jelenti, hogy az ez évben anti-

lueses kezelésben részesültek közül a későbbiek folyamán kb. minden hetedik sárgaságig fokozódó májsérüléssel betegedett meg. Az 1935-ös csúcserő után a helyzet ugyan tetemesen javult, de az 1932 előtti értékekhez viszonyítva még mindig emelkedést mutat.

Ezek után önkéntelenül felmerül az a kérdés, hogy az arsenobenzolos ikterusoknak 1933-tól kezdve történt ilyen nagyfokú megszorodásának mi az oka. Kórházunk bőr- és nemibeteg osztálya 1932. végén az addig használt neosalvarsan helyett a magyar gyártmányú revivalra tért át és ettől az időponttól kezdve állandóan revivált is használt. Az arsenobenzolos icterus-eseteink megszorodása e készítmény bevezetésével kezdődött. Az a körülmény, hogy a toxikus sárgaságok lényegesebb százalékos emelkedése csak 1933-ban kezdődik és 1934. és 35-ben éri el tetőfokát, azzal magyarázható, hogy az eseteknek csak kis részében jön létre már az első kezelés után sárgaságig fokozódó májsérülés, viszont mind gyakrabban mutatkozik ez a későbbi kezelése után. Érdekes sajátága még e betegségnek, hogy a sárgaság nem mindig jár a kezelés alatt, vagy azt rövid idővel követően fejlődik ki, hanem gyakran két, három hónappal, vagy még hosszabb idővel a legutóbbi kezelés után. A felsorolt körülmények adják magyarázatát annak, hogy a revival toxikus következményei nem azonnal, 1932 végén, hanem az utána következő években jelentkeztek.

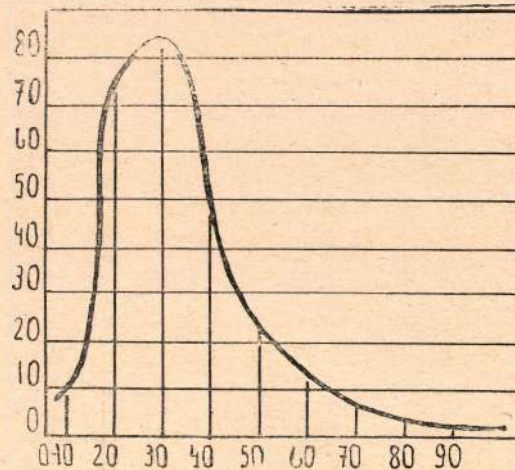
A bőr- és nemibeteg osztályon a kezelés a betegek állandó pontos ellenőrzésével történik. Minden oltás előtt a kezeltet esetleges panaszai felől megkérdezték és a vizeletet fehérjére és urobilinogénre ellenőrizték. Mikor a sárgaságosok nagyobb tömege jelentkezett a 0.60 cgr.-os adagok helyett 0.45-ös adagokra tértek át. Az urobilinogénnek már nyomokban való megjelenését is fokozott óvatosságra kényszerítő jelnek tekintették. Ilyenkor a beteget könnyebb étrendre utasították és ha addig nagyobb adagot használtak, az adagot csökkentették. Ha az urobilinogén reactio állandóvá vált, a revivált elhagyták s a kezelést bismuttal és jóddal folytatták. Az, hogy 1936 és 37-ben a revivált icterusok száma már tetemesen csökkent valószínűleg az 1935-től kezdve folytatott szigorúbb ellenőrzésnek és a készítmény javulásának tulajdonítható.



3. ábra.

Az arsenobenzolos icterusok jelentőségét fokozza az a körülmény, hogy az elhuzodó esetek legnagyobb százalékban ezek közül kerülnek ki. Ha az arsenobenzollal kezelt és nem kezelt sárgaságosok egymáshoz való viszonyát a betegség tartama szempontjából nézzük (lásd 3 ábrát), akkor azt látjuk, hogy az egészen rövid időn, 10 napon belül gyógyultak közt egy sem volt arsenobenzollal kezelt, a hosszan elnyúló, lassan (90—100 nap) gyógyuló esetek azonban kivétel nélkül, az arsenobenzolos

kezelésen átesettek közül kerültek ki. A két végletet, szinte matematikai törvényszerűséggel, fokozatos átmenet hidalja át. A körelőzményben szereplő arsenobenzol kezelés tehát a betegség tartama szempontjából mint rossz kórjelzési jel értékesítendő.



4. ábra.

Ha a hurutos sárgaság-eseteket általában a betegség tartama szempontjából állítjuk össze (lásd 4 ábrát), azt látjuk, hogy az esetek legnagyobb számban a 20, 30 és 40 napon belül gyógyulókból adódnak. A betegség átlag tartama a nem kezelt esetében 28, az arsenobenzolos kezelésen átesettekben pedig 40 nap volt.

A felsoroltak értelmében kétségtelen, hogy az arsenobenzol kezelésen átesettek hepatitisre súlyosabb. Ami az egyéb tüneteket illeti, az arsenobenzollal kezelt és nem kezelt sárgaság-esetei közt jellemző eltérések nem voltak. Talán ez utóbbi körülmény hathatós támogatója annak a már köztudatban lévő felfogásnak, hogy az úgy nevezett hurutos sárgaság is tulajdonképpen a májállomány sérülése, azaz *Eppinger* meghatározása értelmében serosus hepatitis. Az arsenobenzolos icterusok kialakulásában véleményünk szerint gondolni kell a reticuloendothel rendszerre gyakorolt erős ingerlő hatásra, melynek következtében a máj mint ezen szövetrendszer fő székhelye, ilyen előkészített állapotban az emésztőrendszer felől jövő későbbi allergiás insultusokra megváltozottan reagál. Ez elgondolás értelmében az ártalmas hatás elsősorban nem a máj parenchyma-sejtjein érvényesülne, hanem tulajdonképpen a máj kötőszöveti állománya által közvetített parenchyma laesio volna. Ez magyarázná meg a könnyű és közepsúlyos eseteknek a szabályszerűen és kielégítő mértékben bekövetkező, aránylag gyors restitutio ad integrumot, mely ha a parenchyma elsősorban sérülését tesszük fel, nehezebben volna elképzelhető.

Bár az allergiás tényezőknek a simplex hepatitisek jelentékeny részében a keletkezés mechanizmusában lényeges szerepet kell juttatnunk, olyan esetek, melyekben a hepatitis kétségtelenül megállapítható allergiás tünetekkel egyidejűleg fejlődik ki, nem tartoznak a mindennapos észlelések közé. *Sommer* 587 sárgaságos esete közül pld. csak 17-ben voltak egyidejűleg allergiás jelenségek. Mint allergiás kísérő tünetet eosinophiliát és urticariát talált. Ujabbán *Végh* is írt le egy részletesen kivizsgált allergiás hepatopathia-esetet, melyben urticariás eruptio kísérte a májsérülési tüneteket. Subicterussal járó néhány allergiás esetet magunk is észleltünk. *Urbach* 448 urticaria-eset közül 8-szor talált egyidejűleg máj- vagy epehólyag gyulladást. Azokra az allergénekre vonatkozóan, melyek allergiás hepati-

tisekre vezetnek, *Fohrnet* szerint az enterális behatolási kapú látszik a leggyakoribbnak. Hogy a vena portae útján élő állatban a máj electiv szervi anaphylaxiáját elő lehet idézni, az *Roth*-nak a szerzők közül az elsővel végzett kísérletes vizsgálataival igazolódott.

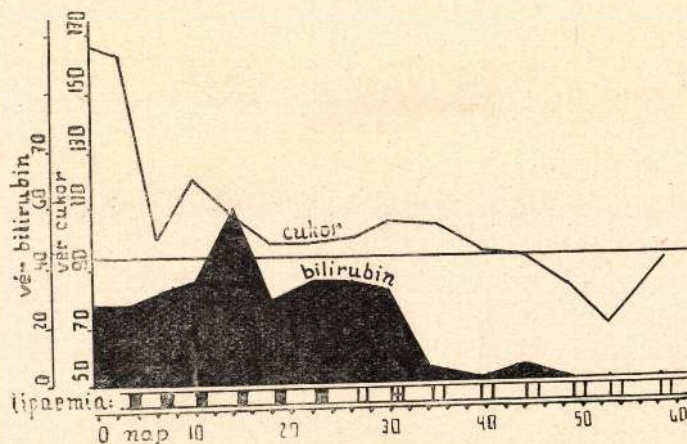
A májállomány sérülése természetszerűen maga után vonja a máj anyagcserebeli működésének megváltozását is. A serosus hepatitis-esetek az anyagcsere tanulmányozására igen alkalmas anyagot adnak. A betegség ugyanis heveny vagy félheveny lezajlásánál fogva, az ép viszonyoktól az épig, az összes kóros eltolódáshoz való viszonyát jól észlelhetővé teszi.

Egyes májbetegségekben, többek közt a súlyosabb serosus hepatitisekben gyakran észlelhető, főleg a betegség elején, hogy a vizelet kis mennyiségű és aránylag alacsony fajsúlyú. E jelenség *Adler* már 1923-ban leírta s a máj hormonális működésében beálló zavarnak misősítette. Az utóbbi időben ezzel a kérdéssel *Nonnenbruch* foglalkozott, ő a jelenséget hepatorenalis hypostenuriának nevezte. Jellemzőnek tartja, hogy a kis mennyiségű és aránylag alacsony fajsúlyú vizelet mellett, a nitrogen kiválasztása zavart nem szenved. A májnak a vízyangcsereben kétségtelenül nagy a kiegyensúlyozó, illetőleg elosztó hatása. Így pl. nagyobb mennyiségű folyadék elfogyasztása után annak, a bélrendszerből való gyors felszívódása miatt, valahol tartalékolva kell lenni. A máj ezen a téren fontos szerephez jut. Ha ugyanis a vízfelszívódásnak a máj nem lenne útjába iktatva, a nagymennyiségű folyadék a jobb szívfelület erősen megterhelné (*Pribram*) és hirtelen nagyobb fokú hydraemia jönne létre. A beteg máj ezen hivatásának természetesen nem tud megfelelni teljesen. A májállomány savós lobja, egyben ennek duzzadásával és a máj gyűjtő érlumeneinek beszűkülésével jár. Ez a körülmény a folyadék tartalékolásának és továbbításának lényeges akadály. Ezenkívül még a májnak a vízenyőkészség irányába szereplő hormonális regulációjában is zavar jöhet létre. Saját megfigyeléseink szerint is a hepatitisek súlyos és középsúlyos eseteiben, főleg a betegség bevezető szakában, a vizelet napi mennyisége gyakran 400 ccm-re is csökken, ugyanekkor a vizelet fajsúlya 1020 fölé emelkedik. A betegség középső szakára ezzel szemben a nagyobb mennyiségű (1200—1700 ccm-ig) és alacsony fajsúlyú (1010 körül) vizelet jellemző. A betegség vége felé a vizelet a normalisra csökken és ennek megfelelően a fajsúly is kis fokban emelkedik. A vizeletnek a betegség kezdetén nagyfokú csökkenése, véleményünk szerint, a beteg csökkent folyadékfelvételének következménye. A beteg ilyenkor a folyadéktól valósággal undorodik és ennek következtében a folyadékfogyasztást a legkisebbre korlátozza. Ha ilyenkor a folyadékigényről *Katzenstein* útján gondoskodunk, a beteg addig rossz közérzete azonnal megszűnik, étvágya megjavul és vizelete ismét elegendő mennyiségű lesz. Azáltal, hogy a szervezetnek a szükséges folyadékmennyiséget a máj folyadékterhelése nélkül biztosítottuk, a megzavart anyagcsere a helyes irányba átállításához lényegesen hozzájárultunk.

Súlyosabb hepatitis esetben, különösen a betegség elején, gyakran láthatjuk azt, hogy az éhgyomorra vett vér savója tejszerűen zavaros, lipaemiás. Vizsgálataink során ugyan a vér lipoidok mennyiségére nem terjeszkedtünk ki, a lipaemia jelenlétének ténye azonban már magában is elég arra, hogy a súlyosabb hepatitisekben a lipoid anyagcsere megváltozott viszonyba bizonyos fokban beletekinthessünk. Ismeretes, hogy fokozott glikogen felhasználáskor, a környéki

zsírtartalékokból a zsír a máj felé vándorol. A zsírvándorlás megindítója, mint ahogy azt *Rosenfeld* még 1903-ban kimutatta, a máj glikogen szegénysége. Ez élettani viszonyok közt éhezéskor, kóros viszonyok közt pedig a máj heveny és idült sérülései esetében áll elő. Ha a máj működési elégtelensége miatt nem képes a hozzájutott zsírt elbontani és glikogenné átalakítva hasznosítani, ez a májban változatlanul halmozódik fel, azaz a máj elzsírosodik. Ez magyarázatát adja annak a régen ismert jelenségnek, hogy az elzsírosodott máj glikogenszegény és viszont ezzel ellentétben a glikogenben dus máj kevés zsírt tartalmaz.

A májnak a szénhidrat anyagcsereiben szerepe ép viszonyok közt abban nyilvánul meg, hogy monohexosekból glikogent épít fel és ebből a szervezet szükségletének mértékéig szőlőcukrot képez. Szárazanyag tartalmának 80%-áig képes magában glikogent felhalmozni. A máj működésében beálló változásokat legjobban a vércukorszint tükrözi vissza, s valószínűleg ez az oka annak, hogy a szénhidrat anyagcsereére gyakorolt be-kerdeése. Már az insulin-aura előtti időre nyúlik vissza folyás a májpathologia egyik leggyakrabban tárgyalt *Umbernek* és töle függetlenül másoknak az a megfigyelése, hogy a heveny májsorvadásban elhaltak mája glikogenszegény, azaz egyes esetekben a glikogen a májból el is tűnik. Az atrophias cirrhosisokra jellemző a csökkent vércukor, mely nem ritkán 70 mg% alá is süllyedhet. A májcirrhosisok közül a vércukor szempontjából csak a hypertrophias pigment-cirrhosis, vagy más néven bronz-diabetes mutat kivételt, ahol emelkedett vércukorértékeket találunk. Kísérletileg *Magath* és *Mann* mutattak rá a májnak a szénhidrátanyagcsereére gyakorolt befolyására. Kutyakísérleteinkben ugyanis a máj eltávolítása után jelentős hypoglykaemia kifejlődését tapasztalták.



5. ábra.

Az éhezési vércukor-értékek hurutos sárgaságban különböző módon viselkednek attól függően, hogy súlyos, középsúlyos, vagy könnyű esetről van szó (lásd a táblázatot). A legjellemzőbb viselkedést a súlyos esetek mutatják (lásd 5. ábrát), ahol a betegség elején kifejezetten hyperglykaemiás, a betegség középső szakában normálishoz közelálló s a lábadozásban pedig kifejezetten hypoglykaemiás értékeket észleltünk.\*) A középsúlyos esetekben mind a pozitív, mind a negatív kilengés már kevésbé észlelhető és úgyszólván alig a könnyű esetekben.

\*) A vércukor-meghatározásokat a Solomos-féle titrimetriás eljárással végeztük. Az eljárás megbízható s a Hagedorn—Jensen-nel egyező értékeket ad.

1. táblázat.

| A rovatok négy napos időközét jelentenek.<br>Felső szám = dir. bilirub. alsó = vércukor. |     |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |    |    |    |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|----|----|----|
| 26   | 26  | 30  | 36  | 58  | 28  | 36  | 32  | 30  | 6   | 0  | 5   | 0  | 0  | 0  |
| 127  | 162 | 99  | 121 | 107 | 98  | 97  | 100 | 105 | 102 | 95 | 92  | 82 | 68 | 91 |
| 25   | 12  | 17  | 14  | 39  | 23  | 14  | 16  | 4   | 0   | 32 | 0   | 0  | —  | —  |
| 127  | 121 | 115 | 119 | 105 | 105 | 108 | 110 | 95  | 95  | 98 | 110 | 96 | —  | —  |
| 23   | 4   | 11  | 6   | 0   | 2   | —   | —   | —   | 0   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 114  | 102 | 119 | 107 | 106 | 100 | —   | —   | —   | 88  | —  | —   | —  | —  | —  |
| 2  | 4   | 0   | 0   | 0   | 14  | 13  | 2   | 2   | 2   | 2  | —   | —  | —  | —  |
| 107  | 102 | 100 | 91  | 105 | 106 | 100 | 90  | 93  | 88  | 88 | —   | —  | —  | —  |
| 12   | 19  | 20  | 32  | 30  | 19  | 5   | 5   | 4   | —   | 0  | —   | —  | —  | —  |
| 151  | 102 | 111 | 103 | 94  | 90  | 100 | 61  | 110 | —   | 86 | —   | —  | —  | —  |
| 2  | 5   | 9   | 1   | 3   | —   | 0   | —   | —   | —   | —  | 0   | —  | —  | —  |
| 104  | 103 | 91  | 118 | 110 | —   | 100 | —   | —   | —   | —  | 82  | —  | —  | —  |
| 24   | 11  | 1   | 4   | —   | —   | 0   | —   | —   | —   | —  | 0   | —  | —  | —  |
| 85   | 98  | 69  | 79  | —   | —   | 93  | —   | —   | —   | —  | 82  | —  | —  | —  |
| 13   | 4   | 3   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 88   | 85  | 93  | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 20   | 3   | 2   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 91   | 98  | 103 | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 0  | —   | —   | —   | —   | 0   | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |
| 91   | —   | —   | —   | —   | 94  | —   | —   | —   | —   | —  | —   | —  | —  | —  |

Hogy a súlyos és közepesúlyos hurutos sárgaság-  
esetek a betegség elején és tetőfokán nagyobb, a gyó-  
gyulási időszakban pedig kisebb vércukorértékeket mu-  
tatnak, önkéntelenül felveti a szokásos szőlőcukor-  
insulin kezelés ezen szempontjából való kritikájának  
szükségességét.

A szőlőcukor-kezelést, mint a májparenchyma  
védőszerét, *Umber* hozta be és ezt a glikogenképzés elő-  
segítésére *Richter* az insulinkezeléssel kiegészítette. E  
kezelés hasznos voltát az utánvizsgálók úgyszólván ki-  
vétel nélkül megerősítették. Vannak azonban vélemé-  
nyek, melyek a szőlőcukor-insulin kezelés eredményeit  
az eredeti elgondolástól eltérő mechanizmus alapján  
képzélik el. *Pl. Pribram* a hipertoniás szőlőcukor in-  
jectióknak nem a glikogenkészlet fokozásában, hanem  
a vizenyősen duzzadt máj víztelenítő hatásában látja  
gyógyító lényegét. Hivatkozik *Eppingernek* a serosus  
hepatitisekről adott alapvető munkájára, ki hangsú-  
lyozza, hogy bizonyos fokú átmeneti májvizenyő csök-  
kent májműködés mellett, rendszeres táplálékfelvétél ese-  
tén is keletkezhet. Ez átmeneti májvizenyők előidézé-  
sében allergiás tényezők is szerephez juthatnak. Az el-  
térést összehasonlítja az urticariás vizenyővel s a sero-  
sus hepatitishez vezető kóros folyamatot lényegileg  
mint a máj urticariáját („Urticaria der Leber”) fogja  
fel. A májvizenyők egyik jellemző sajátja a gyors  
visszafeloldódásra való hajlam. *Pribram* szerint, ha egy  
ilyen betegnek hipertoniás szőlőcukoroldatot adunk  
érbe, azaz olyan szert, mely osmosis útján dehydratá-  
lól hat, akkor a májduzzanat gyors csökkenése ész-  
lelhető. Az injectio hatása alatt a májvizenyőnek a vér-  
pályába való lecsapolódása útján acut hydraemia kelet-  
kezik. Ezt a hatást azonban nemcsak szőlőcukor, hanem  
hypertoniás konyhasó- vagy calcium befeccskendezések  
alakjában is el lehet érni.

A glikogen-depot elmélet következtében a szőlő-  
cukor-insulint nemcsak a meglévő májelégtelenségek  
kezelésére, hanem megelőzésükre is felhasználták, így  
általánosan használják műtétek előtt és után. E kezelés  
célszerű voltát *Colaro*, *Hendel* és *Rubino* kísérletei tet-  
ték valószínűvé; egészséges állatoknak szőlőcukor-  
insulinos kezelése után májuk glikogen-tartalmának  
magnövekedését látták. *Roger* viszont arra mutatott rá,

hogy a glikogenkészlet fokozása célszerű; ugyanis azt  
tapasztalta, hogy glikogenszegény májú, éhező állatok  
a vena portaeba injiciált mérgekkel szemben kevésbé  
ellenállóak, mint olyanok, melyeknek mája glikogen-  
ben gazdagabb.

A heveny hepatitisekben azonban a helyzet nem  
azonos az idült májcirrhosisokkal, vagy más okból ki-  
folyólag fennálló, tartósabb jellegű májműködési zava-  
rokkal. A szőlőcukor-insulin kezelést illetve viszont azt  
látjuk, hogy azt teljes mértékben kiterjesztették a máj  
heveny megbetegedéseire is, sőt az utóbbiaknak gyakori  
előfordulása miatt vált ez a kezelés mindennappossá.

Ha a súlyos és közepesúlyos hepatitisekben a beteg-  
ség első szakában 20—30 gr. szőlőcukrot adunk érbe,  
a már meglévő hyperglykaemiát tovább növeljük. Kér-  
dés, van-e célja annak, hogy a betegség következtében  
fennálló kóros eltolódást mesterségesen még tovább  
növeljük. A kezdeti hyperglykaemiát az okozza, hogy  
a máj heveny megbetegedése következtében meglévő  
glikogentartalékát fixálni nem tudja s az gyorsabb  
ütemben lebontva, a vércukrot szaporítja. Ha a máj eb-  
ben az állapotában glikogen-rögzítésre egyáltalán ké-  
pes, akkor a fennálló hyperglykaemia ehhez — legalább  
is erről az oldalról — a lehetőséget megadja. Hogy a  
nagyobb mennyiségű szőlőcukor a májbeteg állapo-  
tát veszélyeztetheti, arra *Krauss* májcirrhosisos betege  
is példát mutat, ki 1000 gr. 5%-os szőlőcukoroldat ada-  
golása után, az egyidejűleg adott 20 egység insulin el-  
lenére súlyos hyperglykaemiás comába esett, mely csak  
vércukor ellenőrzés mellett adott további insulin ada-  
gokkal volt leküzdhető. — Ami az erősen hypertoniás  
szőlőcukoroldat víztelenítő hatását illeti, az elérhető  
más, hyperglykaemiát nem okozó oldatokkal is, így  
hypertoniás konyhasó- vagy calciumoldatok alakjában.  
Ez utóbbinak még az az előnye is megvan, hogy eset-  
leg gyulladást gátló és allergia-ellenes hatása is érvé-  
nyesül.

A hepatitisek reconvescentiájában átmenetileg  
egész jelentékeny hypoglykaemiás értékek is előfordul-  
nak. Ez a körülmény viszont szemben áll az ilyen szak-  
ban is szokásos insulin-adagolással. Hogy az ilyen idő-  
szakban adagolt egész kis mennyiségű (3x5 egység) in-  
sulinnak is káros haása lehet, még ha nagyobb mennyi-  
ségű szőlőcukorral is adjuk, arra az irodalomban  
ugyancsak találunk eseteket. *Manke* és *Althaus* a máj-  
betegnek insulin-tűrésének lecsökkenését pl. diagnosti-  
kai segédeszköznek is használja, u. i. 20 egység insulinra  
a vércukornak szokatlan megcsökkenéséből májsérü-  
lésre következtetnek. *Spengler* egyik betege, egy fiatal  
leány, aki később súlyos hepatitisissal exitált, a szőlő-  
cukor-insulin adagok után mindig narkotikus alvástól  
kisért súlyos hypoglykaemiás állapotba esett.

Mindezek arra mutatnak, hogy különösen a súlyo-  
sabb hepatitisek eseteiben, a szőlőcukor-insulin keze-  
lést célszerű az időbelileg megfelelő vércukorértékekhez  
alkalmazni, s ennek értelmében a betegség elején mu-  
tatókozó hyperglykaemiás értékeknél inkább az insulin,  
a későbbi időben jelentkező hypoglykaemiánál pedig  
inkább a szőlőcukor adagolásra helyezni a főszűlt.

*Összefoglalás:* 1. 262 hurutos sárgaság-  
eset statisztikai feldolgozása az alábbi megállapításokra vezetett:  
a) Az arsenobenzolos icterusok százalékos előfordu-  
lása 1933., 1934. és 1935-ben jelentékenyen fokozódott;  
ennek oka az annakidején bevezetett új magyar arseno-  
benzol készítmény, a Revival. 1936. és 1937-ben mutat-  
kozó fokozatos csökkenés viszont valószínűleg a készítmény  
javulásának tulajdonítható.

b) Az elhúzódó hurutos sárgaság-esetek legnagyobb százalékban az arsenobenzol-kezelésen átesettek közül kerülnek ki. Ezek betegségének átlagos időtartama 40 nap, szemben az arsenobenzol-kezelésben nem részesültekkel, kiknél csak 28 nap.

c) A simplex és az arsenobenzolos icetrusok közt — attól eltekintve, hogy az utóbbiak elhúzódóbb jellegűek és súlyosabbak, — tüneti különbség nem volt. Ez a körülmény is megerősíti azt a felfogást, hogy az úgynevezett hurutos sárgaság tulajdonképpen a májállomány sérülése, azaz *Eppinger* értelmezésében serosus hepatitis.

2. A simplex icterus esetekben a betegség elején észlelhető oliguria valószínűleg annak tudható be, hogy a máj viszereinek megszűkülésével a folyadék tartalom és továbbítása lényegesen akadályozott. A betegek ilyenkor a folyadékfelvételt önkéntelenül csökkentik, valóságos folyadék-undoruk van. Ha ilyenkor *Katzensteint* alkalmazunk, a beteg panaszai lényegesen csökkennek s a megzavart anyagcsere helyes irányba tereléséhez is hozzájárulunk.

3. A súlyosabb hepatitiszek esetén észlelhető lipaemia a máj glikogenszegénysége által a környéki zsírtartalékokból megindított zsírvándorlás következménye. Az éhezési lipaemiával szemben a különbség az, hogy éhezéskor a máj a hozzá jutott lipoidokat lebontja és glikogenné átalakítva hasznosítja, a súlyosabb hepatitiszekben azonban a beteg máj erre nem képes s így a májba jutó zsír ott felhalmozódva, annak elzsírosodását hozza létre.

4. Súlyosabb hepatitiszekben a betegség elején kifejezett hyperglykaemia, a közepén normális körüli értékek, a végén pedig kifejezett hypoglykaemia kifejlődését észleljük. A szőlőcukor-insulin kezelésben célszerű ezt a körülményt figyelembe venni és a kezelést mindig az időbelileg megfelelő vércukorértékekhez alkalmazni.

**Budapest Székesfőváros Kun-utcai fiókkórházának és Alföldi-utcai rendelőjének közleménye. (Főorvos: Brezovsky Emil).**

## Adatok a hímtag rákjához.

Írta: *Cser Lajos dr.*, közkórházi segédorvos.

Bár a hímtagrak a sebészi betegségek körébe tartozik, mégis a bőrgyógyásznak nagy szerepe van a kórisme és továbbkezelés — műtét, sugaras — javallatának felállításában, mert a betegek az esetek nagy százalékában elsősorban őt keresik fel. Ennek oka az, hogy a férfiak fiatalabb korukban, ha hímtagjukon bármit észleltek, legtöbbször a bőrgyógyászhoz fordultak bajukkal. Hogy mégis aránylag kevés hímtagrak kerül észlelésre, annak okát egyrészt elég ritka voltában, másrészt a betegek szinte hihetetlen nemtörődömségében kell keresnünk. *Tappeiner* szerint az összes hámdaganatok 1—8%-át teszi a hímtagrak, ez pedig igazán elenyésző szám a gyomor-, epehólyag-, méhrák stb. nagyszámához képest.

Szerte a nagy világon számtalan intézet, elismert orvosnagyság foglalkozik azokkal a kérdésekkel, melyek hivatva lennének fényt deríteni a rák keletkezésére, fertőző vagy nem fertőző voltára, örökölhetőségére, biokémiájára, terapiájára, stb. stb. Így én nem szorítokom másra, mint az irodalomban leírt egyes érdekesebb hímtagrak-adat felemlítésére s a továbbiakban a hímtag-

rák kórbonctanát, klinikumát, orvoslását, végül osztályunkon és ambulantiánkon előfordult hímtagrakokat fogom ismertetni.

Ami a baj fertőző voltát illeti, arról az irodalomban adatot nem találtam s ezt a gyakorlat sem igazolja, hogy a férfi hímtagján levő rákot a méhrákban szenvedő feleségétől szerezte, erről *Ewald* a világirodalomban 100 évre visszamenően csak 50 esetet tudott kétségtelenül (?) kimutatni. *Verebélly* tankönyvében elismeri ennek lehetőségét, bár ő is az implantációra gondol. *vitéz Berde* tagadja a rák fertőző voltát, szerinte a rákos hajlam öröklődhet, ami már a méhbeli életben vagy a fejlődő szövetek egyensúlyának megbillenése vagy egyes hámelemek lefűződése vagy a sejtelemelek helytelen keveredése révén kialakul.

Magáról a ráksejtről, chemismusáról, biológiai folyamatairól keveset tudunk. Jellemző rá a megváltozott anyagcsere, a fokozott oszlási képesség, chemia, hő, fény, vegyi ártalmakkal szemben való, a normalis szövetből eltérő reactio, valamint a szinte megdöbbentő phagocytáló képesség. A kötőszövet igen nagy szerepet játszik a rák keletkezésében és fejlődésében (*Thiersch-Ribbert*). Állítólag az eléggé ellenálló szerkezettel rendelkező kötőszövetű szervezetben nem is keletkezik rák (*Bogomoltz*). A kátrányrák keletkezésében is a kötőszövet-ártalmat vélik elsőlegesnek (*Ulesco-Stroganova*). A rákos daganat ill. fekély körül keletkező „stroma reactiót” — kötőszövet szaporulatot — a szervezet védekező mechanizmusának tekintik mely azonban a daganatszövet burjánzását is elősegíti, tekintve hogy a daganatot jobban tápláló ereket is szolgáltat (*Hanseman*).

A rák keletkezésében a tudomány mai álláspontja szerint nagy szerepet visz a chronikus szövetizgalom, melyet állatkísérletben eléggé be is bizonyítottak (*Yamagiva-féle kátrányecsetelés*). Ismeretesek a paraffin és brikett gyárak hímtag és herezacskó rákos munkásai. *Ewald* szerint azok a munkások, kik a *Fichtel* hegység bányáiban 6 évig dolgoznak, kivétel nélkül megbetegszenek tüdőrákban. Okul a kátránytermékeken kívül a kitermelt anyag radiumtartalmát hiszi. Különböző kéményseprő és brikettgyári munkások megbetegedési statisztikáját közlöm, melyek igazolják ezt a theoriát. (*Statisztikai Hivatal*.)

*Bőrrákban elhalt kéményseprők 1911—25. (Bridge-Henry)*

A rák helye: Összes halálozás:

|            |           |
|------------|-----------|
| Fej-nyak   | 16 (17%)  |
| Herezacskó | 66 (70%)  |
| Hímtag     | 9 (10%)   |
| Váll       | 1 (1%)    |
| Comb       | 1 (1%)    |
| Egyéb      | 1 (1%)    |
| Összesen   | 94 (100%) |

*Angol kátránymunkások statisztikája 1920-27. (Bridge-Henry)*

| Munkanem                      | Herezacskó | ej-nyak | Comb | Alsóár | Egyéb | Összesen |
|-------------------------------|------------|---------|------|--------|-------|----------|
| Kátrány, szurok (gáz-brikett) | 120        | 174     | 50   | 2      | 19    | 365      |
| Paraffin                      | 8          | 2       | 16   | 1      | 1     | 28       |
| Petroleum, gépolaj            | 303        | 31      | 44   | 17     | 23    | 418      |
| Összesen                      | 431        | 207     | 110  | 20     | 43    | 811      |

A fenti statisztika 811 rákban megbetegedett angol kátránymunkásról készült s a táblázat a kóros jelenségek megoszlási helyét mutatja.



A swansea-i brikettgyár 158 munkására vonatkozó adatok (Sladden).

1. A foglalkozás tartamának kihatása.

| Év    | Munkások száma | Rák      |
|-------|----------------|----------|
| 1—5   | 40             | 7 (17%)  |
| 5—10  | 38             | 8 (21%)  |
| 10—15 | 22             | 8 (36%)  |
| 15—20 | 9              | 6 (67%)  |
| 20—25 | 13             | 9 (69%)  |
| 25—30 | 14             | 10 (71%) |
| 30—35 | 13             | 10 (77%) |
| 35—40 | 5              | 4 (80%)  |
| 40    | 4              | 4 (100%) |

II. E munkásokon észlelt 235 kóros jelenség százalékos eloszlása.

| Hely:           | Összjelens. %/o-ban. | Jóind. dag. %/o-ban. | Rák %/o-ban. |
|-----------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Szemkörnyék     | 11.1                 | 15.6                 | 6            |
| Orrkörnyék      | 8.9                  | 13.0                 | 3            |
| Fülkörnyék      | 3.0                  | 3.3                  | 6            |
| Szájkörnyék     | 6.8                  | 7.1                  | 15           |
| Arc egyéb része | 18.8                 | 20.2                 | 18           |
| Nyak            | 8.5                  | 9.8                  | 3            |
| Törzs           | 2.9                  | 1.8                  | —            |
| Karok           | 21.7                 | 16.2                 | —            |
| Kezek           | 4.4                  | 5.9                  | 6            |
| Herezacskó      | 11.9                 | 6.5                  | 42           |
| Comb            | 1.7                  | 0.6                  | —            |

Mind a négy közölt statisztikában első helyet követeli magának a külső nemi szervek rákja. A bőr rákban elhalt angol kéményseprőkön 80%-ra rug, a himtag és herezacskó rákja az egyéb testfelület 20%-ban szereplő rákja mellett. Ehhez nem kell magyarázat. A kátrány-munkások külső nemiszerveinek rákja 53%-kal szerepel az egyéb bőrfelület 47%-a mellett. Legsomorubb képet adja a harmadik statisztika, hol azt látjuk, hogy a munkásoknak több mint fele (67%) betegszik meg rákban, ha 15 éven túl — tehát még férfi korának s munkaképességének teljében — dolgozik a gyárban. Ez a szám a munkaévek növekedésével rohamosan emelkedik, úgyhogy a 40 munkaévet végig dolgozó munkás kivétel nélkül elpusztul rákban; az egyéb gyárakban dolgozók ellenben 60 éves korukon túl végre élvezhetik fáradságos munkáséletük nyugalmát. Ennél lehangolóbb sors emberre nem várhat, mint ezekre a szerencsétlenekre. A negyedik statisztika újból csak az előbbieket bizonyítja. Magyar statisztikát sajnos nem volt módomban beszerezni, mert kevés állott rendelkezésemre és azok is hiányosak voltak, hiszen a rák bejelentése csak ebben az évben vált kötelezővé.

Az említett idült vegyi izgalmakon kívül a rák előidézésében nagy szerepet visznek a mechanikai szövetizgalom és főleg a szövetek praecarcinomás betegségei és elváltozásai. Az előbbinek példájára felhozhatom Arzt klinikájának két esetét, melyekben a hólyagból távozó kő a phymotikus fitymazsákban maradványoktól okozott. A praecarcinomás elváltozások és betegségek gyakran okoznak himtagrákot: elsősorban a veleszületett, másodsorban a szerzett fitymaszükületet kell említenem. Különböző szerzők szerint himtagrák okaként a phymosis a következő százalékban szerepel: Gerő 33%, Desai 8%, Arzt 42%, Nobl 46%, Kaufmann 17.7%, Bamey 85%, Förderl 55%. Tappeiner a zsidók himtagrákjának ritkaságát a körülmetéléssel magyarázza. Samporno a körülmetélést, mint elhárító szerepet tagadja. Osztályunkon 10 himtagrákban szenvedő beteg közül kettőnek volt veleszületett fitymaszükülete.

A rákot kiváltó másik bőrelváltozás a condyloma acuminatum. Buschke és Löwenstein a condylomákat

két csoportra osztja. Egyik a közismert „Spitze Condylome”, a másik a pusztító és beszűremkedő condyloma, melyben a szöveti kép, a rosszindulatúság ellenére, rákos elfajulást nem mutat. Ez utóbbi keletkezhet elsősorban, de gyakran a többször kiújuló és kezeletlen jóindulatúnak látszó condyloma eredhet rosszindulatú burjánzásnak. Mühlford a himtag-csonkolást nem is teszi függővé a histológiai képtől, hanem a klinikaitól. Ha a condyloma pusztító jellegű, dacára a szövettani kép negativitásának, elvégzi a műtétet. Ő ezeket „praecancerosus condylomáknak” nevezi. Henke egy esetében a himtagon fejlődött daganat nagyobb részében fibroepitheliomás, kisebb részében carcinomás elfajulás is volt. Kérdés, vajjon a fibroepitheliomából lett-e a rák vagy a két elváltozás egymástól teljesen függetlenül fejlődött. Ezt a kérdést ma még éppúgy nem tudjuk tisztázni, mint azt, miért lesz a kötőszövetből egyszer fibroma, máskor sarcoma.

Számos szerző észlelte, hogy a régi keményfekély helyén később rák fejlődött. Villemín eseteinek 30—50 %-ában, Nobl 32%-ban talált rákot a himtag régi primaer sclerosisainak helyén. Touraine 97 penis rákosa közül 75 lueses volt.

A himvesszőn előforduló más bőrelváltozás is hajlamosíthat rákra. Ilyenek a cornu cutaneum, acanthoma callosum, az erythroplasia, tuberculosis papillomatosa cutis (Hyde-Morrow), fibromatosis papillomatosa cutis (Riehl-Paltauf), fekélyes folyamatok közül az előleges fekély és a lágyfekély.

Az említettek után áttérek a himtagrák kórbonctanára. A rák legkedveltebb helye a koszorúárok, ezenkívül előfordulhat a makkon, a fityma belső felületén, a húgycsőnyílás szélén, a féken vagy a himtag bőrén. Lehet szemölcsös, karfiolszerű daganat, lehet felhányszélű, krátterszerű, porckeményen beszűremkedő, bűzös váladékot adó, alapjával összekapaszkodó fekély, vagy mint basocellularis ulcus rodens, mely csak a felületen kuszik tovább, alapját nem infiltrálva és szinte csak erosio benyomását kelti. A szöveti kép majdnem mindig cc. planocellulare. A sejtek réteges laphám jellegűek. A rákfészkek szerkezete megfelel kívülről befele haladva a bőr rétegeinek de fordított sorrendben, hiszen itt a legkülsőbb réteg a legfiatalabb és viszont. Tehát a sorrend így alakul: Legkívül a hám csirarétegének megfelelő, beljebb a tüskés réteg, mely ha dominál, akkor cc. spinocellulareról beszélünk, beljebb a keratohyalin és legbelül az elszarusodott sejtek tömegét látjuk hagymalevél módjára elrendeződve s ezért ezeket hámhagymáknak, hámgyököknek nevezzük. Az ilyen szöveti képű rákot cc. keratoidesnek, cancróidnak nevezzük. A rákfészkekben nem ritkán sejtzárványokat is lehet találni, melyeket valamikor a rák kórokozójának tartottak. Verebely a himtag-rákot három csoportba osztja: 1. cc. cancróides seu keratosum, 2. cc. papillare, 3. cc. basocellulare s. ulcus rodens. Német szerzők még mindig Kaposi felosztását vallják magukénak, ki a himtagrákot négy csoportra osztotta: 1. papillaris alak, 2. csomós alak, 3. laposan infiltráló alak, 4. fekélyesedő alak. Ez a felosztás egyezik a bőr rák felosztásával.

A himtagrák a 40—70 év körüli férfiak betegsége. Már eléggé elhanyagolt állapotban szoktak jelentkezni s a tünetek a már előbb említett daganatos vagy fekélyes formában észlelhetők. Ha azonban pl. fitymaszükület eltakarja az elváltozást, akkor a fitymazsák alól jövő bűzös váladék, a porckemény makk, vagy himtag, a húgycsőbe kisugárzó, völgáló fájdalmak keltik fel

gyanunkat s ha a fitymazsákat feltárjuk, diagsosisunk biztossá válik. Elhanyagolt esetben a rák beszüremíti az egész pars pendulumot a barlangos testekkel együtt, megjelennek a lágycsőhajlatokban a mirigyáttétek, vizeleési panaszok, fekélyesedés, sipolyok állnak elő. Az irodalomban tiz olyan eset van közölve, hol az elsőleges himtagrák általános rákosodást okozott (Küttner).

A himtagrák orvoslása: Operabilis esetben műtéti, inoperabilisban sugaras. A műtét függ a daganat előrehaladottságától. Az az 1. Csonkolást végeznek, ha a rák még nem törte át a barlangos testek tokját, mi a himtag lógó részének eltávolításából áll. 2. Ha a barlangos testet is infiltrálja, akkor himtag kiirtást végeznek egészen a symphysisig. 3. Ha a herezacskók és a herék is be vannak szüremkedve, akkor emascuatiót végeznek, ami a himtag, herezacskó és herék eltávolításából áll. A két utóbbi műtétben a húgycső csonkját a gátra varrják ki.

Inoperabilis esetekben és műtéti utókezelésként a röntgen és radium vált be legjobban. A sugaras kezelés a sugarak elektív tulajdonságán alapszik. A Rtg. sugár a *Bergonié-Tribondeau* törvény alapján az erősen burjánzó sejtekre és szövetekre, azután az oszlás állapotában levőkre és a kevésbé fejlettekre fejt ki hatását. A sugárzás hatása először a daganat felpuhulásában jelentkezik, minek magyarázata a szövetek savós átvivódásában rejlik. Később a váladék is csökken, valamint a fájdalmak, melynek magyarázata az, hogy egyrészt a sugárzás az idegvégekre gyakorol közvetlen hatást, másrészt az, hogy a daganat kisebbedett, a környező szövetekre nem fejt ki oly nagy nyomást, mint a kezelés előtt. Többféle sugárzási methodust ismerünk. Megállapított rák-dosis nincsen. A besugárzás felső határát a bőr sugártűrése szabja meg. Ezek szem előtt tartásával adhatunk: 1. Massív dosist, mikor egy ülésben nagy sugármennyiséget keresztűz alakjában adunk. 2. Pfahler-Kingerry telítési sugárzást, mikor massív és rövid időközönként adott sugár adaggal dolgozunk. 3. Coutard-féle elhúzott, tört adagolást, mikor a HED. hat-hétszeresét is lehet adni. A Coutard módja legjobban a műtét utáni besugárzásokra vált be. A Radium kúrában négyféle kezelést alkalmaznak: 1. A testfelülethez alakítható s Ra.-ot tartalmazó lapok segítségével. 2. Távoli egyöntetű besugárzás több cm távolságból. 3. A testüregekbe helyezett tartók segítségével és végül 4. A tüzelési módszert. A Ra. kezelés eddigi tapasztalataink alapján legjobban a szájüreg, bőr és ajakrákok esetében vált be, himtagrákon inkább csak javító eredményt láttunk. A Rtg.-nél mint később megemlítem teljes és maradandó gyógyulást értünk el.

Ezek után ismertetem osztályunk és ambulantiánk himtagrákos beteganyagát. Az utóbbi tiz évben összesen 10 ilyen betegünk volt. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért táblázatban közlöm az elváltozásokat és észleléseinket.

Mint látjuk a tiz beteg közül nyolc a negyvenes koron felül volt mikor átlagosan kezdődik a carcinoma. Egy azonban 27 éves volt! A betegek 50%-ának luese is volt, kettőnek congenitalis phymosisa volt és kettőnél többiben kiújuló condyloma szerepelt a kórelőzményben. A szövet kép egyöntetűen mindegyik esetben cc. planocellulare volt, morphologiailag a fekélyes és papillaris alak váltogatja egymást. Localisatiót illetőleg első helyet a lamina interna foglalta el, míg a makkon

ülő és a koszorú árokban levők egyforma arányban voltak.

1. táblázat.

| Kor (év) | Foglalkozás | Phymosis  | Lues   | Condyloma | Helye         | Alak     |
|----------|-------------|-----------|--------|-----------|---------------|----------|
| 27       | zenész      | congenit. | —      | —         | lam, int.     | papill.  |
| 48       | asztalos    | —         | latens | többsz    | lam, int.     | „        |
| 39       | portás      | congenit. | —      | —         | glans+l. int. | „        |
| 53       | kövező      | —         | latens | —         | sulc. cor.    | fekélyes |
| 50       | m.-tisztv.  | —         | latens | —         | lam, int.     | „        |
| 67       | napszámos   | —         | —      | —         | glans+l. int. | papill.  |
| 59       | napszámos   | —         | —      | —         | glans         | fekélyes |
| 45       | kovács      | —         | latens | —         | sulc. cor.    | papill.  |
| 61       | földműves   | —         | latens | többsz    | lam, int.     | „        |
| 67       | kocsis      | —         | —      | —         | lam. ir. t.   | „        |

Két esetet mint érdekesebbet részletesebben közlök.

Egyik 53 éves beteg, ki 1935. december havában jelentkezett. Himtagján a koszorúárokban a makkra felterjedve kb. tiz filléresnyi, porckemény, felhánytszélű, alapjával összekapaszkodó fekélyt találtunk. Állítása szerint nyolc évvel ezelőtt ugyanezen a helyen dörzsölése volt, mely miatt akkor antilueses kúrában részesült. A próbakimetszés eredménye cc. planocellulare volt. Először műtétet javasoltunk, azonban ebbe nem egyezett bele. Mivel sem a penis egyéb része, sem a lágycső nyirokmirigyek nem voltak beszüremkedve így Rtg. besugárzást tanácsoltunk. A beteg 18 besugárzást kapott. Hatására a tumor és fekély visszafejlődött. Teljesen tünetmentes és a mai napig ellenőrzésünk alatt áll. Jelenleg a hatodik antilueses kúráját végzi. Három év óta kiújulás nem jelentkezett.

A másik eset az 50 éves magántisztviselő, ki azzal fordult hozzánk, hogy himtagján fél év óta sebe van. A beteg igen leromlott állapotban volt. A lamina interna tövével s a glanson kb. pengőnyi felhánytszélű, porckemény, alapjával összekapaszkodó, az egész himtagot infiltráló daganatot s ennek közepén kb. két filléresnyi nagyságú, bűzös váladékú fekélyt találtunk. Mindkét oldali lágycsőmirigyek alapjukkal összekapaszkodottak s kőkemények voltak. A beteg vére, Wa.-r. pozitív volt. Feltűnő volt nagyfokú rekedtsége s a gége csakugyan cc. laryngist állapotban volt. Diagnosisunk: Cs. penis cum metast. lymphogland. reg. inguinalis volt. A műtéti megoldást tartottuk a legcélravezetőbbnek. Ezért sebészeti osztályra utaltuk, a beteget hol kivánságunknak megfelelően emascuatiót végeztek rajta, de a műtét után ötödik napra pneumoniában meghalt. Kórsvétani lelete:

Penis: elszarusodó laphámrák.

Larynx: adenocarcinoma.

Corp. cavern: elszarusodó laphámrák.

Bélpolyposok: praecarcinomás polypus adenomatosus.

Ebben az esetben kérdés az, melyik szerv rákja volt az elsőleges. Erre a kórbonctani lelet sem adott feleletet, de véleményem szerint akár a gége, akár a himtagrákja kezdődött előbb, a többi szerv rákja nem áttéti uton jött létre, hiszen az áttételt jelző legfontosabb szervek — máj, csontrendszer, bélfodor, tüdő metastasistól mentesek voltak. A másik érv, mely ez ellen szól az, hogy az egyes szervek rákjának szövettani képe nem homogen — egyik helyen laphámrák, másikon adenocarcinoma. Ez az eset talán megközelíti a carcinosis universalis fogalmát, hiszen a bélalon levő polypusok is praecarcinomás elváltozást mutattak. Erre természetesen biztos választ akkor kaptunk volna, ha a beteg nem hal el tüdőgyulladásban, hanem csak pár év mulva került volna boncolás alá. Viszont lehetséges az is, hogy a két szerv rákja egymástól teljesen függetlenül keletkezett.

Összegezve a következő tényeket kell megállapítanunk. Megfigyeléseink alapján mi is magunkévá teszünk himtagrák esetében a chronikus inger hajlamosító hatását, hiszen a phymosisok alatt fejlődött rákok a fitymazsákban megrekedt és beszáradt smegma és az odakerülő egyéb tisztátalanság izgató hatása alatt keletkezhetnek. A keményfekély helyén keletkező cc.-ra is volt egy esetünk, a lues különben is betegeink 50 %-án kimutatható volt. Betegeink közül kettő zsidó és így körülmetélt volt, tehát Sampoerno felfogását kell magunkévá tennünk, ki a circumisióban nem látja a penisrák megelőzését. A condyloma acuminatum, mint ok két betegünkön volt a valószínűségig kimutatható. Kórbonctanilag összes eseteink a cc. planocellulare képet adták. A terápiát illetőleg a műtét az az eljárás, mely gyökeres és megbízható gyógyulást hozhat, de a rák kezdeti szakában a Röntgen is tökéletes és gyógyulásra vezethet.

Budapest Székesfőváros Szent István Közkórháza I. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Pólya Jenő egyet. c. rk. tanár.)

## A bél zsírdaganatai.

Írta: Szöllőssy László dr. sebész, közkórh. adjunctus.

1762-ben jelent meg Morgagni közleménye a vékonybélmyomáról, azóta számosan foglalkoztak a bél jóindulatú daganataival. Virchow munkássága ezen a téren is korszakalkotó volt, ő tanulmányozta először behatóbban a vékonybél jóindulatú daganatainak problémáit. A casuisticus közlések száma folyton szaporodik; Hacke már 1912-ben 110 esetet gyűjtött össze s azóta is számos hazai és külföldi szerző szolgáltatott adatokat a bélhuzamban előforduló mirigy-, ér-, izom-, rost- és zsírdaganatok érdekes és változatos kórképeihez.

Mindezek a daganatok ritkán fordulnak elő, de még ritkábban kerülnek helyes kórismével műtetre. Többnyire bélelzáródást, különösen bélbetüremkedést, más esetekben idült vagy heveny féregnyúlványlobot, vakbélrákot vettek fel és csak műtét közben derült ki, hogy a tüneteket jóindulatú béldaganat okozta.

A Szent István közkórháznak Pólya főorvos vezetése alatt álló I. sz. sebészeti osztályán rövid időn belül két zsírdaganatot észleltem a bélben. Az utolsó évtizedek folyamán számos ilyen esetet ismertettek. Míg Hiller 1899-ben csak 21 esetet tudott az irodalomból összeállítani, Ehrlich 1911-ben a saját esetén kívül 51-et talált, P. és A. Derocque 1924-ben 105 bélbéli zsírdaganat adatait dolgozta fel.

A bélbéli zsírdaganatok nagysága igen különböző; vannak borsónyinál kisebbek és férfikölnyinél nagyobbak is, de az ilyenek ritkák, találtak azonban már 6.5 kilónyi savóshártya alatti zsírdaganatot is. A zsírdaganat a bélcatorna minden részében előfordulhat. Ehrlich szerint 3 a gyomorban, 6 a patkóbélben, 6 az éhbélben, 9 a csípőbélben és 24 a vastagbélben székel. (4 helyét nem említi.) A zsírdaganat aránylag ritkán többszörös, a Derocque-féle statisztika 7ilyent említ. Néha azonban igen sok zsírdaganat van a bélben, így pl. Schneller 120 cm. hosszú béldarabban kb. 90 nyálkahártya alatti zsírdaganatot talált, Hemptenberg 21 éves leány boncolása alkalmával az egész lehágó remesében, az S-alakú bélben és a végbél egy részén számtalan zsírdaganatot talált, részben nyálkahártya alatti, részben savóshártya alatti elhelyeződésben.

Megkülönböztetünk külső, savóshártya alatti és belső, nyálkahártya alatti bélbéli zsírdaganatokat. A savóshártya alatti zsírdaganatok, különösen a vékonybélben ülők, olykor egyáltalán nem okoznak tüneteket és csak ritkán járnak súlyosabb következményekkel. Ha kellemetlenségeket okoznak, ezek többnyire tompa fájdalmak, görcsök képében jelentkeznek, utánozhatják az idült féregnyúlványlob kórképét; a zsírdaganat — mint az Pólya egyik esetében előfordult — sérvtömlőbe is benyomulhat. A savóshártya alatti zsírdaganatok lefűződhetnek, elmeszesedhetnek, szabad hasúri testekké válhatnak, néha elhalás is észlelhető bennük, bélbetüremlést viszont igen ritkán okoznak; ez egyáltalán csak akkor történhetik meg, ha a daganat a nyálkahártyát is erősen bedomborítja.

A nyálkahártya alatt fekvő zsírdaganatok előbb-utóbb súlyos kórképeket okoznak. Ezek a nyálkahártya alatti kötőszövetben lassan növekedő zsírdaganatok mindjobban bedomborodnak a bél lumenébe s a felettük levő nyálkahártya többnyire kisebb-nagyobb darabon elhal, kifekélyesedik. A zsírdaganatok széles alapon ülnek, vagy kocsányosak. A kocsány úgy keletkezhetik, hogy a béltartalom tovahaladása és a bélizomzat összehúzódása a daganatra állandóan nyomást gyakorol, mely a daganatot a végbél irányában tolja s ennél fogva a daganat alapja lassankint megnyúlik. Mindkét forma egyaránt zavarhatja a béltartalom tovahaladását részben a bél eltömése, részben bélbetüremlés révén. A kifekélyesedett nyálkahártyán bélvérzések keletkezhetnek, a nyeles zsírdaganatok leszakadhatnak (Hiller 6 ilyen esetről számol be), ilyenkor a daganat nyele vérezhet és a leszakadt zsírdaganat pedig szintén bélelzáródást okozhat.

A bél üregéhez képest kicsiny zsírdaganatok főleg bélbetüremlés révén idéznek elő bélelzáródást; ennek keletkezésében fontos szerep jut a daganattól a száj irányában fekvő bélrész izomtúltengésének, valamint annak is, hogy a bélfal a daganat körül — amint azt már Nothnagel leírta — görcsösen összehúzódik és ezt az összehúzódott bélrészt tolja be a tovahaladó béltartalom a végbél irányában a bélbe. Nagyobb, különösen kocsányos daganatokat a bélmozgások tolják a béltartalommal egyetemben a végbél felé; ilyenkor a kocsány megfeszül és a bélfalat a kocsány tapadásának helyén maga után vonja. A bélfal e helyen behúzódik és tökéletlen, illetve részleges bélbetüremlés keletkezik s ha a bél egész térfogata követi a húzást, létrejön a teljes bélbetüremlés. Ez lehet időszakos, ilyenkor a bélelzáródásos tünetek múlóak, maguktól megszűnők, lehet továbbá állandó, de laza és lehet végül állandó és szoros. Az előbbi elváltozások időszült bélelzáródást okoznak, az utóbbi heveny bélelzáródásra vezet. Derocque 1924. évi munkájában 49 vékonybél- és 52 vastagbélzsírdaganat esetet gyűjtött össze. 56 esetben időszült, 31 esetben heveny bélelzáródást tapasztalt. 32 vékonybélzsírdaganat közül, mely bélbéli akadályt okozott, 88%, a 38 vastagbélzsírdaganat közül pedig, mely a bélműködést zavarja, 50% járt bélbetüremléssel. A betüremlett bélrész különböző hosszúságú lehet; Hiller esetében 50 cm-nyi, Studsgaard-éban 128 cm-nyi volt.

A betüremlett bélrész elhalása és a végbélben át történő eltávolítása ritka, de régen észlelt jelenség. Lengyel 1857-ben írja az Orvosi Hetilapban, hogy Bamberger szerint a bélbetüremlés kórisméjére „tevéleges biztosságot csak a fenésedett bélrész elmenése, vagy azon körülmény nyújt, ha a behüvelyződött bélrész a végbél aljáig lehatván, itt vizsgálat által feltalálják”. Ebben az időben még általános volt a vélemény, hogy „felőttéknél a bélbéhuvelyződés ritka esetekben

bontakozik ki; de legtöbbszörre a befogadott és megfenésedett bélrész 2—4 hetek, vagy igen ritkán hónapok alatti kiküszöböltetése által jön létre a gyógyulás". *J. Frank, Gaultier de Clanbry és Thompson* az irodalomból a múlt század ötvenes éveiben 40 ilyen esetet szedtek össze. A magyar irodalomban tudtommal csak *Pólya* számolt be a bélbetüremkedés olyan spontán gyógyulásáról, mely a befogadott bél elhalása és lelétkedése folytán állott be. Az újabb irodalomban bélbeli zsirdaganattal kapcsolatban is közöltek hasonló esetet, így pl. *Ninaus* betegénél 120 cm-nyi vékonybélrész távozott, melynek végén tallérnyi nyálkahártya alatti zsirdaganat ült.

A bél zsirdaganatának aránylagos ritkasága bátorít fel az alábbi két eset közlésére, amelyeket a Szent István kórház I. sebészeti osztályán 5 hónapon belül észleltem. Megjegyzem, hogy főnököm ezt megelőzőleg már 4 bélbeli zsirdaganat esetet közölt. Ezek a következők: 1. bélbetüremlést okozó savóshártya alatti zsirdaganat az S-alakú bélben, bélcsomók, gyógyulás. 2. A harántremese bélbetüremlést nem okozó nyálkahártya alatti zsirdaganat, kiirtása a megnyitott bélből, gyógyulás. 3. Bélbetüremlést okozó nyálkahártya alatti vakbél-zsirdaganat kiirtása megnyitott bélből, gyógyulás. 4. Combsérvbe jutott, a vékonybélben tapadó hosszú savóshártya alatti zsirdaganat, kocsánylefejtés, sérkapuzárás, gyógyulás. Saját eseteim a következők:

1) 58 éves férfi, 5—6 év óta gyakran érez hasának jobb alsó felében fájdalmakat, gyakori székrekedés, hashajtó bevétele után sokszor heves fájdalmak vannak a vakbél táján, ezek miatt többször napokig is feküdt és borogatta a fájdalmas helyet. Két nappal kórházba szállítása előtt szokott fájdalmak hirtelen igen heves formában jelentkeztek, azóta majdnem állandó hányingere van, többször hányt és gyomortartalmat, sokat csuklik, felvétele előtti napon beöntésre volt széklete, szél spontán is távozik. Az utolsó évben kb. 8 kilót fogyott. Nyelve kissé bevont, mellkasi szervei rendben, hasának fájdalmassága nyomásra fokozódik, a vakbél táján férfienyernyi területen kifejezett izomvédekezés. Hőmérséklet 37,4, pulsus 108 jó telt, vizeletben semmi kóros. Azonnal műtét (*Dr. Szöllössy*) chloraethyl-aether narcosisban. A felhágó remese kb. 12 cmnyi hosszban hurkacsos, tömött tapintatú, ennek orális végén levő behuzódásába tér be az utolsó csipőbélkacs. A hasfal sebét a rectushüvely és a hashártya behasításával felfelé megnagyobbítva a hasüregtől izolálom és a felhágó remeséből a betüremkedett 8—10 cm-nyi livid és vizenyős csipőbélkacsot, majd a vakbél kitérőjét. A vakbélben a *Bauhin*-billejtű mellett 1 diónyi és 2 főtűborsónyi jól mozgatható, sima felületű ellazított izomtapintatú terimennagyobodást érzek. Ha a daganatot a felhágó remese irányába húzom, jól áttapintatható a *Bauhin*-billejtűtől kb. 4 cm-nyire a vékonybél mesenterialis széléhez vonuló közös kocsány, mely itt behuzódást okoz. A daganat könnyen áttólható a vékonybélbe a kocsány tapadásának helyére. A vékonybél falon a mesenterium tapadásával szemben kb. 3 cm-nyi harántmetszést ejtek és ezen át az ép nyálkahártyával fedett diónyi és közvetlenül mellette, tőle aboralisan levő 2 főtűborsónyi daganatot kibuktatom. A kocsányt is képező nyálkahártyát a daganatokra való rádomborodás helyén bemetszem és a daganatokat kifejtve a nyálkahártya sebét catgut varratokkal zárom. A csipőbél nyílását átöltő catgut és ezt fedő *Lembert*-varratokkal elzárom. A féregnyulvány egész lefutásában letapadt, vége bunkósan megvastagodott, fala lobos, ezért a féregnyulványt kiirtom. Közben a betüremlett bélfal színe majdnem normális lett, peristalticája kifogástalan. A hasfal sebét rétegesen egyesítem. Műtét utáni negyedik és hatodik napon beöntésre bő széklet, nyolcadik napon hashajtás. Az első öt napon 37,9-ig emelkedő hőmérséklete van, ettől fogva hőemelkedése nincs. Hasfal-sebe per primam gyógyult. 12-ik napon gyógyultan távozik osztályunkról, azóta is teljesen panaszmentes, 9 kilót hizott. Szövetetani lelet (*Habán dr.*): a praeparatum felszínét bélnyálkahártya borítja, amelyben elvéve egy-egy nyiroktüsző, a mélyebb részletekben vérzések láthatók. A nyálkahártya alatti kötőszövetben teljesen szabályos zsírsejtek halmazai ismerhetők fel, melyek a közönséges zsírsejtekénél valamivel nagyobbak. Rosszindulatúságának semmi jele. Kórisme: lipoma.

2) 52 éves nő; felvétele előtt 5 hónappal hasában gyakran görcsös fájdalmak voltak, ezek hátába és lapocka tájára is kisugároztak; ilyenkor nyálkát is hányt. Azóta is gyakori, étkezéstől független hascsikarása van. Székszorulása, hasmenéssel váltakozik. Étvágya nincs. Mellkasi szervekben kóros elváltozás nincs. Máj, lép nem érhető el. A köldöktől 4 harántujjnyira jobbra a symphysis felé húzódó kétujjnyi vastag resistencia tapintható, mely az ujjak alól nyomásra kitér. Testsúly 41 kg. IX. 1. Gyomor-bél röntgenvizsgálat normalis viszonyokat mutat. Próbareggeli HCl 18, összaciditás 39. Ugy *Weber*, mint benzidin negatív. Beöntéses röntgenvizsgálat alakalmával a végbél és az egész vastagbél akadálytalanul kitelődött, kóros eltérést nem mutat. IX. 7. A hason a köldök körül élénk bélperistaltica látható és itt loccsanás is kiváltható. Időnkint erős hascsikarásokról panaszkodik, szelek ilyenkor nem távoznak. A hasa puffadt. IX. 9. A hasüreg röntgen átvilágításánál folyadék felszín és fölötté gázgyülem nem látszik. IX. 14. Gyomor röntgenlelet normális. 3. hpc. 2 ujjnyi maradék a gyomorban, pép a vékonybélben. 6 hpc. 1 ujjnyi maradék a gyomorban, pép a vékonybélben. A hasüreg jobb oldalán a csipőtányér szélének magasságában ezzel párhuzamosan tágult vékonybélkacs látszik. A bal csipőtányér előtt is felülről lefelé haladó tágult vékonybélkacs látható. Ezen bélkacsokból a pép részben eltávozott, de a tágulás jól észlelhető. (*Schüller-Gombos dr.*) A beteget október 2-án vakbél daganat kórismével osztályukra helyezik. Műtét (*prof. Pólya*) október 4-én chloraethyl-aether narcosisban. Rostélymetszés az ileocoetalis tájon. A vakbél jól mozgatható. Benne tyuktojásnyi puha terimennagyobodás tapintható, mely a vakbél hátsó falán ül. A féregnyulvány egész lefutásában lapszerű lenőtt ezért a féregnyulványt összefűzéseiből felszabadítva alapjánál levágja, a vakbélnek a féregnyulvány eltávolítása folytán keletkezett nyílásán át hozzájuk a tyuktojásnyi nyálkahártya alatti daganathoz, melyet a ráboruló, közepén kifehélyesedett nyálkahártya körülmetszése után kifejt. A nyálkahártya sebét catgut varratokkal elzárja, majd a vakbélben a féregnyulvány eltávolítása helyén keletkezett sebet átöltő catgut és fedő serosa varratokkal egyesíti. Réteges hasfalzárás. Zavartalan sebgyógyulás, műtét után tizenkettedik napon gyógyultan távozik osztályunkról.

Szövetetani lelet: (*prof. Zalka*) 6x5x3 cm nagyságú, lebenyes tokkal körülvett zsírövet, melyben 4x4 cm nagyságban nyálkahártya ismerhető fel, a metszéslapon azonban úgy látszik, hogy a nyálkahártya csak a széli részeken van, mert a zsírövet csak a centrális részeken fekszik és eléri a széli részeket. Az appendix 7 cm hosszú, noteszerűen vastag, felszínén összenövés látható. Mikroszkop alatt a bedomborodó képlet szélén megszűnik a nyálkahártya és itt a képlet felszíne elhalt és lobosan beszűrődött. Maga a képlet lebenyezett zsírövetből áll, melyben az elhalt felszín alatt kifejezett fibroblast felszaporodás észlelhető. Az appendix submucosája fibrotikus, a subserosus kötőszövet is felszaporodott. Kórisme: kifehélyesedett zsirdaganat a vakbélben, mérsékelt időszűlt féregnyulványlob.

Makacs székrekedés, bizonytalan hasi fájdalmak esetén gondolnunk kell arra, hogy a bél átjárhatóságának erőművi akadálya van; ez egyes ritka esetekben jóindulatú béldaganat is lehet. Ennek műtét előtti megállapítása nehéz feladat; elég ha gondolunk rá, mint ahogy a második esetben megtörtént. A vékonybél falában székelő nyálkahártya alatti zsirdaganat diagnózisra még sokkal nehezebb, mint a vastagbélben ülő. A savóshártya alatt székelő megúgyzólván lehetetlen. A vastagbélben és vakbélben levő daganatokat sem mutatja minden esetben a röntgenvizsgálat. A tökéletlen laza bélbetüremlést a beöntéssel bevitt sugárfogó anyag — a bélben levő nyomásviszonyokat megváltoztatva — sokszor megszünteti. Régebben hasonló módszerrel — légbefúvással, víz erőteljes befecskendezésével — igyekeztek a bélbetüremkedést gyógyítani.

Nagy türelemmel keresztülvitt röntgenvizsgálat — mind azt a második eset is mutatta — értékes adatokat szolgáltathat. Néhány vékonybélkacs tágult állapota legalább annyit mond, hogy a bélben ezen tágult kacsoktól a végbél felé esően valamely erőművi akadály van.

A bél zsirdaganatai mint a jóindulatú béldaganatok általában csak műtétrel gyógyíthatók. A korai műtét ilyen esetekben is fontos. A korai beavatkozás sok szen-

vedéstől mentheti meg betegünket, főképen pedig attól, hogy lényegesen rosszabb viszonyok közt lényegesen nagyobb műtétet kelljen kiállania. Mint kifejtettük a bél zsirdaganatai igen sokszor bélelzáródásra — többé-kevésbé heveny és többé-kevésbé teljes bélelzáródásra vezetnek. És ilyenkor a műtét sürgőssé válik, ha csak a daganat okozta bélbetüremelés nem fejlődik önmagától, vagy vértelen kezelésre vissza. Erre azonban soká várunk nem szabad, mert friss bélbetüremelés esetében könnyű a műtét kihüvelyezés, míg a behüvelyeződött bélrész elhalása, mely igen gyorsan bekövetkezhetik, lényegesen nagyobb műtétet, kiterjedt csontkolást tehet szükségessé. Gyors beavatkozásunkkal elejét vesszük a bél pusztulásának, de még helyesebb, ha akkor végezzük a műtétet, amikor igazi bélelzáródás még nem is következett be, vagy legfeljebb valami enyhe formájában a kórelőzményből hámozható ki. Ilyenkor ugyanis sokszor egész kis műtét elégséges, az elzáródással fenyegető daganatot a bél megnyitása — (enterotomia) segélyével feltárjuk és kihámozzuk. Úgy a nyálkahártya sebét, mint a bélmegnyitás céljából ejtett sebet megbízhatóan elvarrjuk.

A műtét kivitele szempontjából felemlítendőnek tartom a második esetünkben *Pólya* főorvos által követett eljárást, a vakbél zsirdaganatának a kiirtott féregnyulvány lemettsége által a vakbélben keletkezett nyíláson át való eltávolítását.

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

## A csiga sequestratioja idült fülgyenedés kapcsán.

Irta: *Kecskés Zoltán dr.* egyetemi tanársegéd.

A gyakori és sokszor évekig tartó dobüreg-gyenedés mellett a belső fül gyuladása egyesek szerint idült esetek 1%-ában, hevenylobnál 0.1%-ban fordul elő. Gyermeken a bonctani viszonyok miatt gyakoribb, *Jansen* szerint 3:1 arányban. A labyrinthus gyuladása létrejöhet a véráram útján, vagy közvetlenül a csontos tok gyuladása, törése folytán; közvetve a nyirok-vérerek, kötőszövet útján. A heveny középfüllob inkább az ablakon keresztül, idült folyamat a csontos tokon át terjed a belsőfültre; a haematogen fertőzés (toxin) ritkább.

Az idült, genyes középfülgyulladás eseteiben a belső fül lobja *Krepuska prof.* szerint akkor társul, ha az idült nyálkahártyagyuladáshoz gyakran ismétlődő, újabb fertőzés csatlakozik, vagy halláscsont-fekélyesedés szövődött és az előcsarnok csontfala is gyuladásban van, továbbá cholesteatoma esetén a csont nyomási sorvadása, matrix és a sarjszövet okozta csontgyulladás a tömkeleg üregét nyitja meg. Idült dobüreggyuladaskor a sarjadzás a csontra fekvő felületén jelentkező osteoklast sejtek cholesteatoma nélkül is megindíthatják a labyrinth tok lobját, mely átalakulásra vezethet. Heveny fellobbanáskor a tömkeleg fertőzése a hártás ablakokon keresztül történik: először gömbsejtes beszűrődés indul meg az ablak kötőszövetében, majd apró tályogok keletkeznek, végül a hártás szétesik. A megnyitott labyrinthus ürbe behatol a sarjszövet és ennek nyomán a bakteriumok.

A tömkeleg-gyulladás *Schlander* 150 este közül 67 diffus, 83-ban körülírt alakban jelentkezett. A körülírt jobbindulatú, rendszerint helyi betegség marad, a diffus lob okozza a halálos végű koponyaüri szövődeményeket.

A klinikai tünetek kezdetben izgalmiak (szédülés, hányás, egyensúlyzavar, láz, stb.), később a belső fül működésének teljes vagy részleges kiesése következhet be.

A bakteriumok, vagy toxinjaik a belső fül gyuladása kapcsán a szövetek táplálkozása zavarát okozhatják. A labyrinth lágyszövetek, valamint gyógyulásakor az osteoklastok az elhalt csontot elpusztítják és a sarjszövet hegszövétté alakulva a hiányt pótolja, máskor az üregeket ujonan képződött csont tölti ki. Nagyobb csontdarab elhalásakor az ép rész határán elhatároló gyuladás indulhat meg, az elhalt csontot az osteoklastok és a benyomuló sarjszövet különválasztja. A holtcsont kilökődése évekig eltarthat.

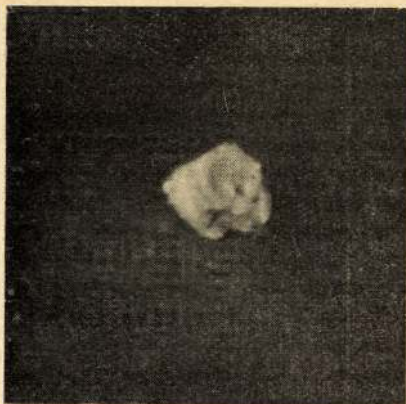
A belső fül egyes részei: ivjáratok, csiga s az egész labyrinth kilökődhet, de leirták az egész sziklacsont sequestratioját is. *Jachontoff* csigasequestert távolított el labyrinthotomia utáni erős gyenedés miatt végzett reoperáció alkalmával. *Mann Max* esetében az ivjáratok kilökődtek, a csiga ép maradt. *Hinsberg* betegének 1/2 év óta szédülése, fejfájása volt, jobb füle polypokkal volt tele. Teljes siketség, calorikus ingerelhetőség, a fistula tünet erős volt. Műtétkor mindhárom ivjáraton át-törést, extradurális tályogot, és csigasequestert talált. Revidiálja *Ruttin* és *Uffenorde* álláspontját, mely szerint a labyrinthot csak teljes kiesés után szabad megnyitni. *Amersbach* idült fülgyenedés és arcidegbénulás miatt végzett műtétkor talált holtcsontot. *Kompanejc*, *Lebensbaum* eseteiben teljes labyrinthus-sequestratio állott fenn. *InoKubo* 6 éves gyermekén kanyaró utáni fülgyulladás, a belső fül működésének teljes kiesése, arcidegbénulás, egyensúlyzavar miatt végzett műtét alkalmával teljes belső fül sequestratiót talált. *Rejtő* szerint cholesteatoma által okozott csiga és az ivjáratokat is magában foglaló holtcsont esete ritka, mert gyöngy-daganat esetén a folyamat lassan terjed a belső fülre, lobgát kifejlődésére van idő, teljes sequestratio a heveny fertőző betegségek (skarlát, di. stb.) következménye szokott lenni. *Güttich* heveny esetben talált sequestratiót: genyenes szétesett sinusthrombosis, a hátsó koponya-gödör és az agyalap vérökleinek thrombosisa állott fenn: az egész sziklacsont elhalt, exitus.

Az idült dobüreg gyenedéshez csatlakozó körülírt labyrinthitis okozta sequestratio reparációs folyamat és az elhalt rész kilökődése után a kiesési tünetek megmaradása mellett gyógyulás következik be. A gyógyítás sebészi, gyökeres műtét: az elhalt csont megkeresése és eltávolítása.

A sequestratióknak jellegzetes tünetcsoportja nincs. Lezajlóban lévő labyrinthitis esetén gondolni kell csont-elhalás lehetőségére. A belső fül működésének teljes, vagy részleges kiesése utáni heves gyenedés és sarjszövetképződés holtcsont gyanúját kelti fel. A csont kilökődési folyamata közben labyrinthus izgalmi tünetei lehetnek jelen, vagy a kórelőzményből állapítható meg a lezajlott folyamat. Az elhalt csont kiküszöbölése céljából keletkező gyuladás erős fejfájásokat okozhat. Az irodalomban közölt esetek nagyrésztben a belső fül működésének teljes, vagy részleges kiesése, arcidegbénulás, valamint gyökeres műtétre nem gyógyuló gyenedés voltak a közös tünetek. Gyanú esetén röntgenvizsgálat értékes utbaigazítást adhat.

Leggyakoribb a csontelhalás heveny fertőző betegségek (skarlát, di. ty.) után főleg gyermekben; felnőtteken tbc. vagy cholesteatoma okozza; ritkán figyelték meg az egyszerű, idült középfülgyulladás után s ezért érdemesnek tartjuk az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán kezelt esetünk közlését.

P. E. 45 éves, jó erőben lévő férfitbeteg 1937. június 26-án vétetett fel a klinikára. Gümőkórja, luese, vörhenye nem volt. 6 év óta folyik a bal füle. 4 nap óta arcideghűdés. Feje nem fáj, nem szédül. Vizsgálatkor a b. o.-i dobüregben igen tömött, vérző sarjakat találunk, bő fülgenyedéssel. B. o. teljes cochlearis és vestibuláris kiesés, nystagmus, fistulátünet nem volt kiváltható. Gyökeres műtét: a csecenyűvány eburneált, a sinus proximalisan és lateralisan fekszik. Az aditus, recessus és a dobüregben vérző sarjszövet található. A kalapács hiányzik, a cariosus üllöt a sarjak közt találjuk meg. A facialis csatornán a vízszintes ivjárat előtt gombostűfejnyi kimaradás látható. A daganatszerű sarjtömeg górcsövi vizsgálatkor egyszerű granulatiós szövetnek bizonyult.



Az állandó fejfájás, sarj-útraképződés, genyedés, valamint a dobüreg medialis falán tapintható érdes, lemeztele-nített csont miatt 1937. X. 18-án újabb műtétet határozzunk el. A röntgenvizsgálat az ivjáratokat, vestibulumot tágultnak találta, a csiga helyén babnyi területen csontritkulás látszott. A radicális üreget feltárjuk és a sarjak kikaparása után előtűnik a szürkén elszíneződött és sequestrált cochlea, amelyet óvatosan eltávolítunk. Az ivjáratokat nem kaparjuk ki.

A holtcsont hiányzik a csiga a promontorium mögötti pars vestibularisa, valamint az utolsó csavarulata, a cupula; a csont szürkés-fehér színű, törékeny. Mikroszkop alatt a csigatok elvékonyodott, a falában csontfelszívódásra utaló üregeket találunk.

1937. XI. 8-án gyógyultán távozik a beteg. 1938. áprilisban megejtett vizsgálatkor teljesen száraz, behámosodott radicalis üreget találunk, az arcideg bénulás kezelésre sokat javult.

A betegnek az orr-, gége- és fülklinikára jöve-telekor teljes cochlearis, vestibularis kiesése és arcidegbénulása volt. A tönkrement labyrinthus egyen-súlyozó zavarai már kiegyenlítődték, ami lezajlott laby-rinthitis mellett szól, azonban erre utaló adat a kör-előzményből nem derült ki. Valószínűleg a gyuladás lassan haladt előre a tömkelegben, mérsékelt izgalmi tü-neteket okozva. Az anamnesisből sem vörhenyre, sem gümőkóra gyanú nem volt, cholesteatomát nem találunk, csak daganatszerű sarjtömeget. Ez indokoltá teszi azt a feltevésünket, hogy egyszerű, idült, genyes dob-üreggyulladás okozta a csiga gyuladását, elhalását és ki-lökődését. A csiga szövettani metszetén a csontfalán több helyen hiányt találunk, ezen keresztül benyomul a sarj-szövet; górcső alatt jól kitűnik, hogy a sarj a csiga bel-seje felől és a tokon keresztül is pusztítja a csontot, több helyen levált csontdarabot látunk sarjszövettel körül-veve. Másutt a csontos tokban felszívódásra utaló üre-geket találunk, a csontkírógódásban osteoklast óriás-sejtek is felfedezhetők. A csiga lágy részeinek szerke-zete nem ismerhető fel. Esetünkben párhuzamosan ha-ladt a sequestratio és csontfelszívódás.

A teljes baloldali vestibularis kiesés mutatja, hogy az ivjáratokra is kiterjedt a gyulladás és az elhalás. Rtg. vizsgálatokkal az ivjáratokat tágultaknak találtuk, ami egyezik azzal a nézettel, hogy az osteoklastok az endos-teum felől hatnak s ennek következménye a csatorna

körkörös tágulata. A csontfelszívódás folyamata itt is megindult, de sequestratio nem következett be. Te-kintve, hogy a holtcsont eltávolítása után a beteg meg-gyógyult, valamint az arcidegbénulás is javult, helyes volt az ivjáratok és a facialis csatorna kimélése.

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

## Gyógyító kísérletek iontophoresissal az orrban.

Írta: Ipolyi Ferenc dr. egyetemi tanársegéd.

### I. Általános rész.

A budapesti orr-, gége- és fülklinikán kísérleteket végzünk az orr bántalmainak iontophoresissal történő gyógyítására. Folyamatban lévő kísérleteink egy részéről akarunk beszámolni.

A galvánáram, azaz egyenáram hatására az oldott vegyületek ionjai, valamint a colloidok, mozgásba jönnek, mégpedig az elektromos töltésükkel ellenkező polus felé vándorolnak, vagyis a polus a vele azonos töltésű ionokat taszítja. Ez eljárás jelentősége az, hogy ionok és colloidok képesek a galvánáram hatására az ép bőrön vagy nyálkahártyán át behatolni a szervezetbe. Ezúton gyógyszerek vihetők be az orga-nismusba. Az Iph. tehát a parenteralis gyógyszerbevitel egy fajtája. Lényeges tulajdonsága, hogy ép köztakarón keresztül jut be, tehát 1. nem kell a bőr alá juttatni tú segítséggel, 2. nem igényel hámihiányt behatolási kapu-ként, 3. átjutása és felszívódása sokkal gyorsabb és eredményesebb, mint az ép bőr felszívóképességére alapított egyéb gyógyszereké, 4. tetszés szerinti nagyságú bőrfelületen alkalmazható, 5. hatása tartósabb, mint a befecskendezett gyógyszereké.

Az Iph.-sel duzzaszthatunk, duzzadást csökkenthe-tünk és specifikus hatásokat érhetünk el a szövetekben. A létrejött reactio függ a bevitt iontól, az elektromos mennyiségtől, tehát az áramerősségtől, az áramhatás idejétől, a szövet-colloidok töltésétől és duzzadásfoká-tól, az Iph. okozta anyagcsere- és colloidváltozásoktól.

A kezelés főfeltétele: hogy tudjuk, melyik polussal milyen anyagot vihetünk be, azaz milyen anyagot taszít valamely polus. A pozitív polus, vagyis az anód taszítja a kationokat, így az oldott sók fémionjait, az alkaloidá-akat, a histamint, adrenalint, formalint; colloidok közül a chromoxydot, aluminiumoxydot, stb. Tehát ezen anyagok a pozitív polussal, az anóddal vihetők be.

A negatív polus, a katód, taszítja az anionokat, az oldott sók közül a savmaradékokat, J., Br., Cl., S., SO<sub>4</sub>, NO<sub>3</sub>, OH. stb., a negatív töltésű colloidokat, kén, gra-phit, colloid állapotban lévő fémekeket, a berlini kéket, benzidinfestékeket, stb. Ezen anyagok tehát a negatív polussal, a katóddal vihetők be.

A szövetekbe jutó kation az otlévő chlorral, az anion pedig a natriummal egyesül, vagyis az az ered-mény, mintha ezen ion Cl. vagy Na. sóját vittük volna be.

Galvánáram-forrásul használhatunk bármely trans-formátor gépet (panthostat, multostat, stb.), accumula-tort, vagy telep-áramot. Az indifferenten elektródnak jó-val nagyobbak kell lenni, mint az activnak s e célra megfelelőleg megnedvesített kézi hengerelektrodát, vagy a kezelés helyétől messze eső bőrfelületre erősített lap-szerű elektródot használunk. Kísérleteinket panthostat-tal és a Deutsch-féle hordozható, kis kézi, 30 Volt fe-szültségű Pertrix anódtelopes készülékkel végezzük.

Activ elektród gyanánt hatófelületén arannyal galvanizált orrdrótot használunk, melynek másik végét a vezetékbe iktatjuk. E drótra vattát csavarunk és ezt mártjuk a megfelelő oldatba. Ideálisabb lenne szénpálcika elektródokat használni, de a drót könnyen sterilizálható és használata gazdaságosabb. Gondosan ügyelni kell arra, hogy az activ elektród fémrésze ne érintkezzen a bőrrel vagy nyálkahártyával, az inactiv elektród pedig ne érjen valamilyen testfelületen lévő fémhez (gyűrű, karkötő, stb.), mivel égési sebet okozhat. A hatás erőssége az áramerősségtől, időtartamától és bizonyos fokig az oldat töménységétől függ.

## II. Histamin iontophoresis. (H. I.)

Elsőnek erős értágító és fájdalomcsillapító hatása miatt a histamint, a  $\beta$ -imidazoylthylamint próbáltuk ki. A histamin rendszeren megtalálható a szervezetben s a bőr minden sejtjében bőségesen jelenlévő histidinből szabadul fel  $\text{CO}_2$  lehasadása útján és hozza létre a bőr ingereit kísérő érreakciókat. A histamin a bőrbe juttatva hármias hatást fejt ki. Erős kipirulást okoz a behatolás helyén, ennek szomszédságában quadli képződik, amelyet piros udvar határol. A bőr hőmérséklete a behatolás helyén növekedik (egész  $3.6^\circ$ -kal) s ez órákig eltart, szemben a gyorsan múló diathermia okozta hőemelkedéssel. Capillarmikroszkópos vizsgálat a hurka területén erős exsudatiót mutat a kitágult erekből, a capillarisok fokozottan átérésztők, a nagy vérbőség következtében gyorsabb a felszívódás. A vörös udvart az arteriolák kitágulása okozza.

A histamin nemcsak a bőrben, hanem a mély szövetekben, izmok, ízületek stb. is nagyfokú vérbőséget okoz és mélyre hatoló fájdalomcsillapító hatást fejt ki. A fájdalomcsillapító hatás nem cocain jellegű.

A histamin általános hatásai: a távoli fájdalomcsillapítás, a gyomornedvelválasztás fokozása, vérnyomáscsökkenés, immunfolyamatok serkentése. A kerin-gésbe egyenest bejuttatott histaminnak lehet sokhatása, ezt azonban iontophoresisnál sohasem tapasztalni.

Néha, különösen a fej közelében történő Iph.-nél, múló vértódulások fordulnak elő.

Kísérleteinkben a Richter-féle 1:200 hígítású histaminoldatot használtuk; 1:20.000 hígításban 1—2 Ma. áramerősséggel 1—3 perc ideig. Histamin-iontophoresis után az ornyálkahártya óriási módon megduzzad, vérbő, élénkebb piros színű lesz és fokozott vízszerű váladék termelés indul meg. A betegek melegezt érznek fejükben, átmeneti lüktető érzéssel, arcbőrük kipirul és az áramhatás ideje alatt fúmes ízt érznek a nyelvükön. A nagyfokú nyálkahártyaduzzanat 1—2 óra hosszat, a vérbőség és fokozott váladéksecretio 4—5 óra hosszat tartott. Néha a kezelés után tüszögés támadt. Vízzel végzett ellenőrző kísérletekben a duzzadás egész kisfokú volt.

A H. I. kezelést először ozenás és siccás betegeken próbáltuk ki. Kiterjedt pörkösödés esetében a kezelés után a pörkök leváltak, a nyálkahártya megduzzadt, nedvdússá vált, a kellemetlen szag csökkent, a főfájás megszűnt, s a garat beszáradt váladékkal fedett vékony nyálkahártyája is nedvdúsabbá vált. Ezen betegek garatjában is végeztünk H. I. kezelést, amely után itt is leoldódott a besült váladék, a nyálkahártya fellazult, vérbővé vált s a betegek megkönnyebbültek. Sokszor egész meglepő volt, hogy a centiméterekre tátongó orrjáratok annyira megduzzadtak, hogy az orr rendes tágaságúnak látszott. A H. I. a pörköket kíméletesen választotta (áztatta) le, vérzéseket sohasem okozott.

Ez a gyors és kitűnő hatás különböző ideig tart és sajnos, nem állandó. Voltak betegek, akiknek másnapra már ugyanúgy tele volt pörkkel az orruk; olyanok, akiknél sokkal kevesebb pörk képződött, míg másokban napokig, sőt 1—2 hétig sem észleltünk pörképződést. A főfájás legtöbbször megszűnt, súlyos esetekben csökkent. A kezelés feltűnő jó hatása nem maradt tehát állandó. Tekintettel arra, hogy ezen orvost igénylő eljárással nem tudtunk maradandóbb hatást elérni, mint a rég bevált és odahaza is végezhető jódglycerines tamponálással, az ily betegségnél a rendszeres H. I. kezeléstől elálltunk.

Kipróbáltuk eljárásunkat azon betegeken, akiknek nem volt nagyfokú pörkösödésük, hanem csak szárazba hajló hurutjuk, tágabb orrjáratokkal, beszáradásra való hajlammal. Az elváltozások kisebb fokának megfelelőleg az eredmények jobbak voltak. A főfájás, száraz érzés, pörkösödés megszűnt. A hatás azonban itt sem volt maradandó. Egyénekenként változóan, napok, vagy egy-két hét múlva ismét jelentkeztek a tünetek.

Voltak olyan betegek, akik a fél-homloktájra, vagy az egész fejre kiterjedő főfájásról, álmatlanságról panaszkodtak ép mellüreggel mellett. Ezeknek a gyakran anaemiás betegeknél orrjáratok kissé tágabbak, de pörknélküliek voltak. Az ilyen betegek tünetei egy pár kezelésre megszűntek. Többen közülük azóta egyáltalán nem jelentkeztek, míg másoknál igen hosszú időre (hónapokra) terjedő tünetmentességet sikerült elérni. Kellemetlen, a kezelés folytatását megakadályozó tüneteket egy betegünkön sem észleltünk.

Volt egy érdekes esetünk. Egy 13 éves leány conjunctivitis phlyctenosa-ja egyetlen orrba adott H. I. kezelésre meggyógyult. Fél év múlva ismét jelentkezett e baja, mely a H. I.-re ugyanilyen gyorsan meggyógyult. Liebermann Leó professor úr szíves volt három conjunctivitisben szenvedő beteget kísérlet céljára átengedni, akiken azonban 2—2 kezelésnek semmi eredménye sem volt.

A H. I. fájdalomcsillapító hatását próbáltam egy sinusitis frontalis acuta miatt trepanált betegen. Egy nappal a műtét előtt kívülről a homloktájra adott H. I. után az addig szedett fájdalomcsillapítókra nem szűnő kínzó főfájása 24 órára megszűnt.

Fornet és Paul közlései után megpróbáltam szénanáthás beteget deszenzibilizálni H. I.-sel. Sajnos, csak két esetem van. 1:200.000 hígítású oldatot használtam, 1 Ma. erősséggel, 0.5—3 percig tartó kezelés-sorozatban. Az egyik esetben a már kitört tüneteket jelentékenyen enyhítette, a másik esetben a kitörés előtt végzett kezelés elnyomta a baj kitörését, de a beteg abbanhagyván a kezelést, nem kerülte el sorsát, kitört a szénanáthája. Azért úgylátszik, lehetséges lesz valami eredményt elérni.

Összefoglalva az elmondottakat, a következő megállapításokat szűrhetjük le:

1. A H. I. ozenás betegeken igen alkalmas a pörkök gyors és kíméletes leoldására, de gyógyulást vagy tartós eredményt nem ad.
2. Szárazba hajló hurutjal járó panaszokat csökkenti, de nem gyógyítja.
3. Nem melléküreg-eredetű főfájás esetén, tágabb, de nem pörkös anaemiás orrban jó eredményt ad.
4. Deszenzibilizálási kísérletekkel érdemes foglalkozni.

Kísérleteinket tovább folytatjuk egyéb gyógyszerek bevitelével s ezeknek eredményeiről majdan be fogunk számolni.

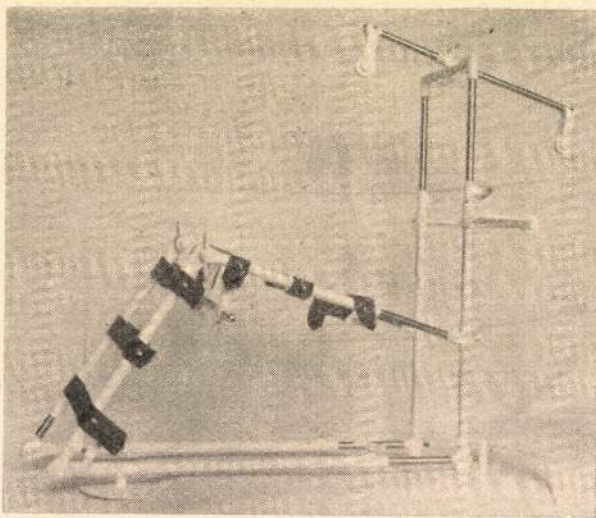
A budapesti m. kir. 10-es számú honv. és közr. helyőrségi kórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztály-országfőnök: Sereghy Emil m. kir. ezredorvos.)

## Egy új szabályozható comb- és alszársín.

Írta: Sereghy Emil dr.

A comb és lábszár töréseit régen nyújtott helyzetben kezelték. Az angol Pott 1750-ben írta korszakalkotó, merész könyvét a csonttörésekről, ebben egy új physiologiás tant állít fel: azoknak az izmoknak a működését, amelyek a törtvégek rövidülését hozzák létre, a tört végtagnak kétszer hajlított síkon való elhelyezésével kell kikapcsolni; húzást nem alkalmaz. Felfogása hamar elterjedt, azt többen elfogadták és hasonló síneket szerkesztettek; az 1820-as években azonban a nyújtott helyzetben való rögzítés renaissance-a kezdődött. A nyújtott helyzetben kezelők már húzást alkalmaznak a végtagok bütykeire felhelyezett kötésekkel, a semiflexiók még csak rögzítenek minden húzás nélkül.

Gurdon Buck alkalmaz először ragtapaszt, csigát, súlyokat húzásnál, Volkmann pedig a róla elnevezett szánkót használja és a gáton átvezetett kötélekkel való ellenhúzás helyett az ágy lábvégét emelteti fel. Zuppinger fejti ki újra a semiflexio jelentőségét és nyújtó készülékeit 1905-ben megszerkeszti. A Braunsin is, mely egész világon elterjedt, melyet újabban Böhler egy kevésbé módosított, Zuppinger elvein alapszik.

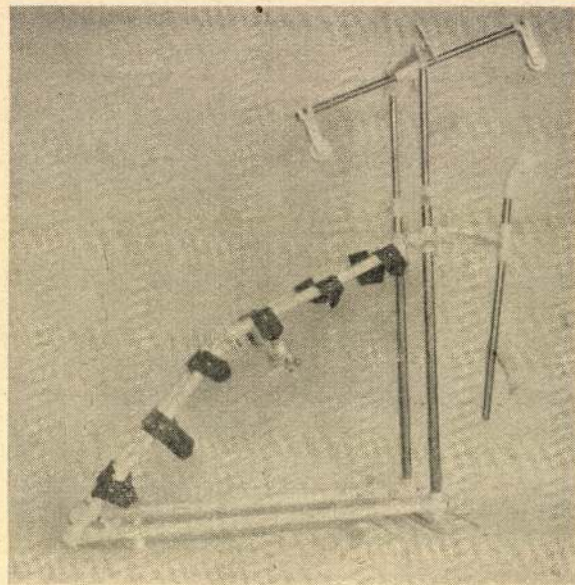


1. ábra.

Ma törések esetén lehetőleg a korai és primaer repositiót végezzük, tehát nagy erőnek rövid ideig tartó hatásával szüntetjük meg a törtvégek eltolódását; a kis súllyal való tartós húzás jelentősége helyzetétel céljából erősen csökkent, de rögzítés céljából alkalmazása — kivéve a helyzetett és újabb eltolódásra nem hajlamos töréseket, — nélkülözhetetlen.

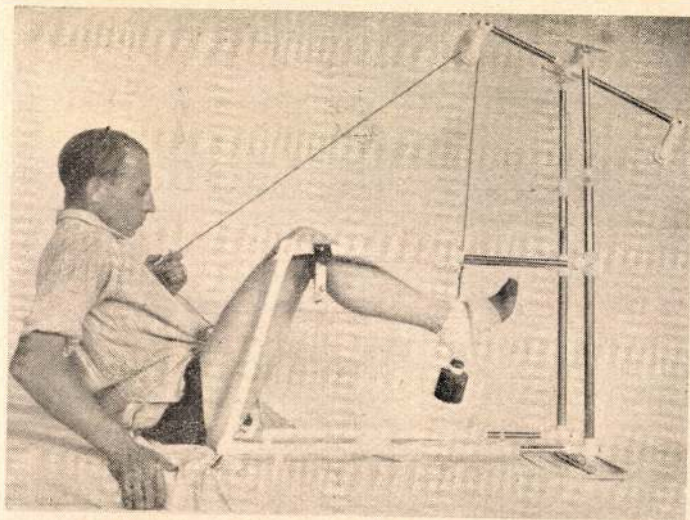
Az izmoknak középpállásbeli ellazulása Zuppinger elvei szerint nem hozta meg a kívánt eredményeket, mert egy izomcsoportnak ellazulása az antagonisták megfeszülését hozza magával. Nincsen olyan helyzet, amelyben minden izom el volna lazulva. A törtvégek eltolódása esetről-esetre más, aszerint, hogy egy-egy izomnak mekkora része tapad hozzájuk. A hajlító és feszítő izmok hatása tehát nem a félhajlított helyzetben kapcsolódik ki, mert sok függ attól, hogy a törés helye mekkora távolságra van az izmok eredésétől és tapadásától; így comb diaphysis törésnél főleg a kö-

zepső és alsó  $\frac{1}{3}$  határán, vagy alszártörésnél a felső  $\frac{1}{3}$ -ban a combnak  $60-70^\circ$ -os, az alszárnak  $110-120^\circ$ -os hajlítása legcélszerűbb mind helyretevéshez, mind rögzítéshez.



2. ábra.

Ha nagy eltolódású töréseket tartós húzással akarunk helyretenni, nagyon sokszor nem felel meg a hajlításnak az a foka, amely egy nem szabályozható Braun, Böhler, stb. sínen van. Még ha ilyen töréseket egyéb húzókészülékekkel helyzetettünk, a rögzítést feltétlenül ugyanabban a helyzetben kell végeznünk, amelyben a helyretevést végeztük, különben bekövetkezhetik a törtvégek újabb eltolódása.



3. ábra.

Ehhez járul még a Braun-, Böhler-féle, stb. nem szabályozható síneknél az, hogy a comb- és alszárrész hossza sokszor nem felel meg a beteg méreteinek.

Többen készítettek szabályozható comb- és alszársíneket, melyek használhatók lágyrész- vagy csont-húzásra. Mindegyiknek tetszés szerint szabályozható a comb- és alszár-szöge, azonban csupán Stahnke gépén állítható be az alszár-rész a tompaszögtől egészen az egyenesszögig. Mindegyiken szabályozható a combrészt hossza, a Matt-Deubnerén azonban az alszárrész is



hosszabbítható. Beállíthatók úgy, hogy a húzás úgy a comb-, mint az alszár-részre tengelyirányban hasson. A sínek szárai párhuzamosan állanak egymással, melyekre pólyaturokat helyezünk, ezen foglal helyet a végtag.

Sínünk megszerkesztésében az előbbi készülékek összes előnyei szemünk előtt lebegtek, azonkívül igyekeztünk azok hiányait pótolni.

Készülékünkön a comb szöge  $30^\circ$ -tól  $90^\circ$ -ig, a comb és alszár szöge  $90^\circ$ -tól  $180^\circ$ -ig szabályozható, amit nagy duzzanattal járó alszár-, boka- és lábtörések esetén a duzzanat csökkentésére jól alkalmazhatunk. Mind a comb, mind a lábszárrész hosszabbítható és rövidíthető, a comb- és alszárrész lágyrész- vagy csont húzásal tengelyirányban húzható. Az összes eddigi szabályozható és fix comb- és alszársínek szárai párhuzamosan haladnak és nem szélesíthetők. Az alsó végtag azonban a törzs felé kúpszerűen vastagodik, ez különösen erős izomzatú vagy vastag zsírpárnájú egyéneknek sok kellemetlenséget okoz, mert combjuk vagy a külső, vagy a belső oldalon ráfekszik a sín vasrészére. Sínünk szárai a törzs felé tetszés szerint szélesíthetők, így erős izomzatú vagy kövér egyéneknek is kiválóan alkalmazható.

A sínek szárait apró horgokra akasztott szíjak kötik össze, ezáltal a sín pólyázása fölöslegessé válik.

A merev térd mozgatójának gyakorlására *Böhler*, *Ansinn* külön készüléket szerkesztett. Készülékünk ezeket fölöslegessé teszi, mert ha csak a térd alatti szíjat hagyjuk fenn, a térd tetszésszerű magasságban beállítható és vele a beteg merev térdének mozgatóját is eredményesen gyakorolhatja.

## Gyógymasszázs és mechanoterápia.

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

### A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: *Benderek István dr.*

#### A masszázs hatása a felszívódásra.

Tapasztalatilag megállapított tény, hogy a masszázs megfelelő alkalmazása bizonyos beteges izzadmányok eloszlását meg tudja indítani és lefolyásában gyorsítani. Például idült savós inhuvelgyulladások fluktuáló duzzanatait, melyek kezelés nélkül hónapok óta fennállnak, megfelelő masszázs alkalmazására néhány héten belül eloszlónak. De nemcsak a folyékony, hanem a szervült izzadmányok is kedvezően befolyásolhatók. Ezért a masszázs javasolt sok olyan betegségben, illetve betegség utáni állapotban, melyekben a gyulladások maradványainak eltávolítása és tökéletesebb gyógyulás a célunk.

A masszázs felszívódást elősegítő hatását számos kísérlet bizonyítja. Kimutatták állatkísérletben, és emberen, hogy a bőr alá, vagy izomba adott injekcióval a szervezetbe juttatott oldott anyagok sokkal hamarabb jutnak az általános keringésbe és gyorsabban jelennek meg a vérben, nyálban vizeletben, ha az injekció helyét masszírozzuk, mintha magára hagyjuk.

Nemcsak az oldott anyagok, hanem kolloid szemcsék is gyorsabban szívódnak fel masszázs hatása alatt. Ezt *Mosengeil* bizonyította be állatkísérlettel. Az állatok izületébe kolloidális kínai tust fecskendett és a végtag masszázsa után sokkal távolabbi részeken tudott a nyi-

rokutakban és a nyirokmirigyekben mikroszkóppal tuszemcséket kimutatni, mint a masszázzsal nem kezelt kontroll állaton. Mivel az izület belsejét a masszázs ingerhatása alig érinti közvetlenül, e kísérlet bizonyos távolhatás lehetősége mellett szól.

A felszívódás élenkülését rendszerint úgy képzeltek, hogy a masszázs hatására a hajszáleres vérkeringés, a nyirokképződés és a nyirokáramlás élenkül, másrészt a felszívódásra váró idegen anyag mintegy belesajtolódik a nyirokutakba. Ez a voltaképpen igen durva elgondolás vezetett aztán arra a felfogásra, amely a masszáznak a felszívódásra gyakorolt hatását pusztán mechanikai tényezőkkel akarja magyarázni. A masszázs hatása abban állna, hogy a felszívódásra kerülő anyagot mechanikailag igen apró darabokra zúzza, ezeket az apró darabokat a nyirokutakba sajtolja s így eloszlásukat és felszívódásukat biztosítja. Régebben szervült izzadmányok, periostális megvastagodások, duzzadt nyirokmirigyek durva zúzásától és morzsolásától sem riadtak vissza abból a célból, hogy a beteg szövetet felszívódásra alkalmas anyaggá zúzzák szét. Ezt a gyakran igen fájdalmas műveletet szükség esetén narkózisban végezték. *Dollinger Gyula* már 1884-ben helyesen írja, hogy „az erőszakos szétdörzsölést okozó erőművi behatás körülírt lobot okoz, amely nagyobb anyagforgalommal járván, a szétzúzott részek felszívódását mégjobban elősegíti.” Annál csodálatosabb, hogy még ma is közkezen forognak igen ismert nevű külföldi szerzők tollából eredő tankönyvek, melyek tisztán a mechanikus felfogás alapján állnak.

Évek óta azt a nézetet valljuk, hogy masszázzsal sem beteges, sem normális szöveteket nem lehet széjjelzúzni és elmorzsolni az élő szövetek súlyos sérelme nélkül. A képződmények felszívódását egyszerű mechanikai ill. dinamikai folyamatnak nyilvánítani helytelen álláspont. Meggyőződésünk szerint a masszázs kisebb-nagyobb mechanikai sérüléseket okozva az érintett szövetekben, fel tudja kelteni a szervezet formatív reakcióit (*Roux*) és bonyolult élettani folyamatok egész sorát indítja meg, a sejtek felszívódása és sejtek képzése útján új szöveteket építve. Gyulladásos folyamatok maradványait, sérülések következményeit, a szervezet éppen a regenerációt serkentő ingerek híján, vagy hiányos ingerek miatt reakció nélkül tűr és a regenerálást mintegy befejezettnek tekinti. A mechanikai ingerlés, legyen az akár masszázs akár torna, olyan ingereket ad, melyek a szövetek ujjáépítésére vezetnek, mégpedig időszerűen és helyesen alkalmazott kúránál a tökéletesebb gyógyulás irányában. Nagyon valószínű, hogy az ingerek kiinduláspontjai kisebb-nagyobb sérülések, amelyek a kezelt, főképp a mezodermais eredetű szövetek elszerveződnek. De távolról sem szabad a szövetek olyan összeállítására gondolni, mely belőlük felszívódásra alkalmas emulziót csinálna.

A szervezet formatív reakcióinak szereplése teszi érthetővé azt is, hogy a masszázs nem alkalmas olyan képződmények felszívódásának megindítására, vagy elősegítésére, melyek normálisnak tekinthetők, vagy a szervezet alkati sajátságai. Így természetesen nem alkalmas olyan betegségek befolyásolására melyeknél a szervezet élettani folyamatai hibásak. Nem lehet például lipomákat, fibromákat masszázzsal megszüntetni.

Hogy a masszáznak nem tisztán mechanikai, hanem élettani hatásai is fontosak az is bizonyítja, hogy a kedvező befolyás érvényesül azokon a részeken is melyeket mechanikai hatás közvetlenül nem ért. Így a mélyen fekvő szövetekben, izületek belsejében, csontok rejtett felszinein, stb.

### A masszázs hatása az izmok élettani működésére.

A masszázs egyik legrégebbi és legáltalánosabban ismert alkalmazása a fáradtság megszüntetése megerőltető testi munka után. Azt a tapasztalati tényét, hogy a nagyobb testi megerőltetéseket követő fáradtságérzést és az izmok tehetetlenségét a masszázs megszünteti, vagy legalább is csökkenti, általában azzal a feltevessel szokás magyarázni, hogy az izomműködés alatt képződött anyagcseretermékek feldolgozását és kiürítését meggyorsítja és így a fáradtságot okozó anyagok hatását megszünteti. A kérdés tehát szorosan összefügg a masszázs előző fejezetben tárgyalt felszívódást elősegítő hatásával.

A masszázs fáradtságsszüntető hatását komoly vizsgálat tárgyává először *Zabludowszky* tette 1883-ban. Ergográfus vizsgálataiból az tűnt ki, hogy a súly emelésében kifáradt izomcsoport működőképessége tökéletesebben tér vissza masszázs hatása alatt, mint ugyanolyan ideig tartó egyszerű pihentetésnél. *Maggiora*, *Ruge* és mások kísérletei hasonló eredményre vezettek. Többen azt is megállapították, hogy a pihent izom masszázsa is fokozza a teljesítőképességet. — Elfáradt izmon a hatás olyan kifejezett lehet, hogy a teljesítőképességet az eredetinek a 3—7-szeresére fokozhatja.

Számos kísérlet igazolja, hogy állatkísérletekben, sőt túlélő békaizmon is az idege felől kimerülésig izgott izom (elektromossággal) összehúzóképesége gyorsabban tér vissza a masszázs hatása alatt, mint egyszerű pihenés után. *Breda* vizsgálatai, a *Koivistonien*-féle úgynevezett finn sportmasszázs hatásáról, elég elfogadható formában bizonyítják, hogy a masszázs kb. 30%-kal tudta fokozni a sportolók teljesítőképességét.

Az izomfáradás élettana azt bizonyítja, hogy az izomban, működése közben, savanyú vegyhatású anyagok, bomlástermékek halmozódnak fel (szénsav, tejsav, foszforsav, stb.), melyek egy bizonyos koncentrációt elérve, az izom működőképességét csökkentik, s azokat az érzéseket keltik, amelyek összességét fáradtságnak nevezzük és melyek a mozgás további erőltetésének többé-kevésbé szándékos abbanhagyására bírnak. A masszázs ezeknek az anyagoknak a oxidációját és eltávolítását siettet, különösen a vér és nyirokkeringés élénkítésével és a felszívódás fokozásával.

A pihent izom masszázsanak a teljesítőképességre gyakorolt hatását azzal magyarázzák, hogy a tétlen izomban is halmozódnak fel bizonyos bomlástermékek. Ezek okoznak a nem kellően használt izmok fáradékonyságát, izomfájásokra való hajlandóságát, általában a túlságos nyugalomra kárhóztatott emberek rossz közérzetét. Ez tenné érthetővé a masszázs jogosult javallatát minden olyan esetben, mikor betegeinknek hosszas mozdulatlanságot kell rendelnünk. Minden fekvőkúra, minden olyan betegség, amely rendellenes mozdulatlanságot tesz szükségessé, indokoltá teszi a masszázs alkalmazását, — ha más okból nem is — a beteg általános közérzetének a javítására. Így használjuk az általános masszázst rekonvalens fekvőkúráinál, vagy sérülések, műtétek következtében fekvésre kényszerült, de egyébként egészséges szervezű betegeknél. Az egészséges ember úgynevezett diétás masszázsa is minden valószínűség szerint az izomzatra gyakorolt hatása folytán hozza létre a felgyógyulást érzését.

Számos vizsgálat mellett szól, hogy a masszázs izomműködést javító hatása nem pusztán a vérkeringés élénkítése és a fáradtságokozó anyagok eltávolítása útján jön létre, hanem a kontraktilis elemek közvetlen befolyásolása útján is.

Kimutatták, hogy a túlélő izom, elfárasztása után, a masszázs hatása alatt akkor is gyorsabban visszanyeri munkaképességét, ha a vér és nedváramlás már megszűnt. A masszázs hatása alatt az izomműködés oxidációs fázisának kémiai folyamatai, melyek a bomlástermékekből részben ismét felépítik az energiaforrás gyanánt szolgáló anyagokat (glykose, monophosphat, kreatinin-phosphorsav), megélnkülnek és az izomműködés kémiai előfeltételeit legalább részben helyreállítják akkor is, ha a bomlástermékek eltávolodása nem jöhet számításba. *Rugen* az a megállapítása is, hogy a masszázs után a túlélő izom csak szaporábban következő áramlökésekkel hozható tetanuszba, mint különben, a kontraktilis anyag közvetlen befolyásolhatósága mellett szól.

A masszázsnak ezen teljesítőképesség-fokozó hatását gyakran összecserélték az izomfejlesztéssel és általános szokássá vált a sorvadt izom masszírozása. Ma már laboratóriumi kísérletek, de különösen klinikai észlelések egész sora igazolja, hogy a masszázs nem fejleszti, csak erősíti az izomzatot. Az izomzat gyarapodásának egészen másféle ingerekre van szüksége, mint amilyeneket a masszázs nyújthat. Idegkapcsolatától megfosztott izom atrofíáját feltartóztatni masszázs útján nem lehet.

Téves az a felfogás is, mintha a masszázs az izmok tónusát fokozná. A masszázsnak az egész szervezetet felgyógyító, régi orvosi nyelven, tonizáló hatását nem szabad úgy értelmezni, mintha a masszírozott szervek és különösen az izmok tónusa fokozódott volna.

Érthetővé teszi e tévedést, hogy a sima izomrostok tónikus összehúzódását bizonyos mechanikai ingerek valóban elősegítik. Példa erre a terhes méh összehúzódása, az emlőbimbó merevedése, a fehér dermografizmus simítás nyomán. Az akaratlagos mozgás harántcsikolt izmain a masszázs hatása alatt inkább a tónus csökkenését észleljük. De ez semmiképpen sem jelent munkaképességcsökkenést. (Atléták puha izmai!)

Elastometriás mérések számadatokban mutatják ki az izom testének puhábbá válását a masszázs hatása alatt. A testi megerőltetés ellen alkalmazott masszázs is jórészt tónuscsökkenésben leli kedvező hatásának magyarázatát. A fáradt élő izom tónusa — mondhatjuk — mindig fokozott és ez a mozgások lassúságának, nehézségének az oka. A masszázs hatására az izmok fokozott tónusa, merevsége enged, hajlékonysága, reagálóképessége az idegimpulzusokkal szemben gyorsul.

A masszázs számtalan nagyjelentőségű javaslata éppen azon alapszik, hogy megfelelő fogásokkal a fokozott tónusba jutott és emiatt gyakran fájdalmas izmok rendellenes állapotát és vele együtt fájdalmakat is szüntet. A belső szervek megbetegedéseit kísérő perifériás fájdalmakat is enyhítheti. Például a női bajokat kísérő derékfájások, a végtagok statikai hibái, az ízületek, idegek betegségei gyakran igen kifejezett izomhipertóniákkal járnak, melyeket a masszázs igen kedvezően befolyásol. A masszázs fájdalomcsillapító és vele együtt gyógyító hatása sokszor éppen a hipertóniák megszüntetésében leli magyarázatát.

Esetleg még a központi idegrendszer hibáiból eredő spazmusok is enyhíthetők megfelelő masszázsfogásokkal. Már *Charcot* tudta, hogy a hemiplégiától kontrakturás ember bénult tagja rövid időre mozgékonyabbá válik a megfelelő masszázsfogások, különösen a megrázás és a vibráció alkalmazása után. A finn sportmasszázsban is jelentékeny szerepük van a megrázásoknak.

A masszázsnak a reumás fájdalmak leküzdésében használható kitünő hatása is részben a tónust csökkentő hatásával magyarázható.

Ez látszólag ellentmondásban van azzal a megállapított ténnyel, hogy kellő erősségű mechanikai inger az izom körülírt területén összehúzódást, tónusfokozódást idéz elő, aminek szembeötlő példája az idiomuscularis rángás. Kétségtelen, hogy olyan erős mechanikai ingerek, melyek idiomuscularis összehúzódásokat idéznek elő, kellő szaporasággal és megfelelő elhelyezéssel alkalmazva egy-egy izomcsoport tónusának átmeneti fokozódását okozhatják. Az izmok készsége az idiomuscularis összehúzódásokra változó, egyrészt az egyéni alkat szerint, másrészt bizonyos betegségek hatása alatt. A masszázsfogások megválasztásánál és adagolásánál ezt a körülményt figyelembe kell venni.

Fáradt, vagy atrofias izmot így ingerelni nem szabad, mert csak túlfáradást érünk el. Ártunk vele.

(Folytatjuk.)

## IRODALMI SZEMLE

### Belorvostan.

**Az essentialis hypochrom anaemia pathogenesiséről.** W. Thiele. (Klin. Wschr. 1938. 52—53.)

Az 1913-ban Knud Faber által először ismertetett körkép tünetnema jól ismeretes: hypochrom anaemia, mely gyakran szövődik achlorhydriával vagy achyliával, néha a torokképletek az oesophagus nyálkahártyájának atrophijával, paraesthesiákkal. Főleg 20—40. év között asszonyokon jelentkezik.

Kóroka nem tisztázott; kétségtelenül fontos szerepet játszik a gyomorműködés zavara, a gyomor gyors kiürülése klinikailag kimutatható normális savviszonyok mellett is. Ez utóbbit a szerző jellegzetesnek tartja. Két esetét ismerteti, mindkét esetben a gyomor 45 perc alatt ürült ki. A táplálék gyors tovakerülésével vastartalmának kihasználása tökéletlen, főleg, ha sav- vagy fermenthiány is járul hozzá: ezúton a szervezet vaskészlete is csökken. Szerző szerint a gyomor gyors kiürülése és a szervezet vaskészletének csökkenése játszik fontos szerepet a körkép kialakulásában.

Greiner Antal dr.

**Vérjód tanulmányok.** Gutzeit és Parade. (VII—IX. közlemény. (Zschr. Klin. Med. 1938. 159.)

Egészséges emberek organikus vérjódja sc. adrenalinra és testi megerőltetésre nő, hyperthyreotikusoké változatlan marad, vagy inkább csökken. A pajzsmirigy rtg.-besugárzásának hatása vérjód-meghatározással pontosan ellenőrizhető: ha hatásos volt, az organikus vérjód csökken; ha nem, változatlan marad, vagy emelkedik. Műtét előtt fontos a jód-előkészítés, mert kedvező esetben ennek hatására az organikus vérjód már a műtét előtt normalizálódik és a súlyos postoperatív reactio elkerülhető. Prominál után (köztiagy narkosis) nem süllyed a vérjód, ez a szer tehát a pajzsmirigy működését magát nem befolyásolja, hatása csak tüneti.

Petrányi Gyula dr.

**Ideges anorexia és hypophysis-eredetű kachexia.** Bruckner, Wies és Lavietes. (Amer. Journ. of Med. Sci. 196/5. 663. 1938.)

Ismertetik két fiatal leány történetét, akik súlyosan kachexiások voltak és akiken a Simmonds-kór több jellemző tünete megvolt, de egyedül bőséges táplálásra, hormonkezelés nélkül meggyógyultak. Első betegüknek nem volt kedvére az iskolai tanulmány, hiába kérte szüleit, hogy azt abba hagyassa és ekkor kezdett fogyni. Testsúlyának majdnem felét elvesztette és amenorrhoeás lett. Érlökése 50, vérnyomása 72/40, száraz bőr; normális hajzat. Rendes nagyságú mammák. Alapanyagcsere —34%. Vércukor 26 mg% hypoglykaemiás tünetek nélkül. Gyomorban szabad sósav. Bőséges táplálkozásra rövidesen hízni kezd. Alapanyagcsereje még három hónap múlva is — 16% volt, vérnyomása azonban nőtt, érlökése rendes szaporaságú és vércukra normális lett. Újból menstruált. A másik beteg igen kifejezetten hysteriás volt és családi zavar után kezdett nem enni, emellett járt-kelt, tennisz-

zett. Testsúlyának majdnem felét elvesztette. Mensese elmaradt. Érlökése 50, vérnyomása 82/68. Dús hajzat. Alapanyagcsere —23%. Vércukor 70 mg%. Szondán át kezdték táplálni, később maga táplálkozott és meghaladta régi testsúlyát, alapanyagcsereje ekkor is —19% volt. A szerzők szerint a hormonkezelés vagy mirigybeültetés nélkül, csak bőséges táplálásra beállott gyógyulás nyilván kizárja a Simmonds-kórt. Ettől megkülönböztetésül figyelmeztetnek az aránylag jó izomerőre és kiváltképen a mammák megmaradt nagyságára ideges anorexia okozta soványságban.

Perémy dr.

### Szülészet.

**Méhnyálkahártya-átültetés és petefészkműködés méhkiirtás után.** N. P. Verhatsky (Kharkovi Egyetem). Gynéc. et Obstétr. 1938. júl.)

A méh petefészkműködésre gyakorolt hatásának tisztázására különböző szerzők számos állatkísérletet végeztek, ezeknek az eredményei azonban eltérők. Egyesek egereken méhkiirtás után rendes hüvelyklyust észleltek és a petefészkek is épek maradtak, mások ellenkezőleg a ciklus súlyos zavarait és a petefészkek sorvadását észlelték. Kérdés, hogy a petefészkek sorvadását a méhnek, mint belsőelválasztásos szervnek a hiánya okozza-e, vagy pedig a műtét által okozott ér-idegösszeköttetések megzavarásának a következménye. Ezen kérdések tisztázására a szerző állatkísérleteket végzett fehér patkányokon, melyeknek hüvelyklyusát 2 hónapon át figyelte és rendszeren találta. Az első csoport állatnál kiirtotta a méhet (mindkét méhszarvat). Ezeknél a ciklus műtét után 2 hónappal rendetlenné kezdett válni és fokozatosan megszűnt, a petefészkek pedig elsorvadtak. A második csoport állatnál megszakitotta a méh és petefészkek ér-idegösszeköttetést; ezeknél a ciklus és a petefészkek nem változtak meg 11 hónappal a műtét után sem. Tehát az előző kísérletben a petefészkek sorvadása és a ciklus megszűnése nem az ér-idegösszeköttetések megszakításának következménye volt, hanem a méhnek, mint belsőelválasztásos szervnek a hiánya okozta azt. A harmadik csoportnál méhkiirtás után méhnyálkahártya-átültetéseket végzett (a Douglasba és hasizomba); ezeknél a petefészkek sorvadása és a ciklus megszűnése nem következett be. A hatás azonban nem bizonyult állandónak, mert a műtét utáni 8—10-ik hónaptól kezdve a nyugalmi állapot kezdett kiszélesedni (9—13 napig). A kísérlet azonban azt bizonyítja, hogy az átültetett méhnyálkahártyának serkentő hatása van a petefészkek működésére és bizonyos mértékben helyettesíteni tudja a méhet. Az átültetett méhnyálkahártyadarabokat megvizsgálva, minden esetben megtalálta bennük a méhnyálkahártya jellemző szövetelemeit. Egy második kísérletsorozatban tanulmányozta az átültetett méhnyálkahártya későbbi sorsát nyúlakon és kutyákon. Az átültetést a Douglasba, rectumba, hólyag- és hüvelyfalba, valamint az elülső hasfal izomzatába végezte. Az állatokat 2—6 hónap után ölte le. Az átültetett nyálkahártyarészeket mindig jelentékeny növekedést, és pedig expansív és nem infiltratív növekedést mutattak. Többnyire köles, borsó, vagy cseresznye nagyságú tömlők-ké alakultak át, savós tartalommal. Ezeknek falában mindig meg lehetett találni a méhnyálkahártya szövetelemeit kielégítően működő mirigyhámmal. (Szerző hangsúlyozza, hogy ezzel a méh belső elválasztásos működésének kérdése nincsen tisztázva és újabb vizsgálatok szükségesek.)

Cserényi László dr.

### Szemészet.

**Szénkéneg-mérgezés.** Mc. Donald. (Arch. Ophthalm. 1938. nov.)

Szerző 120 műselyemgyári munkást vizsgált meg szemészeti szempontból (viscose-eljárás). Neuritis retrobulbaris nem talált; az idült mérgezés legkorábbi jelének a vakfolt megnagyobbodását tartja (22%). Egyéb tünetek: pupillazavarok (55%), papilla-elváltozások (16%), vestibularis típusú szemrengés (50%). 55%-ban talált csökkent sarureflexet; de ezt a keratitist okozó tényezőnek kell betudni (kénhidrogen!).

Grósz István dr.

**A szem tengelyhosszának mérése élőben.** Rushton, (Ophth. Soc. Un. Kingd. 58. 1.)

Eddigélé kétféle módszer állt rendelkezésre: a szemtükrözés és contrastanyag retrobulbaris befecskendezését követő röntgenfelvétel. Régebbi kutatók, így Edison és

Röntgen előtt is ismeretes volt a retina érzékenysége az X-sugarak iránt. Pirie és Taft később újból leírták a jelségeket. Ezt idegentest localisatiójára is felhasználták (Gifford). Szerző készülékének lényege, hogy keskeny résen át mozgó röntgensugárnyalóbot bocsát a vizsgálandó, adaptált szemre oldalról, míg a beteg nem jelzi, hogy a látott fénykör ponttá kisebbedett (hátsó polus!). A szaru vertexét orr felől mikroszkop, fonálkereszt és hasáb segítségével állítja be. A szem hossza skálán olvasható le  $\pm 0.1$  mm. hibával. A háromperces exponálás (72 KV, 3 MA, 60 cm.) csupán 1/100 HED-t jelent s a szemre nézve veszélytelen. A tengelyhossznak ilyen mérése klinikai célokra alkalmasnak látszik.

Grósz István dr.

### Gyermekgyógyászat.

**Adatok a tüdőatelektasia kérdéséhez.** Preuss. (Arch. f. Kinderheilk. 114. 3.)

Ismerteti a tüdőatelektasia tüneteit, formáit és a kezelés irányát. Megkülönböztet légzésihiány, a levegőt vezető utak elzáródása és a tüdő összenyomása következtében létrejövő atelektasiát. A hirtelen beálló, nagy kiterjedésű légtelenség tünetei: szapora pulsus, normális testhőmérsék, a beteg oldalon erős fájdalmak lépnek fel, köhögési inger kínozza a beteget anélkül, hogy sikerülne sok váladékot kiköhögnie. Atelektasia esetén a beteg mellkasfél kisebb, a bordaközök beszűpedtek. A légzési zörejek csökkentek vagy megszűntek. A kopogtatási hang rövidült. A pectoralfremitus részleges atelektasiánál erősödött, teljesnél csökkent. Gyakran bronchophonia van jelen. Röntgenátvilágításnál a növekvő negatív mellkasi nyomás következtében a szív és a mediastinum a beteg oldal felé tér ki, a rekesz magas áll. A veleszületett atelektasia fennmaradhat a mellkas és a tüdő fejlődési rendellenességeinél, az izmok hypotrophiája, a mellkasfél kis ellenállása, aspiratio, a légző központ fejletlensége, ill. elpusztulása miatt. A szerzett atelektasia előfordul egészségeseken is reggel, a nem kielégítő légzés vagy tartós hátrafekvés; gyenge csecsemőkön a levegő utólagos resorptiója miatt. Mellkasszűkítő tényezők, mint trans- és exsudatum, a szív és szívburok-nagyobbodás, aneurysma, tumor is okozhatnak atelektasiát. Bronchuselzáródás jöhet létre a megnagyobbodott szív, vagy kyphosis nyomán, vagy idegentest által. Rachitissnél az izmok gyengesége miatt a légzés csökkent volta vezethet atelektasiához. Fertőző betegségek: diphtheria, poliomyelitis, bronchitis, bronchiolitis, bronchiektasia, pneumonia, tuberculosis kapcsán gyakoriak a részleges atelektasiák. Lipijodolos contrasttöltés után gyakran észleltek rövid ideig tartó atelektasiát létrejönni. Postoperatív részleges tüdőcollapsust is aránylag gyakran észleltek. Kezelésül szénsavbelégzést ajánl Henderson, természetesen az oki terapián kívül.

Wollek Béla dr.

### Bőrgyógyászat.

**Benzpyren kísérletezés következtében emberen keletkezett epithelioma.** E. Klar, Berlin. (Klin. W. 1938. 37. sz.)

Kísérleteket végeztek annak kiderítésére, hogy a benzpyren és chemiai rokonai carcinogen tulajdonságúak-e? 0.25%-os benzolos oldatot és port használt. Ez oldattal hosszúszerű ecsettel egereket ecsetelt be. Kísérleteinek eredményeként tipikus elszarusodó laphámrákot kapott. Három hónappal a kísérletek befejezése után jobb alkarjának feszítő oldalán borsónyi csomó jelentkezett, amelyet eleinte folliculitisnek vélt s csak eredménytelen kinyomási kísérletek után excindáltatott. Histologiai lelet megfelelő emleszedő epitheliomának. Valószínűnek tartja, hogy ennek létrejötté okozati összefüggésben áll a benzpyrennel. Felhívja a figyelmet arra, hogy ilyen erőlyes hatású rákkeltő anyag használatakor a védőrendszabályoknak a legpontosabban tegyünk eleget.

Nagy Imre dr.

**Az uliron felszívódása a gyomor-bélcsatorna különböző szakaszaiból állatkísérletekben.** Hüllstrung, Tübingen. (Klin. Wschr. 1938. 43. sz.)

Kísérleti állatokon a gyomrot, a vékony- és vastagbeleket műtétrel izolálta és az izolált szakaszokba külön-külön szondát vezetett és ezen keresztül 1–2 gr. uliront adagolt testsúly kg.-onként. Majd Hecht-féle módosított eljárással a vérből ulironkimutatást végzett és arra az

eredményre jutott, hogy bár az uliron a gyomorból gyakran resorbeálódik, de az a mennyiség oly kicsiny, hogy qualitative is alig mutatható ki. A vékonybelekből minden esetben történt kimutatható mennyiségű fölszívódás. Azonban a vékonybelebe vitt ulironmennyiséget emelte, a vér ulirontartalma ennek ellenére nem emelkedett. Ez a körülmény azt engedi feltételezni, hogy a vékonybél nyálkahártyája csak korlátozott mennyiségben vesz fel uliront. A vastagbélbe jutott uliron után a vérvizsgálat mindig negatív eredményt adott, tehát felszívódás innen nem történik.

Nyáry Lenke dr.

### Urologia.

**Jóindulatú nagy vesedaganatok, azok pathologiai és klinikai jellemzése öt eset kapcsán.** O. T. Bailey és J. H. Harrison. (Journ. of the Urology. 1937. 38. 6.)

Öt esetét közölnek, ahol vesemegnagyobbodásnál jóindulatú daganatot találtak. Négy volt adenoma és egy leiomyoma. A daganatok súlya 830–4940 gr. között változott. Az ilyen daganatokat jóindulatúságuk mellett is el kell távolítani, mert feltárás nélkül nem tudjuk elkülöníteni. Kisebb adenomák igen gyakoriak a vesében, rendszeresen csak boncoláskor találjuk meg. Ezekből a kis adenomáktól csak nagyságban és alakban különböznek.

Ascher Ferenc dr.

**Attéti vesefertőzés diagnostikája és kezelése.** H. G. Hammer. (Journ. of the Urology. 1937. 38. 6.)

A metastatikus úton létrejött perinephritikus tályog secundær jelensége a vesefertőzésnek; mindkettő feltétlenül acut staphylococcus fertőzésre mutat. Általában 30–40. életévek között fordul elő, gyakoribb a jobboldalon. A fertőzés kiinduló pontja a test távoli helyén lévő furunculus és carbunculus, fertőzött seb, orális infectio, vagy a légzőszervek betegsége, melyek a vérpálya útján átvedőnek a vesébe. Az elsődleges góc kimutatása sokszor nehéz. A folyamat alaki megjelenése és kiterjedése a kórokozók számától és virulentiájától függ. A veselaesiók lehetnek kisebb-nagyobb abscessusok, a velő vagy a kéregállományban, perinephritissel vagy perinephritikus tályoggal szövődve. A vesecarbunculus is ebbe a csoportba tartozik. Egyes klinikusoknak az a véleménye, hogy a különböző megjelenési alakok egy folyamatnak a különböző stádiumai. A klinikai tünetek tárgyalása után leszögezi a teendőket. Korai diagnosis után incisio, drainage, ritkán nephrektomia.

Ascher Ferenc dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Manuale di medicina interna.** D'Gugliermo Müller et collaboratori. Prefazione del prof. barone A. Korányi. (S. A. Editrice Genio—Milano.)

Müller Vilmos „Klinikai Receptekönyv”-éből kinőtt, jól ismert belgyógyászati kézikönyvének olasz kiadása fekszik előttünk, melynek kiegészítő munkájában még három olasz professor is részt vett. Mindenesetre szép sikere ez egy éveken át jól bevált magyar könyvnek, amiben, ha része is van, de nem döntő a szerepe az olasz-magyar barátságának. Az olasz kiadó sokkal realisabb üzletember, semhogy jól meg ne nézné, mire költi a pénzét, várható-e attól olasz könyvsiker, amit kiad?

A munkához Korányi Sándor báró írt pártoló előszót, az egyes fejezeteket jeles szakemberek írták (Kalocsay K., Pékovich I., Tállyai-Róth M., Hollander L., Szász T., Baráth I., Kövesi G., Fuchs D., Aszódi J., Torday F., Matolay Gy., Fornet B., Rózsa L.) és három fejezetet kiváló olasz professorok alkalmaztak olasz viszonyokra és toldottak meg: a fertőző betegségeket Domenico Cesa-Bianchi, a tuberculosist Umberto Carpi, s az anyagcserebetegségeket Pietro Sisto. — Az olasz szaksajtó a magyar orvosi kutatás „internationalis” értékére mutat rá a könyv elismerő kritikáiban és azt nagyon jól használható, átfogó ismereteket terjesztő kiváló gyakorlati értékű munkának jelzi, — amire nemcsak a szerzők, elsősorban a művet létrehozó kartársunk, hanem mindnyájan büszkék lehetünk.

A 400 oldalas könyv az olasz nyomdaipar magas színvonaláról tanúskodik. Ára vászonkötésben 95 Lira.

Vámossy prof.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 13-i ülése.

### Bemutatók:

**Martyn R.:** *Pylorus passage-zavar érdekesebb esete gyermekben.* 14 éves leánynál 10 hónapja igen erős gyomor-görcsök voltak, naponta többszöri hányással. A feltűnően lesoványodott leánynál a köldök mellett jobboldalt almányi, tömött, el nem mozgatható tumor volt tapintható. A klinikai és röntgenlelet alapján kétségtelennek látszott, hogy esetünkben organikus pylorus stenosis forog fenn, valószínűleg ulcusos alapon. A műtétnél csak a gyomor elülső falán látszott mintegy gyermektenyérszerű terület alkalmasnak a gastroenteroanastomosis elvégzésére. A gyomor megnyitásakor azonban kiderült, hogy a gyomorfallal ezen a területen is tetemesen megvastagodott, hypertrophiás. A beteg a műtét után 4-ik napon meghalt. A boncoláskor a gyomorfalra igen erős megvastagodást mutatott és az antrum pyloriban mintegy öt-pengőnyi göbös alapú fekély volt. A fekély eredetére némi lehetőséget adott a bonclelet: 1. Volt egy lezajlott, enyhe endokarditis, billentyű megvastagodással. 2. A megvastagodott antrumhoz lúdtoll vastagságú köteg vezetett göbös megvastagodással, mely emboliás eredetű aneurysmák érkegnek látszott. A makroszkopos és mikroszkopos lelet több valószínűséggel mutatta, hogy a fekély emboliás alapon keletkezett.

**Hainiss E.:** A bemutatott esettel kapcsolatban felhívja a figyelmet az ulcusok előfordulására és a gyomorfunctio gyakori zavaraira gyermekkorban. A gyomorevacuatio betegségek kapcsán gyakran meglapozódik és elhanyagolása esetén kiindulása egy későbbi táguatnak és atoniának.

**Sandelhausen M.:** A pylorus passage-zavarok általában a gyomor-bélrendszer görcsös állapotainak szervi hátterében, az autonóm idegrendszer közvetítésében végbe-menő feszültségváltozásoknak nagy a szerepe. A közelmúlt háborús veszélyt követően a légvédelmi intézkedésekkel párhuzamosan megnyilvánult neurosisok ezen folyamatoknak sok, gyakorlatilag értékes példáját szolgáltatották.

**Martyn R.:** A functionalis pylorus stenosis néha igen hosszú ideig megmarad. Az irodalomban erre több esetet találunk. *Malhes* említ egy esetet, ahol ezen functionalis spasmus igen hosszú ideig fennállt és a boncoláskor elváltozást nem találtak. Az organikus és functionalis pylorusstenosis differentialediagnosisa alig jön szóba.

### Előadások:

**Hattasy D.:** *A fogfejlődés befolyásolása az autonóm idegrendszerre ható anyagok által.* Anyatejjel táplált fiatal kutyáknak subcutan 5-8 hétig pilocarpint, ill. atropint, általánosan nem mérgező adagban adagolva, azok fogcsíráin jellemző elváltozások mutathatók ki. Atropinos állapotok a zománc gyakran hibás, súlyosabb esetekben a zománcszerv elpusztul. Pilocarpinos állapotokon üres zománcprizmákat és sok szerves állományt találunk elmeszesedett zománc helyett.

Fenti elváltozások csak a csírák egy részén, kb. a felén, mutathatók ki. A legfiatalabb dentin képződésének zavara mindkét szernél szerepel. A fogcsírák különböző rétegeiben degeneratív elváltozások figyelhetők meg. Az elváltozások aetiológiája nem tisztázott. További kísérleti sorozatok szükségesegek. A rendkívül érzékeny fogcsírák széleskörű alkalmazása, mint biológiai indicator, alkalmasnak látszanak.

**Balogh K.:** Hozzászólásában hangsúlyozza, hogy a fogfejlődésnek bár minden zavarát ismerjük, magyarázatát azonban e zavaroknak nem tudjuk. *Mellenby* a kísérleti állatok fogfejlődési zavarait táplálkozással idézte elő. Újabb tényezőzt ismertünk meg az előadásból, amikor az idegrendszer befolyásolásával a fogfejlődés bizonyos zavarai szintén előidézhetők voltak. E körülmény miatt van nagy jelentősége e kísérletes vizsgálatoknak.

**Ipolvi F.:** *Migraines roham és főfájások megszüntetése endonasalis histamin iontophoresissal.* A kezeléseket úgy végzi, hogy az anódhoz kapcsolt aranyozott orrszondára vattát csavar, bemártja az 1:1000 vagy 1:1200 hígítású histamin-oldatba és a fájdalmas oldali középső kagyló mellé vezeteti be. Fontos, hogy nagy területen érintkezzen az oldatba mártott vattacsomó az orr nyálkahártyájával. A katódhoz kapcsolt hengerelektrodot kézben tartja a beteg. 5 Ma. áramerősséggel 2-5 percig, a főfájások megszűnéséig kezel. Erős vérzés a fejben, arc- és fejbőrkipirulás, azonoldali kötőhártyabelöveltség, könnyezés, lüktető érzés a

fejben, pár óras orreldugulás, náthaérzés követik a kezelést. A migraines roham azonnal megszűnik ezen kezelésre, mivel az érgörcs prompt oldódik. Habitualis főfájások egy része szépen reagál a kezelésre. Hónapok, évek óta tartó főfájások szüntek meg. Ez eseteket valószínű hibás értónus okozta s ezt korigálta a histamin. Két trigeminus neuralgia esetet ismertett, amelyekben egy ideig fájdalommenteséget tudott elérni. Sinusitis esetekben jelentékeny fájdalomcsillapító hatást észlelt. Nagyobb vérbőséget okoz, mint egyéb vérbőséget keltő eljárás (sollux, vitalux, rövidhullám). Ozaenában és száraz orrhurutban szenvedőknek főfájásait megszünteti. Óriási előnye a kezelési módnak, hogy azonnal hat. Ha két kezelés után nem mutatkozott javulás, nem kezelte tovább a betegeket. Az endonasalis histamin iontophoresis specifikuma az érgörcsös főfájásoknak. Contraindicatiót nem talált.

**Kopits I.:** 1931-ben néhai *Deutsch Dezső* alkalmazta először a histamin-iontophoresist a rheumás betegek gyógyításában. Hozzászóló már akkor együtt dolgozott *Deutsch Dezsővel* s saját tapasztalatokkal rendelkezett és igyekezett az eljárás indicióját körvonalazni. Elsősorban a primaer rheumás myalgiaik esetén ért el jó eredményt, különösen a heveny szakban. Az izomzat ereinek görcsét oldja a histamin s ezáltal szünteti a fájdalmat. *Deutsch, Hozzászóló, Zsedényi, Bettmann* és mások vizsgálatai, valamint *Ipolvi* előadása egyaránt azt bizonyítják, hogy a histamin az érgörcs oldása révén szünteti a fájdalmat.

**Germán T.:** Osztályán több mint 30 esetet kezelt előadó eljárásával. A merev, csavaros elektród helyett lapos, formálható, fájdalom nélkül mélyen bevezethető, a nyálkahártyával nagy felületen érintkező újjezt elektródot használt. A gyógyhatás a kifejezetten érgörcsön alapuló fejfájásokban a legpromtább s a legtartósabb, az egyéb eredetű fájdalmak szűnése közvetve szintén a vasomotorra gyakorolt hatással magyarázható. Az eljárás értékes gyarapodást jelent a terapiában s talán elkülönítő kísérme céljait is fogja szolgálni a valódi érgörcsön alapuló s egyéb eredetű fejfájások közt.

**Zsedényi G.:** A hatásmechanizmus kérdéséhez kíván adatot szolgáltatni 7 évvel ezelőtt végzett másirányú vizsgálatai leírásával. Akkoriban a helyi érzéstelenítő oldatok okozta szövetbántalmak irodalmát összegyűjtve, arra a meggyőződésre jutott, hogy azok oka a relative rossz vérellátású testtájakon az oldat adrenalin komponensének tartós vértelenítő hatása. E hatás felügyesztése a histamin tartotta alkalmasnak, s a Bakay-klinikán végzett műtét-sorozat igazolta feltevést. A histamin a műtét és vérzés-csillapítás után a még nyitott seb mentén percutan iontophoresissal alkalmazta. Néhány perc múlva a bőrből, bórallati kötőszövetből, néha az izomzatból is erre vérzés indul meg, ami az addig teljesen vértelen sebben újabb leköteket igényelt. A histamin értágító hatásán kívül fájdalomcsillapító hatását is észlelte. Intracutan histamin beszűrődéssel (bőrpúppal) körülvevett területen a betegek szúrás, metszés „enyhe csípő érzésnek” jeleztek. Így több ambulans műtétet végzett el tisztán histaminhatásban. Az értágításra magyarázatot abban talál, hogy a histamin inactiv alakban a legtöbb szövetsejtben jelen van és különböző izgalom vagy sérülések hatására felszabadul, hogy közvetlen szomszédságában a legkisebb erek védekező jellegű táguatát okozza. — Előadó új eljárása talán egy lépéssel közelebb visz a hatás magyarázatához is, s ezzel e hatásos gyógyító eljárás további kiaknázását is elősegíti.

**Kerekes Gy.:** Az orron át végzett histamin iontophoresis indiciójára szempontjából különbséget kell tenni az olyan fejfájások közt, melyek helyi közelségük miatt a histaminhatásnak közvetlenebbül vannak kitéve, de az orrüreggel ez a fejfájás semmiféle pathogenetikai összefüggésben nincs és az olyan, valóban orreredetű fejfájások közt, melyek az orr- vagy melléküreventillatio hiánya folytán provokálódnak. Tapasztalatai szerint az orron át végzett histamin iontophoresis eredményesen alkalmazható a nem orrból kiváltott migrainnél, míg az orrmegbetegedések kapcsán vagy után fellépő valóban rhinogen fejfájásoknál bár az alkalmazás után közvetlen a histamin fájdalomcsillapítóan hat, mégis az iontophoresist követő másodlagos orrnyálkahártyaduzzanat a valódi rhinogen fejfájásra hátrányosan hat, annak valódi gyógyulását gátolja.

**Schulhof Ö.:** *Devois* ajánlatára megkísérelte a migraines roham kezelését a homlokra alkalmazott histamin-iontophoresissal. Az eredmények azonban nem voltak kielégítőek, ezért örömmel üdvözlő előadó újabb és újabb hatásosabb eljárását. Rámutat arra, hogy a kétféle alkal-

mazási mód hatásmechanizmusának különbözőségét nyilván az idegösszefüggések különbözősége szabja meg.

**Ipolyi F.:** Megköszöni a hozzászólásokat, melyek az általa elmondottakat támasztották alá. Hangsúlyozza, hogy kezelés főfájások bizonyos formáit szünteti meg és migraint nem gyógyítja véglegesen, csak a rohamot vágja el tökéletesen. Trigeminus neuralgiát természetesen nem gyógyítja meg, de jó fájdalomcsillapítónak bizonyult. Sinus frontalis empyema esetében trepanatio előtt 1 nappal 24 óras fájdalommentességet tudott elérni kívülről alkalmazott histamin iontophoresissal.

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift. 2. sz. Stöhr:** A vegetatív idegrendszer felépítése és kiterjedése. — **Brentano:** Insulin hatása a normálállat glykogenképzésére. — **Hensler:** Az ekg. „jobbtypusának” (Rechtstyp) számszerű átértékelése a Schlomka-féle index alapján. — **Thele és Seedorf:** A vizelet A-vitamin kiválasztása és a máj. — **Brauch:** A reseált gyomor kóreltetanához. — **Reiss:** Hypophysis mellő lebeny és anyagcsere. — **Gutschmidt:** A Widmark-féle véralkoholmeghatározás specifikusa. — **Paschlaw:** Az activ diphtheriavédőoltás immunbiológiai értékelése kálialauntoxoiddal. — **Bucher:** Vérplasmagel, mint táptalaj. — **Giedosz:** A gonadotrop anyag aktivitásának fokozása ascorbinsavval.

**Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2. sz. Benthin:** Myomák a menopausában. — **Plenge és Schultz:** Bonclelet és klinikai psychologia. — **Bickel és Haug:** A májglykogen szabályozás Tyrosinnal fehérjementes táplálék mellett. — **Prigge:** Haladás az activ védőoltás terén. — **Meyer:** Asthma bronchiale és görcsroham. — **Teuscher:** Allergia bizonyos sórfajtákkal szemben. — **Wiebel:** C-vitamin terhelési vizsgálatok sport-tanulónőkön. — **Tausch:** A szülés vezetése gyógyszerekkel. — **Haring:** Étvágytalanság és farkaséhség. — **Dietel:** A nedves kötés.

**Wiener Klinische Wochenschrift. 2. sz. Hamburger:** Gyermekhygiene. — **Goll:** Tejfogak cariese és csukamájójai-kezelés. — **Truttwin:** Resorptióképesség, ingerlés, mélyhatás. — **Ákos:** Betaxin a schizophrenia insulinshokkezelése kapcsán fellépő epileptiform rohamok leküzdésére. — **Bartsch:** A tüdők vitalcapacitásának gyógyszeres befolyásolása veritollal. — **Klima:** Ujdonságok a vérbetegségek terapiájában. — **Konzett:** A chinin vérnyomáscsökkentő hatásának ellensúlyozása az adrenalincsoport anyagaival.

**Medizinische Klinik. 2. sz. Heupke, Keller, Curschmann:** Az ischalgia és lumbalgia elkülönítő kórméje. — **Brauchle:** Klinikai tömegsuggestion. — **Stejskal:** Peripheriás érzéstelenítő eljárások terapiás hatása. — **Jaeger:** Typusos téli sportsérülések. — **Werwath:** A vizeletretentio terapiájához. — **Möller:** Menstruatio utáni diffus peritonitisek. — **Menekes:** Tapasztalatok diphtheria-bacillus-gazdákkal és kiválasztókkal. — **Hollmann:** Gócfertőzés és tuberculosis.

**La presse Medicale. 2. sz. Wallart:** Petefészekhormonok keletkezési helye és endometriumhyperplasia, mint a hyperfolliculismus jele. — **Ducas és Uhry:** Cukorbeteg ikterusa. — **Rivoire:** Az Addison-kór kezelése. — **3. sz. Courrier:** Székfoglaló előadás a Collège de France kísérleti morfológiai és endokrinológiai tanszékén. — **Grizaud:** Gyomorpatkóbélfekélyek ismételt átfuródása.

**The Lancet. 1939. jan. 14. Groves:** Új csontok a régi helyett. — **Brock:** Bélszükület és megalocytar anaemia. — **Hoare:** Prophylaxis sulfanilamidral és M-B 693-al. — **Hendry és Anderson:** Dermatomyositis. — **Sheldon és Joung:** Heveny dermatomyositis reticuloendotheliosissal társult esete. — **Friderichsen:** Csecsemő tetánia az anya rejtett osteitis fibrósájával. — **Hill és Prentice:** Spinalis leptomeniogioma.

**British Medical Journal. 1939. jan. 14. Troup, Adam, Bedson:** Papagálykór járvány a londoni állatkertben. — **Miller:** A „belgyógyászati index” gyermekekben és felnőttekben. — **Wilkie:** Gonorrhoea-kezelés ulironnal. — **White:** A meddőség kezelése. — **Slesinger:** Auricularis fibrillatio és a pajzsmirigy.

**The Journal Of The American Medical Association. 1938. dec. 24. Ratner:** Allergia a gyermekkorban. III. — **Emmett és Kibler:** Vesetuberculosis; nephrektomia prognosisa. — **Baer:** Cervix uteri a szülészetben és a nő-

gyógyászatban. — **Klein és Schwarz:** A precruptiv kanyaró kezelése reconvalescens serummal. — **Straith és Kleime:** Plasztikai sebészet a gyermekkorban. — **Craig és Kernohan:** A negyedik agykamra daganatai. — **Reimann:** A légutak heveny fertőzése atypikus pneumoniával. — **Cline:** Sulfanil amid okozta atrophia hepatis.

## VEGYES HIREK

**Kenyeres Balázs professor kitüntetése.** Örömmel vetjük hírét annak, hogy a *Hallei Császári Akadémia* január 12-én tartott összes ülésén kiváló professorunkat a törvénytudományi orvostan különböző területein, de különösen a kriminalisztika terén kifejtett vezető munkássága elismerésül egyhangúlag tagjává választotta. Ebben a magyar nemzet kulturmunkájának megbecsülését is érezzük, mert hazánk a multban is mindig kezdeményező, sőt vezető szerepet töltött be a kriminalisztikai irányban terelt törvénytudományi orvostan terén, amit a németek is elismertek.

**Személyi hírek.** A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter *Szekér Jenő dr.* egyet. tanársegédnek „A fül-, orr- és gégebetegségek kór- és gyógytana” című tárgykörből, *Oravecz Pál dr.* megbízott egyetemi szakelőadónak „A fogászat kór- és gyógytana” című tárgykörből és *Vendég Vince dr.* egyetemi adjunktusnak „Az anyagforgalom élettana” című tárgykörből a pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem orvostudományi karának egyetemi magántanárára történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezetteket ebben a minőségükben megerősítette. — *Rötth András* egyet. magántanárt, az állami szemkórház alorvosát a chicagói Northwestern University előadónak hívta meg. Gratulálunk a fiatal tudós sikeréhez.

**A III. Nemzetközi Idegyógyászati Congressus 1939.** VIII. 21–25-ig lesz Kopenhágában, ahol az üléseket a Christiansborg kastélyban, a dán parlament épületében fogják tartani. A congressus elnöksége sorában ott látjuk *Benedek László* professort.

A referátum-thémák a következők: 1. Az endokrin-vegetatív systema idegyógyászati vonatkozásai. 2. A hereditaer ideg betegségek, különös tekintettel a genesisre. 3. Avitaminosis-problemák, különös tekintettel a peripheriás idegrendszerre. Egy nap van fenntartva a vegyes téma-köröknek. A három referátum-théma mindegyikét többen referálják, a hereditaer betegségek referensei között *Schaffer Károly* professor is helyet foglal. Az előadásokat legkésőbb III. 1-ig kell bejelenteni a Nemzeti Comité-nek, amelynek Magyarországon elnöke *Benedek László* professor, titkára *Lehoczky Tibor dr.* egyet. m. tanár. Az előadások nyelve német, angol, francia, olasz és spanyol; a három fő-thémakörhöz tartozó előadások tartama 10 perc, terjedelme 3500 gépirt szó, amely a congressus titkárságának a Nemzeti Comité útján betérjesztendő. Az előadások kivonatai szintén betérjesztendő, terjedelmük legfeljebb 1500 szó. A hozzászólások tartama 5 perc. A fő-thémakörön kívüli előadások terjedelme legfeljebb 1500 szó. A congressus activ tagjainak tagsági költsége 40 dán korona, illetve annak megfelelő magyar pengő. A passiv tagok (nem orvosok, családtagok) e költségek felét fizetik. A congressusra csak a Nemzeti Comité útján lehet előadást bejelenteni és a tagsági jegyeket is ennek útján kell beszerezni.

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

**Iskolaorvos és egészség-tanári tanfolyam.** 25 jelentkező esetén 1939. április 17-én a m. kir. Vallás és Közoktatásügyi miniszter 12.663–1933. IV. sz. alatt kelt rendeletével megszabott iskolaorvosi és egészség-tanári tanfolyam kezdődik a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Közegészségtani Intézetében. A tanfolyam vezetője *Darányi Gyula* egyet. ny. r. tanár.

A tanfolyamra jelentkezni április 7-ig lehet személyesen vagy írásban (a tanfolyam vezetőségének címezve) a Közegészségtani Intézetben (VIII., Esterházy-utca 9.).

Ha az előzetes jelentkezés írásban történik, akkor fel-tüntetendő: név, születési hely, év, hó, nap és vallás, orvosdiploma kelte, esetleges szakképzés, pontos lakcím. Április 9-én a jelentkezettek száma szerint közzé lesz téve, hogy lesz-e tanfolyam tartva, vagy nem. Aki írásban óhajt választ kapni, az mellékeljen válaszbélyegét.

Tanfolyam tartása esetén a jelentkezettek felvételi kérvényeiket az orvostudományi kar ezidei dékánjához, *Belák Sándor* egyet. ny. r. tanárhoz címezve, a Közegész-

ségtani Intézetben április hó 15-ig nyújthatják be. A be-nyújtást nem kell személyesen végezni és a kérvényt posztán is el lehet küldeni. A kérvényhez születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges szakképesítés és működési bizonyítvány mellékelendő. A felvételre a felvételi bizottság előtt a tanfolyam első napján, április 17-én, hétfőn d. u. 4 órakor személyesen kell jelentkezni és ugyanakkor a tanfolyam díja, 85 pengő befizetendő. A tanfolyam előadásai szombat kivételével naponta délután 5—8-ig, ezenkívül kedden és pénteken délelőtt lesznek. A tanfolyam részletes tanrendje a Közegészségtani Intézetben április 9-től kapható.

A tanfolyam befejeztével a jelöltek vizsgálatra bocsájtatnak, mely szóbeli vizsgából és próbaelőadásból áll. Aki a szóbeli vizsgán nem felel meg, próbaelőadást nem tarthat, csak sikeres pótvizsga után. Ha valaki a próbaelőadásból utasítottat vissza, akkor csak két hónapi iskolai hospitálás után jelentkezhet a próbaelőadás újból megtartására. Ezen ismétlődő vizsgák díja 25 pengő. Úgy a vizsgán, mint a próbaelőadáson való másodszori elégtelen minősítés esetén csak a tanfolyam ismételt hallgatása után bocsájtatik a jelölt újabb vizsgára. Azok az orvosdoktorok, kiknek „népiskolai” iskolaorvosi képesítésük van, a tanfolyam egyes tárgyai hallgatása alól felmentetnek és csak képesíttetnek. Ezek számára a tanfolyam díja 50 pengő. A tanfolyam június 17-ig tart és a képesítő vizsgák 19-én kezdődnek.

**A Budapesti Orvosi Kamara lemondás folytán megüresedett titkári tisztségének** választás útján való betöltése céljából a tisztújító közgyűlést f. évi február hó 26-án reggel 8 órára a budapesti IV. ker. községi Eötvös József gimnázium (IV., Reáltanoda-utca 7) tornatermébe ezennel összehívom. **Tárgysorozat:** 1. Elnöki megnyitó. 2. A szövetszedső bizottságok elnöke, tagjai és jegyzői névsorának bejelentése. 3. A Kamara titkárának viszonylagos szótöbbséggel történő megválasztása. — **Tudnivalók:** A kerületi kamara titkárának viszonylagos szótöbbséggel történő választásánál jelölésnek lehet helye. A jelölés nem kötelező, de ha jelölés történik, úgy ahhoz 150 aláírás szükséges. A jelöléshez a kamarai elnök által rendelkezésre bocsájtott, vagy magánúton előállított jelölési íveket lehet használni, melynek alakjára és szövegére a 650—1938. B. M. sz. rendelethez mellékelte minta irányadó. A jelölési ívre a titkár-jelölt nevét, kamarai tagsági számát és pontos lakcímét rá kell vezetni, s az így kitöltött ívet a Kamara elnökével vagy főtítkárával hitelesíttetni kell. Csak olyan jelölési ív hitelesíthető, amelyen még egyetlen ajánló aláírása sem szerepel. Az ívek aláírása a kerületi előjárásokon történik. Az ajánló az ívet sajátkezűleg köteles aláírni és kamarai tagsági számát, pontos lakcímét is feltüntetni tartozik. Az aláírást az illetékes kerületi előjáróval, vagy az általa megbízott tisztviselővel hitelesíttetni kell. A jelölési ívet a Budapesti Orvosi Kamaránál legkésőbb a választást megelőző nyolcadik napon — 1939. február hó 18-án — délután 1 óráig lehet a választási elnöknel (V., Nádor-utca 32.) személyesen átadni, vagy postán ajánlott küldeményként megküldeni. A szavazás módjára vonatkozó tudnivalókról a választási elnök megfelelő időben külön körlevélben értesíteni fogja a szavazásra jogosult kamarai tagokat. — **Dr. Bakay Lajos** s. k., a Budapesti Orvosi Kamara elnöke.

**Szemészet** 1938. december havi füzeté megjelent a következő tartalommal: **Ditrói Gábor:** Blaskovics László. **Pelláthy Béla:** Blaskovics László emléke (temetés). **Kreiker Aladár:** Blaskovics László életrajza. **Horváth Béla:** Hályogmútét a sclera-varrattal. **Lénárd Imre:** Sebzaródást biztosító

fonalas módszer szürkehályog műtéteknél. **Liebermann Leó:** A kötőhártya záróvarrata hályogmútéténél. **Pelláthy Béla:** Kisérletek a mustárgáz hatásának csökkentésére. **Miklós Andor:** Tapasztalataink Blaskovics kancsalsági műtétével. **Csapody István:** A szemorvosi hivatásról és operálásra nevelésről.

**Darányi Gyula** professor új közegészségtani tankönyvére az előfizetési határidőt meghosszabbították március 15-ig, amikor is a könyv első kötetét nyomják és további előfizetés már nem lehetséges. A 4 kötetes munka programjával mult évi 52. számunkban foglalkoztunk.

Előfizetni háromféle módon lehet: 1. A munka teljes árának előre fizetésekor csak 55 pengő fizetendő az egész munkáért. 2. Az előfizetésekor 10 pengő fizetendő előre és azután minden kötet átvételekor 14 pengő. Ez esetben tehát a munka ára 66 pengő. 3. Az első kötet átvételekor és a következő hónap elsőjén 10—10 pengő, további 10 hónapon át pedig havonta 5—5 pengő fizetendő. Az előfizetés ezen módjáról kérnek *minél előbb* levelezőlap értesítést.

Könyvárúsi forgalomban előreláthatólag kevés könyv lesz, mert nagyjában az előfizetett példányszámban jelenik meg a munka. Az előfizetés bármely módja mind a négy kötet átvétele tekintetében kötelezettséget jelent. A csekken (54.050) vagy postautalványon az összeg beküldését, illetőleg a havi előfizetés bejelentését mint előfizetést tekintik. Az előfizetés módjáról mielőbb értesítést kér az Orsz. Közegészségi Egyesület, VIII., Eszterházy-utca 9.

**A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete** január 24-én, kedden este 8 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezti hangversenyét a következő műsorról: Chopin: Polonaise Fantasie. Zongorán előadja: **Furka Gizella.** — Zarzycki: Mazurka, op. 26. Wieniavski: Scherzo-Tarantella. Hegedűn előadja: **Tóbiás Károly,** zongorán kíséri: **Milkó Vilmos** prof. — Smigelski: Im Mai, Op. 12. No. 3. Koschny: Vergebliches Werben. (Lengyel népdal-átirat.) Dohnányi: Népdal-átiratok. a) Szerettek álnoek lélek. b) Valaki jár udvaromon. c) Tanuld asszony... Éneklő: **Szedő Miklós dr.** — Dohnányi: Vonósnégyes, Desdur, op. 15. Adante. Allegro. — Presto acciacato. — Molto adagio. Előadják: **Belohorszky Gábor dr.** (I. hegedű), **Zoltán László dr.** (II. hegedű), **Zsögön Béla dr.** (viola), **László Tibor dr.** (cselló).

**A Medikus-bál** f. hó 14-én zajlott le a Gellért Szálló helyiségeiben **Hainiss Elemér** professor védnöksége alatt. Az ifjúság ezidén is szomorúan nélkülözöte professorainak túlnyomó számára, kiket pedig úgy szerettek volna látni hagyományos jóhírnevű vigalmukon, mely hangulatban, jókedvben semmiben sem maradt el a régiek mögött. A bál anyagi sikere igen szép, ami sok vigaszt nyújt a nélkülözö medikus ifjúságnak.

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

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Soós Aladár:</b> Étrendi előírások IV. bővített kiadás . . . . .                                      | Sajtó alatt.          |
| <b>Horváth Boldizsár:</b> A gyakorló orvos orthopaediája. 230. old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel | 5.— P                 |
| <b>Kunszt János:</b> A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . .          | 6.50 P helyett 5.50 P |
| Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)  |                       |
| <b>Rigler Gusztáv:</b> Közegészségtan és a járványtan tankönyve . . . . .                                | 25.— P helyett 5.70 P |
| <b>Orsós Ferenc:</b> Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal . . . . .   | 2.50 P helyett 2.— P  |
| <b>Issekutz Béla:</b> Gyógyszerrendelés. . . . .   | 8.— P helyett 6.— P   |
| <b>Krepuska Isvtán:</b> A füleredetű agy-tályogok kör- és gyógytana . . . . .                            | 4.— P                 |

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendelésekor a portóköltéget is felszámítjuk.

**Lapunk mai számához** Vajna József laboratóriuma Budapest, *gyógyszerkészítményeiről* szóló ismertetését csatoltuk.

## A Fehér Kereszt Gyermekórház Erdei Gyógyintézete

3-15 éves gyermekek részére egész éven át nyitva van. Svábhegy, I., Béla király-u. 20. Felvilágosítás és prospektus: Fehér Kereszt kórház Gondnoki Hivatala: Tüzoltó-u. 7-9.  
Telefon: 143-419.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

makói iskolaorvos-egészségtanári megbízásra.

Az iskolaorvos-egészségtanári szolgálatnak a 110.611/1938. IX. sz. rendelettel történt megszervezésével kapcsolatban pályázatot hirdetnek Makón egy férfi iskolaorvos-egészségtan tanár részére. Az iskolaorvos feladata lesz a makói közép- és középfokú iskolák tantervben kijelölt egészségügyi órának ellátása mellett a megjelölt iskolák egészségvédelmének megszervezése, az ifjúság és a tanári testület egészségi állapotának ellenőrzése és nyilvántartása, a betegségek megelőzését szolgáló egészségvédelmi ránevelés hathatós kiépítése és a szükséghez képest a szülők egészségügyi felvilágosítása.

Az iskolaorvos hivatali elfoglaltságán kívül eső időben külön engedély nélkül is folytathat magánygyakorlatot.

Az iskolaorvos hivatali elfoglaltságán kívül eső időben külön engedély nélkül is folytathat magánygyakorlatot.

Az iskolaorvos-egészségtanár egyelőre a folyó iskolai évre szóló ideiglenes megbízást kap, amely az év lejártával meghosszabbítható, de bármikor vissza is vonható. Javadalmazása havi 160 P tiszteletdíj és 20 P műszer- és anyaghasználati átalány.

A kérvényt legkésőbb *folyó évi február hó 1-ig* kell hozzám címezve, Csanád-Arad-Torontál k. e. e. vármegyék és Hódmezővásárhely thj. város főispánjához benyújtani.

A pályázathoz mellékelni kell az elméleti képesítést (tudori, iskolaorvos-egészségtanári, tisztiorvosi, vagy községi orvosi, sport-orvosi vagy egyéb szakképesítésüket), esetleg eltöltött eddigi szolgálatot, külföldi egyetemi tanulmányokat, irodalmi működést, egyéb érdemeket igazoló, valamint a személyadatokat tartalmazó okmányokat (születési anyakönyvi kivonat, magyar állampolgárság, élet-rajz). A kérvényben jelezni kell, hogy a pályázónak milyen más állása, megbízása van és ezek után milyen javadalmat élvez.

A jelenleg iskolaorvosi állásban lévők is pályázhatnak, feltéve, hogy iskolaorvos-egészségtanári képesítésük van.

Budapest, 1939. január hó 3-án.

M. kir. Vallás- és Közoktatásügyi Miniszter.

Mosonvármegyei „Karolina” közkórház igazgatósága.  
6/1939. szám.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

Pályázatot hirdetnek a Mosonvármegyei „Karolina” közkórháznál (Magyaróvárott), más állásra történt kinevezés folytán megüresedett *kisegítő orvosi* állásra.

Az állás javadalmazása a 257.400—1937. B. M. számú körrendeletben megállapított havi 80 P. fizetés, ingyen lakás, fűtés és világítás. Az I. osztályú élelmezésnek 50%-a megtérítendő.

Orvosi magánygyakorlat nincs megengedve.

Az állás az alkalmazás elnyeréséről szóló értesítés kézhezvétele után azonnal elfoglalandó.

Az alkalmazás egy évre szól.

A pályázathoz mellékelni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. orvosi oklevelet, 3. működési vagy szakorvosi bizonyítványt, 4. Curriculum vitae-t, 5. erkölcsi bizonyítványt, 6. illetőségi bizonyítványt.

A felszerelt kérvényt Méltóságos Polniczky Lipót, Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához címezve legkésőbb *f. évi január hó 20-ig* kell hozzám benyújtani. A később beérkező pályázatok nem vétetnek figyelembe.

Közszolgálatban álló pályázók kérvényeiket hivatalfőnökeik útján nyújtsák be.

Magyaróvár, 1939. január 3-án.

Dr. Zsulyevich István s. k.  
kórházigazgató-főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

## HETIREND

**Január 16-án,** határozatképtelenség esetében **január 23-án délután 6 órakor** a Magyar Urológiai Társaság XI. évi *rendes közgyűlése* (Urológiai Klinika). Társsorozat: Elnöki megnyitó. Titkári jelentés. Pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése. Jövő évi költségvetés megállapítása. Külföldi tagok választása. Tisztikar és választmány megválasztása 2 évre. Számvizsgáló bizottság megválasztása 1 évre. Alapszabályszerűleg előterjesztett indítványok tárgyalása.

**Január 21-én,** határozatképtelenség esetén **január 28-án, szombaton este 6 órakor** a Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége VIII. évi *rendes közgyűlése* (székesfővárosi Szent Gellért gyógyszálló emeleti zeneterme). Társsorozat: Elnöki megnyitó. Titkári jelentés. A pénztáros jelentése. A számvizsgáló bizottság jelentése, a költségvetési származás letárgyalása és a feladatok részére a felmentvény megadása. A jövő évi költségelőirányzat megállapítása. Tisztújítás. A választmány kilépő tagjainak és a számvizsgáló bizottság tagjainak megválasztása. — A közgyűlést követően ugyanott ülés. Előadás: *Gál András:* A kórházakra váró feladat az általános egészségvédelem területén. *Petrányi Győző:* A kórházak szerepe a tuberculosis elleni küzdelemben. — Előadás után, társasvacsera a Szent Gellért szálló különtermében.

**Január 23-án, hétfőn d. u. 1/27 órakor** a Magyar Urológiai Társaság ülése (Urológiai Klinika). Bemutatások: *Schmidt Albin:* a) Vesecarunkulus patkóvesében. b) Haeminephrectomia gyógyult esete. *Simonyi Attila:* Polycystás vese operált esete. — Előadás: *Varsányi Ferenc:* A húgyutak proteus fertőzésének helyi kezelése rézoldatokkal.

**Január 24-én, este 3/47 órakor** a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése: *Gáli Géza:* A tuberculosis kapcsolata egyéb megbetegedésekkel.

**Január 26-án, csütörtökön d. u. 6 órakor** a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztálya ülése (II. sz. seb. klin.). Bemutatások: *Puky Pál:* A Lange-féle gacsostérd-torna praktikus eszköze. *Fischer Ernő:* a) Régi és új cipőviselet. b) Újfajta cipőtalp. — Előadás: *Krompecher István:* Az állízület, valamint új ízületi felszínnek kifejlődésének mechanizmusa és szövettana. (Kisérletek és feldolgozott műtéti anyag alapján.)

**Január 26-án este 7 órakor** a Magyar Röntgen Társaság ülése (Poliklinika üléstermében). Bemutatások: *Boris A.:* Stenosis duodeni. *Holitsch R.:* Nyaki csigolya exostosis okozta nyelési akadály. *Schön Jenő:* Megismétlődő tüdő-atelectasia. *Révész V.:* Röntgendiagnostikai tévedések: a) Tumornak nézett extrapleurális tüdőfolyog. b) Pseudoveseképek, pseudomájkép. c) Látszólagos csonttrikulás a lapockában. d) Nagykiterjedésű pseudomeszesedés koponyán.

**Január 27-én, pénteken d. u. 6 órakor** a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Binder László és Farkas Károly:* Aorta-aneurysma betörése a vena cava superiorba. — Sorozatos előadások havonta: Az újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából. II. előadó: *n. Balogh Ernő:* Sejtek-szövetek kóros tünetnyeit szemléltető újabb biofizikai módszerek (mikrofilmvetítésekkel). Hozzájárulók: *Áts László, Joós Elemér és Ludány György.*

**Helyreigazítás:** A legutóbbi „Nyelvművelés” c. cikkünkbe több sajtóhiba csúszott be.

A 49. lap első oszlopának 3. sorában *terpedt* helyett *terjedt*, a 14. sor első szava helyett *fadugó* olvasandó.

A szóajánlások közül az *infarctus* magyarításul *tömület* olvasandó *tömörület* helyett, az utolsónál említett *transsudatum* nem *szövödmény*, hanem *szűrödmény*.

## Svábhegyi Szanatórium

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

Lahmanszerű kúrák

Bircher—Benner-féle nyers-diéta





# VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kígyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

Uj !!

*Super-Lysoform*

Rendkívül baktericid

(10%-os oldata 1 perc alatt öli el a staphylococust)

Uj !!

Újszerű tejfehérje készítmény a Gróh Gyula dr. egyet. ny. r. tanár előirata alapján készült, a colostrum vérederetű fehérjéit, laktalbumint és laktoglobulint, immunanyagokat bőségesen tartalmazó calcium- és phosphordús *Colostrin*. Hazai gyermekklinikák egybehangzó véleménye szerint a *Colostrin* tápértéke magasab, mint az eddig használatos tejfehérje készítményeké, minthogy az albuminok és globulinok a caseinfehérjéknél lényegesen magasabb százaléokban tartalmazzák a gyorsan fejlődő csecsemőszervezetre nélkülözhetetlen aminosavakat (cystin, tryptophan).

Közismert a Leo Insulin megbízhatósága. Olcsó, megbízható standard készítmény.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik január 10—16. között. A hét első felében feltűnően hosszú nyugalmi időszak állott tbe. Jan. 13-án este erős betörési front érkezett. A hét végén megint csak jelentéktelenebb frontátvonulások történtek. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

| Átvonulás ideje Budapesten |     |     | A front lejtője | Fejlettsége   | Kísérő eseményei*                             |
|----------------------------|-----|-----|-----------------|---------------|---|
| hó                         | nap | óra |                 |               |   |
| Január                     | 10  | 12  | betörési        | gyenge        | Szélleők. 15 ó-ig 6 mmp.                      |
|                            | 13  | 11  | felsiklási      | "             | Praefr. eső 10 ó.tól, 0'1 mm.                 |
|                            | 13  | 18  | betörési        | erős          | Zápor 1 mm., hirt. szélvih. 14 mmp.-ig.       |
|                            | 14  | 9   | "               | mérsék.       | Szélleők. 8 mmp., szélugr. K.-ről Ny-ra.      |
|                            | 14  | 15  | felsiklási      | "             | Praefr. borulás, légnyom. sülly.              |
|                            | 15  | 4   | betörési        | gyenge        | Szélleők. 4 mmp., borulás.                    |
|                            | 15  | 14  | "               | "             | Hirt. szélleők 5 mmp., szélugr. D.-ről ÉK.-re |
| 16                         | 20  | "   | "               | Kis szélleők. |   |

## FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Ca'cium sókat tart. jóízű mentholos kreosot syrup

### Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

# VITAPLEX „A“-CHINOIN

A-vitamin olaj és dragée

# VITAPLEX „A-D“-CHINOIN

A-D vitamin olaj és dragée

# VITAPLEX „B“-CHINOIN

B<sub>1</sub>-vitamin tabl. és inj.

# VITAPLEX „C“-CHINOIN=CEVITA

C-vitamin tabl. és inj.

# VITAPLEX „D“-CHINOIN=DEVITOL

D-vitamin olaj és tabl.

# VITAPLEX „E“-CHINOIN

E-vitamin olaj és dragée

# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

## TARTALOM:

- S. H. Mygind és Dida Dederding:** Klinikai és kísérleti vizsgálatok, tekintettel a Meniere-betegségekre. (77—78. oldal.)  
**Kulcsár István:** Elmebetegek psychotherapiájának értéke és veszedelmei. (78—82. oldal.)  
**Szolnoky Zoltán:** Tüdőszövődmények mandulaműtét után. (82—85. oldal.)  
**Csillag Ferenc:** Tüdőszövődmények mandulaműtét után. (82—85. oldal.)  
**Csillag Ferenc:** Az essentialis szivárványhártyasorvadás és a glaukoma. (85—88. oldal.)  
**Armentano Lajos:** A reticulocyták viselkedése az experimentalis skorbut alatt. (88—89. oldal.)  
**Veress János:** A gyrus centralis anterior glioblastomájának esete. (89—91. oldal.)  
**Benderék István:** Gyógymasszázs és mechanotherapia. (91—93. oldal.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (17—20. oldal.)  
**Irodalmi szemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Fülészet. — Gyermekegyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. (93—95. oldal.)  
**Könyvismertetés:** (95—96. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei:** (96—97. oldal.)  
**Lapszemle:** (97—98. oldal.)  
**Vegyes hírek:** (98—100. oldal és a borítólapon III. és IV. o.)

## Klinikai és kísérleti vizsgálatok tekintettel a Meniere-betegségekre. (Mb.)\*

Irták: S. H. Mygind és Dida Dederding. (Kopenhága.)

(Rejtő prof. fordítása.)

Klinikai előadás.

A Mb. megítélésében a vestibularis vizsgálatoknál fontosabb az acusticus vizsgálata, amelyet sokszor elhanyagolunk. A szédülés és nystagnus csak a beteg állapotának változását jelzi és pedig épúgy a javulást, mint a rosszabbulást. Csak az acusticus functiók igazítanak útba.

Amint azt már Rejtő hangsúlyozta, a csontvezetés megrövidülése a-re nem jelenti mindenkor a hangfelfogó apparatus megbetegedését, hanem gyakran a hangvezető rész megbetegedésének a jele. A felfogó készülék megbetegedéseiben a levegő- és csontvezetés ugyanolyan százalékos arányban rövidül meg. Ugyanez előfordulhat vezetési zavarokban is, rendszeren azonban ez a viszony eltolódik és előáll a relative megrövidült vagy meghosszabbodott csontvezetés. A hallásmező felső határának megállapításához a csontvezetést is igénybe kell vennünk és csak ha ez csökkent, áll fenn a felfogó rész zavara; vezetési zavarok súlyosabb fokánál ugyanis a levegővezetésnek felső határa szenved. Ezzel a correctióval a Mb. hallásvizsgálati képe kifejezett vezetési zavart mutat, kivéve azokat az eseteket, melyekben a hallás normális. Legtöbbször mind a két oldal beteg, de gyakran igen különböző fokban. A változó hallás ingadozásait változó szédülés- és nystagmusformák kísérik. Rosszabb periódusokban a csökkent hallást az általános közérzet zavara is kíséri: fáradtságérzés, fejfájások, psychikus tünetek, vasomotoros rhinitis, rheumás fájdalomok, kéz és láb hidegsége, akrocyanosis stb. Jó periódusban a beteg egészen más ember; a bőr vérellátása is zavartalan.

Vizsgálatainkból kiderült, hogy a jó periódusok alatt megszaporodik a vizelet mennyisége a rossz periódusok-

ban a beteg test súlya emelkedik és kevesebb a vizelete. A hydrostatikus nyomásnak és ezáltal a vízanyagforgalomnak szerepe a kephalikus symptomák rosszabbodásában is jelentkezik: hallás, szédülés, fülzúgás, fejfájások, vasomotoros rhinitis (különösen éjjel), rosszabbodnak és súlyosabb esetekben a beteg lábai estére megdagadnak. A hallásnak és a vízgyensúlynak ezt az összefüggését klinikai vizsgálataink megerősítették. Mindenféle víztelenítő eljárással hallásjavulást értünk el már néhány óra alatt a megfelelő esetekben. Ez a javulás gyakran jelentkezett kezdetben a hallásrosszabbodásával. Kifejezettebb eredményeket értünk el az erősebb diuretikumokkal, pl. salyrgannal. Hogy a hallás javulását érzük el, a víztelenítésnek oly fokúnak kell lennie, hogy erős szomjúságot váltson ki.

Ennek az eljárásnak az ellenkezője a vízterhelés, amikor egy liter vagy  $4 \times 200$  gramm vizet itatunk. A Menières esetek nagy része halláscsökkenéssel, nystagmussal, túlnyomással és fejfájással reagál erre a kísérletre. Sok betegen észleltük ilyen vízterhelés után a diuresis elégtelenségének, illetőleg az általános vízretentionának zavarait, anélkül, hogy a szív vagy a vese beteg lett volna. Viszont konyhasóadagolással egy muló hallásfokozódást idézhetünk elő.

Állatkísérletekben a megzavart vízgyensúly következményeit a labyrinthusban szövettanilag is ki tudtuk mutatni. Tengerimalacon a hasba fecskendezett destillált víz után a Reissner-f. hártya jellemző előreboltosulását látjuk, jelölül annak, hogy a duct. cochlearisban a nyomás nagyobbodott. Észleltük ezen esetekben a Corti szerv sejtjeinek sajátos duzzadását és szabad hyalin gömböcskék megjelenését. Sós injectióra ellenkezőleg a duct. cochlearis és a Corti szerv zsugorodása jelentkezett.

A vízterhelés befolyását az egyidejűleg beadott salyrgan egészen vagy részben megakadályozta.

Pilocarpin és atropin injectióra a Reissner-f. hártya besüppedését és a Corti szerv összeesését találtuk sokkal nagyobb fokban, mint sóadagolás után, mintegy a Wittmaack-f. hypotonikus degenerációnak megfelelően. Ezeket az eredményeket egyelőre úgy fogjuk fel, mint az endolympha-nyomás csökkenését, ami az endolympha kiválasztás megszűnésének a következménye.

\*) A Budapesti Királyi Orvosegyesület otologiai szakosztálya 1938. X. 29-i ülésén tartott előadás.

Ez pilokarpinnál az általános vízleadás, atropinnál pedig az elválasztás akadályozása következtében áll elő.

A labyrinthusnak ez a különös összefüggése a vízanyagforgalommal az ő sajátos anatómiájával magyarázható, amennyiben egy zárt hydrostatikus rendszert alkot, amelyben a legkisebb térfogatváltozások azonnal jelentékeny nyomásváltozásokat idéznek elő. Az endolympha-nyomás emelkedése a macula és crista érzékszerveinek összenyomása révén homolateralis nystagmust, míg a szövetek belső nyomásának növekedése a sejtek megnyulásával heterolateralis nystagmust okoz. A labyrinthus belső nyomásának ezen növekedései idézik elő a hangvezetési zavarokat is, azzal, hogy nyomást gyakorolnak akár a stapes belső oldalára, akár a membrana Reissnerire. A kifelé nyomott kengyeltalpnak többé vagy kevésbé szoros összefüggése az ablak szélével lehet az alapja a meghosszabbodott vagy megrövidült csontvezetésnek. A kengyeltalpnak az erősítőszalag túlnyújtása által létrejött abnormis mobilizációja magyarázza meg a nem ritkán található fistula tünetet vagy a homolateralis nystagmust katheterezés közben. A gyakran panaszolt nyomásérzés a fülben szintén a labyrinth nyomásfokozódásának egy tünete. Ez a fokozódás részben az endolympha, illetve perilympa secretiójának megszorodása által, részben a labyrinthus sejtjeinek megduzzadása által jön létre. Ez a feltételezett intracellularis oedema megfelel a betegeknek elég gyakran található subcutan oedemáknak, melyek a jó és a rossz periodusban fokozódnak vagy megszűnnek. Ezek különösen ott kifejezettek, ahol a kapillaris functio rossz, (hideg, sápadt, cyanotikus bőr) vagy pedig ott, ahol a hydrostatikus nyomás magas (este a lábakon, reggel az arcon).

Miután az általunk feltételezett cellularis oedemát nem ismerjük eléggé, Péterfi élő amoebákon és fibroblast tenyészeteken kísérleteket végzett. Kimutatta, hogy mindenféle behatás, amely a sejtek vitalitásának árt, elősegíti hypotóniás közegben a sejtek duzzadását. Nemcsak a mechanikus ártalmak és a kor idézik ezt elő, hanem fulladáskor is szépen látszanak ezen tünetek. Ily módon az intracellularis oedemát amoebákon és fibroblastokon bizonyítottan vehetjük, de ezen az alapon a régóta ismert agonalis labyrinthus-elváltozásokat is meg tudjuk magyarázni, az intravitalisan nem fixált histologiai készítményeken. Ez elváltozások kezdeti szakaja nem különbözik az amoebákon észlelt elváltozásoktól. A Corti-szervben ugyanilyen intracellularis duzzadásokat látunk és ugyanilyen hyalin gömböcskéket, sőt még a Reissner-hártya előredomborodását is. Úgy a fokozott vízfelvétel okozta elváltozások, mint az agonalis elváltozások csökkennek, vagy megszűnnek chinin, salicyl és salyrgan adagolására. (E szereknek oedemaszökkentő hatását Péterfi élősejteken végzett kísérleteiben is kimutatta.)

E kísérleti eredményekkel megegyezik Hallpiknak az az észlelése, hogy két Menière-betegen a Reissner-hártya igen erős előredomborodását állapította meg és hogy klinikailag a Menière-betegeken egy átmeneti hallásjavulást lehet előidézni akár só, akár pilocarpin adagolásával. Hogy víz adagolása az állapotot rontja és az előbolszulást elősegíti, azt már említettük. Azt is tudjuk Szász vizsgálataiból, hogy a pilocarpin először emeli a labyrinthus nyomását, ami emberen a kezdeti hallásrosszabbodást okozza és csak azután hat nyomáscsökkentően. Ez a második szakasz felel meg klinikailag a hallásjavulásnak, amelynek alapját állatkísérletekben a duct. cochlearis összesítésében találjuk meg.

Mindezek a most megbeszéltek klinikai és kísérleti jelenségek az egész organismusra hatnak és csak a fül

különös anatómiai viszonyai miatt lépnek itt kifejezetten előtérbe.

A Mb. tehát nem specificus betegség; nincs éles határa a banalis középfülhurutok és tuba-szűkületek felé az állapot ugyanaz, mint az ú. n. neurolabyrinthitis. A syphilitikus „belsőfül megbetegedés” is csak specificus kórokozója alapján különbözik ettől. Az arachnoiditis bizonyos formái és a Mb. közt igen sok átmeneti alakot találunk, miután az utóbbihoz gyakran járul a cerebrospondialis folyadék elváltozása is.

Kezelésének alapelvei tehát: 1. a szervezet vízteleltetése; 2. a vérkeringés javítása; 3. localis fülkezelés; 4. a különböző oki tényezők egyéni és oki kezelése. A szervezet vízteleltetését sóban szegény, de nem sómentes diaetával érhetjük el, napi 5—800 g vizet engedélyezve a retentio nagyságának, a klímának és munkának megfelelően. A gyümölcs és főzelékek víztartalmát becsapítjuk, a húsét és kenyérét nem. A gyümölcs, tej és sajtok csökkent adagolása mellett calcium pótlása lehet szükséges. Orvosságot nem tartunk szükségesnek, csak erős szédülés ellen adunk atropint. A vérkeringés javítására fürdőket, Finsen-fényfürdőket, massaget, gyógygymnastikát, friss levegőt, tornászást, stb. ajánlunk. A tuba szűkség esetén katheterrel kezelhető. A kórelőzmények nagyon fontos ismerete mellett gondos általános vizsgálat szükséges, ami legtöbbször a beteg kórházi felvételét kívánja meg. A kórokozó factorok sokféle combinációját kell tisztáznunk: öröklési hajlamot, fertőzést, hormonális befolyásokat, avitaminosisokat, diaetahibákat, túlzott testi és különösen szellemi megterhelést, stb. Ilyen elvek alapján szigorú egyéni kezelés mellett legtöbbször sikerül a szédülést legalább egyelőre megszüntetni; sokszor a hallás is javul, ami a javulásnak legmegbízhatóbb jele. Az említettek alapján természetes, hogy a javulással a beteg általános állapota is erősen megváltozik.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

### Elmebetegek psychotherapiájának értéke és veszedelmei.

Írta: Kulcsár István dr.

Az elmebetegségek gyógyításában alkalmazott eljárások a megfelelő korok ismeretei és természettudományos felfogásai szerint változtak. A psychotherapia a lelkiélet zavarának legősibb gyógyítóeszköze és joggal sorolhatjuk körébe a kezdetleges művelődési fokok mágiikus szertartásait is.

A mult század második felének szigorúan morphologus-termeztudományos felfogása gátlólag hatott a psychotherapia fejlődésére és a lelki gyógy módokat — kevés kivétellel — a szakemberek köréből az avatlatlanok közé számúzta. Az elme gyógyászat fiatal tudománya — kielégítő konkrét ismeretek híján — a klinikai tünetcsoportok és a körlefolyás rendszerezésében merült ki és természettudományos-determinista felfogását e téren igyekezett érvényesíteni.

Különösen Krüpelin korszakalkotó fellépése — nem is annyira ő maga, mint tanítványai hatására — bénítólag hatott az elmebetegségek psychotherapiájának fejlődésére. Az endogen elmekórformák lefolyásának törvényszerűsége, a folyamat fogalmának megalko-

tása, eleve kilátástalannak tüntetett fel minden psychotherapiás kísérletezést, jóllehet, a *Kräpelin* értelmében vett folyamat ma még inkább heurisztikus elv, mint természettudományi tény. A másik gátló tényező az agyszöveti kutatás fellendülése, amely, bár az endogen elmebetegségek területén kritikaálló, egyöntetűen elfogadható eredményt nem hozott, sőt helyel-közzel valóságos „agymythológiává” fajult, mégis jogos formál az empirikus és kísérletező pszichológiai kutatás leicsinylésére.

*Bleuer* és *Jung* érdeme, hogy rámutatott az endogen folyamat alapján felépülő *psychés-reactiv ráépítmény* jelentőségére. Már az intézeti gyakorlat mindennapi tapasztalata igazolja, mily nagy hatással van a környezet, a foglalkoztatás, a hozzátartozók látogatása stb. a beteg hangulatára, kórképének, psychés tartalmának módosulására. A betegséget megelőző lelki alkattal, korábbi gyermekkori élmények átszínező, módosító befolyása félreismerhetetlen a baj lefolyása során. A folyamat nem egy meghatározott tényező, hanem számos összetevő eredője, melyek különböző mértékben szerepelnek a kórkép és a lefolyás kialakulásában. „Az endogeneitás nem fátum” — írja *Kretschmer*. A folyamatok befolyásolható volta mellett nyilatkozik többek közt *Stransky*, *Kogerer* és *Bumke* is.

A psychoanalysis, mint azt — csekély kivétellel — még kritikusan is elismerik, nagymértékben hozzájárult a kóros lelki jelenségek psychogen tényezőinek felderítéséhez és ezzel kiszélesítette az elmebetegségek psychotherapiás gyógyításának elvi alapját. (Mint módszer, egyike azoknak, amelyek a legnagyobb hozzáértést és — mint alábbiakban látni fogjuk — alkalmazása megválasztásában a legnagyobb körültekintést és óvatosságot kívánják az orvostól.)

Az elmebetegségek psychotherapiás kezelésében számbajehető eljárásokat gyakorlati szempontból két csoportra oszthatjuk: olyanokra, amelyek egyes tünetek eltüntetésére törekednek, a beteg társas alkalmazkodását serkentik tartós befolyásozással, valóságérzékét igyekeznek életrekelteni és megerősíteni. Ezeket közös névvel *nevelő* eljárásoknak neveznénk. A másik csoportba tartozók erélyesen, *activan* avatkoznak be a beteg lelkiéletébe, vagy azzal, hogy akaratát feltétlen alárendelik az orvos iránymutatásának, vagy pedig azzal, hogy a lelkiélet mély rétegeibe hatolva a megkötött ösztönenergiákat felszabadítják. Ez utóbbi csoportba soroljuk — bármennyire is különbözik elméleti alapjuk és gyakorlati keresztülvitelük — a *hypnosist* és a *psychoanalysis*.

A nevelő psychotherapiás módszereket elvben a legtöbb szerző elfogadja és részben alkalmazza is. Am az *activ* eljárások alkalmazása területén a leghomlok-egyenestebben ellentmondó felfogások uralkodnak. A conservatívak eleve elvetik, egyes rajongói meg válogatás nélkül alkalmazzák. Így pl. *Schilder* azt ajánlja, hogy „... a neurosishoz hasonló kórképeknél ténykedésünkben ne legyünk tekintettel a klinikai körjelzésre és alkalmazzuk csak a megfelelő psychotherapiát”. Természetes, hogy a feltételek és javallatok ilyen rendszertelen alkalmazása aztán olyan eredményekre vezet, amelyek a classikus medicina talaján nevelkedett komoly orvost visszariasztják.

Az *activ*, illetőleg *activáló* psychotherapiák hatásának elfogulatlan felülvizsgálása céljából összegyűjtöttünk válogatás nélkül intézetünk utolsó esztendőinek beteganyagából 12 olyan esetet, melyek részben még felvételük előtt, részben intézetben belüli ápolásuk alatt

psychotherapián estek át. Az intézetben belül történt psychotherapiákat nem a szerző végezte.

Az esetek kilinkai diagnosisaik szerint a következőképpen oszlanak meg: schizophrénia 6, neurosis anancastica 2, hystéria 1, dementia paralytica 2, psychosis epileptica 1 eset. Az alábbiakban kivonatossan ismertetjük a jellemzőbb kórtörténeteket:

*Sz. J.*-né 36 éves nő. Hystéria. Családi terheltsege nincs. Myoma eltávolítás kapcsán méhét csonkolták. Azóta nyomott hangulatú, phobái vannak, álmatlan. Psychoanalysis-sel kezelték, de eredménytelenül, majd egy másik orvos hypnosist kísérelt meg. A kezelés eredménytelen maradt, 10 alkalom után még nem sikerült somnambul állapotba hozni. Ebből azt következtette, hogy nem lehet rajta segíteni és elhatározta hogy véget vet életének. A klinikai vizsgálat hyperthyreosist állapított meg. Antithyreodin olásokra és individualpsychológiai kezelésre 3 hónap múlva javultan távozik.

*M. J.*-né 36 éves nő. Neurosis anancastica. Terheltsege nincs. Tbc. pulm.-a van. Roborálás mellett individualpsychológiai kezelést végeztünk. 5 hónap múlva javultan elbocsátjuk. Otthon folytatódik psychotherapiája. Állapota 1 év múlva ismét romlani kezd, elbocsátása után 2 évre ismét felvételre jelentkezik régi panaszaiával. Fektetésre és erősítésre gyorsan javul, 4 hónap alatt 9 kg-ot hízik. Javultan távozik.

*K. Á.* 26 éves nő. Psychosis epileptica. 13 éves kora óta tipikus epileps. rohamok. Indulatos, elkóborol, öngyilkosságot kísérelt meg. Két ízben hosszabb ideig kezelték psychoanalysis-sel, de eredménytelenül. Szervileg: olygomenorrhoea. tbc. pulm. Th.: bróm-luminál, gandubolin, foglalkoztatás. Rohamai nagymértékben ritkulnak, psychésen javul.

*G. L.* 20 éves nő. Schizophrénia, autistikus, stuporos phasis. Vitium cordisa, tbc. pulm.-ja van. Betegsége fél évvel ezelőtt kezdődött. Néhány hétig analysisre járt, de kezelését megszakították, mert állapota rosszabbodott, görcsei voltak, fintorokat vágott. Majd ezek elmaradtak és attól kezdve orvosa hangját hallja, az parancsokat ad neki s azt mondja, hogy meg fog vakulni. 5 hét alatt 5 kg-ot fogyott. Th.: erősítés, megnyugtatás, étrend, szabad levegőn fektetés, később glandubolin és antephytan. Fokozatosan javul, foglalkoztatjuk. 5 hónap múlva javultan távozik. Azóta egészséges, munkakörét (ápolónő) betölti.

*L. Gy.* 32 éves férfi. Schizophrénia. Családi terheltsege Szervileg: tbc. pulm. 2 évig járt psychoanalysisre. Ezalatt állapota rosszabbodott, hanghallásai támadtak, ezért bátyja kívánságára megszakította az analysisist. Hallucinációi azonban tovább folytatódtak, orvosa hangját vélte hallani és egy ízben érzékcsalódásai hatása alatt felment orvosa lakására és megtámadta. Néhány hét óta újra félelemérzések gyötrik, ismét hallja kezelőorvosa hangját. Th.: tartós fürdők, megnyugtatás, majd erősítés és kifelvetés. Fokozatosan javul, kibocsátjuk bátyja birtokára, ott kertészkedik és jól érzi magát. 3 hónap múlva visszazárlítják szorongásokkal, öngyilkossági kísérlet után, kiújult csúcsfolyamattal. Temperaturája csökkenésével párhuzamosan ismét megjavul lelkiállapota.

*G. F.* 54 éves nő. Dementia paralytica. Már betegsége előtt összeférhetetlen volt. Jelenlegi betegsége egy év óta tart. Azt hangoztatja, hogy üldözik, összebeszélnek ellene, el akarják tenni láb alól. Többek ajánlatára egy „suggestió orvoshoz” ment, „aki úgy gyógyít, hogy kibeszéli a betegséget”. Az orvos kezelésbe is vette, de a beteg 3 hét múlva megszakította a kezelést, mert úgy vette észre, hogy orvosa összeszövetkezett ellenségeivel, úgy érzi, hogy orvosa állandó lelki kapcsolatban áll vele, uralkodik felette, minden utasítását, parancsát teljesíteni kénytelen, éjjel-nappal kinozza, gyalázó, félelemkeltő, utasító szavakat sugdos fülébe. Gyakran hallja a falon át, amint ellenségeivel tárgyal az ő elpusztításáról. Egy alkalommal a templomban a Szűz Mária szobor helyén orvosát látta. Hozzá tartozói szerint öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik, mert nem képes tovább elviselni az üldözést. A testnedvek vizsgálata a pp.-re jellemző leletet ad.

E kivonatossan ismertetett esetekből semmiképpen sem vonhatunk le általános következtetést az egyes eljárások gyógyító értékére vonatkozólag, nem csupán statisztikai szempontból kis számuk miatt, hanem első-

sorban azért nem, mert nyilvánvaló, hogy zárt intézetbe a sikertelenül psychotherapiázott esetek kerülnek és ezért gyűjteményünk egyoldalú képet mutat.

A 12 eset közül mindössze 2 volt olyan, amely — hozzátartozói szerint — az intézetben kívül végzett psychotherapiára — mind a két esetben psychoanalysis — javult. 3 esetben az alkalmazott psychotherapia (2-nél psychoanalysis és 1-nél hypnosis) nem befolyásolta a folyamatot észrevehetően, egy esetben az intézetben végzett individualpsychologiai kezeléssel egyidőben javult a beteg állapota, de kibocsátása után a kezelés folytatása ellenére romlik, úgy, hogy a javulást esetleg más tényezőnek kell tulajdonítanunk. Egy esetben a megkísérelt hypnosis sikertelensége öngyilkossági terveket keltett életre. Végül 5 beteg psychotherapiája (2-nél hypnosis, 3-nál psychoanalysis) részben a folyamat heveny fellobbanását váltja ki, részben tartalmilag átszínezi a kórképet.

Az utolsó csoportba tartozó esetekben a psychotherapia és a lefolyás megváltozása között olyan kétségtelen az összefüggés, hogy érdeklődésünket elfogulatlanul elsősorban ezek ragadják meg. Szembeszökő példái az endogen — egy esetben az exogen-szervi — folyamatok psychés befolyásolhatóságának — elméleti szempontból nem tekintjük, hogy hasznos, vagy káros irányban történt legyen az.

A lelki befolyás és a kiváltott visszahatás összefüggésének közelebbi elemzésében *Jaspers* beosztásához alkalmazkodunk. Ő az endogén elmebetegségeknek 3 lefolyási formáját különbözteti meg: a phasist, a folyamatot és a fejlődést. A phasis, amelynek a rendes lelkiéletben a kedélyélet spontán hullámszámai felelnek meg, mindig endogén és ha külső tényező váltja ki, tartalmilag, lefolyásában annak meg nem felelő. A phasis hetekig, hónapokig tartó lefolyása után a tünetek fokozatosan eltűnnek és helyreáll a megelőző állapot. Ezzel szemben a folyamat a lelkiélet tartós, fokozatos, irreversibilis elváltozását hozza létre. A folyamat heveny, lökésszerű meggyorsulása a lökés (*Schub*). A fejlődés egy veleszületett készség fokozatos kibontakozása, kifejlődése az életkoroknak megfelelőleg.

A lelkiéletnek külső élményekre beálló megváltozása, a reactio, kórjólattal más-más jelentőségű, aszerint, hogy az élményt követő acut elváltozás: lökés, phasis, vagy valódi psychogen reactio-e. Utóbbira az jellemző, hogy tartalma érthető összefüggésben van a kiváltó élménnyel, a kiváltó ok megszűnése után csakhamar lezajlik és a beteg, gyógyulása után maga is látja az összefüggést, míg pl. a folyamat gyógyuló szakában a lezajlott kórkép a beteg számára idegen marad. Természetes, hogy a valódi reactio, a kiváltott phasis és a lökés különválasztása nem könnyű és nem is mindig lehetséges és csak a kórképet létrehozó tényezők gondos structuranalytikai tanulmányozása és a lefolyás megfigyelése segítségével érhető el.

A *Birnbaum*-féle structuranalysis igyekszik megkülönböztetni a kórkép pathogenetikai tényezőit az esetleges módosító, átszínező pathoplasticus tényezőktől. Ezenkívül másodlagos jelentőséget tulajdonít a praedisponáló és praeformáló tényezőknek. Gyakorlatilag fontos a provocáló mozzanat.

Eseteink utolsó csoportjában egy kivételével határozottan felismerhető volt a közvetlen psychoprovocatio. G. L. analysise előtt mindössze nyugtalan, emberkerülő volt, nem igen látszott rajta több a schizoid pubertaskrisis tüneteinek. Tulajdonképeni kórosnak mondható tüneteinek csak az analysis alatt fejlődtek ki, először hys-

teriás jellegű görcsrohamok, majd hanghallás és befolyásoltatási téveseszmék formájában. L. Gy. kezdeti tünetei nyomott hangulatban, szorongásban, öngyilkossági gondolatokban nyilvánultak meg, specialis psychotikus tünetei, hanghallás, erőszakos cselekedetek csak a kezelés folyamán jelentkeztek. K. S. esetében a hypnosis már meglévő psychotikus tüneteket fokozott fel, míg G. E. esetében exogen-somaticus alapon váltódott ki a reactio. H. L. psychotikus tünetei kezelés alatt továbbfejlődtek és az analysis inkább psychoplastikus befolyásolta a kórkép kialakulását.

A psychoplastikus hatás a csoport minden tagján megnyilvánult. 4 esetben az orvos személyére vonatkozó befolyásoltatási téveseszméket váltott ki, amelyek 2 beteget impulsiv cselekmények véghezvitelére ragadtak. H. L.-nek analysise kényszeres jellegű ábrándozásának tartalmát befolyásolta, személyiség hasadása tudatos állandósulására adott alkalmat.

A psychotherapiára kórosan reagáló eseteinkben tehát az értalmas hatás a provocatióban és a tünetalakító psychoplastikában látjuk. Ha tekintetbe vesszük, amint ezt *Birnbaum* is hangsúlyozza, hogy a klinikai kép kialakulásában mily nagy szerepe van a pathoplastikus tényezőknek, le kell szegeznünk, hogy a helytelen psychotherapia tartósan ronthatja a beteg állapotát, nem is szólva az acut reakciók ön- és közveszélyes voltáról.

Eseteink kapcsán megkísérlünk feleletet adni arra a kérdésre, hogy a kóros reakciók, melyek kétségkívül a kóros alkat megnyilvánulásai, miképpen jöttek létre a kezelési eljárás psychés ingerére. Fontosnak tartjuk ezt elméleti érdekességén kívül azért is, mert ha psychikusan ható ingerekkel ily nagy indulatkitöréseket idézhetünk elő és a lefolyást, a tünetek összességét befolyásolhatjuk, elvileg mi sem mond ellent annak a lehetőségnek, hogy az itt működő erőjátékok felismerésével és a befolyásolási mód helyes megválasztásával, illetve alkalmazásával immár gyógyításszámba menő lelki elváltozást érjünk el.

A psychés befolyásolás kapcsán kiváltódott kóros visszahatások nagy része a kezelő orvos személyére vonatkozott, vele kapcsolatban támadtak a betegnek kellemes vagy kellemetlen érzékcsalódásai, téveseszméi, impulsiv cselekedetei. Az orvos személyének ez a túlértékelése, középpontba helyezése jól ismert az előtt, aki psychoneurotikus betegeket psychoanalytikus eljárással kezel. Ez a jelenség, melyet a lélekelemzés indulatáttételének nevez, a tulajdonképeni alapja minden lelki befolyásolásnak. *Freud* szerint minden egyén, különösen pedig a neurotikus, magában hordja korai gyermekkorában támadt, de kielégületlenül maradt ösztönrezületeinek immár nem-tudatos maradványát, amely alkalmas helyzetben azonnal megnyilatkozásra: kielégülésre törekszik. Az orvos, — nemcsak az analytikus, sőt nemcsak a psychotherapeuta — helyzeténél fogva kiválóan alkalmas arra, hogy életre keltse azokat az érzelmeket amelyeket a beteg valaha apjával, vagy más tisztelt és szeretett személlyel szemben táplált. Amit az orvos és beteg viszonyában közönségesen bizalomnak szokás nevezni, az a nyugalom, amely elfogja a beteget az orvos megjelenésekor és amelynek somatikus betegségek gyógyulásában is feltétlenül szerepet kell tulajdonítanunk, tulajdonképen az indulatáttétel megnyilatkozása. A legtöbb psychotherapiában a tudatosan, vagy anélkül alkalmazott suggestio, csakugy, mint a mély hypnosis, az indulatáttétel közvetlen felhasználása. Az orvos: az apaszemély felhasználja tekintélyét és azal a beteg gyermeki érzelmi kötöttségére befolyásolást

gyakorol. A lélekelemzés, szemben a többi módszerrel, nem elégszik meg az indulatáttétel adta helyzet ilyen felhasználásával, hanem igyekszik azt elemeire bontani, tudatosítani és eközben fokról-fokra felbontja és tudatosítja az elfojtott érzelmek és ösztönrezdületök szövevényét: a komplexusokat is. Az indulatáttétel segítségével felszínre kerülnek olyan vágyak és kívánságok, melyeket erkölcsbe ütköző és megvalósíthatatlan voltuknál fogva kellett a betegnek elfojtania. Az orvos segítségével a beteg ezekkel az elítélt vágyaival is szembe tud nézni és lemond róluk, vagy sublimálja őket, esetleg pedig belátva az elfojtás indokolatlanságát, megvalósítja őket.

Már a psychoneurotikus betegek kezelése kapcsán is felmerülnek néha olyan emlékek, létrejönnek az indulatáttételnek olyan alakjai, amelyek súlyos szorongáshoz, testi tünetekhez, néha a betegre ártalmas, irreális cselekedetek véghezvitelére vezetnek. Különösen meg van ez a veszély schizoid alkatú és paranoid fejlődésű egyének analysisekor, akiknek kezelése folyamán a schizophr. mélymechanizmusok, paranoid reakciók megnyilvánulhatnak. *Kretschmer* határesetek analysisében a legnagyobb óvatosságot ajánlja és a gyanus tünetek megjelenésekor az analysis azonnali megszüntetését tartja helyénvalónak. A fenyegető tünetek elég korai felismerése és a kezelés megszakítása többnyire elejét veszi a folyamat további kifejlődésének. Ennek szemléltetésére két esetet ismertetek magángyakorlatomból.

F. J. 52 éves férfit belgyógyász kezelőorvosa utasítja analysisre, mert befolyásolhatatlan spasticus székzsorulását psychés eredetűnek tartja. A beteg különcködő, magányos agglégény, gyermekkorát és iskolaéveit Keleten töltötte, ahol sokat hallott megfontásról, ráolvasásról. Egyhónapi analysise után visszaemlékszik, hogy egyszer étkezés közben megátkozták, onnan ered a betegsége, majd orvosával kapcsolatos befolyásoltatási félelmei kezdenek kibontakozni. A kezelést megszakítjuk és 4 éves katamnesise szerint tovább laborál obstipációjával, anélkül, hogy psychésen kóros tüneteket árulna el. Ez esetben paranoiás fejlődéssel állunk szemben, amit az óvatlanul tovább folytatott analysis könnyen manifestálhatott volna.

K. S. 30 éves férfi szorongásokról panaszkodik, azonfelül potentia-zavarokban szenved. A kezelés folyamán a szokottnál sokkal hevesebb indulatáttételi jelenségei támadnak és oly gyors egymásutánban, hogy tudatosítással nem sikerül megszüntetni azokat. Egy alkalommal súlyos szorongások között megvallja, hogy azért tekintgetett több kezelésen át minduntalan hátra és azért mulasztotta el az utolsó kezelést, mert félt, hogy orvosa megfojtja. Ez a félelem reális volt, nem fantáziajáték, mint általában történni szokott. Ugyanakkor munkahelyén nyugtalanná vált, rettegett feletteseitől, félt, hogy valaki előugrik a sötétből és megfojtja. A tudatosítás mit sem változtatott állapotán, mert minden átmeneti megnyugvás után szélesebb tartalommal és intenzívebben nyilvánultak meg szorongásai. A kórkép annyira emlékeztetett a schizophreniás lökés első tüneteire, hogy a kezelést megszakítottuk. Az azóta eltelt 3 év alatt további tünetei nem fejlődtek, szorongása megszűnt, ám orvosával szemben más, rationalis tartalmú, állandósult paranoid magatartást fejlesztett ki.

E két esetben alkalmas volt megfigyelni, hogy az indulatáttétel-keltette psychés reakciók mint válnak valóságértékűvé. Tartalmilag a neurotikusok analysisében megnyilvánuló fantáziái nem különböznek a megfelelő alkatú elmebetegek érzécsalódásaitól és téveseszméitől. A különbség a tünetek fokában, a beteg személyiség valóságérzékekében és ellenállóképességében van. Az „én” ellenállásának csökkent voltát az alkattani és a lélekelemző iskolák — felfogásuknak megfelelően — a kóros alkatban (*Birnbaum, Jaspers, Kretschmer*), ill. az „én” és „énideál” hiányos fejlettségében (*Schilder*) látják. Akár így, akár amúgy magyarázzuk is, a tapasztalat azt mutatja, hogy a *psychotikus, elsősorban a*

*schizophreniás, nem képes megbirkózni a tudattalanból felszabadult ösztönökkel és a nem kellően óvatos orvos könnyen kerülhet a bűvészinas helyzetébe, aki nem tud megszabadulni a felidézett szellemektől.*

A schizophreniások analysisével szemben maga *Freud* is tartózkodóan nyilatkozik. Óvatosságot ajánl *Kehrer, Kretschmer*, sőt az analitikus *Schilder* is. *Speer* schizophreniások symbolumait próbálta gyógyító célból értelmezni, de nem látott tartós eredményt. *M. Löwy* a háború alatt acut schizophreniás phasisokban álomanalysiseket kísérelt meg és azoknak következtében hetekig, hónapokig tartó katatonias lökéseket észlelt. Az analysis veszélyes voltára figyelmeztet tapasztalatai alapján *Van der Hoop* is.

A hypnosis-therapia tünetprovokáló hatására kevés számú és személyesen részben nem észlelt esetünk kapcsán nem óhajtunk általános következtetéseket levonni. Valószínű, hogy a személyiségnek ilyen erőszakos befolyásolása a schizophreniás folyamatok lefolyása során mindinkább kibontakozó vonatkozásos hajlamot idő előtt nyilvánvalóvá teszi. Közélebről és részletesen volt módunk elemezni *G. E.* esetét, akinek exogen szervi megbetegedése schizoid alkatát manifestálta és a kórkép klinikailag megtévesztésig utánózta a schizophrénia paranoides tünetegyüttesét. A kezdetben összefüggéstelen üldöztetési téveseszmék és testi érzésekben megnyilvánuló érzécsalódások a kezelés folyamán mintegy kikristályosodtak a suggeráló orvos személye körül, többé-kevésbé zárt rendszerre épültek, amelynek az orvos volt a középpontja. A psychoplastikus hatás egy esetben sem volt annyira kifejezett, mint ebben, sőt a tüneteknek a specifikus kezelésre beállott javulása folyamán a régi kezelőorvosra vonatkozó téveseszmék továbbra is megmaradtak.

Tehát egyfelől bebizonyosodott, hogy élményhatások módosíthatják az endogen folyamatokat, másrésztől azt tűnt ki, hogy az *activ illetve activáló kezelési módok veszedelmesek*. Az alkatilag determinált folyamatok kezelésében továbbra is a nevelési eljárásoknak kell juttatnunk az előnyt, amelyeknek részletezése meghaladná e közlemény kereteit. Megjegyezzük azonban, hogy az esetek analitikus megértése megkönnyíti a nem-activ therapia is, sőt egyes esetek kezelésében nélkülözhetetlen. Az indulatáttétel, mint hangsúlyoztuk, mindig működik, illetve a psychosisok lelki kezelését éppen annak hiánya, illetve csökkent volta nehezíti meg. Az orvosnak tudatosan fel kell használnia a beteg kibontakozó indulatáttételét, de nem értelmezésre, hanem arra, hogy rábirja őt az alkalmazkodásra, akár munkatherapia, beszélgetés, vagy környezetalakítás segítségével történik is az. Részletek, egyes tünetek elemzése — az egész összefüggés szem előtt tartásával — a képzett pszichiater kezében nem árthat, viszont kitűnően megoldhat actualis nehézségeket, pl. negativizmust, táplálkozás megtagadását. Az elmebetegek kezelésének, ha analitikus eszközöket alkalmaz, a játékos gyermekanalysishez kell hasonlítania.

Végezetül szabályként kellene tekinteni a psychotherapia megválasztása előtt az esetek gondos structuranalysisét. Csak ennek elvégzése után felelhetünk arra a kérdésre, mit várhatunk és milyen veszélyekkel állunk szemben. Maga a klinikai kép nem ad elég felvilágosítást a kórképlet szempontjából. Míg egyfelől az öröklött, endogen folyamatok néha aránylag enyhe klinikai tünetekkel kezdődnek, másfelől heves tünetekkel járó kórképek — ritkán bár — psychés eredetűek és psychikusan befolyásolhatók. *Bleuler* szerint „ezidő-

szerint senki sem zárhatja ki, hogy még olyan psychosisok is, amelyeket a schizophrénia főcsoportjától nem tudunk megkülönböztetni, pusztán psychikus reactióformák". Néha a kórképben nem annyira az alkati-pathogenetikusan, mint a psychés-pathoplastikus: tehát psychikusan befolyásolható tényezők uralkodnak. Más esetben a pathoplastikus tényezők nem psychés, hanem somatikus eredetűek és ilyenkor a felszínen kiütköző psychés tartalom csak másodlagos jelentőségű. Eseteink közül számos ilyen említhetünk meg. Sz. J. affectus-labilitása antithyreodin befeccskendezések hatására jelentékenyen csökkent. M. J. kényszergondolatai tudó-folyamata javulásával párhuzamosan vesztenek erejükből. Különösen szembeszökő a gümőkórban szenvedő schizophrénások viselkedése. Anélkül, hogy állást foglalnánk a tbc. és a schizophrénia okozati kapcsolata mellett, feltűnő az a párhuzam, amely több betegünk psychés javulása és tudó-folyamatuk megnyugvása között fennáll. Az intézetben történt klimatikus és robóráló kezelés során psychés statusuk állandó összefüggést mutat a lázgörbe váltakozásával és hőemelkedésük megszűnté után röviddel mindegyikük javultán hagyja el az intézetet.

Bár magától értetődőnek tetszik, mégsem fölösleges rámutatnunk, hogy rendszeres psychotherapiát csak kellő képzettségű és gyakorlatú psychiáter orvos folytathat. Nemcsak azért, mert a feltételek és javallatok megválasztására, az egyes esetek structuralanalysisére csak orvos képes, hanem azért is, mert — mint említettük — a kezelések, különösen a psychoanalysis folyamán bár-mikor manifestálódhatnak olyan jelenségek, amelyek nem csupán a laikus, de még a nem-psychiáter orvos figyelmét is elkerülhetik. Ha jogilag nem is tekintik műhibának a psychiatriában kellőképpen meg nem választott eljárás okozta kárt, a lelkiismeretes orvos alapelve mégis a primum non nocere.

**Az Irgalmasok budapesti köz-kórháza fül-, orr- és gégeosztályának közleménye. (Főorvos: Szolnoky Zoltán.)**

## Tüdőszövődmények mandulaműtét után.

Írta: Szolnoky Zoltán dr.

A mandulaműtétek után előforduló szövődmények leggyakoribb alakja a légutak területén, illetve a tüdőben játszódik le. Enyhébb szövődmények gyakoriak, míg súlyosabbak nagyon ritkák és helyes műteti technikával csaknem teljesen kizárhatók.

A légutak szövődeményeinek leírásában legcélszerűbb három megjelenési alakot megkülönböztetni. A megkülönböztetés csak a kórfolyamat súlyosságának megjelölésére szolgál.

Beszélhetünk tehát: 1. műtét utáni hörghurutról (bronchitistról), 2. tüdőgyulladásról (pneumoniáról) és 3. tüdőtályog, illetve gangraenáról (üszökről). Természetesen ezen megjelenési alakok között igen sok átmeneti lehetőség van. A megbetegedés sorrendje is a fent vázolt schéma szerint történik, azokban a betegekben is, akiken a legsúlyosabb szövődemény jelentkezik. Egyes ritka, több szerző által megemlített haematogen tüdőtályogot nem tekintve, a sorrend mindig ugyanaz, legfeljebb nincs módunkban azt klinikailag ellenőrizni.

1. Mandulaműtét után a betegek majdnem mindig arról panaszkodnak, hogy köhögniök kell. A köhögési inger olyan nagyfokú lehet, hogy a műtét után megkívánt nyugalom céljából egy-két napon át kénytelenek vagyunk csillapító szereket adni. Az ilyen betegek kö-

högés rendszerint száraz és köpetük a szájbán, garatban összegyűlt nyúlós nyál. Ennek oka a műtét után a garatban keletkező vérbőség, duzzanat és fokozott nyálka-elválasztás. Ezek a jelenségek csaknem valamennyi operált betegen mutatkoznak s gyógyszerrel (codein, dionin, atropin) biztosan megszüntethetők. Néhány beteg azonban műtét után hamarosan savós, nyákos, esetleg genyes váladékot ürít és hőmérséklete is növekedik. Ez az állapot néhány napig tart, majd a beteg láztalan lesz, köhögési ingere megszűnik és meggyógyul.

Közismert, hogy mandulaműtét után a betegeknek 6—8 napig hőemelkedésük van. Az egyéb sima lefolyású sebészi beavatkozások utáni lázmenettel összehasonlítva, mandulaműtétek után a hőmérsék értékei magasabbak. A hőemelkedés oka természetesen elsősorban a helybeli beavatkozást követő visszahatás, a sebfelszínekről történő felszívódás. 100 operált és simán meggyógyult beteg lázmenetének megállapítására hőmérőzéseket végeztettünk egy héten át. A betegek közül csak 4 volt olyan, akinek lázgörbéje 37° alatt maradt. 84 betegnek 4—5 napig tartó, 38°-ig terjedő hőemelkedése volt, 12 beteg hőmérséklete pedig 38° fölé is emelkedett. Az utóbbi betegekben kopogtatási eltérést nem találtunk, ellenben a tüdő felett bűgást, sípolást hallottunk. Kétségtelen tehát, hogy náluk a műtét szövődeményeként hörghurut jelentkezett, amely lázcsillapítóra, köptetőre, vizesborogatásra néhány nap alatt teljesen meggyógyult. Megállapítható tehát, hogy műtét után a betegek 10—12%-ának enyhe hörghurutja volt.

Mint átmeneti alakot meg kell említenünk a Schütz által leírt és általunk is tapasztalt érdekes kórképet. Műtét utáni napon a betegnek hirtelen 39—40° láza támad. A láz 2-szer 24 óráig tart. A betegek oldalszűréről, erős köhögéssről panaszkodnak; a tüdő alsó lebenyében tompult kopogtatási hangot, néhány sípolást, bűgást, esetleg szörtyözöret állapíthatunk meg. Röntgenvizsgálatnál a tüdő alsó részének légtartalmát csökkentnek találjuk. A belorvos hajlamos a kórképet tüdőgyulladásnak minősíteni. Meglepetésre azonban ez a lázas állapot, az egyéb fenyegető tünetekkel együtt, amilyen gyorsan jelentkezett, olyan gyorsan el is tűnik. Ez a különös kórforma meglehetősen gyakori és megjelenési százaléka 1/2—1%-ra tehető. Schütz a kórformát a műtét alatt szabaddá vált embolusokkal igyekszik magyarázni. Véleményem szerint a betegség oka leggyakrabban a műtét közben elszorított aspiratio. Feltevésemet támogatja egyik betegünk mellékelt kórleírása és megerősíti a később elmondandó kísérlet-sorozat eredménye.

M. I. 56 éves férfibeteg vérköpéssel került a kórházba. Szokásos vérzéscsillapítási eljárás alkalmazásával sikerült a vérzést egy óra alatt megszüntetni. A beteg a vérzés után két napig nagy lázban feküdt. A vizsgálatok a tüdőben semmiféle komolyabb idült elváltozást nem mutattak. A betegnek magas vérnyomása volt. Gégetükörrel a vérzés helyét a hangszalagok alatt, kb. a 3. 4. légcsőgyűrűnél megtaláltuk. Kétségtelen tehát, hogy a vérzés arteriosklerotikus eredetű volt és hogy azt a beteg kórelőzményében szereplő és néhány nap óta fennálló hörghurut és légcsővi vérbőség, köhögés váltotta ki. A kifolyt vérmennyiség mindkét tüdő alsó lebenyében hallgatózással és röntgennel is jól kimutatható volt. A két napig tartó láz a tüdőbe került alvadt vér kiürülése után megszűnt és így bizonyos, hogy a tüdőbe jutott vér bomlása okozta. A vér mint idegen fehérje hatott és hörgők váladékával keveredvén, kitünő táptalajul szolgált a baktériumoknak is.

Alkalmazva az elmondottakat a mandulaoperál-takra, feltehető tehát, hogy a műtétkor beszívott vér okozhatja a lázat. De nemcsak a tüdőbe juthat vér, hanem minden esetben a gyomorba is. Hasonló hatásmechanizmus tehát itt is elképzelhető, jóllehet a gyomor



sósvartartalma a baktériumok elszaporodását gátolja. Ez elgondolásból folyólag az ilyen betegeknek beöntést és hashajtót adunk. Bámulat, hogy a beteg sokszor néhány óra alatt a hashajtó hatása után láztalan lesz.

2. Súlyosabb szövődmény a *tüdőgyulladás*. Bronchopneumonia képében zajlik le. Műtét után a betegek 1—2 napi hörghurut, bővebb köpetürítés, 38° körüli láz után oldalszúrásról, rossz közérzetről, erős köhögési ingerrel panaszkodnak. Lázuk 40°-ra is felszökhet és lázmenetük continua jellegű, tüdejükben pedig kopogtatással kimutatható elváltozás van. A gócos *tüdőgyulladás* röntgenátvilágítással mindenkor biztosan kimutatható. A láz néhány napig tart, majd legtöbbször kritikusan, néha azonban lytikusan leszáll. A magas láz megszűnése után a beteg 8—10 napig még rendszeren subfebrilis. A műtét utáni *tüdőgyulladás* százaléká *Heiberg* szerint 2-re tehető. Ez a százalék azonban a helybeli érzéstelenítésben végzett műtétekre vonatkozik, mert az amerikai szerzők tapasztalata szerint, akik altatásban operálnak, a *tüdőgyulladás* gyakoribb. *Fischer* az altatásban végzett műtétek utáni *tüdőgyulladást* aetherpneumoniának gondolja. A *tüdőgyulladás* kezelése a szokásos eljárásokkal történik és lefolyása nem ad okot különösebb aggodalomra. Az osztályunkon végzett 3000 műtetre eső 12 *tüdőgyulladásos* betegünk zavartalanul meggyógyult. Ez a tapasztalatom megegyezik a legtöbb szerző véleményével, s az irodalomból is kitűnik, hogy a mandulaműtét utáni *tüdőgyulladás* halálosági százaléka elenyésző.

3. Rátérek végül a mandulaműtét legsúlyosabb és igen sokat megvitatott szövődményére, a *tüdőtályogra*, illetve a *tüdő üszkösödésére*, amelyek azonban szerencsére ritkák. Az osztályunkon végzett 3000 műtéttel kapcsolatban egyszer észleltünk *tüdőtályogot* és egy alkalommal műtéttel gyógyult *tüdőüszkösödést*.

A világirodalomban sok közleményt találunk a *tüdőtályogról*. A fontosabb közleményeket és a szerzők véleményeit néhány sorban szükségesnek tartom összefoglalni. Teszem ezt annál is inkább, mert ezekből kitűnik az, hogy a szerzők hányféle elméletet közölnek e szövődmény keletkezésének magyarázatára. *Apfel* azt gondolja, hogy amíg a mandulákat csak részben távolították el, *tüdőtályog* nem keletkezett, mert véleménye szerint a visszamaradt mandulák védelmet nyújt a thrombus és embolus képződéssel szemben. 1917 óta, mióta Amerikában a mandulák teljes műtéti eltávolítása annyira elszaporodott, hogy az Egyesült Államok lakosságának kb. 50%-ban kiirtották manduláit, a *tüdőtályog* esetek megsokszorozódtak, míg a *Sluder* klinikán, ahol 20.000 részleges mandulaműtétet végeztek, annak ellenére, hogy valamennyit altatták, mégsem észleltek egyetlen *tüdőtályogot* sem. *Bernhard* a *tüdőtályogot* oly ritka szövődménynek tartja, hogy annak lehetőségét figyelmen kívül hagyandónak gondolja és sajnálatos műtéti esélynek minősíti. A közölt *tályogok* nagy százalékát helytelen kórismének véli és csak gyűjtőnévnek gondolja, ahol a kórforma sokszor egyéb súlyos betegségeket takar. A biztosan kórismézett *tüdőtályognál* szerinte mindig kimutatható a hörgőkben a vér. *Bloch* viszont óriási anyagban nem talált olyan *tüdőtályogot*, amely mandulaműtéttel kapcsolatba hozható lett volna. *Fischer* a gyermekeknél 3 csoportba osztja a *tüdőfertőzést*, mégpedig: *tüdőgyulladás*, *tüdőtályog* és idegentestek aspirációja. 15 *tüdőtályogot* közöl, amelyek közül egy esetben a *tályog* oka műtét közben aspirált fog volt. *Frank* 15 halálosan végződő *tályogról* számol be; a *tályogképződés* okául a vérbeszippantást jelöli meg. Közleményében rámutat azonban arra, hogy nem zárható

ki az embolia lehetősége sem. Feltevése az, hogy a *tüdőtályog* csak *tüdőgyulladás* után fejlődhet ki, oly módon, hogy a *gyulladásos góc* másodlagosan fertőződik. A fertőzés focalis gócból, vagy embolia útján történhetik. Felhívja a figyelmet arra, hogy altatás után sokkal gyakoribb a *tüdőtályog*, mint helybeli érzéstelenítés után. Hangsúlyozza, hogy ez a súlyos szövődmény kellő technikával elkerülhető. *Gandini* a *tüdőtályog* okául az emboliát jelöli meg, mert az ő tapasztalata szerint a *tályogok* a felső *tüdőleányban* keletkeznek, ami ellene szól az aspiratióknak. Mint lehetőséget említi a nyirokutakon történő fertőzést is. *Galings* az amerikai szerzők közleményeit összefoglalva, sok száz esetet közöl és rámutat arra, hogy a szövődmény Európában is elég gyakori. Véleménye szerint a megbetegedés sokkal gyakoribb, mintsem gondolnók és csak a vizsgálati módok tökéletlenségére vezethető vissza, hogy kellő számban nem észlelik. Feltevést igazolja az amsterdami gégeklínika beteganyaga, ahol 2000 műtét után, pontos vizsgálattal 6 *tüdőtályogot* mutattak ki. *Wall* a *tüdőtályog* létrejöttében a fertőzés útját gyakoriság szempontjából a következő sorrendbe foglalja: 1. nyirokutat, 2. aspiratio, 3. embolikus út. *Cutler* állatkísérleteket végzett a kérdés tisztázása végett és arra az eredményre jutott, hogy a szájüregből mesterségesen aspiráltatott állatok tüdeje igen ritkán fertőzhető. Ezért az embolikus utat jelöli meg, mint valószínűt. *Waldapfel* a bécsi gégeklínikán évek hosszú során nem észlelt *tüdőtályogot*, aminek okát abban látja, hogy Bécsben mindig felületes érzéstelenítésben, vagyis a garatreflexek megtartása mellett, ülő helyzetben operálnak. *Simpson* 2 gümőkóros betegen végzett műtét után *tüdőtályogot* észlelt és felhívja a figyelmet újból, hogy a gümőkór mennyire ellenjavallja a műtétet. — *Myerson* *tüdőtályog* keletkezésekor mindig feltételezi az előzetes gümős fertőzést. *Leon* 150 *tüdőtályog*-esetet közöl, melyeket 10 év alatt különböző intézményeknél gyűjtött össze. Az esetek közül 25% önként gyógyult, míg 70%-ban sebészi beavatkozást végeztek. *Le Meé* azon véleményen van, hogy egész közömbös az, hogy altatásban vagy helybeli érzéstelenítésben operálunk. Feltevést azzal a kísérlettel okolja meg, hogy a beteg torkát műtét előtt sugárfogó anyaggal bekenve, műtét után röntgennel a *tüdőben* az anyag mindig ki volt mutatható. Mandulaműtét után előforduló *tüdőtályogok* a szerző véleménye szerint nem gyakoribbak, mint más sebészi beavatkozás után. *Schütz* 403 műtét után 13 esetben talált *tüdőszövődményt* és mivel állatkísérletekben sikerült hörgelzárással, mesterségesen *tüdőtályogot* létrehozni, a *tályog* okát emberen is hörg-elzáródással magyarázza. A különböző szerzők mandulaműtét után, melyeket altatásban végeztek, 40—80%-ban, helybeli érzéstelenítésben végzett műtétek kapcsán pedig 40%-ban találtak vért az alsó légutakban. Ennek ellenére csak minden 2—3 ezredik mandulaműtetre esik egy *tüdőtályog*. *Ziegelmann* véleménye az, hogy ha azokat a mandulaoperáltakat, akik lázasok lesznek, pontosan átvizsgálják, sokkal több *tüdőtályogot* és *tüdőgyulladást* találnának, mint eddig. A szerző bronchoskopiás kísérleteket végzett műtét után és csaknem minden esetben talált vért a hörgőkben. A szerző ezért altatásban, lógó fejjel operál, mert így az egész műtét alatt láthatja az epiglottist és megakadályozhatja, hogy a sinus pyriformisba vér jusson.

*Tüdőtályogra* jellemző a műtét után hirtelen hidegrázással kezdődő nagy láz, a lázzal együtt járó köhögés, bűzös köpet, hányás, izzadás. Fontos jel a szűrő mellkasi fájdalom, melyet étvágytalanság, álmatlanság kísér. Legfeltűnőbb a súlyos elesettség, amely gyermekeknél

olyan állapotra emlékeztet, amely kezdeti gyermekbénulásra jellemző és végül a bűzös köpet. Köhögés nem mindig jelentkezik, különösen gyermekeknél hiányzik. Bűzös köpet hiányában sem lehet mindig kizárni, hogy a tüdőben nincs-e genyedő folyamat.

A fehérvérsejtszám igen nagy és mindig nagyobb, mint tüdőgyulladásakor. Főleg a polymorph fehérvérsejtek szaporodnak meg. A fizikai tünetek is hiányozhatnak és csupán a csökkent kopogtatási hang, csökkent légzés és olykor a mellkas középső harmadában található bronchialis légzés hívja fel a figyelmet a tüdő elváltozására.

A legértékesebb vizsgálati módszer kétségtelenül a különböző irányból és gyakran megismételt röntgenfelvétel. A tályog helyének megállapításában a bronchoscopia is értékes szolgálatot tehet.

Elkülönítő kórisme szempontjából a betegség kezdetén számításba jöhet: tüdőgyulladás, sinus thrombosis, agytályog, pyelitis, mastoiditis, sepsis és heveny endokarditis.

Kórokozók szempontjából a szerzők megegyeznek abban, hogy leggyakrabban spirochaeták és különböző anaerob baktériumok, valamint strepto- és staphylococcusok okozzák a tüdőtályogot. Fischer szerint anaerob mikroorganizmusok játsszák a főszerepet és a spirochaeták csak másodlagos jelentőségűek. A tüdőgyulladásnál viszont anaerob csírák nem szerepelnek.

Osztályunkon 5 év alatt kb. 3000 mandulaműtétet végeztünk és ezek közül kétszer volt alkalmunk ezt a veszedelmes szövődmenyt észlelni.

V. K.-né 1936. év júniusában került műtetre. A műtétet helybeli érzéstelenítésben, minden zavar nélkül végeztük el. Feltűnt azonban, hogy 2—3 pantocain ecsetelésre teljes garatreflex-kiesés jelentkezett. A műtét után a beteg zavartalanul gyógyult, utóvérzés nem volt; 4 napig lázas volt, majd láztalan lett, úgy hogy a 6-ik napon a kórházból elbocsátottuk. A műtét utáni tizedik napon rosszul lett, szűrő fájdalomról kezdett panaszkodni a jobb mellkas alsó felében, majd fuldoklási rohamai keletkeztek, hidegrázással és láz kíséretében. Erősen köhögött, sok bűzös köpetet ürített és többször hányt. Felvételnél légzése nyugalmi helyzetben is szapora, pulsa 100 körül volt. Fizikális vizsgálatkor a jobb mellkasfelben a 4. bordától lefelé tumpulatot találtunk, melynek jobb határa, a jobb elülső hónaljvonal, balhatára a szegycsont bal széle volt; a tumpulat felett gyengült sejtetes légzés. Fehérvérsejtszám 14.000. A röntgen a jobb alsó tüdőlebezyben gyermektenyérsíni, elmosódott szélű egynemű árnyékot mutatott, melynek közepén diónyi üreg volt. Bár a betegnek revival, köptetőt adtunk, a beszüremkedés néhány nap múlva nagyobbak tetszett, egy hét múlva pedig a röntgen a jobb középső és alsó lebezynek csaknem egész terjedelmében, a hilussal összefüggő tömör, foltos árnyékot mutatott. (Gangraena). Minthogy a beteg erőbeli állapot romlott, a tüdőfolyamat terjedt, a belgyógyászok véleménye alapján a beteget műtét céljából a sebészeti osztályra helyeztük át. A tüdőüszkösödés feltárása után szerencsésen meggyógyult.

Kétségtelen, hogy a beteg tüdőüszkösödése a 10 nap előtt végzett mandulaműtéttel hozható kapcsolatba.

2. Körtörténet. T. E. 23. éves betegünknek serdülő kora óta elég gyakran voltak görcsös rohamai. Férjhezmenetele után másállapotba jutott s rohamai sűrűsödtek. Ezeket a rohamokat hystériásoknak gondolták. Mandulaműtete előtt 1/2 évig nem volt roham. A mandulaműtét helybeli érzéstelenítésben minden zavaró körülmény nélkül végeztük. A beteg feltűnően nyugodtan viselkedett. Műtét után félórával igen heves görcsös roham jelentkezett, hánykolódott, majd eszméletét veszítette. Mivel féló volt, hogy nagyfokú nyugtalanság folytán utóvérzés keletkezik, sevenalt, majd morphint kapott, ezek azonban hatástalannak bizonyultak. Csak 1/2 mg scopolaminra nyugodott meg. A roham után a meglehetősen sok narkotikum hatására hosszan és mélyen aludt. Műtét után második napon hirtelen rosszul lett, rossz közérzetről panaszkodott, hányt, erősen köhögött, és jobboldalát fájdtotta. Köpete eleinte nem volt. Fizikálisan a jobb tüdő alsó lebezyen, a hátsó hajnalvonal tájékán physikalís elváltozás is kimutatható volt. A fehérvérsejtszám növekedett, a műteti seb rendben volt. A röntgen-

felvételen, a jobb alsó lebezyben 5 pengősnyi beszűrődés látszott. Revival, stb. adagolására a 7. napon 200 ccm bűzös, genyes köpet ürült, utána a beteg megkönnyebbült, lassanként láztalan lett, tüdeje feltisztult és meggyógyult.

Kétségtelennek látszik, hogy a műtét után keletkezett roham miatt adagolt altatók és a következményes mély álom, az aspiratiót lehetővé tették. Ennek következménye volt a szerencsésen kiürült és meggyógyult tüdőtályog.

Osztályunkon a gégeklínikán szokásos műtési eljárást követjük, vagyis helybeli érzéstelenítésben operálunk. Csak tíz éven aluli nyugtalan gyermekeken végezzük a műtétet bódításban, megbízható nyálszívógép segítségével. Gyermekeken, — nem számítva a kisebb hörghurutot — soha komolyabb szövődmenyt nem tapasztaltunk.

Szövődmenyes eseteink tehát helybeli érzéstelenítés után kizárólag felnőtteken fordultak elő. Az szerzők elgondolásai közül leginkább valószínű az aspiratio. Az előbb említett két eset vezetett arra a gondolatra, hogy kísérleteket végezzünk arra nézve, lehetséges-e helybeli érzéstelenítés kapcsán is aspiratio.

A helybeli érzéstelenítés 2%-os pantocain ecsetelés után 1%-os novocain befecskendezéséből állott. Az ecsetelést addig végezzük, amíg a beteg garatreflexe annyira tompult, hogy a műszeres beavatkozást nyugodtan tűri. Természetesen nem törekszünk arra, hogy a garatreflex teljesen megszűnjék. Ezt az állapotot rendszer körülmények között 2—3 kinyomott pantocain vattatamponnal elérhetjük. Egyéneknél nagy különbségek vannak és feltűnő az, hogy a hystériára hajlamos nők, nagyon hamar reflexiások lesznek. Dohányos férfiaknak, neurastheniásoknak, s garathurutban szenvedőknek ellenben sokszor olyan fokozott a garatérzékenysége, hogy 7—8 ecsetelésre is szükség van, míg a műtét elvégzéséhez szükséges nyugalom bekövetkezik. Akadnak olyan egyének is, akiknek reflexét kikapcsolni lehetetlen.

Kísérletünket úgy végeztük hogy a műtét elvégzése és pontos vérzésccillapítás után a beteg nyelvgyökére és a mandulák helyére 1 ccm lipiodolt, vagy 40%-os jodopinoldatot cseppentettünk. — A beteget felszólítottuk, hogy mint a műtét alatt nyugodtan lélegezzék és nyelési, köhögési ingeren uralkodjék. Ezek után a beteget röntgennel átvilágítottuk, sugárfogó anyagot azonban kimutatni nem tudtunk. 3 ccm és ennél több sugárfogó becsepegtetésére azonban két percnyi várakozás után minden egyes beteg hörgőiben kimutatható volt a contrast árnyék röntgenátvilágítással és felvételen is. Minthogy kísérleteink számos csetre vonatkoznak, azt kell feltennünk, hogy helybeli érzéstelenítésben végzett műtétkor is, ha a garatban a vérés nyálkeverék a 3 ccm mennyiséget eléri, az minden esetben bejuthat a légzőcsőbe is. A kísérletek tehát igazolják azt, hogy mennyire fontos a helyes technika. Fontos tehát, hogy a beteget cocainnal csak addig érzéstelenítsük, ameddig okvetlenül szükséges. A vattatörlőket (tamponokat) ki kell nyomni, nehogy az érzéstelenítő szer az epiglottisra és gégére csurogjon. A műtét elvégzésekor az esetleg megnyíló, erősebben vérző ereket, azonnal meg kell fogni és csak azután folytatni a mandulák eltávolítását. Ezen óvószabályokkal biztosan elkerülhető az, hogy a garatban összegegyült vér-nyálkeverék a 2 ccm-t meghaladja. Tehát gyorsan, vér nélkül kell operálni. Azt lehetne mondani, hogy 1—2 ccm sugárfogó anyag oly kis mennyiség, hogy röntgennel ki nem mutatható. Kísérleteink azonban azt igazolják, hogy subglottikusan bejutott sugárfogó anyagnak már 1/2—1 ccm-e is mindig kimutatható a tüdőben és 5 ccm átjutása után a beteg kellő test-

tartása esetén már a hörgők ágazatai is jól kirajzolódhatnak. Nem érzéstelenítet egyéneken még nagyobb mennyiségű sugárfogó anyagot sem lehet a légutakba bejuttatni. A betegek műtét alatt rendszeresen erősen nyáladnak, ami szintén szaporítja a garatban összegyűlő folyadék mennyiségét és ezért célszerű, ha a betegnek a műtét előtt  $\frac{1}{2}$  mg atropint adunk. Segítségünkre lehet még az is, ha a beteget műtét közben felköhögteszük, kiköptetjük és a garatba jutott vérvaladékot törölve eltávolítjuk.

Meggyőződésem az, hogy a mandulaműtéttel kapcsolatban a betegek az előbb említett óvintézkedések ellenére is elég nagy százalékban aspirálnak. Ha annak az okát keressük, hogy a tüdőfertőzés mégis miért oly ritka, annak oka elsősorban az, hogy a száj-garatbakteriumok flórája kevésbé kórokozó a légutakra. Állatkísérleteket is végeztek erre vonatkozólag és ezek azt mutatják, hogy a szájgaratból kivett váladék nem fertőzi a tüdőt. A tüdőtályog kifejlődéséhez tehát az aspiráció kívül más körülmény hozzájárulása is szükséges. Ide számíthatjuk a szerzők által sokat emlegetett embóliát és a nyirokerek útján történő fertőzést. A tüdőbe jutott vérnyálkeverék kitűnő táptalaj a baktériumok elszaporodására. Egészséges szervezetű egyénben azonban a szervezet természetes ellenállása ezt a lehetőséget a minimumra csökkenti. Ha azonban a szervezet ellenállása bármi okból csökkent, a baktériumok elszaporodása lehetővé válik. A fenti megállapításból következik, hogy célszerű a betegeket műtét előtt tüdőállapotuk szempontjából átvizsgálni, hogy nincs-e hurutjuk, nincs-e hőemelkedésük. Ha a legcsekélyebb hörgűhurutjuk, meghűlésük, sabbt. van 1—2 heti várakozás indokolt. — Ha gümökorra gyanu van, vagy ha kimutatható, a műtét szigorúan tilos. Ha a gümös folyamat activálódásra hajlamos a mandulaműtét a folyamat gyors fellángolását és elterjedését idézheti elő. Tüdőgümőkór esetén azonban nemcsak ez a veszély áll fenn, hanem tüdőtályog képződésére is nagyobb a lehetőség. Ha kénytelenek vagyunk altatásban operálni, természetesen még nagyobb óvatosságra van szükség, mert az aspiratio lehetősége ilyenkor nagyobb és a szerzők kimutatásai szerint kétszer annyi tüdőtályogról számolnak be, mint helybeli érzéstelenítés után. Az altatásban végzett műtétkor tehát, még inkább igyekeznünk kell gyorsan és vértelenül operálni. A műtétet célszerű lógó fejjel végezni és előnyös, ha megbízható nyálszívógépet alkalmazunk. — Amerikában, mint említettem, aránylag sok tüdőtályogról számolnak be, Európában viszont csak szórványos esetekről tudunk; Amerikában a műtétet legnagyobbbrészt altatásban, nálunk viszont helybeli érzéstelenítésben végzik, ami azt bizonyítja, hogy altatás után a tüdőtályog gyakrabban fordul elő.

Sok helyen mandulaműtét előtt narkotikumokat adnak egyrészt, hogy a beteget megnyugtassák, másrészt, hogy a garat érzékenységét csökkentsék. Kétségtelen, hogy a morphiumpszármazékok, a cocainnal igen kiváló gyógyszeres együttműködést eredményeznek, a garat-reflex tompításában. Az eljárás azonban kétélű, mert feltűnő az, hogy a morphiump és cocain alkalmazása után a betegek hamarosan areflexiások legyenek és az aspiratio elkerülhetetlen, legfeljebb 1 ccm morphiumpot adjunk atropinnal keverve. Ilyen esetekben célszerű a teljes morphiumpot megvárni, ami befecskendezés után  $\frac{1}{4}$  óra múlva bekövetkezik, és csak azután és szükség szerint cocainozunk. Csak ilyen kellő óvatossággal eljárva nem következik be a teljes garat és gége érzéstelenítés és azt csak így kerülhetjük el.

A tüdőtályog orvoslása belgyógyászati, sebészi és gégeészeti feladat. A belgyógyászati kezelés a szokásos

borogatásokból, köptetőkből, cardiacumokból, stb.-ből áll. Igen fontos és jó eredménnyel járhat a chemotherapia: salvarsan, prontosil, deseptil, ambesid, stb. valamint a rövidhullám-kezelés. Hogy a tüdőtályog belső orvoslásra meggyógyul-e, az szerencse dolga. Abban az esetben, ha a folyamat nem javul, sőt tovább terjed, ha a beteg erőbeli állapota romlik, nem szabad késlekedni a tályog sebészi megnyitásával, amit aszerint, hogy a mellhártya lemezei összetagadtak-e vagy nem, egy, vagy két ülésben végezhetünk.

A ritkán alkalmazható gégeészeti eljárás abból áll, hogy a tüdőtályogot bronchoskoppal megkeressük, ezen keresztül kiürítjük. Ily módon több szerző 70%-ban gyógyulást észlelt. (*Sammelstudie.*)

Köszönetet kell mondanom *Sereghy Mihály dr.* központi főorvosnak, aki kísérleteimben segítségemre volt, szaktanáccsal látott el és a szükséges röntgenfelvételeket elkészítette.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: † Blaskovics László ny. r. tanár.)

## Az essentialis szivárványhártyasorvadás és a glaukoma.

Írta: Csillag Ferenc dr., egyetemi tanársegéd.

Szivárványhártya sorvadásával különféle kóros elváltozások kapcsán találkozhatunk. Legismertebb a glaukomás szh. sorvadás, mely gyakran már elég korán jelentkezik és leginkább a pupillaszűkítő izom tájékán kezdődik. A glaukomás szh. sorvadást a zavart vérellátás és a ciliaris idegek vizenyője okozhatja. A zavart táplálkozás következtében sorvadhat még a szh. annak leválásánál, lassan lezajló vagy megismétlődő szh. gyulladásnál (zoster, papulák, stb.); ide sorolhatjuk még az öregkori sorvadást is. Ugyanily okból sorvadhat a tárguló, benövéses hegeknél megfeszülő szh., valamint a másodlagos glaukomában kuglófszerűen előbottosuló szh. is. Cytolytikus hatásra jön létre e folyamat, midőn a felszívódó lencserészekkel érintkező szh. sorvad. *Édeskúty* hályogműtét után teljes szivárványhártya-sorvadást észlelt.

A felsorolt szh. sorvadások másodlagosak, mivel azok egyéb meghatározott elsődleges kórfolyamatok következményei. Olyan szh. sorvadásokat is ismerünk, melyek elsődlegesen jelentkeznek és kórereditük tisztázatlan.

Ez elsődleges, vagy essentialis szh. sorvadás leginkább egyoldali folyamat és nőknél gyakoribb. A betegség izgalmi tünetek és fájdalmak nélkül, legtöbbször a pupilla szabálytalan elhuzódásával kezdődik, bár ez utóbbi nem szükségszerű. A pupilla merev, vagy alig mozdul. A szh. mindjobban fakul, lapul, rajzolata elmosódik, elülső majd lassan a mélyebb, hátsó rétegek is sorvadnak. A szh.-án egész vastagságára kiterjedő lyukacsok, rések keletkeznek, melyek a sorvadás előrehaladásával párhuzamosan növekednek. A réseket helyenkint — a sorvadásnak legtovább ellentálló — vékony sorvadó erecske hidalja át. A szem feszülése legtöbbször növekedett.

Az elsődleges szh. sorvadások előzményében is szerepelhetnek különféle előző betegségek, u. m.: influenza, vérhas és vörheny (eseteinkben), variola (*Bietti*), typhus (*Grósz*), lues (*Licskó, de la Vega*), továbbá tuberculosis, sclerosis multiplex, intoxikációk, bár nem valószínű, hogy ezeknek kóroktanilag valami szerepük van.

Az elsősleges szh. sorvadások eredetére vonatkozólag megoszlanak a vélemények. Egyáltalán nem tisztázott, hogy mi okozza a pupilla eltorzulását a szh. sorvadását.

*Velhagen* veleszületett elfajulásos érelváltozásokra gondol. *Larsson* veleszületett fejlődési hibának tartja. Ellene szól, hogy leginkább felnőtt korban a beteg által is észrevehetően fejlődik ki.

Többen gyulladási eredetet hangoztatnak, mivel a szh. gyökének elülső lenövését, vagy egyéb gyulladási jelenségeket észlelték (*Röth, Hess, Bietti, Leber, Wood, Waite*). *Licskó* és *Griscom* pigment rögöket is találtak az irisen. Mások viszont a vérbajjal hozzák összefüggésben a kórkép kialakulását. (*Licskó, de la Vega, Campos*). *Kreiker* a méhbeli életben meglévő, s a pupillaris hárttyát eltüntető cytolitikus folyamat visszamaradására gondol. *Calhoun* a nyaki sympathikus bántalmazottságára, *Schweinitz* pedig neurotrophikus zavarra és az iris erek betegségére igyekszik visszavezetni az eredetet.

*Röth* magyarázata elfogadhatóbb. Szerinte gyulladási (tbc.) gyöki lenövés keletkezik a csarnokzugban, mely zsugorodásával a pupillát ezirányban elhuzza. A húzás a pupillaszűkítő izomgyűrűn keresztül a szembelevő iris részre tevődik át, azt tartósan megfeszíti, melyen idővel sorvadások szakadások keletkeznek.

A klinikánkon észlelt két érdekes eset kórrajzát az alábbiakban közlöm.

1. N. Cz. L.-né 37 éves, 1937. április 16-án vettük fel. Kb. 1½ éve kistökű könnyezés kíséretében a bal szemében bizsergést, olykor egy-egy gyenge nyilaló fájdalmat érzett. 1 hónappal később észre vette, hogy bal pupillája felfelé körtealakulag megnyulik. Erősebb fájdalmak, gyulladási tünetei nem voltak. Hirtelen látásromlással és a lámpakörűli színes karika látásával társuló féldoldali fejfájása nem volt. Nem sérült. Nem operálták.

Gyermekkori fertőző betegségek: himlő, szamárköhögés, skarlát, 31 éves korában pedig dyphteria. Menses rendben. Vérbaja, vetélése nem volt. Négy kihordott, egészséges gyermeke van. Olykor szívdobogást kap. Apja, anyja egészséges. Családi anamnesis is negatív.

Jobb szem ép, látása teljes (60°). A szem feszülése 17 Hg. mm.

A beteg bal szemén a szembéjak, könnyszervek, kötőhártya és szaruhártya részéről kóros elváltozást nem találtunk. A csarnok is rendes mélységű és tiszta. A pupilla 1/2 I-IV- 1/2 VI irányban közel a csarnokzugig tágult és ez irányban rögzített, területe szabad. A pupilla úgy direkt, mint consensualis fényre jól reagál oly módon, hogy a háromszögöz hasonló pupilla két hosszabbik (belső és külső) szára végez elmozdulást. A szh. elülső laza rétege sorvadott, csak az iris gyökén és a pupilla körül látható némi maradványa keskeny, világosabb kékes-szürke szegély alakjában. Belül VI. és 1/4 XI között a szh.-ban egész vastagságára kiterjedő sectorszerű hiány van, melyen keresztül tiszta vörös visszfény kapható és a szemfenék jól tükrözhető. A rés belső szélén, a csarnokzugban az elsorvadott szh. gyökének maradványa csak helyenkint sejtethető. A rést alsó és felső szélénél azzal párhuzamosan néhány finom pókhálószzerű szálcscska hidalja át, melyek a szh. elülső felszínéről erednek. A rés felső sarkában e szálcscskához keskeny nyelv alakú pigmentlemez tapad, a sorvadott szh.-nak e helyen még megmaradt hátsó rétege. A megmaradt szh. fakó szürkés-kék, sorvadott, felszíne laposabb, rajta az ép szh. rajzolata csak sejtethető. A szh. széle a sorvadásos rés mentén vékonyabb. A csarnokzug szabad, benne lenövés, vagy elzáródás réslámpa vizsgálattal sem látható, csupán alul a VI-nál sejtethető kis szh. ráncolódás, begyűrődés a csarnokba. A lencse helyén van, közepén réslámpával és erős focialis világítással kis tűszúrásnyi éles határú fehér folt látható. Üvegtest tiszta. Szemfenék ép. Látás: 10°- 1.0 D. cyl. 110° szűklyukkal 30°. Színérzés jó. Látótér szabad. A szem feszülése 19 Hg. mm. A szem feszülése terheléssel próbára (3 deci fekete kávé és 1/2 liter folyadék elfogyasztása után 1/2 órai sötétben fekvés alacsony fej, 5% cocain többszöri becseppentésével ugyanazon tonométerrel mérve) sem emelkedett.

Belgyógyászati, nőgyógyászati, orr-torok-gége, melléküregi és koponya Rtg. negatív. Wa. R. negatív. Fogászati és Rtg. vizsgálat — tekintettel az esetleges göc fertőzésre —

negatív. Ideggyógyászati lelet: A trigeminus kilépési pontjai bal oldalon nyomásra fájdalmasak. Reflexek fokozottak, a bal patellareflex a jobb oldalhoz viszonyítva fokozottabb. Sem a trigeminus, sem a nyagi sympathicus beidegzésben különben eltérés nincs.

1937. aug. 21.-én jelentkezett ismét járóbetegetrendelésünkön. Állapota és látása változatlan. A szem feszülése j. o. 20 Hg. mm., b. o. 25 Hg. mm. Ellenőrzésre 1938. máj. 5.-én jelentkezett. Jobb szem ép. Bal szemén a szivárványhártya valamivel elmosódottabb, sorvadtabb, a sorvadásos rés kissé nagyobbodott. A pupilla valamivel renyhébbben, de még elég jól reagál. Szemfenék ép. Látótér szabad. A szemfeszülés j. o. 15 Hg. mm., b. o. 31 Hg. mm. Napi háromszori pilocarpinbecseppentést rendelünk a bal szembe. Másnak mindkét szem feszülése 19 Hg. mm. volt. A beteget további pilocarpin használatával és ellenőrzéssel elbocsátottuk.

2. N. Gy. 39 éves férfi, földműves. 1938. február 14.-én vettük fel. Kb. 10 éve váladékos szemgyulladásra volt, mely barna szemcsepp használatára napok alatt gyógyult. Ismerősei figyelmeztetésére 8 éve észre vette, hogy szemei tarkulnak. Egyébként panaszmentes volt, fájdalmak nem voltak és látásromlást sem tapasztalt. Nem sérült. 1937. nov. közepén a bal szemén hirtelen megromlott a látása erős féldoldali fejfájás kíséretében. Orvosa fájdalomcsillapító porokat és atropint rendelt. A cseppeket 17 napig használta, főfájásai azonban váltakozó hevességgel tovább tartottak, látása pedig nem javult. A pécsi szemklinikára ment, ahol főfájásai pilocarpin cseppek használatára megszüntek; látása nem javult. Saját kívánságára hazaengedték napi ötszöri pilocarpin használatával. Mivel javulást ezután sem észlelt, fél kereste klinikánkat.

Gyermekkori fertőző betegsége nem volt. 19 éves korában influenza, 26 éves korában pedig vérhas. Feleségének ischiása van. Első két gyermeke koraszülött, szülés után néhány napra meghaltak, harmadik gyermeke kihordott él, egészséges. A rokonságban hasonló megbetegedés nem volt. Kissé fénykerülő.

Mindkét szemén a szembéjak, könnyszervek és kötőhártyák épek.

Jobb szaru érzékenysége keveset csökkent. Csarnok tiszta, belül kissé sekélyebbnek tűnik. A szh. elülső rétegei sorvadtak, csak itt-ott maradt belőle vissza sugaras, finom, világos kékes-szürke csik foszlány, a pupilla körül és a gyöki részen pedig 1—1.5 mm-es gyűrűs szegély. A szh. megmaradt hátsó rétege sötétebb szürke színű, sima, elmosódott rajzolatu. A 1/2 III és VI irányban a szh. egész vastagságában résszerűen sorvadott, bevilágításkor rajta vörös visszfény kapható. A pupilla középtág, fel-kifelé eltolódott s a X irányban kissé megnyúlt, renyhén reagál. Lencse, üvegtest, szemfenék ép. Látása: 60°? Színérzés jó. Látótér szabad. A szem feszülése 30 Hg. mm.

Bal szaru közepe táján kis pontszerű felszínes régi macula. A szaru felszín közepe kissé borús és szurkált. A csarnok tiszta, kissé sekély. A szivárványhártya elülső rétegei sorvadtak, mint a jobb szemén, kivéve a pupillaris és a kétoldali keskeny gyöki szegélyt; a megmaradt hátsó pigment réteg sötét szürke, elmosódott. A pupilla pajzs alakúra tágult fénymerév. Lencse átlátszó, tiszta. Üvegtest kissé borús. Üstszzerűen excavált papilla. Látása: kézmozgást lát, fényérzés 5 méterről, belül a centrumig szűkült localisatióval. A szem feszülése 77 Hg. mm.

Bel-ideggyógy, Rtg. vizsgálat, Wa. pr. negatív.

Napi ötszöri pilocarpinbecseppentés után a jobb szem feszülése 22 Hg. mm-re, a balé pedig 44 Hg. mm-re szállott alá az első napon. E gyógyszeres kezelés mellett a következő két napon a jobb szem feszülése 16—18 Hg. mm. között ingadozott, a bal szemé pedig 52 Hg. mm. nyomáson állandósult. Ezért a jobb szemén felül *Cycloidalis inversa*-t végeztünk *Blaskovics* szerint Mütét után napi egyszeri piloc. becseppentéssel a bal szem is puha, sőt a mütét után két héttel, a piloc. 3 napos elhagyása is mindkét szem feszülése 22 Hg. mm. volt. A beteg távozásakor (márc. 10.) a mütéti seb már simán begyógyult. A szem feszülése jobb o. 22, bal o. 26 Hg. mm. Látás a jobb szemén teljes 60°, a balon szem előtt ujj olvasás. Rendelés: jobb 3, bal 5-ször pilocarpin. A betegnek meghagytuk, hogy újabb fájdalmak esetén, vagy ha a jobb szem látása is gyengülne, azonnal keresse fel klinikánkat.

Első betegünkön a kóros folyamat egyoldali. A nagyfokú szh. sorvadásnak és erős pupilla torzulásnak ellenére, a szemfeszülése kezdetben megterhelési próbára sem emelkedett a rendes határ fölé. Tehát még kiterjedt szh. sorvadás is lehetséges glaucoma nélkül. A be-

teg szemén csak egy évi megfigyelés után észleltünk kisebb tensio növekedést, mely azonban pilocarpin használatára az egészséges szem feszülésére szállott alá. E később bekövetkezett kóros feszülésnövekedés előfutárjának tekinthetjük azt az észlelésünket, hogy huzamosabb megfigyelésünk alatt a beteg szem feszülése — az életteni határokon belül ugyan, — de valamivel mindig nagyobb volt mint az ép szemé.

Második betegünk folyamata kétoldali. Mindkét szem feszülése növekedett. A feszülés pilocarpinozásra csökkent, de a bal szemén több napi kezelésre is még a rendes határ fölött maradt. *Blaskovics* szerint végzett cyclodialysis inversára a bal szem is megpuhult s mindvégig — pilocarpin nélkül is — az maradt.

Egyes szerzők kétségbe vonják az essentialis szh. sorvadás lehetőségét, s glaukomás sorvadásnak tartják. Kétségtelen, hogy vannak olyan szemek, melyekben a szemfeszülés növekedésével szemben legérzékenyebb szembe szövet a szivárványhártya. E szemekben a szivárványhártya sorvadása már a glaukoma kezdetén jelentkezik. Azonban e sorvadás megjelenésének első feltétele a fokozott tensio. Ellenben kizártnak tartható, hogy kiterjedt másodlagos szh. sorvadások már akkor jelentkezhetnek, mikor a beteg teljesen panaszmentes és a glaukomának mind subjectiv, mind objectiv tünetei még teljesen hiányoznak. Az ilyenkor jelentkező szivárványhártyasorvadást elsőlegesnek kell tartanunk.

Első betegünkön látjuk — miként azt mások is (*Röth, Licskó, Grósz* stb.) állítják — hogy az essentialis szh. sorvadáshoz előbb-utóbb másodlagosan glaukoma társul. E másodlagos glaukoma úgy jöhet létre, hogy — a csarnokzúk elzáródásával, vagy szh. felszín csökkenésével — a szembe szövet folyadék levezetésével zavar keletkezik. A csarnokzúgot részben az irisgyökének gyulladással benövése (*Röth*), részben a pusztuló iris pigment rögei zárják el. A másodlagos glaukoma keletkezésében valószínű legnagyobb szerepe a szh. ereinek sorvadásával, elzáródásával beálló vérkeringési zavarnak van, mivel sokszor a csarnokzúk elzáródásának semmi jelét nem látjuk, a kiadós szh. kimetszés pedig gyakran leszállítja a kórosan fokozott szemfeszülést, bár a szh. felszínét jelentékenyen csökkenti.

Többen a csarnokzúk elzáródásáról téve említést figyelmen kívül hagyják, hogy ez már a szh. sorvadáshoz társult glaukoma tünete lehet. A szövettani vizsgálatok sem lehetnek e tekintetben döntőek, mivel a görcsö alá a már megvakult, teljesen tönkrement szemek kerülnek, tulnyomólag másodlagos elváltozásokkal

Réses lámpa vizsgálattal mindkét betegünkön a pupilla elhuzódása irányában egy ponton (kis területen) láthattuk az iris gyökének begyűrődését, ráncosodását a csarnokzúgba. Valamivel szélesebb csarnokzúgi elzáródást csak a második betegünk bal szemén láttunk. Itt a szh. gyöke mentén keskeny szegély alakban még visszamaradt elülső réteg (stroma) vált le széle mentén a szh. hátsó pigmentes rétegről s helyenkint előre hajolva a szaruhoz hozzáfeküdt. A szh.-nak e ketté válása műtét után különösen jól volt észlelhető, mikor is a műtét vért a ketté vált lemezek között foglalt helyet.

Mivel a glaukoma idővel szh. sorvadást okoz, az essentialis szh. sorvadáshoz pedig másodlagosan glaukoma társul, a két kóralak összetéveszthető. Mindkettőnek más a megjelenési alakja és a társuló szövödmények megjelenési sorrendje. A spontán szh. sorvadásnál a sorvadás nagyfokú és megelőzi a szemfeszülés emelkedését, valamint a látás romlását; a glaukománál a tensio határozott fokozódása az elsőleges, a látásromlás és a szh. sorvadás csak későbbi s ez utóbbi enyhébb fokú. Az essentialis szh. sorvadásakor a sorvadás nagyfokú, ez

uralkodik a kórképen, míg a hozzátársuló tensio emelkedése kezdetben alacsony. Glaukománál mire a szh. sorvadására kerül a sor, a szemén számbavehető látás már nincs. Hogy második betegünk bal szemén oly rossz látása volt, bár itt a szh. kevésbé sorvadott, annak oka valószínűleg a helytelenül alkalmazott atropin. Az atropin ugyanis az elsőleges szh. sorvadásos szem másodlagos feszülésnövekedést mesterségesen erősen fokozta. A szemet mintegy belökte egy tartós heveny glaukomás rohamba, mely alatt a látás helyrehozhatatlanul megromlott.

A spontán szh. sorvadás kórereditére vonatkozó vélemények — miként már említettem — nagyonis eltérők és nem adnak elegendő magyarázatot főleg az olyan esetben, ahol a folyamat egyoldali, gyulladással utaló gyanú, vagy tünet pedig nincs. Egyoldali folyamatnál az okot vagy magában a beteg szemében vagy az arra kiható szervezeti elváltozásokban kell keresnünk.

Első betegünkön érdekes megfigyelést tehattunk. A pupilla három irányban, háromszög alakban maximálisan tágult. E helyeken a szh. gyöki része ráncos. A szh. összehuzódása mindhárom helyen egyenlő fokban csak a pupillatágító izomrostok területére terjed, a pupillaszűkítő izomgyűrűn belüli szh. részlet (kb. 2 mm.) szabad, nem huzódik a csarnokba. Azt is észleltük mindkét esetünkben, hogy a sorvadással szemben legellentállóbb a szűkítő körkörös izom és a rajta belül levő pupillaris szh. részlet.

Ugyan eseteinkben, ahol az előző gyulladás, — mint előidéző kórok — szóba jöhet, legvalószínűbb *Röthnek* a már említett fefogása. Ahol a gyulladással szemben semmi támpontunk nincs, ott legvalószínűbbnek tartom, hogy a sorvadás a pupillatágító izom, vagy csak egyes rostjainak tartós görcsös összehuzódása folytán jön létre. E görcsös összehuzódást előidézhetik akár magában az izomban, vagy az egyes izomrostokban rejlő okok, akár az őket beidegző sympathicus idegrendszer körülírt helyi izgalma, annak egyes rostjaiban keletkezett tartós ingerület (hasonlóan az egyes végtagokon idegrendszeri betegségekben észlelhető görcsös izomcontracturákhoz). A parasympathicus oculomotorius és az általa beidegzett pupillaszűkítő gyűrűs izom működése — legalábbis a betegség kezdetén — még zavartalan. A tágitó izom görcsös összehuzódásával a szh. szövege tartós feszülés alá kerül. A tágitó izom részleges összehuzódásával a pupilla a megfelelő irányban tágul és elhuzódik, ha ellenben a tágitó izom több irányban feszül meg, a pupilla ennek megfelelően szögletesedik, torzul. A pupilla alakja így többször változhatik s ezt elsősorban a beteg környezetét észleli. A pupilla csak annyira tágul, vagy torzul, amily mértékben azt a pupillatágító izom maximális összehuzódásával előidézhetheti. A pupillaris szél mindig szabadon marad legalább kb. 2 mm-nyire. Az izmok görcsös összehuzódása és a fokozott feszülés következtében a szh. táplálkozása, vérrellátása zavart szenved, s a kisebb ellenállású laza stroma, majd az izomréteg is sorvad. A szh. gyöki része és pupillaris szegélye áll legtovább ellent a sorvadásnak, mivel ezeknek jobb a táplálkozásuk a vérből sugártest felől és a pupillaris érköszoruból, másrészt kevésbé vannak kitéve a feszülésnek. Idővel a tartós feszülés következtében a sorvadott szh.-án egész vastagságában szakadásos rések keletkeznek. (Azonban lehetséges, hogy a sorvadás keletkezésében bizonyos neurotrophicus zavar is szerepelhet.)

A tágitó izom részleges összehuzódásakor, midőn a pupilla csak egyirányban huzódik el, e huzás — miként ezt *Röth* is észrevette — a sértetlenül működő körkörös

izomgyűrű közvetítésével a szemben levő szh. részt feszíti meg s azon idéz elő szakadásokat. Ezt láthattuk második betegünk jobb szemén.

A nyaki sympathicus idegrendszerben elváltozást nem találtunk, de ez még nem bizonyíték a baj ideg eredete ellen. A tágító izmot beidegző nyaki sympathicus egyes rostjaiban keletkezett tartós helyi izgalom lehet egy kezdődő esetleg rövidesen megállapodó s így rejtve maradó idegrendszeri betegség körülírt egyetlen tünete.

A sorvadása mindkét esetünkben a szh. feszülése következtében keletkezett. A szh. feszülését pedig valószínűen a tágító izom ideg eredetű görcsös összehúzódása fokozta. A szh. sorvadáshoz társuló glaukoma másodlagos, feszülése pilocarpinnal csökkenthető és ha nem magas, a rendesre leszállítható. A Blaskovics-féle cyclodialysis inversá-val a szh. sorvadáshoz társuló másodlagos glaukoma is jól befolyásolható. Bár nem tudhatjuk, hogy a pupillatágító izom görcsös összehúzódását előidéző ideg izgalom honnét indulnak ki, mégis kezdődő elsőslegesen szh. soradásban az elméleti elgondolás alapján meglehetne kísérteni — gyógyító célzattal — a nyaki sympathicus átvágását.

**A Ferencz József Tudományegyetem belgyógyászati kórházának közleménye. (Igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár.)**

### A retikulocyták viselkedése az experimentális skorbut alatt.

Írta: Armentano Lajos dr.

A legutolsó időkig sem sikerült még tisztázni azt a kérdést, vajjon a C-vitaminnak van-e szerepe a vörösvértetek újraképződésében vagy érési folyamatában. E kérdés eldöntésében nagy akadály az a körülmény, hogy, bár feltehető az ascorbinsav fontos szerepe a sejt oxydatiós folyamataiban, ennek pontos ismerete még mindig hiányzik. Azt azonban elég régóta tudjuk, hogy mind a gyermekkori, mind a felnőtt skorbut a vörösvértetszám és a haemoglobin elég nagyfokú csökkenésével jár, amely nem magyarázható tisztán a skorbutos vérzésekkel, mert ezeknek hiányos jelentkezése esetén is létrejöhet. A C-vitamin szerepére a vörösvértet regenerációban utalnak *Kreitmar* vizsgálatai, melyek szerint saponinnal anaemiasált macskáknál ascorbinsavra a vörösvértetszám és haemoglobin gyarapszik. *Seyderhelm* és *Grebe* pedig 10–140 mg. ascorbinsavra öt óra alatt a retikulocyták számának 2–3-szoros növekedését észlelte. Ezzel szemben *Gingold* és *Barbier* ascorbinsav i. v. adagolása után a retikulocyták számának emelkedését nem tudta kimutatni, *Böger* és *Martini* szintén nem látott hatást, csupán vassal és májjal együtt.

Legújabbban *Euler* és *Malmberg* kísérletei szerint C- és P-vitamin rendszeren táplált tengerimalac vörösvérteteire hatástalan, viszont skorbutos tengerimalacokban a skorbut 22–24 napján adott 100 mg. C-vitamin, vagy 5 mg. P-vitamin (citrin) kivétel nélkül a retikulocytaszám erős növekedését vonta maga után. Ha C-vitaminnal sikerült a skorbutot meggyógyítani, akkor a retikulocytaszám ismét a szabályosra tért vissza. A retikulocytaszám növekedése összefüggést mutatott a skorbutos anaemia kifejlődésével: mennél nagyobb fokú volt az anaemia, annál nagyobb volt a retikulocytacrisis is. Ennek előfeltétele volt tehát az anaemia, amely ascorbinsavra meggyógyult.

Minket főleg a citrin szempontjából érdekelt a dolog, mert — amint már említettem — *Euler* és *Malmberg* szerint citrin adagolás után ugyanaz a retikulo-

cyta szaporodás jön létre, mint ascorbinsavra, csak természetesen az állatok skorbutban elpusztultak. Szükségesnek tartottuk megvizsgálni, hogy a citrin tényleg befolyásolja-e a skorbutos tengerimalacok retikulocytaszámát, minthogy ez bizonyos mértékig a C- és P-vitamin synergismusára enged következtetni.

Kísérleteinkben fiatal, 160–280 gr. súlyú, egy törzsből származó tengerimalacokat használtunk. Hat-hét napos bevezető szak után a szokásos skorbut étrenden tartva az állatokat, 3 naponként végeztünk retikulocytaszámolást mind a bevezető, mind a skorbutos periódusban, a következő módon: egy csepp vért két csepp 0.5%-os physiol. NaCl-ban oldott Brillantkreislblau-oldattal kevertük össze paraffinozott óraüvegen, haemoglobin pipetta segítségével. Nedves kamrában 20 percnyi állás után ismét jól összekevertük és a kihúzott készítményben 1000 vörösvértetre eső retikulocytaszámot határoztunk meg.

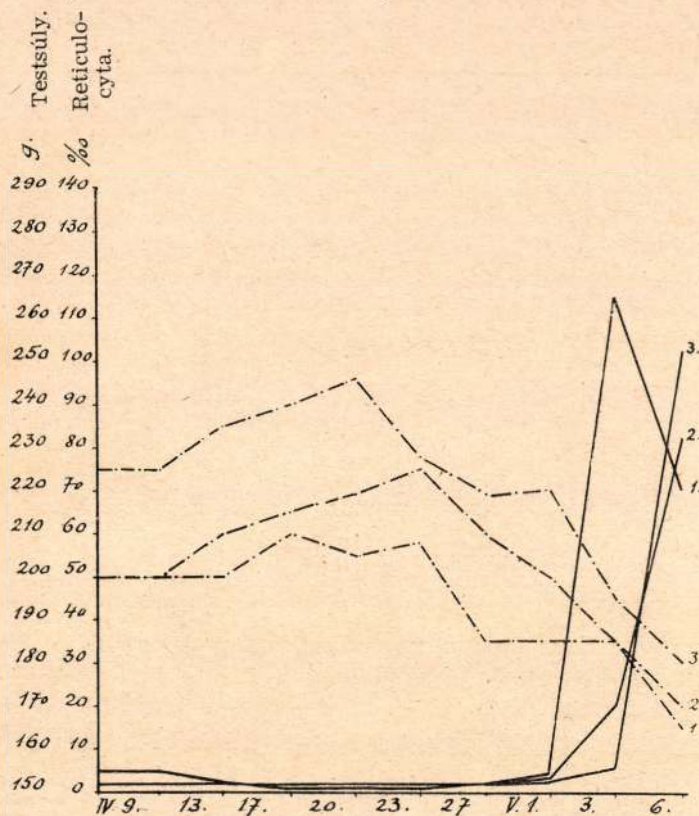
I. SZ. TÁBLÁZAT.  
Retikulocyták száma (%)

| Szám | skorbut előtt: | skorbut legutolsó szakában: |
|------|----------------|-----------------------------|
| 1.   | 4              | 88                          |
| 2.   | 5              | 99                          |
| 3.   | 9              | 135                         |
| 4.   | 1              | 50                          |
| 5.   | 10             | 81                          |
| 6.   | 2              | 7                           |
| 7.   | 9              | 150                         |
| 8.   | 1              | 27                          |

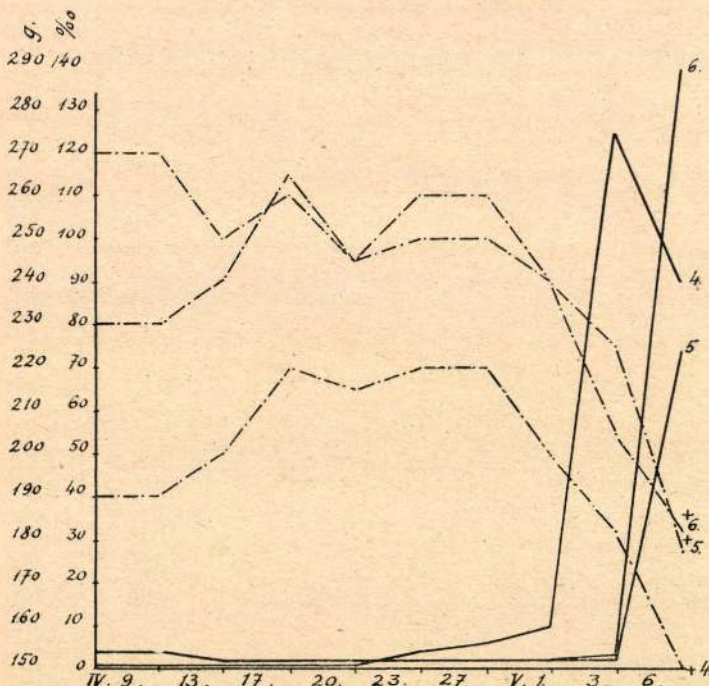
Már az első sorozat (8 állat) azzal a meglepő eredménnyel végződött, hogy az állatokban a skorbut kifejlődésével kapcsolatosan a retikulocytaszám fokozatosan növekedik és az állatok pusztulása előtt pár nappal nagyfokú retikulocytacrisis következik be. Az 1. sz. táblázatban rövidség kedvéért csupán a kezelés előtti és skorbutos halál előtti retikulocytáértékek vannak feltüntetve: 8 állat közül csupán két esetben nem jött létre a vitálisan festődő vörösvértetek számának növekedése. A következő sorozatban az állatok beállítása teljesen hasonló módon történt, azzal a különbséggel, hogy az állatok felerészben a skorbutos étrend első napjától kezdve napi 5 mg. citrint kaptak bőr alá. Az 1. és 2. számú ábrából jól látható, hogy a kontrollállatokban minden beavatkozás nélkül, tisztán a skorbutos étrend hatására létrejön a retikulocytacrisis. Ugyanez bekövetkezik a citrinnel kezelt állatokban is, de nem a citrin-injectiók hatására, hanem ismét csak a skorbut utolsó szakában a C-vitaminhiány következtében. Ez az emelkedés sokkal nagyobb, mint aminőt a tengerimalacok normális ingadozásának felfoghatunk: *Ágren* és *Caspersen* nagyszámú vizsgálatai nyomán ugyanis ez az ingadozás tengerimalacokban 0.2–3.0%-ra tehető. Sajnos, az első csoportban nem határoztuk meg az állatok vörösvértetszámát és így nem tudjuk eldönteni, miért nem jött létre két esetben a retikulocyták számának szaporodása, de *Euler* és *Malmberg* vizsgálatai nyomán valószínűnek tartjuk, hogy annak létrejötte összefüggésben áll a skorbuttal kifejlődő vérzékenységgel. Mennél nagyobb fokú anaemia fejlődik ki, annál nagyobb lesz a retikulocytacrisis a halál előtt, és fordítva.

Hogyan magyarázható a skorbut utolsó szakában létrejövő retikulocytaszaporodás? Ha a retikulocyták megszorodását a fokozott megújulás jelének fogjuk fel, akkor ezt a jelenséget egyszerűen a fokozott vérsajtuspusztulás (vérzés, anyagcsere zavar, stb.) következtében létrejövő anaemia következményének kell tartanunk, ugyanis a csontvelő fokozott működésével igyek-

szik a hiányt kiküszöbölni és ezért eresztí a még éretlen, fiatal vörösvértesteket a véráramba.



1. ábra. 1., 2., és 3. sz. tengeri malac IV. 9-től scorbutos étrend és naponta 5 mg citrin subcutan.  
— : Ret. — — — — : Tests.



2. ábra. 4., 5., 6. sz. tengeri malac IV. 9-től scorbutos étrend.  
— : Ret. — — — — : Tests.

Ha azonban figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a fiatal vörösvértestek oxigénfogyasztása sokkal nagyobb, mint az idősebb elemeké (Morawitz, Warburg stb.), továbbá azokat a kísérleteket, amelyek szerint a retikulocyták érési folyamatához nagymennyiségű oxigén szükséges, másfelől figyelembe vesszük, hogy az ascorbinsav egy oxydo-reductiós rendszerben, mint oxydatiós puffer szerepel, amely a C-vitaminnak a sejt légzésben elfoglalt szerepére mutat rá, akkor feltehető,

hogy a C-vitamin a retikulocyták érési folyamatában is jelentős szereppel bír.

Végeredményben tehát, habár egészen más úton, mégis ugyanarra az eredményre jutottunk, mint Euler és Malmberg, akik felteszik, hogy a C-vitamin, mint H átvivő szerepel és mint oxydo-reductiós puffer egyenest a vörösvértestek oxydo-reductiós folyamataira hathat, másrészt a scorbutos elváltozások a szövetekben következményei volnának a szénhidrátok lebontásában szereplő egy vagy több katalysator hiányos működésének. Fenti elgondolásnak nem mond ellene M. Fischer megállapítása sem, mely szerint a vörösvértestekben még CO kezelés után sem lehet ascorbinsavat kimutatni, viszont kétségtelen, hogy a haemoglobin képes az érbe adott C-vitamint megkötni.

**Összefoglalás:** A C-vitamin jelentős szerepet játszik a csontvelő bizonyos működésében. Skorbutos tengerimalacok nagyrésznél a pusztulás előtt könnyebb súlyosabb anaemia fejlődik ki és ezzel kapcsolatban a retikulocyták számának igen nagyfokú növekedése következik be, idejekorán alkalmazott C-vitamin ezt a retikulocytacrisist visszafejleszti. A citrin nem befolyásolja a retikulocyták számát.

A sopronvármegyei kapuvári közkórház belgyógyászati osztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Veress János.)

## A gyrus centralis anterior glioblastomájának esete.

Írta: Veress János dr.

Az agydaganatot ma már az agysebészeti és diagnosztikai eljárások tökéletesedésével nem tarthatjuk reménytelen betegséggnek. Az idegtani diagnosis sok esetben egész pontosan, mint a gyrus centralis anterior daganatai esetén is, lehetséges. S ha a neurologicalai vizsgálatok nem volnának elegendők, más vizsgálati módszerek egész sora áll rendelkezésre, melyek a kórhatározást és a localisatiót elősegítik, úgymint a ventriculographia, koponyakopogtatás, liquorvizsgálatok, arteriographia, stb. A legkitünőbb neurochirurgiás technikával elvégzett műtét és a pontos helyhatározás eredménye minden fáradozás dacára megsemmisül azonban, ha az eltávolított daganat a szövettani vizsgálatkor a leggyakrabban előforduló agydaganatféleségnek, a glioma rosszindulatú fajtájának, azaz glioblastoma multiforménak bizonyult. Cushing statisztikája szerint a gliomáknak kb. egyharmada, Bergstrand szerint kb. kétharmada esik a rosszindulatú fajtára, a glioblastoma multiformérra. A glioblastoma rosszindulatúságára jellemző, hogy Cushing ilyen daganattal operált betegei egy éven belül elpusztultak az elkerülhetetlen kiújulások következtében.

Ismeretesek az agydaganatok korai diagnosisjának nehézségei és egyben annak fontossága is. Forster szerint az az ideális, ha a tumor kórhatározása még az agnyomások tünetek előtt sikerült. Ez pedig legtöbbször még a klinikai tünetek állandó és pontos megfigyelése alapján is csak egy bizonyos valószínűséggel történhetik meg. Különösen nehéz a korai diagnosis a glioblastománál, mivel a daganatos beszűrődött agyrészek működésüket soká megtarthatják és így kiesési tüneteket aránylag hosszú ideig nem okoznak. Ez az agydaganat lassú infiltratív terjedésében leli magyarázatát. Ugyancsak ez az oka annak, hogy makroszkopikusan is az ép és kóros határa elmosódott, ami a glioblastoma

gyökeres eltávolítását rendkívül megnehezíti. Az alábbiakban közlendő s a gyrus centralis anterior alsó részén keletkezett glioblastoma multiforme érdekes esete csaknem a kezdeti objectív tünetek jelentkezése óta megfigyelésem alatt állott s a kórlefolyás pontos regisztrálása szemléltető módon fejezi ki a glioblastoma lassú infiltratív terjedésére igen jellemző klinikai képet.

A 15 éves fiú anamnesisében családi terheltség, trauma vagy betegség nem volt kideríthető. Baja úgy kezdődött, hogy az iskolában előadás közben hirtelen elvesztette eszméletét, összeesett, majd rángatózott, szája habzott s nyelvét is megharapta. A tanítónő szerint semmiben sem különbözött ez az epilepsiától. Eszméletvesztése után csak lassan tért öntudatra. A roham két hét múlva megismétlődött, de eszméletlen nem lett s rángatózása is csak a bal kézre szorítkozott. Kb. kéthetenként ismétlődtek rohamai s később a bal arcfélen is jelentkeztek a rángatózások. A roham előtt kezében „bizsergést” érez, majd ujjaira görcsös „markolás” jön rá, majd felterjed a bal alkarra is.

Az első vizsgálatkor a betegen — nem tekintve a rohamokat, — enyhe baloldali szájkörítő izomzat centralis eredetű paresisét lehetett megállapítani. Néhány héttel később erősebbé vált a baloldali facialis paresis tünete: a bal szájuget elhúznia egyáltalán nem tudta, a sulcus nasolabialis elsimult, a bal szemöldökét csak korlátoltan tudta felhúzni. Még később a bal kéznek a rohamok utáni percekben múltó mozgásbénulását lehetett észrevenni, mely később véglegessé vált. A bal kézfejét felemelni, sem az ujjakat behajlítani nem tudja. A bal szájkörítő izomzat és a bal kéz mozgásbénulásának nagy jelentősége volt helyi diagnostikai szempontból. A lassan kifejlődő baloldali szájkörítő izom és a gyorsabban kifejlődött bal kéz bénulása együtt az ú. n. supranuclearis monoplegia faciobrachialis typusára jellegzetes képet nyújtott. A monoplegia a megfigyelési idő alatt állandónak bizonyult és csak kevés számú izomesoportra szorítkozott (mm. lumbricales, mm. interossei, m. adductor pollicis, m. extensor carpi radialis) a motoros kérgi mezők aránylag nagy kiterjedése miatt. Jellegzetes és szintén az agykéreg megbetegedésére utaló tünet volt még az ú. n. astereognosia. Jóllehet a bal kéz ujjainak tapintásérzése megvolt, behunytt szemmel mégis képtelen volt a bal kézbe adott egyszerű tárgyat felismerni. Mozdulásbénuláson kívül a kültakarón csak a bal kéz háton, az alkar feszítő oldalán s a bal deltaizom felett volt kis területen némi tactilis hypaesthesia. A bal kéz thenár és hypothenárizmain kislökű sorvadás volt.



1. ábra.

Helyi diagnostikai szempontból nagy jelentősége volt még a legkorábban jelentkező göctünetnek, a bal arcfélen és bal kézen rohamoszerű clonusos izomrángá-

sokban megnyilvánuló corticalis motorikus izgalmi tünetnek, az ú. n. Jackson- vagy kérgi epilepsiás rohamnak. A Jackson-rohamokat több alkalommal megfigyeltem és ez keltette fel egy a jobb agyfélteke gyrus centralis anteriorján ülő daganat gyanúját, melyet a hozzátársuló bénulás csak megerősített. Hogy a Jackson-epilepsiának egymagában mennyire van agydaganatra kórjelző fontossága, érdemes megismerni Fincher E. F. amerikai szerző közlését 130 Jackson-esetről. Ezek közül csak 25%-ban szerepelt agydaganat az epilepsia előidézőjeként, míg trauma utáni állapotok 20%-ban, szülési sérülések 15%-ban, különböző fertőzés utáni állapotok 11%-ban, továbbá agyatrophia, syphilis, arteriosklerosis, stb. Chemiai ingerek is kiválthatnak Jackson-rohamokat a motoros agykéreg izgalma folytán, sőt nem egy esetben a fentebb leírt monoplegiához hasonló, de múltó paresiseket is előidézhetnek. Elkülönítő diagnostikai szempontból agydaganatra utaló kétségtelenül fontos körülmény az, hogy a monoplegia tartósan bizonyuljon a megfigyelés során.

A Jackson-rohamok a betegen eleinte csak a bal kéz kis izmaira, később a bal arcfél izmaira szorítkozó clonusos rángásokban nyilvánultak. Még később a bal felső végtag és nyakizomzatra is reá terjedt a rángatózás. Az osztályon előfordult rohamok alatt a beteg eszméletét mindvégig megtartotta. Egyik roham alatt felkiáltással előre jelezte, hogy a bal karjáról a szemére megy a görcs. A következő pillanatban a bal szemén görcsös hunyorgatás és balra tekintés volt látható. Egyébként ez az ú. n. motoros aura legtöbbször a bal kézen jelentkezett. Sensibilis aura jelenlétére utalt az, hogy a rohamok előtt gyakran érzett a bal kézen és arcfélen bizsergést. Legtöbbször csak a bal kézre, vagy csak a bal arcfélre szorítkozó és néhány másodpercig tartó izomösszehúzóadásokban nyilvánultak meg a rohamok. De voltak egy-két percig tartó és az egész bal felső végtagra és arcfélre is kiterjedő rohamok. Ugyanígy különbségek mutatkoztak a kis, alig észrevehető fibrillaris izomösszehúzóadások és a nagy clonusos rángatózások között is.

A Jackson-epilepsia a monoplegiával együtt kétségtelenül bizonyította a gyrus centralis anterior alsó részének pusztulását. Az a megfigyelés, hogy a progressio tünete, melyek a bénulás és a görcsök terjedésében nyilvánultak, az első göctünet közvetlen környékén jelentkeztek, bizonyította, hogy egy aránylag gyorsan növekedő daganat az előidézője a tüneteknek.

Az agydaganat ú. n. göctünete mint általában sokkal bizonyítóbbak voltak, mint az agydaganat ú. n. általános tünete, illetve a daganat távolhatása folytán előállott agyi tünetek. Az általános tünetek közül hiányoztak a pangásos papilla és hányás. Jobb halántéktáji és homloktájra kisugárzó kisebb fejfájásról vagy szédülésről is csak ritkán panaszkodott a beteg. A szemészeti vizsgálat (Huber dr.) semmi jelét nem adta agydaganat gyanújának. Visus, fundus ép, pupillai reakciók, látótér fehér, színes (normális). Hasonlóképpen negatív leletet adott a fülészeti vizsgálat (Hönigschmidt dr.).

Az agyat ért általános bántalmazásra utaló finomabb psychikus elváltozást is lehetett észlelni: ilyenek voltak a kislökű intelligencia csökkenés, veszekedő hajlam, vagy megokolatlan nevetés, stb.

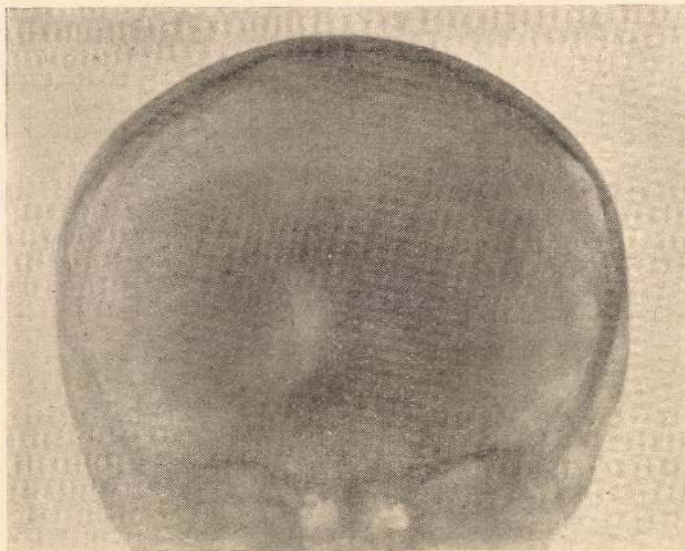
A lumbalpunkcióval közepes nyomással víztiszta liquor ürült, minden észrevehető mellékhatás nélkül. A liquorban sejtszám Bürker-kamrával számolva: 11. Globulin reakciók: Pándy és Nonne Appelt positiv volt. Ross Jones r.: +, Weichbrodt r.: +. Fibrinkiváltás nem volt.



Enkephalographiával cysterna csapolással 20 cm. liquor lebecsajtása és ugyanannyi levegő bebecsajtása után készült koponyafelvételen a jobb oldalsó agykamrában levegő telődés nem volt észlelhető.

Miután az agydaganat diagnózisát és annak localisatiója a jobb agyfélteke gyrus centralis anteriorján a tünetek és vizsgálatok alapján így megállapították, annak műtéti eltávolítására került a sor. A műtét (Winternitz prof.) sikerült. Az érdekes műtéti lelet a következő:

Narcosisban feltárjuk a jobb motorikus tájékot a szokásos módon. A dura megvastagodott, igen erősen feszes, benne kifejezett venosus hálózat, amely a feltárt sinus longitudinalis felé húzódik. Ezen venosus hálózatból két helyen venosus vérzés, melyet a dura gyors visszahajlítása után körülöttéssel elállítunk. Az agy erősen elődomborodik, nem pulzál, a sinusok szélesek, a sulcusok keskenyek. Az arachnoidea alatt semmi liquor. A feltárt agyterület hátulról alsó zuga előtt egy szürkés-barnás diónyi daganat domborodik az agyfelszín felé és hátulról peripheriája a parietalis tájék felé, a fel nem tárt csont alá húzódik. Ezért itt két harántújni területen luereel eltávolítjuk pótlólag a csontot, felhasítjuk a durát a tumor közepe táján, egy kis darabot rajta hagyva, amellyel össze van növe. Szabaddá tesszük a tumort hátrafelé, egészen a normális gyrus területéig. A daganatból minden irányban erős subarachnoidealis vénák húzódnak. Egyik-másik gyufaszál vastagságú. Ezeket a tumortól lateralisán vékony selyemmel, ligaturákkal leköttjük és a lekötések előtt a vénákat és az arachnoideát átvágva, a tumort ujjal lassan és óvatosan az agyból kihámozzuk. A daganat igen puha, teteje puhább, mint az agyállomány, mélyebb része azonban helyenkint keményebb, úgy a mélyben ezeken a helyeken a kihámozás könnyen megy. Hátra a parietalis tájék felé és a mélyben azonban a tumor határa az agyállomány felé nem éles, abba elmosódott határral megy át. Az eltávolított darab 48 gramm, azonban az az impressió, hogy a tumor diffúz volta miatt az eltávolítás nem tökéletes.



2. ábra.

A szövettani vizsgálaton a tumor glioblastoma malignumnak bizonyult. Nagyszámú polymorph gömbölyded sejtekből állott s benne igen sok volt az oszlásban lévő sejt. A sejtek között alig volt sejt közötti állomány.

A műtét után négy hét múlva, mint az a szövettani lelet után biztosan várható volt, újra jelentkeztek a beteg bal karján, arcán, sőt most már a bal lábán is a rohamok. Egyik roham alkalmával kb. egy percig tartó eszméletlensége is volt. A további progressió, mely a daganat kiújulását és további növekedését mutatta, részben a göctünetek fokozódó rosszabbodásában, de nagyrészt az általános agynyomásos tünetek előtérbe nyomulásában nyilvánult. Az addig ritkán jelentkező

fejfájás állandósult és gyakran hány. A bénulás a bal felső végtagról a bal alsó végtagra is ráterjed. A rohamok is többször ismétlődnek, hosszabb ideig tartanak és ismételten eszméletvesztéssel járnak. A bal alsó végtag bénulása teljes járóképtelenséget okozott. Az izomatropia a baloldali végtagokon fokozódott. Az intelligenciacsökkenést teljes elbutulás váltotta fel. Az osteoplastikus lebeny megnyomásakor sajátságos módon mellkasában és gerincoszlopában érez szúró fájdalmakat. Mindezek ellensúlyozására adott szokásos gyógyszerek eredménytelenek voltak. Ismételt cysterna csapolással, véres liquor lebecsajtásával sikerült, ha múlóan is, a kínzó fejfájást és hányást enyhíteni. A műtét után 6 hónap múlva állott be az exitus, teljes testi leromlás és szellemi tompultság után.

A boncolás az agyon a következő elváltozást mutatta: A jobb agyfélteke a balhoz viszonyítva tetemesen megnagyobbodott s részaránytalán. Az incisura pallii ferdén jobbról balfelé halad. A tekervények szélesek, a sulcusok keskenyek. A jobb gyrus centralis posterioriától előre, csaknem a homloklebeny csúcsáig 9 cm. hosszú s 8 cm. széles, a megelőző műtétekből visszamaradt koponyatető lebeny foglal helyet. Ez a csontlebeny az agyállományról csak élesen fejthető le. Eltávolítása után 10x10 cm. átmérőjű, tojásdad alakú előbaltosulás látható az agyállomány felszínén. Ugyanitt a lágyburok s a keményburok az agy állományával és a csontlebennyel összekapaszkodott. A daganat széli része kissé felhányt, állománya az agyénál valamivel puhább, színe halvány okkersárga. Az átmetszeten kiténik, hogy a daganat a jobb oldali agyfélteke csaknem egész terjedelmét elfoglalja. A kéreg- és velőállománynak az osteoplastikus lebeny alatti része szürkés-sárga elmosódott határú daganatos szövetté alakult át. A daganatos szövet a corpus callosum mentén a bal agyfélteke velőállományára is áttérjed. A daganat nagy része vérzéssel beivódott. Az agyalapi dúcok közelében jókora gyermekökölönyi vérzéses lágyulások góc van. A csontlebeny alatti részletben pedig zölddiónyi, frissen alvadt vérrel telterület. Az agy állományában számos kölesnyi vérzés látható.

## Gyógymasszázs és mechanoterápia.

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

### A gyógymasszázs és mechanoterápia élettani alapjai.

Írta: Benderek István dr.

#### A masszázs hatása az idegekre.

Az élettanból tudjuk, hogy az ideg mechanikailag ingerelhető. A béka ülőidegét megcsípve, a gastrocnemius összehúzódása következik be. Érzőidegek mechanikai izgatása, mint azt a gyakorlatból is tudjuk, az érzőideg területére vonatkozó paresztéziában nyilvánul meg (Pl. a nervus ulnaris megütése könyökön.)

Az idegek masszázsa olyan célból, hogy adaequát ingereket helyettesítsünk, a gyakorlatban nem fordul elő.

Az idegek masszázsa a mindennapi gyakorlatban rendszerint az általános masszázs mellékhatása. Ha fogásainkat valóban az idegekre irányítjuk, akkor vagy az ideg kötőszöveti részére és kísérő szerveire hatunk, vagy reflexhatásokat váltunk ki.

Az idegek tartós nyomása a beidegzett izom tónusát csökkenti. Reflexúton hasonló hatások jöhetnek létre. Már Graefe tudta, hogy a trigeminus pontjai nyomására a blefarospasmus szűnik. A torticollis görcse enged a nervus suprascapularis nyomására. (Hasebroek.)

A reflexhatások lényege és pályája sok esetben tisztázatlan. A gerinc különböző részeinek megreme-

tetése és masszázsa a belső szervekre van hatással. A mellkas megrázása asztmaoldó lehet, a hólyagtájék vibrációja szünteti a tenezmust, stb. Valószínű, hogy a masszázs bizonyos fogásai a hasüreg nagy idegducaira vannak befolyással és módosítják a belső szervek érzeit és működéseit. (Henck.)

A masszázs minden alkalmazásánál szerepelnek szuggesztív tényezők is. A kézrátétellel való gyógyítás, a delejes simítások, stb. olyan alakjai a masszázsnak, melyeknél a szuggesztív momentum tudatosan előtérbe tolva. Ha a mindennapi gyakorlatban nem is gondolunk ezekre a hatásokra, mégis mindig szerepelnek. A masszázs mint a pszichoterápia elősegítője is felhasználható.

#### *A masszázs hatása az anyagcserére.*

A masszázs úgy szerepel a köztudatban, mint az anyagcserét számottevően módosító, még pedig fokozó beavatkozás. Nyugodtan állíthatjuk, hogy a masszázs az anyagcserét talán élénkíti, de normális viszonyok között lényeges változás nem várható. Számos vizsgálat a nitrogénkiválasztás némi fokozódását mutatta, így fokozott fehérjeszételésről, vagy legalább az ilyen szételéses termékek gyorsult kiürüléséről lehet szó. (Voigt, Benedix.) A légzési anyagcsere aránylag kevésbé változik. Leber, Stüve, továbbá Pemberton és munkatársai viszont a légzési anyagcsere némi emelkedését mutatták ki. Ezek az eredmények azonban nem szólnak az egészséges szervezet égési folyamatainak számottevő fokozódása mellett.

Ez a megállapítás annál meglepőbb, mert a köztudatból csaknem kiirihathatlan az a vélemény, hogy a masszázs soványító hatású, vagyis hogy számottevően gyorsítja és fokozza a zsír elégését a szervezetben. A masszázs elősegíti a szervezet áthangolását és így közvetve hat a soványító kúránál.

Újabb vizsgálatok szerint kóros viszonyok között a masszázs élénkíti az anyagcserét.

#### *A masszázs hatása a bőrre.*

Hogy a bőr a mechanikai ingerlésre jellegzetesen reagál, azt mutatja a mindennapos tapasztalás. Kemény munkát végző ember, vagy a sportolók keze a mechanikailag leginkább érintett pontokon, jellegzetesen megvastagszik.

Szabályos és élettaninak mondható kérgesedés akkor fejlődik ki, ha a mechanikai hatás bizonyos ingerhatáron alul marad. Ha olyan erős mechanikai hatás éri a bőrt, melyhez a fokozatosan kifejlődő kérgesedés még nem alkalmazkodott, úgy a feltörés jelensége áll be.

A leírt jelenségek ismerete csak azért fontos, mert bizonyítékai annak, hogy a mechanikai ingerek a bőr szerkezetére jellegzetes hatással vannak és ez az ismeret irányítással lehet a masszázs hatásmódját magyarázó elméleteinkre.

Bizonyos hogy a kérgesedés a szervezet védekező berendezései közé tartozik és megállapítható, hogy már a masszázs hatására is ellenállóbbá, erősebbé válik a bőr, bár nem tudunk róla, hogy szövettani vizsgálatok kimutatták-e a szaruréteg vastagodását.

A szaruréteg fellazult felső rétegeit a legtöbb masszázsfogás, így a simítások és a dörzsölések eltávolítják, lecsiszolják, ezzel hozzájárulnak a bőrfelszín megtisztításához. A dörzsölés a mindennapi tisztálkodásnak is lényeges eleme. A főleg laikusoknak írt könyvekben oly sokat hangoztatott porusmegnyitás és vele együtt a bőrlégzés fokozása igen homályos fogalmakat takar, tudományos alapja nincs.

A mechanikai ingerek hatása alatt nemcsak a bőr hámja lesz ellenállóbbá, de a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a mélyebben fekvő szövetek is erősödnek. Ugyanaz a szorítás, vagy ütés, mely kellően nem edzett bőrön kifejezett zúzódásra, vagy felismerhető sérülésre vezet, amit legtöbbször bórallati vérzés jelez, az edzett bőrnek nem árt. Példa erre a sportolók, vagy katonák bőre. Hogy a mélyebb szövetek és különösen az erek falának ellenállóbbá válása hogyan jön létre és tulajdonképpen miből áll, arravonatkozólag még nagyon fogytékosak az ismereteink. Joggal feltehetjük, hogy a megfelelő masszázsfogások hozzájárulnak a bőr és a szövetek ellenállásának a növeléséhez.

#### *A masszázs hatása a kötőszövetes szervekre.*

A masszázs hatásainak megértése szempontjából igen fontosnak látszik a kötőszöveti elemekre gyakorolt hatások ismerete. A kötőszövet élettana tudásunknak homályos fejezete s bár ma csaknem osztatlanul elfogadott az a nézet, hogy a kötőszövet elemeinek, akár protoplazmadús sejtek, akár különlegesen átlakult elemek, önálló életük van.

A masszázsnak egyik legjellemzőbb és gyakorlat szempontjából egyik legfontosabb hatása, hogy alaki és szerkezeti változásokat tud a kötőszövetben előidézni. Hasonló hatásokat még csak a gyógytornánál és az ortopédiai beavatkozásoknál tapasztalunk.

E hatások megértéséhez tudnunk kell, hogy szervezetünk minden regeneráló, így különösen sérülések és gyulladások következményei gyanánt beálló folyamatában döntő jelentőségű a kötőszövet képződése. A többi szövetek regeneráló képessége, legalábbis a kifejlett emberi szervezetben, eltörlül a kötőszövet újjáépítése mellett. Épen ezért mindennapos, hogy a gyógyulás folyamatában szervezetünk az elpusztult nemes szövetek helyére kötőszövetet épít. Viszont ahol tisztán, vagy legalább is túlnyomó részben kötőszövetes elemek újjáépítésére van szükség, ott szervezetünk nagyokofú kötőszövettermelést indít meg, aminek a beteg sokszor kárát is vallja. Elég pl. az állizületekre utalni, ahol a különböző kötőszöveti elemek egész rendszeresen alakulnak ki, legtöbbször nem is az anatómiai viszonyoknak megfelelően. Viszont összeforrhat a csont olyan tökéletesen is, hogy még a csontlemezek lefutása is zavartalan. A szervezet bizonyos alkati tulajdonságain kívül, egyes mechanikai ingerhatásoknak a minősége és erőssége van a legnagyobb befolyással a kötőszöveti képződmények kialakulására.

A fejlődés-mechanika számtalan megállapítására hivatkozva bebizonyítottunk tekinthetjük, hogy testünk kötőszövetes szerveinek, ha nem is egyetlen, de mindenestre fontos formatív ingerei azok a mechanikai hatások, melyek a szöveteket érik. Ilyen ingerek kellő minőségére és mennyiségére szüksége van már a szervezetnek is a kötőszövetes szerv épségének a megtartására. Elég a mozdulatlanság folytán merevvé váló izületekre utalnunk, hangsúlyozva, hogy a még teljesen ép izület is megmerevedik tartós rögzítés folytán. (Pl. háborúban a hadkötelesek öncsonkítása, hetekre nyujtottan sinek közé tett kéz ujjainak megmerevedése). A synovia és általában az egymás mellett elmozduló szervek közötti sikamlóssá tevő nedv elválasztásának egyetlen és nélkülözhetetlen ingere: a mozgás, a mechanikai inger.

Rendellenes ingerek a kötőszövetes szervek rendellenes alakulására vezetnek. Elég az atipikus nyálkátömlőkre, az úgynevezett lovaglócsontra, a statikai hibák folytán beálló izületi folyamatokra utalni.

A mechanikai ingerek befolyása a kötőszövetes szervek kialakulása, céltudatos terápiai alkalmazás-

ban, legtökéletesebben a gyógytorna bizonyos eseteiben jut, mint arról később bővebben fogunk szólni. A masszázis szerepe ehhez képest alárendelt, de mégis annyira számottevő, hogy a gyógymasszázs javaslatainak jelentékeny része éppen abból a törekvésből fakad, hogy a kötőszöveti képződmények kialakulására legyünk befolyással.

Bebizonyítottan vehető, hogy úgy a gyógytorna, mint a masszázis mechanikai ingere semmi mást nem tesz, mint felkelti a szervezet erőit és megindítja azokat a bonyolult szövetbontó és szövetépítő folyamatokat, melyek a gyógyulás élettani alapjait képezik. A gyógytorna és a masszázis hatása között a lényeges különbség abban van, hogy a gyógytorna specifikus és biológiailag többé-kevésbé normális irányú és erejű mechanikai behatásokkal dolgozik, addig a masszázis hatása nem specifikus. A masszázis csak ingerekkel szolgál, de a formatív ingerek működését nem befolyásolja. Éppen ezért ott, ahol rendellenes kötőszöveti képződmény, mint élettani felesleg szerepel, melynek már eltávolítása is gyógyulást jelent, elég lehet a masszázis-kezelés is. Ilyen esetben beavatkozásunk hatásosságát kiegészíti az eredeti gyógyulókészség, vagy pedig a mindennapi élet szolgáltatja azokat az ingereket, melyekre az ujjaépítésnél szükség van (pl. idült izületi gyulladások kezelésénél.)

Masszázzsal felszívódásra bírni csakis kóros eredésű, élettanilag passzív képződményeket lehet, melyek nem állnak beteges viszonyok élettanilag célszerű szolgálatában. A szervezet csak azokat a képződményeket hajlandó lebontani, melyeket feleslegesnek talál, melyeket élettani erőhatások nem érnek. A hegeket, mint olyanokat megszüntetni nem lehet, de az inak, izmok, izületek felszabadulása lehetséges. Egy rendellenes helyen beteges viszonyok között keletkezett nyálatömlőt nem lehet masszázssal megszüntetni, mert már a pusztta jelenléte is bizonyítéka annak, hogy a szervezetnek szüksége van rá. Olyan hegek, olyan szervült izzadámanyak, melyekben már rugalmas rostok is megjelentek, aligha lesznek masszázssal befolyásolhatók.

Ezeknek az ismerete azért fontos, mert a masszázis gyakorlati alkalmazásánál nagyon sokszor éppen a kötőszövetes képződményeket akarjuk befolyásolni. A kezelésbe vett szerv kórélettani állapotának ismerete nélkül nemcsak a kezelés irányát nem tudjuk helyesen megszabni, nemcsak a kórjólásban követhetünk el tévedéseket, hanem még a masszázis technikájában, gyakorlati kivitelében is hibázhatunk.

(Folytatjuk.)

## IRODALMI SZEMLE

### Belorvostan.

**A hypophysis növekedési hormonjának, valamint a thyreoidea hormonjának hatása a növekedésre.** W. Albrecht, K. Fellingner (Klin. Wschr. 1938. 1801.)

Pajzsmirigykiirtás után, mint ismeretes, fiatal patkányok növekedése gátolt, — ezen gátolt növekedést hypophysis növekedési hormonnal sem lehet megváltoztatni. A pajzsmirigykiirtás okozta növekedési zavar a szerzők szerint nem a hypophysis útján jön létre, hanem a pajzsmirigy önálló növekedési tényező hiányának tekinthető.

Marsovszky dr.

**C-vitaminszükséglet és C-hypovitaminosis.** Rietschel. (Klin. Wschr. 1938. 1787.)

Az emberi szervezet napi C-vitaminszükséglete kevesebb, mint a ma általánosan elfogadott 50—60 mg. Számításai szerint a német nép legnagyobb részének és a német katonaságnak napi tápláléka a téli és kora tavaszi hónapokban nem tartalmazhat 10—15 mg-nál több C-vitamint

és ily mennyiség mellett nem fordul elő skorbut. Kis adag C-vitamin mellett sem támadnak avitaminosisnak tünetei, ha pedig a skorbut tünetei megvannak, napi 5 mg. ascorbinsavval gyógyítható. Hypovitaminosisról csak akkor beszélhetünk, ha a praeskorbut tünetei valóban megvannak és már kis adag C-vitaminra visszafejlődnek.

Marsovszky dr.

### Sebészet.

**A combcsontnyak-szögélés új segédeszköze.** S. Hoffheinz. (Z. f. Ch. 1938. okt. 8.)

Szerző a Johansson-féle szögkihúzóból indul ki. Hibájul rója fel, hogy túl esetlen, hogy az eltávolítás, amikor a szögfej a corticalis síkjáig ér, más segédeszköz igénybevételével, vagy kivéssel még nehezebbé lesz, s végül, hogy a szögfej megfogása az amúgyis szűk sebcsatornában gyakran lehetetlen. E hibákon okulva szerkesztette meg a saját segédeszközét; a szögfejjel való kötés már nem kívülről, hanem a szögfej tengelyébe illeszkedő csavarmenettel ellátott húzó-rudacskaival történik. A húzó-rudacska szintén csavarmenetes hüvelybe van beágyazva, a végén forgatható fülescsavarral. A technika röviden a következő: a kihúzó rudacska beleszavarjuk a szögfej csavarmenetébe, amikor ez megvan, a fülescsavar forgatásával a hüvelyt támpontnak használva, minden nehézség, minden erőlködés nélkül kihúzzuk a rudacskaival szilárdan összefüggő szöveget. Olyan esetben, amikor a sebcsatorna callustömegeggyel beburjánzik, Hoffheinz ugyanolyan menetű fúrót használ, mint a húzó-rudacska menete. Több mint 100 esetben sem a csont statikai viszonyainak ilymódon való meggyöngyülését, sem a szög törését nem tapasztalta.

Anda Tibor dr.

### Szülészet.

**Terhesség alatt A-vitaminannal kezelt súlyos nagyajk és hüvelyfékelyesedés.** E. A. Gerrard (Jorn. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1938. 45. 4.)

28 éves, másodszor terhes nőt terhességének 35. hetében a nagyajkakra, kisajkakra és hüvelyre kiterjedő súlyos kifekélyesedéssel vettek fel. Wassermann-vizsgálat negatív volt. A fekélyalpból vett váladék tenyésztete staphylococcus aureust mutatott. Diphtheria nem volt kimutatható. Noha a felvétel után nyomban a kórisme nem volt tisztázható, mégis inkább septikusnak, mint specifikusnak itélték meg s miután diathermiás kessel egyik részletből kórszöveti vizsgálatra kimetszettek, áttértek A-vitamin adagolásra. 4 óránként kapott a beteg 3 adexolin capsulát. Már a következő napon csökkent a gyulladás és a vizenyős beszűrődés, tisztult a sebalap s megkezdtek a helyi kezelést is különféle készítményekkel. Három ízben Dmelco-serumot is kapott a beteg. 5 héttel a kezelés megkezdése után a beteg teljesen meggyógyult s néhány nappal később szülésre rendezesen zajlott le; a gyermekágy is rendes lefolyású volt. A beteg gyógyulását az adexolinnak tulajdonítja s a betegséget az összes klinikai tünetek alapján utólag is A-vitaminhiánynak tartja.

Kováts Károly dr.

**Méhnyálkahártya-átültetés, mint a petefészek menstruációs működésének megőrzésére szolgáló eljárás, méhkiirtás után.** N. P. Verhatsky. (Gynéc. et Obstetr. 1938. aug.)

Méhkiirtás után az eseteknek több mint 50%-ában olyan kiesési tünetek lépnek fel, mint amilyeneket a petefészek működésének zavara, illetve hiánya esetén látunk. A méh és petefészek közt szoros működésbeli kapcsolat áll tehát fenn. Hogy a petefészek működése ép maradjon, egyes szerzők a supravaginalis amputációt igyekeznek minél magasabban végezni, hogy menstruációra alkalmas méhnyálkarészlet maradjon vissza; mások inkább méhnyálkahártyaátültetést végeznek. A szerző nyelési átültetést végez a nyakcsatorna falába a következőképpen: A méhet homloksíkból felezi a belső méhszámagasságáig. Az elülső fal nyálkahártyájából 3x2 cm. nagyságú lebenyt fejt le a méhfenek felől a belső méhszámagig. Ezután amputálja a méhet, majd a nyakcsatornát Hegarral a 10—12-es számig tágtítja. Hogy a nyakcsatorna még tágabb legyen, a nyálkahártyalebenytől oldalt még egy bemetszést ejt rajta. Ezután a nyakcsatorna hátsó falából a nyálkahártyalebenyének megfelelő nagyságú részt metsz ki és miután a vérzést csillapította, az elülső fal lebenyét ezen helyre fektetve néhány catgut öltéssel rögzíti. A nyakcsatorna oldalbemetszését összevarrja, a méhcsontot a szokott módon zárja és

peritonisálja. A szerző ezen nyeles átültetésen kívül néhány szabad átültetést is végzett a portio hátsó ajkába és a hátsó hüvelyboltozatba. Az eljárást kizárólag myomás nőknél alkalmazta 11 esetben és csak 2 esetben volt eredménytelen. A betegeket fél—másfél évig tartotta ellenőrzés alatt. A menstruatio a betegnél rendes időben jelentkezett s kevés vérzéssel 2—3 napig tartott. Az átültetett méhnyálkahártyarészek több esetben szövettanilag megvizsgálva, azok élénk működést mutattak. A 2 eredménytelen esetet illetően az egyiknél kétoldali ovariumresectio történt degeneratio cystica miatt, márpedig állatkísérletek bizonyítják, hogy ahhoz, hogy az átültetett nyálkahártya tovább éljen, teljesen ép petefészekműködés szükséges. A másik eredménytelen esetben submucosus myomagóc volt. A szerző az átültetést kizárólag myomás nők esetében alkalmazta, mások (Schmied) azonban alkalmazták kezdeti méhnyakráknál is a hüvelyfalba. A beültetés helyén recidiva nem keletkezett és fokozott növekedés nem indult meg. A műtét ellenjavalt regressiv elváltozást mutató myomák, a méhfüggelékek gyulladással bántalmi és méhnyálkahártya-sorvadás eseteiben.

Cserényi László dr.

### Szemészet.

**Sjögren-syndroma.** Stahel. (Klin. Woch. 1938. 48. sz.)

A syndroma tagjai: száraz keratoconjunctivitis, száraz rhino-pharyngo-tracheo-bronchitis, achylia gastrica, stb.; az esetek többségében deformáló arthrosisban szenvedő nőkről van szó a climax után. Szerző egyik betegének nagy adagban nyújtott A-vitamint (naponta 16.000 egység, 3 hónapon át), mire a tünetek nagyrésze megszűnt. A tünetcsoport hasonlít az A-vitaminhiányhoz; az A szerepe a gyomorsavválasztásban, nemi működésben, stb. ismeretes. A syndroma általános megbetegedést jelent az ento-és ektoderma működési zavarával; ennek oka A-hiány. Az A-sóanyagcseré és endokrinzavarok a betegség feltételei. Az A-hiány a climaxszal járó fokozott szükségletet következménye. Ennek nagy adagban való nyújtása oki terapiát jelent.

(A mirigyelváltozások rendkívül hasonlítanak a kísérleti A-hiányban észleltékhez; de Sjögren nem ért el eredményt A-vitamin parenteralis bevitelével sem. Egyébként Comberg és Pickard már régebben alkalmazzák e terapiát. A korai és kiterjedt mirigyelváltozások kétséssé teszik az eredményességet. Ref.)

Grósz István dr.

**Tryparsamid okozta vakság.** Leinfelder. (Amer. Med. Ass. 1938. jún. üléstud.)

Tryparsamid befecskendezés okozta heveny látásromlás nem tartozik a ritkaságok közé. 55 éves tabeses egyén 1 gr. tryparsamid után 48 óra múlva látását teljesen elvesztette. Egy hét múlva uraemiás halál. Bonclelet: heveny elfajulásos jelenségek egyedül a *retinában*, főleg a peripherián (ganglionsejtek, belső magvas réteg), sehol egyebütt a látópályákban.

A kis adagra is bekövetkező, 10%-ban előforduló látásromlás túlérzékenység vagy hiányos kiválasztás következménye; túlnyomóan az első 5 befecskendezés után észlelték. Az óvatos adagolás mellett az állandó ellenőrzés (látótér!) nélkülözhetetlen. Ezen amblyopia a chininmérgezéshez hasonlít.

Grósz István dr.

### Fülészet.

**Vérvizsgálatok csecsnyúlánygyulladás esetében.** Koskinnen. (Acta. oto-laryng. XXVI. 5.)

A vérkép és vérsüllyedési reactio értékelése a sebészeten is egyre nagyobb tért hódít és a kórjóslatban értékes útbaigazítást nyújthat. A leukocyták száma, az eosinophilia, a vérkép balra eltolódása, a neutrophil leukocyták és lymphocyták számának egymáshoz való viszonya, a monocyták száma és a vérsüllyedési reactio értékeiből következtetni lehet arra, hogy a műtéttel mennyire lehetett a fertőzést befolyásolni és sorozatosan végzett vizsgálatok alapján következtetni lehet a javulásra, illetve rosszabbodásra. A szerző és társai 108 csecsnyúlánygyulladás esetében vizsgálták ezen adatok értékét fülészeti szempontból és azt találták, hogy a vérkép 94, a vérsüllyedés 101 esetben követte pontosan a betegség menetét. Megállapították egyidejűleg azt is, hogy összehasonlítási alapul csakis ugyanazon egyén vizsgálati adatai szolgálhatnak, nem pedig bizonyos abszolút középértékek, mert még ugyanazon

megbetegedéseknél is rendkívül különböző értékekkel reagálnak az egyes egyének.

A kórfolyamat tartama kihatással van a vérképre, mennél régebbi az, annál alacsonyabb pl. a leukocytaszám, kisebb a neutrophilia és a balra eltolódás. A csecsnyúlány pneumatizációjának mértéke is befolyásolja a vérképet és vérsüllyedést. A legalacsonyabb leukocytaszámot, a legkisebb balra eltolódást és a legalacsonyabb vérsüllyedési értéket csökkent pneumatizációnál találtak, ami érthető is, mert hiszen minden fertőzés annál erősebb, mennél nagyobb a fertőző góc és mennél nagyobb a felszívódási felület.

Krepuska István dr.

**A fülészeti liquordiagnostika módszerei.** Björk. (Acta oto-laryng. XXVI. 5.)

A gerincgöly folyadék vizsgálata igen fontos sok esetben az orvos szempontjából is, de csak bizonyos vizsgálatokra kell kiterjednie, mert a legtöbb esetben gyors tájékoztatást kell adnia. — *Meurmann* dolgozott ki olyan eljárást, mely az összes fülorvosi követelményeket kielégíti, de az még most van kipróbálás alatt. — Ezért tapasztalatai részben egy wiborgi katonakórházból erednek, ahol leegyszerűsítve, de kielégítően végezték a vizsgálatokat. — A liquort mindig fekvve vették (a suboccipitalis szúrscsapólast csak szükség esetén, kiegészítő eljárásnak fogadják el), a liquor nyomásának mérését fontosnak tartja *Bárány* módosításával. A liquor nyomásai u. i. mindenkor emelkedett, ha a genyedés áthaladt a durán: epiduralis tályog, sinus thrombosis, agyhártyagyulladás, agytályog esetében. A nyomásmérés egyben lehetővé teszi a *Tobey-Ayer-féle* vizsgálatot, mely azonban csak akkor nyújt támpontot, ha igen pontosan végzik és az eredményt összhangba hozzák a klinikai tünetekkel. A Pándy- és Nonne-reactiók igen megbízhatók és a fülész szempontjából kielégítőek. A sejt-számlálás talán a liquorvizsgálat legfontosabb része, mely fractionált vizsgálat esetén gyorsabban végezhető a Zeiss-féle kettős kamrában. Mégis az abszolút sejt szám emelkedése vagy csökkenése — bár igen fontos jelenség, — csak a klinikai tünetekkel összhangban értékelhető helyesen. Jobb támpontot nyújt kórjóslat szempontjából, ha egyidejűleg megadja a mononuclearis és polymorphmagvú sejtelemek arányát. A relativ polynucleosis általában rosszabbodást, a relativ lymphocytosis megállást, ill. javulást jelent. — A *Westergaard* által ajánlott fractionált liquorvizsgálat azon alapul, hogy a gerincgöly folyadék sejtartalma nem egységes minden szakaszon és igen fontos egyes esetekben pl. a subarachnoidealis tér folyadékának sejtartalma. Ezért részletekben: —3—15—3 ccm-nyi mennyiségekben külön-külön, sajátos csövekben fogják fel a liquort és vizsgálják ezen részletek sejt számát, ha ez emelkedő vonalat ad, akkor a meningealis folyamat előrehalad, rosszabbodik, ellenkező esetben megállt vagy javult. Ennél is figyelembe veendő természetesen a klinikai tünetek is. — A *Kopetzky* által ajánlott cukorvizsgálatnak kórjóslat szempontjából lehet jelentősége, mert amennyiben súlyosan elváltozott liquor cukortartalma normális, a kórjóslat nem rossz; ha pl. a normalis felére szállott alá, a kórjóslat igen komoly. — A chloridok vizsgálata fülészeti szempontból nem bír jelentőséggel. — A bakteriologiai vizsgálatot azonnal a szúrscsapolás után kell elvégezni és legjobb félfolyékony agarra oítani.

Krepuska István dr.

### Gyermekgyógyászat.

**Insufficiencia aortae gyógyult esete.** H. Werthschützky. (Kinderärztliche Praxis, 1938. 9.)

11 éves leány esetét közli, kinél acut poliartthritis következettben insufficiencia v. bicuspidalis lépett fel, melyhez később insufficiencia aortae társult, utóbbinak összes jellegzetes tüneteivel. Négy hónapi kezelésre és a garat-orrmandulák eltávolítására az insufficiencia aortae valamennyi tünete visszafejlődött. A szerző jelentőséget tulajdonít a mandulák eltávolításának és valószínűnek tartja, hogy az aortabillentyűn lezajlott kóros folyamat annyira visszafejlődött, hogy klinikai tüneteket már nem okozott.

Timcsák Alice dr.

**Zinksulfat és kísérleti poliomyelitis. Az orrspray hatása a vírusnak intravenás befecskendezésekor.** Toomey és Takács. (Amer. Journ. Dis. Childr. 1938. 55. 1185. old.)

Toomey ajánlotta járványok idején prophylaktikus célokra, hogy a felső légutakba, főként az orr nyálkahártyájára zinksulfátos spray alkalmaztassék. Ugyancsak ő tisz-

táza, hogy az intravenásan bevitt vírus a tractus olfactorius területen választódik ki a n. olfactorius és az újabb felvett 13. agyideg végfonalain keresztül újból felszívódik és fertőzi a központi idegrendszert. Jelen munkájukban szerzők ezt a két kísérlet sorozatot összekötötték a következő gondolatmenet alapján: mivel a zink-sulfát az abszorptiót megakadályozza, ha nincs más útja a felszívódásnak a vírus intravenás bevétele után, mint a fent vázolt kapcsolat, a fertőzésnek létrejönnie nem szabad. Ezért macacuscus rhesusokat mindkét orrnyíláson át 1%-os zink-sulfát-oldattal kezelték úgy ülő-, mint fekvő helyzetben, hogy a spray az egész szükséges területre eljusson. Végül pipetta segítségével át is öblítették az orrnyálkahártyát. Ezt a műveletet 2 nappal az inoculatio előtt kezdték el, naponta kétszer végezték és folytatták az inoculatio után is. Az intravenás inoculatiót többször, egymásutáni napokban végezték. Valamennyi kísérleti állat megkapta a poliomyelitist mindazon kísérletekben, midőn a vírust rendszeresen intravenásan vitték be, viszont nasalis fertőzéssel szemben a zink-sulfáttal kezelt állatok ellenállóknak bizonyultak. A kísérletek azt bizonyítják, hogy a tractus olfactoriuson kívül a vérkeringésbe került vírusnak más felszívódási módjai is vannak.

Surányi Gyula dr.

### Bőrgyógyászat.

**Diabetesek lipoid necrobiosiséről.** MM. A. Nanta és B. Bazex. (Bulletin de Derm. et de Syph. 1938. 5. sz.)

Diabeteseken fellépő zsíros necrobiosist 1928-ban Oppenheim írt le elsőnek, majd részletesebben Urbach foglalkozott a kérdéssel. Az irodalomban eddig mintegy 20 eset ismeretes.

Szerzők 64 éves nőbetegükről számolnak be. 1931 óta az ujjakon, főleg az ujjizületek felett kicsiny, fájdalomtalan fehéres csomócskák jelentkeznek. Az ujj bőre elvékonyodott, atrophias, az alapra erősen tapad. A csomók gombostűfejnyi, kemény fájdalomtalan képletek alakjában lépnek fel, melyek felpuhulnak és zsíros törmelékcsomagot ürítenek. Ezután a visszamaradó krateralakú, nem nedvező szövethiány pár nap alatt heggel gyógyult. Egyes csomók kifejlődése, felpuhulása és kiürülése 1—1½ hónapig tart.

A betegnél súlyos diabetes állott fent.

Diaetával, insulinnal kezelték, mire diabeteze javult és párhuzamosan javultak az ujjakon levő elváltozások is, újabb csomók nem keletkeztek.

Szövetileg az írha kötőszöveti rostjainak zsíros degenerációját, majd elhalását észlelték. Urbach szerint a kötőszöveti rostokban végbemenő zsíros infiltratio idézné elő azok necrosisát, míg mások, főleg amerikai szerzők a szénhidrát anyagcsere zavara kapcsán fellépő acidifikáló hatásokra vezetnek vissza a szövetcnecrosist és a zsíros infiltratiót másodlagosnak tartják.

Therapia: a diabetes étrendi és insulin kezelésén kívül helyileg a necrotizált csomók punctióját végezhetjük.

Arokháty Vilmos dr.

**Adat egy lueses fertőzési módhoz.** Raab, Ratibor. (Med. Klinik. 1938. 39.)

Egy 24 éves fiatal embert elmezavarral szállítottak kórházba. Az ideggyógyászati vizsgálat paralysis progressivát állapított meg, más testi elváltozást a betegen nem találtak. A beteg mostohatestvére elmondja, hogy 1921-ben, mikor a beteg 9 éves volt, egy 21 éves syphilitikus bőrkiütésben szenvedő férfinak a hámló pikkelyeit vette szájába. Pár héttel később szájában fekély keletkezett, melyet orvosos kezelésben részesítettek. Wa. és kísérő reakciók úgy a vérben, mint a liquorban positiv eredményt adtak. Annak idején — kezelő orvosa bemondása szerint — tényleg syphilitikus fekélyről volt szó s ezt támogatja az az adat is, mely szerint a hámló pikkelyes syphilitikus kiütésben szenvedő fiatal embert 10 évvel később ugyanabba a kórházba paralysisissal szállították be.

Fülöp Gyula dr.

**Hámzáradéktestek jelentősége a női gonorrhoeában.** M. Spitzer, Osijek, Jugoszlávia. (Wien. Klin. Wschr. 1938. 43.)

Szerző igen nagy beteganyagot végezte megfigyeléseit arra vonatkozólag, hogy milyen viszony áll fenn a női gonorrhoea lefolyása és a gonorrhoeát kísérő hámzáradéktestek között. Véleménye szerint a női gonorrhoea akkor mondható gyógyultnak, ha az urethrából, illetve a paraurethralis és vestibularis cryptákból vett vizsgálati anyagban tiszta hámsejtek találhatók, a hámzáradéktestek sta-

tionaer stádiumában leukocytá és gonococcus nélkül. Ilyen lelet mellett a gyógyulást a fertőzéstől számított 9 hónap múlva mondhatjuk ki. A hámzáradéktestek igen érzékeny indicatorai a gonorrhoeás fertőzés tulajdonságainak is. Bizonyos fordított viszony áll fenn olyan értelemben, hogy pl. ha a gonococcusok nagyon gyorsan eltűnnek, az eltűnés után a záradéktest kimutatható marad és megfordítva, ha a gonorrhoeás folyamat makacs, akkor ezek a hámzáradéktestek megkevesbednek, sőt el is tűnnek. Ilyen szempontból tehát fontos diagnostikai jelentősége van a hámzáradéktestek kimutatásának. Olyan gonorrhoeás esetekben, amelyekben negatív gonococcus-lelet áll fenn, de kevés, vagy semmi hámzáradéktest van, az azt sejteti, hogy valahol a mély szövetekben, különösen a cervixben virulens gonococcusok lappanganak.

Nyáry Lenke dr.

### Urologia.

**Állatokon végzett ureterbeültetési kísérletek a rectumba.** O. Franche, Nguyen, Tronf-Hiep, Paris. (Journ. d'Urologie. 1938. 5.)

Kutya-kísérleteiben 30%-os eredményt ért el. A sikertelenség oka a beszájadzásnál fellépő szűkület és az ureter ki nem mutatható dinamikai zavara volt. A nagy hibaszázalék dacára a másképpen meg nem oldható betegségek-nél ajánlja a rectumba történő húgyvezér átültetését, mert ha az eredmény nem is végleges, de nagyon sokat enyhít a beteg nyomorúságán.

Vizkelety Gyula dr.

**Hasüri öblítések uraemia kezelésében.** J. B. Wear, Ira Sisk és A. J. Trinkle. (The Journ. of the Urology. V. 39, N. 1, P. 53.)

Klinikailag az uraemia fokát a vér maradéknitrogén-emelkedése szabja meg. A vér toxicitásának főanyagát nem sikerült eddig pontosan meghatározni, valószínű, a mérgező elemek az aminosavak csoportjába tartoznak. Ganther 1923-ban kísérletezett először peritonealis öblítésekkel. Kutya ureterét miután lekötötte, sóoldatokkal átöblítette a hasüreget, mire az uraemiás tünetek javultak. Szerző a hasüri öblítés technikáját akarja tökéletesíteni, az öblítésket helyi érzéstelenítésben, 40 fokos oldatokkal, két trocarral végzi. Mindig meghatározza a maradéknitrogént a vérben az öblítés előtt és utána az öblítőfolyadékban. Sikeres kutya-kísérletek után három esetben végzett emberen ilyen öblítést, mindegyiknél jelentős nitrogénmennyiséget távolított el. Eljárását minden esetben, ahol remény van arra, hogy a veseműködés helyreáll, igen hasznos tüneti kezelésnek tartja.

Ascher Ferenc dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**A sebészet diadalútja.** Manninger Vilmos. (A Búvár könyvei. VII. Budapest, 1938. Franklin Társulat. 236 oldal, 166 képpel és 36 ábrával. Ára félvászon kötésben: 7.40 P.)

A Búvár könyveinek közkedvelt sorozatában jelent meg Manninger könyve és csak öregbíti a sorozat eddigi orvostörténelmi irodalomban. 1903-ban jelent meg a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadásában „Az anti-septicus és asepticus orvoslásmódok története” című „Semmelweis emlékének” ajánlott munkája, amellyel a Magyar Tudományos Akadémia pályadíját is elnyerte és amely mindmáig irodalmunk legkiválóbb, e kérdéssel foglalkozó munkája maradt. Orvostörténelmi iránti szeretetének ékesen szóló bizonyítéka a Magyar Sebésztársaság valóban egyedülálló orvostörténelmi gyűjteménye, amelyet hosszú évek fáradságos munkájával egész Magyarország területéről a szó szoros értelmében darabonként gyűjtött össze és ami ma már semmiképpen sem lenne összegyűjthető.

A későbbi évek nagy hivatalos elfoglaltsága nem engedte meg, hogy újabb nagyobb munkával gazdagítsa szegény orvostörténelmi irodalmunkat, de hogy a régi szeretet továbbra is élt benne, szépen bizonyítja ez a munkája, amellyel az osztályának vezetésétől visszavonult sebész a szakmája iránti rajongó szeretettel áldozik eszményképeinek.

Manninger könyvét a művelt nagyközönség számára írta ugyan, de úgy hisszük, élvezettel fog elmerülni benne szabad óráiban minden orvos is. Az őskultúrák sebészetétől a modern sebészet történelmi kifejlődéséig vezető ugyancsak rögs út érdekfeszítő leírása után a könyvnek

— szinte természetszerűen — leglebilincselőbben megírt része a jelenkor sebészete, amelynek a szerző maga is kiváló munkása volt. A bakteriológia fejlődésének és az asepsis kiépülésének ismertetése után külön fejezetekben veszi tárgyalás alá az általános sebészet, a hasüreg, a gyomor, az epeutak, a hasnyálmirigy, a belek sebészeteinek, valamint a sérvműtétek történetét, hogy végül a sebészet jövőjében vetett optimista pillantással tegyen pontot érdekesítő könyve végére.

Külön értékét képezik a könyvnek a szerető gonddal összegyűjtött bőséges képanyag, amelyben éppúgy helyet foglalnak a londoni Wellcome-múzeum, mint a Budapesti Királyi Orvosegyesület gyűjteményeinek képei. Helyes érzékkel való összeválogatásuk *Manningert*, a művészlelkű embert dicséri és csak sajnálni lehet, hogy a kiadó szempontjainak érvényesülése miatt a tervbevett képek egy része el kellett hogy maradjon.

*Korbuly György dr.*

### A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 30-i ülése.

**Illyés G.:** Elnöki megnyitó: 1928-ban *Korányi Frigyes* báró századik születési évfordulóján határozta el igazgatótanácsunk, hogy emlékének méltóképpen való megőrkítésére azon évtől kezdve két évenként az Egyesület ünnepi ülést fog tartani, amelyen az Egyesület bizottsága által kijelölt előadó „csak belgyógyászati köréből a korának tágabb értelmében véve” önálló kutatáson alapuló *Korányi Frigyes* emlékelőadást fog tartani, kinek az Egyesület elismerés-képpen *Korányi-emlékérmet* adja.

Nagy orvosaink emlékének ébrentartása egyik nemes feladata Egyesületünknek. *Korányi Frigyes* egyike volt a legnagyobb klinikusainknak, kinek iskolájából kerültek ki úgyszólván az összes vezető állásban volt belgyógyász kiválóságaink s korában *Balassa* halála után elismerten ő volt vezéregyénisége a magyar orvosoknak. Sokféle nagy alkotása között neki köszönhető az első erélyes lépés, mely a gümőkór nagy pusztításával szemben gátat vetett s legnagyobb törekvésünk most is az, hogy az általa létrehozott intézményeket fenntartani tudjuk. Emlékét örökké nagy becsben fogjuk tartani.

A mai *Korányi-emlékelőadás* megtartására sikerült *Johan Béla* államtitkár urat megnyernünk s felkérem őt előadásának megtartására.

**Johan B.:** *A tuberculosis kérdése és a tuberculosis elleni küzdelem hazánkban.* (Egész terjedelmében megjelenik az Orvosi Hetilapban.)

**Illyés G.:** Midőn *Johan Béla* az ezelőtt 12 évvel létesült Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója lett, nagy várakozás előzte meg ezen intézet működését, egyrészt mert ez volt az első idegen pénzen épült Rockefeller-alapítás, másrészt, mert meghatározott cél szolgáltatásban létesült. *Johan Béla* nagyszerűen megszervezte intézetét s kiváló gyakorlati érzékkel állította azt a célnak megfelelően az egészségügyi praeventio szolgálatába. Most el sem tudnánk képzelni, hogyan lennének azok a problémák elintézve, melyeket ez az intézet csendben oly tökéletesen elvégez.

A háborút követő időkben kiváló elődje, *Scholtz Kornél* buzgó működésének eredményeképpen megyei központokban, vidéki városokban nagyszámú egészségügyi intézmények, gondozók, jól felszerelt kórházak létesültek, de *Johan Béla* — kit a megelőzés elve irányít jelenlegi működésében is, — látta a falu népének hihetetlen elmaradottságát s nagy erővel látott hozzá a falvak nagyon elhanyagolt egészségügyének külön organisatio útján való megszerzéséhez.

A fertőző betegségek elleni védekezés tökéletesbítését jelenti a diphtheria ellen bevezetett védőoltások kötelezővé tétele és a typhus elleni védőoltások bevezetése. Az egészségügyi szolgálat lényeges megjavítására vezet a közegészségügyi és kórorvosok kiképzésére létesített rendszeres tanfolyam és különösen ezeknek az állásoknak a legutóbbi időben 205-tel való szaporítása. Új alkotása a harmadik védőnőképző intézet Szegeden és az Országos Közegészségügyi Intézet nagyarányú kibővítése.

Nagy érdeme van abban, hogy létrejött az évtizedek óta sürgetett, de mindig elhalasztódott nagyjelentőségű reform, az egészségügy államosítása, valamint az ugyancsak már régebben előkészített Orvosi Kamara intézményének életbeléptetése. Mindezen intézkedéseknek nagyrésze olyan, mint a jól elvetett mag; *Johan Béla* aránylag még rövid államtitkári működése alatt ezt a vetést jól elvégezte.

Azonban, hogy mindez végrehajtható volt vagy megvalósítható lesz, azt köszönhetjük a Belügyminiszter Úr ónagyméltóságának, ki sok másirányú elfoglaltsága mellett is nagy érdeklődést, megértést és tettekre készséget tanúsít a közegészségügyi problémák iránt s lehetővé tette és teszi, hogy az elvetett magból gyümölcs fejlődjön s ezen alapvető alkotások eredményei az ország közegészségügyének fellendüléséhez és jobbrafordulásához vezessenek.

Kedves Barátom! Midőn Orvosegyesületünk legnagyobb kitüntetését ezen szerény symbolum formájában átadom, azt kívánom, hogy fiatalos energiád ne lankadjon s haladj tovább a megkezdett úton, mert Reád még nagy szüksége van ennek az országnak.

Üdvözlés után átnyújtja a *Korányi-emlékérmet*.

**Johan** államtitkár megköszöni az üdvözlést.

### Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának november 28-i ülése.

*Bemutató:*

**Újsághy P.:** *2 hetes újszülött gangraenosus erysipelasnak eredményes kezelése prontosil-készítményekkel.* 2 hetes újszülöttön az alhason, genitáliákon és a combokon erysipelas lépett fel, mely a scrotum és penis bőrének gangraenescálódásához vezetett. Az igen súlyos folyamat transfusiókkal és prontosil-készítményekkel 4 nap alatt megnyugvásra volt bírható, a herékét is szabaddá tevő igen súlyos és nagykiterjedésű elhalások helyén a restitutio ad integrum helyi és általános kezeléssel 34 nap alatt megtörtént. Két ízben lépett fel erysipelas-recidiva, mely prontosil-készítményekre simán visszafejlődött.

*Előadás:*

**Jobst P.:** *A sulfonamid vegyületek a kankó kezelésében.* A kankó kezelése céljából adott szerkek egyike sem vált be eddig. A s. a. vegyületek az elsők, amelyekkel a per os adagolás terén eredményt értünk el. Adagolásának legeredtebb módja a *Schubert* által ajánlott módszer, aki a gyógyszer lökésekben adja. A napi adag mennyisége az egyes szerzők szerint 3–6 gr. között váltakozik. Mindinkább valószínűbbé válik, hogy a gyógyulás nem pusztán a gyógyszer chemotherapiás hatásán alapszik, hanem a szervezet védekezésének is fontos szerepe van. Ebben a védekezésben *Domagk* és *Felke* szerint az egész szervezet részt vesz. Ezzel szemben *Schubert* csak a beteg nyálkahártya védekezésének tulajdonít jelentőséget. A gyógyszeres kezelés mellett a helyi kezelés sem hanyagolható el. Előadó a *sanamid*-ot és az *elektyl*-t adta, öt napon keresztül 3x2 pasztillát. Majd 6 napos pihenő után a lökést megismételte. Legfeljebb 3 lökést végzett. *Sanamiddel* 87, *elektlyel* 86%-os eredményt ért el. Klinikai észlelései is azt bizonyítják, hogy a gyógyulás csak a szervezet egyidejű védekezése esetén jön létre. A gyógyszer hatására a váladékból a genysek gyorsan tűnnek el. Ezen kedvező mikroszkópos lelet mellett is látott gonococcusokat. Felhívja a figyelmet arra, hogy gyakran talált a bakteriologiai gyógyulás után férfiak húgycsaparékában a gonococcusokhoz igen hasonló, de Gram-positív diplococcusokat. Szövődmény csak igen ritkán lép fel. A kezelés megkezdése előtt már fennálló szövődményekre kifejtett hatás igen kifejezett. Ismerteti az irodalom adatai alapján a mellékutakat. *Sanamid-* és *elektyl-*kezelés kapcsán csak néhányszor látott kiütést, ill. urobilinogenuriát fellépni. Ez is mind enyhe lefolyású volt és spontán gyógyult.

**v. Berde K.:** *Sulfonamid-készítmények bevezetése a kankó gyógykezelésében olyan haszon, amelynek nagyságát egyelőre még fel sem tudjuk mérni.* Elméleti szempontból nagy a jelentősége, mert egyfelől utat mutat újabb chemotherapiás kutatások és eredmények felé, másfelől bevilágít a kankó gyógyulásának, illetőleg a szervezet gonococcusoktól való mentesítésének szövevényes voltába. Csak most látjuk meg igazán, milyen bonyolódott az a mechanizmus, ami végeredményben a szervezetből a gonococcusokat kipusztítja. Hozzászóló már másfél évtizeddel ezelőtt hirdette, hogy még a húgycső helyi desinfectans kezelése sem egyszerűen a coccusok direkt elpusztításán alapszik, hanem ott is közbevetett szövevényes mechanizmus érvényesül a befecskendezett gyógyszer és a gonococcus elpusztulása között. A sulfonamid-készítmények gyakorlati használata igen nagy, mert a betegség időtartama összezsugorodik, a húgycsőtől távolos és vegyi kezelésnek hozzáférhetetlen góccok gyorsan gyógyulnak, a gyógyszerelés megkezdése után complicatiók nem, vagy aligha lépnek fel és különös jelentő-

sége van a kankóban szenvedő terhesek gyors gyógyulásában. Erre a gyógyszerre azonban vigyázni kell, mert hatása nem abszolút és százalékos. Nem teszi a beteget olyan gyorsan baktériummentessé, mint amilyen gyorsan tünetmentessé teszi. Orvosi felügyelet nélkül nem való a laikus kezébe, mert az a saját egészsége rovására visszálthat vele és egyben megrendíti a szer iránti bizalmat is. Kétségtelen, hogy az utolsó emberöltő folyamán ez a legnagyobb előrehaladás a kankó kezelésében.

**Jendrassik L.:** A klinikai megfigyelésből vont következtetés, hogy e szerek a kórokozót csak gyengítik, s a teljes elpusztítást a szervezet immunerője fejezik be, közvetlen kísérletes vizsgálatra volna érdemes. Lehetséges ugyanis, hogy e gyengítés a gonococcus fermenttevékenységének gátlásában áll, hasonlóan *Jencsó Miklósnak* más esetben talált eredményeihez.

## A Magyar Orvosok Röntgen Egyesülete december 21-i ülése.

Előadás:

**Gefferth K.:** A Heine-Medin-kór utáni bénulások röntgenkezelésével nyert tapasztalatok. A budapesti gyermek-klinikán 1933. óta alkalmazzák a röntgenkezeléseket is. Eljárásuk kb. a *Bordier* és a *freiburgi* rendszer kombinációja. A kezeléseket csak a lázas szak lezajlása után kezdik meg, kis adagokat adnak, kemény sugárással, melyet mindig egyenlő adagolnak. Általánosságban 10% HED-t adnak, melyet egy-egy heti időközrel még kétszer megismételnek, majd 2–3 heti szünet után újabb sorozatot kezdenek. Eddig 27 gyermek kezeléséről tud beszámolni. Több esetben sikerült a *Noeggerath* által leírt „Heilungsschub”-okat megfigyelni. Ajánlatosnak tartja a kezeléseket azonnal a heveny szak lezajlása után megkezdeni, mert tapasztalatok szerint a korán besugárzásra kerülő esetek gyógyulási kilátásai sokkal jobbak, mint a későbbi kezeltéké. A 27 közül teljesen gyógyult 5, akik közül 4 az első héten részesült kezelésben, a másodikon 1. Lényeges javulás volt megállapítható 8 betegen, míg 8 gyógykezelésnek eredménye kétséges és 6-é teljesen eredménytelen volt. Érdekes szembeállítani az első héten besugárzott betegek gyógyulási eredményét az első hónapon túl kezeltékével. Mindkét csoportba 7–7 beteg tartozott. De míg az első héten besugárzottakból gyógyult volt 4, lényegesen javult volt 2 és kétséges 1, addig az első hónapon túl kezeltékéből nem gyógyult egy sem és csak 1 javult lényegesen, kétséges volt 2 és teljesen változatlan 4. Megfigyeléseik szerint az első hónapon túl különösen rosszak a kilátások, habár néha javulások is előfordulnak és ilyenkor különösen szembe-tűnőek. Ezek az esetek a röntgensugár hatásosságát minden kétséget kizáróan bizonyítják, még pedig azért, mivel, ha a bénulások már néhány hete fennállnak és minden egyéb kezeléssel dacolnak, és azután a besugárzás hatására mozgathatóságukat is kezdik visszanyerni, nem lehet vitás, hogy ez a besugárzásnak köszönhető. A kezelés megkísérlését minden esetben fontosnak tartják, mivel nem állapítható meg előre, hogy mely esetekben fognak eredményt elérni, másrészt, mivel még az egészen szerény mozgásfokozódás is sokat javíthat a beteg állapotán. Annál is inkább, mivel helyesen alkalmazva, az eljárást veszélytelennek kell tartani.

**Horváth B.:** Svédországban és Amerika nyugati partvidékeiben Heine-Medin járványok szoktak előfordulni. Az 1930-ban hazánkban felvett statisztika szerint Heine-Medin-kór következtében 5000, tuberculosis következtében 9000 a testileg fogyatékosok száma. Tehát a Heine-Medin-kór a testi fogyatékosokat létrehozó tényezők között a tuberculosis után a második helyen áll. Az orthopaed kezelésnek súlyos esetekben is igen jó eredménye lehet. Ennek megvilágítására néhány esetét említi meg, amelyekben a műtéttel kiterjedt bénulások után is sikerült betegek munkaképességét helyreállítani.

**Kiss P.:** A Heine-Medin-kór különböző kezelési módjaival elért eredmények megítélése nehéz, mivel a járványok jellege különböző. Az amerikai szerzők egy része a besugárzást elveti. Az egyetemi gyermekklinikán a lázas időszakban nem végeznek besugárzásokat. A röntgenkezelés hatása nem fajlagos. A klinikai tünetekből nehéz eldönteni azt, hogy interstitialis oedema és gyulladás, vagy polyradiculitis okozza-e a tünetek nagyobb részét. Az előbbi esetben a röntgenkezelés kevésbé hatásos, míg az utóbbiban igen jó eredményei szoktak lenni. A *Mészölyvel* közölt, feltűnően megjavult esete nyilván polyradiculitises

jellegű volt. A heveny szakban a kezelés belgyógyászati, a lázas mozgalom elmúltával ajánlja a röntgenkezelést, majd 2–3 hónap múlva a kifejlődött bénulásokon már csak az orthopaed kezelés segíthet.

**Korompai I.:** Eredményeink a gyermekágyi emlőgyulladás röntgenkezelésével. A II. számú női klinikán a mastitisek röntgenbesugárzásával elért eredményeit ismerteti. Módszere a következő: A nőgyógyászati mélytherapia elve szerint először 120–150 R-t, majd 24 óra múlva e dosis 50%-át adja, ha a kezelés után kívánatos reactio nem lépett fel, vagy a folyamat nem javult. Az általános hatás kiváltására kell törekedni, mert azok a betegek gyógyulnak meg a leghamarább, akiknek a hőmérséklete a besugárzás után hidegrázás kíséretében, vagy anélkül magasra szökött fel. Ezen betegek legnagyobb része kritikus hőmérsékleteses közben másnapra láztalan lett. Olyan esetekben, ahol a kezdeti hőmérséklet sem volt magas, ezen reactio kiváltása is csak ritkán sikerül, s lytikus hőmérsékleteses közben csak néhány nap múlva szállt le a normálisra. A gyógyulás a besugárzás után átlag 3–4 napon belül következett be. 83 esetről számolt be, melyeknek 3 elhanyagolt esettel együtt 14,4%-a került incisióra. Igen fontos a kezelésnek az első tünetek fellépte után való minél korábbi elvégzése, amit az is bizonyít, hogy az első 24 órában kezelésre került betegeknek 96,5%-át sikerült röntgenkezeléssel meggyógyítani.

**Gajzágó J.:** Hangsúlyozza az első 24 órában történő besugárzás fontosságát, mert ilyenkor a betegek legnagyobb része — a reactio lezajlása után — meggyógyul. A szoptást nem kell beszüntetni.

**Gefferth K.:** Mastitis kis adagú besugárzásával jó eredményt ért el. Az első alkalommal 60 R-t szokott adni, amit 1–2 nap múlva megismétel.

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift. 3. sz. Hoffmann:** Az idegrendszer szerepe a motorikában. — *Hohlweg* és *Herloff*: Pregneninolon, egy új, per os ható sárgatesthormonkészítmény. — *Lund, Trier, Ottsen* és *Elmby*: Ascorbinsav, a C-vitamin I. előstadiuma. — *Lund* és *Trier*: Ascorbinsav, a C-vitamin II. előstadiuma. — *Brentano*: Az éhezés és phloridzinmérgezés okozta glikogenbomlás gyógyítása insulin-szőlőcukorral. — *Burmeister* és *Wachholder*: A Gander-Niederberger-féle gyorseljárás a vitamin C. telítési deficit meghatározására. — *Schulz*: Bakteriologiai, serologiai és serocytologiai vizsgálatok szomjazó és éhezéssel egyen. — *Dirr*: Két fontos eljárás a serumfehérjealakítások felismerésére. — *Thiele* és *Nemitz*: A vizelet A-vitamin kiválasztásának kérdése. — *Schildknecht*: Haemorrhagiás diathesis gyomorrákban. — *Warthern*: Az emberi bőr alkalisáló képessége. — *Voit*: Vizsgálatok a B<sub>1</sub> vitamin hatásáról a gyomor savértékeire. — *Drigalski*: Parenteralisan bevitt B<sub>1</sub> vitamin elbomlása.

**Deutsche Medizinische Wochenschrift. 3. sz. Assmann:** Toxikus májártalmak. — *Hollmann*: Klinika és gyakorlóorvosi tevékenység. — *Bühler* és *Sander*: A tüdőgümőkór gyógyszeres kezelése. — *Sommer* és *Rüther*: A Go-kuitura klinikai jelentősége a chronikus női gonorrhoeában. — *Küster*: Vizsgálatok fluorescentmikroszkóppal. — *Keeser*: A histaminase aktivitásának farmakologiai befolyásolhatósága. — *Tausch*: A szülés gyógyszeres vezetése — *Ercklentz*: Hasmenés és székrekedés. — *Marx*: Vegyi és görcsövi vizsgálatok a betegágyánál. —

**Münchener Medizinische Wochenschrift. 3. sz. Kayser-Petersen:** Tüdőbeteggonдозók, mint tbc. kutatóintézetek. — *Wagner*: A sebészi gümőkór röntgenkezelése. — *Holz*: Skarlátrheumatoid és szívzavarok. — *Boshamer*: A gyomorfekély sebészi kezelése. — *Middendorff*: Új, vízben oldható suppositorium alapanyag. — *Hummel*: Tapasztalatok a sklerodermia A. T. 10. kezelésével. — *Lipp*: Székletvizsgálat a gyakorlatban.

**Medizinische Klinik. 3. sz. Jaensch:** A rövidlátóság öröklődése. — *Wagner*: A vastagbél röntgendiagnostikája. — *Kingreen*: A mély subpectoralis phlegmone. — *Schaltenbrand, Slauch* és *Reuter*: Az ischalgia és lumbalgia elkülönítő kórisméje és kezelése. — *Moncorps*: Gonorrhoea-kezelés ulironnal és diseptallal. — *Sylla*: A légzőszervek foglalkozási ártalmak. — *Freisleben*: Növényi gyökerek gombasymbiosisa. — *Pfeffer*: Diagnostikai nehézség hysteroneurotikus tünetekkel fedett szervi idegbaj esetében. —

**Wiener Klinische Wochenschrift. 3. sz. Marschik:** Általános érzéstelenítés az orr-, gége-, fülgyógyászatban. —

*Schreiner*: Pillaszegélygyulladások. — *Lachnit és Walterskirchen*: Plasmasejtes leukaemia esete. — *Meissner*: Ritka invaginációs formák által okozott heveny pyloruselzáródás két esete. — *Roller*: Az agyhártyák és agyvelő gyulladásos betegségeinek kórisméje és gyógyítása.

**La Presse Medicale. 4. és 5. sz. Polonovski és Jayle**: A vér peroxydáló tevékenységének physiologiai és klinikai jelentősége. — *Pedrazzini*: Agy-gerincgagy commotio. — *Schaeffer*: A migraine kezelése ergotamintartarattal. — *Coste és Aubert*: A coxitis vértelen kezelése. — *Leibovici, Dinkin és Wester*: Műtét utáni súlyos paroxysmális tachykardia sikeres kezelése a bal ganglion stellatum novocainizálásával. — *Ameuille*: Genyes mellhártyagyulladások felismerése és drainézése. —

**The Lancet. Jan. 21. Stewart**: A sérült munkás kárpótlása. — *Hawkins*: Placentaris vér transfusiók célokra. — *Roberts*: Tuberculoos empyema prophylaxisa. — *Wilson és Byrom*: Veseelváltozások malignus hypertensióban. — *Fraser és Stanley*: A coma félbeszakítása az insulin-shok terápiájában. — *Nicoll és Lyall*: Gyomorsecretum pathológiás hypochloreaemiában. — *Gaha*: Sebészeti eljárás ulceráló colitisben. — *Peterson, Peterson és Startup*: Bányász-dyspnoe.

**British Medical Journal, Jan. 21. O'Shaughnessy**: Thorakolysis. — *Nissen*: Az extrapleurális pneumothorax kritikai áttekintése. — *Hunter*: Anaesthesia a melikasi sebészeten. — *Seddon*: Az inguinalis nyirokmirigy histológiás megvizsgálása a térdizület tuberculotikus megbetegedésének felismerésére. — *Walter, Griffiths és Nevin*: Elektroencephalographia pathológiás alvásban. — *Hewer*: Natrium thioethamyl.

**The Journal of the American Medical Association dec. 31. Houlouse**: A lelki hygiene hozzájárulása a neveléshez. — *Anderson*: A lelki hygiene néhány physiologiás elgondolása. — *Inge*: A térdizület chronikus synovitisének kezelése synovektomiával. *Ingham és Hagen*: Pulmonalis oedema és embolia mint az insulin-shok therapia szövödménye. — *Schiff*: Salmonella panama *Scott*: A hypertensio száz évvel Bright után. — *Mc. Bride*: Felszívódó fém a csontsebészeten. — *Hauser, Durwin*: A nasopharynx malignus neoplasmái.

## VEGYES HIREK

**Személyi hírek**: A kormányzó a belügyminiszter előterjesztésére vitéz *Csia Sándor dr.* államvasuti főtanácsosnak, az államvasutak igazgatósága főorvosának, *Gortvay György* egyetemi magántanárnak, az Országos Társadalom biztosító Intézet orvosigazgatójának, *Vertán Emil dr.* egészségügyi tanácsosnak, a pécsi gyermekklinika osztályvezető sebészfőorvosának, *Gazdíg József dr.* nyugalmazott tisztifőorvosnak és *Somogyi Zsigmond dr.* egészségügyi tanácsosnak, az Országos Szociálpolitikai Intézet vezető főorvosának a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett értékes munkásságuk elismerésül a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet, továbbá *Komássy Mihály dr.* békéscsabai szülész-nőgyógyász orvosnak a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett eredményes munkássága elismerésül a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta. — A m. ki. vallás- és közoktatásügyi miniszter *Tóbl Pál dr.* egyetemi tanársegédnek *A fülészeti diagnosztika* című tárgykörből, *Hints Elek dr.* kórházi főorvosnak *A szülészeti kór- és gyógytana* című tárgykörből, *Szodoray Lajos dr.* egyetemi tanársegédnek *A bőrkórtani laboratóriumi vizsgálati módszerek* című tárgykörből, *Angyal Lajos dr.* egyetemi tanársegédnek *Az agykórtan és kórlélektan határterületei* című tárgykörből, *Teveli Zoltán dr.* egyetemi tanársegédnek *A gyermekkori fertőzőbetegségek kórismézése* című tárgykörből, *György Ede dr.* egyetemi tanársegédnek *A csecsemőkori parenterális fertőzések, különös tekintettel a fül megbetegedéseire* című tárgykörből, *Moritz Dénes dr.* egyetemi tanársegédnek *A csecsemő és gyermekkori tuberculosis kór- és gyógytana* című tárgykörből, *Romhányi György* egyetemi adjunctusnak *A vérképző szervek kóronctana és kórszövettana* című tárgykörből és *Kokas Eszter dr.* egyetemi adjunctusnak *Fejezetek az összehasonlító élettan köréből, különös tekintettel az orvosképzés igényeire* című tárgykörből a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és ebben a minőségükben megerősítette.

**Halálozás.** *Szabó Győző dr.* ny. városi orvos Kecskeméten elhunyt.

**Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának sorozatos előadásai.** Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága *Darányi Gyula dr.* egyet. ny. r. tanár elnök kezdeményezésére 1939. február 1-től kezdődően, félévenként, egyelőre 10—10 előadást felölelő orvosi továbbképző előadássorozatot rendez. Az előadások időpontja: minden hónap első és harmadik szerdájá, d. u. 6 óra. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának ezen előadásai nem akarnak tudományos egyesületeink előadásainak versenytársai lenni, kimondottan az orvosi továbbképzés szolgálatában állanak és elsősorban az egyes szakmáknak a gyakorló orvos szempontjából fontos, újabb haladását kívánják összefoglalóan tárgyalni.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága éppen ezért szívesen veszi, ha a gyakorlóorvosok az előadások tárgyának megválasztásában a jövőben segítségére lesznek, ha közlik — hiszen a szükségét maguk érzik át a legjobban — hogy milyen előadást szeretnének hallani, esetleg kinek az előadását? Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága az idevonatkozó kérelmeket köszönettel fogadja és igyekszik azokat a legmesszebbmenően figyelembe venni. (Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának telefonszáma: 139-665, hivatalos órák d. e. 10—1-ig, d. u. 4—6-ig.)

Amennyiben az előadások kellő látogatottsága azok szükségességét igazolni fogja, az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának gondja lesz arra is, hogy 1939. második félévétől kezdve szemináriumokat is tartson, amilyenek a gyakorlóorvosok az egyes szakmák legjobb képviselőitől kérdés-felelet formájában nyerhetnek mindenkor igényeiknek megfelelően felvilágosítást.

Az előadásokra külön jelentkezni nem kell, azokon minden orvos szabadon résztvehet. Az előadásokat és azok időpontját az orvosi szaklapok folytatólagosan közlik.

**Az első félév előadásai:** Február 1. *Gerlőczy Géza dr.*: Hormonszegénység és hypovitaminosis problémái a mindennapi gyakorlatban. (Az OTBA szakorvosi rendelőintézetében, Trefort-utca 3.) Előadás után az OTBA szakorvosi rendelőintézetének bemutatása. — Február 15. *Batizfalvy János dr.*: Életveszélyes vérzések a szülészetben és nőgyógyászatban. (II. sz. Női klinika, Üllői-út 78/a.) — Március 1. *Horányi Béla dr.*: Vitamin és idegrendszer. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Március 8. *Prof. A. Domagk* (Berlin): Der derzeitige Stand der Chemotherapie der bakteriellen Infektion. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Április 5. *Minder Gyula dr.*: Az urológia haladása az utolsó évtizedben. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Április 19. *Neuber Ede dr.*: Újabb irányelvek a bőr- és nemibetegségek kórismézésében és gyógykezelésében. (Bőr- és nemi-kórtani klinika, Mária-utca 41.) — Május 3. *v. Szathmáry Zoltán dr.*: A film szerepe a terhes- és gyermekágyas védelemben. (Filmek bemutatásával.) (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Május 17. *bilkei Pap Lajos dr.*: A reumatikus újabb eredményei a gyakorlóorvos szempontjából. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Június 7. *Horváth Béla dr.*: A szürkehályog és modern gyógyítása. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.) — Június 21. *Czeijda-Pommersheim Ferenc dr.*: A hyperthyreoidismus mint sebészeti kórkép. (Szemészeti klinika, Mária-utca 39.)

**Individualpszichológiai tanfolyam orvosok részére.** *Máday István dr.* egyet. magántanár, a Magyar Individualpszichológiai Egyesület elnöke, 25 órás individualpszichológiai tanfolyamot tart orvosok részére a BOSZ. helyiségében (VI., Városház utca 10.) A kurzus február 7-én este 7 órakor kezdődik. Ugyanakkor fog az előadó a hallgatókkal megállapodni, hogy a hét mely napjain tartsa kurzusát.

**Berlinben** új kórházak építését tervezik, így egy új tuberculoos kórházat, egy új 800 ágyas közkórházat építe-

# Sedyl

tabl. 10×0 10

megbízható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum

# Sedyletta

tabl. 30×0'015

Általános hatású pszichikus megnyugtató, kiűző spasmolitikum


Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.

Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, VI






ZEISS IKON vércukorkoloriméter  
 ZEISS IKON hőmérő  
 ZEISS IKON bilirubinométer  
 ZEISS IKON xanthoproteinométer



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



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

nek, egy kórházat kibővítenek s kibővítik az egyik gyermek-kórházat is.

**Islandban** egy vegyész-mérnöknek állítólag sikerült olyan hallisztet előállítania, mely pótolja a friss halhúst. A halliszt proteint, ásványi sókat és zsírt tartalmaz, több módon felhasználható, sőt kenyér is süthető belőle.

**Gebürtshilfe und Frauenheilkunde** címmel új folyóirat jelent meg, mely főleg a gyakorló szülész és nőgyógyászok érdekét szolgálja. A folyóirat szerkesztői L. Seitz (Frankfurt és C. Kaufmann (Berlin). A munkatársak sorában a magyarok közül **Burger Károly** professor foglal helyet. A havonta egyszer kb. 72 oldalon megjelenő lap előfizetési ára negyedévenként 9 RM. Kiadója a leipzig-i Georg Thieme cég.

**Orvosdoktorrá avattattak** a budapesti Tudományegyetem orvostudományi karán jan. 21-én: **Daróczi Gyula Béla**, **Czeizling Emil**, **Hám Tibor Gusztáv**, **Hancsók Mária László György**, **Klekner Károly Lipót Mihály**, **Kneiszl László**, **Michlő Károly**, **Seibriger Endre Gábor Imre**. Üdvözljük az új Kartársakat!

**Magyarul!** Figyelmeztetjük olvasóinkat, hogy a tetveség elleni védekezésről szóló 247.700—1918. sz. belügyminiszteri rendelet 6. §-ában „Az egyén eltetvenitlenítése” alatt az egyén tetűmentesítése értendő. (Népegészségügy 1938. 2.)

**Rendelőnek, esetleg lakásnak** is kiadó elhunyt orvos külön bejárattal, 2 bútorral szobája (Veress Pálné utca 34. sz. I. em. I. T.: 185—373.)

#### Az egyéni receptura

mindig emeli az orvos tekintélyét a beteg előtt. A beteg megkívánja, sőt elvárja orvosától, hogy betegségének és egyéniségének legmegfelelőbb tanácsokkal lássa el. Az orvosnak tekintettel kell lennie, tanácsai megadásakor betege egészségére. Idős, vagy gyermek, férfi-nő, robustus, vagy gracilis természet stb., gyors, vagy lassú, drasticus, vagy enyhe hatást kíván-e elérni? Mindezt igen egyszerűen megteheti, ha a jászkarajenői „Mira” gläubersós gyógyvizet rendel. Mert bőséges alkalma van annak hatását korlátozni, vagy fokozni, aszerint, hogy hidegen, melegen, vagy forrón, ágyban, vagy testmozgással kapcsolatosan, kortyonként, vagy egyszerre fogyasztva rendelni annak használatát. Amellett a „Mira” sohasem hagy cserben s görcsöket nem okoz.

1220—1939. szám.

Vasvármegye Alispánja.

#### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Vasvármegyenek felsőbüki Nagy Sándor alapította kemenesaljai közkórházánál Celldömölkön egy belgyógyászfőorvosi állás, valamint az esetleg megüresedő alorvosi állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása a 300—1935. B. M. számú rendelet 3. §-ának 2—3. pontja szerint a IX., illetve XI. fizetési osztálynak megfelelő illetmény.

Az ezen állásokra pályázók kérvényeiket Vasvármegye főispánjához címezve, legkésőbb 1939. február hó 5-én déli 12 óráig hivatalomnál okvetlenül nyujtsák be, mert a határidőn túl érkező kérvények figyelembe vehetők nem lesznek.

Közszolgálatban állók pályázati kérvényeiket szolgálati előljárok útján kötelesek megküldeni.

A pályázati kérvényhez csatolandó: az orvostudori oklevél, a magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány, születési bizonyítvány, az életrajzi adatok, továbbá a politikai előéletet tanúsító bizonyítvány, a belgyógyászati szak-képzettség, valamint a kórházi, vagy kilinkai szolgálat igazolása és végül az orvoskamari tagság igazolása.

Szombathely, 1939. január 17.

Dr. Horváth Kádmán s. k.

alispán,

ügyis, mint a celldömölki közkórházi bizottság elnöke.

Mosonvármegyei „Karolina” közkórház igazgatósága.  
 6/1939. szám.

#### PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Pályázatot hirdetek a Mosonvármegyei „Karolina” közkórházánál (Magyaróvárott), más állásra történt kinevezés folytán megüresedett *kisegítő orvosi* állásra.

Az állás javadalmazása a 257.400—1937. B. M. számú körrendeletben megállapított havi 80 P. fizetés, ingyen lakás, fűtés és világítás. Az I. osztályú élelmezésnek 50%-a megtérítendő.

Orvosi magánygyakorlat nincs megengedve.

Az állás az alkalmazás elnyeréséről szóló értesítés kézhezvétele után azonnal elfoglalandó.

Az alkalmazás egy évre szól.

A pályázathoz mellékelni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot, 2. orvosi oklevelet, 3. működési vagy szakorvosi bizonyítványt, 4. Curriculum vitae-t, 5. erkölcsi bizonyítványt, 6. illetőségi bizonyítványt.

A felszerelt kérvényt Méltóságos Polniczky Lipót, Győr, Moson és Pozsony k. e. e. vármegyei főispánjához címezve keil hozzám benyujtani. A később beérkező pályázatok nem vétetnek figyelembe.

Közszolgálatban álló pályázók kérvényeiket hivatalfőnökeik útján nyujtsák be.

Magyaróvár, 1939. január 3-án.

Dr. Zsulyevich István s. k.

kórházigazgató-főorvos.

Influenza és meghűléses megbetegedések esetén

**PANAFLU KUP-CHINOIN**

kup dobozban





# Pneumonia? Praeventivum Mecajol „Certa” 5x22 Kcm=P 250

Heves vármegye, egri járás főszolgabírájától.  
411—1939. sz.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Heves vármegye egri járásához tartozó Maklár községben lemondás folytán megüresedett *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Pályázati határidő ezen hirdetménynek a „Népegészségügy” című hivatalos közlönyben történt közzétételétől számított 15 nap.

Az állás javadalma a 62.000—1926. B. M. sz. rendeletben megállapított, s a hatályban lévő rendeletekkel csökkentett fizetés és lakbér, valamint a vármegyei szabályrendelet szerinti rendelési és látogatási díjak.

A pályázati kérelmeket a Belügyminiszterhez kell címezni és hivatalomnál benyújtani.

A pályázati kérelemhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányok csatolandók:

- a) születési anyakönyvi kivonat; b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; c) a magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítvány; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél; e) egyetemi lecke-könyv, kórházi szolgálati könyvecske és a szigorlati bizonyítványok; f) a községi orvosi képesítést igazoló okmány; azonban az 1936:IX. tc. hatálybalépésétől számított 3 éven belül a hivatkozott törvény 12. § (1) bek. értelmében ezen előfeltételtől el lehet tekinteni és a községi orvosi képesítés nélkül kinevezett orvos ezen képesítést a kinevezés napjától számított 3 (három) éven belül megszerezni köteles, különben állását veszíti; g) Polgári közszolgálatban való alkalmazást igazoló okmányok; h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány; i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányok; j) esetleges szakképzettségre vonatkozó okmányok; k) esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatok.

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

A pályázók a 920—1937. B. M. sz. rendelet 1. §. alapján kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézetekben vagy közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem.

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

Az a pályázati kérvény, mely az előző bekezdésben említett nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Eger, 1939, január 20.

Szabó Gyula dr. s. k.  
főszolgabíró.

Lapunk mai számához Dr. Deér Endre gyógyszerészeti laboratórium (Budapest, IX., Ráday-utca 18.) *Haemoplex*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

## HETIREND

**Február 1-én d. u. 6 órakor:** a Közkórházi Orvostársulat ülése. (Rókus kórház). Bemutatások: Kluge Endre a) Partialis beszámíthatatlanság; b) Reflexoid impulzív emberülés. — Kulcsár István: Avitaminosisból eredő delirium. — Előadások: Lajtavári László: a) Tonocholin a pszichiatriában; b) Deliriumok kezelése insulin-invertoseval.

**Február 3-án d. u. 6 órakor** a Budapesti Királyi Orvosegyesület ülése. Bemutatás: Rác Benő: Üveg-szilánk okozta szívserülés spontan gyógyult esete. Előadások: Pólya Jenő: Az epehólyag és epevezeték működése ép és kóros viszonyok között. Landgraf Ervin: Dentalis eredetű csontthártya és csontlobok bakteriológiai vizsgálati eredményeiről. Róna Andor: Ekg-vizsgálatok a terhességben és gyermekágyban.

**Az insulintherapia eredményességét** gyakran veszélyezteteti az ú. n. egységnyi ingadozás. A Leo Insulin standard készítmény, melynél egységnyi ingadozások sohasem fordulnak elő, a Leo Insulin hatása mindig egyenletes.

**Frontátvonulások és kísérő jelenségeik január 17—23. között.** Ez a hét a betörési frontok iránt érzékeny egyének számára elég sok reakciós alkalmat hozott, csak a jan. 20—21-iki éjszaka és jan. 23-ika volt ezek számára nyugodtabb időszak. Ezzel ellentétben a felsiklási frontok iránt érzékenyek valószínűleg csak jan. 18-án délelőtt és jan. 23-án mutattak reakciókat. Feltűnőbb reakciók tetelezhetők fel nálunk a jan. 23-iki praefrontális időszakban, amely igen erős praefrontális légnyomássüllyedéssel járt. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatóak:

| Átvonulás ideje Budapestén | A front lejtője | Fejlettsége | Kísérő eseményei* |          |   |
|----------------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------|---|
|                            |                 |             |                   | hó       | nap   |
| J A N U Á R                | 17              | 11          | betörési          | mér.-ék. | Hirtelen szélélénkülés 8 m/mp. ködösülés. Nehány kis szellőkés és irányingadozás. Erős praefront. nyomássüllyed., bo utás, kőd. Hirtelen szélrohamok. 8 m/mp. Szélélénkülés, max. sebesség 5 m/mp. Szélélénkülés, 8 m/mp. Hirtelen szellőkés 6 m/m. Kisebb szellőkés, 4 m/mp. Teljes szélszél után kis szellőkés. |
|                            | 18              | 1           | "                 | gyenge   |   |
|                            | 18              | 13          | felsiklási        | mérsék.  |   |
|                            | 18              | 14          | betörési          | "        |   |
|                            | 18              | 16          | "                 | gyenge   |   |
|                            | 18              | 18          | "                 | "        |   |
|                            | 19              | 22          | "                 | "        |   |
|                            | 20              | 1           | "                 | "        |   |
|                            | 21              | 11          | "                 | "        |   |
|                            | 21              | 17          | "                 | "        |   |
|                            | 22              | 1           | "                 | "        |   |
|                            | 22              | 7           | "                 | "        |   |
|                            | 23              | 14          | felsiklási        | mérsék.  |   |

\*) A táblázat an szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Bakteriológiai Intézet önrő műszereinek adatai.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

# VITAJECOL

Természetes A és D vitaminban gazdag iztelen és szagtalan **standardizált csukamájolaj**

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

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

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

KROMPECHER TÁP-SZER- ÉS GYÓGYSZERIPARI KFT. BUDAPEST, NÁDOR-UTCA 15. SZ.

**Görcsök által okozott  
fájdalmak esetén**  
az alkaloidamentes spasmolytikum és analgetikum:



# **Spasmo-Cibalgin** „Ciba“

Cibalgin+Trasentin

Tabletták: 20 drb-os csomagolás  
200 drb-os kórházi csomagolás  
Végbélkupok: 5 drb-os csomagolás  
50 drb-os kórházi csomagolás

**GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL (SCHWEIZ)**  
Mintát és irodalmat kívánatra készséggel küld: JAKITS JÁNOS, Budapest. V., Rudolf trónörökös-tér 5

# **TETRACOR-CHINOIN**

**hazai gyártású pentamethylentetrazol készítmény**

**ANALEPTICUM**

**EXCITANS**

**EXPECTORANS**

**Injectio – Tabletta – Solutio – Pulvis**

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLÉKLETE

SZERKESZTI:  
**MILKÓ VILMOS**  
EGYETEMI C. RK. TANAR

**1939**

TIZENKETTEDIK ÉVFOLYAM

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T. BUDAPEST

# TÁRGYMUTATÓ

## KÖZLEMÉNYEK

|  | Oldal      |   | Oldal |  | Oldal |
|--|------------|---|-------|--|-------|
| <b>Belorvostan.</b>  |            |   |       |  |       |
| Addison-kór kezelése (41. sz.) . . . . .                                 | 155        | Nyersétrend (28. sz.) . . . . .                                       | 113   | járól. (47. sz.) . . . . .   | 165   |
| Alapanyagcsere meghatározás hibái (24. sz.) . . . . .                    | 98         | Orbánc gyógyítása Nigmával (10. sz.) . . . . .                        | 43    | Periarteritis nodosa (28. sz.) . . . . .                               | 114   |
| Amaebás dysenteria (31. sz.) . . . . .                                   | 126        | Pneumococcus pneumoniae se-rumkezelése (21. sz.) . . . . .            | 85    | Poliomyelitis megelőzése (43. sz.) . . . . .                           | 157   |
| Anaemiák (12. sz.) . . . . .   | 49         | Részleges pneumothorax meg-javítása (25. sz.) . . . . .               | 104   | Tej- és tejtermékek bakterum-flórája (11. sz.) . . . . .               | 47    |
| Asthmaroham kezelése (7. sz.) . . . . .                                  | 31         | Silicosis (45. sz.) . . . . .   | 163   | (18. sz.) . . . . .  | 74    |
| Basedow-kór (32. sz.) . . . . .  | 129        | Szívbetegség kezelése strophosé-val (33. sz.) . . . . .               | 135   | (29. sz.) . . . . .  | 119   |
| Bélférgesség gyógyítása (41. sz.) (49. sz.) . . . . .                    | 154<br>170 | Thorakoplastika késői eredmé-nyei (49. sz.) . . . . .                 | 169   | Tularaemia (29. sz.) . . . . .   | 118   |
| Citrin terápiás alkalmazása (1. sz.) . . . . .                           | 4          | Ulcus problemák vidéken (14. sz.) . . . . .                           | 59    | <b>Gyermekgyógyászat.</b>  |       |
| Claudicatio intermittens (19. sz.)                                       | 79         | Végbélkúpokról (37. sz.) . . . . .                                    | 145   | Acetonaemiás hányás (20. sz.) . . . . .                                | 33    |
| Collapsus gyógykezelése (8. sz.)   | 33         | Vércukor meghatározó módszer (16. sz.) . . . . .                      | 66    | Allergometria értéke a gyer-mekkorban (10. sz.) . . . . .              | 42    |
| Cremaster reflex mint ulcus fájdalom objectiv tünete (35. sz.) . . . . . | 144        | <b>Bőr- és nemikórtan.</b>  |       |  |       |
| Depotinsulin kezelés (34. sz.) . . . . .                                 | 138        | Anyajegyek orvoslása (31. sz.) . . . . .                              | 125   | Angolkór gyógyítása (12. sz.) . . . . .                                | 51    |
| Digitalis adagolása (1. sz.) . . . . .                                   | 6          | Bőr idült fertőzőbetegségeinek allergiás reakciói (26. sz.) . . . . . | 105   | Elektyl csecsemőkori adagjai (12. sz.) . . . . .                       | 49    |
| Diverticulum pericardii (30. sz.)  | 122        | Ekzemáról (10. sz.) . . . . .   | 41    | Erythema infectiosum (13. sz.) . . . . .                               | 56    |
| Duodenitis (4. sz.) . . . . .  | 17         | Lágyfekély gyógyítása Ulcat-rennel (33. sz.) . . . . .                | 133   | Égési sebek cseersavas kezelése csecsemőkori (1. sz.) . . . . .        | 5     |
| Ekg-vélemény értékesítése (35. sz.) . . . . .                            | 142        | Lymphogranuloma inguinale (2. sz.) . . . . .                          | 10    | Gyermekkori bázisingszükületek (13. sz.) . . . . .                     | 54    |
| (39. sz.) . . . . .  | 151        | Novascabin a rühesség kezelé-sében (43. sz.) . . . . .                | 163   | Gyermekkori lúgmérgezések (15. sz.) . . . . .                          | 64    |
| Endokrin eredetű hypertonia (21. sz.) . . . . .                          | 86         | Sport és bőr (1. sz.) . . . . .                                       | 1     | Kanyaró-prophylaxis (23. sz.) . . . . .                                | 35    |
| Essentialis hypochrom anaemia (22. sz.) . . . . .                        | 89         | Syphilis kezelése Dynarsannal (5. sz.) . . . . .                      | 23    | Leánygyermek és csecsemők fertőződése kankóval (33. sz.)               | 125   |
| Eves tüdőfolyamatok szagtala-nítása (35. sz.) . . . . .                  | 143        | Ulcus vulvae (27. sz.) . . . . .                                      | 109   | Liquor fehérfraefractio vizsgálá-tok gyermekkorban (26. sz.) . . . . . | 107   |
| Galván és farad áramok haszná-lata (7. sz.) . . . . .                    | 29         | <b>Orr-, gége- és fülgyógyászat.</b>                                  |       |  |       |
| Gyomorfekély kezelése atropin-és vassal (37. sz.) . . . . .              | 146        | Anthrotomiáról (3. sz.) . . . . .                                     | 15    | Beszédhibák prophylaxisa (18. sz.) . . . . .                           | 75    |
| Harcgázok felismerése (25. sz.)  | 102        | (21. sz.) . . . . .   | 88    | Csuklás kezelése (45. sz.) . . . . .                                   | 161   |
| Higanymérgezés és higany-anyagforgalom (20. sz.) . . . . .               | 81         | <b>Elme- és idegkórtan.</b>   |       |  |       |
| Hormonokkal gyógyítás (16. sz.)  | 65         | Adie tünetcsoport (4. sz.) . . . . .                                  | 20    | Gége röntgenvizsgálata (9. sz.) . . . . .                              | 39    |
| Hyperaciditás gyógykezelése (37. sz.) . . . . .                          | 147        | 35. sz.) . . . . .  | 141   | Gégegümőkór kezelése (15. sz.) . . . . .                               | 62    |
| Insularis és extrainsularis gly-kosuriák (34. sz.) . . . . .             | 140        | Enkephalo- és ventriculogra-phia (24. sz.) . . . . .                  | 100   | Hallóidegdaganatok (11. sz.) . . . . .                                 | 46    |
| Intravenás alkohol-kezelés (18. sz.) . . . . .                           | 73         | Idegrendszeri véredek syphilise (8. sz.) . . . . .                    | 34    | Intratrachealis strumák (51. sz.)                                      | 176   |
| Kankós izületi gyulladás (20. sz.)                                       | 82         | Inreflexek kiváltása (11. sz.) . . . . .                              | 45    | Középfülgyulladások kezelése (6. sz.) . . . . .                        | 37    |
| Koszorúérkeringés elégtelenség gyógyítása (9. sz.) . . . . .             | 37         | Neuroloues kezelése (2. sz.) . . . . .                                | 9     | Nervus recurrens bénulás ke-zelése (22. sz.) . . . . .                 | 92    |
| Lambliasis (31. sz.) . . . . .   | 127        | Objectiv érzésvizsgálat (23. sz.)                                     | 96    | Rövidhullám a fülgyógyászat-ban (4. sz.) . . . . .                     | 17    |
| Májkészítmények extrapernició-zás alkalmazása (51. sz.) . . . . .        | 174        | Parkinsonismus (13. sz.) . . . . .                                    | 54    | Süketnémaság (32. sz.) . . . . .                                       | 131   |
| Mester-féle rheuma reactio (17. sz.) . . . . .                           | 72         | Polyradiculoneuritis infectiosa (6. sz.) . . . . .                    | 26    | <b>Röntgenologia.</b>  |       |
| Myokardialis laesiók ekg. dia-gnózis (27. sz.) . . . . .                 | 109        | Schuller-Christian-féle betegség (45. sz.) . . . . .                  | 161   | Bronchographia jelentősége (43. sz.) . . . . .                         | 158   |
| Nátház kezelése Proscorbin-nel (10. sz.) . . . . .                       | 44         | <b>Elméleti tudományok.</b>   |       |  |       |
|  |            | Influenza kóroktana (5. sz.) . . . . .                                | 22    | Műtét utáni besugárzás (1. sz.) . . . . .                              | 5     |
|  |            | Injectiók oldatok és műszerek sterilitása (51. sz.) . . . . .         | 175   |  |       |
|  |            | Magyar gyógyszeripar reform-  |       |  |       |

| Oldal  | Szemeszet.   | Oldal   | Oldal |
|--|--|---|-------|
| <b>Sebészet, urológia,<br/>orthopaedia és fogászat.</b>                            |  | <b>Kérdés—Felelet.</b>  |       |
| Emlővérzés (9. sz.) . . . . .  | Foglalkozási szembetegségek (9. sz.) . . . . .                         | Abortus bejelentés kötelező-e? (19. sz.) . . . . .                  | 86    |
| Ephólyagkiirtás javalatainak kérdése (49. sz.) . . . . .                           | Hypertoniások szemfenéki lelete (4. sz.) . . . . .                     | Alszárfekélyekről (8. sz.) . . . . .                                | 36    |
| Epiphrenalis diverticulumok (1. sz.) . . . . .                                     | Keratitiss phlyctaenosa (33. sz.) . . . . .                            | Asthma bronchiale kezelése (49. sz.) . . . . .                      | 172   |
| Ileitis terminalis (39. sz.) . . . . .   | Szaruhártyáfekély (6. sz.) . . . . .                                   | Catgut steril megőrzéséről (5. sz.) . . . . .                       | 24    |
| Májletörés műtét után (14. sz.) . . . . .  | Szem kóros jelenségei terhességben és szoptatásban (28. sz.) . . . . . | Congenitalis lues kezeléséről (12. sz.) . . . . .                   | 52    |
| Myogelosis és gelotripsia (27. sz.) . . . . .                                      | Szemborogtatás (16. sz.) . . . . .                                     | Diabetes és Wa-reactio (26. sz.) . . . . .                          | 108   |
| Narkosisbénulás (19. sz.) . . . . .  | Szemgyulladás röntgenkezelése (5. sz.) . . . . .                       | Elvetelésről (7. sz.) . . . . .                                     | 32    |
| Pruritus ani sebészi kezelése (3. sz.) . . . . .                                   | Vitaminok szerepe a szemészetben. (11. sz.) . . . . .                  | Fertőzőbeteg gyanusak bejelentése (45. sz.) . . . . .               | 164   |
| Pyorrhoea alveolaris (13. sz.) . . . . .   | <b>Szülészet- és nőgyógyászat.</b>                                     |   |       |
| Schlatter-féle betegség (8. sz.) . . . . .   | Császármetszés alatti fertőződés elkerülése (25. sz.) . . . . .        | Gazdasági cselédek orvosi ellátása (8. sz.) . . . . .               | 35    |
| Sympathektomia (7. sz.) . . . . .  | Császármetszésről (17. sz.) . . . . .                                  | (12. sz.) . . . . .   | 52    |
| (19. sz.) . . . . .  | Fluor albus (29. sz.) . . . . .  | (13. sz.) . . . . .   | 56    |
| Térdizületi porckorong eltávolítása (2. sz.) . . . . .                             | Gyakorló orvos szülészeti működése (23. sz.) . . . . .                 | Gyakorló orvosok gépkocsija (47. sz.) . . . . .                     | 168   |
| Therapiás rákok (3. sz.) . . . . .   | Gyermekágyi vérzések (21. sz.) . . . . .                               | Halottkémlési díjak (12. sz.) . . . . .                             | 52    |
| Veleszületett csípőficam kórisméje (17. sz.) . . . . .                             | Időelőtti burokrepedés kezelése (39. sz.) . . . . .                    | Klein-féle carcinoma reakcióról (28. sz.) . . . . .                 | 116   |
| Vese carbunculus (14. sz.) . . . . .   | Inoperabilis méhrák sugaras kezelése (1. sz.) . . . . .                | Lues bismuthkezeléséről és lues átviteléről (1. sz.) . . . . .      | 8     |
| Vesekörüli genyedés (41. sz.) . . . . .  | Méhnyakrák kezelése (34. sz.) . . . . .                                | Lueses egyén és nőülés (6. sz.) . . . . .                           | 29    |
| Vesetuberculosis kórismézésében tévedések (17. sz.) . . . . .                      | Méhvérzések hormonkezelése (15. sz.) . . . . .                         | Orvosi bizonyítványok. Községi orvosok rangjáról (2. sz.) . . . . . | 12    |
| Wetol sebolaj a falusi praxisban (39. sz.) . . . . .                               | Terhesség és epekő (51. sz.) . . . . .                                 | Pankreatitisről (2. sz.) . . . . .                                  | 12    |
| Zenon kenőcs (22. sz.) . . . . .   | Vérsejtsüllyedés jelentősége a nőgyógyászatban (32. sz.) . . . . .     | Pincérnők és azok hatósági orvosi vizsgálata (13. sz.) . . . . .    | 56    |
| <i>Esetek a baleseti szekvéleményezés köréből:</i>                                 | Vizelet-csurgás gyógyítása nőkön (24. sz.) . . . . .                   | Tömeges typhus védőoltások (49. sz.) . . . . .                      | 172   |
| Trauma és csonttuberculosis (30. sz.) . . . . .                                    |  | Typhusbacillus gazdák (18. sz.) . . . . .                           | 76    |
| Septikus fertőzés miatt végzett combamputatio baleseti eredete (35. sz.) . . . . . |  | Vérvizsgálati eredményekről (3. sz.) . . . . .                      | 16    |

## NÉVMUTATÓ

| Oldal                              | Oldal                                      | Oldal                               | Oldal                                | Oldal                                |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Adler Rác An-<br>tal . . . . . 155 | Engel Rudolf . . . 34                      | Keleti István . . . 52              | v. Novák Ernő 40, 151                | Soós József . . . . 68               |
| Ajkay Zoltán . . . 92              | Faludi Géza . . . . 54                     | Kelemen György 40                   | Nyíró Gyula . . . . 142              | Sümegei István . . . 82              |
| Atzél Elemér 12, 76, 80, 108       | Faragó Ferenc . . . 107                    | Kerpel-Fronius<br>Ödön . . . . . 84 | Örffy Lajos . . . . 71               | Svastits Pál . . . . 122             |
| Ács László 48, 120                 | Faragó Pál . . . . . 32                    | Képiró Pál . . . . . 44             | Pál László . . . . . 80              | Szabó Tivadar . . . 43               |
| Ádám Lajos . . . . 12              | Fátyol Csongor . . . 149                   | Képző Kolta Ervin 114               | Páll Gábor . . . . . 102             | Szende Béla . . . . 176              |
| Balogh Károly . . . 56             | Fekete Sándor . . . 98                     | Kövesligethy<br>Iván . . . . . 8    | Pelle László . . . . 144             | Szentpétery Zol-<br>tán . . . . . 92 |
| Baráth Jenő 86, 115                | Fésüs Andor . . . . 68                     | Krepuska István . . 47              | Pekánovich Ist-<br>ván . . . . . 169 | Szirmai Frigyes . . 56               |
| Benedek Árpád . . . 20             | Fornet Béla . 17, 24                       | Kuncz Andor . . . . 94              | Petres József . . . . 39             | Tamási Tóbl Pál 132                  |
| Benedek László . . 10              | Friedrich László 128                       | Lehoczky Tibor . . . 55             | Pólya Jenő 15, 59, 170               | v. Tátrallyay . . . 18               |
| Benczur Gyula . . . 30             | Géczy Imre . . . . . 152                   | †Liebermann Leó 26                  | Preininger Ta-<br>más . . . . . 106  | Telbisz Albert . . . 104             |
| v. Berde Károly . . 3              | Góth Endre . . . . . 156                   | Liebmann István . . 88              | Puky Pál 36, 72, 112                 | Telegdi István . . . 135             |
| Brana János . . . . 19             | Gőczy Lajos . . . . 138                    | Majoros János . . . 134             | Raisz Jenő . . . . . 173             | Teveli Zoltán . . . . 96             |
| Bugyi István . . . . 175           | Göttche Oszkár . . . 6                     | Makara György . . . 127             | Ranschburg Pál . . . 46              | Torday Árpád . . . . 130             |
| Campián Aladár . . 64              | Grósz István . . . . 48                    | Manninger Vil-<br>mos . . . . . 116 | Ratkóczy Nándor . . 5                | Török Lajos . . . . 42               |
| Detre László 51, 91                | Gruzmann József 52                         | Mansfeld Ottó 62, 118               | Rauss Károly 76, 119                 | Ujsághy Pál . . . . 108              |
| Dénes László 76, 88                | Haas Lajos . . . . . 124                   | Matolay György . . 31               | Rejtő Sándor . . . . 28              | vitész Varga Lajos 163               |
| Dobos Sándor . . . 134             | Hajós Károly . . . . 172                   | ifj. Mauks Károly 131               | Rott Tibor . . . . . 136             | Vásárhelyi János . . 86              |
| Dobozy Elemér . . . 110            | Hasenfeld Artur . . 38                     | Melczer Miklós . . . 11             | Rusznayák István . . 4               | 172                                  |
| Domokos Andor . . 74               | Henszelmann Ala-<br>dár . . . . . 147, 174 | Milkó Vilmos 124, 143               | Sarbo Artur . . . . . 35             | Verebély Tibor . . . 186             |
| Dreguss Miklós . . . 23            | Hogyan László . . . 144                    | Minder Gyula . . . . 70             | Sándor Ferenc . . . . 140            | Verzár Gyula . . . . 16              |
| Dudás Pál . . . . . 64             | Horányi Béla . . . . 100                   | Miskolczy Dezső . . 27              | Sándor István . . . . 44             | Véghelyi Péter . . . 154             |
| Dziobek László . . 160             | Horvay Lajos . . . . 111                   | Mosonyi László . . 60               | Sántha Kálmán . . . 161              | 172                                  |
| Dzsinich Antal . . . 83            | Horváth Béla . . . . 22                    | 72, 96, 164                         | Schaffler József . . 12              | Vidakovics Ka-<br>milló . . . . . 14 |
| Ehmann Jenő . . . . 159            | Kardos Kálmán . . 165                      | Nádrai Andor . . . . 51             | Schill Imre . . . . . 100            | Waltner Károly . . . 49              |
| Engel Károly 7, 146                |  | Nánay Andor . . . . 24              | Schmidt Lajos . . . . 78             | Zágon Antal . . . . . 24             |
|                                    |  | Neuber Ede . . . . . 8, 16          | Skutta Árpád . . . . 126             | Zárday Imre 142, 152                 |
|                                    |  | Neuber Ernő . . . . . 4             |                                      |                                      |



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Jubileumi évfolyam

### Üdvözljük az olvasót!

Amikor tíz esztendővel ezelőtt elindítottuk a Hetilap „Orvosi Gyakorlat Kérdései” mellékletét, el nem odázható kötelességet teljesítettünk a gyakorló orvosokkal szemben.

A mindennapi praxis gondjai között kevés orvosnak van ideje arra, hogy tudásvágyának kielégítése céljából szakmunkák tanulmányozásába merüljön el. Ezen a bajon akartunk segíteni, mikor mellékletet létesítettünk azzal a rendeltetéssel, hogy az orvostudomány valamennyi ágából vett időszerű kérdések rövid feldolgozásával és tanulságos esetek közlésével a gyakorló orvos ismereteit gyarapítsuk és általános orvosi műveltségét fejlesszük.

Első számunk a Hetilap 1928. évi 52. füzetében, tehát pontosan tíz év előtt jelent meg. Kartársaink az új vállalkozást nagy meglepéssel üdvözölték, de akadtak kételkedők is, akik annak csak rövid életet jósoltak. Voltak, akik a Hetilap tudományos színvonalát féltették a melléklettől, mások pedig attól tartottak, hogy előbb-utóbb kifogyunk a témákból. A tapasztalat megmutatta, hogy ezek az aggályok alaptalanok voltak. Az O. Gy. K. létesítésével mi a külföld legelőkelőbb orvosi szaklapjainak példáját követtük, melyek a gyakorlati kérdéseknek már régóta külön rovatot szenteltek. Mellékletünk hasábjai nyitva állottak mindazok számára, akiknek valamely gyakorlati szempontból hasznos vagy érdekes mondanivalójuk volt. Ennek köszönhetjük, hogy nemcsak egyetemi tanáraink és kórházi orvosaink, de a gyakorló orvosok is mind gyakrabban kerestek fel változatos és értékes közleményeikkel. Ily módon sikerült megvalósítanunk azt a nem egészen könnyű feladatot, hogy a melléklet cikkei, ha dióhéjban is, de hű tükrét adják annak a fejlődésnek, amin a gyakorlati orvostudomány egyes ágai az utolsó decenniumban átmentek.

A tizedik évforduló fontos állomás egy lap életében is, mert életképességéről tesz tanuságot. Bizvást elmondhatjuk, hogy mellékletünk a kezdet nehézségeit leküzdve, becsülettel kiállotta a tűzpróbát, sőt ma már a Hetilapnak olyan szerves alkatrészévé vált, ami nélkül az jóformán el sem képzelhető. Hogy ez így történt, abban oroszlánrésze volt jeles munkatársainknak, elsősorban az orvosképzés vezető egyéniségeinek, egyetemi tanárainknak, kiknek értékes közreműködéséért ez alkalommal is hálás köszönetet mondunk. Kérjük őket, álljanak továbbra is oldalunkon és támogassanak bennünket abban a munkában, amit az orvosképzés és ezzel az egyetemes kultúra szolgálatában végezni óhajtunk.

MILKÓ V. — VÁMOSSY Z.

### Sport és bőr,

A köztakaró sportorvostani vonatkozásai két fejezetre oszthatók. Az egyik a bőr egyéni *alkalmasságának* vagy *alkalmatlanságának* kérdése valamely sportág üzése tekintetében, a másik a *bőr állapotváltozása, sérülése, megbetegedése* valamely sportág üzése következtében.

I. Az *alkalmasság* kérdése a bőr egyéni sajátosságain fordul meg. A köztakaró teherbíróképessége és a legeszményibb egészség és normergia esetében is bizonyos korlátok közé szorított. A sportnak pedig lényegéhez tartozik, hogy a szervezet egészére, vagy egyes részeire, köztük a bőrre, vagy annak egyes szakaszaira a mindennapi átlagnál nagyobb terheket ró. Ennek a tehertöbbletnek nem egyformán tud megfelelni bárki-nek a bőre. A bőr egyéni sajátosságai már eleve kizárhatnak valakit a sportból, vagy csak egy-egy bizonyos sportág üzésére korlátozzák az egyént. E korlátozó, vagy kizáró sajátosságok néha durván és szemmel láthatóan nyilvánulnak meg a sporton kívül, a mindennapi életmód folytatása közben is, máskor pedig az első pillantásra egészen épnek látszó bőrön csak a sportolás megkezdése, azaz a túlterhelés hatása alatt kezdenek megmutatkozni. E sajátosságok és betegségek ismerete különösen fontos az iskolaorvosnak, sportszakorvosnak, katonarvosnak. A dystrophia bullosa hereditaria évtizedeken át, az akrodermatitis atrophicans, skleroderma diffusum az egész élet további folyamára alkal-

matlanná teszi a beteget minden olyan sport üzésére, amelynek kapcsán ütés, vagy behatóbb nyomás érheti a bőrt. A hydroa aestivale kizárja viselőjét a napfényben üzendő sportokból, míg árnyékban, zárt helyiségben bármiféle sportot üzhet az illető. Keratoma palmare-plantare hereditarium, egy rossz helyen ülő nagyobb anyajegy, vagy heg apró részletekig megszüntetheti a sportolás korlátait. A lábszárak tágult gyűjtőerei, a talpi szemölcsök, a szarukérgesedési hajlam állandó akadályai lehetnek a lábsportnak. Az alopecia (trichia) totalis kellemetlenségeit bővebb verejtékezés idején csak az ismeri igazán, aki benne szenved, az ichthyosis, akroasphyxia, akrocyanosis, asteatosis a vízisportok üzésében gátolhat többé, vagy kevésbé. A lóporral szemben kialakuló allergia messzire elkerülteti a pályát még az addig oly kiváló lovassal is.

Mindezt pedig csak példa gyanánt soroljuk fel, arra itt nincs terünk, hogy a gyakorlat által igazolt minden korlátozó lehetőséget elősorolhassunk. De hangsúlyozzuk, hogy mindezek helyes ismerete és értékelése esetén az orvos nem csupán *eltiltani* fogja betegét a sporttól, hanem *irányítani* fogja őt a neki megfelelő sportág üzése felé.

II. A *bőr állapotváltozásai, sérülései és megbetegedései*. A sport és bőr viszonyában a közönség rendszerint csak a traumákra és bőrsérülésekre gondol, holott a sport a bőrbetegségek származásában közelítőleg azt a minőségi helyet foglalja el, amit az ipar. Azaz: a lehetőségei végtelenek, s a psychogen hatásoktól kezd-

ve a traumán, az allergián és fertőzéseken át a rosszindulatú daganatokig a pathologia minden mezejére kiterjedhetnek. E szűk helyen lehetetlen minden sportág dermatologiai vonatkozásait ismertetni, s meg kell elégednem annyival, hogy az ártó tényezők szerint csoportosítva utaljak a bőr gyakoribb sportbetegségeire.

*Mechanikai ártalmak következményei:*

a) A nyomás legismertebb következménye a *szarúvastagodás* (tylositás), a huzamosabban ismétlődő terhelés következménye. Elhelyezkedése, terjedelme és alakja ép oly jellegzetes lehet valamely sportágra, mint az ipari károsodások az illető iparágra. Itt is valósággal „stigmák”-ról beszélhetünk. Leginkább a tenyérben látjuk, de másképp a kesztyűvel (vívás), mint a kesztyű nélkül üzött és másképp a két kézzel (evező), mint az egy kézzel (tennisz) végzett sportolás kapcsán. Ezek a károsodások rendszerint nem zavarják, ellenkezőleg alkalmasabbá teszik az illetőt kedvenc sportágának művelésére. Ha a károsodások akár a kézen, akár a talpon fájdalmasá válnak, *egyéb körülmény* fennforgására is kell gondolni (tyúkszem, verruca, a láb statikai hibája, stb.) A *vízhólyag* a heveny túlterhelés következményeként leginkább a tenyér distalis széli ívén alakul ki, a lábon a kemény és kitaposatlan cipő következtében a lábfej elülső felének szélein, vagy a sarok körül. A tiszta vízhólyag felnyitva és tehermentesítve gyorsan gyógyul, mert csak a hámrá vonatkozik. Nem így a *láb feltörése* („*csizmarágás*”), ami a lényege szerint az írhát is elhalásra bíró *decubitus*. A lovaglók combjának feltörése lényegében *dermatitis traumatica*. Okozó tényezőjéhez a bőr fokozatos gyakorlással jól hozzászoktatható.

b) A *tompa ütések* jellegzetes következménye a fedett bőrvérzés, ami a hámnak az írháról történő zárt leválása esetén a jól ismert *vérhólyagot*, egyébként csak duzzadt *véraláfutást*, a fülkagylón pedig az írháknak a porcotól leszakadása révén az *othaematomát* hozza létre. Ha ennek vérömlenye szervül, a fülkagylót egész életen át eltorzítja.

c) A *horzsolások*, *szakított sebek* átlagos veszélyei a *pyogen fertőzések*, *orbánc*, *phlegmone*, néha pedig a *tetanus*. Különleges, bár csak kosmetikai szempontból kellemetlen következmény a *traumás tatuálás*, ami salakpályán történő sérülés után a sebben maradó fekete ásványzemcsék miatt kékesfekete foltot, (anthrakosis, silikosis) országúton történő sérülés alkalmával a sebben maradó szürkésfehér közúzálék miatt halvány palaszürke, örökre megmaradó foltokat (chalikosis, silikosis localis) hagy vissza a hegben. Plasztikai műtétekkel, kikaparással javítható.

d) Nagyon hirtelen, nagy erővel ható surlódás valószínűleg *letépheti a bőrt* az alatta fekvő képletekről, így leginkább a tenyérrel és a herezacskóról. Utóbbi helyen oly mértékig, hogy a herék szabadon maradhatnak.

A *fényártalmak* között leggyakoribb a napégés, a „*dermatitis actinica solaris*”. Szoktatás révén megelőzhető. Ennek egyik különleges alakja a magashegyi túristák „*Gletscherbrand*”-ja. Nők szempontjából igen kellemetlen a *mellcsont tájékának állandósuló vörösdéje*, értágulatokkal; enyhébb az ú. n. „*breloque-pigmentatio*”, ami a napfürdőzés alkalmával esetleg használt kölnivíz lecsurgása mentén hoz létre gyulladást, vagy festenyettséget. Kellemetlenebb a „*dermatitis pratensis phytogenes*”, amit előzőleg fűben heverésző partfürdőzők bőrén látunk másnap, bizonyos fűvek, növények leveleinek élesszélű lenyomata helyén keletkező heveny, néha hólyagos bőrgyulladás képében. Ismétlődő napégések után a vállon, háton a bőr elveszíti

pigmentképző képességét és a vitiligohoz hasonlító, de múló természetű „*depigmentatio actinica*” alakul ki helyén. Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a napfény az *erythematodesnek* egyik kiváltója, továbbá, hogy az éveken át ismételt és fokozottan ható napfény korán megöregíti a bőrt, az ú. n. „*tengerészbőr*” és *keratoma senile* kialakulására vezet, ami pedig mindkettő *rákélező* állapotot jelent. Különleges belső adottság (uroporphyruria?) mellett támad fény hatása alatt a már említett *hydroa aestivale*.

A *meleg által* kiváltott ártalmak között mindennaposak nyáron az egyszerű *hyperidrosis* és ennek néhány következménye, így a hajlam a felpállásra. Az *intertrigo* a hajlatokban, az ép bőrön is létrejöhet, méginkább az egyébként is beteg bőrfelzárkókon (psoriasis, erythrasma, stb.). Ritka jelenség a *prurigo aestivale*, a *meleg-urticaria*, gyakrabban találkozunk a motorsport kapcsán a benzinrobbanás miatt *égési sérülésekkel*.

A *hidegártalmak* a téli sport kísérői. Évadszerű a *pernio*, sokkal ritkábban találkozunk a szíz és magashegyi túrák kapcsán a valódi fagyásokkal, (congelatio). Nemcsak belső adottság, hanem célszerűtlen öltözködés (védtelen lábszár) miatt jelentkezik fiatal nők lábszárán és térdjei körül az *erythrocytosis crurium feminarum*. Elszórtan találkozunk különleges hajlam mellett kézen-lábon a Raynaud-kór első szakaszának megfelelő *synkope-rohamokkal*, igen ritkán pedig a *prurigo hiemalis*-sal. Az *akrocyanosis* nemcsak hogy súlyosbodhatik, hanem keletkezhetik is téli sportolások kapcsán. A hosszán tartó, gyakran ismétlődő durva *meteorologiai ártalmak* (napfény, szél, eső, hideg) különleges adottság mellett korán kiválthatják és súlyosabbá teszik a *rosaceát*.

A *fürdőártalmak* általában ritkák. Mindenféle fürdő árt a heveny ekzémának, pityriasis rosea-nak. Meleg szappanos fürdők mindennapos üzése fokozza az *asteatosist* és nem egyszer *fürdőszoba-dermatitis-re* vezet. A hidegfürdők kiválthatják, vagy súlyosbíthatják a fentebb felsorolt hidegártalmakat (a fagyás kivételével), továbbá az ú. n. *hideg-urticariát*, ami annál nagyobb óvatosságra int, mert annak a hideg-túlérzékenységre lehet egyik jele, ami néha *hideg-shok-hoz*, illetve hideg fürdőben váratlanul bekövetkező halálhoz vezet.

A *vegyszerártalmak* egész sorával találkozhatunk sportok üzése következtében. Eltekintve a maró anyagok által véletlenül okozott sérülésektől, *allergiás ekzematák* okozhatnak a sporteszközök vegyi anyagai, a kacsuk, terpentin, kenőolaj, gyapjúruhák, prémekek, szíjak, bőrök festékei. Lovasokon a lópor válthat ki *asthmát*, *urticariát*, motorosokon pedig a benzin csepegése, szivárgása a ruhára néha órák alatt igen súlyos *dermatitist* kelt.

A *növényi mérgek* közül turistákon a csalán, növényi szőrök, tüskék, növényi nedvek okozhatnak csalánkiütést, vagy dermatitist.

A *növényi paraziták* közül legfontosabb a sportolók szempontjából ma az epidermophyton interdigitale, a lábujjak közötti hámló-nedvező-viszkető *mykosis interdigitalis* leggyakoribb okozója. E betegség elterjedtsége hihetetlenül nagy. Közvetítői elsősorban a partfürdők és fürdőintézetek, ú. n. napozói, deszka és gyékény-padló, klubházak közös zuhanyozói, s a közösen használt sportcipők. Mivel szövődményei a láb használhatóságát nagymértékben korlátozhatják, az ellene való közdelem ma már a hatóságokat is kezdi foglalkoztatni. Hasonlít hozzá, de sportolók szempontjából kisebb jelentőségű a *bőrsoor*. A *leukoderma post pityriasim versicolorum* már inkább csak kosmetikai kellemetlenség. Nyári napfürdők után mutatkozik meg lencsényi, ujj-

begynyi, kiütésszerűen elhelyezkedő világos foltok alakjában a törzsön, nyakon, vállakon, a Malassezia furfur által megtámadott felszíneken. Lovasok, vadászok bőrén, lovak, kutyák *trichophytonjai* és *mikrosporonjai* telepedhetnek meg.

Az állati paraziták igen különböző fajai támadhatják meg a sportolók bőrét. Csak épen érintve a szúnyog, légy (stomoxys, phlebotomus) hangya, méh és darázs-csipést (utóbbi halálos is lehet) a turistákon kellemetlen vendég a kullancs, a leptus autumnalis, a hernyómászás, a hernyószőrök kiváltotta csalánkiütés, a pederus fuscipes és a kőrishogár mérge által kiváltott gyulladás. A skorpióval nálunk nem találkozunk. A vizi-sportot űzők, horgászok, napfürdőzők bőrét a pióca támadhatja meg, vagy az édesvízi spongya tüskéi váltanak ki. főként lábszárakon, lábfejükön foltos, göbcsés bőrgyulladást. Lovasok, vadászok bőrén a ló és kutya parasitái, elsősorban a rühatkák (*acarus equi*, *canis*, stb.) idézhetnek elő heves viszketéssel járó, aprógöbcsés kiütést.

A sportbetegségek körjelzésének igen fontos feltétele a helyesen felvett és helyesen értelmezett kör-előzmény, mert ez adja a kulcsot kezünkbe, a gyógyítás legfontosabb eszközehez, a kórokozó ártalom kiiktatásához, illetve távoltartásához.

vitéz Berde Károly dr.  
egyet. ny. r. tanár, Pécs.

## Epiphrenalis diverticulumok.

A nyelőcső gurdélyait a gyakorló orvos is észleli és ezért azok ismerete az ő érdeklődésére is számíthat. A különböző gurdélyok közül a gyakorlatban elsősorban azzal a fajtával találkozunk, amelyet a garat és nyelőcső határán *Zenker* mint belső nyomás útján keletkezett gurdélyt ír le és amely még napjainkban is mint *Zenker-féle diverticulum* ismeretes. Aki beteganyagát rendszeresen átvizsgálja és azt megfelelő panaszok esetén át is világítja, több ízben találkozhatik a gurdély ezen fajtájával, amely úgy kórisme, mint műtét szempontjából az esetek túlnyomó részében különösebb nehézséget nem okoz.

Sokkal nagyobb jelentőségűek a nyelőcső mélyén ülő gurdélyok, amelyek egyrészt a nyelőcső és a bal bronchus kereszteződésénél mint *epibronchialis diverticulumok* (*Brosch*), másrészt közvetlenül, vagy néhány centiméternyire a rekesz felett elhelyeződve mint *epiphrenalis gurdélyok* (*Rosenthal*) találhatók. A mélyenfekvő gurdélyok jelentősége, szemben a *Zenker-féle diverticulumokkal*, nagyobb, mert nemcsak felismerésük nehezebb, hanem azok gyógykezelése esetleges műtétet, nagy körültekintést és gyakorlatot igényel.

Ha az *epiphrenalis diverticulumok* keletkezése okát kutatjuk, csak azokra a lehetőségekre mutathatunk reá, melyek a másfajtaú *diverticulumok* keletkezésekor is szerepet játszanak. Veleszületett hajlam, kisebb nyílások a nyelőcső falán, amelyen erek és idegek haladnak keresztül, izomhiányok, esetleg a nyelőcső izomzatának körülírt gyengesége. *Starck* szerepet tulajdonít a pulsiónak, *Reitzenstein* pedig a kardiospasmust tartja nagyjelentőségűnek.

A mélyen ülő gurdélyok tünetei inkább csak akkor jellemzők, ha a gurdély már megfelelő nagyságot ért el, de még ilyenkor is könnyen más betegségekkel téveszthetők össze. Egy esetben mélyenülő gurdély epekömütét utáni panaszok vélt okát képezte, míg az alapos átvilágítás ki nem derítette, hogy a műtét utáni panaszok nem az epeköbetegséggel, hanem a rekesz

felett elhelyezkedő *diverticulummal* hozhatók összefüggésbe.

A tünetek közt kiemelendők a mellkasban észlelhető tompa nyomás, amely éles fájdalommal fokozódik akkor, amikor a nyelőcső táplálékkal megtelve kitágul. A fájdalom a szegycsont mögött van és kisugárzik a lapockák felé. A betegség súlyosbodásával előtérbe lép a hányás. Utána a beteg megkönnyebbül, azonban a nyelőcső újólágos teltsége ismét csak fájdalmat, majd hányást okoz. Ez az állapot természetesen a beteg leromlásához vezet.

A betegség kórismézése a multban nem volt egyszerű feladat, mert a kórelőzményből és a fennálló, sokszor nem egységesen magyarázható tünetekből kellett a betegségre következtetni. Az eszközös vizsgálatok közül abban az időben csak a szondázás jöhetett szóba. Különlegesen szerkesztett gurdélyszondák sorozatai főleg abból az időből származnak. A vizsgálónak nemcsak nagy tapasztalattal, de nagy türelemmel és rendkívül könnyű kézzel kellett kutaszolni, egyrészt hogy bajt ne okozzon, másrészt hogy kórisméjét felállíthassa. Ez a kutaszoló eljárás tulajdonképp feleslegessé vált a röntgenvizsgálat bevezetésével, mert ezzel az eljárással nemcsak azt lehetett eldönteni, hogy gurdély van a betegnek, hanem kimerítő tájékozódást nyújtott annak elhelyeződéséről, nagyságáról és alakjáról is. Miután előfordult, hogy a gurdéllyal kapcsolatosan daganatos elváltozás is van, ami még talán röntgennel sem mutatható ki minden esetben bizonyító erővel, szóba jöhet még a nyelőcsőtükörözés, mint az a módszer, amellyel vizsgálataink sorozatát befejezzük. Ez utóbbi vizsgálat többnyire döntő fontosságú, mert vele nemcsak a nyelőcsőbe szájadzó gurdély nyílásáról szerezhetünk tudomást, hanem az esetleg ott képződött daganatból vett próbakimetszés útján annak jó- vagy rosszindulatúságáról is felvilágosítást nyerhetünk.

A hányadék szintén képezheti a vizsgálat tárgyát. A kihányt táplálékra jellemző, hogy aránylag keveset változott és az esetleg mégis észlelhető elbomlás nem emésztés, hanem erjedés következménye. Sósavat a hányadékban rendszerint nem találunk, vegyhatása alkalikus, néha savanyú, ha tejsavas erjedés van jelen.

Fontos arról tudomást szereznünk, hogy nem minden mélyenfekvő nyelőcsődiverticulum okoz panaszokat. Esetek ismeretese, amikor a röntgenológus a beteg kivizsgálása közben véletlenül fedezi fel a *diverticulumot*. Ha a panaszmentesség okát keressük, törvényszerűséget alig találunk. Általában azt híhetnők, hogy minél nagyobb a gurdély, annál súlyosabbak a panaszok. A gyakorlatban azonban ez nem áll meg. Eseteimből merített tapasztalat alapján állíthatom, hogy amíg almányi, rekesz felett ülő *diverticulum* panaszt nem okozott, addig nála jóval kisebb epeköre emlékeztető fájdalommal járt. A nyelőcső nyálkahártyájában lejátszódó izgalmi jelenségek, gyulladási folyamatok látszanak szerepet játszani a tünetek létrehozásában. Ezen gyulladási folyamatoknál még nagyobb jelentőségű a cardia görcse, amely sokszor mint rejtélyes tényező okozza, illetőleg fenntartja a panaszokat.

A legmondosabb vizsgálat mellett is tévedhetünk a mélyenfekvő nyelőcsőgurdély kórisméjében, mert egyik-másik esetben rendkívül nehezen különíthető el a gurdély a hiatus sérvektől, és a nyelőcső körülírt vagy diffúz más természetű tágulataitól. Az elkülönítés előben néha teljesen lehetetlen, ilyenkor legfeljebb a boncolás deríthet világot az esetre.

Amíg a Zenker-féle gurdélyok által okozott panaszok műtéttel aránylag könnyen oldhatók meg, addig a mélyenfekvő diverticulumok sokkal nagyobb feladat elé állítják a sebészt, mert a diverticulomot a mellüreg védi és az azon való behatolás technikailag sokkal nagyobb feladatot hárít a műtőre. Ezért ezek a mélyenfekvő gurdélyok alig kerülnek műtetre és többnyire conservatív eljárások alkalmazásával iparkodnak a beteg állapotán javítani. A conservatív gyógyító beavatkozások közé tartozik a gurdély szondázása, annak kiürítése, illetőleg tisztítása céljából. A gurdélyban rekedt táplálék lobosodást idézhet elő úgy magában a gurdélyban, mint a nyelőcsőben. A beteget még táplálási szándékkal is szondázhatjuk. A táplálás ez utóbbi módja természetesen nem lehet állandó, mert a beteg erőbeli állapotában lassan tönkremegy.

Sokkal nagyobb jelentősége van az egyszerű szondával szemben a spasmus megszüntetésének. A cardiogörscsöt különbözőképpen szüntethetjük meg. Vannak gummilabdával ellátott nyelőcsőszondák, amelyeket oly módon vezetünk be, hogy a gummilabda éppen a cardiába szoruljon. A gummilabda felfúvásával, illetőleg a cardia tágításával az enyhébb cardiogörscsöt sikerül megszüntetni. A ballonos tágítóeszközök közül első sorban *Lotheissen* eszköze ismeretes. Sajnos, a ballonos tágítás többnyire nem kielégítő, mert az erősebb cardiogörscsöt nem szünteti meg. Lényegesen hathatósabb, de egyszersmind erőszakosabb tágítóeszköz *Starck* fém-tágítója, amely esernyőhöz hasonlóan felnyitható műszer. Megfelelően alkalmazva meglepő és tartós eredményeket érhetünk el vele.

Ha a conservatív eljárások eredménytelenek, akkor súlyosabb panaszok esetén csak műtéttel segíthetünk a bajon. Miután a gyakorlóorvost a sebési beavatkozások részletkérdései nem érdeklik, csak annyit említtek meg, hogy a mélyenfekvő gurdélyt három úton közelíthetjük meg, nevezetesen: a hasüregen át a nyelőcső lehúzásával, a mellüregen keresztül és végül a mellüreg megnyitása nélkül oly módon, hogy a fali mellhártya és a mellkasfal között a rétegeket óvatosan szétválasztva hatolunk a mélybe. Mind a három eljárás nagy gyakorlatot igényel, veszélytelennek pedig egyik sem mondható.

*Neuber Ernő dr.*  
egyet. ny. r. tanár, Pécs.

## A citrin (P-vitamin) therapiás alkalmazása

Több mint két éve annak, hogy *Szent-Györgyivel* beszámoltunk azon vizsgálataink eredményéről, amelyekből kiderült, hogy a növényvilágban igen elterjedt flavon festékeknek therapiás, esetleg vitaminszerű hatásuk van. A vitamin jelleget egész bizonyossággal eddig még nem sikerült bebizonyítani, ettől függetlenül azonban nagyon érdekesek és gyakorlati szempontból is fontosak voltak a therapiás eredmények. Munkatársainkkal együtt már a vizsgálatok elején azt találtuk, hogy a citrin — ahogyan a készítményt a citromból előállítás alapján elneveztük — majdnem specifikus gyógyszer az athrombopeniás (vascularis) purpurának, később biztató eredményeket láttunk vese és fohgús vérzések, bizonyos septikus megbetegedések, polyarthritiss stb. esetén. Therapiás eredményeinket részben mások is megerősítették, azonban a szer kiterjedtebb alkalmazásának útjában állott az a körülmény, hogy a citrinből csak nagyon kis mennyiség állott rendelkezésünkre, annyi, amennyit *Szent-Györgyi* előállított, úgy,

hogy más kutatóknak csak igen keveset tudtunk juttatni, arról pedig, hogy a szert a gyakorló orvos számára hozzáférhetővé tegyük, szó sem lehetett. Ebben a tekintetben most jelentős haladásra van kilátás, mert az egyik kiváló magyar gyógyszergyárnak sikerült a citrint kifogástalan módon előállítani és tudomásunk szerint az rövidesen forgalomba is fog kerülni. Ebből az alkalomból szeretném eddigi tapasztalataimat pár sorban összefoglalni.

Mint már mondtam, eddig a legszebb eredményeket az athrombopeniás purpurákban láttunk. Thrombopeniás formák és másféle vérzékenységek esetén (haemophilia stb.) a citrin hatástalan. Megfelelő esetekben kb. 1—2 heti adagolás után a kóros capillariseresistentia-csökkenés és permeabilitás fokozódás megszűnik és a vérzések is eltűnnek. Ha az adagolást abbahagyjuk, rövidebb hosszabb idő múlva a betegség újra előáll. A kóros érfalpermeabilitásra gyakorolt hatás (ezért P=permeabilitásvitamin) vezetett arra, hogy más betegségeken is, ahol ilyen permeabilitásfokozódás kimutatható (sepsis, polyarthritiss, nephritiss, stb.) kísérletet tegyünk a citrin-kezeléssel. Az észlelt esetek száma még túlságosan kevés ahhoz, hogy végleges következtetéseket lehessen levonni, azonban sokszor volt az a benyomásunk, hogy a citrininjekciók hatása kedvező volt. Ha a szer most forgalomba fog kerülni, remélhető, hogy rövidesen oly nagy tapasztalat fog rendelkezésünkre állani, hogy az indicatio kérdésében nagyobb határozottsággal lehet majd nyilatkozni.

A citrint mi rendszeren 50—100 mg-os adagokban alkalmaztuk intravénásan, mint már említettem sokszor heteken keresztül. Néha intramuscularisan, sőt peroralisan is adtuk. Hogy ez a mód egyenértékű-e az intravénás adagolással, még bizonytalan. Az említett adagok mellett soha semmiféle kellemetlenséget nem észleltünk, mégis bizonyos óvatossággal nem fog ártani és különösen az adag emelésekor gondoljunk arra, hogy a flavonoknak a vérnyomásra, sőt a szívre is van hatása, amint azt *Jeney* és iskolája, továbbá *Armentano* és mások is kimutatták.

Amint látjuk, a citrintherapiában még sok kérdés vár megoldásra, amelyek úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból fontosak. Az eddigi tapasztalatok alapján talán nem egészen indokolatlan az a remény, hogy gyógyszerkincsünk egy új értékes tényezővel fog gyarapodni.

*Rusznyák István dr.*  
egyet. ny. r. tanár. (Szeged.)

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

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Soós Aladár:</b> Étrendi előírások IV. bővített kiadás . . . . .  | Sajtó alatt.          |
| <b>Horváth Boldizsár:</b> A gyakorló orvos orthopaediája. 230. old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel . . . . . | 5.— P                 |
| <b>Kunszt János:</b> A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- és üdülöhelyei, 215 oldal . . . . .                    | 6.50 P helyett 5.50 P |
| Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)  |                       |
| <b>Rigler Gusztáv:</b> Közegészségtan és a járványtan tankönyve . . . . .  | 25.— P helyett 5.70 P |
| <b>Orsós Ferenc:</b> Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal . . . . .   | 2.50 P helyett 2.— P  |
| <b>Issekutz Béla:</b> Gyógyszerrendelés. . . . .   | 8.— P helyett 6.— P   |
| <b>Krepuska István:</b> A fülredetű agy-tályogok kór- és gyógytana . . . . .                                       | 4.— P                 |

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltséget is felszámítjuk.

## Mikor végeztessünk műtét után besugárzást?

A műtétet követő besugárzást általában megelőző (prophylaktikus) besugárzásnak szokták nevezni. Ez az elnevezés voltaképpen helytelen és félrevezető. A műtétet követő besugárzásnak (helyesen postoperatív besugárzás) célja nem lehet az, hogy a műtét által csírátlantított területen újabb daganat keletkezését megakadályozza, mert erre módunk nincsen. A postoperatív besugárzás helyes célja, hogy a műtét alkalmával a műtét területén, vagy annak környékén visszamaradt, szabadszemmel esetleg nem is látható s így el sem távolítható daganat-csirokat elpusztítsa s így a helyi kiújulásokat megakadályozza. A postoperatív besugárzások eredményessége annyira közismert s annak szükségessége annyira átment az orvosi, sőt a laikus köztudatba is, hogy erre vonatkozó végeláthatatlan irodalmi és statisztikai adatokra hivatkozás szinte felesleges. Érdeklődésre és állásfoglalásra talán inkább az a kérdés tarthat számot, hogy mikor és hogyan végeztessük el a postoperatív besugárzást. Arra a kérdésre, hogy mely műtétek után kell sugároztatni, az álláspontom egyszerű és radicalis: minden rosszindulatú daganat műtete után. E radikális álláspontomat röviden indokolhatom: rosszindulatú daganat műtete után 4 helyzet adódhatik: 1. a műtét tényleg radicalis volt, a műtéttel az összes daganatcsirokat sikerült eltávolítani; 2. a műtét szemmel láthatólag radicalis volt, de a környékén mégis megmaradtak szabadszemmel nem látható daganatcsirok; 3. a műtét — technikai okokból — nem lehetett radicalis s egyes daganatrészek szemmel láthatólag visszamaradtak; 4. a műtét látszólag nem volt radicalis, de a valószínűségben annak bizonyul, mert évek múlva sem jelentkezik helyi kiújulás. Az 1. és 4. esetben a postoperatív besugárzás tényleg felesleges volna, a 3. esetben nyilvánvalóan szükséges. De éppen a 3. eshetőséget kivéve, ki tudja a műtét után megmondani, vajjon melyik eshetőséggel állunk szemben? Ez az elháríthatatlan bizonytalanság az, amely a postoperatív besugárzást minden műtét után indokolttá teszi, még akkor is, ha tudatában vagyunk annak, hogy az egyes, (de sohasem tudjuk mely?) esetekben felesleges óvatosság.

Ha a postoperatív besugárzással a megmaradt csirokat akarjuk elpusztítani, akkor a besugárzási technikának is ehhez kell alkalmazkodnia, mert az eredményt ez is befolyásolja. Daganatot csak nagymennyiségű röntgensugárral lehet elpusztítani. A postoperatív besugárzáskor tehát ha nem is látható a daganat, éppen úgy kell eljárunk, mintha szabad szemmel látható daganatot sugározna be. Az elosztott (fractionált) besugárzási módszerrel a szükséges 2—3000 R-nyi sugármennyiséget könnyen leadhatjuk anélkül, hogy a szervezet vagy a bőr ártalmat szenvedne. Hogy ezt a sugármennyiséget egy folytatódó sorozatban, vagy néhány hónapos időközökben 2—3 sorozatban adjuk-e le, az eredmény szempontjából, úgy látszik, közömbös. Mi egy sorozatban általában 2000 R-t adunk 10 ülésre felosztva. 1/2—1 év után újabb sorozatban még 1000 R-t. Ha nagy terület besugárzásáról van szó (emlő-, mirigyrákosok esetében) 2—3 mezőre osztjuk a besugárzandó területet. Kisebb összadag adását nem tartom kielégítőnek. Ha mélyen fekvő daganatokról van szó, megfelelő szűrővel és távolsággal kell gondoskodnunk arról, hogy a mélybe kellő mennyiségű sugárzás juthasson. — Felületes, vagy kismennyiségű „prophylaktikus” besugárzás nem lehet eredményes s csak elvonja a beteget a helyes postoperatív besugárzás alól. A postoperatív besugárzást legcélszerűbb 2—3 héttel a műtét után megkezdeni. Közvetlen a műtétet kö-

vető besugárzás a műtét seb elsősleges gyógyulását veszélyezteteti, mert nagyobb sugármennyiség a kívánatos kötőszöveti sarjadzást hátráltatja. 2—3 hét után azonban nyugodtan sugározhatunk még az esetben is, ha a gyógyulás nem elsősleges.

Ratkóczy Nándor dr.  
egyet. c. rk. tanár.

## Égési sebek csersavas kezelése csecsemő és gyermekkorban.

Dacára annak, hogy ezen rovat 1937. évi 31 számában *Hedri Endre* igen részletesen és nagy tapasztalatra támaszkodva ezt a kérdést már tárgyalta, továbbá a *Hetilap* hasábjain (1937, 23 sz.) *Czirer László* az égési sebek kezeléséről írott munkájában a csersavas kezelést ugyancsak kimerítően ismertette és alkalmazását melegen ajánlotta, én mégis ezt a kérdést választottam jubiláris tárgynak, mert az az érzésem, hogy a csersavas kezelés jelentősége oly nagy, hogy megérdemli, hogy gyermekorvosi vonatkozásban is ismertessük, különösen akkor, mikor azt látjuk, hogy ez a kezelés nálunk még igen kevésbé van elterjedve.

Nem akarom a csersavas kezelés történetét újból leírni, azt *Czirer* és *Hedri* munkáiban részletesen megtalálja az olvasó. Ami pedig a kezelés jelentőségét illeti, arra vonatkozólag melegen ajánlom a híres amerikai orvos-író *Paul de Kruif* nagyszerű írását, mely egyik legutóbbi művében jelent meg (magyar fordításban „Legdrágább kincsünk” a kötet címe). Azt a drámái leírását, mely amellet orvosi szempontból is rendkívül érdekes és igaz, úgy sem lehet otlőlni.

Ismeretes, hogy az égési sebek különösen csecsemő és gyermekkorban milyen veszedelmesek. Sokszor bámulatosan kis égési terület már halálos mérgezést okozhat. *Heim* professor előadásaiban mindig megemlítette azt a kis csecsemőt, akit fürösztés alkalmával a forró vízbe akart édesanyja dugni. A csecsemőnek csak a két sarka ért a forró vízbe, mikor hirtelen sirni kezdett, mire anyja ijedten kirántotta a vízből. Ennek dacára a csecsemő sarkán keletkezett, gyermektenyérenél alig nagyobb másodfokú égés már halálos volt. Közismert tény, hogy pl. ha a túlmeleg thermophor a koraszülött testén 5 pengőnyi égési sebet ejt, az már halálos lehet. Emellet a csecsemő és kisgyermekkorban fordulnak talán a leggyakrabban égési balesetek elő. A forró leves, a forró fürdővíz, a tűzes kályha már igen sok halálos áldozatot követelt. Érthető tehát, hogy a gyermekorvosok is igen nagy érdeklődést tanúsítanak minden újabb haladás iránt, mely ezeken a kis áldozatokon segíteni tud.

A *detroiti Ford kórház* orvosa, *Davidson* 1924.-ben jutott arra a gondolatra, hogy az égési sebeket a baleset megtörténte után a lehető leggyorsabban csersavas oldatba áztatott gézzel fedi be, mert azt találta, hogy a csersav a szétesésben levő fehérjét megalvasztja, a bomlásban levő termékeket pedig megköti s ezáltal megakadályozza azok felszívódását. Ismeretes, hogy az égési sebekből keletkezett bomlási termékek parenterális felszívódása okozza a mérgezési állapot kifejlődését. A csersav hatására az égési sebek fölött 24 óra múlva már vastag, fekete réteg, azt mondhatnók, hogy egy valószínű *páncél* keletkezik, mely kemény és merev (ez a hátránya) de bárhol érinthető, mert sehol sem fájdalmas, bizonyos fokig sterilisál és mint mondtuk, megakadályozza a mérgezési állapot kifejlődését. Ezt a páncélt nem szabad eltávolítani, ennek magától kell le-

löködni. Ez a lelökődés 2—3 hét múlva szokott bekövetkezni, súlyosabb esetben a páncél alatt genyedés képződik, mely a páncélt itt ott felemelheti, de akkor sem kell a páncélt bántani, hanem meg kell várni, míg magától lelökődik. A páncél lelökődése után a hámosodó területet 5%-os csersavas kenőccsel kenjük be, nem súlyos sebeken a páncél lelökődése után már ép bőrt találunk. Ne gondoljuk azonban, hogy a csersavas kezelés minden égési sebet meggyógyít és ezáltal az égési sebek kezelése megszűnt orvosi probléma lenni. Sajnos, épen a közelmúltban veszítettünk el egy 10 hónapos csecsemőt, aki a forró vizet úgy rántotta magára, hogy nyakától a köldökéig mellkasa másodfokú égést szenvedett. Az égés után 1 óra múlva a csecsemő már csersavas borogatásban feküdt, 24 óra múlva már kiképződött a csersav páncél, a csecsemő egészen nyugodt volt, s bár láza emelkedett és keveset hányt, semmi rosszra nem gondoltunk, mikor 54 óra múlva egészen hirtelen elpusztult. Az ilyen esetek ellenére mégis azt kell mondanunk, hogy a csersavas kezelés a csecsemő és gyermekkori égési sebek kezelésében messze felülmúlja az összes eddigi kezelési módszereket. Különösen két tulajdonságát akarjuk kiemelni: először azt, hogy megakadályozza a mérgezési tünetek kifejlődését, másodsor, hogy a legjobban csillapítja az égési sebek nagy fájdalomosságát, mely fájdalmak, mint ismeretes rettenetesek. Ha a csersav borogatást rátesszük a friss égési sebre, a fájdalom 1 óra múlva már megszűnik és az addig keservesen síró gyermekek megnyugszanak, úgy, hogy különösebb csillapítóra rendszerint nincsen szükség.

A legfontosabb pontja a kezelésnek, hogy az égés után minél hamarabb alkalmazzuk. Ezért osztályomon állandóan készen van a csersav és az osztályra felvett gyermekek égési sebeiről az orvos az égési cafatokat azonnal eltávolítja, a képződött hólyagokat lenyirja, közben a nővér elkészíti az 5% csersav oldatot (ezt t. i. frissen kell készíteni.) — Az oldat elkészítésében nem kell túl pontosan eljárni, 1 deci vízbe 1—2 kávéskanál csersavport teszünk. A víz langyos legyen, hogy az esetleg nagy felületre jutó hideg víz a gyermek testét ne hűtse le. Mikor az oldat készen van, nagy darab gézet mártunk bele, kissé kifacsarjuk és a sebekre tesszük, s utána laza kötést alkalmazunk. Ezután a csecsemőt, vagy gyermeket a kórterem legvédettebb és legmelegebb részében helyezük el és a kötést óránként locsolgatjuk, hogy a csersavpáncél kiképződjék (*Davidson* spray alakjában fújtatta a csersavat a kötésre, ami célszerűbb eljárás és a jövőben mi is így fogunk eljárni, mert a locsolgatás folytán minden vizes lesz a gyermek körül — ezért tesszük meleg és védett helyre). A kötést a páncél kiképződése után is nedvesen kell tartani, nehogy váltáskor az odaszáradt kötés a páncél egyes darabjait feltörje. A kötést lehetőleg ritkán váltjuk, ha a páncél ép elég 4—5 naponként váltani, genyedés esetén már gyakrabban kell a kötést megújítani.

A nedves kezelést addig kell folytatnunk, míg a páncél lelökődése meg nem kezdődik. Ezalatt az idő alatt a gyermek állandóan nedves fehérnemű között fekszik, mert az óhatatlan, hogy a csersavoldat széjjel ne folyjék. A fehérnemű bizony nem a legszebb látványt nyújtja, de gyakori mosás után jórészt kifehéredik. Mint látjuk, az ilyen gyermekek kezelésében az ápolás oly fontos, hogy jóformán csak intézetben vihető keresztül. Az általános kezeléssel most nem akarok szólni (szénhidrát étrend, szívizgatók, stb.), mert az a régebben alkalmazott módon történik.

*A gyakorló orvosnak a csersavport készen kell tartania és égés esetén azonnal friss, langyos oldatot kell készítenie, mely, mint láttuk, igazán nem nehéz és az égési sebek megtisztítása után azonnal csersavas borogatást kell alkalmazni. — Ezután a gyermeket jól be kell burkoltatni és lehetőleg gyorsan és csukott járművön (mentőautó) a legközelebbi intézetbe kell be szállítani.*

Göttche Oszkár dr.  
egyet. c. rk. tanár.

## A digitalis adagolása.

Valamennyi gyógyszer közül a digitalis hatását tartom a legsodálatosabbnak. Ha incompensált beteg ágyánál azt a kérdést vetné fel valaki, miképen, mely mechanizmus igénybevételével lehetne a compensatiót elérni, a szívverés szaporaságának csökkentésével, az arhythmia elmulasztásával, a szív összehúzódásának és elernyedésekor beálló tágulásának fokozásával, a verőterefogat megnagyobbításával, mindezek összejátszásával-e, azt kellene felelnünk, hogy azt a módot kell választani, amelyben a digitalis az idegrendszerre és a szívizomzatra gyakorolt hatása útján compensálja a beteget. Egészen meglepő és még az idősebb orvost is meghatja az abámulatosan kedvező fordulat, amely az oly sokat szenvedő szívbetegen digitalis hatására aránylag rövid idő alatt oly sokszor bekövetkezik. Ehhez azonban a digitalisnak és pedig célszerű készítménynek megfelelő adagja szükséges. Úgy a tiszta digitalissal, mint minden jó készítményével, kristályos kivonattal — a magyar készítmények kitűnőek — lehet jó hatást elérni. Nagyon helyes a tankönyvek azon álláspontja, hogy minden orvos szokjon meg néhány készítményt, de azokat aztán ismerje alaposan. Magam a valamikor nagyon elterjedt infusumban, helyesebben maceratumban bízom a legkevésbé. Legkevésbé tudom, mennyi hatásos anyagot juttatok a szervezetbe, éppen azért alig is használom. Az eredeti digitalisból leginkább a pulvis foliorum digitalis titratum-t szeretem rendelni; ezen kis közleményem ennek az adagolására vonatkozik.

A legtöbb helyen azt olvassuk, hogy ebből 3-szor naponta 10 centigrammot vegyen az incompensált szív-bajos addig, amíg az incompensatio tünetei: nehéz légzés, májduzzanat, pangásos hurut, vizenyősség, el nem múlik, amíg az érverés ritkábbá nem lesz és esetleg hányási inger nem mutatkozik. Ez eltarthat 5—10 napig, ezalatt  $\frac{1}{2}$ —3 gr. digitalist fogyaszt el a beteg. Bizonyos, hogy ezzel az adagolással, kivált könnyű esetekben, jó eredményt lehet elérni, súlyosabb esetben is kellemetlen mellékhatást alig fogunk látni. Sok esetben azonban ez az adagolás nem elegendő; napok múltanak, a beteg állapota nem javul, felmerül az a kérdés: digitalisrefractaer-e a beteg; kiváltépen pedig: miképen folytassuk már most a kezelést? Az ilyen esetek nagy részében a digitalis adagolása nem volt megfelelő. A IV. Magyar Gyógyszerkönyv szerint a digitalislevél porának egyes legnagyobb adagja 20 centigramm, napi adagja 1 gramm. Tapasztalatom alapján azt kell mondanom, hogy jól tesszük, ha súlyosabb incompensatio esetén legalább is az első napon a napi maximalis adagot rendeljük. Rendelhetünk azonban ennél többet is. Jól ismert az amerikai *Eggleston* rendelése, aki súlyosabb esetben az első napon 4 óránként háromszor egymásután  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$  gr. digitalislevél-port vétet incompen-

sált szívbetegével. Amerikában nagyon elterjedt ezen rendelési mód. A következő napon már csak két, a harmadik naptól egy port rendel *Eggleston*. Magam is sokszor próbáltam ki ezen eljárást. Néhány esetben már az első nap vége felé oly jó állapotban volt a beteg, amilyen hatást csak vénába adott strophantin befeccskendezés után láttunk különben. A hatás kétségtelenül azon alapszik, hogy nagymennyiségű digitalis aránylag rövid idő alatt kerül a szervezetbe (8 órán belül  $\frac{1}{2}$  gr.). Tapasztalatom alapján mégsem merném ezt az eljárást általános használatra ajánlani. Néhány ilyen esetben a 3—4-ik naptól kezdve felette erős extrasystole-halmazódást láttam, rossz közérzet mellett, több napon át, amely nagyon is nyugtalanított. Az irodalom több esetében súlyosabb digitalis-mérgezési tünetek is mutatkoztak. Ezért is van a legtöbb európai szerző e rendelési mód ellen. Úgy vélem, itt is a helyesebb, ha az arany középúton járunk. Osztályomon körülbelül a következő rendelési mód bizonyult a leghatásosabbnak: Súlyos incompensatioiban, ha csak a máj feltűnően nagy és kemény volta már eleve nem teszi valószínűvé azt, hogy a szájon keresztül adott digitalis hatástalan lesz, vagy ha az állapot nem annyira fenyegetően súlyos, hogy habozás nélkül az intravenás strophantin-befeccskendezésre kell magunkat elszánni, kivált arhythmia perpetua mellett (ami kb. a súlyosabb incompensatio 50%-ában fordul elő) adjunk a betegnek az első nap délelőttjén és délutánján  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$  gr. digitalis levélport étkezés előtt. Az esetek egy részében erre már a következő reggelre jelentős javulást tudunk megállapítani, ez esetben a második naptól kezdve már csak egy félgrammos port rendelünk.

Ha a beteg állapota 24 óra alatt nem javul jelentősen, adjuk a második napon is ugyanazon adagot, tehát szintén kétszer  $\frac{1}{2}$  grammot. Ritka kivételtől eltekintve a 2 napon belül vett 2 gr. digitalisra már oly kifejezett a javulás, hogy a harmadik napon már csak  $\frac{1}{2}$  gr.-ot adunk. Ritkán láttam oly esetet, ahol a harmadik napon is 1 gr. digitalist kellett volna adnunk. A negyedik napon már szinte kivétel nélkül csak  $\frac{1}{2}$  gr.-t vétetünk a beteggel. A lényegesnek azt tartom, hogy a súlyosan incompensált szívbeteg az első három napon kapjon aránylag nagy adag digitalist, 2— $2\frac{1}{2}$ , ha kell 3 gr.-t. Ha a beteg állapota megkívánja, még az ötödik napon is adunk egy port. Ily módon adott 3— $3\frac{1}{2}$  gramm digitalis adása után vagy egészen beszüntetjük a digitalis adást, vagy mindjárt folytatjuk naponta vagy másodnaponta adott 20—25 centigrammal, megkezdve ily módon a chronikus digitaliskezelést. Jelentősebb digitalis intolerantiás tünetet az ilyen módon alkalmazott aránylag nagy adag dacára alig láttam, nagyfokú étvágytalanság gyakran mutatkozott, émelygés, hányás már ritkábban. Tapasztalatom alapján azt kell mondanom, hogy sokkal hatásosabb az a 3 gr. digitalis, amelyet 3—4—5 napon belül vesz a beteg, mintha ugyanazon adagot 10 nap alatt vette volna. A digitalis alkalmazásának ezen módja teljesen megfelel annak, amely *Vámossy-Mansfeld* Gyógyszertan-ában „nagy digitaliskúra” néven van leírva.

*Edens* mondja, hogy az incompensatio minden napja egy-egy szög a beteg koporsóján, mert minden nappal romlik a szívizom állapota, szövödmény — kivált a tüdőben — könnyen következhet be. Ezt teljes mértékben elfogadom és ezért fontosnak tartom, hogy a súlyos incompensatio idejét minél inkább megrövi-

dítsük; persze még fontosabb, hogy annak bekövetkezését gátolja meg a kezelőorvos.

*Scherf* azt írja könyvében, hogy nem célszerű nagy adag digitalist rövid időn belül adni a betegnek, hogy a szívbeteg megváltozott anyagcseréje csak lassan térjen vissza a normálisra. Ezt nem tartom jogosultnak, hiszen a leghatásosabbnak ő is az intravenás strophantin-befeccskendezést tartja, amikor a kedvező hatás már néhány órán belül mutatkozhat, az anyagcsere megváltozása pedig teljesen simán következhetik be.

Röviden összefoglalva célszerűnek tartom, hogy a súlyosan incompensált szívbeteg az első, ill. az első két napon elég nagy mennyiségű digitalist kapjon. Jól bevált mód erre az, hogy a betegnek az első, esetleg a második napon is  $\frac{1}{2}$  g. pulvis fol. digitalis titratus-t adunk, délelőtt egyet és délután egyet. Az első 2 nap után a legtöbb esetben már erősen csökkenthetjük a digitalis adagjait, a 3-ik, 4-ik napon már csak egy port adunk, ha ugyan egyáltalában kell még adnunk belőle.

*Engel Károly dr.*  
egyet. c. rk. tanár

## Inoperabilis méhrákok sugaras kezelése

A méhrák elhelyezkedése szerint, de sok más tekintetben is egymástól különböző két alakja — a méhnyak és a méhtrák közül a sugarasterapia az előbbi gyógyításában emelkedett nagyobb jelentőségre. Így a méhrák közel 90%-át kitevő méhnyakrák az aránylag csekély számú kezdeti esettől eltekintve — a sugaras kezelés hatáskörébe tartozik, míg a 10%-ot képező méhtrák sokáig egyhelyben maradó voltánál fogva — a műtetre alkalmasabb terület.

A sugarasterapia a méhrák gyógyításában mindjárt kezdetben nagy jelentőségre emelkedett és a rákdaganatoknak ez a megjelenési alakja igazolta elsősorban a sugaras kezelés jogosultságát. Az e téren elért eredmények bebizonyították, hogy a sugaras kezelés a méhrákot még előrehaladottabb esetben is meggyógyítani képes és nagyrészt ennek a tapasztalatnak köszönhető, hogy a röntgen és rádium a rákgyógyításban mind szélesebb körben elterjedő gyógyítóeszközzé vált.

Sugaras gyógyításra a méhráknak túlnyomóan az előrehaladottabb, úgynevezett inoperabilis esetei kerülnek; a méhrák kezdeti stadiumában inkább műtetre való. A méhrák gyógyításában ma is ez az általános vezérelv. Bár a szerzett tapasztalatok alapján az idők folyamán a javallati kör mindinkább a sugaras kezelés irányában bővült, olyannyira, hogy egyes iskolák a műtétet a méhrák gyógyításában egyáltalában nem, vagy csak kivételesen alkalmazták — az általánosan elfogadott álláspont szerint kezdeti esetekben a műtét indokolt. Sokáig egyhelyben maradó méhtrák esetében a műtét javallata szélesebbkörű.

A méhrák súlyosságának, ill. előrehaladottságának megállapítására egész sor szabályzatot állítottak fel, hogy a vizsgáló döntését a műtét, vagy sugaras kezelést illetően megkönnyítsék. A méhrák egyes stadiumainak pontosabb körülhatárolására a múlt évben a Népszövetség egészségügyi osztályának megbízásából *Heyman* svéd professor útmutatót állított össze és szemléltető képek kíséretében a világ valamennyi — a méhrák sugaras gyógyításával foglalkozó nevesebb intézetének megküldötte. A méhrák kiterjedésén alapuló eddig használatos négy osztályba sorolását ő is megtartja, de az egyes határokat pontosan körülírja. Az I. kezdeti

stadium műtetre való; a II. határesetek csoportja már részben a sugaras kezelés hatáskörébe kerül. A III. csoportba sorozott — előrehaladott — esetek egyedüli gyógyítása a sugárkezelés; a IV. csoportba tartozó — úgy nevezett reménytelen — esetekben a sugárkezelést csupán átmeneti javulás érdekében végezzük.

Nagyobb anyagon tanulmányozva a kérdést — szomorúan kell megállapítanunk, hogy a szakorvoshoz kerülő méhrák esetek ma is csaknem 70%-ban előrehaladottabb stadiumban vannak; ilyenkor természetesen már a sugaras kezelés kilátásai is kedvezőtlenebbek. A nagyszabású felvilágosító munka, a szakzerű orvosi vizsgálat könnyebb hozzáférhetősége e téren — sajnos — nem sokat segít. Ezt a lesújtó tényt bizonyítja többek között a nagy taglétszámú megbiztosítók általánosanál semmivel sem korábbi stadiumban sugárkezelésre kerülő méhrákos betegek nagy száma. Azért említem a biztosítókat, mert azok tagjainak az orvosi vizsgálat úgyszólván korlátlanul, minden anyagi megterhelés nélkül áll rendelkezésükre.

A méhrák sugaras gyógyításában helyi kezelésre radiumot, a környezet és a mirigyek besugárzására pedig általában röntgent használunk. A méhrák radiumgyógyítására számos eljárás van használatban, amelyek különböző módon igyekeznek a kényes környezetben az alkalmazás nehézségeit leküzdeni és a radiumsugarak aránylag kis területre szorító hatását mind jobban kihasználni.

A méhnyakrák radiumkezelését általában hüvelyi úton végezzük és azt lehetőség szerint a nyakcsatornában történő radiumalkalmazással egészítjük ki, hogy így a rákfészket mintegy két oldalról vegyük tűz alá. A radiumkezelés nehézségeit a hüvelyben leginkább a hólyag és a végbél okozza. A sugárérzékeny végbél és hólyag védelmére az erős sugársűrűvel felszerelt radiumtubusokat azoktól bizonyos távolságban célszerű rögzítenünk. A radiumkezelési technika az idők folyamán a legkülönbözőbb eszközök gyártásával, kezelési eljárások kidolgozásával igyekezett a méhnyakrák hüvelyi úton történő besugárzását tökéletesíteni. Az e célra használatos különböző pessáriumok, kolpostatok a radiumtubusokat a kívánt helyben rögzítve, a hólyag és végbél kellő védelmével a hüvelyben megfelelő radiumalkalmazást tesznek lehetővé. A hüvelyi eljárást rendszerint a nyakcsatornában alkalmazott radiumkezeléssel egészítjük ki.

A méhnyakrák radiumkezelésében a radiumtűkkel történő tüzelési eljárás nem nyert szélesebbkörű alkalmazást. Ennek oka nagyrészt a beavatkozást sokszor követő, méh környezetében fellépő gyulladásos folyamatokban található, amelyek e téren óvatosságra intenek.

A méhtestrák radiumkezelését megfelelő előkészítés és a nyakcsatorna óvatos kitérítése után a méhüregbe bevitt radiumtubusokkal végezzük.

A helyi radiumkezelést a méhrák gyógyításában mindenkor röntgenbesugárzással egészítjük ki, mely a környezet és a mirigyekben továbbterjedő rákos góccok elpusztítására, a folyamat kiterjedésének megakadályozására hivatott.

A méhrák sugaras gyógyításában számos kezelési eljárás ismeretes; úgyszólván minden sugaras kezeléssel foglalkozó intézetnek megvan a maga kezelési módszere ezek egymástól gyakran csupán árnyalatokban különböznek. A méhrák sugaras gyógyításával elért eredmények megítélésében ma már a hosszú évek tapasztalata alapján készített kimutatások egész sora áll rendelkezésre. Itt is érvényesül a rákgyógyításnak az a köz-

ismert alaptétele, hogy minél korábbi stadiumban kerül a rákos folyamat sugaras kezelésre — annál biztosabb és nagyobb arányban számíthatunk eredményre. A méhrák előrehaladottabb — inoperabilis szakaszában sugaras kezeléssel még mindig 10—20%-ban számíthatunk gyógyulásra Gyógyultnak természetesen csak az öt évig tünetmentes kezelteket tekinthetjük.

A sugaras therapia az inoperabilis méhrák kezelésében nemcsak a gyógyulási eredmények szempontjából, de mint palliatív kezelési eljárás is figyelmet érdemel. A helyi rákos folyamat javulásával karöltve — a kisértő kellemetlen tünetek, vérzés, folyás lényegesen csökkennek, sőt a legtöbb esetben megszűnnek. A sugaras kezeléssel általában az eseteknek felében sikerül rövidebb-hosszabb ideig legalább átmeneti javulást, tünetmentességet elérnünk. A gyógyulási eredmények mellett a sugaras therapia ezen palliatív hatása a méhrák kezelésében nagy jelentőségű. Kétségtelen, hogy a sugaras therapia a méhrák gyógyításában még nem érte el teljesítőképeségének határát. A javuló eredmények alapján remélhetjük, hogy az eddigi kezelési módszerek tökéletesítésével, újabb eljárások kidolgozásával e téren is további előrehaladást fogunk elérni.

Kövesligethy Iván dr.  
egyetemi magántanár.

## KÉRDÉS — FELELET

I. Kérdés: 38 éves, intelligensebb nőbeteg friss luesét a szokásos (neosalv.-bism.) kombinált kúrával — ez esetben revival és medobis inj.-kal kezdtem kezelni; már a 2—3 medobis után gyomorpanaszai keletkeztek, melyekről nyomban nem tudtam eldönteni, hogy a revival, vagy bismuth-től erednek-e; míg nem azután a 4. medobis után kellemetlen bism.-szegély és az alsó bölcsességfogak mellett fájdalom gíngivitis (fekély) keletkezett; szóval tipikus bismuth-mérgezést észleltem, nyáladzással és fémizzel, igen kellemetlen szájbúzzal. Emiatt megkísértem más bismuth-készítményt, az elubis Wander-t; ettől már a II. inj. után még súlyosabb bism.-mérgezés képe tárult előm. Most a II. kúra következne, s nem tudom, hogy bismuth helyett mit használjak a kezeléshez; a higany sók még súlyosabb mérgezést okoznak, még az oldott higany sók is! Vagy csak salvarsant kapjon a beteg?

II. Kérdés: 34 éves nő 44 éves ügyvédhez ment férjhez, akiről a házasság után kiderült, hogy paralysis progressivában szenved. Néhány (4) évi házasság után elválnak a férj hibájából. Az asszony, aki a házasság alatt nem szült, de még graviditást is negál — azzal a kérdéssel lepette meg, hogy vajon ő megkapta, ill. megkaphatta-e férje vérbaját? En erre vér és gerincagy liqu. Wasserman-t indikáltam, de eddig még erre a nevezett nő nem jelentkezett. Kérdésem: vajon a fenti vizsgálatok nélkül mi a valószínűség? Megkapta-e, vagy megkaphatta-e a férje luesét a nő, aki állítólag semmiféle hasonló bajban nem szenved s az együttélés alatt nem szenvedett? Panaszai nem voltak és jelenleg sincsenek.

J. I. dr.

Felelet: Ha a beteg ilyen nagy túlérzékenységet mutat bismuth- és higanykészítményekkel szemben, akkor ajánlatos a következő antiszifilises kórban a higany, vagy a bismuth-kezelést mellőzni s csak salvarsan-gyógykezelésre szorítkozni. A következő kúrában ismét megkísérhetjük a bismuth és a higany rendkívüli óvatos adagolását, még pedig igen kicsiny adagokkal kezdve és igen-igen óvatosan emelkedve. A spirocid, vagy pallicid per os kezelése is alkalmazható ilyen esetekben átmenetileg.

Felelet: Paralysis progressivában szenvedő beteg házastársát syphillissel rendszerint nem fertőzi, sőt ez a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Ilyen esetekben a házasságban a partner syphillis-mentes marad. Mindenesetre ajánlatos a házastárson vér- és liquor-vizsgálatot végezni. E reakció esetleg pozitív volta természetszerűleg nem bizonyítja azt, hogy a fertőzést a házasságban kapta, mert az történetileg a házasság előtt is.

Neuber Ede prof.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Jubileumi évfolyam

### A negyedleges neurolues gyógykezelése activ immunisálással.

Minden activ immunisálási eljárás a kórokozónak fajlagosságán alapszik. Úgy a védő-, mint a gyógyoltásokkal az a cél, hogy a szervezetet a saját tevőleges közreműködésével a bevitt betegségokozókkal és toxinjaikkal szemben fokozott védőanyagtermelésre serkentjük. A positiv phasisoknak felsorakoztatásán kívül minden törekvésünk az individualisálás marad úgy a betegség stádium, mint a beteg makroorganismus szempontjából. Az összbiológiai történet szemszögéből a védekezési folyamatnak kiadás activálása a beoltott mikroorganismusoknak megtelepedésétől és intensiv szaporodásától inkább volna várható; olyan követelmény ez, amely a spirochaetáknál még kulturákban sem teljesíthető; hiszen még az is felderítésre szorul, hogy vajon a rögzített „Haftform”-nak, avagy a mérgeproductio tekintetében valószínűleg kevesebb hatékonyságú „rajzó” formáknak van-e nagyobb szerepe a negyedleges ideglues előidézésében.

Véleményem szerint a neurolues kezelésében törzspecifikus immunisálásra kell törekednünk, mert úgy a mikrobiológiai megfontolások, mint az eddigi laboratóriumi kísérletek is elég adatot szolgáltatnak arra, hogy a spirochaeta-pallida számos fajtára, különböző típusra különül el, amelyek az ember- és állat-pathogenitás tekintetében is különböznek. Ezenkívül az alapimmunisálási gyógykísérletekből kiindulva az oltásra virulentiájukban és főleg mozgáskéességükben erősödő törzsek volnának felhasználandók. — Ha egyelőre még ezen fejlődési foktól messze is vagyunk, az eddigi gyógykísérleteink további várakozásokra jogosítanak.

Már 1930. novemberében bemutatások sorozata kapcsán beszámoltam arról, hogy a radicularis izgalmi jelenségek (gyökfájdalmak, krisisek) tabes dorsalisnak még éveken át sok más therapiás elv mellett sikertelenül kezelt eseteiben is meglepően nagy százalékban és fokban kedvezően befolyásolhatók a virulens spirochaeta pallida törzsekkel végzett activ immunisálási eljárással. Gyógykísérleteimhez az anyagot 1930. ősze óta Hilgermann professor, a porosz Közegészségügyi Intézet főnöke szolgáltatta és juttatja el azóta is két hetenként hozzám. Utánam kedvező eredményekről mások is referálhattak. Így a berlini idegkliniká (Professor Bonhoeffer), Roggenbau, Spizer, Bagothay; az utolsó 2 évben folytatott gyógykísérleteinkről a budapesti idegklinikáról Angyal Lajos közlése van sajtó alatt.

Nyilvánvaló, és ezt a nem szakneurologusok előtt hangsúlyozzuk, hogy olyan körjelzéseknek, amelyek bármely származástani elgondolás szerint is per analogiam leginkább a „hegtünet”-hez vagy postprocessualis zavarokhoz állanak közel (hosszabb időn át fennálló Argyll-Robertson, reflex-kiesések) visszafejlődése nem várható; míg az activ processus-tüneteknek és ezek közül elsősorban éppen a gyöker-izgalmi jelenségeknek a visszafejlődése kortanilag sokkal inkább elképzelhető.

A luesben általában és így az idegrendszeri syphilisben is a spirochaeták nehéz tenyésztése miatt az immunisálási kísérletek késedelmet szenvedtek. Dacára annak, hogy különösen Zinnser, Kolmer, Hopkins és mások által eszközölt állatkísérletekben — pallida-kul-

turáknak intravenás injectiója után — agglutináló és spirochaetocid savóknak létrehozása sikerült és az immunológiás pallidatypus — néhány kivételes biológiai variánstól eltekintve — eléggé egységesnek látszott, mégis a lueses megbetegedésekben az antitestekre vonatkozó positiv eredmények nagyon ellentmondók maradtak.

Az előlt spirochaetákkal végzett oltások — az antigen anyag gyengült hatékonysága miatt, az Obermayer-Pick féle kísérletek után, kevés sikerrel kecsegtettek. Ezenkívül a spirochaeták tenyésztésének nehézségei az immunisálási kísérletekhez szükséges állandó értékű oltóanyagok előállítását gátolták. R. Hilgermann-nak, a porosz közegészségügyi intézet igazgatójának sikerült spirochaeta törzseket több éven át folytatólagos táptalaj-passage-okban továbbtenyészteni és pathogen tulajdonságaiktól mentesíteni. A táptalaj ascitesfolyadék és agar-ból, majd sajtószerűen praeparált embervérből készült. A táptalaj aljára oxygen-t absorbeáló anyagot: sárga phosphor darabot helyezett, amely bár állandóan reducál, mégis összetételében változatlan marad és gy a táptalaj összetételét sem károsítja.

A spirochaeta-oltások 14 naponként történnek, — az uszó pelyhekhez tapadó sp.-ák miatt táglumenű, — 8—10 cm hosszú tűkkel. A „sötétmező”-ben ezen pelyhek egy része sp.-gomolyoknak bizonyult. A 0.5—1, sőt 2 ccm-es intramuscularis kezdeti oltás után a következő oltások reducált mennyiségekkel 0.1—0.2 (0.5) ccm-el kell történnjenek, nehogy a megismételt nagyobb sp.-dosisok az immunanyagoknak gyors lekötésével a szervezetet fegyvertelenné tegyék („negativ phasis”), — annyival is inkább, mert a kórfolyamat sp.-ái amúgy is a védőanyagok egy részét magukra vonják.

A sp. oltások után többnyire 3—6 óra után lancináló fájdalmak és más activ érzéjelenségek, így felületés és mély parethesiák jelennek meg, mint gócreactiók; ezenkívül az oltás helye felett a bőrön jelentkeznek nem ritkán u. n. „udvaros” reactiók, vagy felületés és mélyebb gyulladáshoz oedemák, amelyek 2—3 nap alatt maradék nélkül visszafejlődnek; a szövetbeolvadással járók csak kivételesen fordulnak elő. Az injectiók sorozata 6—10 spirochaeta-oltásból áll. Kiemelem, hogy voltak esetek, amikor már 2—3 sp. oltás után közvetlenül más kezeléssel nem befolyásolható izgalmi tünetek kimaradtak. Így pl. egy 50 éves kereskedőnek, aki a legelső oltott csoporthoz tartozott, a hónapoknak rendszeres kezeléseivel dacoló rendkívül heves metatarsalgiaja mindkétoldalon az I. sacralis és V. lumbalis szelvényeknek megfelelő területeken már 2 injectio után megszűnt és azóta (8 év óta!) nem jelentkezett. Hasonlóképpen kedvező javulások voltak észlelhetők: gynomorkrisisek-, enteralgia, bélkrisisek eseteiben, amelyek heves hasmenéssel voltak egybekötve.

Tabes dorsalisban az I. fokú remissio: 9.1%, II.-od: 18.1%, III.-ad: 33.3%, meghalt: 15.1%, változatlanul bizonyult: 15.1%, előhaladt: 9.1%, meghalt: 3%. Paralysis progressivában az esetek 16%-ában teljes, 10.7%-ában II.-od fokú, 5.3%-ában III.-ad fokú remissio következett be; az oltottaknak 8.9%-ában a vaccinatiók dacára progressio mutatkozott; elhalt: 23.2%, változatlan maradt: 5.2%.

A pyrogen véridegen anyagokkal való combinatio a remissiók fokát, számát és tartósságát fokozni látszott, — (itt utalok a Verotti féle kísérletekre és a sensibilitásoldás folytán előállott u. n. „anamnesticus reakciók”-ra). A további fejlődés egyfelől az individualisálás és a törzsspecificus immunisálás irányában, másfelől a pyogen és fajlagos kezelés combinatioja és az immunisálási oltás-sorozat megújítása — hyperergias reakciókkal végzett controll vizsgálatok mellett — a remissióknak tartósságával kecsegtet. Addig is az „alapimmunisálási kísérlet” folytatása és keverékvakcináknak („Lager-vakzine”) előállítására és a gyógykísérletekbe bevonása volna minél kiterjedtebb neuroluesanyagot ki-  
vátatos.

Benedek László dr.  
egyet. ny. r. tanár.

#### A IV. nemibetegség (lymphogranuloma inguinale, Nicolas-Favre-kór) kórismézése.

A proteusszerűen változó és legtöbbször nem jellegzetes tünetű lymphogranulomát, sem a korai, sem a késői szakában klinikailag *biztosan* kórismézni nem lehet. Kórisménk, amíg annak döntő bizonyítékait nem szolgáltatjuk, csak *valószínű*.

A lymphogranulomának manapság még csak két *döntő bizonyítéka* van: 1. a sikeres *állatojtás*; 2. a *fordított túlérzékenységi bőrpróba*.

A gyakorlatban leginkább fehéregerek agyába ojtással eszközöljük a baj kimutatását. Az ojtás után legtöbbször 5–7 nap múlva, az elpusztult, vagy leölt állatok agyának kient, azur-eosinnal festett készítményeiben, plasmasejteket, monocytákat találunk s a baj más állatra sorozatban is tovavihető.

Noha a lymphogranuloma *kórokozóját* viktóriakék, vagy Giemsa-festéssel sikerül a beteg nyirokcsomók csapolt nedvében, a dohgyenyben, az elváltozások szövetnedvében is kimutatni, a gyakorlatban ez a módszer még *nem alkalmazható* a baj kimutatására.

*Döntő bizonyítéknak tekinthetjük azonban a beteg szövetekből, dohgyenyből készült, antigennel végzett sikeres fordított Frei-féle próbát.* Ha ilyen hatóanyag iránt lymphogranulomás egyének érzékenységét árulnak el, kórisménket eldöntöttnek tekinthetjük.

A lymphogranulomás allergia kimutatása kórisménket csak *valószínűsíti*. Mivel lymphogranuloma után, az egész életen át fennmaradó érzékenység alakul ki, a pozitív Frei-próba csak azt mutatja, hogy a kérdéses egyén keresztületesen a fertőzésen. A baj első heteiben e próbára különben sem építhetünk, hiszen a túlérzékenység aránylag *későn*, a klinikai tünetek kifejlődése után következik be, s a próba társuló fertőző betegségek, főleg *syphilis*, a nyirokcsomók gümőkórja miatt, átmenetileg láz következtében, havi vérzés előtt *nem leges lehet*.

A különféle vizsgálati eljárások közül a complementkötési, a Wassén-féle tengeri malac-próba, a *Levaditi* és munkatársai kidolgozta virulicidpróba felhasználhatósága még teljesen vitás. De épp így a Gaté—Papacosta-féle formalin-próba sem használható fel biztosan a baj kórismézésére.

Gyanus klinikai tünetek esetében, a lymphogranulomában legtöbbször jelentkező kisebb-nagyobb *hőemelkedés*, a vérképben a *monocyták megszorodása*, a vörös vérsejtek *süllyedési sebességének* gyorsulása, *hyperproteinaemia* gyanunkat *valószínűsíti*. Ugyanígy értékesíthetjük a baj korai szakában olykor észlelhető *peripapillaris vizenyőt*, a papilla tájékán az erek tá-

gult, kanyargós voltát s a látóhártyán a középponti erek körül kommaszerű kis erek megjelenését.

A baj *klinikai tünetei* közül az elsősleges lymphogranulomás elváltozás *nem-jellegzetes*, azt klinikailag más bajtól elkülöníteni nem tudjuk, de kizárás útján a kórismét *valószínűsíthetjük*. Ha az elváltozás szövetnedvében nem találunk spirochaeta pallidát, streptobacillust, fusospirillosist, genyeltöket, ha az ingersavó majdnem csíramentes, gondolnunk kell lymphogranulomára. Az elsősleges elváltozás ingersavójának fordított próbára alkalmazása, egér agyába ojtása a gyakorlatban nem számíthat alkalmazásra. A *betegre ellenben felülöjthatjuk az elváltozás ingersavóját*. Lymphogranuloma esetén a felülöjtés *nem fogamzik meg*.

A II. lappangás lejárta az egyik, vagy mindkét oldalt megnagyobbodott lágyéki nyirokcsomók *syphilis gyanúját* is kelthetik. A legtöbbször *hiányzó*, vagy spirochaetamentes nem-jellegzetes elsősleges elváltozás, a csomók kisebb száma, kisebb tömörsége, kistökű, főleg tapintáskor jelentkező fájdalommassága révén, lymphogranulomára terelődik a gyanunk. Ilyenkor természetesen a nyirokcsomók nedvében sem tudunk spirochaetát kimutatni.

A baj későbbi szakában aránylag jellegzetes klinikai tünetek támadnak: a megvörösödött, kékes-lilásan elszineződött, a bőrrel s egymással összekapaszkodott *strumosus* nyirokcsomóhalmazban, rendszerint a halmaz szélén kisebb tályogok alakulnak ki, melyek sorozatban sipoly hátrahagyásával feltörnek. E jellegzetesnek tartott tünetek révén *sem lehet biztosan* klinikailag kórismézni a lymphogranulomát. Mai tudásunk szerint ugyanis a gümőkór, sőt *Hellerström* szerint a syphilis és lágyfekély is kiválthat golyvás dobot.

A lágyéki nyirokcsomókat egész sereg másféle baj is megtámadhatja, s ezek zavarhatják kórisménk megejtését. Ezek a lágyéki nyirokcsomóduzzanatok kétfélék: *nem-genyedők és genyedők*. A nemgenyedők közül legfontosabb a már említett syphilitikus skleradenitis. Ritkán késői, syphilitikus gummosus nyirokcsomóelváltozás is utánoszhatja a lymphogranulomás dobot. Hodgkin—Sternberg—Paltauf-kór ritkán fordul elő egyedül a lágyéki nyirokcsomókban; a kórismét a szöveti vizsgálat dönti el. A Gordon-próba csak nagy óvatossággal használható, mert lymphogranuloma esetében görcsös állapot ugyancsak jelentkezhetik. Fehérvérűségkor a vérkép, pseudoleukaemiában pedig a bőrtünetek, s más tájékú nyirokcsomók baja útbaigazít. Daganatos nyirokcsomó-áttétel esetén senyvedést találunk, a belső nemi szervekben a nőgyógyászati vizsgálatkor legtöbbször megtaláljuk az elsősleges daganatot, s a szöveti vizsgálat tisztázza a kórismét. De gondolnunk kell kankó, genyeltök, filaria okozta nyirokcsomólobra is. Heveny genyedő nyirokcsomólob esetén genyeltök, tularaemia okozta lob jöhet szóba. *Félheveny*, vagy idősült dobot kiválthat, gümőkór, sugárgümő, blastomyceta, sporotrichon, filaria.

Ebben a szakban a lymphogranuloma kórisméjét *valószínűsíti* a medencebeli hasfal felől tapintható csipőtáji nyirokcsomók megnagyobbodása. Lymphogranuloma során ezek az esetek felerészében megbetegednek, de viszont Hodgkin—Sternberg—Paltauf-kórban, leukaemiában, pseudoleukaemiában, daganatos áttételkor is tapinthatók lehetnek.

Tudnunk kell azt is, hogy a lymphogranulomás dob nem mindig *strumosus*, olykor a streptobacillus okozta bubo dolenshez hasonló *nagy tályogos alakot* ölt. A streptobacillus hiánya, e csíra rázatával végzett Ito—Reenstierna-féle bőrpróba, *Levaditi—Ravaut—Cachera* ajánlotta ilyen antigennel végzett complementkötés nemleges volta, a *felülfertőzés sikertelensége*, ezekben az esetekben is a helyes útra tereli kórisménket, különösen akkor, ha a lymphogranulomás allergia is kifejlődik és a Frei-próba később igenleges eredményt ad.

Máskor viszont a dob nem válik golyvássá, s benne tályogtermelődé, sipolyképződés sem következik be. Ilyen lymphogranuloma abortivum esetében a beteg azért túlérzékenyvé válhat s a kezdetben nemleges Frei-próba később az 5-8. hét körül igenleges lehet. Különben az eltávolított nyirokcsomóból készített antigennel elvégezhetjük a fordított Frei-féle próbát s ilyen módon még az allergia beállta előtt kórismézhetjük a betegséget.

Húgycsőön át történt fertőződéskor a tünetek enyhe volta, a geny csiramentessége, esetleg a kankós complementkötési vizsgálat nemleges volta útbaigazít. A húgycsőváladék ilyen esetben antigen tulajdonságú lehet, s vele túlérzékenyekben a Frei-próba kiváltható.

A fertőzési forrás kutatásakor találkozhatunk tünetszegény, tünetmentesnek látszó, lymphogranulomás nőbetegekkel. Ezek fertőző voltát csak állatojtásokkal, vagy a kóros szövetermekkel, váladékkal elvégzett fordított Frei-féle próbával dönthetjük el.

Extragenitalis fertőzéskor a kialakuló tünetek: az elsősleges elváltozás, dob valódi okát is csak az említett bizonyító erejű kísérletekkel tisztázhatjuk.

Régebben lezajlott lymphogranuloma gyanúját kelti, ha a lágyéktájban jellegzetes kis behúzódtott hegeket találunk, közöttük esetleg kidomborodó bőrincokkal. De persze régebbi fertőzést az esetleges késői tünetek, s az igenleges bőrpróba is elárulják.

A túlérzékenységi Frei-féle próba megejtése ojtóanyag hiányában sokszor nehézségekbe ütközik. Ilyenkor a csiramentesen lecsapolt genyet, vagy a sebészet szabályai szerint kimetszett nyirokcsomót beküldhetjük a bajjal foglalkozó intézetbe, ahol a beküldött anyaggal, antigennel feldolgozása után elvégezhető a fordított Frei-féle próba s az állatojtás. Sokszor magunk is megközelítjük a kórismét. Ha a saját genypróba pozitív s a kereskedésben kapható streptobacillus ojtóanyaggal (Pápay-intézet; Cuti-Dmelcos sec. Poulenc Frères Paris) végzett intracutan Ito—Reenstierna-féle próba nemleges, a lymphogranuloma kórisméje megközelítően bizonyossá válik. Újabban azonban számolnunk kell azzal, hogy a tularaemia hazánkban is honossá válik. Ez a baj saját genyójtáskor ugyancsak pozitív eredményt mutat. Súlyos általános tünetek, többszörös, esetleg járványszerűen fellépő, nem is a nemi tájékban jelentkező nyirokcsomólob esetén, erre a bajra gondolunk kell, s a beteg vérsavójával el kell végeztetni a baj kimutatására szolgáló agglutinációs próbát.

A szövettani vizsgálat a lymphogranulomás nyirokcsomógyulladás kórismézésére egyedül nem elégséges. Más, sarjadzások folyamattól igen sokszor lehetetlen, csupán csak szöveti vizsgálattal a lymphogranulomát elkülöníteni. Persze Hodgkin—Sternberg—Paultauf-kór, vagy daganatos áttétel esetén a szöveti vizsgálat nélkülözhetetlen.

Exjuvantibus sem ejthetjük meg a kórismét. A lymphogranulomának eleddig fajlagos vegyi szere nincsen. Más betegség kizárására alkalmazott ilyesféle kezelés, mint pl. érbe fecskendezett streptobacillus-ojtóanyag, vagy syphilisellenes kezelés, mint ingerhatás, tapasztalás szerint magára a lymphogranulomás folyamatra is hat s ilyen módon a kevert fertőzésnek a gyanúja merülhet fel, avagy éppenséggel hibás lesz a kórisménk.

Tudnunk kell azt is, hogy a lymphogranulomában nem építhetünk a syphilis felismerésére alkalmazott complementkötő védőtestek kimutatására sem. Ugyanis a Wassermann-féle próba, sőt a különféle csapadékos vizsgálatok lymphogranulomában hamis pozitív eredményt adhatnak.

A lymphogranuloma során mintegy 3—5%-ban jelentkező bőrtünetek, a lymphogranulomás nyirokérlob, bubo-

nulus felismerése csakis jellegzetesebb tünetek fennforgásakor, a baj kórismézése után lehetséges.

Igen nehéz a gyakorlóorvos helyzete, ha kevert fertőzéskor kell a kórismét megejtene. Virágzó, sőt lapangó syphilis miatt a túlérzékenységi bőrpróba negatív lehet, de viszont a lymphogranuloma akadályozhatja a syphilises complementtérítő anyagok megjelenését; máskor lymphogranuloma esetén heterogenetikus syphilis-antigennel kötődő antitestek jelenhetnek meg.

Éppen ezért kevert fertőzés esetén törekednünk kell legalább is a társfertőzés kórokozójának a kimutatására. Lymphogranuloma és syphilis társulásakor szükséges kimutatni a spirochaeta pallidát, lymphogranuloma és lágy fekély esetében pedig a Ducrey-csírát. A túlérzékenység kimutatása lágyfekély esetén sem elegendő, mert a pozitív Ito—Reenstierna-féle próba jelezhet, akár évtizedekkel előbb megtörtént fertőzést. Egyidejű lymphogranulomás fertőzés kimutatására legtöbbször az állatkísérlet szükséges.

Amint láthatjuk, a lymphogranuloma kórismézése sokszor nehéz, de az említett sajátgeny és streptobacillusos anyaggal eszközölt ojtásokkal, gyanúját a gyakorló orvos is többé-kevésbé beigazolhatja.

Melczer Miklós dr.  
egyet. ny. rk. tanár, Szeged.

## A térdizületi porckorong (meniscus) eltávolítása.

A porckorong sérüléseinek ma már nagy irodalma van. A sérülések létrejötte, a kórtani elváltozások eléggé tisztázottak, a műtéti javallatok tekintetében azonban ma még kevésbé egységes a sebészek állásfoglalása, mint volt néhány év előtt. Vannak sebészi osztályok, hol elvből minden porckorongsérülés gyanúja esetén műtétet végeznek, mások mindinkább tartózkodóbb álláspontra helyezkednek s csak kivételes esetben nyulnak késhez.

Ha keressük e különbségek okát, úgy azt hiszem elsősorban abban találjuk meg, hogy nem huztunk elég éles határvonalat meniscusbántalom és meniscussérülés között.

Andreessen, Magnus, Regensburger, Bürkle de la Camp, Klapp és sokan mások foglalkoztak behatóan a meniscus bántalom és sérülés kóroktanával és gyógyításával. Vizsgálataikból kiderült, de saját észleléseim kapcsán én is igazolhatom, hogy a meniscus sok esetben elhasználódás folytán is sérülhet, így kertészek, parkett készítő, szőnyegfonók, szabók s főleg bányászok esetében, — így érthető, hogy az angolok főleg mint bányász betegséggel foglalkoztak a porckorong sérüléseivel. Sokszor csekély balesethez társul porckorongsérülés, úgy, hogy Payr traumás és spontán meniscus sérülést különböztet meg. Néha oly kicsiny a trauma, hogy az egészséges porckorongon sérülést nem okozott volna. Ilyen esetben hiányzik a véres izzadmány, ellenben tiszta izzadmányt, régi hegeket, vastagodásokat a Hoffa-f. zsírszövetben többször találunk. A porckorongon a sérülés nem éles, hanem rojtozott, a porc homályos. Ezen foglalkozásból származó porckorong sérüléseket okvetlen meg kell operálni, ily esetekben conservatív eljárásoktól javulás, vagy gyógyulás nem várható.

A porckorong hevenyen, főleg sport közben úgy sérül, hogy az alszár hajlított állapotban kifelé irányuló csavaró mozgást végez. Rendszerint a belső porckorong sérül. A meniscus elülső része feszítés és húzás, a középső része ékakakú összeszorítás, a hátsó része a tibia

feje és a combcsont belső condylusa által okozott összenyomatás által sérülhet meg. A porckorong leszakadhat az elülső, vagy hátsó tapadásról, vagy oldalt a tokzalagról, vagy alul a csonttól. A leszakadt rész az ízületi végek közé becsipődhet, a becsipődés, vagy kiugrás mindig gyuladással járhat együtt.

A külső meniscus sokkal mozgékonyabb és ezért ritkábban sérül meg. A porckorong sérülése nagy fájdalommal jár, néha a kicsuszott porc darab tapintható. A térd hajlított állapotban van — később az ízület mozgatható, az alszár kinyújtása lehetséges, de rendszerint vérömleny, izadmány keletkezik az ízületben. A körisme az előzmények meghallgatása után könnyű, röntgen felvétellel azonban rendszerint nem bizonyítható.

*Heveny porckorong sérülést semmi körülmény között nem kell operálni.* Több esetben láttam, hogy kellő ideig (3—4 hét) nyugalomba helyezésével, később gipsz rögzítő kötéssel, vagy pólyázással a porckorong vissza gyógyult úgy, hogy az illető ma is lovagol és egyéb sportot is űz minden zavar nélkül. Ha a porckorong összegyűrődik, elmeszesedik s már járaskor, főleg lépcsőjáraskor is becsipődik s a folytonos megismétlődő rohamok foglalkozásában is gátolják a beteget, nem kell megvárni, míg súlyos másodlagos elváltozások, izomsorvadás, stb. jönnek létre, hanem ilyen eseteket is meg kell operálni. A műtét a lehető legegyszerűbb legyen, nem szükséges nagy feltárás, sem az ízület teljes átvizsgálása, csak a kóros meniscus eltávolítása. Az ízület fertőzésének súlyos következményei lehetnek (a térdizület merevsége, a végtag elvesztése, sepsis folytán halál). Ép ezért a műtét és segédei csak a műteti területtel legyenek elfoglalva, de még ők se nyuljanak kézzel a sebbe, a végtag elhelyezését, stb. külön segéd végezze. Helyes javallatok mellett sok beteget szabadíthatunk meg kinos betegségétől, szinte nyomorékságától, de nem szabad a műtétet könnyelműen vállalni. Igaza van Magnusnak, hogy tulsokat operálunk, pedig a korong eltávolítását nem lehet minden esetben közömbösnek tekinteni.

Ádám Lajos dr.  
egyet. ny. r. tanár

## KÉRDÉS — FELELET

*Kérdés:* Egy községben több községi orvos működik és ezek közül az úgynevezett ügyvezető meghal, vagy nyugalomba vonul, a pályázat az ügyvezető községi orvosi állásra vagy csak községi orvosi állásra fog-e kiírni? A községi másod orvosnak kell-e pályázatot, illetve pályázati kérvényt beadni erre az állásra, vagy egyszerűen, mint rangidős automatice ügyvezetőnek lép-e elő? Ha pályázni kell, mellékletek nélkül kérvénnyel pályázhat-e? Ha nem és automatice sem lép ügyvezetőnek, akkor ki nevezi ki?

*Felelet:* A községi orvosoknak az új n. ügyvezetői teendőkkel megbízatása nem jelent rang- ill. fizetési osztálybeli különbséget, egyedül az, hogy a községi egészségügyi közigazgatási vonatkozású adminisztratív teendők elvégzésével ezt a községi orvost bízta meg a község. Az ügyvezető orvosi teendőkkel a községi képviselőtestülete ruházta fel az orvost. Legtöbbször azonban a község szabályrendeletileg rendezi ezt a kérdést. Ebből kifolyólag nyilvánvaló, hogy ha a községi ügyvezető orvosi állás megürül, a pályázatot csupán községi orvosi állásra írhatják ki és a község képviselőtestülete, vagy a községi szabályrendeletnek megfelelőleg, vagy mint a községnek akaratelhatározó szerve, a községi törvény felhatalmazása alapján dönt afelett, hogy kit bízson meg a községi orvosok közül az ügyvezetői teendők ellátásával.

*Kérdés:* A jelenleg érvényben lévő törvény, ill. rendelet értelmében milyen orvosi bizonyítványok kiállítása van: 1. m. kir. tisztiorvoshoz, ill. főorvoshoz; 2. városi hatósági orvoshoz kötve és végül 3. milyeneket állíthatnak ki magánorvosokat folytató orvosok?

Tudtommal a közegészségügy államosításáról szóló tör-

vényben ez nincs leszögezve, valamint az sincs élesen elhatárolva, mi a tisztiorvosoknak s mi a városi hatósági orvosoknak munkaköre.

Arról is tudomással bírok, hogy a magánorvosok által kiállítható bizonyítványokat vármegyei törvényhatóság külön szabályozta.

Véleményem szerint ezt a kérdést országosan egyöntetűen kellene eldönteni.

R. dr.

*Felelet:* Az orvosi bizonyítványok tekintetében különbséget kell tenni hatósági és egyéb orvosi bizonyítványok között. Hatósági orvosi bizonyítványt csak hatósági orvos állíthat ki, még pedig elsősorban a kir. tisztiorvos, mint ezt a hatósági orvosi szolgálatról kiadott 900—1936. B. M. sz. rendelet 23. §-ának (1) bekezdése b) pontja kijelenti. E rendelkezés értelmében a kir. tisztiorvos állítja ki az összes hatósági orvosi bizonyítványokat, amelyeket valamely jogszabály kifejezetten nem utal a kir. tisztiorvos, illetőleg a városi, vagy községi orvos hatáskörébe. Így csak a kir. tisztiorvos állíthatja ki pl. a személyjogi gyógyszerügyi jogszabály engedélyezéséhez, illetőleg átruházásához szükséges hatósági orvosi bizonyítványt; a községi és a városi orvos pl. a tanoncszerződéshez szükséges hatósági orvosi bizonyítványt.

Erre vonatkozólag taxative felsorolás még egy jogszabályban sincs. Ellenben, ha a községi, (városi) orvosnak e tekintetben kötelessége van a kir. tisztiorvos a felvilágosítást az ad hoc esetekben mindig megadja.

A magánorvos oly esetekben állíthat ki orvosi bizonyítványt, amikor az eset jogi mérlegelésekor nem elengedhetetlen feltételként írja elő valamely jogszabályt, hogy csak hatósági orvos által kiállított orvosi bizonyítvány fogadható el.

Atzél Elemér dr.

*Kérdés:* 22 éves kb. 90 kg. testsúlyú nőbetegem II. terhességével 1938. okt. 8-án 3.200 g. súlyú leánymagzatot szült. szülés alatt eléggé nyugtalan, szülés után atóniás vérzés, csekély hüvely- és gátrepedés. Gátrepedést, hüvelyrepedést bevarrom. Belső beavatkozás nem történik. Atóniás vérzést injectiókkal szüntetem meg. A további napokban jól érzi magát. A gyermekágy 7. napján lázas lesz, epehólyagtáji fájdalmak jelentkeznek. Az uterus táján minden rendben találom, fonálgnyedés nincs, sebszéklet jól tapadtak. Mellkasi szervek rendben. Kórházba utalom. 5 napig kórházi tartózkodás alatt láztalan, epehólyagtáji fájdalmak tartanak. Javultán érkezik haza, azonban már 39 °C láza van. Az OTI-orvos febris puer. diagnossal a debreceni klinikára küldi. Láztalanul érkezik. Klinikai diagnoss: Csekély subinvolutio uteri, más semmi. Azonnal hazaküldik. Ettől kezdve változó láza van. Széklete zsíros lesz. Pankreatitis acuta. Kórházi tartózkodása alatt i. v. trypaflavint kap és dipankrin tablettát megfelelő zsírmentes diéta mellett. Kb. hat hetes kórházi tartózkodás után érkezik haza. Azóta láztalan, de fájdalmak kisebb-nagyobb mértékben állandóan tartanak. Diéta mellett is széklete változatlanul igen zsíros és híg. Naponta 8 szem dipankrint szed. Mit lehet és mit kell tenni, hogy a beteg meggyógyuljon? Sz. L. dr.

*Felelet:* Heveny pankreatitis esetében a gyakorlatban abszolút tartózkodó állápontra helyezkedünk, a beteget lehetőleg hosszú ideig éhezettjük, szomjaztatjuk. Folyadékvesztésének pótlására naponta 1000 g. physiologiás konyhasó oldatot, vagy Ringer-oldatot (mindkettő készen is kapható) esetleg csepegtető klysmát kaphat. Mivel hosszabb ideig tudjuk a hasnyálmirigyet erő ingereket és ezzel az önmérsztődés továbbhaladását megakadályozni, annál nagyobb a valószínűsége a gyógyulásnak.

A heveny tünetek elmúlásával első tápszere Ch. legyen a betegnek (monosaccharida — szőlőcukor.) Előzetes vércukorcontroll mellett és nem fokozott vércukor esetén is arányos mennyiségű nem ZPI (zinkprotamin insulin) adagolása mellett. Természetesen magasabb vércukorérték esetén ennek tolerálását is számba kell vennünk. Nem baj, ha az első hónapokban a beteg caloria szükségletét nem elégítjük ki. A szőlőcukor étrend bevezetése után néhány héttel ki-sérrelhetjük meg fehérjék adagolását és csak akkor ha már a fehérje tolerancia kifogástalan, adhatunk előzetesen emulgeált zsírt (tojássárgájával és oliva-olajjal készült majonaisse). Gyógyszeresen a csökkent fermentműködést kell pótolnunk (dipankrin, lucullin, stb.) A pontos beállítás (étrend, életmód, stb.) házilag nehezen vihető keresztül, miután állandó vércukor-, széklet-, stb. vizsgálat szükséges, úgy hogy ajánlatos a beteget megfelelően berendezett intézetben elhelyezni. Gondoljunk epeköre és cukorbetegre is!

Schaffler József dr. egyet. rk. tanár.

# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Jubileumi évfolyam



### A pruritus ani sebészi gyógykezelése, új eljárás ismertetésével.

A *pruritus ani* (pr. a.) nem egységes kóroktanú betegség, gyűjtőfogalom egy kórkép elnevezésére, amelynek lényege a viszketés. Ennek kiterjedése és foka igen különböző lehet. Néha csak a végbél nyálkahártyájának viszketéséről panaszkodnak a betegek, máskor kiterjed a végbélkörüli bőrre is kisebb-nagyobb terjedelemben. Ami a fokát illeti, az lehet olyan, amely csak időnkint zavarja és lehet olyan is, amely munkaképtelenné teszi és kétségbe ejti a beteget.

Kóroktanában — eltekintve a sui generis esetektől, amelyeket fel kell tételezni — szerepelnek: bőrbajok (ekzema, lichen r.). Minden olyan rectalis és vaginalis betegség, amely váladékképzéssel jár (fistula ani, proctitis, fluor stb.), sok olyan baj, amely nem jár váladékképzéssel (modus, fissura, polypus, carcinoma, dysenteria, végbélfekély stb.), húgyivari megbetegedések: mint prostatahypertrophia, strictura,) végbél férgek, scabies; anyagcserebetegségek: diabetes; vesebajok, ikterus, köszvény, allergiás betegségek pl.: rák élvezete, leukaemia; állítólag erős fűszerek, alkohol, coffein, nikotin túlságos élvezete; talán a lues is; és sok más. Végül merem hozzátenni, igen sok esetben az egyszerű tisztátlanság.

Nyilvánvaló, hogy egy bajnak a terapiája, amelynek kóroktanában ennyi és még sokkal több tényező szerepel — nem lehet egységes. Éppen azért nem is lehet minden eset oki terapiáját leírni. Gyakorlat dolga minden esetben, amelyben az ok nem kézen fekvő, megtalálni vagy legalább is gondolni a lehetséges okra. Éppen ezért le kell mondanom mindazon eljárások leírásáról, amelyek nem a sebész körébe vágnak. A sebész e néha borzasztó bajban az ultimum refugium, előbb meg kell kísérelni minden egyéb gyógykezelést és csak ha ezek csődöt mondanak, lépnek jogukba a sebészi eljárások. Könnyen elképzelhető, hogy ezek nem okiak, már pedig amit causálisan lehet gyógyítani vagy megszüntetni, azt ezen az alapon kell legalább megkísérelni.

A legtöbb esetben, amikor látjuk, a bőr elváltozásai szembenőnek már, tehát első sorban a bőrbaj megszüntetése lesz a feladat. Ha elsődleges ekzema vagy más bőrbaj van jelen, úgy az kezelendő. Legjobb ennek kezelését a bőrgyógyászra bízni. Magam erre nem mernék vállalkozni. Idült eczémának a kezelése annyi szakorvosi tapasztalatot követel, aminővel más disciplinában működő orvos nem rendelkezik. Ezt a kezelést tehát meg sem említem.

Ha tisztátalan beteggel van dolgunk, elsősorban gondoskodjunk a tisztátlanság megszüntetéséről. Néha ez szegénysorsú, indolens egyéneknek csodát művel. Fürdő, lemosás minden székürítés után, hygiénikus törülés alkalmazása esetleg anicure-el kapcsolatosan néha egy csapásra megszünteti a kellemetlen viszketést. Egyszerű zinkkenőcs ilyenkor hamarosan megnyugtató az izgatott bőrt. Az ez úton szerzett tapasztalataim megerősítenek abban, hogy a bajnak kóroktanában bakteriális fertőzés is szerepel, amiben a bélsárnak van szerepe. A bakteriumok, a bőrön elszaporodva azon látható gyuladást (sem furunculust vagy

phlegmonét) nem okoznak, de irritálják annak idegeit, ami viszketéssel jár. Eltávolításukkal megszűnik az inger és vele a viszketés is. Hasonlóképpen erős ingert gyakorolhatnak a bélsárban lévő nedvek is a bőrre, ennek extrém példái a hasmenések mellett észlelhető bőr elváltozások a végbél körül és a vele járó kellemetlenségek. Székrendezés és tisztaság megkímélik a perianalis bőrt mindkettőnek kellemetlen hatásától, illetve következményeitől.

Ha a végbél sebészi bántalmainak valamelyike van jelen (aranyér, polypus, sipoly, fekély, carcinoma, dysenteria, proctitis, fissura, incontinentia ani, székrekedés stb.), úgy első sorban ezek ellen kell eljárunk. Ha olyan női baj van, amely váladékképzéssel jár (fluor, colpitis, carcinoma, hólyag-hüvelysipoly stb.), úgy az eset a nőgyógyászhoz tartozik, épúgy ha idegbajról vagy a belgyógyászat körébe tartozó valamely bajról van szó (neurasthenia, agybaj, diabetes, icterus, bélférgek, vesebaj stb.).

Csak ha a szakorvosi kezelés csődöt mondott, jönnek szóba a sebészi eljárások, amelyek néha nem egyszerűek, sokszor sok felelősséggel, illetve kockázattal járnak, amilyen a kellemetlen hegeképződés, a végbélnyílás megszűkülése, esetleg incontinentia. Lényegük szerint a sebészi beavatkozásokat a következő két nagy csoportba oszthatjuk. A idegvezetés megszakítása a beteg bőrrel képezi az egyik csoport alapját; a másik a célt a bőr elpusztításával illetve eltávolításával igyekszik elérni.

A bórköz vezető idegpályák megszakításával járó eljárások közül a következők említhetők. *Jaboulay* volt az első, aki 1900-ban ajánlotta a végbélhez vezető sympathicus-pályák átmetszését. Ennek az eljárásnak alig akadtak hívei. Nagyobb elterjedésnek örvendettek azok az eljárások, amelyek a *nervi pudendi* illetve ágainak átmetszésében állnak. Az ideg a fossa ischiorectálisban könnyen szabaddá tehető. (*Frankenthal, Hedri, Marhoff, Mauclair, Rochet* és *Haberland* szerint.) *Payr* a farcsíkcsont és környezetének eltávolításával iparkodott a végbél bőréhez vezető bőridegeket resecálni.

Egy másik csoportját az idegvezetés megszakításának képezik azok a műtétek, amelyek a bőr felpraeparálásával szüntetik meg annak folytonosságát alapjával, azaz beidegzésével is. Ezen eljárás typusa a *Ball-féle* műtét. E szerző két íves metszéssel a végbél két oldalán, tekintélyes bőrlebenséket készít; a bőrt leválasztja alapjáról, esetleg a nyálkahártyát is a záróizomig. Állítólag sok súlyos esetben is eredményesen végezték. Hátránya, hogy bőrelhalással járhat, aminek súlyos következményei lehetnek, ezért a műtétet úgy módosították (*Corlette*), hogy részletekben, tehát nem együlésben végzik a bőrlebenségek készítését. *Küttner* nem varrta vissza azonnal a bőrlebenséket, hanem azokat egy ideig tamponálta, ezzel akarván az idegek megszakítását még tökéletesebben elérni.

Kísérleteztek alkohol-injectióval is a bőr alá, vagy a nervus pudendus tájékára. *Stone* 95%-os alkoholt használ; *Haskell* és *Smith* többszörösen alkalmaz befeckendéseket 70%-os alkohollal. *Moore* chinin és urea hydrochlorica-oldatot alkalmaz 5%-os erősségben (*Haberland* után).

A második nagy csoportot képezik azok az eljárások, amelyek a bőr kimetszésével kívánják a célt elérni. Kisebb bőrrészletek vagy nyálkahártyarészletek kimetszése könnyen történik és nem veszélyes, nagyobb darabok kimetszése kellemetlen következményekkel járhat. Ide tartozik a *Whitehead*-féle műtét, ha csak a nyálkahártya viszket. Bőrrészletek kimetszése után — *Frankenthal* — a bőrt a nyálkahártyával egyesítjük ismét. Van ugyan szerző — *E. Fischer* — aki fedetlenül hagyja a kimetszett bőr helyét. Nagyobb bőrhiányok fedésére ajánlotta *Frankenthal* és *Küttner* a hereborék bőrét, amit *Haberland* semmiképp sem helyeselt, mert ezáltal a herék hátrakerülnek a végbélnyílás elé s ezen állapot megszűntetése esetleg csak újabb plastikával lehetséges. Hátránya ez eljárásoknak, hogy a varrat ritkán tart (fertőzött területen), és így kellemetlen hegeképződés lehet következményük.

Ezen műtéteknek alcsoportját képezik a perianalis bőr elpusztítását célzó eljárások. Ide tartoznak a bőr étetése pokolkőpálcikával vagy lúggal, amelyekről keveset olvashatunk. Kevésbé ismert, bizonytalan hatású eljárások. A gondolatot azonban értékesítette *Haberland* a következő eljárásának kidolgozásával. Magasfrekvenciájú árammal — diathermiával, illetve rövidhullámú eljárással — pusztítja el a perianalis bőrt a kívánt terjedelemben. Először a *Paquelin*-égető használta e célra. Magasfrekvenciájú árammal azonban állítólag olyan heget lehet elérni, amely nem bir a vastag hegek kellemetlen tulajdonságaival, vagyis puha marad, nem zsugorodik, amint azt naevusok eltávolítása után sokszor észlelhetjük. A szerző azonban nem tagadja, hogy hegesedés miatt is volt alkalma utólag még beavatkozni, tágitást vagy bemetszéseket végezni. Ha elképzeljük, hogy a bőrt egy esetben 12 cm-nyi átmérőben égette a végbél körül, úgy a beavatkozást igen mélyrehatónak kell minősítenünk, amelyet csakis a baj igen súlyos volta indokolhat. Eredményei állítólag jók. Tervbe vette, hogy legközelebb az eljárást a *Ball*-féle műtéttel egyesíti.

Magam a következő egyszerű eljárást alkalmaztam három esetben. A bőr folytonosságát nem nagy lebeny készítésével, azaz a bőr leválasztásával szakítom meg, hanem tenotommal végzem azt. Kétoldalt behatolva a bőr nagy területen választható le a nyálkahártyával együtt egészen a záróizomig minden különös vérzés nélkül. Csodálatos mily kevés vérzéssel jár ez a beavatkozás. Utána a két nyílást egy-egy öltéssel bevarrom. A végbélbe csövet, köréje pedig nyomókötést teszék 24 órára. Nyomát sem láttam így a haematomának; mind a három eset primára gyógyult. Az elsőt, mely igen súlyos eset volt, háromnegyed évvel ezelőtt operáltam, jelenleg jól érzi magát. Az eljárást egyszerűségénél és veszélytelen voltánál fogva ajánlhatom és azt hiszem minden esetben megkísérlendő, mielőtt veszélyesebb eljáráshoz folyamodnánk.

*Vidakovits Kamilló dr.*  
egyet ny. r. tanár.

## Therapiás rákok.

Ráktherápiáról már sokat írtak; most legyen szabad néhány olyan therápiás eljárásról szólnom, mely rákot okozhat. Ezek közül első helyen áll a röntgensugár, melynek rákkeltő tulajdonságait a vele foglalkozók első generációja a szó legszorosabb értelmében a saját bőrén tapasztalta ki, hiszen a röntgensugarak orvosi alkalmazásának úttörői közül számosan szenvedtek súlyos martyriumot, sőt vértanuhalált a röntgenrák miatt. Ma a röntgenológusok sajátmagukat kellőképpen meg tudják védeni, sőt alaposan kitanulmányozták azt is, miképpen kell a röntgensugárral kezelt beteg károsításának eshetőségeit a legkisebb mértékre leszállítani. De bármily óvatossággal történik is a röntgenbesugárzás, mégis alkalmas arra, hogy felidézze a rákveszedelmet. Alkalmam volt látni a *Guszman* tanár által az O. H. 1938. nov. 12-i számában leírt kiterjedt fejbőr-rákot, melyeket röntgenepilatio okozott. Ezek közül az egyik műtetre teljesen alkalmatlan volt, a másikat igen gyökeresen megoperáltam, a daganatot bőven az épbén elektromos késsel kimetszve az alatta fekvő csonthártyával együtt eltávolítottam s a lemeztelenített, látszólag ép csontot is megégettem, úgy hogy az utólag nagy kiterjedésben elhalt és demarcatio után nagy lemezekben többnyire a diploe szintjében volt eltávolítható, egy darabon azonban az agyhártya is szabaddá vált. Ezután gyógyörü tiszta sarjfelszín állott elő, melyet Thiersch-átültetéssel fedtem, ez legnagyobb részben meg is tapadt, mégis néhány hónap múlva halálra vezető recidiva állt be. Ezt a fiút 7 éves korában gombás hajbetegség miatt röntgenézték, utána fejbőre látszólagosan teljesen rendbejött, haja is kinőtt és 11 évig semmi baja sem volt és végül mégis rákot kapott, mely, mint *Guszman* igen meggyőzően bizonyítja, vitathatatlanul a hosszú ideig lappangó röntgenkárosodás következménye volt.

Az évek folyamán jó egynéhány esetet láttam részben már kifejezett rákkal, részben előrehaladt praecancerosus elváltozásokkal, melyekben aránylag jelentéktelen, vagy legalább is a röntgenártalmak mértékéhez képest elenyésző csekély jelentőségű okból történt a röntgenbesugárzás. Példakép hozom fel azt a fiatal nőt, aki 1926-ban 21 éves korában lábizzadás miatt kapott 5—6 röntgenbesugárzást. Pár hónap múlva talpáinak bőre vörös lett, majd feltűnő szárazzá, hámlóvá vált; 1933 májusában a jobb, augusztusban pedig a bal talpa kisebesedett és ezóta állandóan sebes és fájdalmas. 1936. augusztusában a bal talpon másfél-tenyérnyi, a jobbon mintegy féltenyérnyi fekély. *Guszman* tanárral, aki a beteget már több mint egy éve kezelte, műtétet határoztunk el, mert a fekélyek semmi gyógyhajlamot nem mutattak és igen fájdalmasak voltak. A műtét 1936. szept. 11-én történt, a jobb talp bőrét 7x4, a balét 9x6 cm terjedelemben elektromos késsel eltávolítottam. Mint *Zalka* tanár leírja, e bőrda-  
rabok úgyszólván egész terjedelmükben fekélyesek voltak: a fekély úgy a szöveti, mint a klinikai kép alapján

## KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készül

## GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál  
Prompt hatás! Osszetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 220

feltétlenül röntgenfekély volt. Műtét után a bal calcaneus kis darabja elhalt (itt a fekély egészen csonthártyáig terjedt volt) s az így támadt sequestert 1937 májusban el kellett távolítani, mire a talp rövidesen teljesen behámosodott; a jobb már 1937 februárban be volt hámosodva, de a beteg csak júniusban kezdett járni. Jelenleg gummibetéttel elég türethően jár, mindkét talpa heges, de sima, nem fájdalmas, azonban időről-időre helyenként lekopik a hám s ez mindig igen nehezen gyógyul meg. Annyi bizonyos, hogy a 12 év előtt történt röntgenezés folytán a beteg nem csak igen közel jutott a rákhoz (ha ugyan a kiírtott fekély egy része nem volt már kezdődő rák, hiszen sorozatos metszetek nem készültek) hanem immár hatodik éve munkaképtelen és legszebb fiatal éveit óriási kínok közt töltötte el — lábizzadás miatt.

Nem akarom a példákat szaporítani. Elhiszem, hogy ezek az esetek és a többi hasonló, amelyeket láttam kivételes esetek, de hogy egyáltalán előfordulhatnak és hogy jó szakemberek által kezelt esetekben is előfordulhatnak, az azt bizonyítja, hogy a röntgennel szembeni egyéni toleránszékességgel is számolni kell és ép erre való tekintettel különös gonddal kellene revidálni a röntgentherápia javallatait olyan esetekben, melyek más módon és lényegesen kisebb veszedelmek árán is megoldhatók s melyek jelentősége a röntgen által felidézett rákveszedelemmel egyáltalában nem áll arányban.

Notorius rák okozó az arsen és pedig nemcsak bányákban és ipari üzemekben, hanem gyógyszer formájában is. Tudni kell u. i., hogy az arsen minimális adagokban is rákkeltő, mint azt több igen meggyőző kísérlet bizonyítja. Így pl. *Askany* patkányembryókból készült pépnek fenőtt patkányokba fecskendezésével teratomákat hozott létre, melyek azonban csak igen ritkán és ilyenkor is csak igen hosszú idő múlva alakultak át rosszindulatú daganatokká. Ha azonban ezeknek az állatoknak ételébe kevés arsen-t kevert, vagy arsen-t fecskendezett be nekik, gyakran támadtak gyorsan fellépő, gyorsan növő, igen rosszindulatú daganatok. *Carrel* arsenes savval kevert tyúkembryópépnek tyúkok mellizomatába fecskendezésével sarcomát idézett elő, *Albert Fischernek* pedig tyúkembryo lépéből kitenyészített sejteket sikerült arsenes savval sarcomássá alakítani. Érdekes *Dreser* azon megállapítása, hogy az arsen a sejtek anyagcseréjét a *Warburg* által ráksejtekre jellegzetesnek talált anoxybiosis és glycolysis irányában tolja el.

A klinikai tapasztalatok szerint arsennek gyógyszer alkalmazása után is lépnek fel hyperkeratosisek, szemölcsök és bőrrákok, főleg az ujjakon, tenyéren és talpon; a kezeken és lábakon rendszerint erős hyperhidrosis észlelhető s úgy látszik az izzadsággal kiválasztott arsen vezet a jelzett bőrelváltozásokra és végül a rákra. *Ullmann* betege 7 évig szedett *Fowler*-oldatot, amikor a sarkán rákot kapott, mely amputatio dacára halállal végződött. Magam kollegán láttam, többszörös bőrrákot és kétoldali emlőrákot; szegény psoriasisát kezelte arsennel és a korán végzett műtétek dacára végül is rákban pusztult el. Tehát óvatosságot arsenkezelésben, különösen annak elnyújtásában; legfőképpen pedig attól kell óvakodnunk, hogy rák miatt operált betegeket anaemia miatt vagy egyéb okból arsennel kezeljünk; tapasztalatom szerint ez igen kedvez recidivák keletkezésének.

Igen veszedelmes szemölcsöknek, papillomáknak, melanotikus naevusoknak megpiszkálása, műtéti sértése, részleges kiirtása. Már régi orvosok is tudták, hogy néha véletlen karcolás is elegendő arra, hogy megindítsa

az ilyenek rákos vagy sarcomás elfajulását. Ha ezeket az apró daganatokat, anyajegyeket operáljuk, vágjuk ki vagy égessük ki őket lehetőleg tökéletesen és semmi esetre se csináljunk belőlük próbakimetszéseket. Kétes emlődaganatból is csak akkor szabad próbakimetszést csinálnunk, ha fel vagyunk arra készülve, hogy rák esetén azonnal amputáljuk az emlőt. (Fagyasztott metszet!) Ha a próbakimetszés és az emlőamputatio közt akár csak 1—2 nap eltelik, ez már nagyon elhomályosítja az emlőrák gyökeres gyógyulásának kilátásait.

De nemcsak cselekvéssel, hanem mulasztással is szerepelhet az orvos a rák kórokozói közt. Így pl. ha nem követ el minden lehetőt az ismert paracarcinomás állapotok megszüntetésére, illetve tovahaladásának megállítására. Vannak azután állapotok melyeket nem lehet praecarcinomásaknak nevezni, melyek azonban magukra hagyva előbb utóbb könnyen vezetnek rákra. Ilyenek az elhúzódó, nedvező, genyedő bőrbajok, különösen a lupus, ilyenek a makacs alszárfekélyek és ilyenek a legkülönbözőbb okból származó sipolyok. Mindezek az állapotok feltétlenül megszüntetendők, ha másképp nem, műtéttel, ami a sipolyok túlnyomó többségében elkerülhetetlen.

De más állapotok is vannak, melyekben a fenyegető rosszindulatú daganat megelőzésére az egyetlen biztos eszköz a műtét. Penisrákot pl. úgyszólván kizárólag olyanokon észlelünk, akiknek phimosisuk van. Idejekorán végzett phimotomiával minden penisrákot meg lehet előzni. Itt van a kryptorchismus; *Tomanek* szerint az abnormális helyen fekvő here daganatos elfajulásának veszélye 94-szer akkora mint a scrotálisé. Ha ez a szám az irodalom egyéb adataihoz viszonyítva túlzottnak látszik is, kétségtelen, hogy úgy a lágycsőhere, és még fokozottabb mértékben a hasüregben fekvő here sokkal hajlamosabb daganatképzésre, mint a herezacskóban fekvő. Másfelől a visszamaradt here lehozása a herezacskóba, ha idejekorán végeztetik a legtöbbször igen szépen és simán megy és távolról sem az a veszedelmes műtét, amilyennek sajnos nagyon sok gyermekorvos tartja. És végül említsük meg az epehólyag rákját, mely az esetek legnagyobb részében epekő folyamánya s amelynek kifejlődését a köves epehólyag idejekorán végzett eltávolításával biztosan meg lehet gátolni.

Pólya Jenő dr.  
egyet. rk. tanár.

## Milyen jelek alapján javasoljon fülműtétet — anthrotomiát — a gyakorlóorvos.

A középfülgyulladás felismerése, gyógyítása, különösen lefolyásának ellenőrzése a gyakorló orvos feladata. E feladatából következik, hogy rendes, sima lefolyás mellett a csecsnýványlabbal szövődött eseteit is idejében feismerje. Ezen fordul a beteg sorsa. Ez jelenti azt a határt, hol a gyakorló orvos felelőssége végződik s a szakorvos igénybevételének szükségessége kezdődik.

A gyakorló orvos számára szolgáljanak útbaigazítással az alábbi pontok:

1. *Hőmérsék.* A betegség kezdetén magas, gyermekeken sokszor igen magas. A fülfolyás megindulása után leesik. Folyás dacára megmaradó lázas állapot mérlegelésekor vegyük tekintetbe a magában is lázzal járó meghűléses, influenzás alapmegbetegedést s annak legtöbbször kimutatható tárgyi jeleit (torok, tüdő, stb.). Ezek hiányában az alábbi pontok valamelyikében ismertető jelek egyike vagy másika, különösen a láz-

## A „LEO RETARD INSULIN“ — protamin Insulin — standard készítmény, megbízható, egyenletes hatása

menet jellege s a beteg általános állapota birnak döntő jelentőséggel. Nem könnyű feladata a szakorvosnak sem az ú. n. korai műtét talán felesleges végzése, másrészt a netán késésből származható kockázat között a helyes utat megtalálni. — Ha a betegség lefolyása közben, egyszer már láztalan állapot után, újból láz jelentkezik, az származhatik a dobüregi váladék megkezdéséből (a dobhártya kiadós bemetszése után megszűnik), vagy — különösen 8—10 nap után — olyan jelnek kell tekintünk, aminek alapján műtéti javallatra kell gondolnunk, akkor is, ha a napokon át elhúzódó hőemelkedés 37.3—37.5-nél nem nagyobb.

2. *Fájdalom.* A fül-fájás egyike a legkínzóbb fájdalomnak. A hasogató, szaggató fájdalom csaknem egycsapásra megszűnik, amint megindul a fül-folyás. Újból jelentkezése, különösen teltség, feszülés érzés formájában, pangás jele. — A csecsnyúlvány nyomáskor érzékeny lehet már a betegség kezdetén is. Jelentősebb a 10—14 nap után is megmaradó, vagy ebben az időben először megállapítható fájdalom, melynek szokványos helye a csecsnyúlvány csúcsa; jelentős a csecsnyúlvány alapján, a hallójárat magasságában, a kagyló tapadási vonalától kb. 2 harántujnyira mérhető pont (Griesinger-féle pont) érzékenysége. Különös jelentőséget kell tulajdonítanunk a tarkó, halántéktáj, fejtető területén jelzett fejfájásoknak.

3. *Fül környékének lobos duzzanata.* A csecsnyúlvány-gyulladásnak legnyilvánvalóbb jele, akár ujjbenyomatot megtartó beszűródés, akár folyadék hullámzást (fluctuatio) adó térnagyobbodás formájában jelentkeznek. A fül mögötti beszűródés vagy tályog legtöbbször a kagyló mögött helyezkedik; előfordulhat — különösen gyermekeken — a halántéktáj, a járomív gyöke táján is. Hallójárat kelevény okozta hasonló elváltozásától nem mindig könnyű az elkülönítés. Hajas fejbőr-sömör, vagy tetveség miatt a fejbőr felkaparásából származó fertőzés is okozhat fül mögötti tályogot. — Fül mögötti tályog a műtéti javallat mellett teljes biztossággal szól; hiánya nemcsak hogy nem zárja ki a műtét szükségességét, hanem végzetes hiba lenne nyugalommal bevárni, míg a folyamat a műtetre, a tályog megnyitására mintegy „beérik”. Ez az esetek nagyobb részében be sem következik.

4. *Fül-folyás milyensége (a) és mennyisége (b).* A váladék milyensége alapján szokásban van savós, véres, véres-savós, nyálkás, genyes, nyálkás-genyes fül-folyásról szólni. A betegség folyamán körülbelül ilyen sorrendben változtatja, helyesebben változtathatja a váladék jellegét. Műtéti javallat mellett általában a genyes, a tejfelszerűen sűrű váladék szól. Ez azonban nem zárja ki, hogy savós, vagy savós-véres váladék mellett is — ha egyéb jelek így kívánják meg — műtétet végeztessünk. Legbőségebb a váladék a betegség kezdetén; a fülben tartandó és cserélendő vatta akár 5 percenként lucskos lesz a bőségesen csorgó sárgás híg váladéktól. 3—4. naptól a váladéknak csökkennie kell. Ha a váladék az első, de különösen a második hét végén is változatlanul bőséges maradt, vagy éppenséggel átmeneti csökkenés után vált újból bőségesé, gondolni kell a műtét szükségességére.

5. A betegség időtartama nagy általánosságban 2 hét. A heveny szak határának a 6-ik hét végét szokták mondani. Hogy ez az időszak a műtéti javallat szem-

pontjából nem döntő, kiderül az eddig elmondottakból is. Mindazonáltal, ha hevenyen kezdődött középfülgyulladás 6 hét alatt nem gyógyult, célszerű és indokolt szakorvoshoz fordulni. Lymphás hajlamú gyermekeken hat hétnél tovább, akár hónapokig is elhúzódhat a nyálkás jellegű fül-folyás minden veszély nélkül; itt felesleges sőt hibás lenne műtétet végezni. Egyébként 6. fültükrözéssel találunk olyan tárgyi jeleket melyek a 6 hétnél tovább elhúzódó esetekben az eddig felsorolt jelek esetleges hiánya mellett is a csecsnyúlvány megbetegedése és műtéti javallat mellett szólnak. Ilyen jelek — hogy csak a legfontosabbakat s legkönnyebben felismerhetőket említssem — a dobhártya csökkenni nem akaró megvastagodottsága, beszűródöttsége és — legbiztosabb jel: a hallójárat felső falának süppedése, lebotosultsága.

Verzár Gyula dr.

egyetemi ny. r. tanár (Debrecen).

## KÉRDÉS — FELELET

*Kérdés:* M. M. betegem 1935. szeptemberében ulcus penissel jelentkezett a rendelőmben. A spirochaeta vizsgálat pozitív, a Wassermann negatív volt. Összesen 15 gr. revivált és 60 ccm. neobismosalvánt kapott 9 hónapon belül. Az öt ízben megejtett Wassermann vizsgálat mindig negatív volt. Ezek után megadtam a betegnek a nősülési engedélyt. Most 3 héttel ezelőtt asthmás rohama miatt egy másik orvos epheritet rendelt részére. Három tablettá epherittől nagy beteg lett, úgy hogy jónak látta felkeresni a debreceni belklinikát. Itt epherit-mérgezést állapítottak meg és részletes kivizsgálás során közölték velem, hogy a Wassermann-vizsgálat eredménye kétkeresztes pozitív.

Tisztelettel kérem a tekintetes Szerkesztőség véleményét, hogy a mostani pozitív eredményben az abortív kúra sikertelenségét lássam-e, avagy van az epheritnek és az epherit-mérgezés gyógyítása céljából adott calcium és szőlőcukornak olyan hatása, ami a Wassermann eredményét befolyásolta?

A budapesti orvosi laboratóriumnak én 1938 november 12-én küldtem vért utoljára, ennek eredménye negatív volt. A debreceni belklinikán az 1938. év december 10-én végzett vizsgálat pedig pozitív eredményt mutatott.

J. K.

*Felelet:* M. M. vérbajban szenvedő beteg esetében az abortív kúrának az indicatiója (spirochaeta pozitív, Wassermann negatív) teljesen helyes volt, úgyszintén az abortív kúra, vagyis a revivált-mennyiség és az adagolási módja is megfelelt a kívánt követelményeknek. A több ízben nyert negatív seroreactio mindenesetre alátámasztotta a klinikai negatív leletet.

Ilyen esetben a teljes felszabadítás, főleg nősülési engedély előtt ajánlatos provokatív eszközölni (nem fajlagos anyagokkal, pyriferral stb...) s csak utána végezni a seroreactiókat. Nem is egészen ritkán nyerhető provokálás után ilyen esetben pozitív Wa. R., míg utóbbi nélkül negatív volt az eredmény.

Ilyen esetekben nagyon kívánatos (főleg a nősülési engedély megadásakor) még egyéb seroreactiókat (Kahn, Meinicke, Sachs-Georgi, stb.) is igénybe venni.

Nem valószínű, hogy a calcium és a szőlőcukor a Wa.-reactio eredményét befolyásolta volna. Tekintettel arra, hogy a Wa. R. a nem specifikus reakciók csoportjába tartozik, ezért azt biztossággal nem zárhatjuk ki. Mindenestre ajánlatos néhány hét múlva — amikor a calciumnak és a szőlőcukornak ez a hatása megszűnt — újból seroreactiókat végezni, s amennyiben akkor negatív eredményt kapunk, akkor provokatív eszközölni s utána újabb seroreactiókat.

Neuber Ede prof.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## Jubileumi évfolyam

### A duodenitis gyakorlati jelentősége.

A duodenum hurutjának, illetve gyulladásának klinikai jelentőségét nem az adja meg, hogy mint önálló kórkép jelentkezik, hanem sokkal inkább az a körülmény, hogy az emésztőcsatorna legkritikusabb helyének sokszor igen makacs és nehéz felismerhető nagyjelentőségű elváltozása. Legtöbbször kísérője a gastritisnek, vagy a ritkábban előforduló izolált vékonybélhurutnak (jejunitis, enteritis). Következésképpen lehet ugyan az epeutak, vagy a hasnyálmirigy elsődleges betegségének is, amelyekkel társulása azonban inkább azonos okra vezethető vissza (gastritis). Valamint a gyomor és duodenumfekélyt is helyesen egységes betegségnek kell tartanunk, úgy már csak gyakorlati szempontból is egybekapcsolhatjuk a duodenitist a gastritissel. A panaszok közt mindig megtaláljuk a közismert gastritises — gyomordyspepsiás — tüneteket, elég gyakran az u. n. késői, étkezés után 5—8 órával jelentkező „gyomorfájdalmakat” is. Ha a gyomor röntgen vizsgálatát elvégezzük, úgy a gyomor gyors kezdeti ürülése, a duodenum nyálkahártyájának jellegzetes hurutos elváltozása szinte anatómiai diagnoszt tesz lehetővé. A duodenum bennék vizsgálata gyakran szembetűnő hurutos jelenségeket derít ki (bő sejttartalom, nyák, baktériumok). A székletét vizsgálata akkor lehet jellegzetes, ha a vékonybél nagyobb szakasza is beteg: finom eloszlású nyák, szappanok, zsirsavjegecek. Hasmenés nem tartozik a képhez.

Mint látjuk tehát, a duodenitis könnyen felismerhető, ha gondolunk rá. Előfordul azonban, hogy a gastritises tünetek enyhék és inkább azok a jelenségek állnak előtérben, amelyek a duodenitisnek a környező szervekre gyakorolt hatásának következményei. Ilyenkor a máj és pankreas functionalis és organikus tünetcsoportja uralja a képet. A pankreas külső secretiójának változása csak akkor szembetűnő, ha nagyfokú hiánya miatt fehérjében és zsirban gazdag szék ürül. Súlyosabb csatlakozó pankreatitis járhat insularis diabetessel. Jóval fontosabb azonban tudnunk, hogy a duodenum hurutja izgalmat tart fenn a pankreasban, melynek következménye az insulin elválasztás fokozódása. Az utóbbi években már gyakran kórismézett spontán hypoglykaemia hátterében sokszor találhatjuk meg a duodenitist (gastritist). Különösen meg van erre a hajlamosság akkor, ha a máj a gastroduodenitis következtében szintén beteg. Enyhe hepatitisok, indokolatlan, megmagyarázhatatlan cirrrosisok hullámzó változatos képe tartkítja a kórlefolyást. A máj glykogentartalmának ezzel járó megfogyatkozása már önmagában véve is súlyosan zavarja a cukorháztartás egyensúlyát. Ha már most ehhez a pankreas izgalma folytán insulin túltermelés is járul, úgy a spontán hypoglykaemia minden feltétele adva van. Nehéz helyzetbe jutunk, mert akár cukrot adunk a betegnek, akár insulint, a reactio egyaránt hypoglykaemia lesz! Ha nem ismerjük fel a duodenitis központi jelentőségét és nem tekintjük első és legfontosabb teendőnknek ezen hurut leküzdését, úgy eredményt nem is fogunk elérni.

A duodenitis kezelése önmagában véve azonos a gastritissével. *Diaeta*: gyakori kis étkezések, szénhidrátlevések (gyermektápszerek) és pürék formájában. Teljes

nyugalom, párákötések, alkalikus ivókurák, esetleg enyhe adstringensek (keserű theák, Targesin). Ujabbán kiderült, hogy a következményes vitaminhiány (egyszerű diéta, felszívódási zavarok, fokozott elbomlása a vitaminoknak a beteg bélhuzamban) a gyógyulást lényegesen hátráltatja. Ezért parenteralisan adott C-vitamin (napi 300 mgr) és B<sub>1</sub>-vitamin (napi 210 mgr) nyújtása indokolt. Hozzá tartozik a kezeléshez a pankreas külső secretumának peroralis adása is. Ily módon elérhetjük, hogy a spontán hypoglykaemiás rosszulletek elmaradnak és akkor dextrose-insulin kezelést is bevezethetünk. Erre különösen akkor fogunk törekedni, ha a májlaesio tünetei kimutathatók. Enyhe icterusok, tapintható, esetleg kemény (kezdődő cirrrosis) máj, száraz bőr, önmagában is erre ösztönöz. A különböző laboratoriumi próbák (vizelet urobilinogen tartalmának növekedése, Takata reactio 1/8—1/16 értékkel, a vér complement tartalmának csökkenése) változó eredményei jól követhetővé teszik a májlaesio fokát.

Az elmondottakból látható, hogy a duodenitis a hozzá társuló tünetek alapján egyrészt jól felismerhető, másrészt valóban nagy figyelmet érdemel. Gyógykezelése nagy körülményt igényel, a kezelés eredményétől pedig sokszor a beteg egészsége és élete függ.

Fornet Béla dr.  
egyet. ny. r. tanár.

### A rövidhullám szerepe a fülgyógyászatban

A rövidhullám gyógykezelés elterjedése óta már volt elég alkalmunk ennek az értékes gyógyeszköznek használhatóságáról a hallószervi bántalmak terén is meggyőződni, miért is a tapasztalatok összefoglalása időszerűnek látszik.

Mindenekelőtt réamutatok a készülékek különböző alkalmasságára, illetve azok más-más hatásképeire, főleg az otológiában, ahol az alább vázolandó okoknál fogva a 10 m-nél kisebb hullámhosszakot kell előnyben részesítenünk. Az olcsóbb, u. n. szikraközös készülékek (eltérően a rádióadócsöves készülékektől) általában nem szolgáltatnak 10 m.-nél rövidebb hullámokat, már pedig tudvalevő, hogy a hosszabb hullámoknak inkább felmelegítő, mint specifikus „rövidhullám”-hatásuk van. Utóbbi alatt egyfelől a véredényszükítő sympathicusrostokra vonatkozó „detonisáló”-hatást értjük, miáltal értágulat és így bővebb vérellátás, jobb szövetáplalkozás, gyorsabb felszívódás áll elő, másfelől a besugárzott szövetterület savbázisegyensúlyának savanyú irányban eltolódását, ami lobellenes hatásnak felel meg. A kis hullámhosszaknak ezzel a specifikus rövidhullámhatásával szemben azok felmelegítő hatása elenyésző, ami azért lényeges a hallószerv besugárzásában, mert a labyrinth vagy a nervus vestibularis túlságos felmelegedése a hőinger révén kellemetlen szédülést okozhat; a hőhatás elkerülése érdekében fontos még 10 m.-nél kisebb hullámhosszak alkalmazása esetén is a mérsékelt adagok szemmel tartása. Mi a Simensgyártmányú, Dr. Teleki-Nekolni-rendszerű, nagy teljesítőképességű „Novo-Ultrapandoros” elnevezésű rádióadócsöves készü-

lékkel végeztük a besugárzásokat, amelynek 2 drb. 1.5 kilówattos adócsöve van és a kezelőkörü energiája 650 watt. Nagy előnyei: 1., hogy egyenirányított hullámokkal dolgozik, amelyek kb. 40%-kal hatékonyabbak (nagyobb energiával bírnak), mint a váltakozó irányú hullámok és nem okoznak sem a betegnek, sem a kezelőszemélynek idegizgalmat, fejfájást, fáradságot; 2., hogy unipolaris kezelés is lehetséges, ami különösen az agykoponya tájára vonatkozó besugárzások esetén azért fontos, mert ha bipoláris kezeléskor az agyvelő a két condensatorlemez közé, azaz a kezelőkörbe esik, úgy az értágulás, illetve a felmelegedés kellemetlen mellékhatásokat (fejfájás, szédülés) válthat ki, főként ha a mérsékelt adagolás határát túllépjük; 3., hogy a hullámskálája 3 m.-től 15 m.-ig terjed és az egyes hullámhosszak 10 cm.-enként beállíthatók; 4., hogy az anodfeszültsége 1600 volttól 3700 voltig terjed és 300 volttonként, vagyis 8 fokozatban változtatható, mely fokozatok mindig reprodukálhatók. A készüléknek a 3. és 4. pontban említett sajátosságai lehetővé teszik a hullámhossznak és a kezelőkörü energiának mindenkor pontos meghatározását és ismétlését, azaz úgy a specifikus rövidhullámhatásoknak, mint a hőhatásnak megbízható kombinálását és adagolását.

A következőkben anatómiai sorrendben fogom venni azokat a betegségeket, amelyekben tapasztalatom szerint a rövidhullámú besugárzástól jó hatás várható.

1. A külsőfül (fülkagyló és hangvezető) bántalmi közül a heveny gyulladások esetében általában jó eredménnyel jár a rövidhullámú besugárzás a már említett lobellenes és felszivódást-elősegítő befolyása révén. Különösen a hangvezető elterülő (diffus) gyulladásai, amelyek a porchártyaizgalom következtében nagy fájdalommal járnak, a fájdalom enyhülésével reagálnak a besugárzásra; ugyanígy a fájdalmak csökkenését figyelhetjük meg a fülkagyló bőrének, vagy perichondriumának gyulladása esetén is. Ezeknek a bántalmaknak műtét nélküli gyógyulása várható a besugárzásoktól. Az inkább gócszerű megbetegedések, mint pl. hangvezetőbeli furunculus esetében is szűnnek a fájdalmak a besugárzás után, sőt sokszor a kezdődő furunculus felszivódik és sebészi beavatkozás nélkül meggyógyul, habár legtöbbször a gyulladást góc bemetszését elkerülni mégsem sikerül. A gennyestök által előidézett heveny gyulladásokat a széleskörű észlelések tanúsága szerint legkedvezőbben befolyásolják a 4.8 m.-es hullámok, amelyeket legcélszerűbb az anodfeszültségnek 3-ik vagy 4-ik fokozatával (tehát 2200—2500 Volt feszültséggel) unipolarisan, 5—6 cm. condensatorlemez távolságból naponta 5 percig adagolni.

2. A lázmentes heveny középfülhurutokban, különösen azok elhuzódó, subacut eseteiben, amelyekben a hallás tompasága, a fülre nehezedő nyomasztó érzés, fülzugás, és főként ásitáskor, szájtátáskor jelentkező patogás képezik a kimagasló tüneteket, de a dobürben szabad izzadmány nincs, legfeljebb a légbefúvás kapcsán végzett auscultáláskor tapasztalható nyávgó-nyikorgó hang mutatja a hurutos hypersecretiót, — a rövidhullámú besugárzásnak többnyire kitűnő hatása van; sokszor már 1—2, máskor 5—6 besugárzás a gyógyulás útjára tereli a helyi kezeléssel és általános gyógyszere-

rendszerrel addig dacoló középhurutot. A betegek rendszerint hálás örömmel állapítják meg, hogy makacs-kodó kellemetlenségeik a besugárzások eredményeként szűnőfélben vannak. Hasonló jó hatást tapasztalhatunk olyankor, amikor a betegek arról panaszkodnak, hogy a hurutos fülekben a saját érverésüket ütemes lüktetés vagy surranás alakjában hallják. A hurutos középfülbántalmaknak említett eseteiben az optimális adagolás tényezői a következők: az unipoláris condensatorlemez távolsága a fülkagylótól 4—5 cm (célszerű ilyen magasságú üvegburával borított condensatorlemez használni és az így felszerelt kezelőkart a fülkagylóval érintkezésbe hozni), a hullámhosszuság 5—6 m az 5-ik feszültségi fokozat (2800 volt) mellett, a besugárzás ideje 8—10 perc másodnaponként.

3. A belsőfül és a hallóideg bántalmi közül egyesek szintén kitűnően reagálnak a rövidhullámú besugárzásra. Különösen két irányban volt alkalmam megfigyeléseket tenni: a) A labyrinthust ellátó végarteriának, az art. auditiva internának az ágait illető érgörcsök (angioneurotikus octavuskrisisek) esetében jelentkező nagyothallással és szédüléssel kapcsolatos rohamokat a legtöbb esetben igen jótékonyan sikerül rövidhullámú besugárzással befolyásolni. Hasonlóképpen kedvező hatásokat láttam az angiospasmusokra hajlamos egyének cochleáris arteriájának görcsös összehuzódására visszavezethető és az érveréssel synchron surranás-szerű zörejt tekintetében; ez a fuvó jellegű „érlüktetés”, amely a vegetatív idegrendszer „stigmatisáltjain”, leginkább szellemi megerőltetéskor, vagy idegizgalomkor átmenetileg jelentkezik, a rövidhullámú besugárzás értágító (a sympatheticust detonisáló) hatására mind ritkábban lép fel, majd egészen elmarad, vagy legalább is elviselhető mértékre csökken. A rövidhullámnak tapasztalataim szerint néha jó befolyása van a magas vérnyomással összefüggő magashangú, állandó, fülcsengéshez hasonló zörejekre is. b) A nervus cochlearis heveny gyulladása kapcsán bekövetkezett sükettség esetében is megkísérelendő a rövidhullámú besugárzás, különösen ha a lueses eredet kizárható és a pilocarpinbefecskendezéssel kapcsolatos izzasztások eredménytelenek maradtak. Egy esetben a másik fülére már régóta süket betegnek az acut neuritis miatt hirtelenül tőkéletesen elveszett hallását rövidhullámkezeléssel sikerült visszaadni a heveny ideggyulladásnak gyorsan bekövetkezett teljes gyógyulásával. A labyrinthus vérellátásának zavarából eredő rohamszerű, vagy időleges fülzörejek, nagyothallás, illetve szédülés ellen az unipoláris besugárzás is kielégítő hatású, amely 5—6 m. hullámhosszal, a 4-ik anodfeszültségi fokozat (2500 volt) mellett kb. 5 cm.-nyi condensatorlemez-távolságról naponta, vagy másodnaponként 8—10 percig végzendő. Az acut cochlearneuritis esetében ugyanezekkel az elemekkel naponta végezzük a kezelést, azonban ilyenkor a bipoláris besugárzás nagyobb hatóképességétől inkább remélhetünk sikert, még ha azt esetleg kellemetlen mellékhatások (fejfájás, szédülés) árán kell is megváltani, bár a fenti mérsékelt adagok alkalmazása mellett azokkal alig kell számolnunk.

vitéz Tátrallyay (Wein) Zoltán dr.  
egyet. c. rk. tanár, kórházi főorvos.

**SEVENALETTA CHINOIN SEVENALETTA**

## Arteriosklerotikus és hypertoniás betegek szemfenéki leletének jelentősége.

A magas vérnyomás és arteriosklerosis belgyógyászati irodalma úgyszólván áttekinthetetlen. A nagy horderejű belgyógyászati megállapítások azonban, amelyek e kérdések körül kifejeződtek, a szemészeti irodalomban is éreztették hatásukat, ugyannyira, hogy az idevágó szakmunkák nagymértékben megnövekedtek és a szemfenéki vizsgálat jelentősége méginkább fokozódott. A magas vérnyomásnak és arteriosklerosisnak az érfalakra gyakorolt káros hatása ugyanis sehol sem tanulmányozható jobban, mint a retina apró véredényein. Az *ophthalmoskopia ezen gondos vizsgálatok során nemcsak cerebroskopiának bizonyult, hanem érzékeny fokmérője lett a vesék és az egész véredényrendszer vérellátási zavarainak is.*

Az út, amelyre a modern ophthalmoskopia lépett, fényes sikerrel kecsgett és prognostikailag is döntő jelentőséghez jut. Ajánlatos tehát, hogy az ezirányú vizsgálatokban a gondosságon kívül bizonyos rendszert is kövessünk, nehogy bármi is elkerülje figyelmünket. A szemfenéki erek vizsgálatánál főfigyelmünk az erek kaliberére, színére, számára, lefutására, a reflexekre és a pulsatorikus jelenségekre irányuljon. A retinalis sklerosisnál gondosan mérlegeljük az alábbi tüneteket. *Kezdődő sclerosis esetén* előbb a centralis véredényfal reflexének szélesebb és élénkebb voltát észleljük, majd rövidebb, hosszabb idő után, főleg az arteriákon kisebb kaliberingadozásokat, szürkésvörös kisérőcsikokat látunk, amelyek az intima és adventitia sejtes és kötőszövetes burjánzásából erednek. A vénák tágabbak kanyargósabbak és a látóidegön lüktetés észlelhető. *Közepes sclerosisban* a kaliberingadozások nagyobb számuak és kifejezettebbek, úgy az arteriák mint a vénák megsűkültek, a capillarisok és az apró széli véredények megkevesbbednek, a látóidegfő sápadtabbá, a fundus élettelenébbé válik.

*Súlyos szemfenéki sklerosis esetén* az erek feltűnően szűkek, vagy nagyrésztük obliterálódott, a látóideg sorvadás kifejezett, azonkívül vérzések és kisebb, nagyobb fokú chorioidealis érsklerosisok vannak jelen. *A közepes és súlyos fokú szemfenéki sklerosisok, különösen ha állandósult hypertensioval párosultak — prognostikailag igen komolyan bírálendók el.*

Élénk tanulmány tárgya, vajjon az általános sklerosis, továbbá a szív és nyagerek sklerosisa milyen arányban állanak a szemfenéki érsklerosisal. Általában mondhatjuk, ha a szív és nagy véredények sklerosisához nem társul jelentősebb vérnyomásemelkedés, úgy szemfenéki sklerosis kevésbé, illetve ritkábban van jelen, ha azonban a retinalis erek a jellegzetes hypertoniás fundus sokára kifejlődik. Viszont — agyi és retinalis sklerosis egyedül is állhat fenn, sőt olykor elég rövid időn belül súlyos tüneteket okozhat. Diffus — az egész testre kiterjedő arteriosklerosis olykor csak kis retinalis elváltozásokkal jár, *ha azonban hypertensio társul hozzá, a retinalis kép súlyosbodik.* A lues, mindaddig, amíg magasabb vérnyomás nincs, semmi különösebb nyomot nem hagy a retina erein, nyomásemelkedés esetén azonban a retinalis erek a jellegzetes hypertoniás fundus

képét mutatják. Nephrosklerosisban a retinalis sklerosis majdnem mindig súlyos és kifejezett, melyhez még a jellegzetes oedemák és vérzések is társulnak.

A magas vérnyomás szemfenéki tüneteit részben sklerosisal, részben anélkül találjuk. A hypertensió állapotnak legmegbízhatóbb, legbiztosabb szemfenéki tünete az u. n. *Salus* phenomen.

Állandósult magas systolés nyomás esetében ugyanis a retinalis arteriák által keresztezett vénák a keresztződés helyén kezdetben benyomottaknak, majd a keresztződés mindkét oldalán kisebb nagyobb terjedelemben megsűkülnek látszanak, esetleg ivet alkotva eredeti irányuktól eltérnek (Kreuzungsbogen). Idővel az arteria nyomása az alatta keresztezett vénát a mélyebb retinalis rétegekbe préseli ugyannyira, hogy a keresztződés helyén a véna kisebb-nagyobb terjedelemben megszakítottan látszik. A magam részéről a *Salus* tünetet úgy diagnostikus, mint prognostikus szempontból igen értékesnek tartom. Ez a szemfenéki phenomen kétségtelen bizonyossággal azt jelenti, hogy a magas vérnyomás nemcsak a szemfenéki ereken, hanem az agyban és vesékben is hasonló érfalelváltozásokat indított meg, *sőt ha súlyosabb fokai sklerosisal kombinálódnak, prognostikailag igen komolyan bírálendók el.* A figyelmes, gyakorlott szemész a hypertensió szemfenéki tünetek enyhébb vagy súlyosabb fokából a vérnyomás hozzávetőleges magasságára is tud következtetni és meglepő, hogy a szemfenékvizsgálat után alkalmazott controllmérés a szemészt mennyire igazolja. De a *Salus* tünet enyhe vagy súlyosabb formájából azt is meg tudjuk mondani, vajjon a magas vérnyomás kezdetleges, vagy már régibb keletű, sőt azt is vajjon a szokásos vérnyomáscsökkentő szerekkel befolyásolható-e még, vagy kevésbé.

Tapasztalataim azt mutatják, hogy enyhe *Salus* tünet mellett a vérnyomás kedvezően és tartósan befolyásolható, míg súlyosabb phenomének jelenlétében a vérnyomás többnyire minden szerrel dacol, a hypertensio fixálódott. Érdekes, de egyuttal nehezen érthető, hogy a belgyógyászok — a szemész collégák ily irányú közreműködését miért veszik oly ritkán igénybe. Ezzel szemben a szemészeti praxisban akárhányszor előfordul, hogy a patient, aki szemüvegrendelés céljából fordul hozzánk, a szemfenéki vizsgálat eredményeképpen belgyógyászhoz is utasítják, mert addig sem arteriosklerosisáról, sem magasabb vérnyomásáról nem tudott.

Az igen jó értékelhető *Salus*-féle phenomenen kívül eléggé megbízható a *Guist* phenomen, vagyis a sárgafoltjájéki vivőerecskének sajátságos dugóhúzó szerű kanyargóssága, amely állapot a permanens hypertonia nagy százalékában szintén észlelhető. Az arteriolákon viszont kinyult és megsűkülő kalibert, kemény és fénylő reflexeket látunk, főleg centralis eredetű magas vérnyomások esetében.

Ismeretes végül, hogy úgy a retinalis sklerosisal, mint a magas vérnyomással kapcsolatban ideghártyai, illetve intraocularis vérzések állhatnak elő, amelyek prognostikailag komoly jelentőségűek.

Brana János dr.  
egyet. c. rk. tanár.

**VIPERIN**  
a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kígyóméreg-kenőcs a kar bőrébe dörzsölve  
gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r.-t. Bp., IX., Lónyay-u. 12.

## Az Adie-féle tünetcsoport.

E jelenség a pupillák alaki és működésbeli elváltozásában és az inreflexek, főként a térd- és Achilles-reflex csökkenésében vagy teljes kialvásában áll. A pupillák alaki elváltozását rendszerint a féloldali mydriasis, a kóros működést pedig a pupilla fénymerek volta és lusta alkalmazkodási képessége jellemzi. E jellegzetességek mellett szabálmegerősítő kivételként *Adie* megkülönböztet még csak pupillatonust (lusta convergentia készséggel) mutató eseteket és ennek atypusos alakjait, vagy az ilyen atypusos alakokkal együttjáró inreflex csökkenést ill. hiányt és végül csak az inreflexek kialvását, mint e betegség egyik eltérő formáját. A hangsúly mindig azon van, hogy ezek az elváltozások nem syphilitikus, metalueses eredetűek, hanem egyelőre ismeretlen eredetűek. Bár erre a jelenségre az idegorvosok már évtizedekkel ezelőtt felhívták a figyelmet, nem vitatható el *Adie* érdeme, aki a pupillatonus problémáját ismét felvetette és új megvilágításba helyezte, megindítva ennek a hosszú időn át figyelmen kívül hagyott, ma is felderítetlen kérdésnek új megvitatását. Azóta e kérdéssel kiváló kutatók egész sereg közlése látott napvilágot s valamennyi, nevezze bár *Adie*-féle betegségnek vagy csupán syndromának ezt a jelenséget, (egyesek még systemás megbetegedésre is gondolnak) a legfontosabbnak a tabes dorsalistól elkülönítést tartja. Ez a különben ártatlan, betegségnek nem is nevezhető jelenség, ha néha nem is könnyen, de szakorvosok által felismerhető s főként a gondos vér- és liquor vizsgálattal a tabestől szinte biztosan elkülöníthető.

Az *Adie*-féle syndromával gyakran úgy találkozunk, hogy a beteget más panaszok viszik az orvoshoz s ha mégis valamelyes összefüggés mutatkozik a talált elváltozások és a beteg panaszai között, ez többnyire a pupilla alkalmazkodási zavarától lehet; gyakoribb azonban az egyénnek az az önfigyelése, hogy az egyik pupillája tágabb. Éppen ezért a betegek a szemorvoshoz fordulnak s csak ritkán kerül valaki csupán ezzel a jelenséggel az idegorvos elé; ezek is rendszerint hypochonderek, akik hallottak a tabes és a paralysis pupilla- elváltozásairól. A szerzők jórésze, így *Adie* maga is, e jelenség okát vegetatív zavarokban látja, nem nevezhető tehát véletlennek, ha hypochonder egyéneken, akiknek a vegetatív idegrendszere elég labilis, fedezzük fel a jelenségeket.

Miben is áll tehát az *Adie*-féle tünetcsoport? Leghelyesebb, ha leírója után e jelenség *tökéletes* (complet) és *tökéletlen* (incomplet) alakjait különböztetjük meg. Az elsőt az ugynevezett tonusos pupilla jelenléte és az inreflex hiánya jellemzi. Az utóbbit több alcsoportra oszthatjuk, aszerint, hogy csupán 1. a tonusos pupilla, 2. ennek atypusos foka, 3. majd ez utóbbihoz társuló inreflex-hiány és végül 4. csak az inreflexek kialvása mutatható ki. A jellegzetes pupillazavar rendszerint féloldali és a kóros pupilla többnyire tágabb az egészségesnél, nagyritkán szűkebb. A pupilla fényre sem direkte, sem consensualisan látszólag egyáltalában nem reagál, de *sötét helyiségben rövid idő múltán kitágul*. Ha hosszabb sötétben tartózkodás után a kóros látat nappali fény éri, lassan annyira összehúzódik, hogy az előbb mydriatikus pupilla most a *normálnál szűkebb lesz*, de bizonyos idő elteltével ismét eredeti nagyságát veszi fel. A pupilla tehát csupán *látszólag* fénymerek, mert mégis reagál valamennyire a különböző fényhatásokra, de sajátságos módon. A másik pupilla többnyire mind a fényre, mind az alkalmazkodásra gyorsan reagál. Az *Adie*-jelenségnek igen lényeges tényezője a kóros pupilla

*reactió*s módja a convergentiára. A közelrenézéskor ugyanis a pupilla hosszabb-rövidebb lappangási idő után lustán, tonusosan szűkül meg s végül az egészséges pupillánál is szűkebb lesz; ez azonban a rendesnél sokkal több időt vesz igénybe, s akár 1—1½ percig is eltarthat. Tehát az eltérést csupán a pupilla összehúzódásának megnyúlt időbeli lefolyása s nem maga a szűkülés foka képezi. Az alkalmazkodás megszüntetésekor még rövid ideig szűkülhet is a pupilla, majd az összehúzódás idejénél is lassabban veszi fel ujból eredeti tágóságát. Ez akár több percig is eltarthat. Az atypusos formákban a pupillák fény és összetérítési reakciójának egész sereg változatát láthatjuk; így például renyhe fényreakciót, vagy ennek teljes hiányát, esetleg csupán egyoldali kialvását, máskor a jó összetérítési szűkülés mellett a tágulási szak meglásszubodását, ismét máskor átmenetet a tonusostól az egészen fénymerek pupilláig.

E pupillaris elváltozások alapján — kapcsolatban az inreflexek csökkenésével vagy kialvásával, — elsősorban olyan betegségekre gondolhatunk, amelyek a pupilla reflexkörében játszódnak le. Közülük, mint legfontosabbnak, a tabes dorsalist kell kiemelnünk mert ez téveszhető az *Adie*-féle syndromával a legkönnyebben össze. Tudjuk azonban azt is, hogy az *Argyll-Robertson*-tünet a metalueses megbetegedéseknek nem kisajátított jele, mert megtaláljuk ezt az encephalitis epidemica, koponyasérülések, agyi traumák, postdiphtheriás jelenségek, chronikus alkoholismus, arsenmérgezés stb. eseteiben is. Mindezekkel inreflex-csökkenés is járhat. A pupillák alaki elváltozását gyakran a ganglion cervicaletól felfelé a sympathicus törzsre gyakorolt nyomás is létrehozhatja, mirigyduzzanatok, összenövéssek vagy más ehhez hasonló folyamatok révén, de anisokoriát okozhat — talán a homolateralis sympathicus reflectorikus befolyásoltatása segítségével — a pupilláktól igen távol eső betegség, így mandulagyulladás, tüdőcsúcshurut, a hasüregi szervek, máj, appendix megbetegedése is. Ismeretes az is, hogy az avitaminosis okozta idegrendszeri elváltozásokban, pl. a pellagrában, az *Argyll-Robertson*-tünet mellett az inreflexek zavarát, néha fokozódását, máskor meg csökkenését-kialvását láthatjuk.

Már említettük, hogy a tabes dorsalis kórképéhez igen hasonlít az *Adie*-féle betegség, csak hogy semmi köze sincs a syphilitishez. Aetiológiája ma még ismeretlen és tisztázásra vár. A tabestől elkülönítését a vér és liquor beható vizsgálata lehetővé teszi, de nem hagyhatjuk figyelmen kívül azokat a tabeses eseteket, amelyekben a vér és liquor-reakciók teljesen negatív eredményt adnak; ilyenkor azt kell kutatnunk, hogy volt-e valaha is syphilitis a betegnek. A talált tüneti együttes helyes megítélése a követendő eljárás szempontjából nagyon fontos, mert míg a biztosan kórismézett tabes megfelelő szakkezelésre szorul, addig az ártatlan *Adie*-féle jelenség kezelést nem kíván. Igen nagy hiba volna tehát ilyen egyént luesesnek nyilvánítani és specificus kezeléssel gyötörni, hogy aztán egy könnyelműen kimondott diagnosis következtében egész életén keresztül rettegjen a „hátgerincsvoradástól” vagy az „agylágyulástól”

Sokkal kisebb hibát követünk el, ha a seronegativ, megállapodott, megnyugodott tabest nézzük *Adie*-kórnak és nem bolygatjuk specifikus kezeléssel, amellyel sokszor árthatunk is a tabeses folyamatnak, ha azt ujból fellángolásra hozzuk.

Benedek Árpád dr.  
egyetemi tanársegéd. Szeged.