

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

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:

Hattasy Dezső: A dentalis fertőző góc és megelőzése. (753—757. oldal.)

Kallay Ferenc: Az egyszerű bélfekély. (757—759. oldal.)

Gidró László: A flexura duodenojejunalis sarkomája. (759—761. oldal.)

Petrovich Ferenc: A schizophrénia görcskezelésének három évi tapasztalata. (761—765. oldal.)

Tószöghy Aladár: Az ébrényi szívhormon hatásáról. (765—767. oldal.)

Orsós Ferenc: Levegőnyomok kimutatása a magzati tüdőben. (767—768. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (125—128. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés. Egyesületek ülés-jegyzőkönyvei. (768—774. oldal.)

Lehotzky Pál: Az öregedésről. (774—775. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. (775—776. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem stomatológiai klinikájának közleménye: (Igazgató b. Máthé Dénes ny. r. tanár.)

A dentalis fertőző góc és megelőzése.

Írta: Hattasy Dezső dr., tanársegéd.

A rheumatikus betegségekben a fertőzések eredet — kivéve talán az arthritist — igazoltnak látszik (Jarlow-Brinch 1938.). Ugyancsak fertőzéses folyamatok igen valószínűleg az endo-, peri és myocarditisek, valamint a nephritisek jórésze is. A fertőzés rendszerint másodlagos; elsődleges, részben lappangó góccok szerepelnek a fertőzés forrásaként. Billings nagy amerikai statisztikájában (kb. 600 pontosan megfigyelt eset) a fogak, ill. a fogkörüli szövetek 23.5%-ban szerepelnek fertőző gócként. A rheumatikus betegségek szociális, nép-egészségügyi és így társadalombiztosítási szempontból is rendkívül jelentőséggel bírnak. Nem tekintve a heveny lefolyás alatt kifizetett összegeket, Németország pl. 1937-ben 7½ millió márkát, tehát kb. 10 millió pengőt fizetett ki chronikus ízületi betegeknek, ugyancsak mint rokkantsági segélyt.

Ezzel egyidejűleg nem szabad figyelmen kívül hagyni azt az igen nagy — szinte felbecsülhetetlen kárt — mely a nemzetgazdaságot és a nemzetvédelmet éri az erejük javában megrokkantó ezrek kiesése által.

Ha a Billings-féle statisztika adatait nagyjában elfogadjuk — más szerzők a fogak arányszámát a fertőző góccokban hol nagyobbak, hol meg kevesebbek mondják — a fogorvosra hárul elsősorban, de minden orvosra másodsorban az a feladat, hogy mindent elkövessenek a foggócok arányszámának csökkentésére. Más szavakkal meg kell akadályozni a góccok keletkezését.

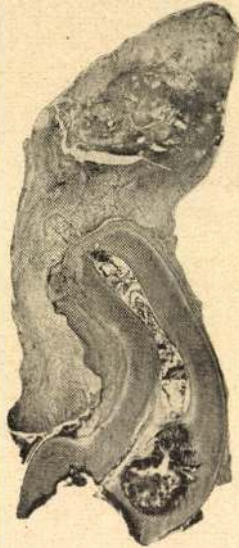
Fertőző góc lehet minden olyan fertőzött gyulladás, ahol a gyulladásos termékeknek (bakteriumok, azok toxinjai, geny, stb.) természetes kiürülési lehetőségük nincsen, s a vérkeringés által a test egyéb részeibe szállíthatnak. A góccok főrészt, a fogból elhalása után keletkezett gyökércsúcs körüli, a felszínre át nem tört idült gyulladásos folyamatok alkotják.

A következőkben bemutatok olyan emberi készítményeket, melyek különböző kifejelettségben, nem kezelt foggyökerek körüli gyulladásos góccokat ábrázolnak. Közös jellemzőjük, hogy a gyulladás fészke rendszerint beolvadt (esetleg csak mikroszkópos tályog) és hogy e mag körül a periféria felé mindinkább sejt-szegényebb, a chronikus gyulladásra jellemző szövet következik. (Nem minden ilyen góc okoz kimutatható másodlagos fertőzést. Ez igen sok tényezőtől függ, melyeket többnyire nem is ismerünk. Viszont sohasem tudjuk, melyik góc lesz kórokozóvá, éppen ezért ésszerű a góccok elleni küzdelem.)

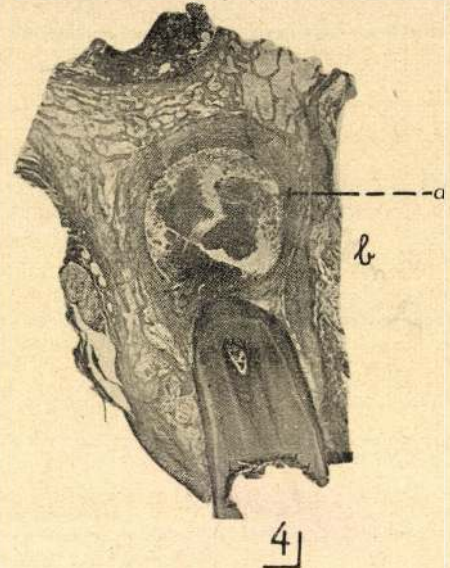
A gyökércsúcs körüli gyulladás, mely nemcsak a gyökérhártyára, hanem a környező csontokra is átterjed, közönségesen a fogbélgyulladásával kezdődik. A fogbélgyulladás (pulpitis dentis) az előrehaladt fogszű (caries profunda dentis) közönséges szövödménye. Hazánkban alig van olyan ember, akinek ne volna szuvas foga. A szuvasodás előrehaladása — tempója — azonban egyéni és mai tudásunk szerint rendkívül sok tényezőtől függ. A fogbélgyulladás az esetek többségében a fogbél egyszerű v. üszkös elhalására vezet.

Csak idő kérdése, hogy a fogbél elhalása után az esetek többségében a gyökércsúcs körül granuloma fejlődik, — melyet néha a foggyökérrel együtt el is tudunk távolítani. Ilyen gyökérrel együtt eltávolított ritka nagy granulomát mutathatunk be az 1. ábrán. A szájban lévő tünettelen gyökerek körül is majd minden esetben megtaláljuk az aktív gyulladást. Általában mindig a gyökércsatorna nyílásánál találjuk a szövetbeolvadást, ott ahol a fertőzéses behatás a legerősebb. A 2. ábrán látható középső gyökér körül tipikus granuloma (g) alakult ki, a gyökércsatorna nyílásánál (7) kis területen aktív gyulladás zajlik. A baloldali gyökér körül nagyobb beolvadás látható (b). A fogbél pusztulása előtt a középső gyökér csatornájában keményállománytorlasz keletkezett, mely hivatva lett volna a gyulladás feltartóztatására. A bal foggyökéren viszont a gyökércement tetemes megvastagodása (c) mutat védekező igyekvésre. Egyik esetben sem tudta a természet a gyökérből egyre tartó fertőzés kapuját lezárni.

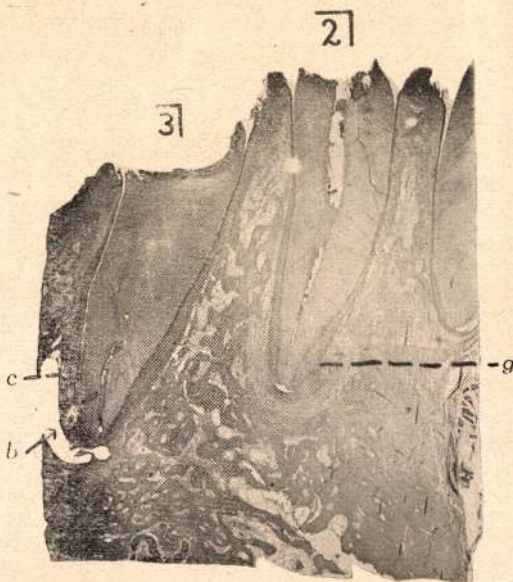
Ugyancsak ezt látjuk a 3. ábrán, ahol a gyökér felett szabályos, szinte gömbalakú *cysta radicularis* képződött. A környező velőüregek felé a körkörös rostrétegben (a) már egyes plasmasejteken kívül alig találunk gyulladást sejtalakat, mégis a cystatartalomban és a gyökércsatorna nyílása alatt az élő és elhalt leukocyták tömege a gyulladás és infectio egyidejű fennállását bizonyítja. Ugyanezen gyökér röntgenképét vizsgálva (3 b. ábra) a gyökér felett látható világosabb csontrajzolatból még távolról sem itélnék meg pontosan a kórszöveti képet s könnyen mint reactiómentes gyökeret diagnosztizálhatnánk.



1. á. Granulomával együtt eltávolított foggyökér. 23 é. férfi b. f. kisörlő. A gr. gyulladást sarjszövetből áll. Több apró tályog is van benne. 3x-os nagy.

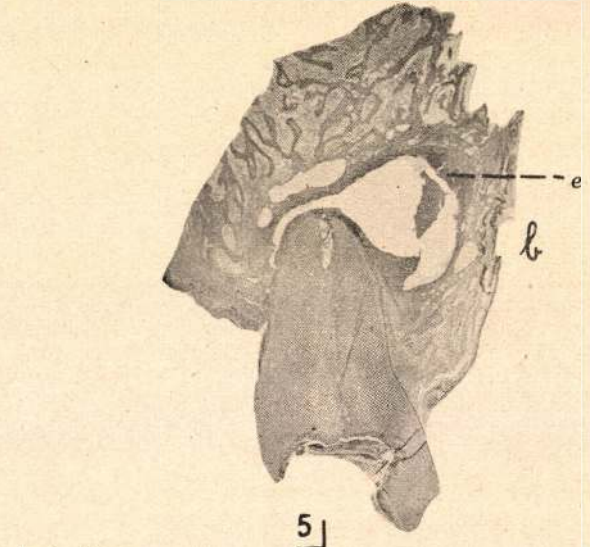


3. á. Cysta radicularis. Középkorú nő. Jobb felső kisörlő. A csonttól a cystát körkörös rostréteg (a) választja el. Buccopalatinalis metszet. b = buccalis oldal.



2. á. Granulómás fogak alsó állk.-ból. 44. év. nő; j. a. állk.-ból. A 2-en típusos granuloma (g), 3 gyökere dist. oldalán beolvadt (b). Erős cementmegvastagodás (c) a 3 gyökerén.

A 4. ábrán látható *abscessus periapic. chron.* felső praemolaris körül zajlik; a gyökércsúcs körüli csontot, valamint a facialis proc. alveolarist elpusztította és látszólag igen közel van az áttöréshez. Másrészt a megindult hámproliferációból (e) arra is következtethetünk, hogy hámbélés képződik ki és talán bizonyos stationær állapot keletkezik, ami a beteg szempontjából egyáltalában nem előnyös, hiszen az acut tünetekkel járó folyamatok rendszerint a megoldást sürgetik, míg a chronikus folyamatok kevés tünettől, vagy tünetmentesen



4. á. Abscessus periapicus chronica. 36 éves férfi, jobb felső kisörlő. e = hámburjánzás. b = buccalis oldal.

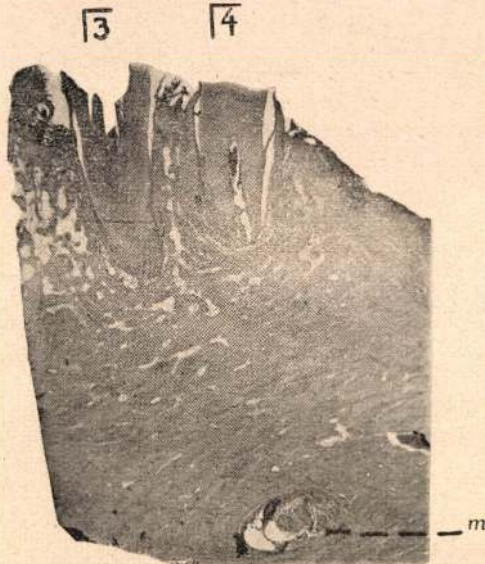
Általában — még orvosi körökben is — a kilökődő gyökerek pathogenitását lebecsülik. Ez nem helyes. A kilökődő gyökerek mindaddig, míg a szájbán vannak, fertőző gócot képezhetnek. Ennek igazolására bemutatom a 6 a. b. c. képeken egy 34 éves myodeg. cordisban elhalt nőbetegből származó készítményeket:

A 6 a röntgenképen a b. f. prm.-ok (4.5) és az első mol. (6) gyökerei látszanak. A gyökércsonkok más csak kisebb részben vannak csonttól körülvéve, mindegyik gyökér körül nagyfokú csonttrikulást találunk.

A 6 b és c képeken a metszeten jól látszik, hogy a gyökerek gyulladást szenvedtek, melyekben a kórszövet részük beolvadt. Ezek a látszólagos tünetmentes

gyökerek éppennyolyan megítélés alá esnek, mint a többiek.

Ritka esetben granuloma nemcsak a fogbél elhalása után a gyökércsúcs körül, de élő fogbél mellett is többgyökerű fognál a septum interradiculare területén keletkezik. Rendesen mechanikus sérülés (szálka, csont, fogpiszkáló, stb.) következtében jön létre a fertőzés, a sérülés záródik és kedvezőtlen körülmények között kifejlődik a *granuloma interradiculare*.



5. á. 60 éves férfi állkapcsától származó gyulladásmentes gyökerek (ritka lelet) m = for. mentale.



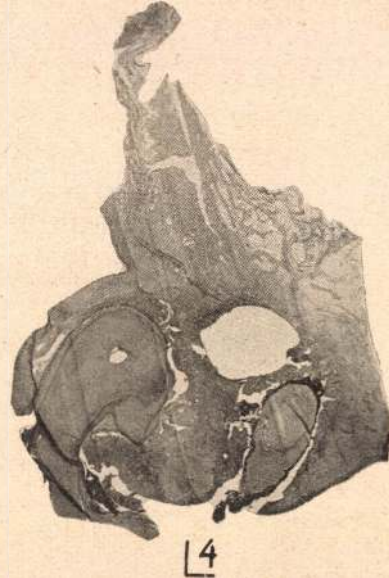
6. á. a) 34 éves myodeg. cordisban elhalt nőbeteg bal felső állcsontjának részlete (röntgenkép). A kilöködött gyökerek körül mindenütt csontritkulás.

Paradentosis (pyorrhoea) kapcsán is keletkezhetik hasonló kórkép. Ez utóbbiban azonban a gyökerek körüli gennyedés az esetek többségében nyílt és mint ilyen gócfertőzés szempontjából nem annyira veszélyes.

További, ritkábban előforduló módja a góc keletkezésének a *traumás* eredet. Esetleg régen történt esés, ütés a fogra, melyre a beteg sokszor már nem is emlékszik, vagy amelyet csak hozzátartozóktól lehet megtudni — a fogbél leszakadását és elhalását okozta. Ebbe a csoportba tartoznak pl. a boxolók sportsérülései. Ha a fogakat hirtelen ütés éri nem teljesen zárt, ill. össze-

szorított fogsor mellett, úgy az állra mért ütés igen könnyen felvágja az alsó állkapcsot és a fogbél leszakadását idézheti elő, rendszerint a felső metszőkön.

Hasonlóan tipikus az anyák ilyen természetű sérülése: ölben ülő kisgyermek, hirtelen felvágja fejét és anyjának állát meg üti; a fenti sportsérüléshez hasonló keletkezik. Az elhalt szövetnek a véráram útján való fertőzése, a gyökércsatorna körül lényegileg a gyökércsatornán történt fertőzéshez hasonló képet fejleszt ki. Jelentősége a többi fertőző góccal egyenlő. Ugyanilyen módon jön létre a tömés alatt elhalt fogbél befertőzése is.



b) Metszet a 5a. képen látható első kisörlő gyökérmaradványból.



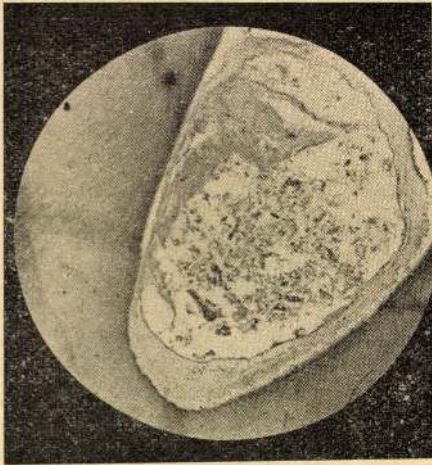
c) Metszet a 6a. képen látható kisörlő gyökérmaradványból.

Kísérletesen az emberi anyagon és a klinikumban gyűjtött megfigyelések teljes mértékben igazolhatók.

Ha kutya fogbélét eltávolítjuk és a fogat nyitva hagyjuk, 1—2 nap múlva a gyökércsúcsra, annak kis nyílásai körül, gyulladással besűrűsödés keletkezik. Esetenként változóan, de rendszerint 1—2 hét alatt ezek a kis góccok összefolynak és sapszerűen körül veszik a gyökércsúcsot. Ilyenkor a góc központi része már beolvadt, vagy beolvadáshoz igen közel van.

Cementszerű tömőanyagaink alatt, de elsősorban az ú. n. *silicat-cementek* alatt, már régen tudjuk, hogy a fogbél gyakran elhal. Erről kísérletesen is meg-

győződünk (7. ábra). Ezen jelenség okát a silicat — cement összetételében — annak SiO_2 tartalmából — ill. a silicat — cement azon tulajdonságában véljük megtalálni, hogy a phosphorsavat nem köti teljesen, úgy hogy abból szabad phosphorsav kis mennyiségben még hetek múlva is könnyen lehasítható. *)



7. á. Állatkísérlet. Fogbélelhalás 3 hét múlva, silicat-tömés alatt.

A fogbél elhalása után rendszerint a gyökércsúcs körül tályogképződéssel járó gyulladás fejlődik ki, mely a szomszédos velőüregekre is áttérjed és az otitis diffusa képét mutatja, míg lassanként demarcálódik. Ugyancsak kísérletesen lehet bizonyítani — amit klinikai szempontból *Kostecka* nagy anyagon igazolt, hogy a nem kifogástalanul végzett, vagy gyógyult gyökércsúcsresectiók a gócot fenntartják, nem pedig eliminálják.

A fenti tapasztalatok birtokában, megkísérlem a megelőzés feladatait körvonalazni:

Foggyökereket betegeink szájában ne tőrjünk. A betegség biztosításban pedig kötelezzük a biztosítottakat a foggyökerek eltávolítására. Természetesen hasonló megítélés alá esnek mindazon fogak is, amelyek a gyökerek körül elváltozásokat mutatnak és konzerváló kezelésre nem alkalmasak.

Tömés alatti fogbélelhalás főleg silicat-cement alatt következik be mégpedig akkor, ha szigetelőréteg nélkül alkalmaztuk. A fogbél elhalását követő gyökércsúcs-körüli góccok *Schick* szerint különösen rosszindulatú fertőző tulajdonságokkal bírnak, talán a teljesen anaerob feltételek következtében.

Praeventiv szempontból tehát *mulasztásnak* kellene kimondani, ha valaki élő fogbelü fogba szigetelőréteg nélkül silicat-cement tömést tesz. E felfogás keresztülvitele pl. biztosítóintézeti rendeléseken éreztetné előnyös hatását.

A foggyökér körüli góccok harmadik nagy csoportja az u. n. *gyökérkezelési eljárásokkal* kezdődik. A gy. kezelési eljárásoknak arra a csoportjára gondolok itten — az u. n. gangraenakezelést nem tekintve — amikor élő fogbéllel van dolgunk. A fogbéleltávolítás főjavalata a fogbél keringési zavara, vagy gyulladása, mellékindi-

catiója technikai, esetleg egyéb szempont. A fogbéleltávolítás ma leginkább használatos módszerei:

1. Arzenes devitalisatio és utólagos gyógyszeres kezelés.

2. Az élő fogbél anaesthezisben történő eltávolítása és utólagos gyógyszeres kezelése.

3. Az élő fogbél aseptikus eltávolítása utáni közvetlen gyökértömés, a gyógyszeres kezelés mellőzésével.

Ad. 1. Az arzenes eljárás nagy hátránya, hogy az arzénrel elölt fogbél a bakteriumoknak kiváló táptalaj (*Hattasy-Bánhegyi*) tehát fertőzött gyulladással pulpara egyáltalán nem volna szabad alkalmazni; azonkívül, ha a gyökérhártyáig jut az arsen, akkor ott annak részleges elhalását és a környezet chronikus gyulladást okozza. A fertőzött góc már a kezelés alatt kifejlődik ilyenkor. (Ma már nélkülözhető eljárás.)

Ad. 2. Az érzéstelenítésben történő fogbéleltávolítás, gyógyszeres kezeléssel kombinálva, bár kevesebb veszélyt jelent mint az arzenes eljárás, mégis a kezelés több ülésben (rendszen 3) történik és a gyökércsatorna fertőzésére bő alkalom nyílik, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy rendszerint nem áll rendelkezésre elégséges idő ahhoz, hogy minden ülésben biztosítsanak az aseptikus feltételek. A gyógyszerek (triclesol-formalin, chlorphenol stb.) tulbátor alkalmazása is sokszor bajt okoz. Kísérletes megfigyelésekből tudjuk — a sebészeti és fogászati kutatók egybehangzó véleménye szerint — hogy a H_2O_2 -on és a jodoformon kívül majd minden használatos gyógyszer ártalmas a gyökérhártyára, csökkenteni ellenállóképességét, gyulladást indít benne és így szintén a fertőző góc ágát veti meg.

Ad. 3. Az élő fogbél aseptikus eltávolítása utáni közvetlen gyökértömés (egy ülésben) gyökérkezelésre alkalmas esetekben igen jó eredményt ad. Ezt az állatkísérletek is igazolják. Ez az eljárás nemcsak a magán, ill. klinikai, hanem a biztosítási gyakorlatban is szinte ideálisnak mondható, mert pl. az utóbbi kategóriában a munkában lévő biztosított egy alkalommal készül el olyan beavatkozással, melyet egyébként 3—4, sőt több ülésben kap csak meg. Az Intézetek szempontjából is feltétlen megtakarítás (utiköltség, idő és anyag), különösen, ha számításba vesszük a sokkal jobb eredményeket. A kartársak jórésze még idegenkedik ez eljárástól, — hangsúlyozom, teljesen alaptalanul.

A megelőzés feladata a gyökérkezelés terén az, hogy:

1. A fog szuvasodása (caries) idejekorán legyen el látva, mielőtt még a fogbél eltávolítására sor kerül (mielőtt a beteg érzi a fogát). Nagyarányú propagandát kellene különösen a betegségi biztosító intézeteknek ez irányban indítani.

2. Gyulladásos fogbelü fogakat, ha

I. nem alkalmasak gyökérkezelésre

II. nem látszik fontosnak a megtartásuk;

III. a beteg nem ragaszkodik különösen hozzájuk, — inkább el kell távolítani.

3. Fogbéleltávolítást csak aseptikus feltételek mellett és olyan módszerekkel végezzünk, melyek a gyökérhártyára nem károsak (l. fent).

A foggócok keletkezésének további lehetősége a sokat vitatott *paradentális gyulladt szövetek*-ben rejlik, a paradentosis kórképével kapcsolatosan. Nem térhetek ki erre a kérdésre bővebben, csak általánosságban javasolnám, hogy nagyobb centralizált intézetekben a paradentozis esetek egyöntetű, lehetőleg *korai* diagnosis-indicatio- és terapia felállítására egy kézbe fussanak össze, olyan szakember kezébe, akinek tudományos és gyakorlati képzettsége biztosíték arra, hogy az esetek elbírálása — mind a therapia, mind a gócfertőzés lehetőségének szemszögéből is — helyesen történik.

*) A silicat-cementek keveréséhez használt por átlag 40% SiO_2 -t tartalmaz, továbbá 30% körül Al_2O_3 -t, valamint több fémet ill. fémoxydot. A folyadék 50—60%-os phosphorsav, mely azonkívül Al, Mg és Zn phosphatot is tartalmaz. Az ilyen anyagból készült tömést a gyakorlatban sokszor helytelenül „porcellántömés”-nek is nevezik, ami már azért is rendkívül helytelen, mert a silicat-cement egészen más fizikális-chemiai tulajdonságokkal bír és egyáltalában nem olyan közömbös biológiai szempontból, mint a porcellán.

A Szent István-kórház I. sz. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Pólya Jenő egyet. c. rk. tanár.)

Az egyszerű bélfekély.

Írta: Kallay Ferenc dr., segédorvos.

Egyszerű bélfekélynek nevezzük a bélcsatorna nem specifikus fekélyeit, ezek rendszerint magánosak, kivételesen azonban többesével is előfordulnak; sok tekintetben hasonlítanak a gyomor- és méginkább a nyombél fekélyeihez. A fekélyek alakja kerek, vagy ovális, alapjuk felé tölcészerűen elkeskenyednek, széleik élesek, környezetük olykor beszűrődött, heges, máskor viszont teljesen ép. A bélcsatorna legkülönbözőbb részeiben található. A vékonybélben lévő fekélyek nagysága lencsényi-illéni, míg a vastagbélben akár pengős nagyságú fekélyek is előfordulnak. Leggyakoribbak a legelső csipőbélkacson, különös előszeretettel a Meckel-féle gurdélyban, ritkábbak az éhbélben, s legritkábbak a vastagbélben. Legtöbbször 40—50 év közötti egyéneknél látjuk, de öregebbeken és fiatalabbakon, akár gyermekeken is észlelték. A betegek háromnegyed része férfi.

A betegség tünetei igen változatosak, egyáltalán nem jellegzetesek. Főbb tünetei: görcsszerű vagy szúró fájdalmak a felhasban, a köldök környékén, vagy az alhasban. A fájdalmak kisugároznak a hátba, hasonlóan a gyomor-nyombélfekély, epekő, stb. tüneteivel. Néha a betegség az idült vagy átfúródott féregnyúlványlob tüneteivel jár. Elhúzódó fekélyek rejtett vérzéssel járnak, míg friss fekély heveny vérzést okozhat, ez mindenesetre igen ritka. Ha a fekély sokáig nem gyógyul, általános leromlásra és nagyfokú vérszegénységre vezethet. A vérzés forrásának kikutatása igen nehéz, a fekély kórismézésében sok a tévedés. Volt eset, melyben a megnagyobbodott lépet kiirtották az általános vérszegénység miatt és csak a boncolás derítette ki, hogy a vérszegénység oka a vékonybélben fekvő egyszerű fekély volt. Ezzel szemben vannak esetek, melyek egész enyhe tünetekkel járnak, sőt tünetmentesek, az első tünet maga az átfúródás. Más esetekben viszont az átfúródást évekre visszamenő panaszok előzik meg.

A legtöbb beteg átfúródással kerül észlelés alá, úgyhogy többnyire csak általános hashártyagyulladás tudunk megállapítani. Az irodalomban leírt esetek közül 90%-ban átfúródó féregnyúlványlobra gondoltak, mert a vakbélhez közelfekvő vékonybélkacson lévő nyílásnak megfelelően az érzékenység legnagyobb foka, illetőleg az izomvédekezés a Mac-Burney-féle pont táján volt. De ha ez nincs is így, az egyszerű bélfekély átfúródását már azért is nehéz kórismézni, mert ha valószínű is a vékonybél átfúródása, a vékonybél egyéb, ú. n. specifikus fekélyeit (tbc., ty., dysenteria, stb.) sohasem lehet biztosan kizárni. Mivel a panaszok és tünetek mindig attól függenek, hogy a fekély a bélcsatorna melyik részén ül és milyen stádiumban van, a betegségnek az átfúródás előtti kórismézése még nehezebb és ha még ehhez hozzávesszük a hasban lejátszódó egyéb idült és heveny kórképeket, mint amilyenek a féregnyúlványlob, gyomor-, nyombélfekély, epehólyaggyulladás, vesekő, méhfüggelék-folyamatok, stb., amelyek tüneteit a bélfekély utánozhatja, s amelyek sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a bélfekély, akkor azt mondhatjuk, hogy az egyszerű bélfekély kórisméjét biztosan felállítani nem lehet. Hogy ez mennyire így van, ezt bizonyítja az, hogy az irodalomban műtét előtt kórismézett egyszerű vékonybélfekély nem ismeretes. Mindössze négy esetet írtak le, melyek átfúródás előtt

kerültek műtétre, ezeket is egyéb okok miatt végzett hasmetszés kapcsán ismerték fel. Makai subacut appendicitis diagnózissal operálva a féregnyujtványt, épnek találta, azonban a csipőbélben beszűrődést látott, melyet egyszerűen átvartt. Miután specifikus elváltozás felvételére nem látott okot s a beteg egészséges maradt, ezt az esetét mint egyszerű bélfekélyt közli.

Földes doktor osztályunkon 1911-ben 11 éves fiút operált, aki 3 és fél hónappal a bélfekély átfúródása előtt hasi fájdalmakkal, hányással és hasmenéssel megbetegedett. Miután a tünetek 5 napig nem szüntek, orvosa hasi hagymáz kórismével a Szt. László-kórházba szállíttatta, ahonnan két hét múlva elbocsájtották. Fájdalmi továbbra is fennálltak, 4 nappal az átfúródás előtt hevesebbé váltak. Osztályunkra általános hashártyagyulladással került (a hasüregekben gáz és barnás híg tartalom). A műtét alkalmával az átfúródás helyét a vékonybélben találta meg, tamponálta. A beteg gyógyult. Typhusra utaló vizsgálat negatív. (Ficker-reactio.) Nyilván ulcus simplexről van szó, melynek kiindulási pontját valami enteritis képezte. Hofhauser egyik esetében is typhusra gyanakodtak, melyet azonban a laboratóriumi vizsgálatok nem igazoltak. Hogy enteritis létrehozhat egyszerű bélfekélyt, bizonyítja Jancke esete, aki 41 éves férfit operált általános hashártyagyulladás miatt. A kórelőzményben 1/2 éves gyomorpanaszok szerepelnek hányással. Műtét alkalmával a vékonybél közepetáján átfúródott fekélyt talált, mit kimetszett és átvartt. A boncolás számtalan fekélyt mutatott ki a vékonybélben, ezenkívül két nagyobb fekélyt a gyomor nagygörbületén. A mikroszkop erős gyulladós beszűrődést mutatott az összes vékonybélfalakon. Ez az eset még abból a szempontból is tanulságos, hogy egyszerre több egyszerű fekély is előfordulhat a bélcsatornában. Ez mindenesetre igen ritka. Bombi vakbélfekélyt diagnosztizált röntgenkép alapján, mely a fekélyfészkekhez hasonló telődési többletet mutatott. A vakbél tájon férfiökölnyi daganatot tapintott. Az eltávolított vakbélben talált pengő nagyságú fekély makroszkoposan és mikroszkoposan is egyszerű fekélynek bizonyult. A beteg meggyógyult és műtét után 2 évvel is panaszmentes volt. Ez az eset teljesen beillik a typhlitis kórképébe, melynek tünetei sokszor megegyeznek a féregnyujtványgyulladással és legtöbbször ennek is tartják. Ezt a régi szerzők a bélsár beszáradásával hozták összefüggésbe (typhlitis stercoralis), ami ha egyáltalán, igen ritkán fordulhat elő, hiszen a vakbél tartalma híg. Egyes újabb szerzők is kimutatták azonban a régi irodalomban annyiszor szerepelt vakbélbeli bélsárrögöt (boudin stercorale), ami nyilván hosszú pangás következménye és éppúgy, mint kemény idegentestek, emészthetetlen ételrészecskék, kétségtelenül alkalmas arra, hogy felsértse a vakbél nyálkahártyáját és ott gyulladást, fekélyképződést idézzen elő. A bél nyálkahártyájának sérüléseinek keresztül különböző fertőzések (strepto-, staphylo-, pneumococcus, coli, stb.) is létrejöhetnek s a vakbél falában genyes folyamatokat indíthatnak meg. A féregnyujtványgyulladás is ráterjedhet a vakbéltre akár közvetlenül, akár a nyirokpályák útján, akár úgy, hogy az appendix hashártyagyulladás folyamán a vakbéllel, cseplezzel, vékonybéllel összenő és infiltrálja azokat. Ezt gyakran látjuk. Localisatiója és kiterjedése szerint ilyen módon a vakbél igen különböző gyulladásai keletkezhetnek. Ha a savós hártány is túlhalad a folyamat, vakbél körüli gyulladásról beszélünk (perityphlitis). A typhlitis sajátos formáját írta le Pólya 1905-ben, amely oly módon keletkezik, hogy a rögzített féregnyujtvány vongálja a

vakbelet, mely a féregnyujtvány eredési helyén ott, ahol a vongálás a legnagyobb, átfúródik.

Az egyszerű bélfekély kóroktana teljesen ismeretlen. A nézetek e tekintetben igen eltérők, ezért maga az elnevezés sem egységes. A leggyakrabban használt *ulcus simplex* kívül *ulcus rotundum*nak, *ulcus trypticum*nak, sőt *ulcus idiopathicum*nak is nevezzük. A betegség keletkezését többféleképpen magyarázzák. *Quenu* és *Duval*, kik e kórképet először írták le, helyi genyédést tételeznek fel. *Grassmann* szerint a fekély létrejöttében nagy szerepe van a vékonybél emésztő nedveinek, főleg a trypsinnek, amely a bélnyálkahártya bizonyos rosszul táplált, vagy sérült helyeit megemésztí és így ott nyálkahártyahiányt, majd fekélyt okoz. A trypsinnek csak másodlagos szerepe van, az alkalmas talajt a fekélyképződésre valami erőművi sérülés, helyi keringési, vagy beidegzési zavar teremti meg. *Jancke*, *Aschner* és *Karrelitz* azon fejlődési rendellenességnek tulajdonítanak fontos szerepet, hogy a bélcsatornában visszamaradnak apró gyomornyálkahártya-szigetek, s szerintük mindig ezeken a helyeken keletkeznek egyszerű bélfekélyek. Kétségtelen az, hogy a Meckel-gurdélyban, ahol éppen a leggyakrabban fordulnak elő egyszerű bélfekélyek, igen sokszor találunk gyomornyálkahártyaszigeteket, mégpedig ugyanolyant, mint az antrum pyloricumban, ahol különösen gyakori a fekélyképződés. Rendes körülmények között a Meckel-gurdély csipőbélnyálkahártyával van bélelve. Tehát a felvétel az, hogy mivel a gyomornyálkahártya fekélyképződésre hajlamos, ha ilyen helyek a vékonybélben előfordulnak, ott fekély képződik. A szerzők vizsgálatai szerint az idegen nyálkahártya a fekélyképződés miatt elpusztul. *Brown*, *Philipp* és *Pemberton*, akik a kérdéssel a legtöbbet foglalkoztak, erre vonatkozólag a következő vizsgálatokat közölték: 18 egyszerű fekélyt közölnek, melyek közül 10 a vékonybélre, 8 a Meckel-gurdélyra esik. A bélfekélyeknél egy esetben sem találtak gyomornyálkahártya részletet, míg a Meckel-gurdély fekélyeinél 5 esetben kimutatták azt. Szerintük, ha a bélcsatornában gyomornyálkahártyaszigetek előfordulnak és abban fekély keletkezik, nem pusztul el egészen, tehát kimutatható, viszont ha ez a fejlődési rendellenesség volna a fekélyképződés oka, akkor a valószínű az lenne, hogy annak elpusztulása után a fekély meggyógyul.

Kétségtelen, hogy az egyszerű bélfekély kóroktana még sok tekintetben tisztázatlan. A fekélyek kórbonctani és kórszövetani lelete a betegség keletkezéséről semmi magyarázatot nem ad. *Ulcus simplex* megállapítására csak akkor van jogunk, ha a kórelőzményben nem szerepel semmiféle betegség, fertőzés, vagy mérgezés, mellyel a fekély keletkezését összefüggésbe lehetne hozni. Nem tartom lehetetlennek, hogy az egyszerű bélfekély különféle okokból származhatik és nézet szerint ezen fekélyek legnagyobb része erőművi sérülés következménye, hiszen erre a bélcsatornában számtalan alkalom nyílik. Igaz, hogy általában az idegen testek elég szerencsésen át szoktak jutni a bélcsatornán és sokszor természetes úton is eltávoznak, de mindig megtörténhetik, hogy az idegentest a bélcsatorna falát valahol átszúrja; ilyenkor az idegentestet vagy a sérülés helyén, vagy a szabad hasüregben meg is találjuk. Van azonban egy harmadik eshetőség is, hogy az idegentest kiálló, érdes, hegyes része megsérti a nyálkahártyát, vagy pedig egy helyen való hosszabb tartózkodás folyamán átkoptatja a bélfalat s a sérülés létrehozása után továbbvándorol, esetleg el is távozik a bélcsatornából. A visszamaradó nyálkahártyahiányok nagy százaléka bizonyára begyógyul, az esetek

egy részében azonban hosszabb vagy rövidebb ideig tartó fennállás után átfúródáshoz vezet, különösen akkor, ha a bélfal valamely keringési, vagy beidegzési zavar, vagy más betegség miatt kevésbé hajlamos a gyógyulásra. Ezt a gyógyulási hajlamot a trypsin emésztőhatása is károsan befolyásolja. Hogy a trauma nemcsak a fekély keletkezésének, hanem az átfúródásnak is oka lehet, azt bizonyítja *Bárdossy* esete. 40 éves férfiről számol be, aki birkózás közben hirtelen heves hasi fájdalmakat érzett, összeesett. Négy hónappal előbb pár napig tartó alhasi fájdalmak voltak véres széklettel, amely kezelőorvosa szerint magasabb bélszakaszból jöhetett. Műtétkor lencsényi perforációs nyílást talált a vékonybélben, melyet szabályosan elvarrt, a hasüreget tamponálta. A beteg meggyógyult. Ebben az esetben a fekély nyilván régebben fennállt és birkózás közben erős hasprés, ütődés, vagy zuhanás következtében fúródott át.

Hogy vannak esetek, melyben a kórboncnoknak is kétsége van, vajjon egyszerű bélfekélyről, vagy idegentest átfúródásáról van-e szó, bizonyítja egy osztályunkon régebben észlelt eset.

1928. VII. 2-án szállítottak osztályunkra 39 éves férfit, aki 8—10 órával előbb hirtelen rosszul lett, igen heves hasgörcsei támadtak, sokszor hányt, csuklott, s állapota rohamosan romlott. Ezt megelőzően semmiféle hasi- vagy egyéb panasa nem volt. Jól fejlett, közepesen táplált férfi. Szenvedő arckifejezés, lábait erősen felhúzza, hasát két kezével védi, hasa feszesen elődomborodó, deszkakemény, betapintani nem lehet. Érzékenység legerősebb a jobb bordaív alatt. Érlökés 130, puha, könnyen elnyomható. Hőmérsék: 37.6 C°. Azonnal műtét, aether-altatásban. Nyombélátfúródásra gondolva, felső középső hasmetszés. A hashártya megnyitásakor az alhasból nagymennyiségű sárgás-zöld, zavaros, szagtalan folyadék ürül, melyben apró zöld, szilárd darabok úsznak (ugorka részek). A gyomron és a nyombélen nyílás nem található, csupán a kiterjedt hashártyagyulladásnak megfelelően rostonyafelrakódás. A legelső vékonybélkacson, mintegy 20 cm-re a vakbélből, kb. 2 cm, átmérőjű, kerek, élesszélű nyílás; elszüllyesztés, két rétegben a hasfal zárása. A beteg a harmadik napon szivgyengeség és általános hashártyagyulladás tünetei közt meghal.

Boncoláskor a bél nyálkahártyáján kóros elváltozást nem találtak, a kórboncnok szerint egyszerű bélfekéllyel, vagy ami még valószínűbb, idegentest által okozott átfúródással állunk szemben. Az idegentestet a hasüregben megtalálni nem sikerült.

Az egyszerű bélfekély korai felismerése nagyon fontos volna, mert az átfúródás legtöbbször halálos veszedelmet jelent a beteg számára. Sajnos a kellő időben az átfúródás előtti kórismézés a legtöbb esetben lehetetlen. Mint már említettem, a tünetek olykor meggyegyeznek a féregnyujtványlob tüneteivel és ilyen esetben, ha helytelen kórisme alapján el is távolítjuk a féregnyujtványt, azzal a megnyugtató érzéssel, hogy legalább nem fog átfúródni, még mindig megmarad az esetleg fennálló fekély átfúródásának veszélye. Éppen azért nagyon fontosnak tartanám nem kifejezett hasi kórkepek, elsősorban kórisme szempontjából kétséges, vagy a műtét által biztosan be nem igazolt idült féregnyujtványlobok esetén a mennyiségi és minőségi vérvizsgálatot, úgyszintén a Weber-, vagy benzidin-próbát elvégezni, mert ha ezek a vizsgálatok általános vérszegénységet és rejtett vérzést igazolnak, akkor gondolkodnunk kell a bélfekélyre s ilyenkor a próbahasmetszés kapcsán elvégzett féregnyujtvány kiirtás után mindig végig kellene vizsgálni a beleket, mert könnyen rábukkanhatunk a beszűródött bélrészletre és abban ülvő fekélyre, amikor is a megfelelő műtét elvégzésével elejét vehetnők a később majd nem biztosan bekövetkező átfúródásnak.

A gyógy mód csak műtét lehet. Hogy milyen műtétet végezzünk, az mindig attól függ, hogy a beteg

milyen állapotban került észlelésünk alá és mekkora a fekély kiterjedése. Átfürödés híján, ha a fekély kicsi és környezete nincs beszűrődve, vagy a beszűrődés csak kistokú, a beteg bélrészletet a bél hossz tengelyére merőlegesen kimetsszük és a nyílást ugyanilyen irányban kétszeresen elvarrjuk; ha a fekély nagyobb kiterjedésű, vagy erős hegesedés, behúzóadás által a bél üregét beszűkíti, bélcsonkolás jön szóba. Ha a fekély átfürödött, lehetőleg kerüljük a bélcsonkolást, s a fekélyt kimetsszével, vagy anélkül elvarrjuk, ha ez a bél üregének jelentősebb megszűkítése nélkül keresztülvihető, ha nem, mégis bélcsonkolást kell végeznünk. Ha a fekély körül jól elhatárolt gyulladással bélsártályog alakul ki, akkor ennek megnyitására szorítkozunk, s a visszamaradó bélsársipolyt későbbi műtéttel zárjuk. Heveny vérzéssel járó esetekben, éppúgy, mint az egyéb okok miatt létrejövő bélvérzések vagy gyomorvérzések alkalmával, jobb tartózkodnunk a műtéti beavatkozástól, mert a fekély kórisméje amúgysem biztos, megkeresése pedig a beteg kivérzett állapota miatt túlságosan megviseli a beteget. A műtét a vérzés megszűnté és a beteg felerősítése után végzendő el.

Végül beszámolok két esetről, melyeket osztályunkon a múlt év folyamán észleltem.

1. 62 éves férfi, évek óta időnként görcsöket érez alhasában, melyek hol a jobb-, hol a baloldalon, hol pedig középen a köldök alatt jelentkeznek. Fájdalmi étkezéstől függetlenek, sohasem hányt, hányingere sem volt. Jelenleg baja beszállítás előtt (1938. III. 7.) 5—6 órával kezdődött, amikor jobb alhasában az eddignél hevesebb görcsöket érzett, hányt, hasa felfúvódott, azóta szelek nem mennek. Gyengén fejlett férfi, bőre és látható nyálkahártyái halványak. Hasa kissé elődomborodó, kifejezett nyomási érzékenységgel az egész hasban, alhasban izomvédekezés, leginkább a Mac-Burney-féle ponton. Erverés 120, arhythmias, kishulámú, könnyen elnyomható. Hőmérsék: 38.1 C°. Azonnal megoperálom aether-altatásban. Feregnyujtványátfürödésre gondolva, Mac-Burney-féle rostélymetszéssel hatolok be. Has megnyitásokor sűrű, zöldes-sárga, bűzös geny ürül. Belek sötétvörösen belöveltek, helyenként rostonyával fedettek. Feregnyujtvány ép, azért előhúzóam a vékonybeleket, amikor a legelső éhbélkacson csakhamar elötünik a vakbélből mintegy 10 cm-re fekvő szilvماغ nagyságú és alakú fekély, mely a bél hossz tengelyére merőlegesen és a mesenterium tapadásával szemben fekszik. A nyílás széle éles, keskeny lobos udvarral. Környezetén beszűrődés nem tapintható. A fekélyt két rétegben elsüllyesztem és bő tamponálás után szűkítem a hasfalat. Szívgyengeség tünetei között 3 óra múlva meghal.

Kórbonctani és kórszövettani lelet (Habán dr.): A legelső vékonybélkacson, a Bauhin-billentyűtől 11 cm-re, a mesenteriummal szemben levő oldalon harántirányban elhelyezett varratokat találunk, melyek szomszédságában a varratoknak megfelelően a bélfalban vérzéseket találunk. A perforációs nyílásnak megfelelően a nyálkahártya lekerekített, de egyébként kóros elváltozást nem mutat. A bél nyiroktüszői kifejezetten jól láthatók, egész gombostűfejnyi nagyságúak. A bélben sehol fekélyképződést, vagy más kóros folyamatot nem találunk. A mesenterialis nyirokcsomók megnagyobbodva nincsenek, a lép nem nagyobb, lényeges kóros elváltozás nincs.

A perforációs nyílásnak megfelelően a bél falból több metszetet készítettünk. A metszeteken a nyílásnak megfelelően a bél fal szélén mindegyik rétegre kiterjedő elhalás ismerhető fel, más helyeken pedig az aránylag ép nyálkahártya a perforációs nyílás szélére ráborul. A nyílás szomszédságában a serosát fibrin fedi. A nyílás körül a bél fal vízenyősen duzzadt és itt főleg leukocytákból álló, de kereksejteket és plasmasejteket is tartalmazó beszűrődés van. Igen sok a sejtormelék és rosszul festődő, részben elhalt sejt. A bél falban sehol valamilyen specifikus lobos elváltozást, vagy esetleg sejtburjánzást felismerni nem tudunk. A capillarások kicsit tágultak, de bennük rögzösödés nem látható. A

szöveti kép alapján a létrejött perforatio oka ulcus simplex lehetett, bár most a fekélyt kimutatni nem tudjuk.

2. 85 éves férfi beszállítás (1938. XI. 10.) előtt pár órával lett rosszul, hirtelen egész hasára kiterjedő fájdalmak jelentkeztek. Egyszer hányt, szelek, szelek nem mennek, egész hasa felfúvódott. Betegségét megelőző tünetekről nem tud. — Gyengén fejlett és táplált férfi, bőre és látható nyálkahártyái halványak. Hasa deszkakemény, behúzódtott, az egész hasra kiterjedő nyomási fájdalom és izomvédekezés, fehérvérsejtszám 15.000. Hőmérsék: 38.2 C°. Azonnal műtét. Feregnyujtvány átfürödés kórismével Mac-Burney-rostélymetszéssel hatolunk be. Has megnyitásokor sok zöldesárga, szagtalan, a gyomorátfürödásoknál észlelt fojyadékra emlékeztető váladék ürül. Feregnyujtvány ép, belek sötétvörösen belöveltek, erősen tágultak. Ezért felső középső hasmetszéssel újra behatolunk. Gyomor is ép. Előhúzzuk a vékonybeleket, a legelső vékonybélkacson a vakbélhez kb. 1 m-re kis, borsószem nagyságú átfürödéses nyílást találunk, amelynek széle éles, környezetén beszűrődés nincs. A nyílást két rétegben elsüllyesztyük, réteges hasfalzárás, az alsó nyíláson át bő tamponálás. A beteg műtét után 15 órával általános hashártyagyulladás tünetei között meghal.

Boncolás alkalmával, melyet *Habán dr.* végzett, a vakbélből 150 cm-re a mesenteriummal szemben levő oldalon két rétegben elhelyezett varratokat talál. Varratokat kibontva, a bélben 4 mm. átmérőjű kerek, átfürödéses nyílást talál, melynek nyálkahártya felőli oldala kissé lépcsőzetes. A bél nyálkahártyáján különben kóros elváltozás nincs.

Mindkét esetünk átfürödéssel és kiterjedt általános hashártyagyulladással került műtetre és így, dacára annak, hogy néhány órával az átfürödés után jelentkeztek, menthetetlenek voltak, amihez nyilván hozzájárult az is, hogy öreg emberekről volt szó. De az irodalom adatai szerint az átfürödött ulcus simplex kilátásai általában igen rosszak, ami természetes is, hiszen az átfürödés a hasür közepében történik, ahol az infectio terjedésére sokkal inkább van mód, mint a jobb csípőtányérban, mely aránylag nyugalmas hely s így az ulcus simplex átfürödése sokkal rosszabb kilátásokat nyújt, mint a feregnyujtványé.

A Horthy Miklós közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Milkó Vilmos, egy. c. rk. tanár.)

A flexura duodenojejunalis sarkomája.

Irta: Gidró László, dr. adjunctus.

A rákos daganatokhoz viszonyítva ritkábban előforduló sarkomáknak egyik kedvenc kiindulási helye a bélrendszer. Sectiós anyagok Gurlt (16.600) 3 bélsarkomát talált, Smoler (13.036) 13-at, Buday (5.530) 5-öt. Staemmler statisztikája (17.000 sectio) 10, Nothnagel (21.358) 16 bélsarkomáról számol be. A klinikai közlemények alapján még nehezebb a bélrendszerben előforduló sarkomák gyakoriságáról tiszta képet nyerni. Simon a breslauer sebészeti klinika anyagából feldolgozott 914 sarkoma eset közül 3 bélsarkomát, a breslauer Allerheiligen-Hospital sebészeti osztályának anyagában pedig 69 eset közül 3-at talált. A bélsarkomák ritka előfordulását sokkal jobban szemlélteti a bélrákokhoz viszonyított arányszámuk. Einar Key adatai szerint 206 bélrákra csak 2 bélsarkoma esik, Michelson statisztikájában 100 cc-ra 1 sk. Az újabb adatok már valamivel gyakoribb előfordulásukról számolnak be: Kausch anyagában (a rectum-cc-ák kivételével 100 cc-ra 6 sk. esik, míg Wortmann 196 cc. mellett 5 sk-t látott.

A bélsarkomák kb. 65%-a a vékonybelekben található, míg a duodenumra az összes bélsarkomák nem egészen 10%-a esik. Így Staemmler gyűjtőstatisztikájában (1924 394 bélsarkomából 34 jut a duodenumra. — A fenti adatok szerint a bélsarkomák között a duodenum sarkomái a legritkábbak.

Mint a bélrendszerből kiinduló sarkomák általában, a duodenum-sarkomák is 3 typus szerint jelentkeznek, (Simon). 1. körülírt solitaer tumor, 2. egymás mellett szorosan ülő, vagy egymástól távolabb fekvő multiplex daganat, illetve testvérdaganat, 3. nagyobb bélszakaszt infiltráló és azt merev csövé változtató daganatos diffus beszűrődés, mely az egész bélrendszerre is kiterjedhet (Lehmann). Staemmler ugyancsak 3 typust ismeret, aszerint, hogy a daganat hogyan növekszik: 1. elhatárolt befelé (lumen felé) növő, esetleg polyposus, 2. elhatárolt, kocsányosan vagy szélesebb alappal a bél falon ülő, kifelé terjeszkedő és 3. az egész bél falat diffuse beszűremítő sarkomákat. Mindkét beosztás a klinikus gyakorlati szempontjai alapján készült, de nem érinti a bélsarkomák szöveti szerkezetét.

A duodenum-sarkomák histológiailag is azonosak a vékonybél hasonló daganataival. Leggyakoribb a lympho- és kereksejtes sk., ritkább a myosarkoma és igen ritka (Rademacher) az orsósejtes. A prominens lumen felé növő daganatok kiindulási helye a submucosa; ezek többnyire lymphosarkomák, gyakran kereksejtes sarkomák. A prominens kifelé terjeszkedő daganatok az izomrétegből és a subserosus kötőszövetből származnak és ennek megfelelően myo-, vagy orsósejtes sarkomák.

A duodenum-sarkomák leggyakrabban a pars superioron, majdnem azonos gyakorisággal — ha a papilla Vateri sarkomás daganatait is a pars mediához számítjuk, — a pars medián és nagyon ritkán a pars inferioron fordulnak elő. A tényleges arányt elég pontosan szemlélteti Perry és Shaw (9 eset) statisztikája, melyben a duodenum-sarkomák a következőképpen oszlanak meg elhelyezkedésükkel: 5 felső, 1 a középső, 1 az alsó szakaszon és 2 az egész duodenumra kiterjedően.

A duodenum-sarkomák tünettana nem egységes, hanem szövettani jellegük és topographiai viszonyuk szerint különböző. Természetesen a rosszindulatúság jelei, ugymint a gyors kifejlődés, a lesóványodás, a cahexiás an- és hydraemia, stb. mindig szembeötlők, de ezeken felül más-más tünetet okoz egy kifelé növő és aneurysmaszerű szétesésre hajlamos, vagy egy lumen felé terjedő, esetleg szűkületet is okozó daganat. A pars sup. sarkomái tünetileg miben sem különböznek a gyomorsarkomáktól, viszont a pars media, illetőleg a Vater-papilla sarkomás daganata ugyanolyan tüneteket okoz, mint az azonos helyen fejlődő carcinomás daganatok. Tünettani alapon tehát jogosult Simon ama megjegyzése, hogy a papilla sarkomái voltaképpen az epeutak daganataihoz tartoznak. Miután a pars inf. daganatai a duodenum ezen részének teljes rögzítettsége és retroperitonealis helyzete miatt nem invaginálhatnak és volvulust sem okozhatnak, azonkívül életfontosságú vezeték elzárásával sem adhatnak hirt magukról, az alsó szakasz sarkomáinak korai felismerése igen nehéz és csak röntgenvizsgálattal lehetséges. Legfeljebb szűkület, illetve magas elzáródás esetében gyaníthatjuk, ha egyébként a klinikai tünetek rosszindulatú daganatra utalnak, hogy az akadály a duodenumon ül, s hogy az esetleg sarkoma.

Az utóbbi évek folyamán egy ilyen arányilag korán kórismézett sarkomás duodenumszűkületet észleltünk osztályunkon. Az eset közlését egyrészt az indokolja, hogy sarkomás daganat hasonló localisatiója és jellege igen ritka, másrészt, hogy a daganatos duodenumrész eltávolítása a műtét közben mutatkozó rendkívüli nehézségek ellenére is sikerült és végül, hogy a duodenum legutolsó szakaszának, a flexura duodeno-jejunalisnak csonkolását mint typosus műtétet a számomra hozzáférhető irodalomban nem találtam meg. (Mindössze egy

esetben — Pauchet és Luquet közleményének referatumaiban, — találtam utalást carcinoma miatt végzett fl. duodenojejunalis-resektiora, az eredeti közleményt azonban sajnos nem sikerült megszereznem.)

K. I. 42 éves nő. Fel.: 1935. VIII. 5-én a kórház III. sz. belosztályára. 1 év előtt heves epeköves kólikák. Jelen betegsége 2 hónappal felvétele előtt kezdődött gyomortáji fájdalommal, gyomorégéssel és savanyú felbőfögéssel. Azóta panaszai állandósultak, tűrhetetlen hát- és derékfájást érez, különösen az utóbbi időben gyakran hányt. A naponkénti hányást fájdalmas és órákig tartó hasgörcs előzi meg, majd erős korgások után a hányással megkönnyebbül. A hányadék epés, életrészeket tartalmaz. Széke csak hashajtóra van. Gyakori hőemelkedésről panaszok, étvágytalan, betegsége óta 5 kg-ot fogyott. Gyengén fejlett, igen sovány, cahexiás nőbeteg. Has az epigastriumnak megfelelően puffadt, ugyanott kifejezetten nyomásérzékeny. Ütőgetésre gyomor-merevedés váltható ki. Pulsus úgy a radialison, mint a carotison feltűnően kishullámú, elég könnyen elnyomható, szapora. Tensio: 100/70. Testsúly: 39.50 kg. Próbaguggeli: normaciditás. Weber: erősen positiv. Rtg.-lelet: „Középpallású, cseppalakú szív. Atoniás, mérsékeltén tágult és súlyedt gyomor. A kása felett magas secretios réteg, gyomorconturokon eltérés nem látszik. Az egész duodenumpatkó igen erősen, gyermekkar vastagságnyira tágult. A vizsgálat alatt a pars horizontalis inf. és jejunum határán túl a contrastpép nem jutott. Ugyanezen tájékon kifejezett nyomásérzékenységet. Vizsgálat alatt a gyomor nem ürült. 1 óra múlva a gyomorból kevés contrastpép ürült. 4 óra múlva a contrastanyag $\frac{3}{4}$ része még a gyomorban; 24 óra múlva jó 1 harántujnyi contrastanyag a gyomorban, a többi a vastagbél teljes hosszában”. 8 napig tartó kivizsgálás után, VIII. 13-án rosszindulatú duodenumszűkület kórismével került a beteg osztályunkra. Még aznap előkészítettük műtétre, tekintettel arra, hogy belosztályi tartózkodása alatt az elzáródás subacut jelleget öltött és a beteg amúgyis gyenge erőbeli állapot napról-napra gyengült. Műtét (VIII. 14.): Ombrédanne-narcosisban felső med. lap. A gyomor és az egész duodenum feltűnően tágult (ismételt gyomormosás után!) A duodenum retroperitonealis részén, közvetlen a flexura duodenojejunalis előtt, férfiökönyi, egyenetlen felszínű, majdnem porckemény, alig mozgatható, de elég körülírtnak tetsző daganat tapintható. A jejunum és az összes többi belek üresek. Az epehólyag hegesen zsugorodott, benne sok apró kő tapintható, a fundus hátsó falán pedig, kb. filléresnyi területen, kemény és egyenetlen felszínű resistentia. Hogy a duodenum daganata felől jobban tájékozódhassam, a duodenumpatkó alsó hajlása mentén a bél külső oldalán, illetve nagyobbik görbületén, a hashártyát behasítom és ezzel a duodenum egész retroperitonealis szakaszát feltárom. A pars inf. végén, a fl. duodenojejunalisra ráterjedően, a bél falát kb. 2 harántujnyi szélességben körkörös infiltráló és a lument teljesen beszűkítő, göbös tapintatú, szürkés-fehér tumort találok. A daganatos beírészen, azzal szoros összefüggésben, az art. és vena mesenterica sup. lovagolnak. A mesenterialis erek mentén több, egymással összekapcsolódott és megnagyobbodott nyirokmirigy helyezkedik el. A pars inferiorra a beteg jobb oldala felé húzva, a mesenterialis edényeket a tumoros bélrészről aborális irányban egész a flexura végéig éles praeparálás után óvatosan letolom és mikor a metastasisoknak tűnő nyirokmirigyek eltávolítását is befejezem, azt látom, hogy a tumor környezetével nem kapcsolódott össze. A daganatos rész felszabadítása, illetve a csonkolás és bélegyesítés lehetősége most már biztosítottan látszik. A pars inf. és a flexura 8 cm-nyi részletét, mely a daganatot is tartalmazza, a hozzavezető erek lekötése közben felszabadítom és mobilizálom. A csonkolás simán megy és a végek end to end feszülés nélkül könnyen egyesíthetők. Az anastomosist 3 rétegű varrattal (1 sor nyálkahártya és 2 sor musculo-muscularis) készítem el. A szájadék 1 ujjat bőven átereszt. A beteg eddig a műtétet jól tűrte, ezért az ugyancsak tumorgyanus epehólyag eltávolítását is elhatározom. L. a. subserosus-retrograd cholecystectomiát végzek. Hasfalzárás. Műtét után a szív működés eleinte kielégítő, de este felé rohamosan gyengül és éjjel a beteg szívgyengeség tünetei között meghal. Boncoláskor a műtét területén rendben találtuk, az anastomosis varratai jól tartanak, peritonitisnek nyoma sincs. Feltűnően kicsi, hypoplasiás szív és ugyanolyan aorta, úgyhogy a hasi aorta legkisebb kerülete csak 18 mm, a legnagyobb 50 mm. A szívizom előrehaladott elfajulást mutat, a tüdőknön nagyfokú hypostasis. A kórboncnok (Prof. Zalka) a halál okát primár műtétí shockban jelölte meg és a szív és érrendszer feltűnően fejletlen

voltára vezette vissza. A szövettani vizsgálat (Prof. Zalka) az izomzat külső részéből kiinduló leiomyosarcomát állapított meg, az áttételesnek látszó mirigyekben daganatos elváltozást nem talált, csak gyulladást. Az epehólyag tumor-gyanús helyén fibrosus-ulcerosus lobot mutatott ki.

Hasonló localisatiójú, a fl. duodenojejunalison ülő sarkomát eddig csak 3 esetben (Crowther, Kathe, Storch) észlelték, de miután ezek egyikében (Storch) a csomoklás nem retroperitonealis, hanem intraperitonealis bél-részleten történt, azonkívül maga a leírás is arról tanuskodik, hogy a daganat ott helyezkedett el, ahol a vékonybél semmiféle anatómiai kritérium alapján sem nevezhető duodenumnak, Storch esetét a duodenumsarkomák sorából bátran törölhetjük. Kathe esetében a tumort boncolás fedezte fel és — amennyire azt a referatumból megállapíthattam, — Crowther esete sem került műtetre. Úgy látszik, hogy — Pauchet már említett rákos esetét kivéve, — esetünk az egyetlen, amelyben sarkomás daganat resectiója a flexurán technikailag tökéletesen sikerült.

A duodenum ezen szakaszán több oknál fogva is nehéz dolgozni. Először is nehéz és tökéletlen a retroperitonealisan fekvő flexura feltárása. Másodszor a daganaton lovagoló mesenterialis edények a bél felszabadítását és csomoklását feszülésekkel még akkor is akadályozhatják, ha a daganatos beszűrődés még nem terjedt át rájuk. Esetünkben is csak azért tudtuk a belet mobilizálni, mert a tumor aránylag kis volumene miatt az erek nem feszültek meg annyira, hogy a daganat kiszabadítása közben elszakadhattak volna, vagy hogy a daganat áthuzását akadályozták volna.

Esetünknek az is érdekessége, hogy a külső izomrétegből kiinduló nyosarkoma nem a serosa-felszín felé, hanem a lumenbe tört és ott szűkületet okozott.

A betegség helyes kórismézésére éppen a szűkület tünetei vezettek és ennek köszönhető, hogy a daganatot radicalisan el tudtuk távolítani. A duodenumsarkomák ugyanis általában későn kerülnek műtetre, akkor mikor már inoperabilisak, a szűkületnek azonban megvan az az előnye, hogy a betegséget aránylag korán felfedi és ezzel a gyökeres műtét lehetőségét növeli. Minthogy szűkületet okozó duodenumsarkoma nagyon ritkán észlelhető, természetes, hogy a bél ezen szakaszán fejlődő sarkomás daganatok kórjólata igen rossz. Nothnagel és Simon hangsúlyozzák, hogy a bélsarkomák prognózisát a gyors növekedésen, a kiterjedt infiltráció és a szomszédos szervekkel való korai összekapaszkodáson kívül még a szűkületre törekvő hajlam hiánya is lényegesen rontja.

Betegünk a korai kórisme és sikerült műtéti megoldás ellenére sem bírta ki a beavatkozást, úgyhogy saját példánkkal is igazolhatjuk Melchior-t, ki a duodenumsarkomák prognózisát teljesen kilátástalannak ítéli.

Bitestin, biológiailag standardizált herehormon készítmény, amely *testosteronon* (a tulajdonképeni herehormon) kívül egyéb, a testisben előforduló, a testosteron therapiás hatását lényegesen fokozódó anyagokat (ú. n. X-anyagokat) is tartalmazza. *Bitestin* egyaránt indicált a him nemi szervek csökkent működésén (neurasthénia sexualis, erectio-, gyengeség, klimax virile), a him nemi szervek fejletlensége (hypogonitismus, infantilismus, pubertas retardata, stb.) esetén, valamint a sexualis eredetű bőrbajokban (pruritus senilis, acne vulgaris stb.) és a nőgyógyászatban (klimaxos, castratiós kiesési tünetek, mastopathia). Lényeges subjectiv javulás várható prostata hypertrophiában is. — Adagja naponként, vagy másodnaponként 1 ampulla intramuscularisan. 6 ampullát (á 1 ccm) tartalmazó dobozokban kerül forgalomba.

A Budapest-Lipótmezői m. kir. Állami Elme- és Idegyógyintézet közleménye. (Igazgatófőorvos: Zsakó István.)

A schizophrénia görcskezelésének három évi tapasztalata.*

Írta: Petrovich Ferenc dr., osztályvezetéssel megbízott intézeti orvos.

Akik a pszichiatria történetével foglalkoznak, azt szokták mondani, hogy az elmebetegségek keletkezése, oka és kezelése tekintetében kialakult felfogásra minden kor rányomja a maga bélyegét. A régi korok orvostudományával foglalkozó szerzők munkáiból tudjuk, hogy a pszichiatria őskorában már voltak, akik az örülteket elmebetegeknek tartották. A középkorban megszáltságról beszéltek, a XVIII. században, ha mai felfogásunk szerint helytelenül is és igen primitíven, de találkozunk bizonyos elkülönítési törekvésekkel. E korból származó könyvek beszélnek már tabes dorsalisról, paralysisról, mania-ról (Wahnsinn), melyet Blödsinn néven foglaltak össze. Az elmebetegségek mai beosztása már a legújabb elmeorvosi munkásság eredménye s ma már ott tartunk, hogy a felosztás szerint az elmebetegségek egyik legjelentékenyebb csoportjáról, a schizophréniáról komoly megfontolás tárgyává kell tennünk, szabad-e, helyes-e ebbe a csoportba tartozó, egymástól annyira eltérő típusú megbetegedéseket közös néven nevezni.

Sajnos, néhány elmebetegség, így a schizophrénia okáról pozitív irányban mi sem tudunk sokkal többet, mint elődeink. A gyógykezelés terén elődeinkhez hasonlóan e betegségnél szintén nem tudunk komoly eredményeket felmutatni. Éppen ezért minden therapiás kísérletet, így a legújabb időben előtérbe került insulin és cardiasol, ill. camphor-kezelést is örömmel kellett üdvözölni.

A shok-therapia, melybe a fenti két kezelés is tartozik, nem új keletű. Különbség csak az, hogy régen más elméleti megoldások alapján, más gyógyszerekkel és más módon alkalmazták, mint napjainkban. Ez a megállapítás azonban csak az insulinra vonatkozik, mert a *Meduna* által propagált camphor és a vele azonos cardiasol-kezelés (mely nem más, mint synthetikus camphor) már a XVIII. században is jól ismert volt. E század végén — mint az alábbiakban látni fogjuk — megtaláljuk a ma legmodernebbnek tartott convulsiós shok-therapiás eljárást is. *Havas Gyula dr* közleményéből tudjuk, hogy *Weisbach*, *Bang*, *Ferriar* és *Simon* a XVIII. században már kiterjedten alkalmazták a „Bécsben oly híressé vált” camphor-therapiát elmebetegségek ellen. *Weichardt* pedig 1798-ban Bécsben megjelent művében a *Medicinisches Practisches Handbuch* című munkájában ezt írja: „Wenn man Campher nach Simon so lange gab, bis Schwindel und eine Art von epileptischen Anfällen folgte, so war es Vermessenes Mittel, welches alsdann erst die sthenie der Manie wegnehmen konnte”. Folytatólag már *Bang* tapasztalataira hivatkozik, mondván, hogy a camphort „Bang hat ohne Nutzen gegeben, auch ich habe die nemliche Beobachtung gehabt”. Hivatkozik *Ferriar* tapasztalataira is, ki a camphor legerősebb adagjait szintén haszon nélkül adta. Láthatjuk tehát, hogy a camphor-therapia eredményeivel régi kartársaink nem voltak megelégedve, sőt majdnem valamennyien eredménytelennek tartották, talán ezért is merült másfél évszázad alatt feledésbe.

*) *Lehoczky*, *Eszenyi*, *Horányi*, *Bak* cikkére utalás nem történhetett, mert az időközben jelent meg.

Lássuk most már, hogy ezen therapiás eljárás felújításának milyen eredményei vannak.

Ennek elbírálásánál a feltett kérdést mindenképp két részre kell választanunk. Az elsőt képezik a görcskezelt és közvetlen utána elért eredmények, másodikat a késői tapasztalatok. Tekintettel arra, hogy a psychés remissiók megítélésben az egyéni elbírálás igen tág határok között mozoghat, ezért, hogy minden hibaforrást kiküszöböljek, igyekeztem a legobjectívebben eljárva a *Dussik-Sackel*, *Angyal-Sackel* beosztást követni. „A” csoportba soroltam tehát a teljes remissio azon fokát, hol teljes rendezettség, fegyelmezettség, betegségi belátás mellett a régi életmódba való beilleszkedés volt megállapítható, a régi betegség legkisebb nyoma nélkül. „B” csoportba soroltam azokat a betegeket, kik betegség előtti munkakörükben foglalkoztathatók lettek ugyan, de az egyéniség megváltozottságának tünetei felismerhetők maradtak. „C” csoport tagjainál a gyógyulási folyamat jól felismerhető defectusokat hagyott hátra, de családjuk körében, családi ápolási telepen még eltarthatók voltak. „D” csoportba kerültek azok, kiknél a kezelés változást nem idézett elő.

A lipótmezei m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetben a görcs therapia bevezetése óta ezen kezelésben részesült férfi betegek kórtörténeteit részletesen átvizsgáltam, a betegek egy részét személyesen is megvizsgáltam, családtagjaiknak kérdőíveket küldtem ki s így elértem, hogy 183 kezelt beteg közül 171-ről teljes képet kaptam. Bár ezen közleményen keretein belül nem célozom a kezelés technikájával és közvetlenül az utána elért eredményekkel teljes részletességgel foglalkozni, mégis megjegyezni kívánom, hogy az intézet beteganyagán, melyben Meduna könyvében közölt beteganyag is bent foglaltatik, éppen úgy, nem találtam meg Meduna által közölt kétségtelenül igen magas remissiók százalékát, mint a többi olyan szerző, aki elfoglalatlanul, helyes kritikával ítélte meg az esetlegesen fellépő remissiókat és azoknak fokát. Ennek oka elsősorban abban keresendő, hogy az esetek legnagyobb részében nem vehetem tekintetbe a kórrajzon szereplő és az elbocsátáskor talált állapotra vonatkozó azon megjegyzést, mely az intézeti szokások szerint gyógyultnak, javultnak, vagy gyógyulatlanak minősíti a beteget. Eljárásom indokoltságául megemlítem, hogy a gyógyultnak minősített betegek közül törölnöm kellett példának okául:

1., azt aki elbocsátásakor még „beszélt magában” (hallucinált),

2., aki az intézetből megszökött és miután hosszú ideig semmi hír nem érkezett felőle, gyógyultnak írták ki,

3., azokat, akik már felvételük alkalmával defectussal gyógyult schizophrenia képét mutatták s kik kezelés után változatlan állapotuk ellenére, javult jelzéssel bocsátattak el,

4., törölnöm kellett a Meduna könyvében gyógyultnak leírt L. Z.-t is mert állapota után legfeljebb „C” csoportba volt sorolható és annak megfelelően mint önmagáról gondoskodni képtelen egyén azóta is állandóan zárt osztályban van. L. Z.-t bár az említett szerző minősítette gyógyultnak, ő maga sem bocsátotta el. Stb. stb.

Ilyen körülmények között természetes, hogy a görcskezelt és közvetlen utána elért eredmények nem igazolhatják Meduna nem teljes objectivitással szerkesztett statisztikáját.

Szükségesnek tartom megemlíteni, hogy a remissiók fokának megítélésében rendkívül nagy jelentősége van nem csak a vizsgálat módjának, hanem a subjectív megítélésnek is és hogy különösen a betegség paranoidos formájánál nem szabad szem elől téveszteni a beteg dis-

simulációs törekvéseit még abban az esetben sem, ha azokat a javulás tüneteinek fogjuk fel.

A cardiasol kezelés olyan hatalmas és durva shokot vált ki, hogy előle a betegek legtöbb esetben szinte természetesen dissimulációba menekülnek (l.: *Kluge* osztályának közlését). Ennek dokumentálására közlöm egyik betegünk kórtörténetének kivonatát, ki cardiasol kezelés után gyógyultnak nyert elbocsátást, de fél év múlva ismét intézetünkbe szállítottott. Második vizsgálata alkalmával ez a beteg elmondta, hogy téveszméit csak azért nem hangoztatta elbocsátása előtt, mert a kezeléstől rendkívül félt, másrészt mert tudomására jutott, hogy ha üldöztetését letagadja, gyógyultan fogják elbocsátani, aminek annál is inkább örült, mert észre vette, hogy itt az intézetben is megfigyelték és életére törtek.

Ezek előrebocsátása után az alábbiakban közlöm az 1935—36—37. években cardiasol kezelésben részesült 183 beteg gyógyulási statisztikáját.

„A” csoportba tartozó gyógyulás volt	34 eset = 18.5%
„B” csoportba sorolható volt	31 „ = 16.8 „
„C” és „D” csoport	118 „ = 64.7 „
Összesen	183

Érdekes, hogy előzőleg spontán, vagy más kezelésre egy ízben volt már remissióban 14.

Két vagy több ízben remissióban volt 6.

Spontán javult vagy gyógyult, de cardiasolra nem reagált remissióval 13.

Acut betegség kitörés mellett sem reagált remissióval 13.

Mindnyájunk előtt közismert tény, hogy a schizophrenia nem egységes, nem jól körülhatárolt kórkép. Vanak symptomatikus, reactiv esetek, melyeket feltétlenül meg kell különböztetni a valódi endogen megbetegedésektől. A két csoport nemcsak a spontán gyógyulási hajlamban különbözik egymástól, hanem a gyógykezelhetőség tekintetében is. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy míg az endogen megbetegedések minden kezeléssel dacolnak, addig a symptomatikus, reactiv stb. formák a legkülönbözőbb kezelésre is jól reagálnak. *Gabriel Langenfeld* a shok-kezeléssel kapcsolatban írott egyik közleményében megkülönböztett valódi endogen schizophreniát, a Kraepelin értelmében vett dementia praecoxot és schizophreniaszerű kórképeket. Ez utóbbi csoport szemben a másikkal, theraphiásan jól befolyásolható ugyan, de spontán is legtöbb esetben, egy éven belül meggyógyul és így a legjobb esetben is e shok kezelés hatását a betegségi idő megrövidítésében látja. Érdekesnek tartom megemlíteni, hogy a schizophreniások súlyos testi megbetegedésekre, nagyobb műtetre gyakran egészen váratlanul, hirtelen fellépő tökéletes remissióval válaszolnak. Feljegyzéseinkben szerepel 8 súlyos schizophreniás kórképet mutató beteg, kik műtét után hirtelen maradandóan feltisztultak. Nagyon valószínűnek tartom, hogy az Edgar—Monitz-féle műtéti kezelés is a fentiekhez hasonlóan tisztán shokszerű hatásának köszönheti eredményeit. Abból a tényből, hogy a 65 gyógyult esetből 20 már előzőleg is volt remissióban, nagy valószínűséggel megállapítható, hogy ezek az esetek a valódi endogen schizophreniások csoportjából kizárhatók. Ide tartozik azonban a cardiasol kezelésre remissiót nem mutató 13 acut kórképpel behozott betegünk. Meg kell jegyezni, hogy cardiasol-kezelésben részesült betegeink közül meghalt az elmúlt 3 év alatt 7 beteg. Ezek testi betegségeinek körlefolysa és bonclelete (többnyire Tbc.) oki összefüggésbe nem hozható a fenti kezeléssel és többnyire hosszú idő múlva következett be. A kezeléseket alatt mintegy 26 esetben volt alkalmunk ficamokat és töréseket megfigyelni,

melyek közül a leggyakoribb a váll- és az állkapocs törése és ficama volt. Két esetben ép csont- és izomrendszerrel bíró egyénnél a humerus darabos törése miatt véres úton avatkoztunk be. Műtét után minden esetben a vállizület maradandó korlátolt mozgathatósága marad vissza. Külföldi szerzők által észlelt csigolyatöréseket nem volt alkalmam megfigyelni. Éppen úgy nem észleltünk *Satta Alfonso* által már közölt femur és scapula töréseket sem. Mindenesetre ajánlatos, tekintve, hogy ilyen szerencsétlen esetek már előfordultak, a kezelés bevezetése előtt alapos testi vizsgálattal meggyőződni, hogy a csontrendszer részéről nincs-e valami contraindicáló betegség jelen, értve ezalatt minden olyan betegséget, mely a csontállomány ellenálló-képességét csökkenti, (tbc. osteomyelitis, daganatok, spondylitis, stb., stb.). Az izomrendszer részéről csak egy alkalommal láttam nagyobb sérülést, nevezetesen a mély háti izmokban férfikölnyi haematomaképződését. A központi idegrendszerben jelentkező complicatiókról *Balta* és *Plattner* számoltak be. Az említett szerzők cardiazol-kezelés után *Korsakov*-szerű állapot és *lacunaris amnesia* kifejlődését látták, ami *Stief* magyarázatát véve alapul, minden valószínűség szerint a görcsös állapot alatt jelentkezett vérzések következményei.

A *Dussik—Angyal—Sackel* beosztás az A és B csoportot gyakorlatilag gyógyultnak minősíti. Intézetünkben ezek szerint 35.3% volt a gyakorlatilag gyógyultak száma. Hogy ez a szám objectív megítélés eredménye, bizonyítja a többi hazai szerző statistikájával történő összehasonlítás:

<i>Angyal—Gyárfás</i>	37.0%
<i>Buchmüller</i>	32.5 „
<i>Csajági—Mezei</i>	24.0 „
<i>Lovassy</i>	34.7 „
<i>Saját eseteim</i>	35.3 „

Gaál acut betegeken 34.6% gyakorlati gyógyulást ért el, míg fél évnél idősebbeken teljes remissiót nem, csak B csoportba tartozó javulást látott és pedig 51 beteg közül 4 esetben. A szegedi elmeklinika közleménye szerint egy éven belüli esetekben 35%-ban értek el A és B csoportba tartozó gyakorlati gyógyulást.

Ugyanez a közlemény a nem acut esetek spontan gyógyulási százalékát csak 13%-ra becsüli, ami véleményem szerint nem fogadható el általában, hanem inkább csak egy véletlen következményének fogható fel, ami csak az általa említett 100 betegre lehet érvényes. Ezzel szemben *Gaál* 45% spontan javulásról számolt be, melyből 24% acut betegeken gyakorlatilag gyógyultnak minősíthető. *Ederle* (Tübingen) 30% spontan remissióról számol be és hangoztatja, hogy a spontan remissiók száma lényegesen magasabb, mint az elbocsátáskor, mert a betegek jórésze későbbi időpontban kerül remissióba. A 30% egy éven belüli esetekre vonatkozik és fokozatát tekintve gyakorlatilag gyógyultnak felel meg. Figyelemre méltó *Whitehead Duncan* közlése, ki 5 év alatt felvett schizophreniás betegeken shock-kezelés nélkül 51% javulást látott. Ebből 27% volt gyógyulás. Két éven belüli esetekben, véleménye szerint az eredmények kétszer olyan jók voltak, mint az idősebbeken. Végül is megállapítja, hogy a kezelt és a nem kezelt esetek egyazon eredményt adják. *Jansen* 69 kezelt betegen csak 12 esetben látott görcskezelésre teljes gyógyulást bekövetkezni.

Meduna az O. H.-ban megjelent legutolsó közléséből kiszámítottam, hogy az acut betegeken európai szerzők 53.5%-os, amerikai szerzők 63.9%-os átlag remissiót értek el. Amerikai szerzők chronikus esetekben

elért 48.4%-os átlag eredménye olyan feltűnő, hogy önkéntelenül is arra kell gondolnunk, hogy a kezelt esetek legnagyobb részét nem valódi schizophreniások adták. (Európában *Küppers* egy éven túl csak 14%, két éven túli betegeken csak 4% eredményről számolt be). *Meduna* cikkében közölt eredmény-statisztika azonban alapja nem lehet schizophreniásokra vonatkozó átlageredményszámításoknak, mert nem szerepelnek benne azok a szerzők, akik cardiazollal lényegesen rosszabb eredményeket értek el. Így hazai szerzők közül *Lovassy* és *Gaál*, a külföldiek közül *Mcayer*, *Walter*, *Jansen*, stb.

Helyen képet a kezelés eredményéről csak akkor kaphatnánk, ha a spontan remissiók számát levonhatnánk a kezeléssel elért eredmények számából. Sajnos azonban a spontan remissiók pontos megállapítása hosszú évekre visszamenőleg (értve ezalatt az 5–6%-on belüli pontosságot), amint láttunk az egyes szerzők közötti nagy különbségek miatt (13–51%) szinte lehetetlen, ehhez több ezer gondos, lelkiismeretes és egységes szempontból megítélt esetre lenne szükség, ami sajnos mindezekig rendelkezésünkre nem áll. Tekintetbe kell venni azt is, hogy a schizophrenia hosszú ideig a gyógyíthatatlan betegség bélyegét viselte magán és még akkor sem bocsátottuk el a betegeket gyógyultnak, ha azt bátran megtehettük volna. Régebben csak akkor mertük a schizophreniákat gyógyultnak minősíteni, ha hosszabb idei megfigyelés után meggyőződünk arról, hogy gyógyulásuk ténylegesen bekövetkezett. Ez a felfogás egyrészt érthetővé válik, ha meggondoljuk, hogy az elbocsátott betegek cselekedeteiért bizonyos mértékben az elbocsátást végző orvos is felelősségre vonhatónak minősíthető.

Annyi azonban nagy valószínűséggel megállapítható, hogy a schizophreniások, értve ezalatt *Langenfeld* értelmében veft két csoportot együttesen, mintegy 30%-ban kerülnek remissióba, s így, ha el is fogadjuk, hogy a cardiazolkezelés a gyógyulások számát néhány százalékkal felemeli, az nem is annyira a cardiazolnak, mint olyannak, hanem sokkal inkább a kezelés tényének javára írható. Ezt bizonyítja, hogy ugyanolyan eredmény számos más eljárással is elérhető volt.

Kétségtelen, hogy az eddig ismert kezelések csak akkor eredményesek, ha a szervezetben megvan a spontan remissiók készség, ha pedig ez hiányzik, hiába próbáljuk a javulást az idáig ismert bármiféle eljárással kikényszeríteni, próbálkozásunk nem fog eredménnyel járnai. A remissiók készség nagy fontosságát igazolja az a tapasztalat is, hogy spontan remissiók is az esetek legnagyobb részében a betegség fennállásának első éveiben következnek be. Mindezek a tények azt bizonyítják, hogy a cardiazol nem tekinthető a schizophrenia gyógyszerének, magát a schizophreniás folyamatot, ill. annak gyógyulását vele befolyásolni csak annyiban tudjuk, — hogy a spontan is meglévő, idáig semmiféle ismert eljárással biztosan meg nem állapítható remissiók készséget, mely a javulási, ill. gyógyulási folyamatot amúgy is megindítaná, — siettetjük és az csak természetes, hogy ez a kísérlet azokban az esetekben jár a legjobb eredménnyel, melyekben a spontan remissiók készség a legnagyobb, tehát a fiatal esetekben.

A legújabb időben a gyógyítás terén elért eredmények nagyságának egy másik okát abban látom, hogy a kezelt betegek túl korán nyerne „végleges” elbocsátást. Tapasztalatunk szerint gyakran fordul elő, mint azt most is elég gyakran látjuk, hogy rövid pár nap, vagy hét leforgása alatt a remissió véget ér és ismét komoly betegség tüneteit látjuk a gyógyult betegen kifejlődni. Osztályunkon vannak olyan betegek, akiket

más intézetből gyógyultán bocsátottak el és 3 nap múlva rendőrorvosi beutalás alapján kerültek intézetünkbe. Kétségtelen, hogy az elbocsátó intézet ezeket a betegeket a legnagyobb jóindulattal gyógyultnak könyvelheti el, mert nincs tudomása arról, hogy a gyógyulás csak párnapos tünetmentesség volt. Közleményekben ezek az esetek a gyógyultak között szerepelvén, az eredménystatistikát lényegesen megnövelik. Szüksége mutatkozna ezért annak, hogy miként a remissió fokának megítélésében, úgy itt is általánosan elfogadott nézet váljék uralkodóvá. Mindaddig, míg a remissio fennállási idejét nem vesszük tekintetbe és néhány napos remissiónak imponáló állapot után betegeinket azonnal véglegesen elbocsátva, szemünk és megfigyelésünk elől véglegesen elvesszítjük, nem kaphatunk helyes képet, másrészt meggyőződés, hogy huzamosabb megfigyelés és kontrollvizsgálat után nem fogunk annyi A csoportba tartozó gyógyulást találni, mint mostanában, mert többször végzett beható vizsgálat előbb-utóbb ki fog deríteni olyan defectusokat, melyek előbb észrevétlenek maradtak.

A késői eredmények tárgyalása előtt hangsúlyozom, hogy a statistikánkban szereplő betegek 1935-től 1937 év végéig részesültek kezelésünkben. Legfiatalabb esetünk is elmult tehát egy éves. Ennek a körülménynek megállapítása főleg azért fontos, mert voltak olyan betegek, kik az intézet elhagyása után semmiféle, vagy csak csekély javulást mutattak. Családjuk körében azután hónapok, vagy évek múlva A, vagy B csoportba sorolható remissióba jutottak. Felmerül a kérdés, hogy ezek tekinthetők-e gyógyszeres remissiónak, vagy a spontán remissió csoportjába sorolandók. Véleményem szerint csak ez utóbbi lehet a helyes, mert a tetracor, ill. cardiazol kezelés, eltekintve a *Stief*, *Reitmann*, *Steander*, stb. által a központi idegrendszerben kimutatott vérszektől, semmiféle olyan biztosan kimutatható elváltozást nem hoz létre, mely a remissió bekövetkezését egy későbbi időpontban megmagyarázná s így ma kénytelenek vagyunk e kezelés hatását a shok hatására visszavezetni, mely semmi esetre sem fejtheti ki hatását egy későbbi időpontban. Hatásmechanizmus szempontjából rendkívül érdekesek azok a kutatások, melyek a cardiazol és insulin remissiók bekövetkezésének feltételeit vizsgálják. Elsősorban az anyagcsere respective, a cukor anyagcserére vonatkozó kutatások. Legtöbb szerző szerint a cardiazol és insulin hatásmechanizmusa nem tér el lényegesen egymástól. *Küppers* szerint az intracelluláris tartalék tápanyagok kimerülése és ezzel kapcsolatban az agysejtek anyagcseréjének fokozására irányul a hatásuk. *Hoff* és *Jahn* vizsgálatai szintén azt igazolják, hogy a két kezelés nem tér el lényegesen a láz és a nem specifikus ingerterápiától, mert mindkettő a beteg szervezet reakciós készségének felújítására és a hatásszegény adrenalin-systhema felerősítésére irányul. Bármilyen érdekesek és nagyjelentőségűek ezek a vizsgálatok, mégis kétségtelen, hogy nem világítják meg a schizophreniás folyamat lényegét s így egyet kell értenem *Müllerrel*, aki szerint a shok-kezelés hatómechanizmusát csak a schizophreniás folyamat teljes megismerése után magyarázhatjuk meg. Mindenesetre nagyon érdekesnek látszott megpróbálni, hogy a cardiazolnál lényegesen kisebb shokhatást előidéző, de nem a camphor csoportba tartozó, nem hypo-, hanem hyperglykaemiát okozó gyógyszerrel milyen eredmények volnának elérhetők. Intézetünkben ezirányban glanduitrinnel a kísérletek már folyamatban is vannak.

Ezek előrebocsátása után gondolnunk kell arra, hogy a remissióink számában bennfoglaltatnak azok az

esetek is, melyek egy későbbi időpontban következtek be, tehát nem írhatók a kezelés javára.

Végeredményben 171 olyan betegről számolhatok be, kinek sorsát megfigyelni, ill tudomásulvenni módomban volt:

Ebből jelenleg is gyógyultnak tekinthető	
A csoport	24
Javultnak B csoport	10
C csoport	11
Intézetünkben ápolunk	54
Részben otthon, részben más intézetben helyeztünk el javulatlan állapotban	72
Összesen:	171

A gyógyultnak nyilvánított betegek közül négyen csak hosszabb idő után, családi környezetükben következett be a gyógyulás, 10-en bizonyos zárkózottságot észleltek elbocsátásuk után, a többin kóros tüneteket nem állapítottak meg. 65 gyakorlatilag gyógyult betegből eddig visszaesett tehát 31. Ezek közül a leghosszabb remissio másfél évig tartott (2 eset). Volt azonban olyan beteg is, aki 3 nap, 8 nap, 14 nap múlva esett vissza. 1 kéthónap múlva öngyilkos lett. Megvizsgálva a spontán remissio időtartamát és összehasonlítva a cardiazol remissio időtartamával, arra a rendkívül érdekes megállapításra jutottunk, hogy a spontán remissiók általában lényegesen hosszabb ideig tartanak, mint a görcskezeléssel kikényszerített gyógyulások és javulások. E kérdés vizsgálatakor gondolni kell egy igen fontos körülményre, t. i. arra, hogy a visszaesések idejének megállapításában nem lehet egyedül a betegek visszaszállításának időpontját elfogadni. A legtöbb esetben ugyanis a beteg környezete a visszaesés után még hosszú ideig kísérletezik a beteg családi környezetben tartásával és csak ha ez már lehetetlen, akkor határozza el magát intézebe szállításra, vagy mondjuk másszóval a visszaesés után akkor sikerül a beteget elhelyezni. Hogy ez a megállapítás mennyire igaz, mindenki tudja, aki ismeri a betegelhelyezés nehézségeit és a hazai intézetek nagy túlszűfoltóságát.

Cardiazollal kezelt eseteinkből tehát 24 tekinthető ezidőszert is gyógyultnak, 10 B csoportba, 11 pedig C csoportba sorolhatóknak, 126 állapota a betegség további fennállását bizonyítja. Gyakorlatilag gyógyultak száma — 3 év múlva — 19.9%, szemben intézetünk 26%-os spontán gyógyulási számával.

Összefoglalva tapasztalatainkat megállapíthatjuk, hogy a cardiazol-gyógyulások száma 3 éven belül 14%-ra, a gyakorlatilag gyógyultak száma 19.9%-ra csökkent. Ez a szám lényegesen alacsonyabb, mint a spontán remissiók százalékszámára.

A görcskezeléssel elért remissiókat visszaesés után ritkán sikerült ismét remissióba hozni.

A cardiazol-remissio ideje lényegesen rövidebb, mint a spontán remissiók ideje.

Cardiazol-therapia után egyre gyakrabban közölnék maradandó jellegű utóbántalmakat, részben a csont-, részben az idegrendszerben.

Az eddigi tapasztalatok meggyőztek bennünket arról, hogy a shok-kezelés nem igazi gyógyszere a schizophreniának. Kísérletileg és szövettanilag bebizonyított tény, hogy hatása az érgörcs által kiváltott shok-hatáson alapul, magára az idegsejtekre hatástalan, amylnitrit belégzésre a roham azonnal megszűnik. A vele elért eredmények közvetlenül a kezelés után teljesen azonosak az egyéb nem specifikus kezeléssel láz, kén, belső secretiós kezeléssel elért eredményekkel. A gyógyulási statistikák nagy különbségei az egyes szerzők heterogen beteganyagában lelik magyarázatukat. — Késői ered-

ményei azonban jóval alatta maradnak a spontán remissiók számának is. Az egész eljárás egyedüli érdeme, hogy figyelmünket a schizofrenia felé fordította és hogy megmutatta nekünk a schok-kezelés eredménytelenségét a valódi schizofreniás folyamatokban, megismertette velünk ennek veszélyeit és mint végső tanulságot azt, hogy ezen az úton soha sem jutunk el a schizofrenia igazi gyógyításához, ellenben, ha meg is rövidítjük bizonyos esetekben a betegség fennállási idejét, tekintetbevéve azt a tényt, hogy a spontán gyógyulások száma évek folyamán inkább emelkedő, a cardiazol-gyógyulások száma inkább csüllyedő tendenciát mutat, még nagyon kérdéses, hogy nem gördítünk-e a további spontán remissiók elé komoly akadályokat.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

Az ébrényi szívhormon hatásáról.

Irta: Tószöghy Aladár dr., egyetemi tanársegéd.

Az elektrokardiographiás vizsgálatok bevezetése és széleskörű elterjedése óta a szívizombetegségek igen nagy számával találja szembe magát a belorvos. Fel-szinre kerülnek olyan betegségek, melyekben azelőtt a physikalís lelet teljes hiánya és a röntgenlelet negatív volta miatt a beteg panaszait functionalisaknak kellett minősíteni. A gyógykezelésre kerülő esetek szaporodásával mindinkább erősödik a kíváncsóság olyan activ therapia iránt, amely necsak tüneti legyen, hanem magának a degenerált szívizomnak regenerálódásához is vezessen.

Mikó és Törő állati embriók szívéből hormont készítenek és ennek hatását túlélő békeszíven vizsgálták. Normalis működésű, friss békaszíven hatást nem észleltek, ami szerintük annak bizonyítéka, hogy hormonjuk a szívizmot nem a tartalék erejének felhasználására kényszeríti. A továbbiakban olyan békaszíven kísérleteztek, amely néhány órai állás után már összehúzódásokon nem végzett, ezt először Ringer-oldattal kezelték és az így feljavított, de még a normalisnál ritkább és kisebb szívösszehúzódásokat, anyagukkal a normalisra sikerült feljavítani. Igen érdekes következtetéseket von le Törő mag-variációs vizsgálataiból. Különleges eljárással meghatározza a szívizommagvak köbtartalmát és ennek segítségével kimutatja, hogy embryonalis szívizomban a magoszlás rhythmusa sokkal gyorsabb, mint idősebb állatokéban. A szívizom állományának növekedése magoszlás útján történik. Idősebb korban magoszlást gátló tényezők lépnek működésbe. A sejt életjelenségei a magnedv és a protoplasma között bonyolódhatnak le, e folyamat kritikus helye a magfelszín. Ha a sejtplasma nő, nőnie kell a magfelszínnek is. A magfelszín nagyságának igen jelentős szerepe van a sejt életjelenségeinek lebonyolításában. Azokban az állatokban, amelyekben a mag tömege nagy, tehát felülete viszonylagosan kicsi, lassú a sejt anyagcsereje; ott ahol apró magvak észlelhetők, tehát viszonylagosan nagy a magfelület, gyorsabb az anyagcsere. Hogy tehát a mag a sejt fokozott anyagcserejének eleget tehessen, növelnie kell felszínét, amit eleinte úgy ér el, hogy növekszik, majd mikor tömege elötérbe lép, felszínével szemben és az utóbbit növelni akarja, oszlania kell. Ébrényi szívizonvont hatására az idősebb állat oszlási rhythmusa az újszülött oszlási rhythmusává alakul át. A fentiek alapján Törő szerint, a kivonat hatását úgy kell fel-

fogni, hogy adagolására a szívizomban az életjelenségek fokozódnak, ami másodlagosan a magállomány gyarapodásával jár. A magoszlás a szívizom regenerációját szolgálja, mondja Törő, minthogy pedig vizsgálatai azt bizonyítják, hogy embryonalis szívhormon hatására a magoszlás az ébrényi kor gyorsabb rhythmusában megy végbe idősebb egyéneken is, természetesnek látszik az az elgondolás, hogy fenti anyag a therapiában a szívizom betegségei esetében jól használható.

Vizsgálatainkat a Magyar Gyógyszer Rt. „Corhormon” nevű készítményével végeztük, amelyből a gyár nagymennyiségű kísérleti anyagot bocsátott rendelkezésünkre. A corhormont az első foetalis hetekben lévő embryonalis állat szívéből állítják elő, amikor a szív működését még nem ideg, hanem tisztán hormonalis hatás szabályozza.

Kísérleteinket 3 csoportban végeztük: 1. házinyulakon; 2. klinikánk beteganyagán; 3. Szeged város fertőzőbeteg kórháza diphtheria-osztályán.

1. Nyulakísérleteinkben elgondolásunk az volt, hogy az állatokat diphtheria-toxin prolongált adagolásával végezve és egy részüknek egyidejűleg corhormont adagolva, képesek vagyunk-e a toxin okozta szívizomátlalmat kivédeni, vagy csökkenteni. Összesen 11 kb. egyenlő testsúlyú (2000 g körüli) állatot állítottunk be. Ezek közül az 1., 2., 3. és 4. sz. állat másodnaponként a 0.5:200 ccm-re hígítású toxinból testsúly kg-ként 0.1 ccm-t kapott bőr alá; az 5., 6., 7., 8. és 9. számú emellett még testsúly kg-ként naponta 0.1 ccm corhormont intravenosusan. A 10. és 11. sz. nyulak kontrollállatokként szerepeltek. Már a kísérlet 8—9. napján észlelhető volt, hogy az első négy állat bágyadt, legyengült, míg a corhormonnal is kezelt állatok normalisan, a kontrollállatokhoz hasonlóan viselkedtek. A következő napokban a tisztán toxint kapott állatok mindinkább gyengültek, szőrüket hullatták. A 14. napon végzett testsúlymérésnél az 1. és 3. állaton 500, ill. 300 g súlygyarapodást, a 2. állaton pedig 300 g-nyi súlycsökkenést észleltünk. A többi állat testsúlya alig változott. Az épen legbetegebb nyulak súlygyarapodásának okát keresve, ezeken nagymennyiségű szabad hasúri folyadék volt kimutatható. Kisebb ascitist a 4. sz. állaton is észleltünk, de a corhormonnal is kezelt 6. sz. állaton is. A kísérletet további két hétig folytatva, az állatok fenti állapotában jelentős változás csak annyiban állott elő, hogy a 6. sz. állat ascitise teljesen felszívódott, de az utolsó napokban az 1. és 3. sz. állatoké is csökkent. 4 hét elteltével újabb testsúlymérést végeztünk. Az 1. sz. állat súlya 220, a 3. sz.-é 140 g-mal csökkent a második méréshez viszonyítva, a többieké alig változott.

A kísérlet megkezdésekor és végén végzett ekg-vizsgálatok eltérést nem mutattak. Ezen észlelésünk megegyezik Dietckhoff és Laurentius megállapításával, hogy az ekg nem alkalmas nyulak diphtheriás fertőzésének kimutatására. Ugyanezt tapasztalták Clauberg és Döring tengerimalacokon is.

A kísérlet befejeztével az állatokat leöltük és felboncoltuk. Boncolási leletünket néhány szóban ismertettük:

1. sz. állat: A hasban kb. 100 ccm szabad folyadék. A jobb szívkamra nagyfokban dilatált. A szívizom feltűnően halvány, petyhüdt. A máj talán valamivel nagyobb a normalisnál, színe szürkés árnyalatú.
2. sz. állat: Ascites nincsen. A bal szívkamra dilatált. Szívizom, máj kissé halványabb a normalisnál.
3. sz. állat: Kb. 60 ccm. szabad hasúri folyadék. A jobb szívkamra dilatált. Szívizom feltűnően halvány, petyhüdt.
4. sz. állat: Ascites nincsen. Dilatált jobb szívkamra, petyhüdt, halvány szívizom. Nagyobb máj.

5. sz. állat: Astices nincsen. Kissé dilatált jobb szív-kamra.

6. sz. állat: Kb. 20 ccm szabad hasüri folyadék. Nagyobb szív. Mindkét kamra valamivel tágabb a normalisnál.

7. sz. állat: Semmi kóros.

8. sz. állat: „ „

9. sz. állat: Ascites nincsen. Jobb szív-kamra kissé tágabb.

10. sz. állat: Semmi kóros eltérés.

11. sz. állat: „ „ „

Az észlelt szöveti elváltozásokat a következőkben foglalhatjuk össze: Az 1., 2., 3. és 4. jelzésű nyulak szív-izomzatában szövettanilag elsősorban a szívizomrostok részéről mutatózó degeneratív elváltozások tűnnek szembe. Az izomsejteken belül sok helyt apró üregek-kék keletkeztek, ami vacuólás elfajulás jele. — Egyes izomrostok részéről ú. n. szemcsés-rögös szétesés („körnig-schollige Zerfall”) is megfigyelhető, e rostoknak majdnem egyneművé válásával. Zsírfehérrel zsír nem volt kimutatható. A szívizomrostok között néhol kisebb vérvételek. Degeneratív elváltozások mellett néhol enyhébb fokú myokarditises jelenségek is megfigyelhetők, kisebb, erekkörűli, lymphocytás beszűrődés formájában.

Az 5., 6., 7., 8. és 9. számú esetekben a szívizomzatban a fent leírt degeneratív elváltozások ugyancsak feltalálhatók. Az elváltozások súlyosságát illetőleg különbség az előbbi csoporttal szemben aligha állapítható meg.

A 10. sz. szívizomzat feltűnőbb kóros lelet nélkül, a 11. jelzésű szívizomzatban enyhébb vacuólás degeneratio.

Májmetsetek: A 11. sz. metsetben normalis szerkezet. A többi valamennyi metsetben a májsejtrostok enyhébbfokú degenerációja mellett feltűnik, hogy a duzzadt májsejtek plasmája halvány, finomszemcsés, miáltal a sejthártyák igen élessé válnak. Néhol kisebb vérvételek is megfigyelhetők. Zsírfehérrel zsír nem mutatható ki. Glykogenfestést nem végeztünk. Említést érdemelnek még a kétmagvú májsejtek, melyek elég nagy számban találhatók. Szembetűnő különbségek az egyes esetek között nem állapíthatók meg.

Bamberger, Nerver és Oelkers szerint diphtheriával mérgezett tengeri malacok szívizomzatában a mérgezés utolsó stadiumában a glykogen tartalom növekszik. Ezirányú csekélyszámú vizsgálatainkból következtetést nem vonunk le, csupán nyert eredményeinket regisztráljuk:

Glykogen értékek (Pflüger-féle eljárás szerint.)

Controll állatok:			
Szám.	Máj.	Izom.	Szív.
10.	2.37%	0.62%	0.34%
11.	1.22 „	0.52 „	0.15 „
átlag	1.79%	0.57%	0.24%
Diphtheria-toxinnal kezelt állatok:			
Szám.	Máj.	Izom.	Szív.
1.	0.85%	0.44%	0.46%
2.	0.79 „	0.53 „	0.47 „
3.	0.86 „	0.51 „	0.46 „
4.	0.50 „	0.49 „	0.48 „
átlag	0.75%	0.49%	0.47%
Diphtheri-toxin + corhormon:			
Szám.	Máj.	Izom.	Szív.
5.	1.30%	0.69%	0.64%
6.	2.89 „	0.59 „	0.56 „
7.	1.93 „	0.88 „	0.72 „
8.	1.73 „	0.47 „	0.42 „
9.	0.74 „	0.67 „	0.49 „
átlag	1.67%	0.66%	0.56%

Ugy látszik, hogy a diphtheriatoxin és corhormon együttes adagolására a máj glykogentartalma nem változik meg.

A klinikai kép és a bonctani lelet alapján tehát a corhormon hatásos szernek bizonyult diphtheriatoxin okozta szívizombetegségek kivédésére, a szöveti kép viszont ezt a feltevést nem támasztja alá.

2. Vizsgálataink második csoportját klinikánk beteganyagán végeztük. Összesen 56 egyént kezeltünk corhormonnal, akiknek legnagyobb része myodegeneratio cordisban szenvedett. Alkalmaztuk ezenkívül néhány myokarditis, angina pectoris és egy paroxysmalis tachikardiás esetben. Az injectiókat 2—4 hétig adtuk intramuscularisan vagy bőr alá naponta 2—4 ccm-t.

Néhány érdekesebb esetünket az alábbiakban ismerterjük:

B. G.-né. 39 éves, kereskedő neje. Anamnesisében diphtheria. Jelenleg gravid a IV. hónapban. 2 gyermeke van, előző graviditásaiban bizonytalan szívpanaszok, orvos nem vizsgálta. Most nehézlégzésről, szívűti fájdalmakról, szívdobogásról panaszkodik. Balra nagyobb szívtempulat, extrasystolés arhythmia, nagy máj, kistokú bokavizenyő. Röntgen: Szív tisztán balra tekintélyesen megnagyobbodott, a rekeszen fekszik. — Ekg.: Sinusrhythmus, bal typus, myokardium laesio, partialis a-v block. *Therapia:* Corhormon naponta kétszer 2 ccm i. m. és szőlőcukoroldat i. v. A kezelés negyedik napjától kezdve közérzete lényegesen javult, extrasystolék alig észlelhetők, 14 nap múlva teljesen panaszmentes, vizenyők eltűntek, rhythmusos szívűműködés. 4 hét múlva ekg.: Sinusrhythmus, bal typus, enyhe myokardium laesio jele. Graviditását minden baj nélkül kiviselte. Ismét vizsgálatra nem került.

I. Gy.-né, 52 éves, tisztviselő neje. Anamnesisében lues és alkoholismus. Fullad, hasát puffadtnak érzi, ruhái szűkek lettek. Több ízben végeztek rajta hascsapolást. Harántul hatalmasan megnagyobbodott szívtempulat, tiszta szívhangok, pulsus 110—120 között, rhythmusos, hatalmas ascites és oedema, nagy máj. Ekg.: Sinustachykardia, balszívű túlsúly, myokardium laesio. Hascsapolás után hazabocsátjuk, vidéki lakóhelyére, orvosának corhormon-kezelést ajánlunk. 5 hét múlva újabb vizsgálatra jelentkezik. 3 hétig kapott naponta 2 ccm corhormont i. m. *Teljesen panaszmentes.* Pulsus 86, ascites, oedemák eltűntek. Ekg-lelet: változatlan.

Sz. V. 59 éves, rt. igazgató. Évek óta tartó szívpanaszok, állandó kezelés alatt áll. Néhány napja állapota rosszabbodott, szívűműködését rendetlennek érzi, fullad, dolgozni nem tud. 2 nap előtt és felvétele napját typusos anginás roham. Cyanosis dyspnoe. Balra nagyobb szívtempulat. Absolut arhythmia. Ekg.: Arhythmia absoluta, myokardium laesio, súlyos coronaria insufficiencia a jobb ágban. 20 napon át kap 2 ccm corhormont i. m. A 2. napon újabb anginás roham, attól kezdve panaszmentes, 20 nap múlva arhythmiaja sokat rendeződött, munkaképes. Azóta másfél év telt el anélkül, hogy súlyosabb panasz lett volna. A corhormon-kúrát félév előtt megismételte.

B. Z.-né, 50 éves háztartásbeli. Hetenként 2—3-szor rohamokban jelentkező szívdobogásról panaszkodik, mely az utóbbi napokban szinte állandósult. Normalis szívtempulat, tiszta szívhangok, pulsus: 120—150, rhythmusos. Ekg.: Sinustachykardia, bal typus, coronariaelégelenség (lehet relatív a nagy frequentia miatt.) Corhormont naponta kétszer 2 ccm subcutan. Hatás csak a második hét végén jelezte. A pulusszám fokozatosan 100 alá csökken. Fél-évig panaszmentes, majd ismét jelentkeznek rohamai, melyek három hetes corhormon-kezelésre megszűnnek.

T. R. 16 éves tanuló. 2 hónap előtt kb. 2 hétig tartó, magas lázzal járó influenza. Azóta állandó hőemelkedések, 37.6—38.0 C°-ig terjedően. Szűró fájdalmak a szívűtájban, nagyfokú gyengeség. Normalis szívtempulat, igen labilis szívűműködés, 90—120 között ingadozó pulusszámmal. Ekg.: Sinustachykardia, myokardium laesio. Naponta 2 ccm corhormont kap subcutan. Panaszai már a 3. injectio után megszűnnek, 10 nap múlva láztalan. 2 hét múlva pulsus 88. Ekg. Sinusrhythmus.

Többi esetünkben is, néhány szórványos esettől eltekintve, a panaszok gyors megszűnése a legszembetűnőbb. A physikalís lelet is a legtöbb esetben lényeges javulást mutat a gyógyszer hatására, ezzel szemben az ekg-leleten változás alig észlelhető.

3. Végül röviden beszámolunk a Szeged város fertőzőbeteg kórháza diphtheria osztályán végzett vizsgál-

latainkról. 34 diphtheriás betegnek (legnagyobb részük gyermek volt) adtunk corhormont háromszor 1 tablettát naponta, a kórházba szállításuktól egészen gyógyulásukig. Ezen az anyagon ekg- és röntgenvizsgálatot nem végezhetünk és csupán a fizikális leletre kellett támaszkodnunk. Komolyabb szívizombetegséget csak két esetben észleltünk (ezek is felgyógyultak), a többiekben myokarditis fizikális vizsgálattal kimutatható nem volt. Szándékunkban van e kísérletünket a gyógyszerinjekció adagolásával és scarlatinára is kiterjesztve folytatni, későbbi ekg-ellenőrzéssel.

Vizsgálataink második csoportjának eredményeképpen arra a megállapításra jutottunk, hogy ha a corhormon súlyos anatómiai elváltozások, degenerációk azonnali teljes regenerálására nem is képes, a subjectív állapot és a fizikális lelet majdnem minden esetben bekövetkező gyors javulása mégis arra utal, hogy a szer hatására a kimerülő, regenerálódni már nem képes, gyatrán működő szívizom új erőre kap. Minthogy pedig ez a hatás nemcsak átmeneti, hanem hosszabb idő óta, hónapok múlva is tart, joggal feltételezhető, hogy a szívizomban olyan folyamatot indít meg, a magoszlásokra gyakorolt specialis hatásánál fogva, amely a szívizom regenerálódásához vezethet.

Ami vizsgálataink első és harmadik csoportját illeti, az első csoportban nyert eredmények nem teljesen kielégítőek, a harmadik csoportban pedig nem eléggé meggyőzőek. Mégis úgy gondoljuk, hogy tekintetbe véve acorhormonnak a szívizomsejt anyagcsere forgalmára gyakorolt és kísérletileg jól bebizonyított élénkítő hatását és ezt összevetve a kapott eredményeinkkel, joggal tételezhetjük fel, hogy hathatósan támogatja a szervezetet a szívizmot ért toxin-hatások és egyéb ártalmak kiküszöbölésében.

Törő vizsgálatai bebizonyították, hogy az embryonális szív hormon hatását közvetlenül a szívizomra gyakorolja, a regenerálódást gátló hatást kiküszöböli, a sejtfunctiót élénkíti. Ha ehhez hozzátesszük, a klinikai eseteinkben nagyjából kielégítő, helyenként pedig frappáns eredményeket, a corhormont a szívizombetegségek hatásos gyógyszerének mondhatjuk.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLÉSEK.

Levegőnyomok kimutatása a magzati tüdőben.

Irta: Orsós Ferenc dr., egy. ny. r. tanár.

Szabadszeggel láthatatlan, elnyelt levegőnyomok mind a légzett, mind a nem légzett magzati tüdőben vannak, az utóbbiban akkor, ha a boncolás után a levegő állott. Törvényszéki orvosi szempontból az elnyelt levegő kimutatása is szóba kerülhet pl. légtelen tüdejű, koraszülött magzatok véleményezésénél. Ennek kimutatása természetesen különleges fizikai eljárást igényel. A láthatóság határán álló kicsinységű levegőhólyagok jelenléte vagy hiánya az alveolusokban vagy alveolusjáratokban a boncolás közben a tüdőléggpróbákkal is eldönthető. Nem ritkák azonban azok az esetek, amelyekben az alveolaris levegő olyan csekély nyomokban van jelen, hogy jelenléte és jelentősége is kétséges lehet. Hogy belégzett magzattmáz is levegőnyomok látszatát keltheti és a vele kitöltött, a környezetnél világosabb lebenykéket kimetszés után teljes levegőhiány mellett is úszóképességgel ruházhatja fel, Ökrös közölte (Or-

sós *Ferenc emlékkönyv* II. rész. Debrecen, 1931.) Koraszülöttekben és különösen életképtelen, vagyis 40 cm-nél kisebb magzatokban, ha nem pállottan jönnek a világra, olykor olyan minimalis levegőnyomok fordulnak elő, amelyek csak különösen gondos vizsgálattal vehető észre. A tüdők felszínén pl. csak kevés helyen látható egy-egy lebenyke, lebenykerészlet, egy-egy acinus, vagy akár csak egyetlen alveolus-járat, amelynek végében a mellhártya alatt szabadszeggel éppen csak sejtethető, tűszúrásnyi világosabb petty, vagy pettyek vehető észre. Kézinagyítóval azonban e pettyek a jellegzetes képet adják, t. i. parányi gömbölyű és tükröző felületű levegőhólyagoknak bizonyulnak, amelyek vagy az alveolusjárat végében, vagy az abból nyíló alveolusokban foglalnak helyet. E hólyagszák olyan kicsinyek lehetnek, hogy még kézi nagyítóval is éppen csak láthatók. Eloszthat azonban minden kételyt e lelet levegőváltatásról egy egyszerű fogás, mely abból áll, hogy a lebenyrészt, melyben a pár léghólyagszák észrevettük, jobb kezünk hüvelyk- és mutatóujja közé fogván, fokozatos nyomást gyakorolunk a lebeny mélyebb részére és ekkor egyszerre egész raját láthatjuk megjelenni az apró léghólyagszákknak a mellhártya alatti tüdőszövetben, úgyhogy akár az egész lebenyke felvilágosodik és a légzett tüdőszövet képét nyeri. A nyomás alatt természetesen az először felfedezett levegőhólyag környezetére kell szegeznünk a tekintetünket. E jelenség magyarázata az, hogy a nagyon kevés szabad levegőt tartalmazó magzati tüdő sokszor aránylag több levegőt tartalmaz a centralis részekben, mint közvetlenül a mellhártya alatt. Az enyhe nyomáskor a mélyebben ülő levegő a természetes légutakon keresztül a felszínes rétegbe sajtolódik. E fogással sok esetben nagyon meggyőzően sikerült a tüdő levegőtartalmát bizonyítani olyankor is, amikor az uszópróba teljesen negatív volt.

Hogy e fogás eredménye törvényszéki esetekben felhasználható legyen, gondoskodnunk kell arról, hogy boncolás közben levegő ne jusson a nagyobb hörgőgágakba. E célból már akkor, amikor a tüdöket még in situ gondosan megtekintjük és ilyen problematikus levegőnyomokat látunk csak, biztosítanunk kell a későbbi nyomópróba kifogástalan véghezvitelét és ezért a tüdők kapujában puha fonállal lekötjük a hörgőket és a próba kivételéig ilyen állapotban hagyjuk. Ha már a lekötés-kor is levegő van a nagy hörgőgágakban, az az említett fogásnál nem jut el a nyomás folytán a felszínre, mert hiszen nem a tüdő kapuját, vagy annak szomszédságát, hanem inkább a lebenynek középső részét helyezük a próba alkalmával nyomás alá. Ha a tüdőt már lekötés nélkül vettük ki, úgy ajánlatos, hogy a szóbanforgó próba esetében bal kezünk hüvelyk és mutatóujjával nyomás alá helyezük a vizsgálandó lebeny tövét, oly módon, hogy egyik ujjunkat a lebenyek közötti bevágásba, a másikat pedig a kapu mellé helyezjük. A jobb kezünkkel gyakorolván most a lebeny közepére a nyomást, a nagyobb hörgőkből nem jut levegő a mellhártya-alatti lebenyekébe. Szóval tervszerűen végezvén a tüdők vizsgálatát, elkerülhetjük azt, hogy a hörgőkből levegő juttassunk a felszínes tüdő-parenchymába. A vázolt kiegészítése a tüdőléggpróbának nagyon egyszerűen és meggyőzően döntheti el kérdéses esetben a minimalis levegőtartalom jelenlétét, ezért kétségtelenül figyelemre méltó törvényszéki orvosi jelentősége van. Rothadásos gázhólyagokat is tartalmazó tüdők esetében természetesen e próbától sem várhatunk megnyugtató eredményt.

Koraszülöttekben, ha azok a szülés alatt, vagy közvetlenül a szülés után haltak el, nemritkán csak ilyen nehezen kimutatható levegőnyomokat találunk. Élet-

képtelen 5—6 hónapos magzatok esetében is van törvényszerű orvosi jelentősége az esetleg jelenlévő levegőnyomok kimutatásának, mert ha kifogástalan körülmények között tudjuk ilyen módon a levegőnek a tüdőben való jelenlétét kimutatni, akkor az is kétségtelen, hogy a magzat nem holtan, hanem élve született meg. Ez a megállapítás pedig nagyon fontos adat lehet az elvetélt okának kiderítésében.

Ismételten előfordult, hogy vidéki törvényszékek azzal a kérdéssel szállították be újszülöttek, vagy koraszülöttek mellkasi szerveit, hogy a szövettani vizsgálattal állapítsuk meg: lélegzett-e a magzat, vagy nem. Hogy milyen nagy nehézséggel jár látszólag légtelen és csak nagyon kevés levegőt tartalmazó tüdőben a légtartalom mikroszkopos kimutatása, közismert. A nehézségeket az okozza, hogy a keményítés és víztelenítés alatt a teljesen záródott alveolusok is a szövetsugorodás folytán megnyílnak, úgy hogy a tüdőszövet azt a benyomást keltheti, mint hogyha már levegőt tartalmazott volna. A megfelelő ellenőrzés mellett végzett kísérletek arról győzték meg, hogy a keményítésnél előálló szabad rések mindig keskenyek és erősen karéyos, szegletes körvonalúak, míg a minimalis vitalis levegőtartalomnál szabályos, gömbölyű ürok láthatók az alveolusokban és járatokban, melyek különösen akkor meggyőzőek, ha a tüdőszövet kissé vizenyős volt és az alveolusjáratban ülő gömbölyű levegőhólyagok gyöngyfűzerszerűen vannak beágyazódva a rögzítő folyadék által megalvasztott izzadmányba, vagy savóba.

viron is az ergotin érszűkítő hatását megszünteti, illetve csökkenti. Újabb kísérleteikben több érreható gyógyszert vizsgáltak meg, hogy miképpen befolyásolja az ergotin hatását. Eupaverin, atropin, histamin, vasopressin hatástalannak bizonyultak, adrenalin fokozza az ergotin-hatást. Acetylcholin egymagában is, de főleg B₁-vitaminnal együtt adva csökkenti, ill. meggátolja az ergotin nekrosis kifejlődését. Mivel folliculushormon hatására a méhben több acetylcholin válik kimutathatóvá, a szerzők feltételezik, hogy a folliculushormon és rokonvegyületei az acetylcholin felszabadítása, vagy aktiválása révén hatnak az erekre. (G. 63.)

Juvancz Iréneusz dr.

A hepatorenalis syndroma és a normal hypostenuria. Nonnenbruch. (Klin. Wschr. 1939. 27.) A hepatorenalis syndromában anatómiai is biztos májlaesióhoz társulnak oly vesezavarok, amik inkább klinikailag, mint anatómiai érzlelhetők. Gyakran látott különböző májbántalmakban, de súlyos anaemiában és Addison-kórban is oliguriát, hypostenuriával. Ezt az állapotot nevezi a szerző normalis hypostenuriának. Ebből a máj-vese súlyosabb laesio esetében különböző átmenetek lehetségesek egész a hepatorenalis comáig, ahol veseinsufficiencia uraemiával és residualis nitrogen emelkedéssel is társul. (G. 73.)

Marsovszky Pál dr.

A magas vérnyomás kezelése koplalással. W. Kaufmann. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 1939. 184.) 214 betegen végezte megfigyeléseit és azt találta, hogy 4—21 napig tartó koplalással, (ami alatt csak gyümölcsleveket és fűzelékeket adott) a vérnyomás jól befolyásolható, a beteg panaszai javulnak, sőt a szemfenéki elváltozások is néha visszafelődtek. 9 betegen ez a kezelési mód semmiféle javulást nem eredményezett. (G. 72.)

Marsovszky Pál dr.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Lumbago és ischias. W. Brocher. (Z. Klin. Med. 136. 2.) Szerző felhívja a figyelmet főleg a fiatalkori derékfájások és gyakori ischiasban és lumbagóban szenvedő egyének ágyéki gerincoszlopa és medencéje alapos és többirányú röntgenvizsgálatára, mert igen gyakran lehet véletlenül próbá csontosodási rendellenességeket kimutatni. Itt a gyógyításban az izomzat erősítésének és a statikus-dinamikus viszonyok rendezésének is nagy szerepe van. (G. 60.)

Augustin Vince dr.

Castralt férfiak hormonkezelése. H. Zahler. (Z. Klin. Med. 136. 2.) A bonctani, működési, lelki tünetek megszüntetésére szükséges hormon-mennyiséget határozza meg a szerző. Testosteronból hetenként 3-szor 50—70 mg-ra van szükség, adrosteronból kb. felényire. Észleleteit egy beteg vizsgálataira alapítja. (Lehetséges, hogy a javulást nagyrészt lelki okok magyarázzák. Ref.) (G. 61.)

Juvancz Iréneusz dr.

Az extracellularis folyadék meghatározása. H. Moleenaar, D. Roller. (Z. Klin. Med. 136. 1.) A szerzők feltételezik, hogy a vénába jutott rhodan nem hatol be a sejtekbe és az egész sejten kívüli folyadékban egyenletesen oszlik el. Egészséges embereknek intravenásan NaSCN-t adtak, 6 óra múlva meghatározták a rhodan a plasmájukban. Előzetesen meghatározva a vizsgált ember vérének, ill. plasmájának mennyiségét, kiszámították az interstitialis folyadék mennyiségét. Ez ép viszonyok mellett a testsúly 20—25%-a. Oedemás betegeket vizsgálva az oedema rhodan tartalmát is meghatározták. Az oedema rhodan kisebb mennyiségben tartalmazott, mint a plasma. Exsiccált betegeket vizsgálva azt találták, hogy a rhodanszámítás szerint az interstitialis folyadék mennyisége normalis lenne. Ezt az ellentmondást azzal magyarázzák, hogy kóros esetekben a rhodan behatolna a sejtekbe. (G. 62.)

Juvancz Iréneusz dr.

A sexualhormonok hatása az erekre. M. Ratschow, M. L. Steckner. (Z. Klin. Med. 136. 1.) A szerzők előző dolgozatukban leírták, hogy a folliculin és kisebbfokban a testo-

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

Heveny bélelzáródás szívással történő kezelése. Wangenstein, stb. (Surgery, etc. 1939. 68. 5.) Duodenalis sondára alkalmazott szívásnak fontos szerepe van a heveny mechanikus bélelzáródás kezelésében. Megfelelő esetekben az elzáródás teljesen megszüntethető egyedül ezzel az eljárással. Az esetek nagyobb részében a szívást mint kiegészítő eljárást kell alkalmazni, amely ilyenkor alárendelt jelentőségű a műtéti beavatkozás mellett. Szerzők tapasztalata szerint, ha a szívásos eljárást a javallatok és ellenjavallatok pontos betartásával alkalmazzák nagyon hasznos segítség egyéb gyógyeljárások mellett és általa a heveny bélelzáródás halálzási százalékát lényegesen le lehet szállítani. Részletesen tárgyalják az eljárás javallatait és alkalmazási lehetőségeit. (V. 46.)

Rubányi Pál dr.

Az ú. n. traumás appendicitisről. Gretteve. (Acta. Chir. Scand. 82. 1.) A trauma aetiológiai szerepét az appendicitisben eddig túl nagyra becsülték. A has alsó jobbaldalát erő tompa erőbehatás kétségtelen okozhatja a féregnyulvány közvetlen sérülését. Ha az erőbehatás kicsi, spontán gyógyulhat, ha erős, gyulladáshoz vezet, és azonnali műtétet igényelhet. A kérdés már most, hogy ezt, mint valódi appendicitist foghatjuk-e fel? A szerző válasza az, hogy addig ép féregnyulványban külerőszakos behatás, típusos appendicitist nem okozhat. A helyzet inkább az, hogy az addig is már kórosan elváltozotttnak mondható féregnyulványt ért trauma és a már megélt gyulladás súlyosbodik a külerőszakos behatásra és a tünetek súlyosbódása folytán válik szükségessé a műtét. Mások a trauma és az appendicitis találkozását véletlennek foghatjuk fel. (F. 40.)

Fedeles Findeisen László dr.

A postoperatív tetania kezeléséről. Akerberg. (Acta. Chir. Scand. 82. 4.) A golyvaműtétek után a tetania 0.1—3.0%-os arányban szokott jelentkezni. A szerző 170 operált struma esetében kétszer észlelte. A tetania prognosisa a parathormon és az A. T. 10. kezelés bevezetése óta igen jónak mondható. Sok esetben spontán is visszafelődik a tetania, máskor a gyógyszeres kezelés csak a betegség legelején szükséges. Az A. T. 10.-ből elég hetenként egyszer ú. n. depoldosis adása. (F. 39.)

Fedeles Findeisen László dr.

Az epeutakon végzett műtétek után bekövetkező chlor-kiválasztásról. *Nell.* (Bruns. Beitr. 168. 3.) Nagyszámú betegen, kik epehólyaggyulladásban, vagy kőbetegségben szenvedtek Cl-meghatározást végzett mind a hólyag, mind a máj-epében és párhuzamosan a vér Cl. és maradék nitrogén tartalmát is meghatározta. A máj-epe Cl-tartalma jóformán mindig magasabb volt a vérénel és 312—361 mg% között mozgott, ugyanekkor a hólyag-epéé 276—401 mg% volt. Az epeutakon végzett műtétek után jelentkező hypochloroemiás uraemiákban elvégezve a fenti vizsgálatokat, azt találta, hogy a máj-epe Cl tükre a RN értékeknek emelkedésével egyidejűleg nő és magasan a vér Cl tartalma fölé emelkedik. A legmagasabb érték 465 mg% volt. Ugyanekkor csökkent a vér és a vizelet Cl-tartalma is. A vizelet-elválasztás csökkenésével párhuzamosan fokozódik az epe-secretio és csak a hialállal végződő esetekben, ante mortem, fordul meg ez a viszony. A vizelet Cl-concentrációja a vizeletmennyiség csökkenésével egyidejűleg alászáll, ugyanekkor emelkednek a RN. értékek. Az epeelválasztás fokozódásakor a májepe Cl-tartalma nő akkor, amikor a vér Cl-tartalma csökken. (F. 38.)

Fedeles Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Horváth Kornél és Benedek Andor.*

A csontvelő viselkedése rendes és kóros terhességben. *N. Markoff.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 119. k. 1. f.) A szegycsont szűrőcsapolásával nyert anyag vizsgálata négyféle jellegzetes elváltozást mutat: 1. nagyobb számban képződnek makroblastok; 2. feltűnik a promyelocyták, esetleg a myelocyták anisocytosisa (óriás alakok); 3. velőeosinophylia, mint nem mindig jelenlévő tünet és 4. plasmasejtes reticulum-reactio. Az elváltozások a terhesség második havában kezdődnek és legkifejezettebbek a hatodik terhességi hónapban. Szerző a továbbiakban részletesen ismerteti a kóros terhességgel (anaemia, leukaemia, toxikosis, septikus folyamatok) kapcsolatos csontvelőleleteket. (H. 18.)

Rohonyi István dr.

Túlhordás kórismézése röntgennel. *K. Stampfel és E. Tscherne.* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 119. k. 1. f.) 90 rendes időben született és 22 túlhordott magzat röntgenvizsgálata kapcsán tanulmányozták szerzők azt a kérdést, hogy bizonyos csontvagyak jelenlétéből és nagyságából lehet-e túlhordásra következtetni. Kiderült, hogy bizonyos csontmagvak (medialis humerusmag, coracoideus-mag, a kéztőcsontok magvai) megjelenése nem használható fel a kérdés eldöntésére, mivel ezek rendes időben született magzatokon is megtalálhatók. A lábszárcsont proximalis és felkarcsont medialis csontmagva nagyságának a meghatározásából azonban már jelentős következtetések vonhatók le. Legalább 7 mm-es átmérőjű proximalis ajszár-csontmag és 5 mm-es átmérőjű medialis felkarcsontmag csak túlhordott magzatokon volt található. (H. 17.)

Rohonyi István dr.

A szülészetben alkalmazott pernocton bódulat veszélyei a magzatra. *Klahn.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 20.) Szerző a két éven át rendszeresen, 2.041 esetben alkalmazott pernocton-bódulat észleletei alapján megállapítja, hogy az eljárás a magzatra általában veszélytelen. Bizonyos esetekben azonban pernocton alkalmazását mégis kerülendőnek tartja. Ezek az esetek:

1. Koraszülés, már 14 nappal a terminus előtt;
2. Túlhordás, már 8 nappal a terminus után;
3. Farfekvés;
4. A magzat megviltségségének tünetei (szívhang-romlás, meconiumos magzatvíz);
5. Előzetesen alkalmazott morphiom.

Ilyen esetekben alkalmazott pernocton után magzati asphyxia 2—2.6%-ban, a magzat halála pedig 1%-ban, míg pernocton nélkül asphyxia csupán 0.5%-ban, a magzat halála pedig 0.02%-ban fordult elő. (H. 15.)

Csillag Miklós dr.

Granulosa sejtdaganatok. *Dockerty, Mac Carty.* (Amer. Journ. Obst. 1939. 37. 425.) A Mayo-klinikán 1905 és 1937 között eltávolított 30 granulosa sejtdaganatról adnak klinikai és kórszöveti leírást. A daganat eredetét illetőleg úgy vélik, hogy ezek az ovarium hilusában ülő granulosa-sejtmaradványokból, vagy talán degenerált Graaf-féle tüszőelemekből fejlődnek. A granulosa-sejt daganatok sejtei alakjukra és működésükre nézve teljesen hasonlítanak a tüsző granulosa-sejtjeihez. A 30 között daganatban mind a cylind-

rikus, mind a follicularis és diffus típusok előfordultak. A betegek életkora átlag 51 év volt, a legfiatalabb beteg 17, a legidősebb 77 éves volt. A daganatok 60%-ban menopausa után jelentkeztek, azonban 10%-ban a klimaxos tünetek jelentkezésével egyidőben észleltek eseteket, 30%-ban az iravért korbán. Rendetlen vérzéssel jártak a daganatok 37 eset közül 27-ben. Az általuk operált legnagyobb granulosa-sejtdaganat a világirodalom adatai között nem szerepel. Az összes esetek egyoldaliak voltak. Egyetlen egy esetben sem keletkeztek a műtét után metastasisok, épen ezért úgy véli, hogy ezek a daganatok inkább jó-, mint rosszindulatúak. Statistikai összevetései alapján azt ajánlja, hogy az eltávolításra irányuló műtétek ne legyenek radicalisak, hanem maradjanak conservativok. (B. 50.)

ifj. Scipiadés Elemér dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fromius Ödön.*

Scarlatprophylaxis intézetekben. *Brenner* (Ztschr. f. Khk. 1938. 60.) Az osztályokon nagy nehézséget okoz a scarlatprophylaxis. Azonnali védeimet nyújt, de nagy mennyiségben szerezhető be a reconvalescens savó. A lóserum alkalmazását a serumbetegség veszélye contraindikálja. Emiatt a müncheni gyermekklinikán az activ immunisálásra tértek át. A Gabritschewsky-féle vaccinát alkalmazták, amely nagy oroszországi járványok alkalmával bevált, az oltottak közül csak 1% kapott scarlatot. Az oltóanyag bázisa a New-York 5 streptococcus törzs azon culturájának szüredéke, amely a Dick-toxint is tartalmazza. Ezt formollal gyengítik és suspendálnak benne ccm-ként 500 millió hővel előlt streptococust. Osztályukra 1 év alatt 1871 olyan gyermeket vettek fel, akik védőoltásra alkalmasak voltak. Első napon 1 ccm, a 6. napon ismét 1 ccm vaccinát adtak ezeknek intramuscularisan. Annak ellenére, hogy a fertőzési veszély megvolt, ezek közül egyetlen egy sem kapott scarlatot a klinikai tartózkodás alatt. Az anginák száma is csökkent, amelyeknek nagy számát scarlatina sine exanthemate-nak tartja. 4.8%-ban észleltek ú. n. vaccinatiós scarlatot, amely pár napig tartó lázban, exanthemában, lymphadenitisben nyilvánult meg. Vaccinatio után 2 nappal Dick-negativvá lettek az oltott gyermekek valamennyien. — Ez amellet szól, hogy a bőrben gyors antitoxinképzés folyik és egyben indicatora annak, hogy az egész szervezet felkészült az scarlatina elieni védelemre. A fenti eredmények alapján a szerző a Gabritschewsky-féle vaccinatit megbízhatónak, gyorsnak és főleg házi fertőzések elkerülésére alkalmasnak tartja. (K. 66.)

Farkas Éva dr.

A szív punctio veszélyei gyermekeken. *Klotz.* (Mschr. f. Khk. 1938. 75.) Szerző az intézetében kivitelezett 100 szív punctióról számol be. A szúrással, melyet a IV. v. az V. bordaközben végeznek közvetlenül a bal sternumszél mellett, a jobb kamrába jutnak be. Halállal végződő esetei közül az elsőt 9 éves, súlyos torokdiphtheriában szenvedő fiun végezték, aki a betegség 3. napján súlyos keringési zavar miatt intracranialisan 0.15 mg strophantint + 50% dextroset + 2 ccm adrenalint kapott. A punctiót követő átmeneti javulás után 2 óra múlva fokozódó szívgyengeség tünetei között állt be a halál. Boncoláskor a szíven tátongó punctió nyílás, a jobb kamra felett kb. 150 cm-nyi haemoperikardium látható. Koronctani diagnosis: torokdiphtheria, a halál oka: szívtamponade. Mikroszkopos vizsgálatok kintunt, hogy a punctió s tő a kamra izomzatának legvékonyabb végén haladt át és hogy diffus myokarditis képe volt jelen. Szerző tanulságként azt a következtetést vonja le, hogy diphtheris szívébe semmiféle anyagot, főleg azonban vért ezentúl nem enged adni. Második, halállal végződő esetükben 12 hónapos súlyos táplálkozási zavarban szenvedő kisleány szívébe 100 ccm azonos csoportú vért adtak. Pár óra múlva bekövetkezett a halál. Várakozásuk ellenére nem haemoperikardiumot, hanem a bal tüdőlingula átszúrása nyomán totális pneumothoraxot találtak. Harmadik halálos esetükben 2 1/2 hónapos súlyos arthropiás, heveny dyspepsiás csecsemőnek 100 ccm 10%-os cukoroldatot adtak a szívébe. Két és fél óra múlva beállt a halál. Bonclelet. haemoperikardium, szívtamponade. Ez esetet kritizálva szerző megjegyzi, hogy szerinte az osztályos orvoson elég nagy iniektions adagot választott. Szerző ajánlja, hogy csecsemőn az intracardialis vértransfusiót narkosisban végezzék, továbbá, hogy a szívbe adott vértransfusiókor a testsúlykilogrammonkénti 20 ccm helyett elégedjünk meg 10 ccm-el. (K. 67.)

Wollek Béla dr.

Gyermekkori vérszegénység kezelése vitalserummal.

Hermann. (Kinderärztl. Pr. 1938. 11.) A vértransfusio egy újfajta pótlását, a vitalserumot ajánlja. Ez állati serum, mely lép- és májkivonatot is tartalmaz. Rectalisan juttatja a szervezetbe, csecsemőnek magasbeöntés formájában, gyermekeknek cseppklyma alakjában. Adagja csecsemőknek 20–30 ccm., kisgyermekeknek 30–60 ccm, nagyobb gyermeknek 14 éves korig 60–120 ccm. A gyermekek egyharmadának 3 napon keresztül a kóroknak megfelelő adagot adtak, utána pár nap szünetet tartottak. A legtöbb gyermek azonban hosszabb szünet volt. Különböző eredetű anaemiák alkalmával vizsgálta a vitalserum hatását. Összesen 31 esetet figyelt meg, ebből 17-nek volt infectiósus, toxikus anaemiája, 3-nak pneumonia és empyemája, 3-nak nephritise, 2-nek endokarditis lentája, 2-nek gripés prouchitise, 1-nek mastoiditise, 1-nek kanyaró utáni sepsise volt. Nem minden esetben volt a vitalserumnak feltűnő hatása. Megemlíti egy 3 éves gyermeket, akinek nephritise és késői rachitise volt, s akin 480 ccm vitalserum adagolása után a vérkép ugyanaz maradt, mint a felvételkor. Ezzel szemben 3 esetben kanyaró utáni sepsis alkalmával egészen megelégedően jó eredményt észlelt. Az alimentaris anaemiákra 7 eset közül csak kettőn észlelt említésre méltó eredményt, a többi ötön csak Ferrostabil adagolására állott be javulás. 6 ismeretlen eredetű anaemiában szenvedő gyermekben a vitalserum eredményei elég jók voltak. — Nem ajánlja a vitalserummal történő kezelést olyan csecsemőkön, akik hasmenésre hajlamosak. (K. 63.)

Keitner Margit dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A siketség megelőzéséről. *Crowe.* (J. Amer. Med. Assoc. 1939. 112.) Szerző tízéves tapasztalata alapján rámutat arra, hogy a siketek és nagyothallók legnagyobb része garatmandulatültetésben szenved. Nemcsak az adenotomiát tartja fontosnak, hanem ezzel kapcsolatban a tuba-szájadék körüli nyirokszövetnek az alapos kitakarítását is. Ha ez nem sikerül tökéletesen, egy újabb gyulladás alkalmával annyira megduzzadhat, hogy újabb hallásromlás következik be. Ilyen esetben a területnek röntgen-, vagy rádiumbesugárzását tartja szükségesnek, amivel még a megmaradt nyirokszövet elpusztítását célozza. (A. 51.)

Ajkay Zoltán dr.

A nyelőcső venás tágulatának új sebészi gyógykezelése. *Crafoord, Frenckner.* (Acta Oto-Laryng. XXVII. 4.) A nyelőcső varixából történő vérzés esetében a gyógykezelés eddig csak általános és konservatív volt: a beteg nyugalomba helyezéséből, opiatok és sedativumok adagolásából állott; továbbá a véralvadékonyságot calciummal, gelatinával igyekeztek fokozni, kétségbeesett esetekben pedig transzfuziót alkalmaztak. Oki kezelést mindeztől nem vettek igénybe. Szerzők oesophagoskop segítségével nagy sikerrel végezték a varixok megszüntetésére az ismételt tágult érbe adott chinin-urethán injeciókat és eseteikben a panaszmertesség évekig tartott. (A. 53.)

Ajkay Zoltán dr.

A ductus nasolakrymalis hengerhám-rákja. *Tobeck.* (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopf. 176. k. 2. f.) Szerző egy esetét közli, ahol az orrüreg rákja a ductus nasolakrymalis nasalis részéből indult ki. Minden olyan esetben, ahol a rosszindulatú daganat az alsó orrjáratra, vagy az orrfenekre localisálódik, gondolni kell arra, hogy a tumor eredte a ductus nasalis szakasza lehet. (A. 54.)

Ajkay Zoltán dr.

Orbánc és otitis. *Kriso.* (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopf. 176. k. 2. f.) Szerző 67 középfülgyulladásal kapcsolatban észlelt orbáncot, amely 48 heveny és 19 idült esethez társult. Tapasztalatai a következőkben foglalhatók össze: a műtetre került otitisek esetében gyakrabban lépett fel orbánc, mint amelyeket conservative kezeltek, aminek oka nyilvánvalóan a műtéli sebzés volt. Nők gyakrabban kaptak orbáncot, mint férfiak, mivel a fertőzés lehetőségét a hosszabb baj elősegítette. Az orbánc kifejlődéséhez sokban hozzájárult otitis externa, vagy a műtét utáni lágyrészduzzanat. Az orbánc lefolyására az otitis nem igen gyakorolt befolyást. Műtét utáni otogen szövődeményt az orbánc nem okozott. A heveny középfülgyulladás lefolyására az orbánc általában jótékony hatást gyakorolt. (A. 55.)

Ajkay Zoltán dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Physikai és chemiai bőringerek hatása a bőr és vizelet hydrogenionconcentrációjára. *Dziulikowska.* (Arch. f. Derm. 178. 6.) A kísérletek alapját *Vollmer* az a megfigyelése képezte, hogy i. c. bőrinjeciók hatására a vizelet aciditása csökken. A szerző a vizelet hidrogen koncentrációjának és *Lesczinsky* i. c. lakmus-próbájának viselkedését vizsgálta a különböző bőringerek után. E bőringerek részben physikalikusak voltak, mint kékfény besugárzás, elektromos ingerlés, részben különböző gyógyszereknek, mint adrenalin, pilocarpin, histidin befecskendezéséből állottak. Az eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze: A különböző bőr-befecskendezések kb. 60%-ában symmetricus bőrterületeken a bőr aciditásának csökkenéséhez vezettek. 30%-ban egyidejűleg a vizelet aciditása is csökkent. E változások gyakrabban állottak elő physikai ingerek után, mint gyógyszerek befecskendezésére. (Sz. 59.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A rostocki bőrklinikán szerzett tapasztalatok lues gyógykezelésben. *Ernst H. Brill.* (Derm. Wschr. 108. 15.) Ha a többkúrás rendszerben összehasonlítjuk az ú. n. „chronikus intermittáló” és a *Spiethoff-féle* „chronikus continialis” kúrákat, akkor azt fogjuk tapasztalni, hogy az utóbbi különösen korai syphilitis betegségekben felülmúlja a chronikus intermittáló kúrát. A syphilis későbbi stadiumában már nem ily nagy a különbség. Statistikai adatokkal bizonyítja a *Spiethoff-féle* eljárás előnyös voltát, mert egyetlen kúrával meggyógyítható a korai syphilis (*Spiethoff-féle* eljárás: 6 hónapon keresztül csak Neosalvarsan, még pedig férfi 0.60 g.-ot, nő 0.45 g.-ot kap hetenként, összmennyiségben 13.2, illetőleg 9.9 g.-ot.) (Sz. 60.)

Hiszték József dr.

Lymphogranuloma inguinale végbélváltozásokkal és atrophíával gyermekeken. *C. E. Sonck.* (Acta. Derm.-Vener. 1939. 171.) Gyermekeken lymphogranuloma inguinale csak igen kis számban írtak le és ezeken a fertőzés nagyrészt nemi erőszak útján történt. A szerző 5 leánygyermeken (3 testvér) látta ezt a betegséget, pozitív *Frey-reactió*val. Az anyákon a betegség tüneteiként az idült proctitist és a recumstricurat minden esetben feltalálta. 3 gyermekben a térdizületek hydrarthrosist észlelte, melyeknek jelentkezését allergiás alapon magyarázza. Nem valószínű, hogy a betegség congenitalisan fejlődött volna ki, mert az anyák gyermekeik szülésekor még egészségesek voltak. Minthogy erőszakos nemi érintkezés nem történt, azért fel kell tételni, hogy a betegség nemi érintkezésen kívül egyéb módon is megkapható. (Sz. 61.)

Vámos László dr.

A bőr- és nyálkahártya elsődleges gümőkóros fertőzéséről.

Sven Hellerström. (Acta. Derm.-Venerol. 1939 XX. 3.) A gümőkóros elsődleges jelenség klinikáját, kórtanát és immunbiológiai viszonyait világítja meg két érdekes és hasonló eset kapcsán. Az elsőt 22 éves nőbetegről van szó, (nem gümőkóros családból), aki 3–4 héttel a nyirokcsomók gümőkóros elszájtosodása előtt, (mely egy lágyéki lymfogranulomatosishoz hasonlított) két ízben közösült egy 24 éves férfivel, akin viszont 8 és fél hónap előtt vesekintást és ureterköeltávolítást végeztek a vese és húgyvezeték tuberculosis miatt. E beteg frissen ürített vizeletéből *tengrimalacha* ojtva pozitív reactiót kaptak. A nőbetegen valószínűleg a vulva nyálkahártyájának gümőkóros elsődleges complexumáról van szó, mely egyedül áll a maga nemében. Ennek és analog vizsgálatok alapján, melyet *Chavallier, Colin, Kaplan* és mások végeztek, hangsúlyozza, hogy —mint jelen esetben is, — létezik genitális tuberculosis veneréas alapon. A lappangási idő általában 3–4 hét a fertőző közösetől számított nyirokcsomóduzzanat megjelenéséig. A méhnyaki tuberculotikus fertőzések valószínűleg nem ritkán genitális úton keletkeznek. A második esetben 19 éves férfi (szintén nem tuberculotikus családból) szerepel, kinek arcborán lupusos göbcsék csatlakoztak a meglévő tuberculotikus elsődleges complexumhoz, arra és aköré. A beteg 5–6 hét előtt baleset következtében először enyhén vérző hámsérüléseket kapott, melyeknek semmi nyoma. A baleset idejében a tbc-s reactio (*Mantoux*) negatív volt, 1 mg-ig, 5–6 hét múlva 1:1.000 dosissal pozitív. Tehát egy igen gyorsan fejlődő és kimondott allergia; a bőr tbc-s reactiója később lupus alakját veszi fel. Következik, hogy elegendő csupán néhány hétnél elmúlnia, míg egy tbc-s elsődleges fertőzésből lupus lesz. (Sz. 73.)

KÖNYVISMERTETÉS

A magyar sebészirodalm bibliographiája. Összeállította: *vitéz Novák Ernő dr.* Kiadta tagjai számára a *Magyar Sebészársaság.* (Bp. 1939. 500 old. Ára vászonkötésben 20.— P). Óriási odaadó munkának szép eredménye ez a hatalmas kötet, hű tükrre annak a szellemi munkának, ami okot adott létrejvetelére, amit a magyar orvosok irtak össze 1900-tól 1938-ig. Sokan emlékeznek még arra a bibliographiára, mit elhalt kiváló orvostörténésünk, *Győry Tibor* irt meg évente a Magyar Orvosi Archivum mellékleteként. Ez a hasznos összeállítás 1899-ei zárult. *Novák dr.* gyűjtése a rákövetkező 1900-as évvel kezdődik. Bár csak a könyveket és monographiákat gyűjtötte össze napjainkig s a sebészt érdeklő folyóirat-költségeket csak 1908—1938-ig, mégis hézagpótló és tiszteltetreméltó munkát végzett példás önzetlenséggel. Az eléje gördülő nehézségek leküzdésében — mikről az előszóból nyerünk értesülést — leleményes és fáradhatatlan volt, szinte mi szégyeljük magunkat szerény szavai miatt, melyekben minden correctióra késznek nyilatkozik a megjelenendő pótfüzetben. Istenem! — mennyi munkakészség, mennyi jóakarát! — és mindhiába, ha elfogy a pénz. Elismerés illeti meg a Magyar Sebészársaságot ezért az áldozatkészségért, de aggodva kérjük: tudja-e majd folytatni? Bár ha évente megjelenék ez a kis szemle az „Orvosi Nagyhét” vagy legalább a Magyar Sebészársaság „Évkönyv” kíséretében, nem is volna olyan költséges áldozat. De ez a 38 évet feldolgozó munka óriási s eredménye impozáns; — tisztelet a szerkesztőnek és kiadónak egyaránt! Részletes ismertetésbe nem is bocsátkozhatunk, mert céltalan volna. Csak azt állapítjuk meg, hogy *Novák* kartárs mindenkit lekötöleztet, mert elérte a célját, azt, hogy most már azután egy magyar szerzőről sem lehet elfeledkezni, ha írunk valamiről és így a Hetilapnak sem lesz annyi „helyreigazítani” valója.

Vámossy prof.

Gyakorlati Balneologia és Klimatologia. Irta: *Benczúr Gyula dr.* egyet. rk. tanár. (Kiadta Novák Rudolf Bp. 1939.) Hézagpótló, komoly könyv fekszik előttünk, melyben egyik leg tudósabb balneologusunk irt, kinek 35 éves klinikai és balneologiai gyakorlat áll a háta mögött. A könyv három részre tagozódik: 1. Általános balneológiára; 2. Általános klimatológiára; 3. Részletes balneo- és klimatoterapiára, — amihez végül országunk hydrologiai és klimatologiai jellemzése járul és hazai és külföldi nevesebb gyógyfürdők összeállítása jellemző elemzési és klimatologiai adataikkal. Magyarország főbb balneologiai értékeit még egy térkép is feltünteti.

Ki kell emelnünk a szerző kiváló physiologiai és patho-physiologiai képzettségét, amellyel az általános és therapiás hatásokat megmagyarázni tudja s a gyakorló orvos számára érthetővé teszi. Mert ma már nemcsak hazafiasságból kell értenie mindenkinek a balenológiához, hanem megkívánja azt maga a haladó orvostudomány is, miután egyes esetekben nélkülözhetetlenségére rájött. *Benczúr* könyve nem a kutató orvos számára készült, de a gyakorló orvost hozza közelebb a kutatásokhoz és áldásos eredményeihez. Belgyógyászati múltja a főbb kérdésekben önállóságot biztosít neki, de ahol nem érzi szakembernek magát ott *Frigyess, Neuber* és *Hainiss* professzorokra támaszkodik. A sok hasznossal forgatható könyvet mindenkinek melegen ajánljuk.

Vámossy prof.

Zur Frage des Erbganges der Tuberkulosehinfälligkeit, eine Auswertung der Ergebnisse klinischer Konstitutionsforschung. *Oswald Geissler.* (Prakt. Tbk. Bücherei, 22. füzet. Thieme Leipzig kiadása, 1939. Ára 1.10 RM.) Az öröklésnek a gümőkórra gyakorolt befolyását ismerteti *Münter* genealogiás, *Ickert* és *Benze* öröklésstatistikai, valamint *Diehl* és *v. Versucher* ikerkutatására hivatkozva. Tulajdonképeni célja: *Klare*-nak idevágó ingatag alapon álló eredményeit népszerűsíteni, miközben hivatkozik a vérezymek és a gümőkör leküzdésének összefüggésére, továbbá a lipolytikus fermenturra, ami a szerző közlése alapján fehérjéből és C-vitaminból áll. A 13 oldalas összeállításában ülting a hypothesis, míg a bizonyíték ösztövének sem mondható.

Puder Sándor dr.

Klinik der Lungenasbestose. Klinische, statistische und röntgenologische Ergebnisse aus Reihenuntersuchungen an Asbestarbeitern über Krankheitsbild und Verlauf der Asbestose. *Hans-Wilfrid Wedler.* (Arbeit u. Gesundheit so-

rozat, 34. f. 152 oldal. A függelékben 88 röntgenfénykép. Thieme Leipzig, 1939. Ára: füzve 6.50, kötve 7.80 RM.) Az asbestpor behatására a szervezetben előálló betegséget asbestosnak nevezzük. Minthogy az asbestszemlőcsöktől eltekintve kóros elváltozást lényegében véve csupán az asbestporbelégzéses tüdőben találunk, asbestosison: *foglalkozási tüdőbetegséget* értünk. Az asbest magnesiumsilikat; a finom, hegyes tüszzerű kristályokat légtik be. Az asbestosisos tüdő nehéz, durva tapintatú, ellenálló nem esik össze és az elváltozás inkább az alsó lebenyekben található. A görösövi kép lényege kötőszövetes zaporulat, idült, induráló tüdőlob, tüdőfibrosis, illetve tüdőcirrhosis. Míg silikosisban a jellemző elváltozás a silikosisos granuloma, addig asbestosiban, a durva, terjedelmes kötőszövetesedés. — Szerző két asbestfeldolgozó-gyár 310 munkását vizsgálta meg. Eredmény: a betegség I. stadiumára 14.8% jut, a II-ra 4.8% és a III. szakaszra 2.9%. A munkások 77.4%-a gyakorlati szempontból említésre méltó asbestártalomban nem szenved. A kór-előzmény legfontosabb adatai: köhögés, légszomj, köpet, mellkasi panaszok és éjjeli izzadás. A köpetben asbesttűk és ritkán asbesttestecskék találhatóak. 274 vizsgálat közül 24 ízben állott köpet rendelkezésre; ezekből 18-szor talált asbesttestecskét. 51 beteg légszomjról panaszkodott. A hallgatózási és kopogtatási lelet nem kielégítő. 310 munkás közül 92-nak volt asbestszemlőcse. Röntgenvizsgálat tekintetében a silikosisal szemben az asbestos képe közel nem annyira jellegzetes. A röntgenlelet inkább a tüdőszövet reakciójának erősségét, mint a porbetegség súlyosságát mutatja. A tuberculosissal összefüggés még nyitott kérdés. Az asbestosissal hárzánkban nem tartozik a kártalanítható betegségek közé, de ez nem is fontos, minthogy ilyen betegség gyakorlatilag úgy-szólván nem fordul elő.

Puder Sándor dr.

Fortschritte der Chemie organischer Naturstoffe. (I. k. Springer kiadása, Berlin, 1938. 371 oldal.) *Zechmeister* prof. szerkesztésében megjelenő sorozat első kötete elsőrangú szakemberek tollából közöl összefoglalói, rövid referátumokat, irodalmi felsorolással a természetben előforduló organikus anyagok chemiájának jelenlegi állásáról. Orvosi szempontból e kötetben legfontosabb a *Schlenk* és *Euler* prof. által irt *cozymase*, továbbá *Bredereck* nucleinsavak fejezete, valamint *Heilbron* prof. és *Spring* által összeállított ismertetése a sterolok chemiájának újabb haladásáról. *Zemplén* prof. a glykosidák synthesisának újabb irányait foglalja össze, sok saját kutatási eredményre támaszkodva, *Stoll* prof. és *Wiedemann* pedig a chlorophyl compilkált chemiáját tárgyalja. A kötetet methodikai rész fejezi be. *Mark* prof. és *Krasky*, a physikai methodusok használata a természetben előforduló anyagok vizsgálatában.

S. S. dr.

Die Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. *Hans Reichenmiller.* (Urban u. Schwarzenberg. 1939. Ára kötve: ?? P. 140 oldal.) Szerző a tübingai női klinika 12 év alatt előfordult 1390 méhrákban szenvedő betegen tett tapasztalatokat foglalja össze és ezzel kapcsolatban a méhrákra vonatkozó összes kérdéseket tárgyalja. Statisztikai adatokat közöl a megbetegedés földrajzi megoszlására vonatkozólag és ezeket térképekkel illusztrálja. Kimerítően tárgyalja az öröklődés kérdését, a korral, gümőkórral és nemiszervek működésével, valamint a socialis viszonyokkal való kapcsolatokat. Az összes kérdéseket statisztikai adatokkal támasztja alá. A méhrák gyógykezelésének tárgyalása a könyv nagy és értékes fejezete. Végigmegy a röntgen- és rádiumkezelés fejlődésén és a mostani modern eljárásokat részletesen tárgyalja. Ismerteti a műtéttel kombinált eljárásokat, a műtét előtti és utáni besugárzások eredményeit. Külön fejezetet szentel a méhtestráknak és a gyógyulási eredményekre vonatkozó pontos adatokkal szolgál. Összefoglalásában kiemeli, hogy az esetek száma az utóbbi években megkétszereződött és hogy a kezdődő esetek számaránya dacára minden rendszabálynak, nem javult. Szerző a sugaras kezelést a műtét fölé helyezi, azonban elismeri a műtét jogosultságát a méhnyak adenocarcinomái, méhnyaküreggrákok, terhességgel szövődött és fiatal nők rákjainak eseteiben. A méhtest rákját is operálja és utólag besugározza. Fontosnak tartja a betegek utókezelését is. A könyv függeléke a sugáradagok kiszámítására vonatkozólag ad útbaigazítást. — A méhrák gyógyításával foglalkozó szakember számára e könyv értékes adatokat nyújt és ezért melegen ajánlható.

Gál Félix dr.

**Az Országos Balneológiai Egyesület
1939 április 28—29-én tartott
44 ik kongresszusának jegyzőkönyve.**

Vámosy Zoltán elnök üdvözlöi a hatóságok és tudományos társaságok képviselőit és megnyitja a congressust.

Keller Kálmán: *A bőrhőmérsékletmérések balneoterapiás jelentősége* című előadásának kivonata:

A bőr mindenkori temperaturáját újabb felfogás szerint nem a bőr hajszálereiben lévő vérmennyiség szabja meg, hanem az a vérmennyiség, amely az arteriákon és arteriolákon keresztül a bőrbe áramlik. A bőr hajszálereiben lévő vér a bőrnek csak színét adja meg. Amely egyszerűnek látszik e tétel, oly nehezen tör utat az orvosi közvéleményben. *Krogh Ágoston* érdeme az, hogy kimutatta az arteriák, illetve az arterioiáknak a hajszálerektől független működését. Arteriák és hajszálerek egymással ellentétes módon reagálhatnak: Narkosis kezdetén a láb hőmérséklete akár 10 C°-kal is emelkedhetik, anélkül, hogy a bőr színe, tehát hajszálereinek tágtsága valamit is változnék (*Ipsen-féle* jelenség); üszkösödés alkalmával viszont a hideg és vöröses-lilán színezett láb hajszálerei duzzadásig teltek pangó vérral, míg az arteriák megszűkültek vagy elzáródott állapotban vannak. Mind a két esetben tehát homlokegyenest ellentétes az arteriák és a hajszálerek működése.

Előadó balneoterapiai anyagában megfigyelte, hogy dysbasiával járó eseteknek egy bizonyos contingensében az arteriák spasmosus állapotát az agyvelőben levő érmozgató központok működési, illetve szervi elváltozása okozza. Ezekben az esetekben a verőérgörccsel okozati összefüggésben jelentkező bőrhőmérsékletcsökkenés semmiben sem különböztől attól, mint amelyet peripheriás érbántalomban szoktunk észlelni. *Agydaganat két esetében a keresztetett oldalon az alvótag distalis részén erős bőrhőmérsékletcsökkenés volt tartósan észlelhető* már abban az időszakban is, midőn az agydaganat más jellemző tünetei (Jackson-görccsök még nem mutatkoztak. Előadó tapasztalatai szerint az érspasmosus eseteknek 6%-ára tehető ama esetek száma, amelyekben a magasabban fekvő érmozgató központok működészavarára kell gondolni. Ez a 6% valószínűleg a nagyobb forgalmú balneológiai állomásokra is vonatkozik. Ha idejében gondolunk tehát ily érspasmosus központi eredetűre, úgy már korán adhatunk át beteget a neurologus, illetve a sebész kezébe.

A bőrhőmérséklet gyakorlati jelentőségét gyakran korlátozza az a körülmény, hogy az arteriák falának simaizma a *Langley-féle* automatizmus értelmében sympathicus-bénelulás esetében is elveszett tónusukat visszanyerik, ily esetben a bőrhőmérséklet alig tér el az éptől.

Frigyesi József: *A fürdőgyógyítás szerepe a mai nőgyógyászatban.* A nőgyógyászati esetek egy részének műtétes kezelésével, úgyszintén a műtét nélküli gyógyítás modern felszereléseivel és technikájával magyarázható, hogy nemcsak a közönség, hanem a nem-szakemberek előtt is az a vélemény kezd kialakulni, mintha a nőgyógyászati fürdőgyógyítás veszített volna jelentőségéből. Sorra veszi ezért a nőgyógyászatnak azokat a fejezeteit, melyek főternumát képezték már régen és jelenleg is a fürdőgyógyításnak. Ezek: a meddőség, a gyulladási betegségek és a változásokorabeli panaszok kezelése.

1. *A meddőség kezelésében* a belső nemzőszervek elváltozásait vizsgáló eljárások (perflatio és salpingographia) megismerése a meddőség okának felderítésében és kezelésében valóban lényeges hiadást jelentett. Ezen az alapon a műtétes gyógyítás terén is újabban szépen elgondolt, a legkétségteljesebb esetben is — bár ritkán — eredménnyel járó műtéteket ismertünk meg. Viszont a régebben meddőség miatt oly gyakran végzett kisebb műtéteket, pl. méhnyakbetszést, ma már jóformán nem is végzünk. Ehelyett kiskökü elváltozás esetén jó eredménnyel alkalmazzuk a kis adagú hormon-kezelésnek sósfürdővel kombinációját. Nagyböfökü elváltozás, fejlődésben visszamaradás esetén pedig nagy adagokkal végezzük a hormonkezelést, amit természetesen szintén lényegesen támogat a fürdők egyidejű használata.

2. *A gyulladási betegségek operatív kezeléséről* ma is az az álláspont, mint régen, nevezetesen, hogy csak a hosszú idő óta fennálló, minden kezeléssel dacoló esetek valók műtetre, illetve a már meggyógyult esetek közül azok, melyek évek múlva recidiválnak, jelöljék annak, hogy kisebb-nagyobb genyes elváltozások okozzák azokat. Élénken igazolja, hogy ezen az alapon meddőséget okozó méhkörüli

gyulladás miatt milyen ritkán végzünk nagyobb beavatkozást, klinikájának táblázatban ismertetett anyaga is.

A női nemzőszervek gyulladási betegségei tehát ma is bőséges teret nyújtanak a nőgyógyászati fürdőgyógyításnak az intenzív só-, mór-, lép-, fangó-fürdők alakjaiban.

3. *A változás korának* panaszai ugyancsak évtizedes és sokezer esetre menő tapasztalás alapján indokolják a hormonkezelés mellett alkalmazott rádiumos-fürdők (*Juventus-fürdő*), úgyszintén szénsavas fürdők (*Margitsziget, Balaton-füred*) semmivel sem pótolható hatását.

Ezen a 3 főcsoporton kívül természetesen más betegségekben is jól használhatók a különböző fürdőkürák. Így vérszegény chlorotikus egyéneknek a vasas-arzénos fürdők-től (*Parád*) látunk jó eredményt. Tudvalevő, hogy a fürdőgyógyítás hatását sokféle kezelési eljárással (ingertherápia, rövidhullámú-kezelés, diathermia, stb.) igyekeznek kiegészíteni. Bár ezek a kezelések rövidebb ideig tartanak, könnyebben keresztülvihetők, tagadhatatlan azonban, hogy a fürdőküráknak a localis hatáson kívül közismerten igen értékes általános hatásuk is van.

Az elmondottak igazolják, hogy a mai nőgyógyászatban a fürdőgyógyításnak legalább olyan szerepe és jelentősége van, mint régen. Hogy a fürdőgyógyításnak milyen nagy jelentőséget tulajdonítanak napjainkban, azt élénken igazolja, hogy a modern külföldi klinikák fiziko-terápiás osztályai mellett hydrotherápiás osztályokat is létesítenek.

A vezetése alatt álló egyetemi I. sz. női klinika a hydrotherápiás osztály hiányát azáltal igyekszik pótolni, hogy már évek óta összeköttesében van a budapesti Sós-fürdővel, honnét ingyenjegyeket kap a klinika szegény ambulans betegei részére, viszont a Sós-fürdő olyan betegeit, kik intézeti ápolást igényelnek, felveszi a klinikára.

A címben felvetett kérdésre tehát azzal válaszol, hogy ha a fürdőgyógyítás ma látszólag háttérbe is szorul, annak nem orvosi oka van, hanem az főképen a nehéz socialis és gazdasági helyzetben leli magyarázatát. A fürdőorvosokra, tudományos működésükre vár a feladat, hogy a közönség figyelmét a jelenlegi helyzet helytelen voltára ráirányítsák.

bilkei Pap Lajos: *A myalgia differentialis diagnosisa.* (Egész terjedelmében közöltük lapunk 24-ik számában.)

Hozzászólások:

Benczur Gyula: *A myalgia pathológiája* a kórtan egyik elhanyagolt fejezete, a myalgia pedig egyik leggyakoribb betegségi tünet. A primaer myalgia nagyobbára rheuma vagy túleröltetés okozta izomfájdalmak (hüléses rheuma, foglalkozási myalgia). Az idült myalgia mindig másodlagos eredetű (nyomás, vongálás, stb.). Ezért a chr. myalgia gyógyításának főfeladata a primaer megbetegedést és a reflexkészséget gyógyítani. A Lange-Schade-féle gelosis theoriát mint a myalgia okát, megbukottnak kell tekintenünk.

Arany György: *Az epeköbaj balneoterápiája.* Az epeköbaj azon rendkívül gyakori és hosszú éveken át elhúzódó anyagcsere megbetegedés, arhelynél a balneoterápia mód-szerrel adják a legkielégítőbb és legoptimálisabb eredményeket. Ezért szükséges, hogy a gyakorlóorvosok ismerjék a balneoterápiás eljárást, amit ma már nemcsak évszázados gyakorlati tapasztalatok, de a balneologia kutató tudomány legújabb tételei eredményei is alátámasztanak. Részletesen ismerteti az epeköbaj balneoterápiás eszközeit, vázolja az ivókúra alkalmazási módját, a gyógyforrások összetételét, hatásmodjukt, különös tekintettel a budapesti Magda- és Hungária-gyógyforrásokra, szól az ú. n. „fürdődiéta”-ról és különös fontosságot tulajdonít az izzaporogásoknak, amelyek hatásukban sokszorosan feijülműlják az általánosan használatban levő thermofort, villany- és sugárzó meleget. Fontos hatástényezők az alkalmazandó gyógyfürdők, szerep jut a Kneip-szerű vízkúrának, a rádiumos fürdőknek, de különösképen a subaqualis bélfürdőknek is, amelyek mindenkor a gyógyforrás hévízzel végzendők. A fürdőhelyen lehetőleg intézeti kezelésben végzett, 3—4 héti tartó gyógy-módot adja a legkielégítőbb eredményt, de Budapesten ambuláns is végrehajtható a kúra akként, hogy a beteg dél-éltjét a gyógyforrások és fürdőintézmények közelében tölti el és lehetőleg orvosi felügyelet alatt álló konyhán étkezik.

Pályi Márton: *Munkásfürdők.* Ismertette azokat a foglalkozási betegségeket, amelyek nagyrészből kiváltója a tisztatlanság. Rámutatott arra, hogy az ipari jellegű mérgezések egyik eredményes megelőzési módja a tisztaság. Szükségesnek tartja, hogy kisüzemekben folyóvizet szolgáltató mosdó, nagyüzemekben pedig munkásfürdő álljon a dolgozók rendelkezésére. Felsorolta a különböző fürdőtípusokat

és azt a végkövetkeztetést vonta le, hogy az üzemek céljainak minden tekintetben a zuhanyfürdő felel meg. Az előadó erősen hangsúlyozta, hogy a magyar gyárak fürdőberendezés tekintetében sok kívánnivalót hagynak hátra. Szükséges, hogy a piszkos munkát végző egyének között az Országos Balneologiai Egyesület fürdőpropagandát fejtsen ki.

Hegedüs Ármin: Kívánatosnak tartja, hogy nagyobb üzemekben a műhelyekkel kapcsolatos mosdón és zuhanyfürdőkön kívül, amelyek a munka utáni tisztálkodásra szolgálnak, épüljenek olyan különálló munkásjelölti fürdőépületek, melyek a munkásoknak hetenként egyszer módot adnak a rendesebb fürdésre. — Ezeknek a berendezése is zuhanyfürdők sorából áll, természetesen meleg- és hidegvízzel ellátva, s néhány kádfürdőből.

Benczúr Gyula: *Fürdőkúrák tartama. Fürdőfáradtság.* Mind egyszerű, mind gyógyhatású anyagot tartalmazó thermalis fürdőkúrák, peloidkezelések, szénsavas fürdőkúrák, ivókúrák és sok légyógymód csak kellő módon és mértékben használva válnak javunkra. A tudományosan még csak részben megalapozott, főképp évszázados tapasztalatok szerint használt eme kúrák javalataival, ellenjavataival, a fürdők hőfokával, az egyes fürdők tartamával, stb. sokat foglalkoztak, de igen hiányosak arravonatkozó megfigyeléseink és arravonatkozó tudásunk, mennyi ideig tartson egy fürdőkúra, hány fürdőből álljon. E kérdés felett könnyen elsiklunk, pedig a kúra értéke igen nagyrészt a tartamától is függ. Az optimális tartam nem csak a baj minőségétől, hanem a kúrázó erőállapotától, korától, *constitutiójától* függ. Gyógyhely és orvos nagyobb érdeke, hogy a beteg javultan távozzék, mint az, hogy minél hosszabb ideig időzzön a fürdőhelyen. Erőállapot, *constitutio* az olyan kúrának szab határt, mely legalább részben ingerhatásokon alapul. Ilyen kúra bizonyos időn túl használva, még a legerőteljesebb *constitutió*jú embernek is ártalmas. Pihentető, nyugtató, hygienikus milieu teremtésén alapuló (tehát sok légköri-, sok ivókúrának) nem szab határt a *constitutio*. Minél tovább vagyunk hygienikus milieuban, annál jobb. A balneologiai reactio minden fürdőorvos előtt ismert fogalom, de aránylag keveset foglalkoznak a *fürdőfáradtsággal*, mely erőállapot szerint előbb, vagy később, de absolut pontossággal bekövetkezik, mihelyt az illető az ő *constitutiójának* maximális kúránapot elérte. Fürdőfáradtság thermalis kezelése esetében néha már két hét múlva, de többnyire csak 5—6 hét múlva, olykor csak a kúrázás 8. hetébe következik be. Főtünetei: fáradtság, bágyadtság, étvágytalanság, fejfájás, ingerlékenység, rossz alvás és mindenképp a thermalis kezeléstől undor. Az állapot jelentkezése fejtlenül parancsolja a kúra és hasonló kezelése felfeszakítását és hogy ezt legkorábban hónapok múlva folytassuk, illetőleg megismételjük. Néha a fürdőfáradtság összeütközik a beteg azzal az érdekével, hogy a localisan jól ható kúrát folytassa. A fürdőfáradtság épp úgy, mint a balneologiai reactio a vegetatív idegrendszer izgalmán alapul. Kívánatos volna, nagyobb beteganyagot mindkét állapot alatt a reflexeket, vérképet, verejtsülyedést, véryomást, stb., vizsgálni. Előadót gyógyfürdője és beteganyaga elvétele mind ilyen, mind más tudományos megfigyelései folytatásában megakasztotta. A thermalis- és más ingerhatással bíró természetes gyógymód esetében a javulás stadiuma egy pozitív phasishoz fogható fel, a balneologiai reactio és kúrát fáradtság stadiuma pedig phasishoz, melyen a beteget át kell segítenünk. Nem véletlen, hanem ezekkel összefüggő, hogy a gyakorlatban a thermalis kúrákat évszázadok óta 3—6 hetesnek, átlag 4 hetesnek szabták meg. — Fürdőkúrátartam megállapítása és a fürdőfáradtság fogalma megérdemli a részletezőbb tudományos kutatást.

Vámosy Zoltán: Rámutat arra, hogy bár a kezdetben beálló fürdőreactio létezését elismeri, s magán is tapasztalta, de az ú. n. kúrát fáradtságot nem tudná mindig, vagy csupán a fürdő hatásaként kiváltott vegetatív reactióként, szóval élettani következményként felfogni. Szerinte ennek a pszichikus magyarázata abban is feltalálható, hogy egy dolgozó, munkához szokott ember, ha már jól érzi magát, vagy jelentékeny javulást érez, újra fel akarja venni munkáját és megelégedi a kúrát. Külső momentumok is szerepelhetnek, mint pl. az anyagiak kifogyása.

Belák Sándor: A fürdőfáradtságot igen fontos jelenségnek tartja, amelyet mindenképpen el kell kerülni, mert kétségtelen, hogy ez a fürdőtényezők túladagolásából származik. Azért meg kell állapítani tudni azt az optimumot, amely a legnagyobb fürdőhatást eredményezi, anélkül, hogy már a fáradtságba csapjon át. Kétségtelen, hogy a fürdőhatások közelebbi megismerése révén ez optimális állapot körülírása és felismerése elérhető lesz. Azért a fürdőkutató

intézet céltudatosan és a fürdőhatások lépésről-lépésre követésével igyekszik az egész folyamatot kivizsgálni. Ennek megtörténte után a fürdőkúrák tartamát az egyéni adottságokhoz lehet majd mérni, mert bizonyos az, hogy mindenkire egyaránt előnyös sablont e tekintetben felállítani nem lehet.

Benczúr Gyula: Viszontválaszában megköszöni Vámosy és Bellák professorok értékes hozzászólását. Bellákkal egyetértően a kúrát fáradtság bevéását nem tartja kívánatosnak. Arra kell törekedni, hogy a beteget egyénileg kezelve, a kúrát a fáradtság beállta előtt szüntessük be. A Vámosy prof. említette külső körülmények befolyását a kérdés tanulmányozása alkalmával szintén tekintetbe kell venni; azonban a kúrát fáradtságot lényegileg mégis a vegetatív idegrendszer működésén alapuló állapotnak tartja.

Barla-Szabó József: *Fürdőkórház felállításának orvosi irányelvei.* Hangsúlyozta, hogy az OTI feladatának tartja, hogy biztosítottjainak orvosi ellátásánál olyan különleges gyógyintézetekről gondoskodjék, melyekkel a közületek nem rendelkeznek. Ezért létesítette az OTI nagy áldozatkészséggel a rákbetegek gyógyításával foglalkozó rádium-kórházi osztályt és ezért állít fel a közeljövőben Budapesten fürdőkórházat. Ezt a rheumatikus betegségekkel keresőképtelen biztosítottak nagy száma is indokolja. Az OTI a múlt évben rheumával 8050 biztosítottat 395.000 nappal tartott táppénzes betegállományában. Magában a fővárosban naponta 1370 rheumás járóbeteg vesz igénybe gyógyfürdő-kezelést.

Az OTI fürdőkórházának megépítésénél a külföldön már jól bevált tapasztalatokat fogja felhasználni. Ezek között vezető helyen áll az aacheni fürdőkórház, melyben tudományos kutatómunka is folyik. Az OTI fürdőkórházát a Császár-fürdő és Zátany utca közt fekvő 3600 négyzetméternyi telken építik meg. A fürdőkórházban 250 fekvőbeteg nyer elhelyezést. Ezek elsősorban rheumatikusok, azután baleseti és egyéb elváltozásban szenvedő csont- és izületi betegek, azután belgyógyászati és gégeszeti betegek. A nőgyógyászati betegek fürdőkezelésével az OTI az általa megvásárolt Erzsébet-sósfürdőben fog foglalkozni. A fürdőkórház céljára megvásárolt telek 50—60%-nyi része kert marad, 40%-os részének 5 emeletnyi beépítésével az építésre összesen 12.300 négyzetméternyi területet lehet felhasználni. Így a nagy területen az OTI 250 ágyas fürdőkórháza olyan berendezéssel és beosztással építhető meg, mint amilyen felszerelése és beállítottága van a 360 ágyas aacheni fürdőkórháznak. A fürdőkórház a gyógyításon kívül kutatómunkát is fog végezni. A m. kir. belügyminisztérium a fürdőkórház telkének megvételeihez már hozzájárult, így a közeljövőben meg fog történni a tervpályázat kiírása.

Pávai Vajna Ferenc: Ha már a régen vajudó fürdőkórház építéséről van szó, megfontolandó, hogy Budapesten, ahol a thermalis gyógyforrások egész légiója fakad, vajjon azt a fürdőkórházat oda építik-e, ahol a gyógyforrásoknak legjobb gyógyhatású féleségeit ismerjük s azok változatlanul jutnak-e a kúrahelyekhez. Nem vitás ugyanis, hogy ahol a thermalis gyógyforrások nem ömlenek a felszínre s azokat gépi erő igénybevételével lehet csak a fürdőkbe és egyéb kúrahelyekre szállítani, azoknak éppen a legnagyobb gyógyhatású illó alkatrészei, mint rádiumemenatio, szénsav és gázalakú kénvegyületek valóságos mesterségesen üzetnek ki nagyrésztben a gyógyvizekből. Ez éppen úgy, mint az ilyen módon keletkező hőmérsékletcsökkenés, kétségtelenül az oldott gyógyító alkatrészek eredeti arányát is megváltoztatja. A fenti alkatrészek csak akkor fognak változatlanul a kúrahelyekhez jutni, hogyha a thermalis gyógyvizek zárt csőben, saját nyomás alatt, vagy gravitációs úton jutnak a kúrahelyekhez. Budapesten csak ott vannak ilyen nagynyomású, felszínre is kiömlő thermalis gyógyforrások, ahol azokat mélyfúrásokkal sikerült feltárunk. Ilyenek a Rudas és Tabán környéke, a Margitsziget, a Városliget. Ezek alkotórészeikből kifolyólag nemcsak a leghatékonyabbak mind fürdő, mind ivókúra szempontjából, hanem egyben zárt csőben, változatlanul, saját nyomás alatt juttathatók a kúrahelyekhez. Minden más budapesti thermalis fürdők vize csak a gépi erő igénybevétele segítségével, tehát eredeti alkatrészeik több-kevesebb hiányával és megváltozásával kerülhetnek a kúrahelyekhez; tehát a fürdőkórház építése szempontjából amazokkal szemben háttérbe szorulnak.

Ezzel a kérdéssel kapcsolatban, amennyiben az Erzsébet-sósfürdő is belekapcsolódna a kórház jellegű betegápolásba, kívánatos, hogy az ottani hideg keserűvizek mélyfúrással feltárandó thermalis vizekkel kombináltassanak és kevés, vagy más úton azok majdnem ingyen energiájával melegítenek. Ugyancsak mélyfúrások útján feltárandó ther-

malis hévizek oldhatják meg a budai többi keserűvizek problémáját is, hiszen kétségtelen, hogy azok erősen vesztettek mind hazai, mind külföldi piacukból, ellenben megfelelő thermalis vizekkel megfelelően kombinálva a helyszínen szolgálhatnának olyan kúrahelyek létesítésére, amelyek joggal vennék fel a versenyt a hasonló külföldiekkel s így közvetlenül szolgálnák az ivó-, a fürdőkúra és az idegenforgalom összes gazdasági vonatkozásait.

Vámosy Zoltán: Nem tart attól, hogy a 100—200 méteren át jól záró és megfelelő anyagú csőrendszerben, a levegő tejes kizárásával elvezetett hévvíz bármit is veszítene radioaktivitásából, vagy gázaiból, valamint, hogy összetétele megváltoznék. Különösen áll ez felszökő forrásokra, melyek saját gravitációs esésük segítségével vezethetők. Természetesen nem lehet a gyógyforrások vizét szivattyúzással emelni, hanem csak nyomással kell olyan magasra juttatni, ahonnan az a medencékbe, kádakba folyhat. A kiszemelt helyet jónak tartja klimatikus szempontból is — bár jobb volna egészen a Józsefhegy alá jutni, — ami az uralkodó szelektől nem védett városligetről nem mondható el.

Bernáthné Pártos Alice: Felveti azt a kérdést, hogy a felállítandó fürdőkórházat nem lehetne-e szívvizsgáló állomássaival összekötni. A szívbetegnek több mint 50%-a rheumás eredetű és az általános tapasztalat mutatja, hogy minél inkább elejét vesszük az izületi recidiváknak, — amire a balneoterapiás kezelés a legalkalmasabb —, annál inkább sikerül a szívfolyamat továbbhaladását feltartóztatni, vagy esetleg megállítani.

Bánlaky Géza: Ha a fürdőkórház elhelyezése már végleges, akkor újabb gondolatok bedobásával nem szabad azt egy napig sem késleltetni. Ha nem végleges, akkor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a Széchenyi Gyógyfürdő napi 6000 m³ thermálvizet szolgáltató új forrása nemcsak a fürdőkórház legmesszebbmenő hévvizszükségletét elégíti ki, hanem az intézmény ingyenes fűtését is biztosítja. A Császárfürdő mellett lévő 1000 négyzetméteres telek csak szűkösen elegendő egy 3—400 ágas kórház és nagyobb ambulansfürdő elhelyezésére és későbbi fejlődési lehetőséget nem nyújt. Emellett a rendkívül nagyforgalmú Zsigmond utca és a HÉV vasút között nem ideális a kórház helye. A Széchenyi gyógyfürdő mellett a Városliget hatalmas parkja ezzel szemben egy nagyarányú kórház elhelyezésére kiválóan alkalmas.

Frigyesi József elnök: A nagygyűlés nevében megköszöni Barla-Szabó József rendkívül érdekes és nagyjelentőségű előadását. A hozzá íródó vita mutatja, hogy az előadás milyen közérdek volt, úgyszintén, hogy milyen örömmel várja az orvos-társadalom a fürdő-kórház létesítését. Mindaz, amit Barla-Szabó József mondott, megnyugtathat mindenkit, hogy az illetékes körök jóindulata és a legkiválóbb szakemberek meghallgatása folytán az adott körülmények közt a legjobb megoldásra számíthatunk. Úgy véli, hogy a forrásviznek és a gyógyfürdők legtekélyesebb analízise sem mutatja ki mindazokat a gyógytényezőket, amik az illető vízben vannak, azért szintén azon a véleményen van, hogy az ivókúrára használatos vizet a forrásnál igyák. Ez azonban nem zárja ki azt, amit sok más tapasztalat is igazol, hogy kisebb-nagyobb távolságról odavezetett víz a kívánt értelemben hathat. Meg van róla győződve, hogy bizonyos gyógyforrások vizét (keserűforrások) érdemes volna, megfelelő berendezésekkel a helyszínen végzendő ivókúrákra alkalmassá tenni. Ezzel minden valószínűség szerint olyan nagy anyagi értékeket tudnánk itt hon tartani, mint nem egy védett hazai ipari termék gyártásával.

Benderek István: *Gyógyhelyeink földrajzi vonatkozásai és geopsychés jelenségei gyógykúrák szempontjából.* Gyógyhelyeink földrajzi vonatkozásai, éghajlati viszonyai és geopsychés jelenségei szoros kapcsolatban vannak egymással. Magyarországon alföldön, hegyen, lejtőn és vízparton fekvő gyógyhelyek vannak. Gyógykúrák szempontjából nem elég azonban az egyes helyek földrajzi fekvését, éghajlati viszonyait és gyógytényezőit ismernünk, hanem számolnunk kell még a geopsychés jelenségekkel is. Ismerve azt, hogy melyik hely milyen betegség gyógyítására alkalmas, hazánkban minden beteg számára találhatunk megfelelő gyógyhelyet, ha tekintetbe vesszük még a hely lelki hatásait is. A beteg lakásán végzett kúrák kevésbé kedvezőek, mert le kell mondanunk a psychés hatásokról.

Az öregedésről,

Már régen felállított elmélet az, hogy az öregedés lényege a sejteket alkotó fehérjék, mint colloidalis rendszerek, labilisatiója. Ezt a felfogást először talán Rocosolano fejtette ki és azóta a biológusok ezt a nézetet általánosan elfogadták. Ez a felfogás, ez az elmélet oly általánosan hitelre talált, hogy most már anorganicus colloidalis rendszerek öregedéséről is beszélünk, értvén ezen a rendszert alkotó micellák időben beálló lassú coagulatióját.

Miután az élő test leglényegesebb anyagai közé a fehérjék tartoznak, melyeket ma már ampholyttermészetű anyagokként tekintünk, vagyis oly anyagokként, melyek úgy savi, mint basicus tulajdonságokkal bírnak, ezért kell, hogy ezen anyagok stabilizálásában a közeg hydrogenionconcentrációja, pH-ja nagy szerepet játsszon. Ha ilyen ampholyttermészetű anyagok colloidalis rendszereket alkotnak (mint pl. a fehérjék), akkor a colloidalis rendszer annál stabilabb, mennél nagyobb mértékben van a rendszert alkotó anyag, helyesebben mondva a dispers phasis, ionisálva. Minden ampholyttermészetű anyagnál van egy bizonyos hydrogenionconcentráció, melynél az anyag savi és basicus természete, tulajdonsága egymással egyenlő. Ezt a hydrogenionconcentrációt nevezzük az illető ampholytanyag isoelektromos pontjának. Az izoelektromos ponton van az ampholyttermészetű anyag a legkisebb mértékben ionisálva. Ezzel szemben mennél nagyobb a különbség az isoelektromos pont pH-ja és az oldat actualis reactiójának pH-ja között, annál nagyobb fokú az oldatban levő ampholytanyag ionizációját.

Ruzicka V. öregedési elmélete szerint az öregedés oka az, hogy a korrallal együtt a sejtekben a hydrogenionconcentráció csökken, a pH nő. Ez, Ruzicka szerint, a sejtek és a szövetek duzzadóképeségének csökkenésével, vagyis a szövetek dehydratációjával jár. Ruzicka a *Rana fusca* fejlődése, vagyis öregedése folyamán ki is mutatott egy bizonyos pH-növekedést.

Erre azonban én azt mondom, hogy a pH növekedése, vagyis a hydrogenionconcentráció csökkenése csak abban az esetben vezethető a sejtek és szövetek duzzadóképeségének csökkenéséhez vagyis dehydratációjához, ha azok fehérjéi + töltésűek, tehát kationok lennének. Ezzel szemben köztudomású, hogy a sejtek cytoplasmáját alkotó fehérjék — töltésűek, vagyis anionok. (Most talán ne gondoljunk az állati sejtekre és szövetekre, mert az állati testben előforduló kötőszövet anyaga, és pedig a sejtközi állományé, ugyilátszik tényleg pozitív töltésű, kation, hanem gondoljunk inkább csak a növényi sejtekre és szövetekre. Ezt bátran megtehetjük, mert hiszen a növények is öregsznek.) Ha negatív töltésű fehérjégekben a pH növekszik, vagyis a hydrogenionconcentráció csökken, akkor ez a fehérjégek duzzadóképeségének növekedésével, vagyis hidratációjának fokozódásával jár, ami az öregedéssel éppen ellentétes folyamat. Colloidchemiai szempontból ugyanis az öregedés legfontosabb jelét, sőt annak lényegét a szövetek duzzadóképeségének csökkenésében láthatjuk. Megengedem azonban, hogy vannak szerzők, akik azt állítják, hogy a cytoplasma + töltésű és eszerint Ruzicka öregedési elmélete helytálló lenne, de ez nem valószínű. Ezen szerzők szerint a sejtek cytoplasmájának + töltését a sejtekben keletkező és ott részben felhalmozódó CO₂ okozza és hogy a cytoplasma + töltésű oly nehezen mutatható ki, azt azzal magyarázzák, hogy amint a sejteket kivesszük normalis sejtközösségükből és cytoplasmájuk elektromos töltését pl. mikroelektrodok segítségével vagy más módon vizsgáljuk, akkor azok

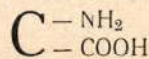
CO₂ tartalmukat elveszítik és ily módon tényleg — töltésükké válnak. Ezek a szerzők azt mondják, hogy az élő és normális cytoplasma + töltésű és az elhalt vagy erősen alterált cytoplasma — töltésű vagy töltésnélküli. Hogy azonban ez nem lehet így, az már az élő sejtek és szövetek erős redukálóképességéből is kitűnik. Ha az élő cytoplasma + töltésű lenne, akkor pl. a metylén-kéket nem lenne képes redukálni.

Véleményem szerint a dehydratio és hysteresis az öregedés magyarázatában feltétlenül szerepeltetendő, de nem úgy, amint Ruzicka tette. Ha Ruzicka elmélete helyes lenne, akkor az összes élő lényekben ki lehetne mutatni a sejtek és szövetek pH-jának a korrallal együtt való eltolódását a lúgos irányban. Hiszen az ember is öregszik és nem lehet az újszülött és a 80 éves ember azonos sejtei vagy szövetei között pH-beli különbséget találni. Pedig feltétlenül kellene, ha Ruzicka feltevése helyes lenne. Egészen el is tekintve attól, hogy a szövetek növekedő alkalescentiája azok duzzadásképpességének növekedésével és nem csökkenésével jár. Persze, minden azon fordul meg, hogy a sejtek cytoplasmáját alkotó fehérjék +, vagy — töltésűek, kationok, vagy anionok-e? Mint már említettem, valószínűbb az, hogy a cytoplasma — töltésű, vagyis főleg fehérjeanionokból áll.

Mindezek alapján sokkal valószínűbbnek tartom a következő feltevést:

Az öregedés folyamán nem a szövetek pH-ja változik meg, hanem a szöveteket alkotó fehérjék isoelektromos pontja változik meg, éspedig lassan-lassan a lúgos irányban, vagyis a magasabb pH-k irányában tolódik el. Ezáltal az egyes isoelektromos pontok és a sejtek és szövetek actualis reakcióját jelentő pH-k közti különbség egyre kisebb lesz, ami a sejtek és szövetek duzzadásképpességének csökkenésével, dehydratációjával jár.

Most hogyan képzelhetjük el a szövetek isoelektromos pontjának a magasabb pH-k, vagyis a lúgos irányban való eltolódását? A fehérjéket ma még csak schematikusan tudjuk feltüntetni a következőképpen:



Ha ebben a schémában a fehérjék basisjellegét képviselő NH₂-csoport oly módon alakulna át, hogy basisjellege fokozódnék, akkor a fehérjék isoelektromos pontja is a lúgos irányban tolódna el. A modern chemia nyelvén azt szoktuk mondani, hogy ez a változás vagy jelenség a NH₂-gyök aminitásának fokozódása révén jön létre. Vagy pedig a fehérjék isoelektromos pontja a lúgos irányban úgy is eltolódhatna, ha a fehérjemolekulában az idők folyamán lassan több és több NH₂-csoport lépne be. Ebben a második esetben talán az ureumsynthesisnek az idősebb korrallal beálló csökkenésére lehetne gondolni, melynek következtében aztán az ammoniák részben visszamaradva a szervezetben az ott levő élő fehérjék molekuláiba mint aminogyök felvéteik. Ha meggondoljuk, ez könnyen meglehet, mert egyrészt az ammoniák, illetőleg a NH₂-csoport basicus természetű, másrészt meg a fehérjéknek savi funkciói is vannak. A fehérjék szerkezete ma még annyira ismeretlen, hogy sok mindent fel lehet tételezni róla.

A két említett lehetőség közül akármelyik módon, vagy akár egy harmadik módon jöjjön is létre az isoelektromos pontnak a magasabb pH-k felé elmozdulása, lehetséges, hogy eközben talán a fehérjék actualis re-

actiója, pH-ja is igen keveset eltolódik a lúgos irányban és talán, ha ez egyáltalában bekövetkezik, ezt mutatta ki Ruzicka. Ő azonban, ha a fentiek igaznak bizonyulnak, csak abba a tévedésbe esett, hogy oknak tartotta az okozatot. Természetesen, ha egyáltalában bekövetkezik is a most leírt módozatok egyike szerinti, vagy akár egy harmadik mód szerinti lassú vegyi átalakulás folyamán a fehérjék actualis reakciójának, pH-jának a lúgos irányban elmozdulása, kell hogy ez az elmozdulás sokkal kisebb fokú legyen, mint a fehérjék isoelektromos pontjának ugyancsak a lúgos irányban elmozdulása. Különben a fehérjérszecskek elektromos töltése és hidratációja nem csökkenhetne és az előrehaladó coagulatióra jellemző egyéb jelenségek sem léphetnének fel.

Ha nem ismerjük is az egyes fehérjék savdissociációs állandóját (K_a) és lúgdissociációs állandóját (K_b), azért beszélhetünk ezen állandóikról, a dolog t. i. úgy áll, hogy éppen azért, mert a fehérjék amphotaer elektrolytek, kell hogy legyen savdissociációs állandójuk és lúgdissociációs állandójuk. Az egyszerű ampholytek, az anorganicus ampholytek savdissociációs és lúgdissociációs állandóit ismerjük, vagyis számszerűleg ki tudjuk fejezni. Nos, az én elméletem szerint, az öregedés folyamata és lényege nem más, mint a szerveget alkotó egyes szövetfehérjék lúgdissociációs állandójának vagy állandóinak növekedése. (Valószínű ugyanis az, hogy a fehérjéknek nem egy, hanem több savdissociációs és lúgdissociációs állandójuk van. Ez a rendkívül bonyolult chemiai szerkezetüknél fogva valószínű.) Ebben áll az én elméletem és csak azt teszem hozzá ehhez, hogy a fehérjék actualis reakciója és isoelektromos pontja közti pH-beli különbség csökkenését, vagyis az öregedés folyamatát úgy is el lehet képzelni, hogy a fehérjék savdissociációs állandói az idők folyamán lassan-lassan csökkennek. Lehet, hogy másvalaki ezt fogja valószínűbbnek tartani és olyan öregedési elméletet fog felállítani, melyben ez a lényeg.

Lehotzky Pál dr.
kórorvos, Csikvánd.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift 30. sz. Grumbrecht-Loeser: Hormontherápia alapjai. — **Landes:** Ujabb vizsgálatok az auscultatio területén. — **Jakob:** A vérfestékek porphyrinné való bontása bacteriumculturák által és a Koproporphyrin új biológiai synthésise. — **Guhr:** A vér B vitamin tartalmának biológiai meghatározása phycomyces blacesbeanus-al. — **Hörnig:** A sárgaláz kutatás újabb eredményei.

Münchener Medizinische Wochenschrift 30. sz. Simens: Eccema kezelése. — **Beer:** Legkisebb Digitalisadagok hatása szívbetegeken. — **Zenke:** Polyomyelitis és Trauma. — **Dorsch:** A terhesség megszakításának indicatioja a régi és új törvény megvilágításában. — **Lindemann:** Járványos köthártyagyulladás kezelése. — **Koch:** Munkaneurosis.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 30. sz. Westphal-Weselmann: A gyomor nicotin bántalmái. — **Pache:** Megfigyelések egy májkivonat által okozott allergia kapcsán. — **Hoppe:** Gyermekkori meningitis epidemica orális kezelése prontosillal. — **Bühler-Zettel:** Klinikai megfigyelések Morbus coeruleus-ban. — **Eichholtz:** Pharmakológiai kutatások néhány újabb fejezete.

Wiener Klinische Wochenschrift 30. sz. Nonnenbruch: Gyümölcs és főzeléktáplálás és a sóforgalom. — **Cicovacki-Stöger:** Osler-f. betegség. — **Uhlirz:** „Grippe por”. — **Wohlfeil:** A Német Mikrobiológiai Egyesület ülése.

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD)

minden mennyiségben a gyógyszertárakban smét kapható

„Neptun Ear Protector”



antisepticum, a fülbehelyezve tökéletesen zárja a fül me-
neteit, megakadályozza a víz beáramlását, a súlyos és
veszélyes fülbajokat megelőzi — abszolút zárt!

Megakadályozza a külső zaj behatolását, lehetővé teszi
nyáron a nyitott ablak melletti nyugodt alvást.

Kapható patikákban és drogériákban

Főlerakat: BALOGH DROGÉRIA Budapest
Margit-körút 1. Kívánatra mintát küld

The Lancet, július 29. T. Fraser, 40 éves praxis. W. A. Oliver, Akut hyperparathyreidismus. G. A. Scott: A sulfonamidok hatása a vérserumra. I. G. Jones: Egy choroma eset. K. E. Cooper, B. A. Peters, I. Wiseman: A kálium-tellurit reductiója diphtériában és egyéb torokmegbetegedésekben. D. E. Gands: Insulin előkezelés a görcstherápiában. G. C. Steel: A pentothal sav használata a szülészetben. F. Evans, Thrombosis pentothal Natrium befecskendezése után.

La Presse Médicale, júl. 26. L. Binet, C. Rouvillois, D. Bargeton: A nyúl mája. A partialis keringési kizárása. R. Poinso: A kiütéses encephalitis.

VEGYES HIREK

Szabadságon vannak: Budapestiek: *Benedek László dr.* júl. 4-től szept. 8-ig; *Lénárt Zoltán dr.* júl. 12-től aug. 20-ig; *Rejtő Sándor dr.* júl. 17-től aug. 20-ig. — Szegediek: *Baló József dr.* aug. 22-től szept. 26-ig; *Ditrői Gábor dr.* júl. 10-től aug. 20-ig; *Gellért Albert dr.* júl. 15-től aug. 25-ig; *Kramár Jenő dr.* júl. 5-től aug. 10-ig; *Rusznayk István dr.* júl. 10-től aug. 15-ig; *Szent-Györgyi Albert dr.* hosszabb külföldi tanulmányútjáról augusztus végén tér vissza.

Prof. Benedek László a New York University meghívására annak psychiatriai klinikáján az agyvelődagyagatokat stereoangiographiás körisméréséről július 14-én nagyszerű előadást tartott. Az előadás után *Prof. Schilder* méltatta Benedek professornak általánosan elismert érdemeit a tumor localisatio terén.

A II. Magyar Sportorvosi Kongresszus Rendezőbizottsága felkéri az összes magyar sportorvosokat, valamint mindazokat a katonai vagy polgári intézményeket, amelyek testnevelési, sportorvosi és rokonkérdésekkel foglalkoznak, hogy az októberben tartandó kongresszusukon, úgyis, mint a kongresszus tagjai, úgyis mint a kongresszus aktív szereplői részt venni szíveskedjenek. Az előző kongresszus határozata szerint a rendezendő kongresszus főtémája a „Sportív” lesz. Elsősorban tehát ezen kérdéssel foglalkozó előadások, dolgozatok, megfigyelések, hozzászólások jönnek tekintetbe, ami azonban nem zárja ki a más tárgykörből való előadást sem. Az előadás tárgyát ajánlatos a rendezőbizottsággal mielőbb közölni, hogy azok a meghívókban felsorolhatók legyenek. Előadások időtartama 20 perc lesz. — Felkért hozzászólások beszédeideje 10 perc; előre bejelentett hozzászólás 5 perc, be nem jelentett hozzászólás időtartamát az elnök határozza meg, — a szerint, mennyi idő áll rendelkezésre. — Felvilágosítást nyújt a: „Székesfevárosi Közs. Szívizsgáló és Sportorvosi Intézet”. — Budapest, VII., Dohány-u. 32. fsz. Tel.: 144—896. — Hivatalos órák: júl. és aug. minden kedd—péntek 8—11 óráig. Szept. és okt. naponta d. u. 3—6 óráig.

Kinevezések az OTI tisztviselőorvosi és kórházi orvosi létszámában. A Kormányzó Úr Öfőméltósága a belügyminiszter előterjesztésére az Országos Társadalombiztosító Intézethez a a tisztviselőorvosi és kórházi orvosi szakon *Rohrböck József dr.* kórházi osztályvezető főorvost a VI. fizetési osztályba kinevezte, továbbá *Matusik Rezső dr.*-nak az orvos-aligazgatói címet és jelleget, *Arányi Béla dr.*-nak az orvos-segédtitkári címet és jelleget adományozta. — A belügyminiszter az Országos Társadalombiztosító Intézethez a tisztviselőorvosok és kórházi orvosok létszámában *Kasza József dr.*-t a VII. fiz. osztályba intézeti orvos-titkárrá, *Kornis Ferenc dr.*-t és *Gyurócsik Emil dr.*-t a VIII. fiz. osztályba intézeti orvos-segédtitkárokká, *Kunsch Dezső dr.*-t és *Ridzyk József dr.*-t a IX. fiz. osztályba orvos-fogalmazókká, *Gyócsi János dr.*-t és *Galsik Boldizsár dr.*-t a X. fiz. osztályba intézeti orvos-segédfogalmazókká, *Domokos Andor dr.*-t, *Lakner Géza dr.*-t, *Török Tibor dr.*-t, *Bohóczyk István dr.*-t, *Blaur Egon dr.*-t, és *Hétházi István dr.*-t a X. fiz. osztályba ideiglenes minő-

ségű intézeti orvos-segédfogalmazókká, *Csatlós Pál dr.*-t, *Cserekllyei Ferenc dr.*-t, és *Szabó László dr.*-t ideiglenes minőségű intézeti orvos-gyakornokká kinevezte.

A MABI tisztviselőorvosi és kórházi orvosok egyesített létszámában a Kormányzó Úr Öfőméltósága a belügyminiszter előterjesztésére a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete személynéti létszámában a tisztviselőorvosi és kórházi orvosi szakon *Csohány János dr.* kórházi osztályvezető főorvost a VI. fiz. osztályba kinevezte, *Czifér László dr.* osztályvezető főorvosnak a VI. fiz. osztály jelleget, *Szundy Aladár dr.* kórházi adjunctusnak a kórházi osztályvezető-főorvosi címet és jelleget adományozta. — A belügyminiszter a Magánalkalmazottak Biztosító Intézethez a tisztviselőorvosok és kórházi orvosok létszámában *Kramolin Gyula dr.*-t és *Szél Jenő dr.*-t a VII. fiz. osztályba orvostitkárokká, *Peitler Gyula dr.*-t a VIII. fiz. osztályba orvossegédtitkárrá és *Stiberth Lothár dr.*-t a X. fiz. osztályba orvos-segédfogalmazóvá kinevezte.

A községi orvosi karban a belügyminiszter Kisköre községhez *Borszéli Géza dr.*-t községi orvossá, Csongrád megyei városhoz *Sáfrány Zsigmond dr.*-t városi orvossá, a balatonszabadi közegészségügyi körbe *Terényi Árpád dr.*-t körorvossá; Ókéske községhez *Kiss Ferenc dr.*-t községi orvossá; a kémesi közegészségügyi körbe *Kis Hegedüs János dr.*-t körorvossá; Bártánd községhez *Szabó Béla dr.*-t községi orvossá; Debrecen városhoz *Hollósy Andor dr.*-t és *Paulai Gyula dr.*-t városi orvosokká; Szentérményi városhoz *Máthé Jenő dr.*-t városi orvossá, a ragályi közegészségügyi körbe *Herczeg Antal dr.*-t körorvossá; Szeged városhoz *vitéz Gaál Károly dr.*-t városi doktorrá; Jászberény megyei városhoz *Bóthy Vince dr.*-t városi orvossá; *Szegő István dr.*-t a décsi, *Ákos József dr.*-t a kétyi és *Ócsag István dr.*-t az alsónána közegészségügyi körbe körorvossá; Szerencs községhez *Bohus Lajos dr.*-t községi orvossá; a feketeadóli közegészségügyi körbe *Király József dr.*-t körorvossá; Hajdúszoboszló megyei városhoz *Csomor Benő dr.*-t városi orvossá; *Bartha Ödön dr.*-t a nagydobosi, *Ésik Károly dr.*-t a hodászi és *Szabó Antal dr.*-t a gebei közegészségügyi körbe körorvossá; a lónyai közegészségügyi körbe *Kovács Béla dr.*-t körorvossá kinevezte.

Az Orvosképzés 3. száma a finn-magyar orvosok baráti kapcsolatának van szánva és 21 előkelő finn orvos, tanárok, kórházi főorvosok és docensek eredeti dolgozatait közli, ahol kell, jól sikerült ábrákkal, melyekből megismerhetjük azt az intenzív tudományos munkát, amit északi rokonaink kifejtenek. Országuk nagy kiterjedése s népességük ritka eloszlása, a nagyvárosok hiánya (talán Helsinki nevezhető annak 300.000 lakosával) természetesen inkább gyakorlati jelleget ad ennek a munkának, de felfogásuk, észleléseik és kísérleti munkaterveik ékes bizonyítói annak, hogy szakmaik legújabb problémáiban is otthon vannak. Nem sorolhatjuk fel egyenkint a szerzőket és dolgozataikat, de meg vagyunk győződve róla, hogy az „Orvosképzés” olvasói nagy érdeklődéssel fogják ezt a füzetet olvasni és nézegetni a sok érdekes, erélyt és bölcsességet sugárzó finn arcot, amikkel a szerkesztők ezt a füzetet ügyesen tarkították. — A közkezdelt finn követ, *Onni Talas*, a mi finn-magyar egyesületünk elnöke, *Darányi Gyula* és finn elnöktársa, *Marti J. Mustakallis* írtak a füzethez bevezető szavakat és a végén *Karvaly György* jellemzi a finn-magyar orvosi kapcsolatok történelmi fejlődését.

A Ronin (sulfapyridin) gonococcid és pneumococcid hatásáról már a közlemények légiója jelent meg. Egyéb coccogen megbetegedésről is szaporodnak a kedvező megfigyelések. Az alantiaiban olyan esetről van szó, amit az eddigi irodalomban még nem írtak le. Egy igen heves elülső húgycsőfolyást kezeltek, ahol a kórokozó a *micrococcus ureus* volt. (A diagnosist a közegészségügyi intézet bakteriológiai vizsgálatai állapították meg). (cultura.) A néhány napon keresztül alkalmazott Ronin adagolás itt is teljes gyógyulást eredményezett. Helyi kezelés csupán 1:4000-es hígítású $KMnO_4$ öblítésekben állott. Megemlíthető még, hogy a Roninnak tejbenn való adagolása esetén azt a betegek jobban tűrik.

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

Logal

1 tableta tartalmaz;
0,28 g. Acid. acet. sal.,
0,013 g. Chin. citr.
0,04 g. Li. citr.

Kipróbált szer,
ártalmatlan
a gyomorra és
a szívre.

Antineuralgicum Antipyreticum Antirheumaticum Analgeticum

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

Dr. Filo János

„Szent Keresztély” gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

Syntestrin, a Richter-féle szintetikus oestrogen hormon, amely az idevágó biológiai és klinikai vizsgálatok szerint a természetes tüszőhormonnal minden tekintetben egyenértékű. Chemiai összetételére nézve 4,4'-dipropionyloxy-alfa-beta-diaethylstilben, amelynek 1 mg-ja kb. 10.000 int. egység tüszőhormon aktivitásnak felel meg. Indicatiói a csökkent petefészek-működés okozta genitális és extragenitális betegségek, tehát a-, oligo-, hypmenorrhoea, dysmenorrhoea, klimaxos zavarok, továbbá ovarialis eredetű bőrbetegségek. **Syntestrin** előnyei: a természetes tüszőhormonnál fokozottabb aktivitása, továbbá a tüszőhormonnál lényegesen olcsóbb ára. **Syntestrin** ampullánként 1 mg. hatóanyagot tartalmaz s adagolásának alapelvei megegyeznek a tüszőhormonéval. 5 ampullát tartalmazó doboz ára 5.— P.

Július és augusztus hónapokban kiadóhivatalunk szombaton és hétfőn hivatalos órát nem tart.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik július 25—31 között. Két hónap óta most elsőkben érkeztek újra felsiklási frontok. A csakis felsiklés iránt sensitív egyének hosszú nyugalmi időszak után jul. 25. és 26-án újból praefrontális panaszokat mutathattak. Betörési frontok a hét első felében nagy számban és erős fejlettségben léptek fel. A hét utolsó három napja azonban ritkaságszámbamenően nyugodt, frontmentes időszaknak bizonyult. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

A vonulás ideje Budapestben	A front fajtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei		
				hó	nap	óra
JULIUS	25	4	Betörési	Mérsék.	Egy szellőkés. Távoli zivatar.
	25	8	..	Erős	Hirtelen szélvihar 16 mmp, vége délben.
	25	15	Felsikl.	Mérsék.	Kevés praefrontális eső
	25	16	Betörési	Erős	Szélv. 21 mmp, kis zápor, lehül. 10 C-ig.
	26	4	..	Mérsék.	Új szélrohamok 13 mmp, légnyomásugrás.
	26	14	Felsikl.	Erős	14 mm praefrontális eső 8 ó-tól.
	26	15	Betörést	..	Postfront. szélvihar, max. seb. 23 mmp
	27	6	..	Mérsék.	Új szélrohamok 22 mmp, légnyomásugrás.
	27	20	..	..	Szellőkésék 22 mmp, Congestus-felhők.
	28	8	..	..	Új szélvihar 22 mmp, kis záporosó.
	29	1	..	Gyerge	Új szélélenkülés 10 mmp.
29	6	..	..	..

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorológiai Intézet önrör műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

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

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

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

Aujeszky dr.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár (Ujpest) *Surparil*-ről szóló ismertetését mellékeljük.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CAPHOSEIN

a tej fehérjéit, (caseint lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazó, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítmény,

a dyspepsiák kiváló gyógyszere

Javalva továbbá: exsudatív és neuropathiás csecsemők súlygyarapodásának megindítására.

Adagolás 1 kávéskanál (5gr.) Caphoseint fél deci teában felfőzünk, saccharinnal édesítjük és ebből minden szopás vagy etetés előtt 2.-3 kávéskanálnyit illetve szükség esetén többet fogyasztatunk

Szabadon rendelhető az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari KFT. Budapest, V., Nádor-utca 15. sz.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK 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:

Ruzicska Gyula: Adatok az *Enterobius (oxyuris) vermicularis* féregnyulványbeli gyakoriságához. (777—781. oldal.)
Gidró László: A Goetze-féle *sacralis rectum-amputatio*. (781—783. oldal.)
Tasonyi Tihamér és Horváth István: A Szent Gellért gyógyfürdő kolopi iszapjának ingerhatása. (784—786. oldal.)
Szolcsányi János: Röntgen-kezeléssel gyógyult arcüreg-rák. (787—788. oldal.)
Bakács György: Csípőizomzatban keletkezett csontléc. (788—790. oldal.)

Kollarits Jenő: A Kékestető levegőjének szárazsága. (790—791. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (129—132. oldal.)
Irodalmi szemle. — Könyvismertetés. (791—795. oldal.)
A Magyar Élettani Társaság június 8—11.-i ülése. (795—797. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (797—799.)
Lapszemle. — Vegyes hírek. (799—800. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Tisza István Tudományegyetem női klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc egy. ny. r. tanár.)

Adatok az *Enterobius (oxyuris) vermicularis* féregnyulványbeli gyakoriságához.

Irta: Ruzicska Gyula dr., tanársegéd.

Nőgyógyászati műtétek miatt végzett hasmegnyitás alkalmával gyakran távolítja el a nőgyógyász — az ép vagy csak épnek látszó féregnyulványt is. Több érv szól ez eljárás jogosságáért. Általában nőknél gyakoribb az appendicitis és nagyobb annak jelentősége is, terhesség alatt pedig különösen. A periappendicularis folyamatok ugyanis gyakran terjednek rá a nemi szervekre és összenövésekkel egészségi zavarokat, diagnostikus tévedéseket, stb. okozhatnak. — A lenőtt, szögletbe tört, vagy elhelyezkedésükben kóros féregnyulványok telődése is igen gyakran kóros; ezek görcsös colicát okozhatnak; továbbá a teljesen ép külsejű féregnyulványok kórszövettanilag sokszor térnek el az ép élettanitól s végül az épnek látszó appendixek is gyakran részben eldugultak. Mindezt nem tekintve is azonban, ha a beteg állapota a műtét gyors befejezését nem kívánja, a pár perces kiegészítő beavatkozással a beteget megkíméljük egy esetleges későbbi műtétől. Ismeretes, hogy az appendectomiák jelentékeny százalékában ép appendixet távolítanak el; csak műtét közben derül ki, hogy colika vagy jobboldali méhfüggelék-lobosodás vese-, ureter-, epe-görcs, stb. okozta a diagnostikus tévedést. E tévedések miatt ma már igen nagy a százalékos kockázata annak, hogy valakin — különösen vidéki környezetben — esetleg fölöslegesen is appendectomiát végezzenek. — E kockázattal mindenképpen indokolt betegeinket megkímélni, ha külön áldozat nélkül lehetséges.

Mindezek mellett a nőgyógyászati műtétekben eltávolított féregnyulványok különleges észleletekre szolgáltatnak vizsgálati anyagot, mert alkalmas adnak részben az ép szerv tanulmányozására, részben a még heveny tüneteket ki sem váltó finomabb kórokok szemléletére.

Klinikánk 2 évi műtéti anyagából az eltávolított féregnyulványokat kórszövettanilag gondosan feldolgoztuk. Az így megfigyelésünk alá került anyag lényegesen különbözik a sebészeti klinikák hasonló anyagától és nem hasonlítható a boncoláskor nyert anyaghoz sem. Különös figyelemmel kísértük a féregnyulványban gyakran előforduló *enterobius (oxyuris) vermicularis* gyakoriságát, viselkedését s a férgeket tartalmazó appendix állapotát.

A sebészeti, parasitológiai, de a nőgyógyászati irodalomban is igen sok közlést találunk az *enterobius vermicularis* szerepéről. A régebbi közlések sok tekintetben túlhaladott álláspontot képviselnek. Ezért csak a legújabb közleményekkel foglalkozunk s ezek hazai eredményeit a féreg elterjedését illetőleg röviden ismertetjük.

Magyarországon —, sőt éppen, mivel az összehasonlítás végett igen fontos — Debrecenben és környékén Neuber végzett az I. osztályú elemi iskolás tanulók átvizsgálásával egészségügyi szempontból uttörő jelentőségű munkát (O. H. 1933.). Az 1930—31-ben végzett gyermek-egészségügyi vizsgálatok adatai a bélféregvizsgálatok a Bókay-klinikán mutatják, hogy a gyermekek 43.5 %-ban (a széklet vizsgálat alapján) bélféreggel fertőzöttek voltak. 1931—32-ben azonban már csak 23.5 %-ban talált ugyancsak a gyermekklinika bélférgeket a gyermek-vizsgálatok során. Neuber hangsúlyozza, hogy ez a különbség a megindult ellenintézkedések eredménye. A hatóságok és magánorvosok figyelmét felhívták erre a betegségre, amelynek Debrecenben ilyen nagymértékű elterjedéséről e vizsgálatok előtt senki sem tudott. 1537 gyermek közül 361 volt bélféreggel fertőzve (23.5%), ezek közül 313-ban csak egyféle féreg fordult elő (a többi többféle féreggel is volt fertőzve). Megoszlásuk: *oxyuris vermicularis* 89 (28.5%), *trichocephalus dispar* 184 (58.7%), *hymenolepis nana* 22, *anchylostomum duodenale* 2, *ascaris lumbricoides* 16. Ez tehát az egész vizsgált anyagra számítva (1537 gyermek) az *oxyuris vermicularis* való fertőzöttséget a gyermekkorban 5.1 %-ban állapítja meg. (A fertőzöttség feltétlenül sokkal nagyobb, az alacsony arányszám oka a vizsgálati módszerben kereshető.)

Ugyancsak ez a munka mutat rá — a munka végső céljára is gondolva — a védekezés útjaira. Megállapítja, hogy a piszkos árnyékszékű környezetben még a kétszeresnél is több a bélféreggel fertőzött tanulók száma. Úgy látszik tehát, hogy ennek tényleg szerepe van a bélféreg fertőzés terjesztésében. Talán ez a körülmény magyarázza, hogy főleg a kültelki és tanyai iskolákban 50—60% a fertőzés arányszáma, ezzel szemben más iskolákban, főleg a belterületeken, a tanulók csaknem féregtelenek. Természetesen ez adatok az összes talált bélférgekre vonatkoznak.

Makara, Ziegler, Varga (orvosi nagyhét jegyzőkönyve 1937. Magy. Hygienikusok Társasága, üléstudósítás) Valkó községben végeztek 512 iskolás gyermek parasitológiai és ezzel párhuzamosan helyszíni vizsgálatot. Az iskolás gyermekek 62%-a férgekkel, 73%-a protozoonokkal fertőzött. A férgek között szerepel *Trichuris trichuria* 57%, *ascaris lumbricoides* 9%, *enterobius vermicularis* 8%, *hymenoleptis nana* 4%, stb. A fertőzések okát, illetve gyakoriságát a rossz egészségügyi viszonyokban keresik.

Az *enterobius vermicularis* magyarországi elterjedésére a következő adatok állanak még rendelkezésünkre: Lőrinc (Parasitologia M. O. K. T. kiadásban Bp. 1936.) szerint az *enterobius vermicularis* fertőzöttség különösen gyermekek között igen gyakori. 15 évesnél fiatalabb szegénysorsú gyermekek között spontán ürített széklet vizsgálata alapján 5.7%, a körömalatti kaparék-ból 13.3% és végül az *anorectalis területéről* vett vizsgálati anyag alapján 44.3%-os fertőzöttséget találtak. A lányok gyakrabban fertőzöttek, mint a fiúk. Felnőttek között székletvizsgálat alapján 2%-os fertőzöttséget találtak. Bodrogi (O. H. 1933. 26. sz.) 581 iskolás gyermeket vizsgált át Derecske, Esztár, Báránd, Kismarja községekben 257-et (44.3 %-ot) talált oxyurissal fertőzve. Ismételt vizsgálat (tomba üvegsóval a végbélből nyert anyag) még több fertőzött esetet talált, összesen 52%-ot. Itt a fiúk fertőzöttsége volt nagyobb.

A féreg szerepe az appendicitis kórtanában még ma sem tisztázott. Nem helyes az az állítás, hogy e férgeknek nincs kóroki szerepük. Ujabbán számos közlés tulajdonít az oxyurisnak az appendicitis előidézésében szerepet. Hogy ez a kórokozó szerep nem közvetlen, az kétségtelen. A féregnek a bélnyálkahártyába való belekapaszkodása, talán a kiválasztott testidegen fehérjeanyagok, a visszamaradó mikroszkopos sérülések, a féreg ingere folytán létrejövő fájdalmas contractiók — amit különösen a gyermekkorban való gyakoriságára tekintettel egyes szerzők igyekeztek külön névvel „appendicopathia oxyurica” elnevezéssel jelölni — mind olyan tények, amik a kórokozó szerepre mutatnak rá. Igen fontos tényezők a féreg kóroki hatásában, hogy jelenléte gyakran jár együtt bélsárkő-képződéssel. Valószínű a bél saját sympatikus plexusán keresztül kiváltott contractiók majd görcsök a pangás előidézésével elősegítik a concrementum kialakulását és ezen keresztül a concrementum izgató hatásával a gyulladás kifejlődését. Számosan találtak oxyurisokat az appendix falába, a submucosába, a nyiroktüszőkbe fűrődva.

Az *enterobius vermicularis*nak féregnyulványbeli előfordulásával nálunk újabban Szombati, Demjanovich és legujabban Füsthy foglalkozott (O. II. 1928. 45. sz.). Szombati 740 gyermek eltávolított féregnyulványa közül 217-ben, azaz 29.32%-ban talált *enterobius vermicularis*-t. Az oxyurissal fertőzött esetek közül kiemel 51 olyant, ahol a kiirtást jellegzetes appendicitises roham indokolta. Ezeknél a kiirtott féregnyulvány a féreg jelenlétén kívül semmi kórosat sem mutatott. Ezeket

„appendicitis oxyurica”-nak nevezi. Közleményében azonban nem foglalkozik közelebbről a féregnyulványok kórszöveti leírásával. Demjanovich a Bp. egyetem I. sz. seb. klinikáján kiirtott 5541 féregnyulvány közül 753-ban (13.6%) találta az *enterobius vermicularis*-t és ezen az alapon az appendicitis előidézésében határozott kórokozónak tartja (idézet Tüsthly fenti közleményéből).

Füsthy 300 kioperált féregnyulványban 65 esetben (22%) és 500 post mortem vizsgált féregnyulványban 31 esetben (6%) talált *enterobius vermicularis*-t. A műtéti anyag csaknem 4-szer olyan gyakran volt fertőzve *enterobiussal*, mint a sectiós. E jelenség okát úgy magyarázza, hogy a férgek a halál után igyekeznek kijutni a féregnyulványból. Megerősíti ezt a nézetet, hogy az *enterobius* rendes tartózkodási helye a vakbél, illetve a vékonybél alsó részei, nem pedig a féregnyulvány. Ha ezt is figyelembe vette a post mortem anyag vizsgálatkor, 19%-os fertőzöttséget kapott, ami közelebb áll, de még mindig nem éri el a műtéti anyagban talált számot. Különösen értékes Füsthy közlésében annak a megállapítása, hogy 10 éves korig lényegesen nagyobb az oxyuris előfordulása az appendixben, de még 20 éves korig is nagyobb, mint 20-tól 50 évig. Tehát a műtéti anyagban való előfordulást eszerint kell értékelni. Azonban az appendicitis kóroktanában az oxyuris szerepét elhanyagolhatónak tekintik. Az *enterobius vermicularis* előfordul a földkerekség minden részén és egyetlen gazdája az ember. Előfordulásának aránya azonban vidékenként változik. Sokan megerősítik azt a nézetet, hogy egyes vidékeken (pl. Mexico, Algir, Kina) elterjedtebb, azonban az appendicitis gyakorisága ott mégis kisebb. Nem lehet a pathogenitas kérdésénél figyelmen kívül hagyni népek, fajok életkörülményeinek különbözőségét. Talán a táplálkozás minősége és mennyisége is befolyásolja a féreg függőségi viszonyát a gazda-ember vér és szövetnedveivel szemben. A rossz tápláltság fokozhatja a féreg agresszivitását, így magyarázhatók a hazai és külföldi igen eltérő arányszámok. Az anyag lényegbevágó különbözősége miatt ezt nem is lehet összehasonlítással felhasználni (városi-vidéki lakosság, fiatal, vagy idősebb beteg anyag, stb.). Így érthetőek a nagy különbségek, melyek szerint az appendixben talált oxyuris *vermicularis*ok aránya különböző közlések szerint 20-tól 82%-ig is terjed.

Az *enterobius vermicularis* kórokozó szerepe a nőorvos szempontjából is jelentős. A féreg gyermek-lányoknál u. i. igen gyakran tart fenn vulvovaginalis folyást, viszketést, ami hevességével utánozhatja a kankós fertőzés tüneteit. A végbélből az oxyurisok feljuthatnak a hüvelybe, az uteruson át a kürtökbe, innen a hasüregbe, ahol azonban eltokolódnak és elmeszesednek. E. Froriep (Zbl. f. Gyn. 1938. 17.) véletlen leletként ventrofixatio miatt megnyitott hasüreg Douglas peritoneumán mogoronyi szürkés-vörös tumort talált, ami betokolt granulatiós szövetbe burkolt oxyuris nősténynek felelt meg. Megtalálták méhkaparék anyagában, pyosalpinxban, petefészek tályogban, amely esetek kapcsán szintén felmerült a kórokozó szerep lehetősége. Férfiak hasüregében sohasem találták.

A debreceni női klinika két évi (1937—38) beteganyagán összesen 740 hasmetszéssel kapcsolatban 220 féregnyulványt távolítottunk el, ami az appendectomia 29.7%-os műtéti gyakoriságának felel meg. Vizsgálatainkban egyrészt arról akartunk biztos képet alkotni, hogy az épnek vélt appendixek általában milyen kóros elváltozást mutatnak histopathológiai szempontból s így mennyiben indokolt és jogos a féregnyulvány eltávolí-

tás mint társműtét. Másrészt a bizonyos mértékig épnek tekinthető féregnyúlványokban milyen gyakorisággal találhatók enterobius vermicularisok és lehet-e ezeknek kóroki szerepük a féregnyúlvány lobosodásban.

Vizsgáló módszerül főleg a szövettani feldolgozás választottuk. A féregnyúlványt az eltávolítás után lehetőleg gyorsan fixáltuk, majd 5—6 mm-es vastag szeletekre vágva paraffinba ágyasztuk. Így egy metszéslapon szemléltük a feldolgozott féregnyúlvány 6—8 különböző részletének keresztmetszetét. Bár a féregnyúlvány frissen való hosszanti felnyitása s az esetleg jelenlévő férgek közvetlen szemlélése gyorsabb és egyszerűbb, mégis a szövettani módszert választottuk. Így ugyanis helyben szemléltethetjük a férgeket és a nyálkahártyához való viszonyukat, továbbá a nyálkahártya elváltozását a férgekkel kapcsolatban így biztosabban megítélhetjük. A szövettanilag feldolgozott 220 féregnyúlványban 58 esetben (26.3%) találtunk enterobius vermicularisokat. Ez az arány nagyobb, mint amennyit Demjanovich az I. sz. seb. klinika anyagában talált (13.6%) és csaknem eléri a gyermekgyógyászati anyagban Szombati által talált előfordulás gyakoriságát (29.32%) Ez alapon jogosan feltételezhetjük, hogy Debrecenben és vidékén a fonalférgek, nevezetesen az oxyuris elterjedése igen nagyfokú.

Vizsgálatainkat kiterjesztettük a féregnyúlványok kórszövettani tanulmányozására is, hogy a férgeknek az appendicitis kóroktanában való szerepére következtetéseket vonhassunk. A 162, féreggel nem fertőzött appendix között 38% (62) histológiai értelemben teljesen ép volt. *Míg a féreggel fertőzött appendixek csak 32.9%-ban (19) voltak szövettani értelemben teljesen épek.* A féregnyúlvány nyálkahártya izgmát, a szerv saját nyirokrendszerének fokozott működését, enyhébb csak kórszövettani értelemben (subacut vagy chronicus) gyulladást lényegesen nagyobb gyakorisággal találtunk a fonalférgeket tartalmazó appendixben. Azokban a féregnyúlványokban, ahol a megelőző gyulladási folyamatok maradandó elváltozásokat okoztak (submucosa hegedések, az ürtér szűkülete, részleges elzáródása, stb.) a férgek jelenléte ritkábban volt kimutatható. *Tehát a féreg jelenléte a lappangó idült lobosodások létrejöttét elősegíti, de a már következményes idült lobosodások (a zsugorodó appendix) jelenlétének nem kedvező.*

A féregnyúlványok jellegzetes szöveti jelenségeinek összehasonlítása.

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Az appendixek száma									
A nyirokrendszer túllengése a féregnyúlványban	36	36	28	6	6	10	4	8	3
Sok plasmasejt a nyálkahártyában	72 ^o / _o	72 ^o / _o	56 ^o / _o	12 ^o / _o	12 ^o / _o	20 ^o / _o	8 ^o / _o	16 ^o / _o	6 ^o / _o
Sok eosinophil granulatiójú leukocyta a nyálkahártyában	56 ^o / _o	56 ^o / _o	30 ^o / _o	8 ^o / _o	6 ^o / _o	16 ^o / _o	10 ^o / _o	26 ^o / _o	4 ^o / _o
Leukocyta-csoportok az appendix ürtérben, hámrétegen át lépő leukocytlak	12 ^o / _o	12 ^o / _o	8 ^o / _o	8 ^o / _o	6 ^o / _o	16 ^o / _o	10 ^o / _o	26 ^o / _o	4 ^o / _o
Concrementum-képződés: bértartalom, nyák kistömögű	6	6	6	6	6	10	4	8	3
Concrementum-képződés: lömöt, egy-nemű, meszes, nagy concrementum	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Submucosa hegesedése	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Erősebb ürtérszűkület, kis proximalis obliteratio	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Teljes obliteratio (nyálkahártya hiányzik)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Periappendicitis chronica	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50 oxyurist tart. append.	72 ^o / _o	72 ^o / _o	56 ^o / _o	12 ^o / _o	12 ^o / _o	20 ^o / _o	8 ^o / _o	16 ^o / _o	6 ^o / _o
100 ox. nem tart. ap.	54 ^o / _o	46 ^o / _o	30 ^o / _o	8 ^o / _o	6 ^o / _o	16 ^o / _o	10 ^o / _o	26 ^o / _o	4 ^o / _o

Hogy ezt az egész vizsgálati anyagunkon talált megfigyelésünket még szemléltethetőbbé tegyük, 100

férgeket nem tartalmazó appendix és 50 fonalférgeket tartalmazó appendix kórszövettanilag jellemezhető adatait összehasonlítottuk és az alanti táblázatban %-os arányban összehasonlításra alkalmas formában összefoglaltuk.

A féregnyúlványok jellegzetes szöveti jelenségeinek párhuzamos összehasonlításából kitűnik, hogy a nyirokapparatus (amely működési állapotával legjobban lerögzíti az appendix pillanatnyi védekezési készségét), a férgeket tartalmazó appendixekben jelentékenyen fejlettebb volt. A nyirokrendszer ezekben az átlagnál nagyobb nyiroksejt képződésre utaló képet mutatott (erős nyiroksejtinvasiót a bél ürtere felé, a csiracentrumok fokozott működését, stb.) (lásd táblázat I. oszlop). *A szöveti helyi eosinophilia, amit egyesek jellemzőnek tartanak a féreg jelenlétére, anyagunkban is összefüggést mutat a féreg jelenlétével* (I. táblázat III. oszlop). (Bár az sem valószínűtlen, hogy a férgeket nem tartalmazó féregnyúlványoknál talált 30%-os szöveti eosinophilia a vakbél, a vastagbél, stb. féreggel való fertőzöttségére utal és csak éppen véletlenül e féregnyúlványokban nem tartózkodott egyetlen oxyuris sem a kiirtás idejében). A plasma sejtek kisebb számú előfordulása a nyálkahártya reticulumban általában nem kóros jelenség, ezzel szemben a reticulum hézagainak plasmasejtekkel történt nagyobb tömegben való előzönlése feltétlen a szerv védekezési állapotát jelenti egy lassú, nem heves támadás (pl. toxinhatás) legyőzésére. *Igy érthető, hogy a féregtartalmú appendixek 72%-ában a muscularis mucosae belüli nyálkahártya réteg stromája nagyfokú plasmasejtes előzönlést mutat* (lásd táblázat II. oszlop). (Más természetű ingereket, így concrementumok, idegen, mérgező fehérjetermékek, baktériumtoxinok hatására természetesen szintén igen élénk plasmasejtes beszűrődés a visszahatás). Ha az appendixet ért támadás hevessége áttöri a nyiroksejtes védekezést, bekapcsolódik a leukocyta védekezés. Ebben az egyensúlyi harcban beálló pillanatnyi helyzetek természetesen nem körvonalaznak feltétlen kóros állapotot. *Az megállapítható, hogy a féreggel fertőzött bél ürterében gyakrabban találunk csoportokban leukocyta és a bélhámsejtek közt nagyobb számban lépnek át leukocyta, mint a férgeket nem tartalmazó appendixekben* (I. táblázat IV. oszlopát). *Nagyobb a concrementumképződésre való hajlam* (I. táblázat V. oszlop). Megfigyelésünk megerősíti más szerzők azon állítását, hogy *a férgek jelenléte elősegíti a concrementumképződést.* Valószínűleg, mint arra már utaltunk, a concrementumképződésre vezető ok a görcsös összehúzódásban kereshetők, amit a férgeknek a szájszerveikkel a nyálkahártyában való megkapaszkodása vált ki. Gyakori lelet, hogy distalisan ülő nagy tömött réteges szerkezetű concrementum fölött a proximalis részen közel a beszajdázáshoz nagy tömeg oxyuris található. A köképződés gyakran vezet az ürtér teljes eltömeszelődésére, az elzáródás veszélyeihez, a baktériumok virulencia fokozódásához, stb. s így közvetve heveny féregnyúlvány gyulladáshoz. De a féreg a nyirokrendszer állandó izgatása által is fogékonyabbá teszi a féregnyúlványt a más irányból jövő (pl. baktérium) fertőzéssel, vagy ártalmakkal szemben. *Ilyen értelemben az oxyuris vermicularis közvetett kóroki tényező az appendicitis keletkezésében.*

A súlyosabb, de idült elváltozást mutató féregnyúlványokban ritkábban fordul elő oxyuris. A többszörös heves nyirokmobilisatiót, a nyiroksejtes, plasmasejtes, esetleg genyesejtes beszűrődéseket kötőszövettermelés kíséri nyomon, ami gyakran a submucosa hegesedésére vezet. — Ha a folyamat nagyobb kiterjedésű

volt, az ürtér nagyfokú szűkülete, ha a nyálkahártya pusztulása is bekövetkezett, a részleges, vagy teljes obliteratio jön létre. Természetesen ezek a csökkent functiójú — de elsősorban jelentékenyen megszükkült — féregnyúlványok nem kedveznek a bekerült oxyuris megtelepedésének és ezért ezekben kétségtelenül ritkábban találjuk (I. táblázat VII. és VIII. oszlopát). Ez azonban nem jelenti, hogy az oxyuriasis tartós idült ártalmával nem segíti elő az appendix „előregedését”. Eközben pedig számos lehetőség van a heveny megbetegedés kilobbanására. Általában ismert, hogy heveny féregnyúlványlobosodáskor ritkábban található oxyuris a bél ürtérében (Füsthy kilinikailag idült gyulladás eseteiben 26%, heveny esetekben pedig 14%-ban talált oxyurist. Bár nem mindegyik vizsgáló erősíti meg ezt a különbséget. Így Välnö Väisänen (Duodecim 1938. 2) sebészeti anyagon 133 acut appendicitis esetben 12.1%-ban, 41 idült appendicitis-esetben 12%-ban és 26 ép féregnyúlvány esetén 3.8%-ban talált fonálférget a féregnyúlványban.) Valószínű, hogy a heveny lobosodással járó nagy vérbőség, a nyálkahártya erős duzzadása, a nagyfokú vándorsejt mobilisatio a környezet megváltozása folytán nem kedvez az ott tartózkodó férgeknek, éppúgy, mint a sorvadtt, hegesedett, szűkkült appendixek sem megfelelőek a féreg tartózkodására.

4%-ban (az egész anyagon 10 esetben) találtuk az appendix teljes eldugulását, a nyálkahártya és ürtér teljes hiányával. Az ilyen hegszövetes köteggé átalakult appendix bizonyára sok kellemetlen vakbélrohamot okozott s csak a véletlenül mult, hogy nem került eltávolítására sor. A periappendicitéses lenövések, kötőszövetes szalagok jelenléte csaknem egyenlő arányban fordult elő a féreggel fertőzött és nem fertőzött féregnyúlványokon (I. IX. oszlop) s kb. $\frac{2}{3}$ részben összefüggésbe hozható és részjelensége a nemzőszeri lobos elváltozásnak.

A súlyosan elváltozott féregnyúlványok közt egy esetben az appendixnyálkahártya gümösödése, 1 esetben kis körülírt csúscarcinosiszt találtunk (ezenkívül 1 esetben egy periappendicularis régi nagyobb méretű tályog került még észlelés alá).



1. ábra. Az appendix eltávolítása (a szöveti halál beállta) után az igen szívós s napokig életben lévő oxyuris vermicularisok a puhább nyirokszövetbe, rendszerint a nyirokfoliculusokba fúródnak. (Vitalis reactio teljes hiánya.)

Az oxyurisok elhelyezkedését illetőleg 6 esetben a sok (8—10) férget tartalmazó féregnyúlványban a submucosa nyirokszövetbe fúródva találtuk a férgek egy részét. E jelenséget többen észlelték és egyesek kóros jelentőséget tulajdonítanak neki. Véleményünk szerint (I. 1. ábra) a puha nyirokszövetbe és a nyirok follicu-

lisokba fúródott oxyurisok csak az appendix eltávolítása után jutottak be. Ezt az appendix szövetei részéről teljesen hiányzó vitalis reactio is bizonyítja. Érdekesebben mutat rá e megfigyelés arra, hogy az élő szövet reactioja és ellenállása teljesen más, mint a nem élőé. Az élő szövetek közé megfigyelésünk szerint nem képes befurakodni az oxyuris, illetve az a környezet nem felel meg életkörülményeinek. Ehhez a kérdéshez kell csatolnunk azt, hogy a féreg epidermise igen finom résszerűszerrel bír, ami a felszíni anyagcsere szolgálatában áll és valószínűleg a béltartalom milieuje szükséges az oxygen anyagcsere lebonyolítására. A vastagbélben sem jut elegendő oxygenhez a féreg, hogy az ébrények kifejlődhessenek s ezért vándorol ki a végbélnyílás tájékára.

Az oxyuris vermicularisok általában csoportokban fordulnak elő a féregnyúlványban. Legtöbbször 2—3—4, 12 esetben pedig nagyobb tömegben 8—10-es csoportokban találtuk. A legtöbb a jól kifejlett terhes nőstény, telve petékkel. Szabad petét a bél ürtérében nem találtunk. Gyakori ezenkívül a kisebb számban előforduló hímekek mellett egészen fiatal egyedek előfordulása is. A szabad peték hiánya is arra utal, hogy a féregnyúlvány csak átmeneti helyül szolgál, a terhes oxyurisok gyakorisága pedig azt utatja, hogy aránylag nyugodt hely ez a teljes kifejlődés idejének eléréséig. E megállapítás egy újabb, gyakorlatilag fontos szempontra hívja fel a figyelmet. Ha az appendix valóban csupán védett öböl a terhes nőstények számára, hogy azok a viharosabb béllumenből a peteérlelés idejére ott kényelmes menedéket találjanak, úgy a féregnyúlvány eltávolításával ezen menedéket kiirtva a szervezet féregtelenítéséhez is kedvezőbb feltételeket teremtünk.

Az enterobius vermicularis jelentősége a fent vázoltakon kívül a szervezetre gyakorolt általános hatáskörében is fontos. A gyermek- és serdülőkor számos panasza alapos utánvizsgálás után összefüggésbe hozható a bélférgek jelenlétével; az erre utaló tüneteket mint étvágytalanság, kedvtelenség, álmatlanság, csökkent munkabírást, stb., eddig általában az idegesség és vérszegénység neve alatt gyakran intézték el, holott az oki eredet a féreggel való fertőzöttségben keresendő.

Nőgyógyászati szempontból a féregfertőzöttség jelentőségét már vázoltuk. Gyermeklányokon egészen heveny vulvovaginitis kórképe mellett a vulva területéről vett váladékban többször találtunk féregpetéket. A gyakran érthetetlenül jelentkező és gyorsan elmúló appendicularis colikák is főleg a fiatalkorban a féregártalom lehetőségére utalnak. Schütz megfigyelte, hogy strophulusos (urticariara hajlamos) egyének belében oxyurisok gyakran lelhetők fel. Schröpl szerint pedig a strophulusos betegeknek oxyuris kivonattal végzett bőrreakciói pozitívek s az elhajtás után a bőrjelenségek meggyógyulnak.

A szervezet a bélférgekkel szemben, mint minden a szervezetet érő ártalommal szemben védekezik. A belekben élő férgek anyagcserefermékeivel szemben ellenanyagokat termel. A termelt ellenanyagok bizonyos mértékig specifikusak. Ez a kórismezés szempontjából is nagy jelentőségű lehet; a bőr allergiás reakciói, praecipitációs és komplement kötésű reakciók számos állati parazitával szemben már kidolgozott értékes fegyvert jelentenek. (Pl. echinococcus, trichina, ascaris). Gröbel eldörzsölt oxyurisok konyhasós oldatával az oxyuriasisban szenvedők bőrén az oltás helyén 5 perc múlva vizkető urticariás plaqueet idézett elő. (Citatum Vámos L. cikkéből, O. H. 1938. 43. sz.) A diagnostikai eredmények azonban a bélparazitákra vonatkozólag elég bizonytalanok, gyakori a csoportreakció lehetősége. Az bizonyos, hogy a paraziták hatása még a bélben is nem csupán

helybeli, hanem általános és a reakcióban az egész szervezet részt vesz.

A féreg anyagcsere-termékeinek a szervezetre gyakorolt káros hatását és a védekezést a helyi eosinophilia (eosinophil leukocytás beszűrődés) és esetleg a keringő vér eosinophiliája is bizonyítja. Tudvalevő, hogy az eosinophil sejtek jelentősége — bár szerepük nem teljesen tisztázott — elsősorban a szervezetre nézve idegen fehérjeanyagok bomlástermékeinek ártalmatlanná tételében és lebontásában van. Mindezek a megfigyelések a féreg megbetegedésének allergiás componensének jelentőségét hangsúlyozzák. Megfigyelésünk szerint összefüggés található az appendix eosinophil sejtjes beszűrődése és a féregfertőzöttség között. (56% és 30%-os előfordulás, I. tábl. III. oszlopát). Sőt szöveti eosinophilia féreg jelenléte nélkül utóbbi esetben is gyakran a közeli vastagbélrészek fertőzöttségére utal. Az eosinophil leukocyták előfordulása valószínűleg a friss féregfertőzöttségben kifejezettebb, ezért mutatnak különbséget a féregtartalmú appendixek a nyálkahártya eosinophil-sejtjes beszűrődöttsége szempontjából.

A bélférges betegség esetében az egész szervezetért ártalom jelentőségét hangsúlyozza *Rainer-Oehlke* (Monatschrift f. Geb. 108 B. 1938. H. 3.) egy megfigyelése. *Taenia saginata*t talált VII. hónapos terhesség mellett csillapíthatatlan terhességi hányással, amely miatt a terhességet is meg kellett szakítani. A súlyos toxicus állapot a fenyegető májcoma és hypochron perniciosaszerű anaemia a féregbetegséggel függött össze. *Kehrer* (Lehrb. Halban-Seitz B. 6/2) észlelt még taeniák és ascarisok okozta tüneti hyperemesist.

Összefoglalva a mondottakat, anyagunkban a női ivarszervi műtétekkel kapcsolatban társműtétként eltávolított 220, részben teljesen ép külsejű féregnyúlvány kórszöveti feldolgozásakor tehát kitűnt, hogy csak 32—38% volt kóros szöveti elváltozásoktól mentes.

A féreg előfordulása anyagunkban csaknem eléri *Szombathy* kizárólag gyermekanyagban talált arányszámát (29.32%), a sebészeti anyagban talált oxyuris előfordulást pedig jóval meghaladja. Ezen az alapon azt a következtetést vonjuk le, hogy az oxyuris vermicularis elterjedtsége Debrecenben és környékén igen nagyfokú; etekintetben különböző vidékek, városok anyaga nagy eltérést mutathat. Betegeink életkora 20—50 év közötti s így a felnőtt korból származó anyagunkban a bélféreg előfordulása közel áll más szerzőknek a gyermekkorban talált arányszámához.

Az oxyuris vermicularisnak az appendicitis kórköri tanában jelentőséget tulajdonítunk, a hatás azonban közvetett. A létrehozott nagyobb nyirokmobilizáció, a nagyfokú plasmasejtjes előzónlás a nyálkahártyában, a concretum képződésre, görcsre való hajlam, mind idült féregnyúlványlob kifejlődését segítik elő. Az ilyen féregnyúlvány pedig csökkentértékű, mobilitásában gátolt és könnyebben jut heveny lobosodás állapotába. Feltétlenül sok az alhas jobb oldalában jelzett heves colicás jellegű fájdalom, oka a féreg által kiváltott görcsös féregnyúlvány-összehúzódás, ami dianocticus tévedést is okozhat. A védekezésnek általában nagy jelentősége van a bélférgek elterjedésével szemben. Elsősorban falusi és socialis viszonyaiban leromlott lakosságot érinti e kérdés. A megelőzés ismert eszköze mellett (jobb lakás és hygiénikus viszonyok teremtése, külön ág és ágynemű használata stb.) jelentőséget tulajdonítunk annak is, hogy minden hasüri műtéttel kapcsolatban — ha valamely fontosabb ok nem tiltja — távolítsuk el az oxyurisoknak valószínűleg szaporodási menedékül szolgáló appendixet is.

A székesfővárosi Horthy Miklós közkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Milkó Vilmos c. rk. tanár.)

A Goetze-féle sacralis rectum-amputatio.

Irta: *Gidró László dr.*, adjunctus.

A Schmieden—Westhues-féle elv alapján —, mely a végbélrákok műtéti kezelésében az art. haemorrhoidalis superior lekötésével és a mesosigma egyidejű átvágásával először is az elvezető nyirokutakat szakítja meg és azután felülről lefelé (centrifugálisan) haladva az egész rákos szervet, mint egységet távolítja el, — Goetze eljárást dolgozott ki, hogy a fenti eleveknek eddig egyedül megfelelő abdominosacralis műtétet ugyanolyan radicalis, de technikailag könnyebb sacralis műtéttel helyettesítése. Törekvése főleg arra irányult, hogy az abdominosacralis eljárás magas halálozását (20%) csökkentse, viszont a sacralis műtét radicalitását növelje, illetve az abdominosacraliséval egy szintre emelje.

Az összefüggésben eltávolított és Goetze által „*Extirpationsobjekt*”-nek nevezett képletnek a rectum-sigma kb. 30—35 cm-nyi részletét, a mesorectumot és mesosigmát, továbbá az egész retrorectalis zsír- és kötőszövetet tartalmaznia kell, hogy az eljárás a radicalitás elvének teljesen megfeleljen. Ugyanis *Schmieden* és *Westhues* vizsgálatai alapján ezek a szervek és szövetek azok, melyek helyi és áttételes recidiva szempontjából szerepet játszanak. *Westhues* a daganat alatt (aboralisan) a bélfalat, a környező szöveteket és a nyirokutakat mindig rákmentesnek találta, ellenben a tumor felett (oralisan) az operabilis esetek 45%-ában nyirokmirigyáttételeket talált a mesorectumban és mesosigmában, egészen a promontorium magasságáig, illetve az art. haemorrh. sup. eredéséig. Ezenkívül *Schmieden* és *Westhues* a végbélrákok 40%-ában a tumor felett 30 cm-ig, az alatt pedig 5 cm-ig multiplex polypokat mutattak ki a bélben. Az eljárásban a legfontosabb, hogy a daganatos belet és az egész retrorectalis medence-szövetet egy darabban távolítsuk el.

Hazánkban is történt már kísérlet a sacralis műtét radicalitásának növelésére. *Makkai* közlése szerint *Herczelnek* már kb. 30 év előtt sikerült megfelelő műfogással a sigmabél nagy részét sacralis úton mobilizálni és amputálni.

Goetze eljárását pontosan és az anatómiai és pathologiai viszonyoknak megfelelően dolgozta ki. Eljárásának kidolgozását különösen az könnyítette meg, hogy a colon pelvinum két oldalán fekvő peritonealis tasak egészen a farkcsontig nyúlik le és ezen a helyen hátulról is könnyen megnyitható, ha a keresztcsont megfelelő resectiója után a medence zsír- és kötőszövetét a fascia pelvis visceralis lemezével együtt a keresztcsont vájulatáról a promontoriumig tompán letoljuk. Ezáltal az art. haemorrh. sup. lekötsége lehetővé válik, a továbbiakban pedig az egész rákos szerv eltávolítása összefüggésben és centrifugális irányban, a nyirokpálya-láncolat megszakítása nélkül és a szem ellenőrzése mellett végezhető el.

A fascia pelvis visceralis lemezének fontosságát Goetze azért hangsúlyozza, mert ez a lemez a rák terjedésének határa és akadálya, amint arról *Westhues*-zal szövettani vizsgálatok alapján minden egyes esetben meggyőződtek. Módszerének nagy előnye tehát, hogy a rákos szöveteket nem a lemez belső felszínéről választja le. Így eszik annak lehetősége, hogy a retrorectalis medenceszövet eltávolítása alkalmával körös részek maradhassanak vissza.

A műtét technikája röviden a következő. Gerincvelői-, vagy parasacralis érzéstelenítésben, esetleg altatásban a szabályos hasfékvésbenelhelyezett betegen Y-alakú metszést ejt a keresztcsont felett hosszirányban az anusig. A keresztcsontot a Bardenhauer-vonalban (a III. és IV. csigolyák között) átvési és a mobilissá vált caudalis csontrészt hegyes kampóval az anus felé húzza. Az így támadt résen át a fascia pelvis visceralis lemezét a rajta haladó art. secr. mediával együtt a keresztcsont vajúlatáról a promontoriumig tompán eltolja. Ezután az itt mélyen lenyuló peritonealis tasakot a sigma két oldalán hátulról megnyitja, miután a fasciát hasonló két metszéssel a promontoriumig már felhasította. A hashártya nyílásait ugyancsak meghosszabbítja felfelé, vigyázva arra, hogy az esetleg közel fekvő uretereket meg ne sértse. A nyílásokon átvezetett mullpólya segítségével a sigmát caudalis irányban elhúzza, hogy a mesosigma és az art. haemorrh. sup. megfeszüljön és ezáltal a lekötés könnyebbé váljék. Az arteriát Kocher-sonda segítségével kettősen lekötés és két lekötés között átvágja. Ezzel a mesosigmát is felszabadította és most már a colon pelvinum és a sigma belső részét mobilisálta. Az átvésett csontot eltávolítva hozzáfog a rectum felszabadításához, vigyázva arra, hogy a peri- és retrorectalis zsírszövetet a rectummal összefüggésben praeparálja ki. Kb. 35 cm-nyi bélrészlet amputációja után a hashártya és fascia nyílásait zárja, majd a sigmacsonkot a seb széleihez leöltve sacralis (esetleg glutealist) anust készít a szokott módon.

Goetze szerint minden rákellenes műtét igazi értékét a radicalitás foka határozza meg. Eljárása ebből a szempontból is, éppen úgy, mint technikai tekintetben, minden követelménynek megfelel. Azzal, hogy a medence zsírszövetét és a mesorectumot a fascia pelvis visceralis lemezével együtt távolítja el, növeli a radicalitást és az operabilitás határát is kitolja. A műteti idő rövidítésével és az eljárás egyszerűsítésével viszont csökkenti az abdominosacralis műtét magas mortalitását.

Goetze elgondolása és eredményeinek közlése arra csábított, hogy eljárását *Milkó* prof. engedélyével osztályunkon is kipróbáljam. Először rákos betegen végeztem sikerrel és teljes megelégedésünkre ezt a műtétet, majd két ízben lymphogranuloma inguinale által okozott rectumstricturás betegen is felhasználtam, mivel e betegségben a folyamat kb. ugyanazon úton és módon terjed, mint rák esetében, tekintettel arra, hogy a lymphogranuloma virusa lymphotrop. — Az eredmény ez utóbbi esetben is kitűnő volt. Eddig összesen 5 esetben operáltunk Goetze szerint:

1. V. J.-né, 60 éves. 6 hó óta végbelében gyorsan növő csomót tapint. Széklete az utóbbi időben mindig véres. Betegsége óta 10 kg-ot fogyott. Az anus felett 6 cm-el, a rectum elülső falán felhánt szélű, kifeléyesedett, porc kemény, elég mozgékony daganat ül. — *Műtét:* (1935. III. 7.) Enyhén ívalakú metszés a keresztcsont baloldaláról kiindulva és a középvonal felé kanyarodva, le egész az anusig. A keresztcsontot az előírt magasságban átvésem és a farkcsonttal együtt mobilisálom, majd mindkettőt csontfogó segítségével caudalis irányban húzom, hogy a keresztcsont mögé hatolhassak. A fascia pelvis visceralist a keresztcsont belső felszínéről tompán letolom, a promontorium fölé hatolva. Így tágas teret nyerek, melyben kényelmesen dolgozhatunk. A fasciát a sigma két oldalán — jobboldalt a középvonaltól 1 cm-re, bal oldalt 3 cm-re — az V. ágyékcsigolya magasságáig végig felhasítom, majd ugyanígy a peritoneumot is megnyitom hátulról. Az arth. haemorrh. sup. lekötése a sigma szabályos előhúzása után simán sikerül. Két lekötés között átvágom az ereket és a mesosigmát és ezzel a sigma nagy részét fel is szabadítottam. A mobilisált sigmát még jobban előhúzza, a hashártya és a fascia nyílásait zárom és a belet a nyílás alsó harmadához körkörösén rögzítem. Uymódon a műtét többi részét *extraperitonealisan* végez-

hetem. A rectumot egészen a záróizmokig felszabadítom és a záróizmokat belülről a rectumról letolom, majd az anus nyálkahártyáját a sphincterek magasságában körülvágom és a záróizmokat kívülről is letolom a rectumról. A rectum teljesen mobilissá válik, az egész „*exstirpatio objectum*” az anuson könnyen áthúzható. Így a csonkolást (34 cm-nyi rectum-sigma rész) a műteti területen kívül, az anus előtt végezhetem el. A csonkolt sigma sebszéleit az anus sebszéleivel egyesítem, a seb felső harmadában a keresztcsont mellett tamponálok és a sebet zárom. A daganat szövettanilag adenocarcinomának bizonyult. Műtét után pár nappal a sigma kivarrt kis része elhalt, úgy hogy a bél az anusból visszahúzódott és spontán sacralis anus alakult ki, mellyel azután a beteg a műtétet követő 10. héten gyógyultan távozott.

2. P. F.-né, 38. éves. 12 év óta végbeléből gyakran véres, genyes váladék ürül. Nemi bajt tagad. A világháború alatt 3 évig kéjné volt. 1 éve széke hashajtóra is alig indul meg, a székelést igen kínzó és hosszantartó hasi görcsök előzik meg. Sokat soványodott. 22 éve állandó folyása van. 14 hónap előtt az egyik női klinikán műtétet végeztek rajta. Leromlott beteg. Puffadt has, hasfalon át időnként bélmevedések láthatók. Erős korgás a hasban. Az anus felett közvetlen újkúpot befogadó, de ujját át nem eresztő, körkörös, mobilis, dudoros felszínű és a rectum falát sajátosságosan merevítő szűkület. Wa.-r.: és váladékvizsgálat go.-ra: negativ. Belső genitáliák hiányoznak. — *Műtét:* (1935. IV. 16.) majdnem teljesen úgy járok el, mint az első esetben, azzal a csekély különbséggel, hogy az elváltozás mély fekvése miatt az anus nyálkahártyáját nem tudtam megtartani és emiatt a záróizmokon áthúzott sigmát a végbél-nyílás bőréhez varrtam ki. A resectum 30 cm-nyi. Műtét alatt feltűnően sok összenövést találtam intraperitonealisan a kismedencében és több keményen beszűrődött nyirokmirigyét a mesorectumban. Az egész peri- és retrorectalis zsírszövet elhegesedése a műtétet igen megnehezítette. A szövettani vizsgálat lymphogranuloma inguinale állapotot mutat, amit az elvégzett Frei-próba is igazolt. A sigma életképes maradt, a sphincter jól zárt, a beteg azonban székelést csak tökéletlenül tudta tartani. Műtét után rövidesen 18 kg-ot hízott, munkaképes lett.

3. M. J.-né, 38 éves. 1929-ben és 1934-ben végbélpanaszok (fájdalmas és véres széklet) miatt aranyér-műtét. 5 hónapja állandóan véres-genyes széklet és makacs székrekedés. Leromlott, lesoványodott beteg. A végbél-nyílás felett 3 cm-re, az ampulla alsó részének megfelelően, körkörös, merev szűkület. Frei-reactio: positiv. — *Műtét:* (1936. I. 16.) az előző esetekben leírt technikával és módszerrel 25 cm-nyi rectum-sigmát amputálok. Mint az előbbi lymphogranulomás betegen, ezen is igen kiterjedt és a műtétet megnehezítő perirectalis hegesedést találok. A műtétet a continencia megtartására irányuló sigma-áthúzással és sigma-anus varrattal fejezem be. Szövettani lelet: lymphogranuloma inguinale. Műtét után két hónappal gyógyultan, megerősödve távozott. A sphincterek jól zárnak azóta is, székletét tartani tudja.

4. Sch. J. 62 éves. Végbélsípólya miatt került osztályunkra próbakímetszés végett. Az excisio után elvégzett szövettani vizsgálat alapján, mivel az rosszindulatú elváltozást állapított meg, radicalis műtétet végeztem (1936. VIII. 3.). A rectum-sigma 35 cm-nyi részletét amputáltam a leírt módon. A tumor az anus nyálkahártyáját annyira infiltrálta, hogy a nyálkahártyát nem tudtam megkímélni. Ezért megelégedtem azzal, hogy a mobilisált sigmát az épen hagyott sphinctereken áthúzom és az anus előtt elvégezve az amputációt, a sigmacsonkot az anus bőréhez kiszegtem. A sigma két harántujjni része necrotisált és ebben az esetben is spontán sacralis anus alakult ki. A beteg műtét után 6 héttel cystitisből és kétoldali ascendáló pyelitisből eredő sepsisben meghalt.

5. S. Gy.-né, 48 éves. 7 hónapja görcsös hasi fájdalmak, naponta 10—15 véres-nyákos széklet. Hasa gyakran puffadt. Sokat soványodott. A rectumban, 10 cm magasságban, újjal éppen elérhető, kemény és mozgatható daganat tapintható, mely rectoskopos vizsgálat alkalmával vérzékeny, kifeléyesedett, felhánt szélű tumornak bizonyult. 1937. IV. 29-én sacralis rectum-sigmaamputációt végeztünk (30 cm-nyi resectum). Áthúzáskor és rögzítéskor a sigma distalis kis részlete elég lividnek látszott, de az erek pulsatiót mutattak. Szövettani kórisme: adenoc. Pár nap múlva a sigma analis darabja lelekködött és sacralis anus keletkezett. A beteg 6 hét után gyógyultan távozott.

Műteti tapasztalataink alapján — amennyiben aránylag kevés műtétünk véleménynyilvánításra fel-

jogosít, — megállapítható, hogy a Goetze-féle sacralis rectumamputatio a követelményeknek mindenben megfelel. Ez a műtét a régebbi sacralis eljárásokhoz viszonyítva lényegesen vértelenebb, és pedig nemcsak azért, mert lumbalanaesthesiában dolgozunk, hanem az art. sacralis media megóvása és az art. haemorrh. sup. előzetes lekötése miatt is. A retrorectalis zsírszövet a fascia pelvis visceralis lemezének segítségével, illetve azzal együtt a keresztcsont vájulatáról könnyen, úgyszólván pillanatok alatt letolható. A peritoneum megnyitása hátulról egyetlen esetünkben sem okozott nehézséget. A Douglas-üreg hátsó megnyitása csak abban az esetben nehéz, ha a beteg kövér. A műtét egyetlen kényes része a magasan fekvő art. haemorrh. sup. lekötése, azonban ez is — bár néha elég nehéz feladat volt, — minden esetben sikerült.

Az eljárás legalább olyan radicalis, mint az abdominosacralis, egyedül az operabilitás határa csökken bizonyos esetekben. Így pl. magasan fekvő daganatok ezzel az eljárással nem mindig távolíthatók el és éppen ezért mi csak akkor operálunk Goetze szerint, ha a daganat legfeljebb 10 cm magasságban található. Az ilyen magasan ülő daganatokat is csak az esetben, ha elég mozgékonyaknak látszanak.

Hogy ezt az állásfoglalásunkat kellően megindokoljam, csupán arra hivatkozom, hogy az említett magasságban fejlődő rákos daganatok az esetek többségében a hólyaggal, női belső genitáliákkal, vagy más medencebeli szervekkel szorosan összekapaszkodva lehetnek, másrészt kiterjedésüknél fogva lehetetlenné tehetik a Douglas-üreg megnyitását és ezzel a pontosabb tájékozódást is. Álláspontunkat Goetze legújabb közleménye (Zbl. f. Chir. 1939. 66.) is igazolja, melyben részletesen megjelöli, hogy milyen eseteket tart alkalmasnak sacralis eljárásra. Mivel indicióink majdnem mindenben egyeznek az övével, az alábbiakban először az ő beosztását adom.

Goetze szerint valamely rectumcarcinoma akkor alkalmas sacralis műtétre,

ha a daganat mélyen ül és jól mozgatható, ha a beteg ellenálló képessége az esetleg bekövetkező sebfertőzéssel szemben jónak látszik, ha a beteg nem kövér (a kövérség operatív technikai akadályt képezhet sacralis eljárás esetén),

ha a daganat (kifekélyesedett is lehet) solitaer polyp, vagy nagyobb tumor fekélyesedése nélkül, továbbá, ha a tumor, bár kifekélyesedett és áttört a bél falon, kiterjedésében az eltávolítandó szervek és szövetek (exstirpációs objectum határain belül maradnak és végül, ha klinikailag nem észlelünk áttételeket,

ha nincs rákos szövödmény (súlyosabb szűkület, elzáródás, vérzés, tályog, vagy hashártyalob a daganat áttörése következtében), ha nincs következményes elváltozás az életfontos szerveken (szív, vese, máj, stb.),

ha nincs operatív-technikai akadály (pl. előműtétként végzett anus praeternaturalis a sigmán), ha a beteg életkora legfeljebb 50—55 év.

Goetzétől csupán két pontban térünk el némileg. Mint említettem, mi a magasabban fekvő daganatokat is sacralisan távolítjuk el, ha azok elég mobilisak. Életkor tekintetében viszont, noha mi is óvatosak vagyunk, az az álláspontunk alakult ki, hogy ez az eljárás 55 évnél magasabb korban is bátran alkalmazható, ha egyébként az összes többi feltétel megtalálható.

Technikailag is csak két dologban tértem el az eredeti eljárástól. Először is — bár készséggel aláírjuk Goetze ama megállapítását, hogy valamely műtét értékét rákos elváltozás esetén elsősorban a radicalitás foka határozza meg, — minden egyes esetben fontos feladatnak tekintetem az eredeti végbélnyílás megmegtartását és a continentia megőrzését. Sajnos a continentia megtartására irányuló törekvés csak abban az

esetben sikerülhet, ha a kóros elváltozás a végbélnyílást és záróizmokat nem infiltrálja és ha a sigmából annyit sikerül mobilisálni, hogy az feszülés és táplálásának veszélyeztetése nélkül felhasználható. 5 betegünk közül csak két esetben sikerült az eredeti végbélnyílást megtartani és csak egyben a teljes continentiát. Általában a daganatos, vagy lymphogranulomás elváltozás mély fekvése miatt az esetek többségében az anus nyálkahártyáját a radicalitás érdekében fel kell áldozni. Ez pedig azt jelenti, hogy az anus nyálkahártyájával együtt elvész a sphincterek tonusát és működését szabályozó reflex, vagyis hiába marad meg a záróizom, az ilyen módon operált beteg székletét soha többé nem tudja tökéletesen tartani. A continentia csak akkor maradhat meg, ha a nyálkahártyának 2—3 cm-nyi széles, körkörös részét sikerül megkímélni. A másik technikai eltérés gyakorlati szempontból szintén igen fontos, mert hashártyalob keletkezését nagy biztonsággal akadályozza meg. Míg Goetze a hashártyát csak az egész extirpációs objectum kidolgozása, illetve a rectum felszabadítása után zárja, én azt sokkal előbb, a sigma mobilisálásának befejeztével el szoktam végezni, mert a legnagyobb elővigyázatosság esetén is megtörténhet, hogy a daganatos rectum felszabadítása közben megnyílik. Már pedig, ha ilyenkor a hasüreg még nyitott, hashártyalob veszélye fenyeget. A műtét menetét a hashártya korai zárása nem befolyásolja kórosan.

Három esetünkben a kezdetben jól tápláltak látszó sigmabél distalis kis része elhalt és sacralis anus alakult ki. Ez, ha a continentia megelőzésére irányuló törekvés szempontjából részleges sikertelenséget jelent is, a betegek életét nem veszélyeztette, mert az elhalt rész eltávolítása nem ütközött akadályba. Sebfertőzést egyetlen betegünkön sem észleltünk. Halálos esetünkben sem a sebből indult ki az infectio.

Eddig mind a négy operáltunk recidiva mentes. Az amelyeknek a continentiaja megtartott, a társadalomnak teljes értékű tagja, de a többiek is munkaképesek.

Mindent összegezve azt mondhatjuk, hogy kedvező feltételek esetén Goetze eljárása az abdominosacralis műtéttel nemcsak egyenértékű, hanem sok tekintetben, így pl. radicalitás, kiméletesség és halálozás tekintetében, annál jobbnak bizonyult. Örvidenének, ha közleményemmel ennek az elgondolásban és kivitelben egyaránt nagyvonalú és jó eredményeket adó eljárásnak elterjedését hazánkban elősegíthetném.

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

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portóköltiséget is felszámítjuk.

A székesfővárosi Szent Gellért Gyógyfürdő közleménye.
(Igazgató-főorvos: bilkei Pap Lajos egyet. magántanár.)

A Szent Gellért gyógyfürdő kolopi iszapjának ingerhatása.

Irta: Tasonyi Tihamér és Horváth István

Verworn szerint inger minden életfeltétel változása, mely akár kívülről, akár belülről hat a sejtekre. Ennek a következménye a sejtek fokozottabb működése lesz, melynek minőségére vonatkozólag Hoff és több más szerző végeztek vizsgálatokat a láztherápia kapcsán. Különösen a vér cellularis és humoralis összetételének változásával foglalkoztak részletesen. Megállapították, hogy a lázzal együtt párhuzamosan szaporodnak a leukocyták, az alkali-reserve megkevesbedik, az anyagcsere és a vércukor emelkedik, a fehérje-szétesés fokozódik, a cholesterolintéskör csökken, a qualitativ vérkép pedig balra tolódik. A láz leesésével lecsökken a leukocytaszám, az alkali-reserve emelkedik, az anyagcsere, fehérjeszétesés, vércukor csökken, a vér cholesterolin-tartalma emelkedik, a vércépben pedig relativ lymphocytosis észlelhető.

Mindezen változások a szervezet vegetatív funkcióinak vannak alávetve s ezzel bebizonyosodik, hogy az inger a vegetatív idegrendszer útján fejti ki a hatását, még pedig a láz emelkedésekor sympathicus, leesésekor pedig parasymphaticus túlsúlyról van szó. E változások szinte törvényszerűen jönnek létre, de legkifejettebben a rövid, explosio-szerű lázas állapotokban. Acut, infectiósus betegségekben ezek a változások maguktól is bekövetkeznek, míg a chronicus betegségekben a szervezet a saját erejéből nem tudja mozgásba hozni védekező erejét s így ezt lázzal kihívni ajánlatosnak látszik. Physiologiás körülmények között is létrejönnek ezek a változások csekély mértékben és pedig menstruatio, graviditas, valamint erős testi munka kapcsán.

Különös értékű az a tény, hogy e változásokat saját testünk anyagai is kiválthatják, pl. a vér, ha nem physiologiás úton kerül a szövetek közé. Ezen az úton haladva Weichardt, Schittenheim foglalkoztak számos idegen fajtájú anyag parenterális alkalmazása esetén előálló változások vizsgálatával és az előbbiekkal azonos eredményre jutottak. Eredményeiket sok más szerző, mint Andrews, Scully és Lange is megerősítették.

Megállapították azt a tényt is, hogy a különféle anyagok előidézte és törvényszerűen két phasisban lefolyó reactio a dosis nagyságának, az egyes dosisok közötti időközöknek és az egyén reakcióképességének a függvénye. Ugyanis az egyes adagok nagyságának megváltoztatása esetén a vegetatív idegrendszer áthangolódását jellemző reakciók nem következnek be törvényszerűen, hanem gyakorta az ellenkező végletbe csapnak át. Tehát szabályos lefolyású, vegetatív idegrendszeri regulációs folyamatok csak bizonyos szabályos adagolásokkal és rendszeres időközökben érhetők el. Minden nem-specifikus beavatkozás, vegetatív idegrendszerbeli áthangolás megváltoztatja a szervezet reakcióképességét s a következő alkalommal már egy áthangolt szervezetet találunk, mely másképpen reagál, mint előzőleg. Ugyanekkor tekintetbe kell venni azt is, hogy a különböző organismusok ugyanazon ingerekre különbözőképpen reagálnak. Groer vizsgálatai szerint az ingertherápia által a szervezet reakcióképességét meg lehet változtatni és van olyan helyzet is, mikor ezen változás eredménye az lesz, hogy a következő beavatkozás hatása nem fog kifejlődni. Természetesen az organismus sajátága ebben nagy szerepet játszik.

Az iszap alkalmazása esetén a bőrön keresztül ható ingerről van szó. Az iszap hőhatása, chemiai összetétele és mechanicus factora váltja ezt ki és ezeket egyelőre még nem tisztázott módon a radium és radiumemanatio is támogatja.

Azelőtt a bőrt csupán a szervezet védőtakarójának tartották. Ma viszont tudjuk, hogy a bőr életfontos immunbiológiai folyamatok egész sorának hordozója, mely egyrészt hormonszerű hatásokkal, másrészt a vegetatív idegrendszer közvetítésével az egész szervezet funkcióit befolyásolja. Bizonyítja ezt az a tény, hogy az infectiósus betegségek, melyek bőrizgalmi állapotokkal járnak együtt, hosszantartó immunitást hagynak maguk után. Megállapították a sorozatos klinikai vizsgálatok révén azt is, hogy bőringerre törvényszerűen mély beavatkozás történik a vegetatív idegrendszer szabályozó működésébe. Végül a bőr hormonszerű hatásai alapján ennek befelé irányuló védekező képessége is lenne (esophylaxia), melyet támogat Wohlgenut és Yamasaki azon észlelése, hogy a bőr belső secretióis szerveinkhez hasonlóan nagyon fontos fermentekben.

A meleg és a hideg bőringer hatását észlelte röntgenenyő előtt Ruhmann és Freude, mikor is az epigastriumon alkalmazott meleginger gyomorperistaltica fokozódást hozott létre, míg a hideg ellentétesen hatott.

Stahl és munkatársai a fürdőhatással foglalkozva megállapították, hogy a fürdő gócreactiót és általános reactiót vált ki, mely utóbbi a proteinterápiára beálló reactiókkal azonos. Ezt a megfigyelést Winternitz, di Gasparo, Goldscheider, Géronne és mások is megerősítették. Az első a localis folyamat fellobbanásában, fokozott fájdalomokban, esetleg funkciózavarokban, míg a második levertség, kedvetlenség, aluszékonyság és csökkent érzékelésekben nyilvánulhat. E felfogások szerint a hideg fürdő a sympathicus tonusát, míg a meleg a parasymphaticus tonusát emeli. Hasonló eredményre jutott Schade a lápfürdők gyógyhatását tanulmányozó vizsgálatai során.

Az elmondottakat figyelembevéve, az iszap ingerhatásának tanulmányozásakor a következő vizsgálatok elvégzését tartottuk szükségesnek: 1. Vörösvérsejtsüllyedés; 2. Fehérvérsejtszámlálás; 3. Vörösvérsejtszámlálás; 4. Haemoglobin-meghatározás; 5. Vörösvérsejtek átmérőjének a mérése; 6. Qualitativ vérkép; 7. Serumfehérje fractiók; 8. Serumlabilitási próba.

Az iszapkúrát mint összesített ingert fogtuk fel s ilyen irányban végeztük el a fenti vizsgálatokat a szabályosan előírt fürdőkúra folyamán, mind egészséges, mind különböző rheumatikus betegségben szenvedő egyéneken.

A Szent Gellért Gyógyfürdőben a kolopi Emmakutból való iszapot használják. Ez Vámosy és Hankó megállapítása szerint az országnak vasban és kénben leggazdagabb iszapja. De igen gazdag radiumtartalma is. A párisi Curie intézet az iszap egy grammjában 9¹⁰—9¹² g radiumanyagot talált, míg Hess megállapítása szerint az iszap 10 tonnája 4.1 mg. radiumelemet foglal magában.

Tekintettel arra, hogy az iszapkúrát, mint összesített ingert fogtuk fel s az előbbieknél alapján az ingerhatása az adagolástól, az intervallumoktól, valamint az egyén reakcióképességétől függ, az első kettő kikapcsolására törekedtünk és ezért minden esetben 20 perces és 42 C°-os iszappakolást alkalmaztunk. A pakolás után a szabályoknak megfelelően egy rövid fürdőt és minimalisan félórát pihenést írtunk elő. Az iszappakolásokat pedig minden egyéneken másodnaponként alkalmaztuk és így figyeltük meg azokat a változásokat, melyek

egy iszapkúra folyamán kialakultak. Vizsgálatainkat minden esetben az iszapkúra megkezdése előtt, majd figyelve az egyén reakcióképességét a fürdőreactio idején, majd pedig annak lezajlása után legtöbbször a 10-ik iszapakkoláskor, de minden esetben közvetlenül a pakolás után végeztük.

Az iszap ingerhatását 10 egészséges és 30 beteg egyénen figyeltük meg. Minden egyénen minden esetben az összes vizsgálatokat elvégeztük. A beállott változásokat tekintve az egészségesek és betegek között lényeges különbségeket nem találtunk és ezért őket együtt tárgyaljuk.

A vörösvérsejtsüllyedést *Westergreen* általánosan használt módszere szerint mértük. Az esetek 62%-ában a süllyedés normalis, 38%-ában pedig kóros volt. Mind a normalis, mind a kóros esetek háromféleképpen — természetesen más-más arányban — változtak az iszapkúra folyamán. Éspedig vagy változatlan maradt, vagy egyenesen csökkent, vagy pedig a fürdőreactio hatására felugrott, hogy azután fokozatosan az eredeti érték alá csökkenjen.

A normal vörösvérsejtsüllyedéssel eseteket (62%) 100%-nak fogva fel, vizsgálataink folyamán a következő eredményeket kaptuk: A süllyedés változatlan maradt a kúra folyamán 36%-ban, egyenesen csökkent 12%-ban, átlagban 55%-kal az eredeti érték alá és 52%-ban az iszap ingerhatására felugrott átlagban 77%-kal éspedig 85%-ban a fürdőreactio idején, 15%-ban pedig a 10-ik iszapfürdő után végzett méréseink esetén. Ezután pedig fokozatosan csökkent az eredeti értékre, vagy kissé alája. Természetesen mindezen változások physiologiai határok között mogoznak.

Az esetek 38%-ában kóros volt a süllyedés. Ezt 100%-nak véve, 7%-ban változatlan maradt a kúra folyamán. Egyenesen csökkent 20%-ban, átlag 41%-kal az eredeti érték alá, míg az esetek 73%-ában fokozódott, átlagban 49%-kal a süllyedés az iszap hatására. Ez a fokozódás 82%-ban a fürdőreactio idejére, 18%-ban pedig a 10-ik iszapkezelésre esett. Ezután a süllyedés fokozatosan csökkent s az esetek 36%-ában kevéssel az eredeti érték felett maradt, míg 64%-ában pedig átlag 30%-kal alája süllyedt.

A fehérvérsejtszámlálást minden alkalommal három 1 mm²-nyi területen végeztük s azt találtuk, hogy a fehérvérsejtszám a kúra folyamán az esetek 20%-ában változatlan maradt. Egy esetben 10%-kal és egy más esetben pedig többszöri ingadozás után 34%-kal csökkent a kúra előtti értékhez viszonyítva. Ezen adatok nagyobb részt az egészségesekre vonatkoznak. Emelkedik a fehérvérsejtszám 67%-ban, melyet 100%-nak véve, a következő megoszlást kapjuk: a szaporodás bekövetkezik 22%-ban, átlag 38%-kal a fürdőreactio idején, míg 78%-ban a szaporodás legmagasabb értéke, az eredetihez viszonyítva 28% plus, a 10-ik iszapakkolás után végzett vizsgálatokra esett. Az összes esetek 8%-ában ritkulnak a fehérvérsejtek éspedig a fürdőreactio idején ez a csökkenés 15%-os, de ennek lezajlása után ismét eléri az eredeti értéket.

Összhangba véve a süllyedéssel a fehérvérsejtszám-változásokat, fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy magas süllyedésszám esetén inkább a fürdőreactióra következik be a fehérvérsejtszám emelkedés.

A vörösvérsejtszámot 200-szoros hígítással határoztuk meg s azt találtuk, hogy az esetek többségében (55%) átlagban 13%-kal emelkedik, 42.5%-ban változatlan marad, míg egy esetben süllyed 12%-kal.

A haemoglobint *Sahli* módszerével határoztuk meg. Az esetek 70%-ában átlagban 11%-kal emelkedik az

iszap előtti értékekhez viszonyítva. Változatlan marad 25%-ban, míg az esetek 5%-ában átlagban 8%-kal csökkent.

A vörösvérsejtek átmérőjét a *Block*-féle erythrocytometerrel meghatározva azt találtuk, hogy az átmérő az esetek 75%-ában 5%-kal emelkedett a kúra folyamán mégpedig legtöbbször egyenesen. 22.5%-ban változatlan maradt és egy esetben pedig 2%-kal csökkent.

A kvalitatív vérkép változásait tekintve azt látjuk, hogy az eosinophil-sejtek az esetek 38%-ában csökkennek a fürdőreactióig, utána pedig változatlanok maradnak. Az esetek 22%-ában a fürdőreactio idején szaporodást észleltünk, de a reactio után visszaestek az eredeti értékre, vagy még alája. 15%-ban a fürdőreactióig leesnek s azután megint emelkednek. 7.5%-ban fokozatosan csökkennek az egész kúra folyamán, míg 17.5%-ban változatlanok maradnak. A basophilek feltűnő hiánya vagy megszorodása sohasem fordult elő.

A leukocyták fiatal alakjainak szaporulata egyszerűen fordult elő. A pálcikamagvúak ellenben az esetek felében a fürdőreactio idején csekélyfokú szaporulatot mutattak, majd azután az eredeti értékre tértek vissza.

A karélyos magvúakban az esetek 65%-ában átlag 19%-os csökkentést találtunk, ami azonban nem egyenesen következett be, hanem legtöbbször a fürdőreactio idején az eredetinél kissé magasabb értéket kaptunk s ezután süllyedt csak az iszap előtti értékhez viszonyítva 19%-kal. Az esetek 12.5%-ában a fürdőreactio idején 20%-os szaporulatot észleltünk, mely azután lassan csökkent ismét az eredeti felé. 10%-ban egyenesen 15%-os emelkedést kaptunk a kúra folyamán, míg 12.5%-ban a karélyos magvúak száma nem változott.

A monocyták viselkedését a szaporodás jellemzi, mely az esetek 95%-ában következik be. Ennek a szaporodásnak módja; az összes esetek 65%-ában 200%-os és nagyjában egyenesen az iszapkúra folyamán. 10%-ban a monocytaszám a fürdőreactióra kissé csökken, majd átlag 61%-kal emelkedik az eredeti érték fölé. A monocytosis az esetek 12.5%-ában a fürdőreactio alkalmával éri el a maximumát, átlag 99%-kal az eredeti érték felett és ott is marad, míg 7.5%-ban átlag 80%-os szaporulat után, mely a fürdőreactio idejére esett, az eredeti értéke tér vissza. Végül az összes esetek 5%-ában, átlag 19%-kal csökkent.

Az esetek 57.5%-ában átlag 36%-os lymphocytaszaporulat van, mely szaporulat nagyobb része a fürdőreactio utáni időre esik éspedig a 10—12. iszapfürdőig. A vörösvérsejtsüllyedéshez viszonyítva ennek csökkenésével parallel szaporodnak a lymphocyták. Az esetek 10%-ában először csökkentést találtunk a fürdőreactio idején, majd azután következik be az emelkedés s az eredeti értéket 21%-kal felülmúlja. 20%-ban a szám változatlan, 12.5%-ban pedig egy keveset csökken.

Az egész kvalitatív vérkép szempontjából tekintve ezen változásokat, azt találjuk, hogy a legjellemzőbb a monocyta és a lymphocytaszaporulat. A többi változások ugyanis nem képviselnek túl nagy értékeket.

Összhangba hozva az egész vérképet és a fontosabb változásokat szem előtt tartva, az eseteket a következő három csoportba sorozhatjuk:

1. A vörösvérsejtsüllyedés fokozódásával fehérvérsejtszaporulat, kis fokú balratorlás és monocytaszaporulat következik be. A süllyedés gyorsulása után a fehérvérsejtszám kissé csökken, a monocytosis tovább fokozódik, a lymphocyták megszorodnak, ugyanígy a vörösvérsejtszám és a haemoglobin is. Az átmérő szintén emelkedik.

2. A süllyedéstől függetlenül — rendszerint, ha az normalis — csak monocytosis vagy monocytosis és relativ lymphocytosis van. A fehérvérsejtszám egyenletesen emelkedik. Haemoglobin, esetleg vörösvérsejtszaporulat. A vörösvérsejtek átmérője szintén nő.

3. Csupán ingadozások pozitív és negatív irányban.

A serumfehérjefractiókat a *Bogárdi-féle* eljárással határoztuk meg. Ez az eljárás mind a célszerűség követelményeit, mind a tudományos pontosságot nagy-szerűen egyesíti magában s így nagyobb számú tudományos vizsgálat gyors és pontos elvégzésére nagyon alkalmas. A meghatározás a *Bogárdi* által szerkesztett titrocomparatorral történik. Vizsgálataink azt mutatták, hogy már egészséges emberen normalis süllyedés mellett is vannak ingadozások. Az iszapkúra hatására bekövetkezett változásokban nem tudunk rendszert megállapítani. Fokozott süllyedés esetén legtöbbször globulinszaporulatot találtunk, amit a fibrinogénről egyáltalán nem mondhatunk. Az albumin természetesen csökkent. Némely magasabb süllyedés esetén nem volt semmiféle eltolódás, de ugyanakkor az össz-fehérje volt megkevesebbedve. Lehetséges, hogy talán ez is szerepet játszana a süllyedés mechanizmusában s talán ennek csökkenése hozná létre a süllyedést akkor, mikor globulinszaporulat nincs.

A *Darányi-féle* serumlabilitási reactio mindenütt párhuzamosan halad a süllyedéssel.

Az iszapkúra hatására beállott változásokat összehasonlítva azokkal az eredményekkel, melyeket számos szerző az ingerhatás vizsgálata során kapott, azt találjuk, hogy az iszap egészséges egyéneken főképp a parasymphikus idegrendszer útján fejt ki hatását, illetőleg az idegáthangolás inkább a parasymphicus útján történik. A betegnek mind a sympathicus, mind a parasymphicus részt vesz a folyamatban, de itt is a parasymphicus van túlsúlyban. A kistokú balratolódás és a leukocytosis jelzi a sympathicus hatást, míg a leukocytaszám leesése és a lymphocytosis a parasymphicus hatás mellett szól. Ezeket a folyamatokat természetesen élesen elhatárolni nem lehet, gyakran csak nagyon lassan történik az átmenet az egyikből a másikba.

A vörösvérsejtsüllyedés fokozódása a fürdő következtében azt bizonyítja, hogy az iszapnak van ingerhatása, mely a folyamatot fellobbantani tudja. Az pedig, hogy e fellobbanás csak többszöri iszapfürdőre következik be, az az enyhe ingerhatást bizonyítja. *Bichowskaja* is ezt találta nagy beteganyagban.

Az iszap ingerhatására a fehérvérsejtszám, vörösvérsejtszám, haemoglobin és a vörösvérsejtátmérő változása a szervezet hatásos védekező folyamatairól tanuskodik. Az immunistástan tanítja, hogy „elsősorban a vérképző szervek, mind a védekező anyagok termelőhelyei jönnek számításba.” (*Weichardt*). Mióta *Metschnikoff* utalt a leukocyták phagocytá-képességére s szerepüket a védekezésben hangsúlyozta, azóta fontos védekező hatást tulajdonítunk nekik.

Schilling szerint a monocytosis kedvező jel és a szervezet erőteljes, normalis védekezésének kifejezője. Magyarázza ezt az a tény, hogy a monocyták reticuloendothél eredésűek, amely rendszer pedig egyike a szervezet legfontosabb védekező berendezéseinek. A neutrophil küzdelmi szak után a monocytosis a sikeres védekezés bekövetkeztét jelenti, mely után következik a lymphocytás győzelmű szak, mint ahogy ezt az iszap ingerhatása kapcsán szépen kifejlődni láttuk. Feltételezhetjük, hogy mindezen megszorított sejtek a betegség góciában akcióba lépnek, mint ahogy azt *Haufmann* ki is mutatta.

Az immunistástan *Koch*, *Ehrlich*, *Pasteur*, *Gehring*

és *Pfeiffer* nyomán specifikus alapon épült fel. — *R. Pfeiffer* mutatott rá és *Weichardt*, *Frankel* és *Much* is megerősítették, hogy az organismus ellenállóképességét a nem-specifikus rendszabályok, azaz az ingerhatások is emelhetik. Ma már kétségtelen, hogy a nem-specifikus gyógymódok kiváló hatása az immunbiológiai védekező-erőre befolyást gyakorol és így nemcsak a szervezet ellenállóképességét, hanem a specifikus védekező-folyamatokat is támogatja. *Memmesheimer* kimutatta, hogy a bőringerre éppúgy, mint a többi nem-specifikus gyógyítási eljárásokra, a specifikus immunanyagok szaporodása jött létre. Ilyen alapokon, mint ahogy főképp *Weichardt* és *Much* hangoztatják, nem-specifikus immunitásról is lehet szó. Támogatja ezt az a tény, hogy különböző ingerhatásokra a vér baktericid-hatása emelkedett. Az immunisatiós kísérletek ugyanis, melyek az antitestek termelődésének helyeire irányultak megállapították, hogy a parasymphicus izgalom az antitestek képződését nagy mértékben fokozza. A körtermi megfigyelések alátámasztják ezt azzal az észleléssel, hogy a fokozott sympathicus tonusú betegek fogékonyabbak a fertőzésekkel szemben. A specifikus és nem-specifikus immunitás különbözik abban, hogy a specifikus immunanyagok a kiváltó tényezőkre lassan jelennek meg, hosszú ideig állnak fenn és ugyancsak lassan tűnnek el. Addig a nem-specifikusak az ingerhatásra gyorsan megjelennek, rövidebb ideig tartanak és gyorsan el is tűnnek. Megjegyzendő, hogy a nem-specifikus védekező-képesség fokozódása időbelileg párhuzamosan halad a vegetatív idegrendszer változásával.

Keining és *Siegmund*, valamint más szerzők az ingerhatás, azaz a nem-specifikus beavatkozás gyógyító hatását a reticulo-endothel activálására vezetik vissza. *Dietrich* és *Oeller* kimutatták, hogy a heteroprotein anyagok, avagy más, nem-specifikus gyógymódban használatos ingeranyagok a reticulo-endothel rendszerben halmozódnak fel. Így jutnak az aktív mesenchyma-sejtek (RE-sejtek) s leukocytákon és lymphocytákon kívül nagy jelentőséghez a specifikus és nem-specifikus védekezés terén. Mi a vizsgálataink során 33%-os leukocytosist, 36%-os lymphocytosist és 200%-os monocytosist találtunk átlagban. Ez az erős és hosszantartó mesenchymalis reactio szépen bizonyítja az iszap ingerhatása következtében beálló védekezőerőfokozódás és immunanyagképzés nagy jelentőségét.

Ezen ingerhatás mellett nem szabad megfelekednünk az iszap hőhatásáról sem. *Haufe* szerint a körzeti erek bőséges átáramoltatását csak fokozatos felmelegedéssel lehet elérni, erre pedig a rossz hővezetőképesség és a nagy hőkapacitás az iszapot rendkívül alkalmassá teszi. Ennek következtében egy hosszantartó, mély hyperaemia áll elő. Nagy jelentősége van ennek akkor, mikor a szövetek praerheumás védekezési gyengeségben vannak, melynek alapja a rheumások vasokonstriktója. Így a cirkulációs zavarok és a rossz táplálás megcsökkenti a szöveti ellenállóképességet. A vérsejtek, mint a védekezőképesség hordozói kiesnek és a szövet csak a maga nedveivel és sejtjeivel tud védekezni, melynek a következtében hyperergiás lesz. Az ilyen szövetre tényleg áldásos hatású lesz egy bőséges vérátáramoltatás és a védekezőképesség erős megmozgatása. Erre pedig az iszap szinte ideális.

Vizsgálataink során bebizonyosodott, hogy elsősorban a mesenchym aktiválása képezi az iszap ingerhatásának alapját, melyet a leukocyták és lymphocyták erőlyesen támogatnak. Ezért különösen a mesenchym gyengeségen alapuló rheumatikus megbetegedésekben van az iszap ingerhatásának nagy jelentősége.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fülklinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán egyetemi nyilvános rendes tanár.)

Röntgen-kezeléssel gyógyult arcüreg-rák.

Írta: Szolcsányi János dr. egyet. tanársegéd.

Az orr- és orrmelléküreg rákok tisztán röntgenkezeléssel elért gyógyeredményei általában rosszak. Ennek oka egyrészt ezen rákok sugárresistentiájában, másrészt az anatómiai helyzetükben keresendő. A röntgenkezelésnél a gyógyhatás eléréséhez hatalmas sugárenergia (többszörös HED) leadása szükséges. Ezen localisatioju tumoroknál épp az anatómiai viszonyok miatt a legtöbbször csak kivételes esetekben tudjuk leadni a környező lágyrészek sérülése nélkül azt a nagy röntgen dózist, amely a gyógyuláshoz szükséges lenne. Ezért a röntgenezés az orr- és orrmelléküreg-rákok gyógykezelésében ma már főleg csak mint a sebészi, illetőleg a diathermiás kés, valamint a rádium applicatio hathatós kiegészítője szerepel.

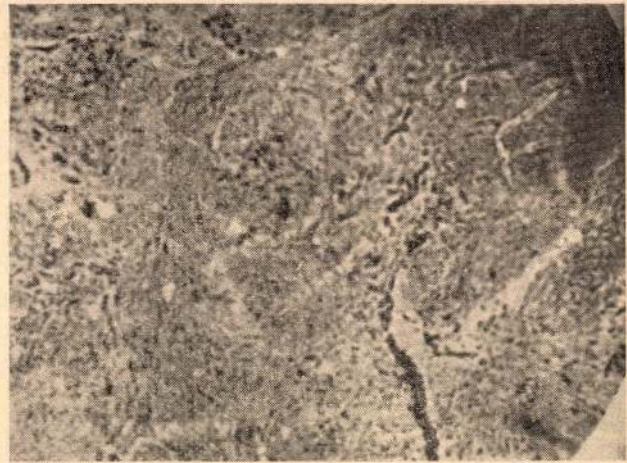
Hogy azonban egyes esetekben egyedül a röntgenkezeléssel is nemcsak tüneti javulás, hanem kitűnő primaer gyógyeredmény elérhető, bizonyítja alábbi esetünk.

*Harmincz kilenc éves nő, 1938. júl. 23-án erős fejfájás és súlyos orrpanaszok miatt felvételre jelentkezik. Betegsége kb. 1937. májusában kezdődik bal arcfelére kiterjedő fejfájásokkal, melyek fokozódtak és állandósultak, ugyanakkor bal orrnyílásából bővebb váladék ürül. A váladék jellege eleinte hig savós, később sárgás-genyves lett. Betegségét megfázásnak, influenzának gondolta, ezers kamillateás gőzöléseket végzett. Orra ekkor még kitűnően szelelt. Állapota azonban egyre rosszabbodott. A fejfájás és bő orrválakékhoz lassan a bal orrfél eldugulása is hozzájárult és időnként vért az orra. 1937. október elején a beteg a gyakori orrvérzéstől megijedve, megbiztosító intézetének szakorvosi rendelésére ment. Ezen idő óta orvosi kezelésben részesült. Előadása szerint hetenként 1–2-szer ecsetelték az orrát. Állapota továbbra is rosszabbodott, orrán át egyre nehezebben kapott levegőt. Időnkint kisebb orrvérzései, valamint véres orrváladéka volt. 1938. márciusban igen erős baloldali orrvérzés lépett fel, ami miatt az egyik kórház ambulanciájában bal orrfelét kitamponálták. Ezen idő óta munka közben gyakran szédült, gyengeség fogta el, bal orrfelén alig kapott levegőt, hangja megváltozott, fejfájásai csaknem tűrhetetlenek lettek. Bal fülén időnkint nehezebben hallott. 1938. júniusban erős baloldali hasogató fülfájdalmak léptek fel, ami miatt magánorvoshoz ment, aki dobhártyáját felszurta. Ezután néhány napig folyt a füle. Ugyan e hónapban észrevette, hogy bal arccsonttájéka kissé megdagadt. Orvosa tanácsára 1938. július 23-án felvételre jelentkezett a klinikán. Felvételi status a következő: alacsony, sápadt nőbeteg. A bal arcfél mérsékelten dagadt, tapintásra rendkívül érzékeny. Hangja dünnögő. *Rhinoskopia anterior:* bal orrfél halványpiros, egyenetlen dudoros felszínű, tapintásra elég erősen vérző terimenagyobbodással csaknem teljesen kitöltött. Jobb orrfelében sárgás-szürke szivós, nyulós váladék, de tumor nem látható. Orrpassage baloldalt abszolút rossz. *Rhinoskopia posterior:* az epipharynxot csaknem teljesen göbös felszínű, nem ulcerált, helyenkint polypszerű terimenagyobbodás tölti ki, kiterjedve a fornix és mindkét choana tájára. *Füllelet:* jobboldalt ép dobhártya, normális hallás, baloldalt paracenteris helye látható, egyébként ép viszonyok. *Wa.: negativ. A röntgenfelvétel szerint:* bal orrfél kitöltött, baloldali sinus maxillaris diffuse erősen fedett, a sinus lateralis csontos fala alul kissé elmosódott, egyenetlen felszínű csontstructurát mutat. Bal sinus frontalis fátyolozott. Jobboldali sinus maxillaris kissé fedett. A beteg tumor nasi et epipharyngis diagnossissal felveszük a klinikára.*

A röntgenlelet alapján jobboldalt sinus maxillaris punctiót végeztünk: öblítésre kevés, összeálló, nyulós, savós genyes váladék ürül. További öblítésekre a jobboldali sinus empyema megszűnt.

Szövetteni vizsgálat céljából a bal orrfélből próbaexcisiót végeztünk — A középső orrjárat tájáról részint kacsacsál, részint polypcsipővel különböző mélységből több

szövetdarabot távolítottunk el, miközben kitűnt, hogy a tumor a középső orrjáratban a sinus maxillaris medialis falát jórészt destruálta és a sinus tumor massával kitöltött. *A szövettani lelet:* a vizsgált szövetdarab felületén helyenként felismerhető a többrétegű laphám, de belsejében normális szövetstructura nem látható, mindenütt hatalmas, tömör sejtfészkek infiltrálják a szövet belsejét, melyek kétségtelesen hámszejtekből állanak, csak kisebbek, magfestésük erősebb a szokottnál. A tömör fészkek közt alig van stroma! Helyenként terjedelmesebb elhalások láthatók a daganatos szigetekben. *Diagnosis: cc. medullare.* (1. ábra.)



1. ábra: A tumor szövettani képe.

Tekintve a tumor nagy kiterjedését, nehéz volt annak eldöntése, hogy az honnan indul ki. Az orrüregből-e és onnan tört be az arcüregbe, vagy megfordítva? Az anamnesisből kitűnt, hogy a betegnél hosszú ideig a fejfájás volt az egyetlen tünet, amelyhez orrhurutos jelenségek csak később társultak. Az orrlégzés azonban ekkor még teljesen szabad volt és csak később fokozatosan lépett fel az orreludugulás. A röntgenfelvételen viszont a bal melléküreg laterális falán alul látható némi csontdestructio. Ezek figyelembevételével nagy valószínűség szól amellett, hogy a tumor a sinus maxillarisból indult ki.

Mivel a nagy kiterjedése és destruáló karaktere miatt a tumor teljes kiirtása esetleges maxilla resetióval az operálhatóság tekintetében nem sok reménnyel kecsegtetett, másrészt mivel a beteg a műtéti beavatkozástól idegenkedett, dr. Lénárt professor utasítására röntgenkezelésbe vettük a beteget.

1938. július 27-től augusztus 19-ig 20 ülésben egyszerű fractionált besugárással több mezőből (jobb és baloldalt elülről és oldalról a maxillára irányítva) naponként sugáruztuk be a beteget, a következő adatok mellett: 170 Kv., 4 MA (0.5 Cu + 1 Al) 35 cm FB., 19. r/min., 10 perc = 190 r.

Már a 13. besugárást után az orrlégzés felszabadult. A tumor az orrüregből és epipharynxból jórészt eltűnt. Fájdalmi csökkentek. A 20. besugárást után mindkét oldali arccsonttájék részben az alsó szemhéj hyperaemiás duzzadt, nyomásra kifejezetten érzékeny. Az orrban és epipharynxban tumor nem látható. Gingiva, száj nyálkahártya hyperaemiás, tapintásra érzékeny. Röntgentherapiát felfüggesztjük. Három hét után szeptember 6-án megejtett ellenőrző vizsgálatkor az arccsonti érzékenység lényegesen csökkent, orrban daganat nem látható. Az arc bőre enyhén pigmentált, kissé száraz, száj-nyálkahártya normális. A therapiát folytatjuk. 1938. szept. 6-tól szept. 17-ig 10 besugárást kapott az előbb említett módon. Szeptember 17-én az arccsonti táj duzzadt, a bőr erősen barna, orr-szájnyálkahártya száraz. Az orrban beszáradt, pörkös, kissé bűzös váladék. A pörkök

eltávolítása után kitűnik, hogy az orr, epipharynx teljesen szabad. A therapiát beszüntetjük. A két turnusban kapott összesen 5.700 r.-t (levegőben mérve). 1939. január 23-án ellenőrző vizsgálat: baloldali arccsonttájék, valamint a gingiva, keményszájpadlás bal oldalon kopogtatásra kissé érzékeny. Egyébként jól érzi magát, spontán fájdalmai megszűntek, tumor az orrban nem látható. Ismét munkaképes. Az arccsonttáji nyomási érzékenység megszüntetésére dr. Lénárt professor úr utasítására a bal oldali nerv. infraorbitalis csatornájába 1 ccm 80%-os alcoholt fecskendeztünk. 1939. márc. 17-én megejtett kontrollröntgen felvételen baloldali sinus maxillaris normalis légtartalmú, lateralis alsó fala az elülső felvételhez képest épnek tekinthető. Jobboldali sinus maxillaris kissé fátyolozott (ez az előrement sinusöblítésekre vezethető vissza). (2. ábra) Jelenleg az orr, epipharynx szabad. Bal orrfélben időnként beszáradt pörkösödés látható. Mérsékelt gingivális érzékenységre jelenleg is fennáll.



2. ábra: Melléküreges röntgenfelvétele a besugárzások után.

Elmondottakat összefoglalva láthatjuk, hogy az orr- és orrmelléküreg-, különösképen az arcüregrákok korai felismerése, rejtett helyzetük, valamint tünetszegénységük miatt, sokszor nehéz. Gyulladásos folyamatok gyakran eltakarják a valódi kórképet. Különböző gyűjtőstatisztikák szerint az esetek fele hosszabb ideig tartó kezelés alatt állott, sőt kisebb műtéti beavatkozásban részesült annélkül, hogy az igazi kórkép felismeréssé vált volna. Quick 136 esete közül a fenti okok miatt 83% volt inoperabilis állapotban. Pedig sebészi szempontból fontos a korai kórisme. Az orrmelléküregrákok sugárkezelése ugyanis rossz eredményeket mutat. A legjobb eredményt a sebészi és sugárkezelési kombinációjából várható. Hogy egyes esetekben egyedül a röntgenkezeléssel is kitűnő eredményt lehet elérni, bizonyítja ezen esetünk. Úgy látszik a kevésbé differenciált tömötté fészkeket alkotó, feltűnően strómaszegény rákféslek — mint amilyen a mi esetünk is — sugárérzékenyek.

Esetünkben a röntgenkezelés befejezése óta 6 hónap telt el. E rövid idő miatt a végleges gyógyulást illetőleg messzebbmenő következtetéseket vonni túlzott optimizmus lenne, mégis a beteg állapotát tekintve, jelenleg gyógyultnak minősíthetjük. Esetünket érdemesnek

tartottam közölni, annak bizonyítására, hogy az általában véve sugárreszistens arcüregrákok között, ha elvétele is, vannak igen sugárérzékenyek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebely Tibor egyet. nyilv. r. tanár.)

Csípőizomzatban keletkezett csontléc.*

Irta: Bakács György dr., egyetemi tanársegéd.

Az ugynevezett csontképző izomgyulladásnak (myositis ossificans) körülírt és egyidejűleg több helyen előforduló (multiplex) alakjai ismeretesek. A körülírt alak rendszerint erőművi behatások nyomán keletkezik. A multiplex alakot az előrehaladás (progressivitas) jellemzi. A szerzők szerint az előrehaladó alak leginkább a gyermekkorban kezdődik, — amint a fentiekben említettük volt — egyidejűleg a test különböző helyein. Leginkább azonban a hátán és a nyakon. A körülírt alakot a comb és felkar izomzatában észlelték leggyakrabban.

A fentiekben jelzett két alak közül sebészeti jelentősége természetesen csak a körülírt (traumás) alaknak van. Rendszerint izomszakadás kapcsán jön létre. Az elhalásos izomszövetben, a szervülő vérömlenyben mézszók rakódnak le, amelyek azután — amint azt Böhle hangoztatja, a myositis ossificans traumatica keletkezése, megelőzése és kezelése című dolgozatában — a működés hatására megfelelő formákat vesznek fel. Ugyancsak Böhle megfigyelései szerint a myositis ossificans traumatica az elszorított sérülés után aránylag hamar kezd kifejlődni a megfelelő esetben. Már három-négy hét múlva észlelt felhős árnyékok formájában izomelmeszesedéseket. Említett szerző megfelelő kezelés mellett ezen korai mézszlerakódások felszívódását még lehetnek tartja; a három-négy hónap óta fennálló esetekben azonban a mézszlerakódást már irreversibilisnek mondja. Goto szerint vérzéses göcök környékén gyakran keletkeznek elcsontosodások tömlőképződéssel egyetemben. Szövettanilag három időszakot különböztet meg: 1. az izomszakadásnak és az aseptikus traumás gyulladásos vérzésnek szakát; 2. a kötőszöveti burjánzás szakát; 3. az elcsontosodás szakát.

Kétségtelen, hogy az izomsérüléseknek csak egy kis részében keletkezik sérüléses myositis ossificans, miért is Mandl úgy gondolta, hogy a rendellenesen fokozott elmeszesedést a mézszanyagcserének belső elválasztásos uton — a mellékpajzsmirigyek útján — történő megváltozásával kiküszöbölhetjük. Szerinte tehát és számos más szerző szerint is az oki tényező nem tisztán mechanikus, vagy traumás alapon nyugszik, hanem a zavart mézszanyagcserének is szerepe van a kórkép létrejöttében. Ezen elgondolás alapján ajánlotta szerző a sósavval történő mesterséges savanyítást, a Bier-féle pangásos kezelést és a mellékpajzsmirigykivonat befecskendezésekkel történő kezelést.

Az előbbieken vázlatosan ismertetett két kórkép közül sebészeti jelentősége csupán a myositis ossificans traumatica-nak van. A szerzők az előrehaladó alak kórjórulátát rossznak tartják és felfogásuk szerint a műtét csak rontja a fennálló állapotot. Ezzel szemben a traumás alakban szenvedő beteg, ha az elcsontosodás panaszokat okoz, előbb-utóbb sebészhez kerül. A baj körülírta folytán sebészileg rendszerint jól hozzáférhető;

*) Előadta: A „Magyar Sebésztársaság” XXV. nagygyűlésén.

illetve a rendellenes csontképződmény kisebb-nagyobb nehézségek árán eltávolítható.

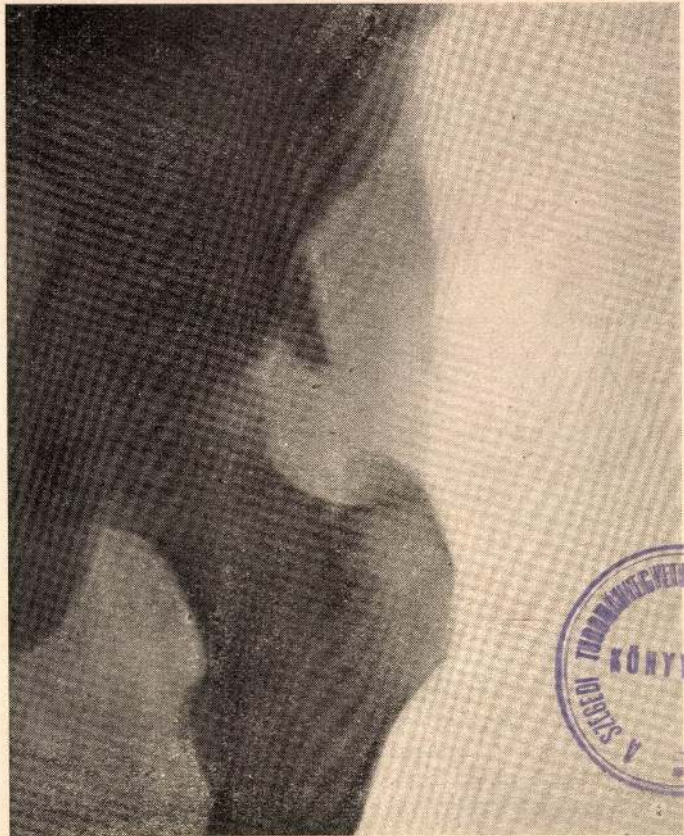
Saját esetemet a Verebélj professzor úr igazgatása alatt álló I. számú sebészeti klinikán 1935. március 8-án volt alkalmam operálni. 30 éves villamoskocsi-vezető 1935. február 27-én keresett fel a klinikán és elmondotta, hogy gyermekkorra óta üzi a labdarúgó sportot. 1934. november elején jobb lábával nagy erővel a labdába rúgott. A rúgáskor a jobb csipő tájon roppanást és heves fájdalmat érzett. Össze nem esett. Oly nagy fájdalmai voltak, hogy a futbalozást azonnal abbahagyta és nálam történt jelentkezéséig többé nem is futbalozott. Fájdalmai a továbbiakban is fennállottak, de azok csak járás közben jelentkeztek a jobb csipő táján. Villamos kocsi-vezetői foglalkozását jól el tudta látni, állás közben fájdalmak sohasem jelentkeztek. A fájdalmak a továbbiakban már nem voltak türethetetlenek. A jobb csipő táján daganatot, avagy a bőr vérvészes elszíneződését, sem a panaszait okozó rúgáskor, sem az után nem vett észre. A futbalozást a járás közben jelentkező fájdalom miatt abbahagyta. Fájdalmai, valamint az a körülmény indította a klinikára jövetelre, hogy újra szeretett volna hódolni kedves sportjának. Arról, hogy a most említett eseten kívül jobb csipő táján bárminemű sérülés érte volna, nem tud. Régebbi betegségről sem tud.

A beteg vizsgálatánál a jobb csipő tájon duzzanatot, avagy elszíneződést nem találtunk. Nyomásra a nagytoport fölött fájdalmat jelez, ugyancsak fájdalmat jelez e helyen az alsó végtagnak a csipőizületben történő mozgatása alkalmával is; a jobb csipőizületben az aktív és passív mozgathatóság minden irányban kis mértékben csökkent.

A röntgen-felvétel érdekes képet mutatott. A nagy toportól az ízvápa széléig vaskos csontléc húzódott, amelynek folytonossága két helyen megszakítottnak látszott. A csontárnyék erőssége a csontléc lefutásának hosszában különböző volt. A felső harmadban a csont-

árnyék kifejezettebb volt, mint a csontléc alsó kétharmadában. (lásd az 1. számú ábrát.)

A beteget Verebélj professzor tanácsára, — aki a beteg baját myositis ossificans traumatica-nak tartotta — 1935. március 8-án operáltam meg, gerincvelő érzéstenítésben.



2. ábra.



1. ábra.

A műtét lefolyása következő volt. A jobb comb felső harmadában a külső részen, a csipő izületnek megfelelően kifelé domboruló ív alakú bőrmetszéssel hatoltunk be. Az izomzaton részben tompán, részben élesen hatoltunk át és felkerestük a nagy toport. A nagy toportól hüvelykujj vastagságú kötőszövetes tokkal borított csontköteg indult ki, amelyet leválasztottunk a nagy toporról, majd részben tompán, részben élesen követtük lefutását és kikészítettük egészen az ízvápa felső széléig. Tapadását itt is átvágva az egész csontlécet eltávolítottuk. Pontos vérzés csillapítás után a sebet rétegesen zártuk.

A beteg elsődlegesen gyógyult sebbel távozott a klinikáról. Fájdalmai teljesen megszűntek; nemcsak foglalkozást látta el zavartalanul, hanem 1935. őszén már ismét hódolt régi kedves sportjának a labdarúgásnak; anélkül, hogy labdarúgás közben fájdalmat vagy mozgásának bárminő korlátozottságát érezte volna.

A beteget a közelmúltban, — 1939 június 2-án — újra vizsgáltam. Teljesen panaszmentes. Az ezen alkalmával készített röntgenképet a 2. számú ábra mutatja. E képen az ízvápa felső szélénél kiálló csontsarkantyú látható, oly helyen, ahol a műtét előtti röntgenkép csak halvány csontárnyékot mutatott. Valószínűleg a csontlécnek az ízváparól történt leválasztása alkalmával visszamaradó, — a műtét idején még tökéletesen el nem meszesedett — része, a műtét óta eltelt több, mint négy esztendő alatt fokozottan elcsontosodott és sarkantyúszerűen kiképződött.

Ismertetett esetünkben — nézetünk szerint — myositis ossificans traumaticaval állottunk szemben, amelyhez hasonló esetet sikerült találnunk az irodalomban. Lengyel szerző Ambross 22 éves footbalista esetét közli, ki játék közben igen erős fájdalmat érzett; rövid idő múlva tovább játszott, de később fájdalmai kiújultak, miért is a pályáról el kellett szállítani. Két év alatt, — mely idő alatt a beteg tovább sportolt — a musculus obturator externusban elcsontosodás fejlődött ki. Ugy hiszem, hogy a mi esetünkben 1934 őszén a beteg fájdalmainak kezdetekor az előbbieken ismertezett rugás kopcsán izomszakadás következett be, s ennek kapcsán a mélyben vérömleny. Az izomszakadás következtében keletkezett vérömleny szervült, majd elcsontosodott. A bevezető részben említettük Böhle vizsgálatait. Szerinte 3—4 hónap elegendő, hogy irreversibilis mészlerakodások jöjjenek létre. Esetünkben a feltételezett sérülés időszakától a műtétig körülbelül 4 hónap telt el, ami említett szerző véleménye szerint elegendő ilyen elváltozás kifejlődéséhez. A csontléc alakját ugyancsak Böhle szerint magyarázva azt a működési alkalmazkodás következtében létrejöttnek kell tekintenünk. Kevésbé valószínűnek tartom, hogy betegünkönél valamely reggeli sérülés, vagy egyéb ok kapcsán fejlődött volna ki csontléc a jobb csipő táján, amely az 1934. őszén elszennvedett sérülés alkalmával csupán törése útján vált volna nyilvánvalóvá. Ez utóbbi lehetőségre csupán a műtét előtt készített röntgenképen látható két folytonossági megszakítás utalna. Ez azonban a csontléc egyenlőtlen mésztartalmának következménye is lehet.

Esetünkben, illetve a műtét után több, mint négy esztendő múlva megejtett utánvizsgálatból az alábbi következtetéseket vonjuk le:

1. A myositis officans traumatica, amennyiben a betegnek panaszt okoz, feltétlenül operálandó.
2. A műtét eredménye, — a késői eredmény is — minden tekintetben kielégítő.
3. Amennyiben a betegnél a régi tünetek újból jelentkeznek, gondolnunk kell az esetleges kiújulásra; miért is ilyenkor feltétlenül röntgen-vizsgálat végzendő. A kiújulás lehetőségét a Mandl által említett mészanyagcserezavar mellett a műtétnél esetleg visszahagyott kötszövetes részek elcsontosodása adja meg.

Irodalom: 1. Ambross: Verknöcherung des M. obturator externus nach Verletzung. Chir. Narz. Ruchu. 10, 99—106. 1937. — 2. Bowers: Myositis ossificans traumatica. J. Bon. Surg. 19, 215—211. 1937. — 3. Böhle: Entstehung, Verhütung und Behandlung der Myositis ossificans traumatica. Chirurg 8, 877—883. 1936. — 4. Dörffel: Über Knocherbildung in Verbrennungsnarben. Münch. med. Wschrft. 1936. II. 1468—1469. — 5. Goto: Zur Kenntnis der sogenannten Myositis ossificans. Arch. f. klin. Chir. 187. 781—794. — 6. Holdack: Über eine seltene Erscheinungsform der Myositis ossificans progressiva. Z. Orthop. 67, 85—104. 1937. — 7. Levander: Über die Ursache der Knochenneubildung. Zbl. f. Chir. 1936. 2010—2011. — 8. Mandl: Beitrag zur Frage der Myositis ossificans traumatica. Zbl. f. Chir. 2314—2317. 1936. — 9. Rapaccini: Osteo-calcificazione post-traumatica del muscolo quadriceps della coscia. Ortop. e Traumatol. Appar. Mot. 9, 115—124. 1937. — 10. Ruckensteiner: Über einen die Muskelsehne röhrenförmig umschließenden Knochenporn. Röntgenprax. 8, 321—322. 1936. — 11. Urechia és Bumbacescu: Sur deux cas de myosite ossifiante localisée. Ann. Med 39, 514—527. 1936.

Az expectin expectorans rövid idő alatt elmulasztja a gőrcsős köhögést is. A légutak gyorsan feltisztulnak, a nyálkakiválasztódás bőséges. A nagyon kellemes ízű cseppeket gyermekek és felnőttek egyaránt szívesen szedik.

A dronban cseppek a furunculosis peroralis kezelésében mint belsőleges antiseptikum kitűnően beváltak. A gyulladások gyorsan visszafejlődnek a hegeképződés rövidesen erélyesen megindul. 10 g-os üvegben mintegy kétheti adagot tartalmaz. Ára csak 2 pengő.

A Kékestető levegőjének szárazsága.

Irta: Kollarits Jenő dr. egyet. c. rk. tanár.

A hazai klimatológiának a Felvidék egyes részeinek visszatérése után is egyik főfeladata marad a Mátra kikutatása. Eddig Réthly és Matits a Kékestető, Genersich Andor és Zinhobel a Somor-rét levegőjét vizsgálta, magam a Somor-rét élettani nedvességét és élettani telítettségdeficitjét számítottam ki. Vizsgálataink a Somor-rét levegőjének száraz voltát derítették ki. Ezt a leletet Győrffy növényteni szempontból is megerősítette. Hiányoztak eddig a Kékestető levegőjének szárazságát bizonyító adatok. Országgh ugyan érintette ezt a kérdést és megállapította 3 év átlagaiból, hogy a Kékestető viszonylagos nedvessége nagyobb, mint a többi megfigyelőhelyeké, a viszonylagos nedvesség azonban önmagában véve nem alkalmas a levegő nedvességi fokának megítélésére. Mörikofer ugyanis már régen kimutatta Davosra, Genersich pedig a mátrai Somor-rétre vonatkozásban, hogy ez az adat az empiria megállapításával ellenkezik. Dorno pedig a viszonylagos nedvességének ebből a szempontból értéktelen voltára példakép hozza fel, hogy Davosban egy ízben július 22-én és október 26-án 40% volt a viszonylagos nedvesség. Milyen nagy tévedés volna azonban az említett két nap nedvességét egyenlőnek minősíteni! Az első esetben ugyanis + 15 C°, a másodikban —4.2 C° volt a levegő hőmérséke, amiért is az elsőben 1 m³ levegő még 7.6, a másodikban csak 2 g páratartalmat tudott volna felvenni a telítettség elérésére.

Ezért a kékestetői levegő száraz voltának megállapításakor nem elégedhettem meg a viszonylagos nedvesség adataival, hanem azokból és a hőmérsékekből kiszámítottam 1932—7. évekre a párányomást mmHg-ban, az abszolút nedvességet g-okban 1 m³ levegőre, az élettani nedvességet százalékban 36.5 C° testhőmérsékre és az élettani telítettségdeficitet g-okban 1 m³ levegőre 36.5 C° testhőmérsékre. A nyert adatokat táblázatba foglalva adom összehasonlítva a Budapest—Rózsadombéival. A klimatológiában kevésbé járatosak számára megjegyzem, hogy a telítettségdeficit számai a szárazabb helyen magasabbak, míg a többiek a szárazabb helyen alacsonyabbak.

A közölt számoknak nincs abszolút fizikai értékük, de összehasonlításra alkalmasak mindazokkal, amelyek egyenlő módon vannak számítva, tehát a Dörr—Schleintáblázat alapján állanak. Minden egyes év minden egyes havának átlagaiból tehát 72 hőmérsék és 72 viszonylagos nedvességből indultam ki. Pontosabb lett volna napi 3—3 adatot venni alapul, de ez esetben 32.400

A Kékestető és a Rózsadomb levegőszárazságának összehasonlítása az 1932—37. évek havi és évi átlagaiban.

Tényező	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Év
Relatív nedv.	82	73	69	63	62	63	59	64	67	76	82	86	71
	84	88	84	79	74	75	79	81	87	90	91	91	82
	2	15	15	16	12	12	16	15	14	11	8	5	11
Párányomás	3.64	3.68	5.13	6.0	9.30	10.87	17.32	11.93	10.20	7.78	5.65	4.31	7.61
	2.91	2.96	3.74	5.19	7.46	8.60	10.70	10.13	8.78	6.44	4.57	3.48	6.25
	0.73	0.72	1.39	1.31	1.84	2.27	1.52	1.80	1.42	1.34	1.08	0.83	1.36
Abszolút nedv.	3.83	3.88	5.29	6.61	9.26	10.74	12.05	11.74	10.15	7.91	5.66	4.54	7.66
	3.13	3.19	4.04	5.40	7.59	8.69	10.56	10.18	8.90	6.65	4.81	3.80	6.41
	0.70	0.69	1.25	1.21	1.67	2.05	1.49	1.56	1.25	1.26	1.05	0.74	1.25
Élettani nedv.	8.94	9.06	12.36	15.43	2.03	25.08	28.16	7.42	23.71	18.47	14.08	10.59	17.94
	7.31	7.44	9.44	12.61	17.73	20.30	24.67	22.95	20.78	15.53	11.25	8.88	14.91
	1.63	1.62	2.92	2.82	4.30	4.78	3.49	4.47	2.93	2.94	2.83	1.71	3.03
Telítettség deficit	38.99	38.93	37.52	36.21	33.38	32.07	30.76	31.07	32.66	4.90	36.78	38.27	35.13
	39.68	39.63	38.77	37.41	35.22	34.12	32.25	32.63	33.91	36.16	38.00	39.01	36.40
	0.69	0.70	1.25	1.20	1.84	2.05	1.49	1.56	1.25	1.26	1.22	0.73	1.27

1 Rózsadomb, 2 Kékestető

számítást kellett volna végezni és mégsem kaptam volna physikailag abszolút értékű számokat. Ezt azért kellett elmondanom, mert további összehasonlítás az én adataimmal csak ugyanilyen eljárással lehetséges.

A táblázatból kitűnik, hogy a páranymás, az abszolút nedvesség, a 36.5 C° testhőre számított élettani nedvesség és a telítettség deficit minden hónap 6 évi átlagában a Kékestetőnek a Rózsadombon felülálló szárazságát bizonyítja. A hat évi átlagok alapjául szolgáló — itt rövidség okáért nem közölt — 72 egyes havi átlagok pedig azt mutatják, hogy ugyanez a nagyobbfokú szárazság a 6 év 71 hónapján megvolt. Egyetlen egy hónap viselkedett kivételesen másképp, nevezetesen az 1935. év szeptembere, amikor a Kékes-tető levegője nedvesebb volt, mint a Rózsadombé:

	Páranymás	Abs. nedvesség	Élettani nedvesség	Telítettség deficit
Rózsadomb:	9.40	9.39	21.93	33.42
Kékestető:	9.70	9.85	23.01	32.96

Genersich Andor jogosan hivatkozik arra is, hogy a magaslaton a vízgőz nyomása jobban fog, mint amennyire a levegő alkotórészei egyébként ritkulnak. A minket jelen esetben érdeklő 1000 m. magasságban a vízgőz nyomása 70%-a, a levegő nyomása pedig 89%-a a tengerszintinek. Minthogy pedig a viszonylagos nedvességből és a levegő hőmérsékletéből először a páranymást számítjuk ki, abból az abszolút nedvességet és az élettani telítettségdeficitet, következik, hogy a valóságos helyzet a magaslatra még a nyert számoknál is kedvezőbb.

A Somor-rét és a Kékestető összehasonlítására rövidség okáért csak az évi átlagok különbségeit közlöm. Ezek szerint a Kékes-tető viszonylagos nedvessége az 1932—37. évek átlagában 5%-kal volt nagyobb, a páranymás 0.56 mm Hg-val, az abszolút nedvesség 0.52 g.-mal, az élettani nedvesség 1.27%-kal volt kisebb, az élettani telítettségdeficit pedig 0.52 g.-mal volt nagyobb. Az összehasonlított 72 hónap közül 18 esetben a Somor-rét, 54 esetben a Kékes-tető volt valamivel szárazabb.

IRODÁLMII SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Atypusos anaemiák. W. Tischendorf. (Z. klin. Med. 136. 2.) Három eset lefolyását ismerteti. Thrombopeniával és leukopeniával járó hypochrom anaemiát észlelt nyolc éven át, amely kezdetben jól reagált vasterápiára. Később vassal nem befolyásolható, a régebben jól reagáló csontvelő is atrophia képét mutatja. A második eset colitissei kapcsolatos enyhén makrocytaer anaemia, a betegnek négy évvel előbb terhesség alatt súlyos hypochrom anaemiája volt. A harmadik eset a szerzett haemolytikus anaemiák Lederer által ismertetet csoportjába sorozható: subicterus, nagy lép, makrocytosis (15—45.000) fiatal alakokkal volt észlelhető. Vas és májterápia eredmény nélkül, három transfusio után teljes gyógyulás. (G. 66.)

Wallner Emil dr.

Bélfergek hatása a máj kivonatok anti-perniciosa factorára. Bonsdorff. (Acta med. Scand. 100. 3—5.) A bélfergek által okozott anaemiák mechanizmusa ma sem tisztázott. Azon felfogás, amely az anaemia okát a bélfergek által termelt csontvelőbénító, vagy haemolysáló anyag jelenlétében kereste, nem bizonyult valósnak. Májkészítmények a féreg eltávolítása nélkül is meggyógyítják az anaemiát. Mint ismeretes a bélfergek egy része (diphyllobothrium latum) az

anaemia perniciosa-hoz teljesen hasonló anaemiát hoz létre. Ugy látszik azonban ahhoz, hogy a féreg anaemiát létre hozhasson konstitúciós tényezők is kelljenek. Így pl. Japánban a diphyllobothr. 1. bár igen elterjedt, féreganaemiát még sohasem észleltek, a cryptogen perniciosa Japánban azonban szintén rendkívül ritka. A szerző azt vizsgálta jelen kísérleteiben, hogy bélfergeknek, illetőleg azok kivonatainak van-e valamilyen hatása májkészítmények vérképző hatására. Ezen célból májkészítményeket hozott össze bélfergekkel, utána a megfelelően tisztított készítményt beadta biztosan perniciós betegeknek. A kísérletek eredménye szerint a bélfergek a máj készítményre teljesen hatástalannak bizonyultak, azok vérképző hatásukat változatlanul megtartották. Ezek szerint a bélfergek által okozott anaemia oka nem lehet az antiperniciosa factornak a bélfergek által okozott elpusztítása. (G. 67.)

Gömöri Pál dr.

Adrenalin-leukocytosis, mint funkciós próba. C. H. Behr. (Z. Klin. Med. 136. 2.) Normális egyéneken 0.7 mgr supra-renalín s. c. injectiójára hatvan perc alatt lezajló kifejezett leukocytosis következik be, melyben a lymphoid és neutrophil sejtek egyformán vesznek részt. Ezt a reakciót vérképzőszervi elváltozásokkal kapcsolatban vizsgálva szerző arra az eredményre jut, hogy a plastikus anaemiák, agranulocytosis, panmyeloptisis eseteiben a leukocytosis kisfokú és ez is csak a lymphoid sejtekre szorítkozik. A leukopoetikus rendszer hyperfunctióiban (leukaemia, gyulladáso eredetű leukocytosis) a reactio kifejezett és a neutrophil sejtek túlnyomó megszaprodásában nyilvánul. Az adrenalin-leukocytosis fentiek szerint a leukopoetikus rendszer funkciós állapotának, myeloid vagy lymphoid irányú beállítottágának jelzője lehet. (G. 65.)

Wallner Emil dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles (Findeisen) László.

A csukamájolaj-gypskötés szerepe a sebkezelésben. Burgass. (Bruns. Beitr. 168. 3.) Két éven át 500 baleseti sérültön alkalmazta a csukamájolaj (Unguentolan) rögzítő-gypskötést. Eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze: Az említett kezelési móddal még a súlyosan szennyezett sérülések esetében sem fordul elő másodlagos, terjedő fertőzés. A nagy szövetelhalással járó sérülések is feltűnő szép heggel gyógyulnak és zsgorodást később is alig mutatnak. A 24—48 órára közbeiktatott nyitott kezelés, melynek célja a seb száradása, csak gyorsítja a behámosodást. A ritkán jelentkező felületes bőrmaceratiók por-kezelésre gyorsan lezajlanak. A granulatio a sebszélek felől igen gyorsan megindul és a felette képződő vékony genyréteg ezt semmikor sem befolyásolja hátrányosan. A feltűnő jó eredményt azonban nemcsak a kenőcsben lévő vitaminoknak és zsírsavaknak kell tulajdonítani, hanem a nyugalmahelyezésnek, a ritkább kötés-változásnak, valamint a keletkező hyepreaemiának. Előnye továbbá, hogy a kenőcshöz semmiféle chemicalia hozzákeverve nincs, mely izgatató hatású volna. Löhr érdeme marad ennek a mindjobban terjedő gyógyeljárásnak kidolgozása és alkalmazása. (F. 37.)

Fedeles Findeisen László dr.

A lép extra- és intralialis aneurysmájának kérdéséhez. Günther. (Bruns. Beitr. 168. 3.) Az arteriák falában bekövetkező sklerotikus elváltozások és aneurysmák a lép arteriarendszerének mind extra-, mint intralialis részében bekövetkezhetnek. Az aneurysma megrepedésekor az egyik esetben a vérzés a szabad hasüregbe történik, máskor a lép állományába, amit az ú. n. spontán lépmedek követ. Vannak esetek, mikor a sklerosis és aneurysma ú. n. chronikus spogodon léptumorrall együtt fordul elő, mint pl. malariában. Szövettanilag a lép ilyenkor a typusos fibrosis képét mutatja. Több eset ismertetése. (F. 36.)

Fedeles Findeisen László dr.

A balesetek utáni végtagsconkolásokról. Angerer. (Bruns. Beitr. 168. 3.) 503 végtagsconkolásról számol be, amelyeket balesete okozta sérülések után végzett. A legsúlyosabb sérülések alsó végtagokon nagyobb számban fordulnak elő, mint a felsőn és ugyancsak ezek veszélyeztetik nagyobb százalékban a sérült életét. Az alsóvégtag igen súlyos sérülései alkalmával a halál oka a shok és a rendszeres jelenlévő putrid sebfertőzés valamint a gázoedema együttesen szokott lenni. A prophylactikus adott tetanusantitoxin jó

hatását bizonyítottanak veszi, mert 503 esetben egyetlen tetanusos fertőzés sem fordult elő. A sérült arteriák varratát minden esetben megkísérlendőnek tartja. (F. 35.)

Fedelez Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horváth Kornél és Benedek Andor.

Szívbillentyűbántalom és a terhesség. G. W. Parade. (Münch. Med. Wschr. 1939. 18.) A vitiumos terhes asszony betegségének kórjósolata több tényezőitől függ: 1. A vitium alakja: aorta insufficiencia rendesen sokáig jól compensált és mindaddig a szervezet nagy erőfeszítésekre képes. Ha azonban decompensálódik, a compensatio felé nehezen terelhető vissza. Mitralis insufficiencia, különösen ha izolált, vagy nem is a billentyű betegsége, hanem a papillaris izmok gyengesége okozza, a terhesség alatt igen ritkán decompensálódik. Komoly jelentőségű a mitrastenosis, melynek következtében még a compensatio alatt is van pangás a kisvérkörben, ehhez hozzájárul a terhesség kiváltotta keringési zavar és így könnyen decompensálódik; a terhesség alatt igen nehezen hozható újra compensatio. Aorta stenosis és terhesség együtt ritkán fordul elő. Kombinált vitium kórjósolatát a domináló alak dönti el.

2. A szervezet haemodinamikai állapota. Eszerint (Langer és Jaschke) a vitiumos terhesek 3 csoportra oszthatók: I. Teljesen decompensáltak (a betegek 60—70%-a), ezek rendszeren szívbetegségről nem is tudnak. A terhességi panaszok talán valamivel súlyosabbak. Gyakori ellenőrzés szükséges. Intézetit szülés célszerű, de zavar a szülés és gyermekágy alatt igen ritka. II. Labilisan compensáltak (15—20%), olyanok, akiknél terhességen kívül is jelentkezik nagyobb megterhelések után zavarok, dyspnoe, oedemák. E zavarokat természetesen a terhesség is kiváltja. A terhesség subjectivén is sok zavart okoz. Az első terhesség és szülés általában komoly baj nélkül folyik le, a második és harmadik azonban már rendszeren súlyos zavarra vezet. Állandó orvosi ellenőrzés mellett chronikus digitalis kezelésre szorulnak. Szülésük intézetben vezetendő le. III. Decompensáltak (10—14%). A decompensatio lehetőleg korán megállapítandó, valamint az is, hogy a gyógyszeres kezelés mellett, a terhesség megtartható-e? Ha a beteg állapota rossz, a gyógykezelés eredménytelen, vagy a keringés a compensatio után újra decompensálódik, a terhesség idejében megszakítandó.

3. A szívizomzat állapota. Mindazok a körülmények, melyek a szívizom állapotán ronthatnak, természetesen a vitiumos terhesség kórjósolatát rosszabbítják. Ilyenek a fertőző betegségek, focalis infectio. (Tonsillák, ha csak gyanúsak is, eltávolítandók, fertőzött fogak kihúzandók).

Természetesen súlyossá teszi a kórjósolatot az, ha a terhesség folyamán a szív részéről jelentkezik szövődmenyek. Endokarditis recurrens, új endokarditis, arhythmia perpetua, vagy thrombus leszakadása a szívpitvarból mindamellett nem szükségképpen követelik a terhesség azonnal megszakítását. Egyrészt azért, mert ilyenkor nem célszerű semmilyen műtét végzése, másrészt ezeknek megszűnése után — ha a többi körülmény is amellett szól, — megfelelő gyógykezelés mellett a terhesség esetleg már megtartható. (H. 19.)

Csüllag Miklós dr.

Gonococcus-kultúra alkalmazása a nőgyógyászatban.

Rüther. (Geburtshilfe u. Frauenheilkunde. 1939. 4.) Rejtett gonorrhoeás megbetegedések esetén a tenyésztési eljárás jelentőségét hangsúlyozza a betegség felismerésében és a prognózis felállításában. A tenyésztés fontossága mellett szólnak azok a tapasztalatok, hogy néha idült gonorrhoeás cervixhurut mellett csak elvéve találunk a kikent készítményben gonococcusokat, vagy pedig néha csak degeneratív alakok vannak jelen, melyekből a gonorrhoea sokszor nem ismerhető fel, akkor ha csak kikent készítményből akarjuk a betegséget diagnosztizálni. A tenyésztéshez platinkaccsal veszünk váladékot az urethra nyílásból, vagy a cervixből, steril következmények mellett és utána 3 Petri csészébe kiöntött ascites-vérágarra oltunk, 24—48 óra múlva a jellegzetes koloniák alapján, vagy kikent készítményben Gramfestéssel pontosan megállapítható a betegség jelenléte. (B. 61.)

Babos István dr.

A gyermekági sepsis. Heynemann. (Geburtshilfe u. Frauenheilk. 1939. 4.) Gyermekági sepsisről csak akkor beszélhetünk, ha a gyermekági alatt a szervezetben rejtőző gócból a kórokozók a vérpályán, vagy nyirokereken keresztül elárasztják a szervezetet. Míg ezt a gócot meg nem találjuk, a diagnosis, a gyógyítás és a prognózis helyessége kétséges. Az esetek kb. 75%-ában a góc a medencebeli vé-

nákban, 15%-ában pedig az endocardiumon található. A sepsis oka leggyakrabban staphylo-streptococcus, ritkábban coli és gázbacillus. Legveszélyesebb a streptococcus haemolyticus okozta sepsis. A diagnosis felállításában a folyton ismétlődő hidegrázások, a vérből vagy vizeletből kitenyészthető bakteriumok segítenek. A különböző bakteriumok jellegzetes tüneteket okoznak. Így a gázbacillus okozta sepsisnél a bőr icterusos, cyanotikus, a vizelet vörösbarna, a vésavó barna. Ezenkívül gyakran anuria lép fel és a vizeletben megtalálhatók a mozdulatlan, Gram-positív pálcák. Streptococcus haemolyticus esetében izületi fájdalmak, izületi gyulladás vagy genyedés, valamint bőr-exanthemák jellegzetesek. Staphylococcus sepsisben bőr, izom és egyéb szervek tályogjait láthatjuk. Anaerob streptococcus tüdőfolyamatokat, thrombophlebitist okoz. Colisepsisnél jellegzetes a 41—42° C-ra felmenő hőmérséklet, herpes labialis. Sepsisre gyakraként ha az általános állapot leromlott, hidegrázás vagy magas continua láz lép fel, a nyelv száraz, a pulsus alig tapintható, majd fejfájás, álmatlanság, tarkófájdalom, delirium lép fel. Gyakran icterus, szemfenéki vérzések, esetleg léptumor észlelhető. A diagnosis megerősítése miatt a bacteriologiai érvizsgálat, prognózis szempontjából pedig a bakterium identifikálása fontos. Endocarditis esetében a prognózis rossz. Thrombophlebitisnél 75% a mortalitás, a gyakori előforduló tüdőembolia miatt. Leromlott állapot, szapora, alig tapintható pulsus, rossz prognostikai jel, viszont az ellenkezője prognózis szempontjából jó. Vérképből és a bakterium virulencia meghatározásából prognózis nem állítható fel. Therapia fő célja a fertőző góc kiirtása. Ha ez nem lehetséges, a kezelés csak tüneti. Tályogok megnyitása vagy pungálása stb. thrombophlebitises véna lekötése jöhet szóba, amely utóbbi azonban legtöbbször eredménytelen. Konzervatív kezelés alapelve a beteg ellenállóképességének fokozása, jó táplálás, analeptikumok, bőséges folyadékfelvétel biztosításával. Transfusio sokszor életmentő. Ezek mellett a különböző gyógyszerek kisebb jelentőségűek. Legfontosabb azonban a helyes prophylaxis: a legszigorúbb asepsis és antisepsis a terhesség utolsó idejében, valamint a szülés és gyermekágy alatt. (B. 62.)

Babos István dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

A szem mustárgázsérülésének kezelése. Heinsius. E. (Klin. Mbl. Augenhk. 102. 6.) Szerző különböző szerek védő hatását vizsgálta számos állatkísérletben. Lényeges különbség a chloramin, káliumpermanganát vagy nátriumbikarbonát oldat közt nem található. Korai és bő öblítésnek ellenére a szaruhártya súlyos folyamata nem kerülhető el, noha a használt yperit mennyiség igen kevés volt (0,001 ccm tiszta olajos mustárgáz). Igen hatásosnak találta a dichloramin chlorozott diphenylatherben oldva (1/4—1/2%). Ez az alkalikus szemkenőcsnél is jobbnak bizonyult. Mivel emberen használna fájdalmas, kokaint ajánl, melytől semmi káros hatást nem tapasztalt — szemben az eddigi tapasztalatokkal. Gyakorlati felhasználás: zsebhen hordozható csomagban 5%-os kokain és 0,1%-os dichloramin oldat, melyek mustárgáz sérülés után azonnal becéppentendők. Nyilat-szik e szer megakadályozza a súlyos szemgyulladás kifejlődését. Későbbi szakban dionin és csukamájolajkészítmény jön szóba. (G. 60.)

Grósz István dr.

A szem carbol étetése. Winkler. (Klin. Mbl. Augenhk. 102. 6.) Az arc és mindkét szem súlyos maródása kapcsán a felszívódott phenol muló diffuz verelésiöt és hämolytikus vérszegénységet okozott. Therapia: öblítés óránként langyos konyhasó oldattal, közben hämvédő A-vitaminos és dioninos kenőcs. Eredmény 5/25, ill. 5/7 látásélesség. A hallei klinika a konzervatív álláspontot képviseli és nem hive a Denig féle korai nyálkahártya átültetésnek. 250 maródás (mész, lüg stb.) esetük 5/7—5/4 látásai gyógyult átlagosan. Az esetek 2%-ban következett be vakság. Thies ezzel szemben a korai műtét fontosságát hangsúlyozza minden súlyos étetés; ez a kezelés lényeges megrövidülését hozza magával. A konzervatív kezelés hosszadalmas és nagy ápolószemélyzetet kíván. (G. 59.)

Grósz István dr.

A normális és beteg nyúlszem hőmérsékleti viszonyai. Schmidt. (Klin. Mbl. Augenhk. 102. 6.) Thermoelemmei mérte különböző hőeljárások után a szem egyes rétegeinek hőmérsékletét. A normális nyúlszem befolyásolása nagymértékben lehetséges száraz, nedves hő, valamint rövid hullám

(ultra-pandoros, 6 m) utján. Utóbbi révén az üvegtestben 10–50 perc után 3.4°-os emelkedést észlelt. Negyedórát meghaladó besugárzás esetén — az érhártya szabályozása következtében — a hőmérséklet esik, tehát a retina megégésétől nem kell félni. A fűtés kisfokú emelése a szemhéj megégésével jár. Enélkül a szem belseje sem „fűthető” fel veszélyes módon. A *gyulladt szem* 2°-al magasabb hőmérsékletét a hőeljárások oly módon emelik, mint ép szem esetén. (G. 58.)

Grósz István dr.

Basedowos szemkidülledés sebészeti kezelése. *Layani* stb. (Presse Med. 939, 57.) Pejzsmirigy kiirtás után visszamaradó exophthalmus esetében a nyaki sympathikus novokain blokkja a kidülledés ideiglenes megkisebbedését eredményezte. A középső nyaki ganglion kiirtására az exophthalmus azonnal megszűnt; a ganglion stielatum kiirtása hatástalan. A felső nyaki ganglion helyett a középső kiirtása hatástalan. A felső nyaki ganglion helyett a középső kiirtását javasolták. Táplálkozási zavarokat a szem és bőr részéről nem észleltek. (G. 57.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Infectiókhoz társult staphylococcus aureus haemolyticus által okozott scarlatiniform exanthemák. *Dohmen*. (Klin. Wschr. 1938. 48.) 3 esetet közöl, amelyek mindegyike a scarlatina tipikus klinikai képét mutatta (láz, kiütés, toroktünetek, hámlás, eosinophilia). 2 beteg anamnesisében szerepelt már scarlatina. Tekintettel arra, hogy a fenti 3 betegnek ugyanekkor sebfertőzése volt, amelyet a staphylococcus aureus haemolyticus okozott, ezt a kórokozót keresték és meg is találták az illető beteg orr- és torokváladékában. Streptococcus haemolyticus nem tudtak kimutatni. Ugyanekkor a scarlatserummal végzett kioltás negatív eredménnyel, a staphylococcus-savóval végzett pedig pozitív eredménnyel járt. Szerző élesen elkülöníti a scarlatinát a scarlatiniform exanthemától a különböző aetiológiai factorkok alapján és valódi scarlatinának csak azt fogadja el, amelyben a streptococcus haemolyticus jelenléte biztosan kimutatható. (K. 101.)

Farkas Éva dr.

A gyermekkori cukorbetegség depot-insulinnal való kezeléséről. *Linneweh és Eitel*. (Klin. Wschr. 1938. 17.) Vizsgálataikat a Bayer-féle „Depotinsulinnal” végezték. Azt találták, hogy a vércukorgörbe jóval kisebb napi ingadozásokat mutat és sokkal szabályosabb lefutású depot-insulinnal, mint a közönséges insulinnal történő kezelés alkalmával. Az insulín vércukrot csökkentő hatása egyes esetekben egészen másnap reggelig, szóval a következő adag insulín-injectióig tart. Ennek következtében a vércukor általában sokkal mélyebb szinten stabilizálható, mint a közönséges insulín esetén és a legtöbb esetben a glykosuriát is meg lehetett teljesen szüntetni a hypoglykaemia legcsekélyebb veszélye nélkül. A cukortolerantia is megnőtt, úgy hogy a depot-insulint nagyon értékes szernek tartják a diabetes kezelésében. (K. 100.)

Geldrich János dr.

A vércukorcsökkenés nyomán kifejlődött psychés zavarok. *Duken*. (Mschr. Khk. 77.) Néhány diabeteses betegen különös psychés zavarokat észlelt normális, ill. kissé hypoglykaemiás vércukorérték mellett. Ezek a psychés zavarok részben amentióból, máskor órákon keresztül tartó sírógörcsökből, ismét máskor pedig többé-kevésbé ártatlan sensoriumzavarból állottak. Cukorra ezek az állapotok nem szűntek meg, csak 2–3 órai fennállás után múltak el mindenek szerint teljesen spontán. Ezért nem is tudja keletkezésüket tisztán hypoglykaemiával megmagyarázni s felveszi, hogy a cukorcsökkenésen kívül valami centralis zavar is szerepelhet ezen állapotok létrehozásában. (K. 99.)

Geldrich János dr.

Adatok a mellkasi szervek röntgenvizsgálatának technikájához a gyermekkorban. *Schall*. (Mschr. Khk. 77.) A röntgenátvilágításnál nem elégszik meg a szokásos sagittalis, ill. frontalis irányban történő átvilágítással, hanem forgatja a gyermekeket, úgy hogy egy teljes körforgás 0°–400°-ig terjed, tehát 50°-nak egy nyolcad fordulat felel meg. Ezzel a technikával olyan elváltozások is észrevehetőek, amelyek különben figyelmünket elkerülték volna. (Pleuritis mediastinitis, interlobaris exsudatum, thymus hyperplasia,

stb.) A gyermekek forgatásához egy külön készüléket konstruált, amely bármilyen röntgenkészülékre felszerelhető. (K. 18.)

Sonnauer Péter dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

A Holmgren-féle otosklerosis-műtét demonstrálása majmokon. *Nager*. (Acta Oto-Laryng. XXVII. 4.) *Holmgren* 1936-ban Berlinben közölt műtétei nagy sikert arattak, de ahhoz, hogy definitív eredményről lehessen szó, szükséges volt a mesterséges hallási-fistula sorsát figyelemmel kíséreni. Szerző *Holmgren*nel egyetemben majmokon végzett ilyen műtéti kísérleteket, mivel az állatok csontos labyrinthusa leginkább hasonló az emberéhez. A megfigyelések azt mutatták, hogy az ivjáratokon készített mesterséges ablak bizonyos idő elteltével (23–365 nap) a legtöbb esetben csontosan záródott és csak kivétel képen záródott hártýasan, ami az eredmények szempontjából a legideálisabbnak látszik. Ha hámleányeket ültettek a sebüregbe, a csontképződés nem volt olyan gyors és erős, de az elzáródás ellen eddig a legjobbnak a rádiumbehelyezés bizonyult. (A. 52.)

Ajkay Zoltán dr.

Hypovitaminosis okozta elváltozások a nyelven, a szájnálkahártyán és ezek gyógykezelése. *Griebel*. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr. 1939. 347–251.) Az elváltozások egyrészt hypertrophiák, másrészt gangraenás fekélyek alakjában jelentkeztek a száj- és ajak nyálkahártyáján. B-vitamin adagolására az elváltozások megszűntek. Szerző szerint a Möller-féle glossitis, a Hunter-glossitis, a pellagra is vitamin hiányon alapuló betegség. Szerző hangsúlyozza, hogy a betegeknek a vitamint nagy adagokban kell adni, részben szájon át, részben injectiók formájában. (A. 50.)

Ajkay Zoltán dr.

Nátha alvás közben. *Tsukamoto, Hirugawa és Kurita*. (Mschr. Ohrenheilk. Bd. 73. H. 6.) A heveny, szövödménymentes nátha alvás közben nem rosszabbodik; (orrváladék felszaporodás, orreludugulás), sőt szerzők megfigyelése szerint a tünetek inkább enyhülnek. Alvás alatt az ornyálkahártya érzékenysége, továbbá a fokozott váladékelválasztás csökken, viszont az izzadáselválasztás az ágy melege következtében fokozódik, ami a szervezet folyadékvesztéséig vezet. A meleg által kiváltott testfelületi értágulat és a fokozott izzadáselválasztás csökkenti az ornyálkahártya secretióját. (56. sz.)

Gergely Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Az idegsyphilis egyidejű vegyi és hőkezelése. *Albéric Maric*. (Bul. Soc. Franç. Derm. et Syph. 1939. 2.) Lázkeltségű vaccina és arsenobenzol együttes alkalmazására bizonyos esetekben az idegrendszeri syphilis meggyógyul, de ez az activ láz erősségre és időtartamra nem éri el a szervezet külső megítélése útján keletkező passiv lázat, ahol az alkalmazott hőforrás szerint (rövidhullám stb.) a hő 41.6 C-ra is felhaghat és kívánt ideig fenntartható (5–7 óra.) Hogy a vaccinák ingerhatását is kihasználja, a két lázféleséget felváltva együtt alkalmazta, arsenobenzol egyidejű adagolásával. (chemiai-vaccinalis-physikai hőkezelés). Az ilyen kezelés fokozza a szervezet védekezését a sejtek egyensúlyának a megzavarásával, kihasználja a spirochaeta hő iránti érzékenységét, növeli az arsenobenzol hatását, az agyhártyák átteresztőképességének a fokozásával. Az eljárás szerinte előnyösebb az ojtási malariánál, mert gyorsabb javulást ad, kevesebb a halálozási szám és fennjárva elvégezhető. (Sz. 47.)

Dósa András dr.

Purpura solaris Ch. Berlin. (Acta. Derm.-Venerol. 1939. XX. 1.) Eddig ismeretlen tünetcsoport 25 esetét ismerteti. 24 esetben Európából Palesztinába több éve bevándorolt s mindig fehérbőrű szőke, kékszemű egyénekéről van szó, kiken a napsugaraknak kitett barna-vörös színű rendszerint szeplős, néha isoialtan teleangiectasiás ráncos, s olykor atrophias bőrtünetek a fedett bőrterületektől élesen eltértek. Ezek a területeken elsősorban a kezét radiocarpalis részén, továbbá az első ujjperceken, az akkor distalis felén, az arcon és fülön jelentéktelen traumákra különböző nagyságú (tűszúrás, babszem) és alakú vereségek keletkeztek, melyek hosszú fennállás után is pigmentatio hátrahagyása

nélkül gyógyultak. A vérzést elő lehetett idézni a hüvelyk-ujj körmével gyakorolt mérsékelt nyomás által (köröm-tünet). A purpura solarisban szenvedők többsége 40–70, a legfiatalabb 27 éves volt. A betegek túnyomó része foglalkozásánál fogva sokat tartzkodott szabadban. Rumpel—Leede tünet negatív volt. Thrombocytaszám inkább csökkentnek bizonyult. Subjectív tünet az elváltozást nem kísérte. Biochemiai, serologiaivizsgálatok negatív eredményt adtak. Szövettanilag az epidermis elvékonyodása, a papillaris réteg kisimulása volt jellemző. A coriumban homogen colloid anyag jelent meg, mely gyakran a capillariskat zárta körül. A Seller leírta purpura papulosa aestivalis és a Batema-, Unna-, Fasini-féle senilis közül az utóbbi áll *Berlini* kórképéhez legközelebb (Sz 72.)

Emödi György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Effect of chronic vitamin E deficiency on the nervous system and the skeletal musculature in adult rats. Lárus Einarson és Axel Ringsted. [E-vitamin chronicus hiányának hatása felnőtt egér idegrendszerére és törzsizomzatára. (Lewin and Munksgaard. Copenhagen, 1938. 163 l. 2 táblamelléklettel és 95 ábrával.)] A szerzők közül 1935-ben Ringsted beszámolt felnőtt egereken észlelt ideges zavarokról, mely hosszú időn át E-vitaminmentes diétán volt. Ez alkalommal a szerzők felhívják a figyelmet az A-vitaminmentes diéta hasonló hatására, megállapítván azonban a sarkalatos különbséget is: az A-egerekkel szemben az E-egereken petyhüdt bénulás és ataxia volt a szembeugró vonás. A szerzők 4 stadiumot különböztetnek meg, ezek: 1. a mozgásbeli incoordinatio; 2. a törzs és az alsóvégtagok kifejezett sorvadása; 3. ez utóbbi tovább fokozódik hypaesthesia és hypalgesia kíséretében; 4. teljes mozdulatlanság. Szerzők egy diagrammban rögzítik a gerincvelő részéről mutató elváltozásokat. A legelső degeneratív elváltozások a gerincvelői hátsó gyökereket illetik, melyek az első és a második stadiumban láthatók. A degeneratio második phasisa a gerincvelői mellső szarvak bántalma, mely megmagyarázza az előre haladó súlyos izomsorvadást; nem csupán az ittlévő idegsejtek, hanem a mellső gyökerek súlyosan betegek. Ehhez képest az előrehaladó izomsorvadás gerincvelői eredésű; a környéki idegrostokban az afferens szájak többnyire bántalanok. A degeneratio harmadik phasisa a pyramispálya részéről mutatkozik részleges formában. Összegezésben olyan központi folyamatról van szó, melynek kórbonctani képe két fontos rendszer bántalmára vall, mely az emberen a tabes dorsalis és az atrophica muscul. progressiva képét adja. Abban a néhány esetben, amelyben a pyramispálya is bántalmazottnak mutatkozott, a kép inkább az amyotrophia lateralisklerosisnak felelt meg. Érdekes körülmény, hogy a csigolyaközi dúcok sejtjei igen gyenge, jelentéktelen elváltozásokat mutattak, melyek inkább retrograd reactionok voltak tekinthetők. A kórképet uraló izomsorvadásokat neurogeneknek tekintik, bárha nem tudják egészen kizárni az izomdystrophia szerepét és ebben az esetben kevert kórszarmazás szerepelne: dystrophia amyotrophia lateralisklerosisal. Befejezésül nézetük szerint az E-vitaminhiány egyrészt az amyotrophia lateralisklerosis és az izomdystrophia, illetve valószínűleg még a tabes dorsalis kifejlődésében magyarázatul szolgálhat; ugyanis nagyon valószínű, hogy azokon az embereken fejlődhetik ki a nevezett rendszer bántalma, kiknek idegrendszere constitutionális labilitást mutat nagyobb E-vitaminigény tekintetében.

A szerzőknek eme fejtegetéseivel szemben azt a lényegi kérdést kell feltennünk, hogy az egereken előállítható akár amyotrophia lateralisklerosis, akár tabesszerű kórkép mennyiben hozható a megfelelő emberi kórképpel kapcsolatba, mert szemelőtt kell tartanunk azt Schaffer által tett felismerést, hogy a rendszerbántalmak során szigorúan két rendbeli bántalmat kell megkülönböztetnünk, endogent és exogent, az első az átöröklődő neurogen rendszerbántalom, az utóbbi mérgek, fertőzések következtében előállított imitáló rendszerbántalom. E két rendbeli bántalom lényegi különbségen alapszik, amelyet egy áthidaló bántalom köthet össze és ez a neurotrop rendszerbántalom, amire példa a poliomyelitis acuta anterior. (Környei, Pette). Itt a filtrálható vírus egyenesen a mozgató magvakat: a központiakat a mellső központi tekervényben és a környékieket, a nyúlt-gerincvelői magvakat támadja meg, tehát épúgy electivitást mutat, mint az endogen rendszerbántalom, az amyotrophia lateralisklerosis, mely úgy idéz elő rendszerbántalmat, hogy az egész idegrendszerből kikeresetten egy, két vagy három rostrendszer eredő magvát támadja meg velenemzett gyenge-

ség, abiogenesis alapján. Ez a neurotrop rendszerbántalom abban különbözik a neurogen rendszerbántalomtól, hogy az exogen virus az ereket és hárttyákat is megtámadja crös, lobos folyamat alapján, míg a neurogen rendszerbántalom abszolút szabadon hagyja az ereket. E megjegyzéseinkkel kapcsolatban utalnánk arra, hogy a szerzők szerint az első sorban is súlyosan megtámadott gerincvelői hátsó gyökérendszer eredő idegsejtjei, a csigolyaközi dúcok jóformán épek, illetve jelentéktelen, másodlagos elváltozást mutatnak, nem úgy, mint a családi lateralsklerosis esetén, ahol a hátsó kötelek degenerációját a csigolyaközi dúcok eredő idegsejtjeinek súlyos pusztulása tettezi fel. (Schaffer). Ezekkel a megjegyzésekkel csupán a szerzők által felvetett érdekes kérdést akartunk egy másik oldalról is megvilágítani.

Schaffer Károly prof.

Lehrbuch der röntgenologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Brustorgane. Werner Teschendorf. (1939. G. Thieme kiadása, Leipzig. Ára. 69 RM.) Régi személyes ismerőse a magyar röntgeneseknek Teschendorf dr. Előadást is tartott nálunk a Magyar Orvosok Röntgenegyesületében. 1937-ben a hasi szervek betegségeinek röntgen-differentialdiagnostikájáról megjelent 477 oldalas, 929 ábrás, tankönyve olyan magas értékű, hogy ezzel egyvonalba került a legjobb röntgenkönyvek szerzőivel. Most a mellkasi szervek betegségeit dolgozta fel nagy részletességgel s ugyanolyan szaktudással 803 oldalon, 891 ábrával. Minden elismerést megérdemlő teljesítmény! Eltérően az általános szokásos formától, anyagát nem az egyes betegségek szerint csoportosítja, hanem a mellkas egy bizonyos területén előforduló, a röntgenképen azonos, vagy hasonló megjelenésű bár különböző aetiologiájú árnyékoltságot kerültek egymás mellé. Ily módon könnyebben megtalálható valamely kérdéses árnyék magyarázata. A tüdőbetegségek csoportjában úgy ossza be anyagát, hogy a durva, könnyen észrevehető elváltozásoktól halad a finom eltérésekig s a normalis leletig. Olyan betegség, melynek többféle megjelenési formája van, az említett tárgyalási forma mellett több fejezetben is szerepel, ennek ellenére az egyes betegségekre vonatkozó ábrák mégis jól áttekinthetők, mert külön betegségeket szerint rendezett, ábrajegyzék is található a könyvben. Igen jól sikerült a tüdőtuberculosis elkülönítő körjezése. A besorolás a kórbonctani ismeretek mai állásának megfelelő. A szívről szóló fejezetben bőven tárgyalja a kymographias vizsgálatot is s együtt találjuk az elektrokardiogram, kymogramm s a szív alakváltozásának egymással összefüggésbe hozható jeleit. Röntgenológiai és szívfunctiós vizsgálat ismertetése egészíti ki a fejezetet. Értékes rész a nyelőcső-betegségek és rekeszváltozások differentialdiagnostikája. Az egyes fejezetekben csoportosított sok hasonló röntgenkép tanulmányozása a legkitünőbb gyakorlat arra, hogy a finom elváltozásokat is meglássuk.

Erdélyi prof.

Die Pleuritis. Die verschiedenen Formen — ihre Entstehung, Erkennung und Behandlung. Írta: Prof. Hans Alexander. (Praktische Tuberkulose Bücherei. 20. füzet. 42 oldal. 22 ábra. Thieme, Leipzig. 1938. Ára: 3.20 RM.) A gyakorlati igényeket kielégítő füzet egyes részei: a kórszarmazás, a pleuritis sicca, a pleuritis exsudativa és a pleuritis suppurativa. A mellkasi izzadmányok 50%-ában kimutatható a Koch-bacillus és ha a teljes klinikai képet, valamint a Röntgenvizsgálat eredményét mérlegeljük, akkor a gümős kórszarmazás 80%-ban állapítható meg. De a negatív röntgenlelet még messze nem bizonyít gümőkór ellen. Szerző a legondosabb röntgenellenőrzés mellett 53 mellhártyalobbetege közül 28-ban semmiféle tüdőelváltozást nem talált. Mégis a következő 5 esztendő alatt tízen továbbterjedő gümőkórban betegedtek meg, ezek közül 4 kölesgümőkórban elhunyt. A munka diagnostikai részében hiányoljuk a gerincoszlop mellett háromszögű tomputat leírói közül Korányi nevének említését, akit tudvalevőleg a primatus illet meg.

Puder Sándor dr.

Die Grundlagen der neuzeitlichen Tuberkulotherapie im Rahmen der allgemeinen Therapie inneren Erkrankungen. Írta: W. Hollmann. (Tuberkulose Bibl. 65. szám. J. A. Barth, Leipzig, 1937. Ára: 9 RM.) Az utóbbi esztendőben a tuberculosissproblémát rendszerint az áttételképző szervi gümőkór, tehát a betegség harmadlagos szakának szemszögéből tárgyalták. A tuberculosiss-betegségnek, amely az egész szervezetet megtámadja és annak működésében sokrétű zavart idéz elő, nem tulajdonítottak kellő dignitást. Ez azután a betegség kórhatározását és terapiáját illetően éreztette

káros hatását. *Hollmann* magasívelésű munkájában kiemeli a beteg egyén személyiségét, lelkeségét, a külvilághoz mért beállítottságát, socialis viszonyait és kimutatja, hogy mind-ezen tényezők messzemenően befolyásolják a gümőkóros fertőzést csakúgy, mint a tuberculosist általános megbetegedés képében. Személyes diagnosist kell felállítani és egyéni gyógykezelést kell alkalmazni. Nem elégséges adott esetben a kórismét és kórjósolatot a röntgenkép alapján megállapítani és ebből a kezelési módot megszabni. Főleg tudománytalan és célnem vezető eljárás: csupán collapsustherapiát üzni és azt képzelni, hogy ezen egyetlen gyógyeljárással az ember sokrétű tuberculosist-betegségét meg is lehet gyógyítani. Az orvosi művészet az egyes beteg életmegtérítésvilágát, a kórokozóval szembeni reakciós erőit úgy mérlegeli, az inger és a kimelés eszközeit akként alkalmazza és adagolja, hogy abból a kórokozó-ellenséggel szemben a beteg védekezőképességét a lehető legnagyobb mértékre fokozza. Az újabb idők gümőkórgyógyításának elméleti és gyakorlati alapjait szerző ebben az értelemben behatóna és gondolatkelteően fejtegeti, következőleg nagyigényű munkáját nemcsak a szakemberek meleg figyelmébe ajánljuk.

Puder Sándor dr.

Das physikalische Denken in der Geschichte der Medizin.

Paul Dieppen prof. (Enke kiadása Stuttgart. 39. oldal. 1939. Ára fűzve: 2. RM.) Az anyag mibenlétéről és az energia lényegéről szóló modern elméletek természettudósok és ezek között elsősorban az orvosok gondolkodásában igen mélyen szántó változásokat hoztak létre. Önkéntelenül felmerül a kérdés, vajjon a régi idők physikalis gondolkodása mennyiben befolyásolta az akkori orvosnemzedékek gondolkodását. *Dieppen* megállapítja, hogy ellentétben az antik világgal manapság szinte lehetetlen határt vonni a physika és a chemia között s ezen körülmény már a „physikalische Chemie” nevében is kifejezésre jut. A régi iatrophysikusok távolról sem hatoltak be olyan mélyen a physikai és biológiai folyamatokba, hogy ezirányú ismereteik komoly vitákra adhattak volna alkalmat.

Vajda Károly dr.

Dringliche Diagnostik. H. Baur. prof. (Lehmann, Berlin,

kiadása, 1938. 40 oldal. Ára : 1.50 RM.) A kis munka a neves szerző folytatásokban megjelent közleményeit foglalja magában, melynek célja, hogy az orvosnak a heveny, életveszélyes körkörüben diagnosztikai és therapiás útmutatással szolgáljon. A gyakorlott klinikus számos oly, szemmel, vagy egyszerű eszközökkel megfigyelhető tünetre hívja fel a figyelmet, melyeket a mai nagy diagnosztikus tankönyvek rendszeresen elhanyagolnak, de melyek épp a heveny esetekben igen nagy szolgálatára vannak a gyakorló orvosnak. Ügyes tárgymutató nagyban elősegíti a kis könyvecske gyakorlati használhatóságát, mely kis formája miatt minden orvosi táskában elfér.

Augustin Vince dr.

Die peripheren Durchblutungsstörungen. M. Ratschow.

(1939. 193. lap. Ára: 9.75 RM.) A peripheriás keringés élet- és kórtanának kutatása, a vizsgáló módszerek lényeges kibővülése folytán, az utóbbi évtizedben hatalmas lendületet kapott. Már ez a körülmény, de még inkább a hasonló munkák csekély volta, tette szükségessé ennek a themakörnek rövid, a practicus orvos céljait szolgáló ismertetését. *Ratschow* könyve a praxis számára készült és e célkitűzésének jól meg is felel. Az aránylag rövid élettani és anatómiai bevezetést a tünettannak, a betegézéselés módjainak, a műszeres vizsgáló eljárásoknak annál gondosabb és részlete- sebb leírása követi. Ezek a fejezetek a beteget egyszerű módon észlelő gyakorló orvosnak, valamint a műszerekkel dolgozó klinikusnak egyformán tanulságosak és hasznosak. Az idetartozó arteriographiás felvételek tanulságosan demonstrálják a collateralis erek spasmusának fontosságát az arteriák embóliáiban. Az egyes betegségek leírása rövid, de a leírás szabatosága jól pótolja a terjedelem hiányát, a kapott kép így is plastikus. Talán a legjobban sikerültek közé tartozik a kimerítő therapiás fejezet, melyből külön kiemelendő, hogy *Ratschow*, az insulin érszűkítő hatására tekintettel, a diabeteses gandraena kezelésében nagyon határozottan a nagy adag insulinkezeléssel szemben, a többszöri kis adagban nyújtott, de a napi szükséglet minimumát semmiképpen túl nem haladó insulinkezelés mellett tör lán- dzsát. Sajnálattal nélkülözzük azonban a ma annyira az érdeklődés középpontjában álló консерватив sebészi eljárások (sympathektomia, stb.) eredményeinek részletesen ismertetését.

Gömöri Pál dr.

A Magyar Élettani Társaság június 8—11-i ülése.

A Magyar Élettani Társaság kilencedik évi vándor- gyűlését ez idén Keszthelyen a Gazdasági Akadémián tar- totta *Gelei József* elnöke mellett. Az ünnepélyes meg- nyitó ülés július 8-án volt a Gazdasági Akadémia díszter- mében. *Gelei József* üdvözlő a megjelenteket és az elnöki megnyitóban felhívja a fiziologusok figyelmét két általános biológiai fogalomra: a biotrop (élettér) és biocoenosis (élet- együttesség) fogalmára, melyeket a szövet, a sejt, a sejt- szervecskék és a molekula fiziológiájára is kiterjeszten- dőnek tart. Az elnöki megnyitó után *Hauser János* gazd. akadémiai igazgató üdvözölte az Akadémia nevében a Társaságot és rövid összefoglalásban rámutatott Keszthely tu- dományos multjára és az Akadémia alapítására. Ezután *Gelei József* tartotta meg ünnepi megnyitó előadását.

Gelei J.: *A véglény jelentősége az élettani bűvárkodás számára.* Szövetek örleményén vagy pépjén végzett élettani vizsgálatoknak hátránya az, hogy a talált eredmények nem vonatkoztathatók közvetlenül és biztosan az alkatelemre. Ezzel szemben a véglény 1000—2000-szeres nagyítással úgy közelíthető meg, hogy még mindig él és így a reakciók a szemmel közvetlenül szemlélhetők. Előhártya kísérletekre a véglény egyenesen klasszikus vizsgálati anyag, mert a külső hártya a pellicula abszolút réteghártya, holott az élősejt hártyájának folytonossága kérdéses. A véglényben többféle belső lipoidhártya létezik; így az emésztődu, a lüktető- hólyag, tartalékanyagok hártyái, oldatokat elkülönítő hár- tyák, melyek mind külön vegyi laboratóriumok, fontos vizsgálati teret szolgáltatnak. A véglény testében elkülönö- dött amorph plasmaterületek is vannak; ennek két példaként a kiválasztóplasma (a lüktetőhólyag körül) és a trychocytákat övező plasma említendő, melyek- kel érdekes vizsgálatok végezhetők a tekintetben, hogy ezek önállóságukat hogyan őrzik meg amoeboid vol- tuk mellett. Egy másik rendkívül fontos kérdés az ento- plasma áramlása, az áramlás okainak felderítése s az ionok áramlásszabályozó szerepe. Nagyon fontos kérdés, van-e az egysejtű véglényben hormon? Ezzel kapcsolatban meg- fontolandó, hogy a veseplasma oszlásakor, a trichocysto- plasma mindenkor pontos rendeltetési helyére érkezik. Irányító pályák nélkül a vándorlás sikerét csakis távolba- ható anyagokkal képzelhetjük megoldhatónak, ami való- színűvé teszi a hormonok létét. A szervezet igazi összhan- golója az idegrendszer, melynek szálait a csillóbundák egy szép koordinációs egységbe kapcsolják. Az idegrendszer vizsgálatában is mélyreható eredmények azért érhetőek el és a szálak különbözőségei azért mutathatók ki könnyen, mert a kísérleteket rendkívül gyorsan lehet végezni. Jav- solja élettani vizsgálatokra a véglénykutatás bevezetését, amihez a szegedi állattani intézet készséggel nyújt Para- meciumból egységes anyagot.

Orbán Gy.: *Röntgenbesugárzás hatása a buzatermesre.* Vizsgálat tárgyává tetett, hogy a csírázás kezdeti szaká- ban besugárzott búza jobban fejlődik-e a rendes búzáénál? Csíráztató készülékkel folytatott bevezető kísérletek meg- mutatták, hogy a mélytherapiában használatos Röntgen- sugarak még 4200 R egységnyi dosis mellett sem fejtenek ki káros hatást a búzacsíra fejlődésére. 1936. óta Manitoba tavaszi búzával, majd Bánkúti 1201. őszi búzával történtek kísérletek. A besugárzás menete a következő volt: A búza 4 órán át vízben ázott, majd a vizet leöntve, egy órán át levegőn száradt és utána 140.000 Volt feszültség mellett előállított, 3 mm. Al-mal szűrt röntgenbesugárzást kapott. Ezután a búza el lett vetve. A kísérletek eredménye szer- rint 1200—1800 R besugárzás még nem okozott jól észlel- hető változást a búza fejlődésében, de 3000—3600 R besugár- zás mellett a röntgenezett búza átlagban 20—25%-kal több és nagyobb szemet hoz a kalászon. Az eredmény a röntgen- sugarak stimuláló hatásának tulajdonítható, nem pedig mutációnak.

Erdős T. és Anau E.: *A C₄-rendszer Donatora.* Az állati szervezetben a szénhidrátanyagcsere két szakaszból áll. Az egyik az anaerob szakasz, vagy glykolysis, amelyben a szén- hidrát oxigén hozzájárulása nélkül pyroszólósavvá, ill. tej- savvá hasad el az Embden-Meyerhof séma szerint. A má- sik az oxydatív szakasz, ahol a keletkezett pyroszólósav, tejsav oxydálódik energiatermelés céljából. A szénhidrát- anyagcsere ez utóbbi szakasza eddig nem volt elég világos, amennyiben a tejsav és a pyroszólósav leépítésének a me- chanismusa tisztázatlan volt. Állati vesében és izomban sikerült egy fermentrendszer kimutatnunk, amelynek a segítségével keletkezett pyroszólósav specifikusan a C₄ rendszer (borostyánkósav) mint katalyzátornak a jelenléte-

ben CO₂ és ecetsavvá ég el. Az ehhez a reakcióhoz szükséges borostyánkősavnak 5—100 γ-ig terjedő mennyiségei szükségesek, tehát olyan mennyiségek, amelyek önmagukban hatástalanok. Ezzel a megállapítással az Embden-Meyerhof glykolyiszt a *Szent-Györgyi* és munkatársai által felállított oxydatív rendszerrel lehet összekapcsolni és a szénhidrátanyagcserének egy valószínűleg tiszta képét adni. (Lásd: Zeitschr. für Phys. Chem. 257, 111.)

Tankó B.: A „carboligase” kérdéséről. Vizsgálta az acetoinképződés optimális körülményeit magasabbrendű növények maglisztjeiben, valamint állati izomzatban és szervekben és az eddigi hiányos és megbízhatatlan irodalmi adatokkal szemben a keletkezett acetoin specifikus forgatóképességét is megállapította. Dacára az optikai aktivitásnak, gátolószerrel (NaF, jódiacetát, chloroform) végzett kísérletekből azt következteti, hogy a biológiai acetoin-synthesis — ellentétben a külön „carboligase” enzim feltételezésével (*Neuberg*, valamint újabban főleg *Tomiyasu*) — csak a carboxilátsavak egy funkciója: nascens acetaldehyd minden külön enzimhatás nélkül is összefűződik egy stabil acetaldehyddel acetoinná.

Bodnár J.: A silicium photometriás meghatározása biológiai anyagokban. A megszáritott anyagot K-Na-carbonáttal összeolvasztja, az olvadék sósavas oldatából a vasnak káliumcianidval és citromsavval complex formában való átvitele után a foszphatot magnesiámmixturával távolítja el, úgyhogy ekkor semmi vas sem csapódik le, tehát adsorptios siliciumvesztés sem következhet be. Az egyébként zavaró Fe-iontól és foszphattól ilyen módon mentesített oldatban a siliciumot a molybdaen-hydrochinon szinreactio alapján a *Lange-Roth*-féle photometerben határozza meg. Alsó mérési határ: 3—5 γ Si. Hibahatárok: ± 5%. Egy meghatározás 2 órát vesz igénybe. Ez a *Török Tiborral* közösen kidolgozott módszer egyszerűség, pontosság és gyorsaság dolgában felülmúlja a mikro-célokra ajánlott gravimetriás eljárásokat, valamint a *King*-féle hosszadalmas és körülményes kolorimetriás eljárást is, amely adsorptios veszteség miatt egyébként is alacsony értékeket ad.

Deseő D.: Carbamid befolyása az albumin-globulin mennyiségre. Középes carbamid mennyiség alkalmazása után felhígított ló- és szarvasmarhavérsavók egyikéből több, másikából kevesebb globulin választható le, ami a fehérjehányadosban jelentékeny eltérést eredményez. A globulinyarapodás nagyobb molekulák kialakulásának következménye. A fehérjecsapadékok tyrosin- és tryptophan-tartalmának összehasonlítása azt bizonyítja, hogy fehérje denaturálás carbamid jelenlétében azokban a vérsavokban is végbemegy, amelyekben az albuminmennyiség szaporodik meg. Ezekben a vérsavokban nyilván a carbamidnak fehérje-oldó hatása érvényesül erősebben, ami a fehérjehányadostól függetlenül következik be.

Ernst J.: Osmosis és a semipermeabilis hártya. Ha a semipermeabilis hártya két oldalán azonos oldat van, de különböző hőmérsékleten, akkor a melegebből folyadék megy át a hidegebbe. Hogy ezzel az eredménnyel magyarázhatók a biológiai folyadékmobilizációt, szükséges a struktúrák pontos ismerete, vizsgáltuk tehát a hashártya tulajdonságainak szerepét. 1. Ha az agyagedény porusaiban lipoidból vagy fehérjéből készítettünk hárttyát, amely tehát homogén, egyfázisból álló réteget alkotott, akkor a fent leírt osmosis mechanizmus akadálytalanul lefolyt. 2. Ha azonban ú. n. csapadékhárttyát készítettünk, akkor az egyik oldalon kis, pl. 1 cm-nyi légrést kellett hagyni, hogy egyébként változatlan kísérleti feltételek mellett működésbe jöjjön a fentebb leírt osmosis mechanizmus. — A biológiai rendszerek közül az állati sejt-határok megegyeznek az 1-ben leírt réteg-hárttyákkal; a növényi sejttel ellenben, amely cellulos-falból áll porusokkal és az azokban lévő concrementumokkal, analog szerkezetű a csapadék-hárttyákkal. Jól van ezzel, hogy a folyadék-mobilizáló növényi sejtek közvetlen közelében találunk légréseket, illetve összefüggő légjáratokat.

Wolsky S.: Adatok a selyemlepke peték lélekzési enzimrendszerének ismeretéhez. A szerző korábbi vizsgálatai szerint a selyemlepke-petek megtermékenyítés előtt és a nyugalmi időszak (diapausa) alatt, amidón lélekzésük csekély, ellenálló a szénmonoxyd mérgezéssel szemben. Az activ fejlődés idején viszont, amikor a lélekzés intenzív, szénmonoxyddal a lélekzést egy bizonyos fokig gátolni lehet. Különböző szénmonoxyd-oxygén elegyek rendszeres alkalmazásával ki lehet mutatni, hogy az activ fejlődés idején a *Warburg*-féle lélekzési enzim („Atmungsferment”) mintegy 75%-ban van igénybe véve a lélekzés katalizálására. Ha

feltesszük, hogy az enzim mennyisége a pete fejlődésének különböző stádiumaiban nem változik lényegesen, akkor a megtermékenyítés előtt és a diapausa alatt igénybevételek még sokkal csekélyebbnek kell lenni, mint az activ fejlődés idején. Ezzel magyarázható a csekély lélekzési stádiumok ellenállóképessége a szénmonoxyddal szemben.

Ivanovics Gy.: A *lépfenebacillus polysaccharidjának chemiai szerkezete*. A lépfenebacillus testének specifikus anyaga *Tomcsik* és *Szongott* vizsgálatai szerint polysaccharida. Nem sikerült azonban e polysaccharidát ezideig agarmentesen előállítani, valamint ismeretlen volt annak közelebbi chemiai természeté. Az előadó megfelelő módon mosott baktériumszuszpenziót kíméletesen extrahálva elérte azt, hogy agarmentesen kivonatot kapott. A kivonatok tisztítása és koncentrációja után nyert anyag colloidalis polysaccharida volt, mely 4.1% N-t tartalmazott és hydrolysis után 60% redukáló anyagot adott. A redukáló anyag fele d-glycosamin-nak bizonyult, míg a másik részének közelebbi természetét megállapítani eddig nem sikerült. Mivel a hydrolyzált polysaccharida sem a pentoséhoz, sem pedig ketonokra jellemző reakciót nem adott, valamint a redukáló anyag élesztővel nem volt erjeszhető, így valószínű, hogy valamilyen ritkábban előforduló szénhidrát, vagy galactose az, ami a glycosamin mellett a polysaccharida felépítésében részt vesz.

G. Czimmer A.: Anthocyanfestékek az emberi szervezetben. Anthocyan-tartalmú élelmiszerek és italok (ribizke, eper, málnaszörp, cékla, vörösbors, stb.) fogyasztása után sikerült e festékeket az emberi vizeletben kimutatni. Színtelen alakban választódnak ki, de néhány csepp cc. HCl hozzáadására a vizelet rózsaszínű lesz. A festékek indicator jellegűek és amyalkohollal kirázhatók. *Pelargonin*-oldat fogyasztása után a vérsavóban is sikerül az anthocyan-reactió, de igen lassan fejlődik ki. A vérsavot trichloreccet-savval kell fehérjementesíteni, a szüredékhez cc. HCl-t adni és amyalkohollal kirázni. Zink-darabkák hozzáadása (nascens hydrogén) meggyorsítja a reakciót. Az anthocyan-festékek élettani hatásai még ismeretlenek, erre vonatkozó állatkísérletek folyamatban vannak.

Jeney E. és Vályi Nagy T.: *Antiheparin-factor* a májban. Sertésmájából elszapponosítás után nyert szüredéket közömbösítve, vízmentes aetherrel kivonva, hosszas dialyzálással tisztítva, majd alacsony hőfokon vacuumban beszáritva, sajátos szagú, amorph, sötétbarna, hyroskopikus port kapunk. A por egy része vízben oldhatatlan. A többi része destillált vízben kb. 1%-nyi mennyiségben, 0.9%-os NaCl-ban 5—6%-nyi mennyiségben oldódik. A neutralis kémhatású oldat erős biuret-reactiót, gyenge *Mollisch-Udránszky*-reakciót ad. Ez az oldat kis mennyiségben hozzáadva heparinos plasmához, annak alvadását rendkívül sieteti, azonban csak abban az esetben, ha váiai szövetszuszpenzio van jelen és annak hatóanyagát hővel (100 C°) nem inaktiváltuk. Ez a thromboplastikus anyag nem lehet cephalin-szerű vegyület, sem K-vitamin (*Dam* és *Schneider*), sem valami fehérje, csupán erős biuret és gyenge *Mollisch-Udránszky*-reakciót adó anyagok foglaltatnak benne. A készítmény elektrolyt-szegény. Nem valószínű, hogy direkte hat a Ca-tartalmánál fogva. Lehet azonban, hogy indirecte emeli a szövet szuszpenziók hozzájutásával a Ca-ionok koncentrációját és ebben nyilvánul meg „antiheparin”-hatása.

Váczy L., Vályi Nagy T., Jeney E. és Mihalik I.: *Quercitrin hatása a vértejsav nyugalmi értékére kutyákon*. 1. Vértejsav meghatározások a *Friedmann*, *Cotonio* és *Schafer* által módosított *Fürth-Charnass*-féle módszerrel éber és pernoctonnal (0.04 g/kg. i. v.) altatott kutyákon. — 2. 6—14 kg-os narkotizált kutyák vértejsav értéke 60 percel a quercitrin (Qu.) kezelés (10 mg/kg.) után 31.2%-os csökkenést mutat. (27.8 mg. 100 ccm-ben.) — 3. 1:2:4 dinirophenol (DNP) (12 mg/kg. i. v.) hatására a vértejsav 69.5%-os emelkedést mutat (67.6 mg. 100 ccm-ben) ugyanazonidő alatt. — 4. Qu. és DNP egyidejű alkalmazása után csak 1.5%-ot tesz ki a vértejsav emelkedése hasonló egyéb feltételek mellett. — 5. Qu. nem fokozza az oxygénfogyasztást sem egész állaton, sem szövettelgzési kísérletben. A tejsav fokozott eltűnése Qu. hatása alatt valószínűleg azzal magyarázható, hogy a Qu. a glykogen resynthesist tejsavból elősegíti.

Tangl H.: A vas és réz etetésének biológiai hatásai. Fialat baromfiak és sertések takarmányába kevert vasókos alkoholos oldata és rézsók vizes oldata kedvezően befolyásolja a fejlődést. Nemcsak a vérszegény állatok gyarapodását segíti elő, hanem az egészségesek növekedésére is serkentőleg hat. A kísérletek során kiderült, hogy a súlygya-

rapodást a fentemlített ásványok idézik elő, mégpedig úgy, hogy a takarmány kihasználását tökéletesebbé teszik. Különösen a rostanyagok emészthetősége fokozódik, ezt az előadó cellulozéval in vitro végzett vizsgálataival is ellenőrizte.

Chambers R. és Gordon H.: *Túlélő sejtek áteresztőképességének mérése festékek révén.* A kísérletek célja volt megállapítani, vajjon van-e összefüggés festékoldatok részecskénagysága és a festékek sejtpenetrabilitása között. A kísérletek zsírban nem oldódó, savanyú festékek révén történtek, a festékek részecskénagyságának megállapítására Nistler diffúziós eljárása szolgált. A kísérletben használt túlélő állati anyag a béka garatjából származó csillangos sejtek, valamint a béka szartoriuszából származó izomrostok voltak. Az eredmények szerint sikerült olyan részecskénagysághatárt találni, amely alatt valamennyi festék képesnek bizonyult a sejt belsejébe hatolni és amely felett egy festék sem tudta a sejtfalat átjárni. Ez a részecskénagysághatár az említett sejtek, ill. rostok részére 6 Angström körül van.

Gordon H. és Ottó K.: *K- és Ca-sóknak túlélő sejtek áteresztőképességére kifejtett hatása.* Az előző előadásban ismertetett technika segítségével sikerült kimutatni, hogy Ca-mentes és K-t a fiziologiásnál háromszoros mennyiségben tartalmazó közegben a sejtek áteresztőképessége jelentősen növekszik, ill. az előbb említett részecskénagysághatára 6 A.-ról 10 A.-ra emelkedett. K-mentes és Ca-t a fiziologiásnál háromszoros mennyiségben tartalmazó közegben a sejtek áteresztőképessége erősen csökken, ill. a penetrációs határérték 6 A.-ról 4 A.-ra esik.

Láng S.: *Vizsgálatok ólommérgezéskor.* Patkányok ólomnitrátoldatból 5–6 napon át napi 20 mg ólomnak megfelelő mennyiséget kaptak bőr alá. Leülés után az izmokból trichloreccetsavval készített kivonatban az adenosintri-phosphorsav mennyisége lényegesen kisebb volt, mint kezeltlen állatok izomkivonataiban.

Stasiak A.: *Digitalis érték meghatározás Rana esculentán.* A nemzetközi standard digitalis levélpor esculentákon megállapított relatív dosis-hatás görbéje a Trevan által megállapított és a B. P. 1932-es kiadásában közölt, valamint Moller által 1936-ban Kopenhágából közölt temporáriakon megállapított relatív dosis-hatás görbéjé közé esik. A magyar esculenta-görbe hasonló meredekségű, mint az angol, illetve dán temporaria-görbe, ami azt bizonyítja, hogy esculenták ugyanúgy használhatók a digitalis érték meghatározásra, mint a temporariák. Ezzel a megállapítással megdőlt Weese (1936) azon állítása, hogy esculenták a digitalis érték meghatározására alkalmatlanok.

Kucharik J. és Telbisz A.: *Adatok a mustárgáz hatásmechanizmusához.* A mustárgáz oxydatív termékeinek hatását a szerzők tengerimalac bőrén vizsgálták, intracutan és percután. A dichloridiaethylsulfoxid (röviden: sulfoxid) teljesen hatástalannak bizonyult, míg a dichloridiaethylsulphon (sulfon) a mustárgázzal teljesen azonos, sőt még erősebb hatást hozott létre. A sulfon hatása az intracutan injectio után percekben belül megkezdődött, azután fokozatosan erősödött, míg a mustárgáz csak néhány órai lappangás után hat. A szerző a mustárgáz hatásmechanizmusában igen fontosnak tartják ezt a lappangási időt. Hopkins szerint ugyanis a mustárgáz vizes oldata testhőmérsékleten majdnem teljesen (95%) hydrolyál 15 perc alatt, tehát a szervezetben néhány órai lappangás után mustárgáz már nem lehet jelen, csak valamilyen származéka, pl. oxydatuma, következőképpen a mustárgáz oxydatív termékei révén-, főleg sulfonhatna. In vitro a két oxydatív termék a kísérleti körülmények szerint egymástól függetlenül áll elő, in vivo a viszonyok szerint ismeretesen, sulfon bizonyára van, mert hatását látjuk, sulfoxid, ha keletkezne is, mint hatástalan, nem szerepel az oedema létrehozásában.

Kolonits B.: *A novocain-adrenalin synergismust gátló ergobasinható újabb adatai.* A novocain-adrenalin érzéstelenítést gátló ergobasin a synergizmusban nem a novocain, hanem az adrenalin szerepét gátolja. Az ergobasin, nem befolyásolja a novocain-hatást sem egymagában, sem akkor, ha azt alkalisálással, vagy hypophysis hátsólebens-hormonnal fokozzuk, ezzel szemben gátolni tudjuk az érzéstelenítést, ha a novocaint az adrenalinhoz hasonló hatással rendelkező corbasillal párosítjuk, vagy a novocain helyett cocaint adunk adrenalinnal. Tengerimalacokon intracutan cocain-adagok resorptióját az adrenalin nagy mértékben gátolja; ezt a resorptiót az ergobasin nem befolyásolja, ugyanakkor az adrenalin érzéstelenítőfokozó hatását csökkenti. Valószínű tehát, hogy a novocain-adrenalin synergizmusban az adrenalin érösszehúzó hatása mellett egy másik tényező is szerepel s ezt gátolja az ergobasin. (Folytatjuk)

HETI KRÓNIKA

Folyó évi július 25-én az Ujvárosháza közgyűlési termében ünnepélyes keretek között megalakult a Magyar-Svéd Társaság, amelynek megteremtése körül a Társaság elnökévé választott Karafiáth Jenő főpolgármester és Szviezsényi Zoltán, a Gyógyhelyi Bizottság fáradhatatlan igazgatója szereztek elismerésünkre joggal igényt tartó érdemeket. Svédországban: Stockholmban, Göteborgban és Malmöben már régebben működnek hasonló munkát kifejtő svéd-magyar társaságok és meg vagyunk győződve arról, hogy a fiatal Magyar-Svéd Társaság is rövidesen jelentős szerepet fog betölteni a két ország közötti kulturális és társadalmi kapcsolatok ápolásában s fenntartásában.

*

Érdekes találkozása a véletlennek, hogy a megalakulás színhelyéhez közel esik az a Váci- és Irányi-utcák sarkán álló iskolaépület, amelyet (Váci-utca felé eső homlokzatán) Otto Jarl bécsi szobrász 1924-ben leplezett domborműve ékesít. A dombormű a Brandklippare nevű lován vágató XII. Károly svéd királyt ábrázolja, aki 1714 novemberében az iskolaépület helyén állott házban töltött egy éjszakát, amikor — sportteljesítményként is egyedülálló lovaglással — Törökországból egyenesen Stralsundba lovagolt.

XII. Károly, akit Voltaire „Histoire de Charles XII” című művében „Észak Oroszlán szívű Richárd”-jának nevezett el, egyike a világtörténelem legérdekesebb egyéniségeinek. Katonakirály volt a szó szoros értelmében és véget nem érő hadjárataiban, — amelyeket a dánok, lengyelek, oroszok és norvégek ellen vezetett — sokszor villogott diadalmasan a svéd kard. Legfényesebben akkor, amikor 1700-ban Narvánál Nagy Péter cár seregei felett győzedelmeskedett, de akitől 1709-ben Poltavánál súlyos vereséget szenvedett. A veszített csata után seregének maradékával Törökországba menekült, ahonnan csak évek múlva, a fenti emlékezetes lovaglás után került vissza ismét országába.

1922-ben a Magyar Tudományos Akadémia kiadásában jelent meg kiváló történetírónknak, Ballagi Aladárnak „XII. Károly és a svédek átvonulása Magyarországon, 1709—1715” című érdekesítően megírt munkája, amely valóságos tárháza svédekkel való kapcsolataink múltjának. Érthető, hogy az érdeklődés központjában álló király alakja köré nálunk is sok legenda szövődött, amelyeknek valótlanosságát Ballagi munkájában sorra kimutatja, de a történeti valóság sem marad el messze a legendák mögött. A király a vöröstoronyi szorcsán lovagolt be országunkba és Nagyszében — Kolozsvár — Zilah — Debrecen — Balmazújváros — Hatvan — Pest — Komárom — Győr — Magyaróvár és Köpcsény voltak útvonalának főbb állomásai. Utját az oláhországi Pitest-től megszakítás nélkül tette meg Stralsundig. Pitestből november 7-én éjjel 11 óra 10 perckor indult el, Stralsundba november 22-én hajnal előtt, 3 és 4 óra között érkezett s így az egész utat 13 nap, 4 óra és 20 perc alatt tette meg. Jogosan hangsúlyozza Ballagi, hogy „e teljesítmény cly parforce-lovasnak mutatja be a királyt, aminőhöz foghatót sem azelőtt, sem azóta nem ismer a történelem.”

A király Törökországba szorult serege ugyancsak hazánkon keresztül tért vissza Svédországba és a pest-megyei alispán jó előre intézkedett ellátásukról, amikor 1714 december 22-én a svéd sereg bevonult Pestre: „Szombaton már a Svécusok benn lesznek, rostogot fog-

nak tartani Pesten, azért valami felvetés vagy, mind Pestre kelletik küldeni.”

*

Érthető, hogy a svédek a férfias erényeket magas fokban megtestesítő királyukat — akárcsak Napoleont katonái — hűen követték: „*Ils grognaient et le suivaient toujours*”. Mozgalmas életét Fredriksten norvég erősség ostroma közben hősi halállal a csatamezőn fejezte be és *Cederström*, a svédek nagy történelmi festőjének egyik képe éppen azt a jelenetet ábrázolja, amikor a király holttestét hűséges katonái hevenyészett hordágyon a behavazott országutakon hazaviszik Svédországba.

Frans G. Bengtsson XII. Károlyról szóló könyve a legszebb írás, amit történetíró a nagy uralkodóról valaha is írhatott, akinek emlékét a svédek legnagyobb élő írójának *Verner von Heidenstam*-nak „*Karolinerna*” című munkája is örökre fenntartja az irodalomban, amelyet a svéd fiatalság mindig hazafias büszkeségtől kipiruló arccal fog olvasni.

A stockholmi Riddarsholmkyrka-ban elhelyezett szarkofágot, amely *XII. Károly* földi maradványait rejt magában 1917-ben hivatalosan felnyitották s az akkor készített fényképek nyomán is megállapítható, hogy a katona-király holtteste bámulatós épségben maradt meg napjainkig.

*

A svéd kultúra történelmében nagy nevek tömegével találkozunk, amelyek az egyetemes művelődéstörténetben is a legnagyobbak közé tartoznak. Kevesek előtt ismeretes, hogy *Carl von Linné*, a „virágok királya”, a binomiális botanikai nomenclatura megalapítója 1735-ben Hollandiában szerzett orvosi oklevelet. Nyár folyamán a budai villák kertjét elárasztja a *Rudbeckia* sárga virágtengere, de ki tudja, hogy a sudár növény *Olov Rudbeck*, az uppsalai egyetem érdemes orvosprofesszorának nevét viseli? A theologus *Emanuel Swedenborg* nevét az agyphysiologia mindig meg fogja őrizni, épp úgy mint a chemia *Berzelius*, *Scheele* és *Arrhenius* nevét. A svéd tornát megalapító *Per Henrik Ling* halála 100 éves évfordulójára csak a minap gyűltek össze a világ tornászai Stockholmba, az úgynevezett *Lingiadra*. *Sven Hedin* könyvei hányunkban ébresztették fel a vágyódást távoli világrészek felé és mennyi köszönettel tartozunk az egykori värmland-i falusi tanítónőnek, a *Gösta Berlings* saga és annyi más halhatatlan alkotás írójának, a Nobel-díjas *Selma Lagerlöf*-nek. Milyen érdekes a helyi érzéstelenítés körül alapvető érdemeket szerzett *Schleich* „*Besonnte Vergangenheit*” című kötetében a „*Strindberg-Erinnerungen*” című fejezet. A kiváló német sebész barátai szálak fűzték a nagy svéd íróhoz. Ki ne ismerné *Bengt Berg* mesteri írásait, amelyek az állatok, főleg a madarak életével foglalkoznak? (Az orvos lelkének szinte természetes tartozéka a természet szeretete. Emlékeztetünk néhai *Krompecher* professzornak röviddel halála előtt a Természetudományi Közölny hasábjain megjelent értekezésére, amelyben saját megfigyelései alapján a madarak hangjáról közölt eredeti beszámolót. A „*Kócsag*” folyóirat szerkesztője: *Navratil Dezső* egyetemi magántanár, aki egyúttal az ornithológiának is kiváló művelője. (Uttörő jelentőségű munkát végzett a technikai felfedezések terén a két *Ericsson* testvér és érdekes, hogy *Alfred Nobel* nevének említésekor nem a dinamit felfedezője, de a róla elnevezett díj alapítója jut az eszünkbe. *Carl Milles*, a szobrász, *Anders Zorn* és *Carl Larsson* festőművészek jó ismerőseink a művészettörténetből. Utóbbinak saját festményeivel és rajzaival díszített „*At solsidan*” című mun-

kája a családi élet szeretetének megragadó apotheosisa. A könyvben közölt sok bájos kép közül az orvosra természetesen „*A gyógyulás*” című gyakorolja a legnagyobb hatást, amelyen a fehér ágyban fekvő kis beteg szeméből még kiolvasható a kiállott szenvedés. A stockholmi *Radiumhemmet* nagyszerű organizációjáról többször beszámoltak radiologusaink is, de az intézet évi jelentéseit olvasva bennünket mindig meglep az a sokszor valóban jelentékeny összegekre rugó anyagi támogatás, amelyben az intézet magánosoktól is részesül. (Meglep azért, mert a támogatásnak ez a formája nálunk — sajnos — alig ismeretes.) *Gösta Forssel* és *Elis G. E. Berven* nevei elválaszthatatlanok az intézet orvosi megszervezésének történetétől és tudjuk, hogy itt keresett gyógyulást — sajnos hiába — röviddel ezelőtt irodalmunk egyik kiválósága, *Kosztolányi Dezső* is, akit mi orvosok mindig közel állónak éreztünk magunkhoz. (Ő írta az „*Üllői uti fák*” című költeményt és „*A bús férfi panaszai*” című ciklusban meglátta, hogy — éjszakai műtétek alkalmával — „az elhagyott vasárnap éjszakán izzó kohóként ég a klinika”). *Lenhossék* professzor előadásairól ismerjük a két kiváló anatómus *Retzius* (apa és fiú) nevét és vég nélkül folytathatnók a felsorolást. Svédország három egyeteme (Stockholm, Uppsala, Lund) bőségesen gondoskodott minden időben az utánpótlásról.

*

Semmelweis előfutárjai között az 1782-ben született *Pehr Gustav, Cederschjöld* személyében svéd tudóssal is találkozunk, aki 1822 óta a stockholmi egyetem szülész-tanára és a nagy hírű szülőintézet, az *Allmänna Barnbördshuset* igazgatója volt. A gyermekági láz pusztítása a XVIII—XIX. században a skandináv országokat sem kímélte s így érthető, hogy a kiváló képzettségű *Cederschjöld* érdeklődésének előterében is a gyermekági láz kérdése állott.

Megfigyelései közelebről nem ismert contagium szükségszerű felvétele mellett bizonyítottak, ami arra készítette, hogy intézetében minden ágyat külön törülközővel lásson el s kötelezze a szülésznőket, hogy minden egyes asszony tisztogatására csak az illető ágyhoz tartozó készletet használják. Később már a lázas gyermekágyasok szigorú elkülönítését is keresztül vitte és ápolásukra külön személyzetről gondoskodott, sőt a chlór-vizes lemosásokat is bevezette. Eredményei eljárásának helyességét fényesen igazolták.

*

Másutt kimutattuk*, hogy az elsőség kérdése *Semmelweis*-sel szemben *Cederschjöld* esetében fel sem mérülhet. Erre egyébként maguk a svédek sem gondolnak, de kétségtelen, hogy a kiváló svéd orvost előkelő hely illeti meg a fejlődésnek azon a hosszú vonalán, amely a fantasztikus elméletek utvesztőitől a gyermekági láz aetiológiájának és prophylaxisának tisztázásához vezetett s amelynek legkimagaslóbb pontján a tragikus sorsú magyar szülész, *Semmelweis* foglal helyet.

*

Victoria királynő egykori orvosának, *Axel Munthe*-nek előbb angol nyelven, majd svédül is megjelent „*Boken om San Michele*” című könyve sokunk számára élményt jelentő olvasmány volt. A párisi Salpêtriére orvosi életének ismertetése, a központban a hypnotikus tanulmányokat előszeretettel végző nagy *Charcot*-val, a nápolyi cholera, amelynek leküzdésére *Munthe* egyenesen a Lappföldről utazik Olaszországba és végül Capri

*) *Korbuly György*, *Semmelweis* és *Cederschjöld*. Orvosképzés 1938., 2.

szigetének mesteri leírása felejthetetlen marad mindnyájunk számára. A könyv hatása alatt a Capri-t járók azóta gyakran felkeresik a Villa San Michele-t, ahonnan Augustus — mint a történetíró mondja — kezét szeméhez illesztve, „*opposita ad oculos manu*”, sokszor gyönyörködött az elébe táruló fenséges panorámában.

Nem kevésbé megragadó olvasmány egy fiatal svéd orvos, *Einar Wallquist* „Lappmarksdoktor” és Kan doktornak „*Komma?*” című két könyve. *Wallquist* egy istenhátamögötti, földhözragadt szegény lapp falucskában folytatott orvosi gyakorlatának érdekfeszítő élményeiről számol be műveiben és soraiból éppúgy kiérezhető az orvos életének áldozatos nagyszerűsége, mint *Albert Schweitzer* írásaiból, aki egyetemi katedrát és fényes lehetőségeket elhagyva az afrikai Lambarene-ben ezer nehézséggel küzdve gyógyítja a feketéket. Ha *Schweitzer* „Aus meinem Leben und Denken” című kötetének „Der Entschluss Urwaldarzt zu werden” című fejezetét vagy *Wallquist* könyveit olvassuk, megerősödik mindig vallott hitünk, hogy az orvostudományt — bár mennyit is írnak róla — nem fenyegetheti addig krízis, amíg ilyen képviselői vannak.

*

1931-ben jelent meg Svédország egyik legtekintélyesebb írójának, *Fredrik Böök*-nek magyarországi utazásáról írt beszámolója, „Resa till Ungern” címmel, 1934-ben pedig egyetemünk svéd lektorának, *Valdemar Langlet*-nek „Till häst genom Ungern” című műve. (Utóbbi azóta angol kiadásban is megjelent). *Langlet* lóháton járta be Magyarországot és nagyszerű képekkel bőven ellátott, 445 oldalas könyve — úgy mint korábban *Böök* műve is — jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy honfitársai országunkat alaposan megismerjék és megszeressék. A most megalakult Magyar-Svéd Társaság *Karafiáth* főpolgármester buzgó vezetése mellett gondoskodni fog arról, hogy ezek a kapcsolatok a kölcsönös megbecsülés jegyében a jövőben kulturális és társadalmi téren még szorosabbak és gyümölcsözőbbek legyenek.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift 31. sz. Hager: Koproporphyrin kiválasztás emberi vizeletben besugárzás hatására. — **Staeemler, Pavade:** Szénmonoxid és hypertonia. — **Neuweiler:** Hippursavsynthesis normalis terhesség és gyermekágy alatt. — **Heni:** Addison-kór klinikája. — **v. Drigalski:** A vér C vitamin tartalma és C vitamin hiány. — **Koller-Wuhrmann:** Véralvadás zavara pangásos icterusban és annak megakadályozása K vitamin hatására. — **Scheuring:** Bordetproserozym theoriája. — **Künzler:** Miképpen pótlódik az epehólyag sűrítő működése az epehólyag kiirtása után.

Münchener medizinische Wochenschrift 31. sz. Bering: A bőr gümőkórja. — **Spath:** A Jacobalus eljárás idegi szövödményei. — **Faber:** Kórházak négyéves terve. — **Bommer:** Kórházi ételmezés.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 31. sz. Szédek: Teljes thyreoida kiirtás szív és ér betegeken. — **Westphal-Wesemann:** A gyomor nicotinbántalmái. — **Koch:** Anaemia perniciosus tartós kezelése. — **Steinkamm:** Hólyagműködés zavarai és kezelése folliculus hormonnal. — **Eichholtz:** Pharmakologiai kutatások néhány újabb fejte.

Wiener Klinische Wochenschrift 31. sz. Menlengracht: Osteomalacia Dániában egyoldalú étkezés, vagy az emésztőcsatorna betegsége folytán. — **Pointner:** A vörös-zöld vak-ság és halmophyllia összefüggése a nem örökléssel. — **Ernst:** Digitalis lanata a szanatóriumi gyógykezelésben. —

Leonhartsberger: A légvédelmi törvény és annak gyakorlati kivitele.

La Presse Medicale júl. 29. Riche, Aussilloux: Alsó végtag Volkman syndromája. — **Kobryner:** Lúdtalp, mint morfológiai kifejezője a constitutionalis szív insufficientiának.

The Journal of the American Medical Association. Július 15. J. A. Myers: Az orvos és a tuberculosis. — **M. G. Petermann:** Görcsök a gyermekkorban, 1000 eset kapcsán. — **R. A. Kern, P. H. Langner:** Protamin és allergia. — **F. H. Robinson, A. C. Evans:** Krónikus bonullusis charlotteban. — **L. D. Fothergill, M. Holden, R. W. G. Wyckoff:** Eguin encephalomyelitis laboratóriumi munkásban.

VEGYES HIREK

Szabadságon vannak: Budapestiek: *Benedek László dr.* júl. 4-től szept. 8-ig; *Lénárt Zoltán dr.* júl. 12-től aug. 20-ig; *Rejtő Sándor dr.* júl. 17-től aug. 20-ig. — Szegediek: *Baló József dr.* aug. 22-től szept. 26-ig; *Ditrői Gábor dr.* júl. 10-től aug. 20-ig; *Gellért Albert dr.* júl. 15-től aug. 25-ig; *Kramár Jenő dr.* júl. 5-től aug. 10-ig; *Rusznayk István dr.* júl. 10-től aug. 15-ig; *Szent-Györgyi Albert dr.* hosszabb külföldi tanulmányújáról augusztus végén tér vissza.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága f. évi október hó 1-től 9-ig terjedő időben, Budapesten a balneológiai és a reumatológiából Nemzetközi Orvosi Továbbképző Tanfolyamot rendez, a berlini Internationale Akademie für das Aertzliche Vorbildungswesen közreműködésével. A tanfolyamon az előadásokat kiváló külföldi és hazai orvosi szaktekintélyek tartják. Az előadások német, angol, olasz és francia nyelven tartatnak és azok kiterjednek a balneológia és reumatológia minden ágazatára. Gondoskodás történik arról, hogy a tanfolyamon résztvevők egyrészt Budapest gyógyfürdőit, másrészt egészségügyi, tudományos és kulturális berendezéseit is megismerjék. A tanfolyammal kapcsolatban a központi bizottság társadalmi programot állított össze. A résztvevők tisztelére a székesfőváros és a különböző társadalmi testületek fogadásokat adnak. A tanfolyamon résztvevő orvosok hozzátartozói részére a központi bizottság külön összeállítását vállalta. A tanfolyam befejezése után a résztvevők kirándulnak a Balatonhoz, ahol megtekintik a balatonfüredi gyógyfürdőt és a székesfővárosi balatonkenesei üdülőhelyet. A részvétel megkönnyítése céljából a központi bizottság szelvényes jegyfüzetet állított össze. A jegyfüzet ára 200 pengő, amely összeget a részvétel bejelentésével egyidejűleg a központi bizottságnak a Magyar Általános Hitelbanknál vezetett folyószámlájára kell befizetni. A jegyfüzet árában bennfoglaltatik a tanfolyam részvételi díja, 8 napi teljes ellátás elsőrendű gyógyszállóban, valamint a kirándulásokkal, körjáratokkal és egyéb szórakozásokkal járó költség. A tanfolyamon való részvétel jelentkezési határideje: 1939. évi szeptember 20. A tanfolyam részletes programja most kerül szétküldésre.

A Mone „Famulus-akció”-ja. Nemes Balogh Ernő professor indítványára a Mone központi választmánya hat felvidéki orvostanhallgatónak lehetővé tette, hogy kellő elméleti előképzettség után közoktatásaink szülészeti osztályain gyakorolhassák a magyar anyák és újszülöttek mentésének tudományát. A hat orvostanhallgató ellátásáról a Mone gondoskodik abból a pénzből, amely tagjainak áldozatkészségéből a Famulus Akcióra eddig befolyt.

Magyar orvosok tanulmányútja Olaszországban. Az olasz idegenforgalmi vezérigazgatóság (ENIT) a külföldi orvosok számára tanulmányutat rendez a főbb olasz klimatikus és hydromineralis gyógyhelyekre. Az érdekes út Római indulással szept. 15-én veszi kezdetét és szept. 26-án ér véget Velencében. Az utazás különvonaton, illetve külön autokarokon, az elszállásolás pedig mindenütt elsőrendű szállodákban történik. Csak orvosok és feleségek vehetnek részt ezen a tanulmányúton, az utóbbiak ugyanazon kedvezményes feltételek mellett. Részvételdíj 1000 Lira. A résztvevők rendelkezésére állanak 70%-os és 50%-os vasúti kedvezményre jogosító utalványok. Az előbbieket olasz határtól Rómaig, illetve Velencétől az olasz határig terjedő útszakaszokra, az utóbbiak a résztvevőknek a tanulmányút végeztével esetleg tervbevett facultatiív egyéni olasz utazásokra szólnak.

A jelentkezés helye: Budapest, Váci-utca 9. (ENIT). Jelentkezési határidő legkésőbb augusztus 20.

F E L S Ő L naponra 3 szor egy port

Asthma bronchiale. Asthma cardiale. Szénaláz.

Részletes irodalom: Kálmán Lehel cég által Budapest, 62.

Holland orvosok magyarbarát társasága. A központi bizottság meghívására legutóbb 40 tagú holland orvoscsoporthoz járt Budapesten, az orvoscsoporthoz 7 napon itt tartózkodásuk alatt Budapest gyógyfürdőit és egészségügyi be rendezéseit tanulmányozták. Az itt járt holland orvosok f. hó 22-én megalakították a holland orvosok magyarbarát társaságát, amelynek az a célja, hogy a budapesti gyógyfürdőket a holland orvosok körében népszerűsítse.

Orthopaed továbbképző tanfolyam Berlinben. 1939 szept. 11—16-ig tervezett tanfolyamot technikai okok miatt 1940 tavaszára halasztják.

Angliában minden katonát beoltanak tetanusztoxoiddal. Néhány hét intervallummal két oltást kapnak, ami által egész életükben immunisak lesznek.

Július és augusztus hónapokban kiadóhivatalunk szombat és hétfőn hivatalos órát nem tart.

PÁLYÁZATI HIRDETÉMNY

1635/kórh. 1939. szám.

Baja város közpórházában üresedésben levő, 80.— P. fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. osztályú élelmezésből álló javadalmazással járó orvosgyakor noki állásra, 1939. évi augusztus hó 25-iki lejárattal pályázatot hirdetnek.

Az állás kinevezés esetén lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybéllyeggel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja város méltóságos főispán úrához, dr. Nagykászonyi Kászonyi Richárdhoz címzetten, Baja város közpórházába adandók be.

Baja, 1939. augusztus hó 5.

Dr. Bernhart Sándor s. k.
polgármester.

A felső légutak hurutos megbetegedéseinek szuverén gyógyszere az *Expectin* cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyészeti Laboratórium Budapest, VI., Teréz körút 27.

VOMISAN KUP

**hányinger ellen
mindenkor megbízható**

Főraktár: **DR BAYER ANTAL**
gyógyszertára. Budapest, VI., Andrásy-ut 84.

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

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay u. 21.

Tabl. INFLUEN „Cito“

Megbízható, gyorsan ható Analgeticum, Antipyreticum, Antirheumaticum, Antineuralgicum Menstruációs görcsök ellen promt hat. — scat. orig. 90 f
CITO gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. Telefon 296—673

Szabadon rendelkezhető
MÁV., BBI. M. kir. posta BBI., M. kir. Postatakarékpénztár BBI Szf. Közkórházak, Magyar Házj. BBI., Caritas, Keresked. segélyegylet stb terhére.

A kaposvári járás főszolgabírájától.

4202/1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETÉMNY

Somogyvármegye kaposvári járásába tartozó Simonfa, Bőszénfa, Töröcske, Zselickisfalva és Zselicszentpál községből álló, simonfai közegészségügyi kör lemondás folytán megüresedett körorvosi állására pályázatot küldtek.

Az állás javadalmazására a 6200/1926. B. M. sz. rendeletben megállapított és a hatályos kormányrendelettel csökkentett készpénzfizetés.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy a hirdetemnynek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzététel től számított 15 napon belül hozzám annál is inkább nyujtsák be, mert a későbbben érkező pályázókat figyelembe venni nem fogom. A pályázati kérvényeket a M. kir. Belügyminiszter Urhoz kell címezni és hozzá eredetiben vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni. 1. Születési anyakönyvi kivonatot, 2. hatósági, erkölcsi és családi állapotot igazoló bizonyítványt, 3. magyar honosságot igazoló bizonyítványt, 4. az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, 5. egyetemi leckeönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, 6. köz ségi orvosi képesítést igazoló bizonyítványt, 7. folyási köz szolgálatban való alkalmazást igazoló bizonyítványt, 8. köz szolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló új keletű tisztiorvosi bizonyítványt, 9. katonai szolgálatra vonatkozó okmányok, 10. esetleges szakképesítést igazoló okmányokat, 11. esetleges nyelvismeretre vonatkozó adatokat. A közszolgálatban álló pályázók a fent felsorolt köve telmények közül azokat, melyek a törzskönyvi lapon, minősítési táblázaton fel vannak tüntetve, törzskönyvi lappal igazolhatják.

A pályázók a B. M. úr 920—1927. sz. r. 1. §-a alapján kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy a közhivataloknál... állandó javadalmazással járó orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy nem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölni. Az a pályázati kérvény, mely ezen nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Az 1936. évi XI. tc. értelmében körorvossá olyat is ki lehet nevezni, aki a köz ségi orvosi vizsgát még nem tette le, azonban az ilyen orvos az előírt képesítést a kinevezés napjától 3 éven belül megszerezni köteles, különben állását veszti.

A körorvost az 1936. évi XI. tc. értelmében a m. kir. Belügyminiszter nevezi ki.

Kaposvár, 1939. évi július hó 27-én.

Főszolgabíró szabadságon:

Inkei Pál
szolgabíró.

Ingerterápiához Thiolin CERTA Kénterpentin

Magyarországon 1939 július 23 tól 29-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Ce-rebrosp. e.		Polio-myelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic.	Malaria	Typhus exanth.		
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt						Mb	Mt	
1. Abaúj-Torna	157.551	4	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	5	—	5	—	—	
2. Bács-Bodrog	115.387	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
3. Baranya	251.803	4	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	31	—	12	3	4	—	—	
4. Bars és Hont	145.389	2	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
5. Bereg és Ugocsa	162.173	10	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	8	1	13	—	43	—	—	
6. Békés	339.708	11	1	—	—	9	2	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	—	2	—	—	
7. Bihar	183.857	5	—	—	—	4	—	—	—	3	—	2	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
8. Borsod	298.610	3	—	—	—	9	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	3	3	—	6	—	—	
9. Csanád-Arad-Torontá	174.715	—	—	—	—	5	—	—	1	5	—	—	—	—	—	—	—	6	—	16	—	—	—	—	
10. Csongrád	147.834	2	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	
11. Esztergom	101.932	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
12. Fejér	230.967	2	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	19	—	—	—	—	
13. Gömör és Kishont	104.459	6	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	27	—	1	—	—	
14. Győr-Moson	157.476	1	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	5	—	10	—	1	—	—	
15. Hajdú	183.748	2	1	—	—	8	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	3	—	—	
16. Heves	324.836	6	—	—	—	8	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	3	—	—	
17. Jász-Nagykun-Szolnok	426.074	15	—	—	—	6	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	
18. Komárom	287.234	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	—	1	—	—
19. Nógrád	256.727	2	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	1	1	—	—	—	—	
20. Nyitra és Pozsony	190.811	5	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	
21. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.503.136	18	2	1	—	15	—	6	—	32	—	3	—	1	1	2	—	6	5	75	1	22	—	—	
22. Somogy	391.883	—	—	2	—	3	1	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	7	—	4	—	11	—	—	
23. Sopron	141.863	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	
24. Szabolcs	429.614	10	—	—	—	4	1	1	—	5	—	1	—	1	1	2	—	17	1	22	—	40	—	—	
25. Szatmár	137.494	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1	—	—	15	—	—	
26. Tolna	264.410	6	—	—	—	7	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	3	—	—	
27. Ung	73.269	4	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	32	—	—	
28. Vas	271.102	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	4	—	4	—	1	—	—	
29. Veszprém	249.509	4	—	—	—	1	—	1	—	6	—	1	—	—	—	—	—	13	—	2	—	1	—	—	
30. Zala	370.132	7	—	2	—	—	—	2	—	7	1	—	—	—	—	—	—	16	—	3	—	51	—	—	
31. Zemplén	198.948	3	—	1	—	1	—	3	—	2	—	1	1	—	—	—	—	5	1	11	—	68	—	—	
I. Baja	31.644	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
II. Budapest	1.067.124	6	1	1	—	16	1	16	—	29	—	—	—	—	—	—	—	29	10	31	2	6	—	—	
III. Debrecen	127.817	1	—	1	1	2	1	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	2	—	2	—	—	
IV. Győr	51.115	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
V. Hódmezővásárhely	59.076	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
VI. Kassa	58.082	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	
VII. Kecskemét	83.559	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	—	
VIII. Miskolc	67.373	2	—	—	—	7	1	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
IX. Pécs	73.204	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	
X. Sopron	35.974	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
XI. Szeged	140.671	2	1	—	—	1	—	2	1	3	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	
XII. Székesfehérvár	42.253	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Összesen:	10.110.543	165	9	8	1	126	14	63	2	135	2	9	4	9	2	15	1	200	31	318	7	329	—	—	

MALTIRON

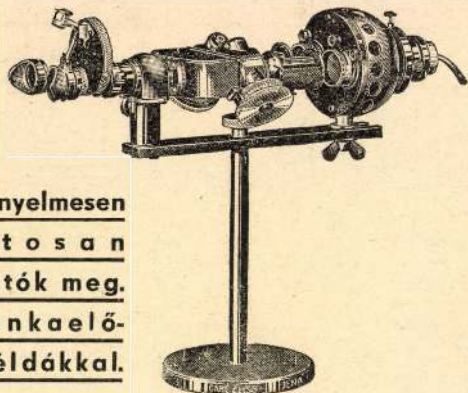
Krompecher Budapest, V. Nádor-u. 15.

Prof. Hainiss előírása szerint készített, az irónak megfelelő fehérjedús, zsirszegény, szénhidrátokkal kiegészített gyógytápszer.

Hasmenéses bélzavarok kezelésére.

ZEISS

Pulfrich-Photometerrel



**gyorsan, kényelmesen
és pontosan
határozhatók meg.
Pontos munkaelő-
írások példákkal.**

Nyomatványokkal, költségvetéssel
készségesen szolgál a magyarországi
vezérképviselő:



ifj. **JURÁNY HENRIK, Budapest,
IV., Váci-u. 40. Telefon: 183-092.**

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik augusztus 1—7. között. A hét folyamán hőhullám alakult ki és az ország legnagyobb részében vasárnap, aug. 6-án érte el tetőfokát. Az augusztus 6-án este és éjjel érkezett erős betörési frontok a meleget tűrhető mértékre szorították vissza. Ugyancsak aug. 6-án egy felsiklási front is átvonult. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatóak:

Augusztus	Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei
	ho	nap	óra			
	1	4		Betörési	Gyenge	Légnyomásugrás.
	1	10		..	Mérsék.	Szélrohamok 15 m/mp.
	1	14		..	Gyenge	Új szélelénkülés 12 m/mp.
	1	21		..	..	Kis szélelénkülés.
	2	2		..	..	..
	2	8		..	..	Szélelénkülés 7 m/mp.
	2	14		..	Mérsék.	Szélrohamok 15 m/mp.
	3	1		..	Erős	8 .. zivatarral 1 mm.
	4	19		..	Mérsék.	Légnyomásugr., az Alföldön zivatarak.
	6	5		..	Gyenge	Cumulus congestus-felhők átvonulása.
	6	13		Fel-ikl.	..	Felsikló borulás.
	6	15		Betörési	..	Cumulus congestus és Cumulonimbus-felhők.
	6	16		..	Mérsék.	Szélrohamok 10 m/mp, kis porvihar.
	6	19		..	..	Új hirt. szél. 10 m/mp. két nagy légny.-ugr.
	6	21		..	Erős	Rövid heves zivatar 1 mm.
	6	22		..	..	Zivatar 1 mm szélvihar 17 m/mp.
	7	1		..	..	Zápor 0.5 mm, új szélrohamok 17 m/mp.
	7	3		..	Mérsék.	Szélrohamok 17 m/mp-ig.
	7	21		..	Gyenge	Kis szélnyugtatlanság.
	7	23		..	..	Hirtelen szélroham 6 m/mp.

Az írónak megfelelő, fehérjedús és zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített, hasmenést gátló gyógytápszer a Krompecher-gyár által forgalombahozott, *Hainiss prof.* előírása szerint készített *Maltiron*. Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csíraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A Maltiron-gyógytáplálék könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézetben kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenéssel járó bélmegbetegedések eseteiben. A gyár előírása szerint a Maltironból készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével egyező, azaz deciliterenként kb. 70 kaloria. Alkalmazása azon elveknek és feltételeknek megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő gyógytáplálékoké.

489—4/1939.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei I. Ferenc-József közkórházban lemondás folytán megüresedett 1 segédorvosi és 1 kisegítő orvosi állásra pályázatot hirdetek. A segédorvosok javadalmazása az 1926. évi 124.000 N. M. M. sz. körrendelet 3. §-a alapján az állami rendszerű XI. f. o. 3. fokozata szerinti kezdőfizetés (de ha a kinevezett s. orvos szolgálati ideje, beszámítva másutt hasonló minőségben eltöltött idejét is, eléri a 3. évet, előléphet a X. fizetési osztály 3. fokozatába,) a kisegítő orvos javadalmazása havi 80.— P. Ugy a segéd, mint a kisegítő orvosnál lakás a kórházban, fűtés, világítás ingyen. Elsősztályú élelmezés az önköltségi ár 50%-a fejében, ami most 18.— P. körül van havonta. Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. Sebészeti gyakorlattal rendelkezők előnyben részesülnek. Magángyakorlatot nem folytathatnak.

A pályázati kérvényükhöz csatolandó: születési anyakönyvi kivonat, hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevél, curriculum vitae és orvoskamari tagsági igazolvány.

Szabályszerűen felszerelt pályázati kérvény 1939. évi augusztus 21. napjáig méltóságos báró Urbán Gáspár főispán úrhoz címezve, a kórház igazgatójához adandó be. Kinevezés csak a pályázat kielégítő sikere esetén a segédorvosoknak egy vagy két évre fog történni, de azután pályázat nélkül megújítható, a kisegítő orvosnál bármikor minden jogcím nélkül megszüntethető. Az állást kinevezés esetén rögtön el kell foglalni.

Szolnok, 1939. július 31.

Dr. Szabó Elemér s. k.
kórházigazgató főorvos.

PÁLYÁZATI HIRDETÉS

A vezetésem alatt álló budapesti állami gyermekmenhelynél egy azonnal, a másik pedig f. évi október hó 3-ával megüresedő, tehát 2 segédorvosi állásra pályázatot hirdetek, az utóbbi sebészeti osztályon.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtoknak a m. kir. belügyminiszter úrhoz címzett kérvényüket legkésőbb f. évi augusztus hó 21-ének déli 12 órájáig kell hozzám benyújtaniok.

A pályázati kérvényhez a következő okmányok csatolandók:

1. orvostudori oklevél, 2. állampolgárság igazolása, 3. pályázónak, továbbá szüleinek, valamint nagyszülőinek születési anyakönyvi kivonata, illetve keresztlevele, 4. eddigi működését is feltüntető életrajzi adatok. (curriculum vitae) esetleges tudományos működés igazolása (a kiadványok egy-egy példányának csatolásával), 5. egyetemi leckekönyv, a kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok, esetleg a szakképesítést igazoló bizonyítvány, 6. a közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány, 7. a közszolgálatban nem állóknál feddhetetlen előéletüket igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány, 8. családi állapotot igazoló hatósági bizonyítvány, 9. Magyarországnak a trianoni békeszerződés által megállapított területről pályázóknak az orvoskamari tagságot igazoló újkeletű bizonylat.

Az állás betöltése megbízás útján történik, amely nyugdíjra igényt nem ad, egy évre szól és annak elteltével, pályázat mellőzésével további egy évre meghosszabbítható.

A segédorvosnak az intézetben kell laknia. Az egy szobából álló segédorvosi lakás csak saját személy részére vehető igénybe.

A gyermekvédelmi közigazgatásban és gyermekgyógyászatban jártas pályázók előnyben részesülnek. Magángyakorlat folytatása megengedve nincs, hiányosan felszerelt, a pályázat feltételeinek meg nem felelő, vagy elkésve érkező kérvények nem lesznek figyelembe vehetők.

Budapest, 1939. évi augusztus hó 1-én.

Igazgató-főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VAMOSSY ZOLTÁN.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatják:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Minder Gyula: A vesesebészet mai problémáiról. (801—806. oldal.)
Sereghy Emil: A sebészi műszerek és varróanyagok csírátlanítása. (806—809. oldal.)
Geldrich János: Pankreastól független hypoglykaemia. (809—811. oldal.)
vitéz Simon Tibor: A salvarsantűrés képességének fokozása C-vitaminnal. (811—812. oldal.)
Kerpel-Fronius Ödön és Fekete Antal: A vízhiány és a szénhidratanyagcsere kapcsolatai. (812—813. oldal.)

Remetei Filep Ferenc: Pneumatosiis cystoides perine. et coeci esetek. (813—815. oldal.)
vitéz Simon Tibor: Relaxatiós schizophreniát utánzó glioma. (815—816. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (133—133. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés. (816—819. oldal.)
Ülésjegyzőkönyvek: (819—821. oldal.)
Korbuly György: Hetirend. (821—822. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. (823—824. oldal és a borítólapp III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A vesesebészet mai problémáiról.

Irta: *Minder Gyula dr.* egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A mai vesesebészet kezdetét 1869-re vezetjük vissza, amidőn *Simon* heidelbergi sebész az első tudatos nephrektomiát végezte. Őt megelőzőleg mások is, így 1861-ben *Wolcott*, 1867-ben *Spiegelberg*, majd 1868-ban *Peaslee* és *Spencer Wells* végeztek nephrektomiát, de ezek mind tévdiagnosisokon alapultak. *Wolcott* pl. máj-cystának, *Peaslee* ovarium cystának tartotta a vesét, s mindkét beteg a műtét utáni napokban meghalt. Magyarországon az első nephrektomiát — szintén tévdiagnosis alapján — 1886-ban *Tauffer* végezte.

A vesesebészet, e több mint félévszázados mult alatt, hatalmas fejlődésen ment keresztül, s az eleinte 30—50%-os mortalitás a legnehezebb eseteket is figyelembe véve 6—8%-ra csökkent. Ha e nagy változás, illetve javulás okait kutatjuk, úgy kétségtelenül megállapítható, hogy a veseműtétek veszélyességének nagymértvű csökkenése csak részben köszönhető az asepsis, s a műtét technika tökéletesbbedésének, s az eredmények javulásában a főérdem az ureterkatheterizmussal kapcsolatos diagnosticus és functionális eljárásokat illeti. A javulást legjobban követhetjük, ha néhány régebbi keletű statisztikai adatot felelevenítünk:

	Nephrect.	Exitus	%
<i>Brodeur</i> (1886)	16	8	50
<i>Vigneron</i> (1892)	104	33	31
<i>Faclin</i> (1893)	88	17	19
<i>Palet</i> (1893)	136	51	37.5
<i>Pousson</i> (1900)	475	102	21.4
<i>Illyés</i> (1908)	34	5	6.7
<i>Riehner</i> (1908)	17	2	11.7
Uj Szent János kórház			
Urol.-seb. oszt. (1924—38)	769	64	8.3
Urológiai Klin. (1920—38)	2982	147	7.5

Az urologia rohamos fejlődésével a vesén végezhető sebészi beavatkozások száma és neme oly nagy mértékben növekedett, hogy ma a vesesebészet két ágáról, a *radicalis*, vagyis a vesét eltávolító és *conservativ*,

vagyis a vesét megőrző, annak működését javító vesesebészetről beszélhetünk.

Az elkülönítés nem csak gyakorlati okok miatt indokolt, hanem azért is, mert a két csoport között oly mélyreható különbségek vannak, melyek a sebészet határain kívül esnek.

A *radicalis vesesebészetben* a főkérdés: szabad-e a vesét eltávolítani, vagy nem, más szóval, a másik vese functionalis és anatomiai állapota elég jó-e ahhoz, hogy a beteg egy veséjével tovább éljen.

Az ureterkatheterizmussal kapcsolatos functionalis vesediagnostika nagyfokú fejlődésének köszönhető, hogy e kérdésre ma az esetek legnagyobb részében határozott *igennel*, vagy *nemmel* felelhetünk, s ezért nephrektomiát követő közvetlen uraemiás halál ma a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Természetesen ma is adódnak kényszerhelyzetek, midőn a nephrektomiát a másik vese gyengült működése miatt csak a rendesnél nagyobb kockázattal vállalhatjuk. Többször operált, rendszeren kétoldali kövese esetében előfordulhat, hogy a visszamaradó vesében, melynek működése nem teljesen intakt, a műtét következtében a labilis egyensúlyi helyzet felborul és uraemia fejlődik ki.

Nagyobb bajt és váratlan meglepetést jelent, ha közvetlenül a műtét után a visszamaradt vesében *heveny glomerulonephritis* fejlődik ki. Az ilyen váratlan szövődémmel a műtéttől amúgy is legyengült szervezet megküzdeni nem tud, s az uraemiás halál elkerülhetetlen. Szerencsére ez a szövődemény rendkívül ritka és nagyon nehéz ilyenkor még utólag is eldönteni, hogy annak fellépését mi váltotta ki. Toxikus hatásokra, prae- vagy postoperatív infectiók lehetőségére kell gondolnunk.

A heveny és postoperatív fellépő nephritisek ezen súlyos következményű alakjaitól élesen elkülönítendők az ú. n. toxikus *nephritisek*, melyek *pyonephrosisok* vagy *vesegümőkór* kíséretében már a műtét beavatkozás előtt is kimutathatók.

Ilyenkor, vagy e miatt a nephrektomiától eltekinteni hibás felfogás, mert az ilyen toxikus nephritisek a nephrektomia után nyom nélkül eltűnnek.

A *conservativ vesesebészetben* egészen más helyzet előtt állunk, itt nem csak egy kérdéssel találkozunk — megmenthető-e a vese vagy sem — ami már magábanvéve is nehéz probléma, hanem számolnunk kell azzal is, hogy maga a sebészi beavatkozás a vesére milyen következményekkel, illetve ártalmakkal járhat.

A *conservativ vesesebészetben* ezért egy kérdés helyett a kérdések egész *complexuma* szerepel, s azok jelentőségét kellően csak úgy értékelhetjük, ha tisztában vagyunk mindazokkal az újabb, főleg a húgyutak dinamikájára vonatkozó ismeretekkel, melyeket részben az i. v. *pyelographia*, s a *pyeloskopia* segítségével részben állatkísérletek útján szereztünk.

Engelmann vizsgálatai óta tudjuk, hogy az ureterben a vizelet transportja az ureterizomzat activ tevékenysége révén valódi peristaltikus hullámok segítségével történik. Percenként átlag 3—6 hullám halad át az ureteren és a hullámok perenként 2—3 cm-nyi gyorsasággal haladnak a vese felől a hólyag felé.

A régebbi kutatók közül már 1893-ban *Lewin* és *Goldschmidt*-nek is feltűnt, hogy állatkísérletekben bizonyos esetekben az ureter peristaltika ezen normalis menete megváltozik, de annak nagyobb jelentőséget annak idején nem tulajdonítottak.

Ujabbán *Fuchs* mutatott rá arra, hogy élő nyulakon végzett kísérletekben az ureter peristaltika viselkedése más az üres és más a telt hólyag állapotában. Ha a kísérleti állat hólyagja üres vagy csak alig telt, úgy az ureter, lefutásának legnagyobb részében szintén üres, lumenmentes és csak 1—2 rövid szakaszon találkozunk orsószzerű tágulatokkal, melyek vizeletet tartalmaznak. Ez az állapot megfelel az ureter peristaltikáról általában eddig vallott nézeteinknek. Ha ellenben a hólyag 200 gr. vizelettel vagy folyadékkal telített, úgy az ureternek legnagyobb része, főleg alsó fele, kitérített, vizelettel töltött, s csak két-három helyen látunk rövid, lumenmentes szakaszokat. A telt hólyag kiürítésével az előbbi állapot szabályszerűen visszatér. További fontos megfigyelés, hogy az egyes vizeletoszlopok tovamozgása a két egymástól elkülöníthető ureterállásban egymástól eltérően zajlik le. Az első esetben az ureter ú. n. „szűkállásban” a peristaltikus hullámokat végig követhetjük, jól látjuk a sphincterszerű összehúzódásokat, s az azokat követő detrusorszerű tágulatokat, s e közben az egyes vizeletportiók a medencéből kiindulól fogozatosan kerülnek mindig lejjebb a hólyag felé. A második esetben, az ureter ú. n. „tágállásban” a medencéből kilövelt vizelet adag, csak az alsó ureterszakaszt kitöltő folyadékoszlopig jut el, ott megakad, s a hólyagba kerülő vizeletportió a pangó vizeletoszlop ellenkező, tehát distalis végéből válik le, s kerül a hólyagba.

Az ureter funkcionális állapotának ezeket a phasisváltásait nemcsak a hólyagkiürüléstől függően, hanem a diuresis hirtelen és nagyfokú növekedésekor is kimutatni sikerült, s ezért ma azt tartjuk, hogy normalis diuresis és üres hólyag mellett az ureter ú. n. „szűkállása” nagyfokú diuresis vagy telt hólyag mellett az ú. n. „tágállás” tekintendő physiologiás állapotnak.

Fuchs az ureternek ezt a gyors phasisváltását úgy magyarázza, hogy az ureternek egy sphincterszerűen összehúzódott és detrusorszerűen tág szakasza secundaer hólyagnak, cystoidnak tekintendő, s így az ureter — functionalis értelemben — cystoidok sorozata. E cystoidok működése hasonlít a hólyag sphincter és detrusor működéséhez, s ép úgy, mint a hólyagban, a cystoidokban is lehetséges — physiologiás határokon belül — retentiós stadium, s ez volna az ú. n. „tágállás”. Az üres hólyag állapotának viszont a „szűkállás” felel meg. Az ureter tehát nemcsak anatomiai értelemben áll szűkebb és tágabb részekből, hanem functionalis értelemben is több szakaszból áll, s az ureternek

ez az ú. n. *functionalis segmentalódása*, a váltakozó physiologiás viszonyoknak megfelelő gyors phasisváltásokat lehetővé teszi.

Az egyes functionalis állapotok kiváltása egyrészt a diuresis nagyságától, másrészt a hólyag teltségi állapotától függően autoregulativ módon történik.

Az intravenás *pyelographia* tapasztalatai az állatkísérletek e megállapításait teljes mértékben igazolták, s így emberre is vonatkozik, hogy az ureterben nem csak egy — a vizelet továbbítását végző activ csőrendszert, hanem egy oly szervet kell tekintenünk, amely működésével functionalis állapotának gyors, autonom változtatásával a vesesecretio egyensúlyát physiologiás határok között biztosítani képes.

Az ureter motilitásának ez a finom mechanismusa klinikai, de különösen a conservativ vesesebészet szempontjából több ok miatt fontos. Először is kétségtelen, hogy a műtéti beavatkozás ezt a finom regulatiót időlegesen kisebb, vagy nagyobb mértékben megzavarja. A tapasztalat azt mutatja, hogy e szempontból egyszerűbb műtéti beavatkozások, mint pl. az ureterotomia, vagy *pyelotomia*, nagyobb hátrányt nem jelentenek e műtétek után a motilitás klinikailag is kimutatható jelentősebb zavarát nem észleljük.

Nem állítható ugyanez a nagyobb ureterműtétekről, mint amilyenek az ureterimplantatiók, ureterresectiók, vagy különböző ureter-pyelum anastomosisok. E műtétek az ureter motilitására már nagyobb veszélyt jelentenek, s e műtétek relatív ritkasága, illetve e műtétek sikerének bizonytalansága épen e hátrányukkal függ össze.

Az ureter motilitásának épségére minden konservativ veseműtét alkalmával nagy súlyt helyezünk, s annak állapotáról műtét alatt úgy győződünk meg, hogy csipesszel megérintjük az uretert. Ha az érintésre ureterperistaltika nem következik be, úgy az ureter motilitása erősen csökkent, annak javulására számítani alig lehet, az ureter ilyenkor már csak egy passiv cső szerepét tölti be.

Az ureter fontos physiologiás működésének egy körülírt functiozavara az ú. n. *vesicorenalis refluxus*. A hólyagkiürülés normalis mechanismusakor az ureternyílások elzáródnak, s így hólyagtartalom az ureterbe nem kerülhet. Ha az intramuralis ureterszakasznak ez az elzáródása valamilyen ok miatt elmarad, vagy tökéletlenül működik, úgy a hólyagban lévő vizelet vizeleskor, vagyis a detrusor összehúzódásakor egyik- vagy mindkét ureterbe nyomul, vesicorenalis refluxus áll elő. Súlyosabb esetben a visszanyomuló vizelet egészen a vesemedencéig jut el.

Messze vezetne a vesicorenalis reflexus okainak és következményeinek részletes taglalása és az activ és passiv refluxus közötti különbségek tárgyalása, csak annyit tartok fontosnak felemlíteni, hogy a vesicorenalis refluxus jelenléte minden conservativ beavatkozás sikerét erősen veszélyezteti, sőt rendszeren már eleve eredménytelené teszi.

Az ureter motilitas zavarával kapcsolatban meg kell emlékeznem azokról a jelenségekről is, melyeket *retrograd pangás* néven ismerünk, melyeket következményeivel a conservativ vesesebészetben is lépten-nyomon találkozunk.

Ha a felső húgyutak említett, még a physiologiás határokon belül mozgó motilitása bármely ok miatt tartósan csökken, úgy a felső húgyutakban a pangás olymértvű lesz, hogy az már kóros állapotnak tekinthető. A pangó folyadékoszlop retrograd nyomása fokozatosan átvedd a húgycsatornácskákra, s bár eleinte csak azok működését zavarja — a vese koncentrálóképessége

beszűkül — később a nephron legérzékenyebb, de a retrograd nyomással szemben feltűnő sokáig ellenálló része, a glomerulusok is elpusztulnak, s ezzel a vese-parenchyma regenerálódásának lehetősége is teljesen eltűnik.

A retrograd pangás klinikai és kórbonctani jelentőségére tulajdonképpen a prostata hypertrophiával kapcsolatos hólyagretentiók hívták fel a figyelmet. Az itt szerzett tapasztalatokból tudjuk, hogy a retrograd pangás secundaer következményei milyen lappangva és észrevétlenül fejlődnek ki, s hogy a vese tönkremeget minden pyuria vagy albuminuria fellépése nélkül. De ugyanakkor azt is megfigyelhettük, hogy ha a pangás közvetlen okát, a hólyagretentiót pl. állandó katheter-behelyezéssel hosszabb ideig megszüntetjük, úgy a vesék részéről az esetek egy részében meglepően nagy regenerálódóképességet észlelünk.

Ugyanez vonatkozik a felső húgyutak primaer módon, pl. kő, rendellenes érleszorítás következtében fellépő retrograd pangásairól is. Klinikai, de főleg sebészi szempontból a két állapot között mégis jelentős különbségek vannak.

Az alsó húgyutak okozta retrograd pangásokban a vese regenerálódására sokszor hetekig várhatunk, s ha a remélt javulás nem következik be, legfeljebb a műtéti beavatkozástól, pl. prostatektomiától, fogunk eltekinteni. A felső húgyutak primaer módon keletkezett retrograd pangásainál különösen műtéti beavatkozás-kor, sokkal nehezebb helyzet előtt állunk, mert a vese regenerálódása, a vese megtartása vagy eltávolítása kérdésében ott a helyszínen azonnal döntenünk kell.

E problema főleg vesekő miatt végzett műteteinknél nyer gyakorlati jelentőséget, különösen oly esetekben, ahol a functionalis értékeink és a vese tényleges anatómiai állapota között bizonyos fokú ellentét mutatkozik.

Vesekőműtétek után nem egyszer tapasztaljuk, hogy az egyik esetben, midőn a műtét előtt teljesen rossz functionalis értéket pl. 0.60—0.80 kryoskopias értékeket kapunk, a kő eltávolítása után már néhány napra a vese működésében már annyira feljavul, hogy a vizelet fagypont csökkenése 1.50—1.80 értékekre emelkedik. Máskor, látszólag egészen analog esetben a remélt javulás elmarad a functionalis értékek között műtét előtt és műtét után alig van változás.

A látszólagos ellentmondás nem a functionalis vizsgálataink megbízhatatlanságát bizonyítja, hanem csak azt, hogy olyan functionalis vizsgálattal, mely a vese regenerálódó képességének megítélésére megbízható támpontul szolgálhatna, rendelkezésünkre nem áll, s e tekintetben ma is a makroszkopiai műtéti szemléletre vagyunk rászorulva.

A vese functionális értéke és a tényleges anatómiai állapot között azért nem áll fenn minden esetben megfelelő arányosság, mert az ú. n. sebészi vesemegbetegedésekben a kórosan elváltozott veserészlet működésbeli kiesését a még ép veserészlet compensáló működése olymértékben képes pótolni, hogy a functionalis értékekben relatíve alig mutatkozik csökkenés. Vesetumoroknál, körültokolt, csak az egyik vesefélre localisált vesegümőkórnál erre sok példát láthatunk, midőn az ép, az eredeti vesének alig $\frac{2}{3}$ -át kitevő veserészlet majdnem oly jó functionalis értéket ad, mint a másik oldali, teljesen ép vese.

A retrograd pangásnak a felső húgyutak sebészetében észlelt másik hátránya a pangásnak az *infectioval* szoros összefüggése.

Tapasztalatból tudjuk, hogy a húgyutakban fellépő pangás minden infectionnak a melegágya, mert a pangás bármikor lappangó infectiok fellobbanásához, vagy új infectiok keletkezéséhez vezethet.

A pangás megszüntetésére ezért minden conservatív műtétnél nagy gondot fordítunk, annál is inkább, mert a pangás nem csak praeoperatív léphet fel, hanem véralvadékok, tamponcompressiók, váratlan uretermeg-törések következtében postoperatív is kifejlődhet, s a secundaer következmények ilyenkor nem kevésbé súlyosak. A praeoperatív pangásokat a pangás primaer okának, pl. kő, rendellenes ér, eltávolításával szüntethetjük meg, a postoperatív pangások bekövetkezése ellen pedig prophylactice védekezünk olyformán, hogy műtét után egy ideig — néhány napig, néha 1—2 hétig is — állandó ureterkathetert vagy transrenalis drainaget alkalmazunk.

A retrograd pangással kapcsolatban meg kell emlékezni röviden még egy jelenségről, mely a felső húgyutak sebészetében váratlan szövödményeket okozhat, s ez a *pyelovenosus refluxus*.

A pyelovenosus refluxus lényegének megértéséhez tudnunk kell, hogy ha az intrapelvinalis nyomás, illetve a vesemedence telődése bizonyos fokot meghalad, úgy a medence tartalma benyomul a veseparenchymába. Azelőtt azt tartottuk, hogy a medencetartalom visszafolyása, az ascendálás kizárólag csak a húgycsatornácskákon át lehetséges. *Hinmann* és *Lee Brown* nyomán már számtalan vizsgálat bizonyítja, hogy sokkal gyakoribb jelenség az ú. n. *pyelovenosus refluxus*, amely úgy jön létre, hogy a kehely peremén a fornixon, a hámbélés bereped, s a réseken keresztül a medencetartalom a parenchymába, az esetek legnagyobb részében a vese visszérrendszerébe kerül. A refluxusnak ez a módja anatómiai és hydrodynamikai okok miatt sokkal könnyebben lehetséges, mint az ú. n. tubularis refluxus.

A pyelovenosus refluxusra vonatkozó kísérleteimről még 1930-ban számoltam be, s már akkor hangsúlyoztam, hogy bizonyos idült pyelitiseknek hirtelen fellobbanása, de különösen az ureterkő beekelődésekor észlelhető súlyos műtéti beavatkozásokat igénylő nephritis apothematosák keletkezése pyelovenosus refluxussal függ össze, mert a tubularis terjedés ezen kórképek hirtelen kifejlődését nem magyarázza. Az azóta e téren szerzett tapasztalataim e véleményemben csak megerősítettek.

Sebészi szempontból a pyelovenosus refluxus jelentőségét abban látom, hogy a refluxus nem csak praeoperatív, súlyos nephritis apothematosat okozhat, hanem postoperatív is kifejlődhet, s a következmények ilyenkor még súlyosabbak, mert ha a medence bakteriumflórája nagyon virulens, úgy a bakteriumoknak a véráramba jutása nem csak a műtét eredményességét veszélyezteti, hanem uroseptikus halálhoz vezethet. Conserváló vesekőműtétek kapcsán észlelünk —, bár ritkán — eseteket, midőn maga a műtét viszonylag könnyű és sima lefolyású, mégis a műtétet követő 2—3-ik napon magas láz jelentkezik, a beteg állapota tovább romlik, s az urosepsist sem a seb feltárása, sem a secundaer nephrektomia már megállítani nem tudja.

Ujabbán a pyelovenosus refluxusnak, helyesebben a refluxus egy előstadiumának, az ú. n. miliaris rupturának, fontos resorptiós szerepet is tulajdonítunk, amelyet az e kérdéssel foglalkozó szerzők a humor aqueus folyamataival hasonlítanak össze. E jelenségnek a hydronephrosisok és bizonyos ismeretlen eredetű vér-vizelések aetiológiájában tulajdonítunk jelentőséget, de annak további taglalása tárgyamtól messze vezetne.

A húgyutak dynamismusának, a retrograd pangás, a pyelovenosus refluxus e rövid ismertetése után talán érthetővé válik, hogy a conservatív vesesebészet mennyivel több és nehezebb feladatot ró a sebészre, mint a radicalis beavatkozás, a nephrektomia, s miért kell a műtét sikere érdekében a műtési indiciókra, s a műtési utókezelésekre oly nagy gondot fordítanunk.

Ami már most az egyes vesén végezhető műtési beavatkozásokat illeti, a *nephrektomia*, mint technikai beavatkozás ma problémát nem alkot. A ferde lumbális metszés általánosan elterjedt. A bordaresectióval összekötött costalis metszésnek is vannak hívei, s kétségtelen, hogy annak előnyei is vannak. A francia iskola általában kis metszésekkel dolgozik, ami azonban a műtési áttekintés rovására megy s csak addig jó, amíg az eset ú. n. sima lefolyású, műtét alatt jelentkezett complicatiók, főleg vérzések esetében a kis metszés nagyon megbosszulhatja magát. A metszés irányának meghatározásában a vese fekvése irányadó. Rendes vagy mélyen fekvő vese esetében ferde lumbális metszést, a rendesenél magasabban fekvő, vagy pedig az ú. n. enervációs műtéteknél a bordaresectiós metszést részesítem előnyben. Tumorokban igen jól bevált az *Illyés-féle* segédmetszés, amely a ferde lumbális metszés felső és középharmadának határából kiindulva derékszögben halad a közép felé. Az izomzat átmetszésekor nagy gondot fordítunk az idegekre, különösen a nervus ileoinquinalis átmetszését igyekszünk elkerülni.

Tbc. miatt végzett nephrektomia alkalmával sokáig problema volt, hogy az uretert mélyen vagy magasan csonkoljuk-e? A tapasztalat azt mutatta, hogy mindegy, vajjon 10 vagy 15 cm uretercsonkot hagyunk-e vissza, nem érdemes a műtési területet nagyítani a célból, hogy az ureterből néhány centiméterrel mélyebb darabot eltávolítsunk. A visszamaradó uretercsonk az esetek legnagyobb részében elsorvad, függetlenül attól, hogy kis vagy nagy darab marad-e vissza. Az uretercsonk kivarrását ma teljesen elhagytuk.

A nephrektomia sebét ma is tamponáljuk. A seb primaer zárása még a legsimább esetekben is nagy kockázattal jár, viszont a tampon és drainső behelyezése — különben sima esetekben — a seb záródását alig néhány nappal hosszabbítja meg.

A sebnek egy vagy két rétegben történő egyesítése iskolánként változik. Külföldön több helyen két rétegben varrják az izomzatot, az *Illyés*-iskola egy rétegben egyesíti. Mivel a veseműtéteket tökéletes helyi érzéstelenítésben végezhetjük, a vesesebészetben a technikai bravurságot, illetve gyorsaságot a *műtési terület tökéletes áttekinthetősége* mellett a *kiméletes technika*, nyugodt anatómiai praeparálás foglalta el, ezzel nem csak azt érzük el, hogy a váratlan műtési események ritkák, hanem a vese vongálását is a minimumra csökkenthetjük.

A *nephrotomia* tulajdonképpen nagyobb történelmi múlttal rendelkezik, mint a nephrektomia. Vesemetszésről *Hippokrates* is megemlékezik, de nélkülözzük annak műtési leírását. A későbbi korban *Serapion* a X. században élő damaskusi orvos feljegyzései tesznek említést veseműtétekről, de nem lehet eldönteni, hogy ezek valódi neprotomiák, vagy, ami valószínűbb, paranephritikus tályogok bemetszései voltak-e. Az újabb korban a XVII. század végén élő olasz orvos *Domenico de Marchetti* ről tudjuk, hogy nephrotomiát végzett. A XIX. sz. első felében a műtétet elvetik s csak 1870-ben ajánlja újból egy angol sebész *Smith*. Nagyobb elterjedésre azonban nyilvánvalóan csak a nyolcvanas évek végén, illetve a kilencvenes évek elején tett szert, midőn *Habershorn*,

Cserny, Morris, Le Dentu és *Israel* számoltak be sikeres eredményekről. Az első parenchyma varratot 1889-ben *Le Dentu* végezte, s ezzel a nephrotomia szélesebb körben alkalmazását lehetővé tette.

A nephrotomia a múlt század 90-es éveiben, főleg a francia urologusok körében annyira elterjedt, hogy a pyelotomiát e korban általában elvetik, illetve csak akkor javalták, ha a követ a pyelumon keresztül érezni lehetett.

A nephrotomia akkori túlsúlya érthetővé válik, ha meggondoljuk, hogy ebben a korban a röntgen még csak gyermekcipőt járja s mai értelemben vett localisatióról szó sem lehetett. Műtettechnikailag könnyebb egy nem localisált követ egy nagy nephrotomiás seben át megtalálni és eltávolítani, mint egy kis pyelotomia sebében keresztül.

A röntgenteknika fejlődésével azonban a kövek localisatiója mind tökéletesebbé válik s annak arányában a pyelotomia a neprotomia rovására mindjobban előnyomult. Ma a pyelotomia a nephrotomiával szemben döntő túlsúlyra tett szert.

Kétségtelen, hogy mindkét műtési eljárásnak vannak előnyei és hátrányai s ezért sokszor nehéz a döntés, hogy a két műtési eljárás között melyiket válasszuk.

A *pyelotomia* előnye, hogy nem jár parenchyma sérüléssel, nem áll fenn infarctus és utóvérzés veszedelem, de viszont a sebgyógyulás vizeletbeszűródés miatt gyakrabban elhúzódhat, szűkület vagy rendellenes lefűződés, megtörtetés pedig, mint késői complicatiók könnyebben keletkezhetnek mint nephrotomiák után.

A kedvező tapasztalatok, melyeket újabban az urologiában *Citrinnel*, „P., vitaminnal szereztünk, azt a reményt keltik fel, hogy a szer a nephrotomia fő hátrányait műtét alatti és utáni vérzések nagyságát csökkenteni képes lesz. Citrin hatás alatt eddig csak egy nephrotomiát végeztem. Ez nem elég, hogy messzebbmenő következtetéseket vonjunk, mégis fel kell említenem, hogy a műtét alatti és utáni vérzés a rendesenél kisebb volt. Ha a biológiai kutatások révén talán egyszer mégis rendelkezésünkre fog állani egy szer, amellyel a parenchymás vérzéseket hathatóan tudjuk csökkenteni, úgy valószínűnek tartom, hogy a nephrotomia a pyelotomiával szemben ismét tért fog nyerni.

Az urológiai diagnostika tökéletesbbedésével fejlődési rendelkezések egész sorozata, duplicitások, ureterhasadások, patkóvesék felismerése vált lehetővé. Ezzel új műtétek keletkeztek, úgy hogy a vese resectiója és az ureter leszorító rendellenes erek átmetszése ma általánosan elterjedt, de természetesen aránylag ritkán végzett műtési beavatkozásunk.

A vese *resectióját* főleg patkóvese esetében végezzük, ha annak egyik fele pl. tbc. vagy kő miatt kórossá válik. A műtét közelebbi részleteit maga a kórfolyamat határozza meg s így annak közelebbi technikája esetenként változik. Legelterjedtebb az ú. n. ékalakú átmetszés.

A resectióval rokon műtét a *heminephrektomia*, melyet vese duplicitásokban, vagyis két önálló vesemedencével bíró veséken végezhetünk. Adott esetben a heminephrektomia lehetősége felett csak műtési feltáráskor dönthetünk, mert ha a két vesefél érellátása közös törzsekből történik, úgy a heminephrektomiát elvégezni nem lehet.

Rendellenes és akadályt képző ereket csak akkor távolíthatunk el, illetve metszünk át, ha a következményes parenchyma-kiesés nem túl nagy, mert ha emiatt az ér átmetszése nem ajánlatos, úgy helyesebb plastikai műtéttel az uréter lefutását módosítani.

Nagyobb solitaer vesecysták esetében jó eredménnyel alkalmazzuk a *cysta excisióját*, policystikus vesékben pedig a cysták megnyitását.

A conservatív vesesebészet egyik legnehezebb, de eredményességében talán leghálásabb területéhez tartoznak a *vesegennyesedések* azon alakjai, amelyekben a veseparenchyma még nem pusztult el teljesen és a vese regenerálódására még számítani lehet. A *nephritis apostematosa* és *carbunculus renis* néven ismeretes kórképek tartoznak ide. Előbbi esetben a decapsulatio, utóbbi esetben —, ha a kórismézéssel nem késtünk el — a decapsulatiót követő carbunculus bemetszés a legheylesőbb és célhozvezető eljárás. E műtétek célja a genyedés levezetése és a vesementése, de ez csak korai kórismézés mellett lehetséges, mert minél előrehaladottabb a genyedés, annál kisebb a vese megmentésének a reménye. A döntést a műtéti szemlélet adja meg, de ez nem mindig könnyű, úgy hogy a secundaer nephrektomia lehetőségével ilyen esetekben számolnunk kell.

Perinephritikus tályogokban néha nehéz eldönteni, hogy a genyedés a vesével összefügg-e, vagy sem, s ennek folytán kis vagy nagy metszéssel végezzük-e a tályogmegnyitást. Ha genyvesére utaló tünet a műtét előtt nem mutatható ki, helyesebb a kis bemetszés, szűkség esetén a secundaer nephrektomiát későbbi időpontban is el lehet végezni.

Műtéti beavatkozás és pedig decapsulatio segít a perinephritisek bizonyos fájánál is, melyek közé tartozik az *Illyés* által leírt *perinephritis uratica*. E kórképet azonban csak hosszas megfigyelés és exact diagnosis alapján lehet felismerni s jelenlétét csak a műtéti feltárás tudja igazolni.

A vesesebészet egy külön, mondhatnók önálló fejezete a *haematogen nephritisek sebészi kezelése*. — A nephritisek sebészete majdnem 50 éves multra tekinthet vissza, mégis e kérdésben ma sincs még egységes álláspont. Tapasztalati tény, hogy kétségtelen és frapáns sikerek mellett, teljes sikertelenség is előfordul. A terapeutikus siker bizonytalansága azonban nem a sebészeti beavatkozás technikai vagy egyéb nehézségeivel, hanem a vesegyulladások sajátos természetével függ össze. Sebészi beavatkozásra többnyire csak a súlyos esetek kerülnek s így nagyon nehéz műtét előtt eldönteni, hogy a gyulladással területek regenerálódására egyáltalán számíthatunk-e, vagy pedig milyen az interstitium állapota, ami azért fontos, mert tapasztalatból tudjuk, hogy a nephritisek azon esetei, ahol az interstitium már gömbsejtesen beszűrődött, decapsulációs beavatkozásra már nem reagálnak.

Az ú. n. *decapsulációs hatásról* épen a nephritisek kezelésével kapcsolatban igen sok víta és kísérlet történt. Az állatkísérletek azt bizonyítják, hogy decapsulatio után a vesében collateralis vérkeringés fejlődik ki. Ez a collateralis vérkeringés azonban csak a vese kéregállományában fejti ki hatását s nem oly mélyreható, hogy a gyógyeffectusban lényeges szerepet játszhasson. Ma a decapsulációval inkább egy neurogen befolyásra előállott vasodilatációs hatást, illetve a vese belső nedvkeringésének hirtelen megváltozását látjuk, aminek klinikailag észlelhető következménye, hogy a tokjába szorult, duzzadt vese a fokozott intrarenalis nyomás következményeitől megszabadul. Ez a hatás tehát csak átmeneti, de sokszor nem csak a veseműködést javítja, hanem életmentően hat.

Megkísérelték a decapsulációs effectust *Isobé* állatkísérletei nyomán *cseplesz implantációval* kombinálni. *Paunz* is végzett ilyirányú állatkísérleteket. A collate-

ralis vérkeringés ily módon kétségtelenül nagyobb mértékben biztosítható, de e műtétek nem terjedtek el nagyobb mértékben, műtéttechnikai bonyolultságuk mellett az eredmény ép oly kétes, mint egyszerű decapsulatio esetén.

Sokkal több követőre akadt a decapsulációval kombinált *veseenervatio*, amelynek fő propagálója a francia *Papin*. A veseenervatio ma rendes műtéti eljárásaink közé vonult. Indicatiói és therapeutikus értéke tekintetében a vélemények még eltérők, de kétségtelen, hogy tényleges vasodilatatiót idéz elő.

Állatkísérletekben jól kimutatható, hogy ha az egyik oldalon enervatiót végzünk s utána röntgen és contrastanyaggal megtöltjük a vese érrendszerét, úgy röntgenfelvételen az enervált oldalon, szemmel láthatóan tágabbak és erősebben telődnek a vese venái, mint az ellenkező, nem enervált oldalon.

A vasodilatációs hatást műtétek alatt is megfigyelhetjük, ha enervatio után decapsulatiót is végzünk. A vérzés ilyenkor jóval nagyobb mint egy egyszerű decapsulatio után. — A vasodilatációs hatást úgy is elérhetjük, ha a vese ereit *Doppler* eljárás szerint phenololdattal ecseteljük, vagyis chemiai sympathectomiát is végzünk.

A veseenervatio azonban ép a legsúlyosabb esetekben a decapsulatiót háttérbeszorítani nem tudta, mert utóbbi egy lényegesen egyszerűbb, gyorsan elvégezhető műtét, ami messze nem jelenti a betegre azt a műtéti megterhelést, mint a vese teljes kiluxálásával járó enervatio.

A vese enervációról szerzett tapasztalatok egy új kórképre is felhívták a figyelmet, melyet legjobban *nephralgiának* nevezhetünk s melynek lényege, hogy a betegek minden kimutatható objectiv elváltozás nélkül az angulus costovertebralis localisált fájaldalmáról panaszkodnak. A fájdalom nem heves, de oly állandó jellegű, hogy napi munkájukban zavarólag hat. A betegek kivizsgálásakor a vese functionálisan ép, a húgylevezetés mechanizmusa zavartalan, a vesében akár morfológiai, akár topographiai rendellenesség hiányzik, vagy pedig jelentéktelen. E betegek panaszát többnyire rheumás vagy histeriás jelenségeknek tartjuk, s az elkülönítés ezektől meglehetősen nehéz, de feltűnő jelenség, hogy ha ilyen betegeken minden egyéb betegség lehetőségének kizárása után enervatiót végzünk, a többéves panaszok megszűnnek.

Az Új Szent János kórházban az utolsó három évben 16 veseenervatiót végeztem. Az eseteket mindig gondos kivizsgálás előzte meg, amelyre mi különös gondot fordítottunk, egyéb derékfájaldalmakat okozó bajok kizárására. A vesetájra localisált fájaldalmak három évtől 10 évig terjedtek s mindegyik esetben a panaszok a műtét után megszűntek. A 16 eset közül 2 év után kettő jelentkezett, azzal hogy újból érez fájaldalmat, de azok spontán elmúltak és nem voltak hevesek, csak azért jelentkeztek, mert erre külön felszólították őket. A 16 eset közül 11-ben ptosis és erős uretermegettörés is volt, úgy hogy tulajdonképpen 5 eset tartozik a nephralgia kórképehez.

Az esetek nagyobbik részében az enervatiót decapsulatio követte (12 eset) két esetben enervatio decapsulatio nélkül történt s két esetben az ú. n. *Doppler* eljárást alkalmaztam, amennyiben a vesehilust phenololdattal megecseteltem. Utóbbi eljárástól ártalmas hatást nem észleltem, de a sebészi enervatiót tökéletesebb eljárásnak tartom.

Az enervációval kapcsolatban szerzett tapasztalatok arra készítetnek, hogy röviden kitérjek a *nephropexia*

kérdésére. A vándorvese sebészi therapiája, úgy a műtéli indicatio, mint a műtéli technika tekintetében már sok vitére adott alkalmat. *Hahn* módszere óta, ki 1881-ben az első nephropexiát végezte, a műtétek egész sorozata alakult ki, s a vese rögzítése még ma is a sebészi találékonyág nagy terrenema. A sok egyszerű és kevésbé egyszerű nephropexiás eljárások közös sajátossága, hogy sikeres esetek mellett, sikertelen esetek is vannak. Ha az ilyen betegeket a műtétek után ellenőrző vizsgálatnak vetjük alá, úgy a vese új helyzete, s a beteg subjectiv panaszai között sokszor nagy ellentmondást észlelünk. Néha a vese a műtét után magasabb helyzetbe kerül, a beteg panaszai azonban nem szűnnek, máskor ellenkezőleg a vese helyzete alig változott, s a beteg a műtét után mégis jobban érzi magát. Ma tudjuk, hogy nem is annyira a vese magasabb vagy alacsonyabb fekvésén, hanem a medencekiárat kedvező helyzetén mulik a siker. Régi klinikai megfigyelés, hogy a süllyedt vese magábanvéve nem mindig okoz panaszokat. Sok beteg él, ki süllyedt veséjéről csak a pontos kivizsgálás után szerez — sajnos — tudomást s kezd azután veséjére panaszkodni. A süllyedés kisebb- vagy nagyobb foka és a panaszok nagysága vagy tartama között szintén nem áll fenn parallelismus. A vándorvese okozta fájdalom tehát a dislocatióval semmiesetre sem függhet össze s így sokáig azt hittük, hogy a panaszok keletkezésében a kóros medencekiürülés játszik közre. Az i. v. pyelographia elterjedése óta azonban felismertük, hogy vannak vándorvesék, amelyeknek kiürülése rendes és mégis panaszokat okoznak. Az ilyen esetekben a panaszok okára elfogadható magyarázatot adni nem tudunk. Az enervatióval szerzett tapasztalataink nagyon amellet szólnak, hogy a fájdalmakat ilyenkor a vesekocsányon futó idegek vöngálása okozza. Ha ugyanis az ilyen esetekben decapsulatióval kapcsolatos enervatiót végzünk, a panaszok akkor is megszűnnek, ha a vese helyzete csak kis fokban módosul. Természetesen arra ügyelnünk kell, hogy a decapsulatio abnormalis helyzetet ne teremtsen.

A vesesebészet mai problémáit ezek után a következőkben foglalhatom össze:

A *nephrektomia*, mint műtéttechnikai beavatkozás ma tökéletesen megoldódott. A functionalis vesediagnosztika mai fejlettsége mellett a nephrektomia javallatai absolut biztosan eldönthetők, úgy hogy a nephrektomiát követő uraemiás halál ma csak a legnagyobb kivételek közé tartoznak.

Már sokkal nehezebb a helyzetünk *conservativ vesesebészet* területén. A legtöbb problémát itt a *kővesék* adják, amelyeknél sokszor nehéz eldönteni, hogy csak a követ, vagy pedig az egész vesét távolítsuk-e el. A nehézséget az okozza, hogy a *kővesék* különben nagy regenerálóképességéről a functionalis értékek pontos felvilágosítást nem nyújtanak. A túlságos conservativismus azonban ép oly ártalmas, mint a túlzott radicalismus. A helyes út megválasztásában a műtéli szemlélet és a műtétekkel szerzett tapasztalat vezet a sebészt.

Kétoldali kömegbetegedésekben általános elvünk, hogy előbb a jobbnak tartott vesét hozzuk rendbe, hogy szükség esetén a rosszabbik oldalt eltávolíthassuk.

A *plastikai műtétek* gyógyeredményei a transrenalis drainage általános elterjedése óta kétségtelenül javultak, a műtét eredményességét azonban előre biztosítani ma sem tudjuk, mert a sikerben több oly factor játszik közre, amely a műtéli technikától többé-kevésbé független.

A *vesegyulladások sebészi therapiája* ma is még nyílt kérdés, bár kétségtelen, hogy vannak eseteink,

midőn a sebészi beavatkozás életmentően hatott, s a megakadt diuresist újból megindította. Egységes állásponttá azonban még a nephritisek sebészi therapiájának mai kereteit még jobban kiterjeszük, vagy ellenkezőleg szűkítsük, még nem alakult ki. E kérdés sokkal bonyolultabb, sem mint azt empirikusan eldönthetnők.

Ezekben óhajtottam a vesesebészet mai problémáját nagy vonásokban ismertetni. Sok oly kérdést érintettem, amelyek magukbanvéve is elegendők arra, hogy részletesebben tárgyalassanak, de céloim épen az volt, hogy a különböző problémák felvetésével bepillantást nyújtsak arról, hogy a vesesebészet látszólagos nyugalma mögött mennyi kérdés és problema rejtőzik.

▲ 10. számú honv. és közr. helyőrs. kórház sebészeti osztályának közleménye. (Orvosfőnök: Sereghy Emil ezredorvos.)

A sebészi műszerek és varróanyagok csírátlantása.

Irta: Sereghy Emil dr. ezredorvos.

A sebészi műszerek megbízható csírátlantását általában hővel végezzük. A chemiai csírátlantás nem tudott elterjedni, mert a régebben használt oldatok csak hosszú idő alatt pusztították el a bakterumok vegetatív alakjait a pathogen anaerob sporákat pedig nem pusztították el teljesen.

Az alkoholról már Koch kimutatta, hogy a pathogen anaerob sporákat nem pusztítja el, még kevésbé az apathogen nativ földspórákat. *Heim* 20 évig tartott lépfene sporákat alkoholban, melyek csírázó- és fertőzőképességüket ez idő alatt is megtartották.

Az újabb chloros antisepticumok azonban megbízható csíráölőképességgel bírnak.

1.0%-os sublimát	}	az anthrax sporát 3 óra alatt előli. (<i>Andriska</i> .)
70.0%-os alkohol		
0.2%-os calc. hypochlorit	}	a staphylococust és b. celiit 2 p.-n belül előli (<i>Gajzágó</i>).
0.1%-os caporit		
0.5%-os hydroxygenlúg*)		
0.1%-os hydroxygenlúg*) + 3.0%-os bórsav		
3.0%-os calc. hypochlorit	}	a b. subtilis és anthracoides sporát 30 percen belül előli (<i>Gajzágó</i>)
3.0%-os caporit		
5.0%-os hydroxygenlúg*)		
5.0%-os hydroxygenlúg* az apathogen nativ földspórákat 30 percen belül előli.		
0.5%-os hydroxygenlúg* + 3%-os bórsav az apathogen nativ földspórákat 10 percen belül előli. (<i>Gajzágó</i> .)		

A sublimát a műszerek csírátlantására egyáltalán nem használható, a többi desinficiáló-oldat (3%-os lysoform, 3%-os liqu. kresoli, 3%-os hyperol, 1%-os caporit, 0.2—0.5%-os zephyrol, 1%-os hydroxygenlúg, stb.) különösen, ha nem tökéletesen szennyeződésmentesek, tartósan használva a műszerek nikkelezését megtámadják. Az alkohol is, melyet még — sajnos — használnak kések, ollók, néhol fecskendők desinficiálására, megtámadja a nikkelezést. A benzinnel, phtalsavval denaturált alkoholban még hamarabb rozsdásodnak a műszerek; különösen a kések, ollók éle romlik, mert az éleken nincs nikkelezés.

A chemiai csírátlantást olyan műszereken, eszközökön végezzük, melyek a hővel történő csírátlantást nem bírják, vagy ha a hővel jól fertőtleníthető műszereink műtét közben igen virulens csírákkal fertőződtek. Ekkor a chemiai fertőtlenítést nyomom követi a physikai: hővel történő csírátlantás.

*) Natriumhypochlorit oldat (Hydroxygen-gyár.)

Legelterjedtebb a műszerek 100 C°-os vízben 10—15 percig történő főzése. Ez a legegyszerűbb berendezéssel (főzőedény) elvégezhető. A főzővízhez a vízben lévő szénsavas mész és egyéb sók kicsapására tiszta szódát, (natr. carbon., purissimum sicc.), vagy nátronlúgot (natrium hydricum purum in bacillis) adunk. A szódának minden más vegyi anyagtól mentesnek kell lennie, amint azt Gyógyszerkönyvünk követeli. A szódát is, a lúgot is legalább ½ órával a műszerek behelyezése előtt tegyük a műszerfőző vízbe, hogy jól feloldódjék. A főzővíz mikor a műszereket behelyezzük, meleg legyen, hogy a benne lévő sók kicsapódjanak, de ne legyen túlforró, mert a műszereknek árt a hirtelen felmelegedés.

A natronlúgot olyan mennyiségben adjuk a főzővízhez, hogy ¼%-os oldat legyen, szódából annyit adunk, hogy 1—2%-os oldatot kapjunk. Közönséges, árubeli szódát ne használjuk, mert szennyezett. Még ártalmasabb a műszerre a hamuszír. (kalium carbonicum).

Ezek az anyagok a jelzett mennyiségben a víz forráspontját észrevehetően alig növelik, bakteriumölő hatásuk azonban erősebb, mint a tiszta vízé. A natronlúg már 1%-os töménységben is jelentősen fokozza a műszerfőzővíz csíraölő hatását (Gajzágó), de a műszerek nikkelezését ez is megtámadja. A szóda csak 3—5%-os töménységben bír nagyobb csíraölőképességgel. Habs és Sobernheim a gyakorlatban elegendőnek tartja a műszerek 3—5%-os szódaoldatban 15 percig történő főzését a leghőállóbb pathogen anaerob spórák előlésére.

Főzéskor a víz szénsavas sói kiválnak és egyéb szennyezésekkel, amelyek esetleg a műszerek felületén, sarkain műtétek után maradtak, foltokat képezhetnek. Ezek a foltok azonban nem tévesztendőek össze a rozsdával. Eltávolításukra az ú. n. vörös vasoxydot (párisi vörös, capum mortuum) ajánlják. Ezt pár hónapon át alkalmaztuk is, de tartósabb használat után ez is megtámadja a nikkelezést. A nikkelezett műszer tisztítására, fényesítésére csak puha flanelruhát, vagy finom szarvasbőrt használjunk.

Az anyagukban rozsdamentes műszerek (króm, krómnikkel) nem rozsdásodnak meg, ha nem teszünk szódát, vagy natronlúgot a műszerfőző vízbe.

Szédészedhető műszereket szétszedett, vagy legalább kinyitott állapotban kell csírátlantani, habár ennek a követelménynek nehéz eleget tenni.

A víz forráspontja függ a légnyomástól és a tengerszint feletti magasságtól.

Magasság m-ben	barométerállás Hg. mm.	forráspont C°-ban
Tengerszinen	760.0	100.00 C°
100 m. a tengerszint felett	750.5	99.65 "
200 " " "	741.2	99.30 "
500 " " "	713.9	98.26 "
800 " " "	687.5	97.21 "
1000 " " "	671.0	96.5 "
2000 " " "	591.7	93.1 "

Rubner és Schut szerint a barométerállással és a tengerszintfeletti magassággal alig kell számolni, mert a banális kórokozók (genyekeltők, typhus, paratyphus, dysenteria, cholera, diphtheria, tbc.) 75 C°-on 5 másodperc alatt elpusztulnak, a nem spóráképző pathogen csírák pedig 100 C°-on rögtön elpusztulnak (Konrich). A műszerfőzővízbe tett sók a víz forráspontját - mint fentebb említettük - észrevehetően alig növelik, hiszen a főmény konyhasóoldatnak is 108 C°-on van a forráspontja, egy fedővel ellátott vízsterilizőben a hőmérsék felmehet 103—104 C°-ra, hőelektromos pyrometerrel magam is többször mértem ilyen értékeket.

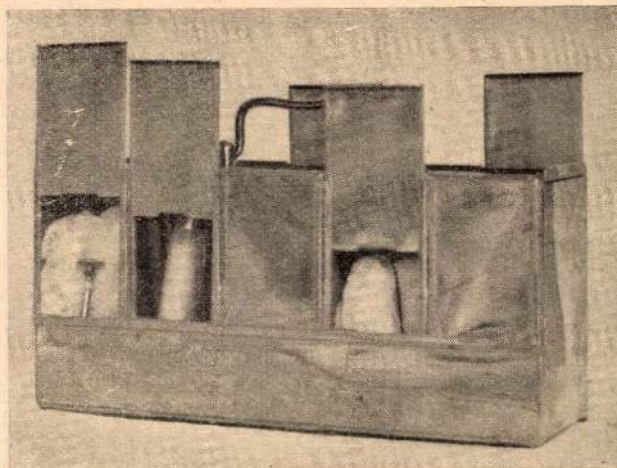
Globig, Koch, Gaffky, Löffler, majd Zeissler kimutatta, hogy 100 C°-os vízben, vízgőzben a pathogen

anaerobok (Fraenkel-féle gázbacillus, oedema malignum, tetanus, stb.) spórái 8—180 perc alatt pusztulnak el. Még nagyobb az apathogen nativ földspórák hőálló-képessége.

A legellenállóbb bakteriumok vegetatív alakjai és spórái: 2 atm.-s (1 atm. túlnyomásos) 120 C°-os telített vízgőzben 4—6 perc alatt pusztulnak el; 2.5 atm.-s (1.5 atm. túlnyomásos) 126 C°-os telített vízgőzben 1.5 perc alatt pusztulnak el; 160 C°-os száraz hőben 33 perc alatt pusztulnak el, 180 C°-os száraz hőben 7 perc alatt pusztulnak el. (Gajzágó, Konrich, Schinzel, Schoop.)

E hőfokon, illetőleg nyomáson végzett csírátlantáskor a műszerek (olló, érfogó, csipő, stb.) érintkezőfelületein, tengelyein lévő kórokozók is elpusztulnak, nemcsak a genyekeltők, hanem a b. subtilis- és a nativ földspórák is, amint azt Gajzágóval együtt kimutattuk (O. H. 1938. 33.); ennél fogva a műszereket csírátlantáskor szétszedni, kinyitni nem szükséges.

A műszerek teljes csíramentességének elérésére tehát túlnyomásos víz- vízgőzsterilizátort, vagy száraz hő- légsterilizőt alkalmazunk.



Steriliző doboz injectiofcskendők túlnyomásos vízgőzben történő csírátlantásához.

A vízsterilizőnek igen sok alakja van. A túlnyomásos vízsterilizők egyszerűek, nem romlanak és a műszerfőzővízbe szódát téve, a nem rozsdamentes műszerek nikkelezését nem támadják meg. Hátrányuk, hogy a műszerek fertőtlenítése hosszabb időt (45—50 perc) vesz igénybe.

A túlnyomásos vízgőzsterilizők könnyebben romlanak és minthogy a vízgőzbe szódát nem tehetünk, a nem rozsdamentes műszerek nikkelezését hamar megtámadják. Előnyük: velük a célt rövidebb idő (20 perc) alatt elérhetjük és utána a műszereket gőzzel száríthatjuk. Ez utóbbi előnye csak látszólagos, mert ha 100 C°-os vízgőzzel végezzük a szárítást, amikor a műszer és a körülötte lévő vízgőz szobahőmérsékletre lehül, a műszerre sok pára csapódik le.

A túlnyomásos vízgőzsterilizőben a vízgőznek teltettnnek kell lennie és levegőt egyáltalában nem, vagy csak kis mennyiségben szabad tartalmaznia. Ha a 120 C°-os vízgőz 10%-ban tartalmaz levegőt a csírátlantás ideje nem növekedik, 15%-os levegőtartalomnál a sterilizési idő kétszeresére, 35%-os levegőtartalomnál ötszörösére, 50%-os levegőmennyiségnél hatszorosára, 75%-os levegőmennyiségnél kilenceszörösére 100%-os levegőmennyiség-nél tizenkétszeresére emelkedik (Muntsch).

Olyan kisebb sebészi osztályokon, ahol ilyen készülékek beszerzése anyagi nehézségbe ütközik, a műszereket egy steriliződobozba téve kötszersteriliző auto-

kláiban csíráltaníthatják. A nem rozsdamentes műszerek rozsdásodásának elkerülésére műszereket behelyezhetik 2%-os szódás vizet tartalmazó táliba, vagy — ami egyszerűbb — beburkolhatják 2%-os szódás vízbe áztatott ruhába. Arra azonban vigyázni kell, hogy a ruha alatt nagyobb ürtér ne legyen és a műszer a ruhával teljesen be legyen burkolva. Ezt az utóbbi eljárást alkalmazhatjuk túlnyomásos vízgőzsterilizálóknál is a nem rozsdamentes műszerek rozsdásodásának elkerülésére. *Konrich* szerint elegendő a nem rozsdamentes műszereket a gőzsterilizálás előtt 2%-os szódaoldatba tenni és utána megtörítés nélkül behelyezni a gőzsterilizálóba. Rozsdamentes műszerek esetén erre természetesen nincsen szükség.

A száraz hőlegsterilizálók a sebészeti osztályokon nem terjedtek el, mert ezekkel hosszú a sterilizálás időtartama (160 C°-on 1 óra.) Egy nagy hátrányukra csak az újabb hőmérések alkalmával jöttek rá. *Hanne* szerint egy hőlegsterilizálóban annál nagyobb a belső hőmérsékkülönbség, minél nagyobb a készülék. *Moritz* 30—35 C° hőmérsékkülönbséget, én hőelektromos pyrométeremmel 20—25 C°-os hőmérsékkülönbséget találtam a hőlegsterilizáló egyes helyein.

A hőmérsékkülönbségek kiküszöbölésére újabban készítettek olyan hőlegsterilizálókat, amelyekben egy forgó propeller végzi a belső hő kiegyenlítését. Pár hó óta van osztályomon egy ilyen kis készülék, ezeknek a készülékeknek a belső hőmérséke mindenütt egyenlő.

Használat után a műszereket szétszedve folyó, hideg vízben kell vértől, genytől (puha műtőkefével) megtisztítani. Ha a használt műszereket forró vízzel tisztítjuk, megalvad a vér, geny és eltávolítása nemcsak a sarkokról, hanem a sima felületekről is nehéz. Steril műteteink után elegendőnek tartjuk, ha a műszereket alapos mechanikus letisztítás után újra túlnyomásos műszerfőzőben kifőzzük, majd flannellel, vagy puha szarvesbőrrel megtöröljük. Durva szennyezésnek kitett műszereket hideg vízben alaposan meg kell tisztítani, utána csíráltanító oldatba tesszük (3%-os liqu. kresoli, 0,2—0,5%-os zephyrol, 1%-os caporit, 1%-os hyroxigenlóg, mely utóbbiak egy literes oldatához 1 csapott kávéskanál natriumnitritet teszünk a rozsdásodás elkerülésére.) A műszerek tisztítását szétszedett állapotban, vagy legalább kinyitott állapotban végeztessük. Olyan sebészeti osztályokon, amelyeken a műszereket nem túlnyomásos műszersterilizálóban csíráltanítják, célszerűnek tartom minden olyan műtét után, amelyben béllument nyitottunk meg, vagy erősen fertőzött területen dolgoztunk a műszereket kifőzés előtt chemiailag is csíráltanítani. A műszereket hetenként egyszer egész területükön, különösen a tengelyeken savmentes paraffinolajjal kenjük be.

Az éllel bíró műszerek (kések, ollók, vésők) megbízható csíráltanítását száraz hőlegsterilizálóban 180 C°-on 10—15 perc alatt végezzük. (Rozsdamentes (króm, krómnikkel) éllel bíró műszereket 2,5 atm. mellett 1,5 túlnyomás mellett 126 C°-on 10 percig vízgőzsterilizáló autoclavban csíráltanítjuk. *Rédly* főmérnökkel együtt végzett vizsgálatainkkal, melyeket mikrophotogrammokkal is kísértünk, kimutattuk, hogy ezek a csíráltanító eljárások a műszerek élet nem rontják. (Ztbl. f. Chir. 1938/47.) Osztályunkon a késeket kb. 1 éve a fenti eljárással csíráltanítjuk és a gyakorlat vizsgálatainkat igazolta.

A fecskendők és tűk tökéletes sterilitása is csak a fenti hőfokon, illetőleg nyomáson végzett csíráltanítással érhető el. Rekord fecskendők a 180 C°-os száraz hőt tartósan nem bírják, a 126 C°-os völgözben is elég

hamar tönkremennek. Ezért térünk vissza a tisztán üvegből készült Lür-fecskendők alkalmazására, melyek hegyére a Rekord-tű is ráillik. A fecskendőket és tűket használat után azonnal hideg vízzel, majd aetherrel kell átfecskendezni és utána kifőzni.

Steril műtettekhez használt fecskendőket a tűkkel együtt nagy, párolt vizet tartalmazó Foederl-bombában, túlnyomásos műszersterilizálóknál a műszerrel együtt csíráltanítjuk. A fecskendők csíráltanítására egy sterilizáló dobozt készítettem, melyben 10 fecskendő külön-külön, kinyitható rekeszekben helyezhető el és a kötszersterilizáló autoclavban csíráltanítható. (Ztbl. f. Chir. 1938. 47., német szab. 3508/S, 134.298/VI. a 30 i/1938.) Ezt a sterilizálódobozt kb. 1 éve alkalmazzuk osztályomon; bevált.

A cat-gut utósterilizálást a következőképpen végezzük: a sterilizáláshoz használandó üvegedényt fél óráig nem szódás(!) vízben főzzük, majd aetherrel teletöltve a cat-gut szálakat sterilien behelyezzük zsirtalanítás céljából. A 000-ás és 00-ás cat-gut-ot 6 óráig, a többi 24 óráig tartjuk aetherben. 2-s sz.-nál vastagabb cat-gut-ot nem használunk, mert a vastagabb cat-gut szálakat a fertőtlenítő oldat nem hatja át. Ha vastagabb szálra volna szükség, akkor inkább a 2-s sz.-t kétszeresen használhatjuk. A zsirtalanítás után a fonalat Billmann-oldatba helyezzük 8 napra, ezután a cat-gut használható, de állhat az oldatban 2—3 hétig is. A Billmann-oldatból főzéssel sterilizált üvegbe helyezzük, melyben csíráltanított alkohol áll. (A Billmann-oldat összetétele: Rp.: Jodi puri g 20,0, kalii jod. g 40,0, Formaldehyd. g 10,0, Aqua dest. ster. g 130,0. Ez az oldat 2 liter steril vízben hígítandó. Steril dest vizet írunk fel, azt az üvegben forraljuk 10 percig, majd lehülés után végezzük a hígítást.) A Braun-féle megfordítható catgut fonaltartó üveg a cat-gut utósterilizálást feleslegessé teszi, itt a cat-gut 1%-os jó-d-alkoholban áll.

A sebészi selymet, lencárnát zsirtalanítás céljából aetherbe helyezzük, 24 órára, utána párolt vizet tartalmazó Foederl-bombában túlnyomásos műszersterilizálóban a műszerrel együtt végezzük a csíráltanítást. A Braun- és a Gurschwitz-féle sebészi lencérna elsőrangú varróanyag, sokkal erősebb és olcsóbb, mint a selyem, a többszöri csíráltanítást is jól bírja. Ha a selymet, lencérnát alkoholt tartalmazó Foederl-bombában áramló vízsterilizálóban (100 C°-on) főzzük, szintén teljes csíráltanítást érthetünk el, mert az alkohol már 78,5 C°-on forr. Azonban ilyenkor célszerű a cérnát alkalmazása előtt steril physiologiás sóoldatba tenni, mert különben a szövetekben erős vízvívőképességénél fogva megduzzad, a szöveteket izgatja és kilökődhet, különösen, ha vastagabb a fonal. 40-es sz.-nál vastagabb cérnák alkalmazása nem célszerű.

Osztályunkon 5 éve legtöbbször lencérnával varrunk, selymet csak golyva-, ízület-, ér-, ideg- és bőrvarrására alkalmazunk, catégut-ot pedig csak genyes műtettekhez és gyomornyálkahártyavarráshoz használjuk.

A gummikesztyűket külön sterilizálódobozban, kötszersterilizáló autoclavban csíráltanítjuk. 2 atm.-n (1 atm. túlnyomás), 120 C°-on 10 percig, utána 8 percig gőzzel szárítjuk. A gummikesztyűket vászonból készült tokban helyezzük el egyenként, úgy hogy egymással nem érintkezzenek, minden gummikesztyű belsejébe és ujjába csíráltanítás előtt gaze-csíkokat helyezünk; sokkal egyszerűbb ha a gummikesztyű belsejébe használt, kisselejteztet cérnáműtőkesztyűt teszünk. Minden egyes vászontokba a kesztyű mellé gazeba varrt talcum-ot helyezünk, amelyet a kesztyűkkel együtt fertőtlenítünk. Többször használt gummikesztyűben apró lyukak, re-

redések könnyen elkerülhetik a figyelmet, méginkább a hibás öntés folytán, főleg az ujjakon keletkezett elvékonyodások. Ezért mielőtt a gummikesztyűt felhúzzuk, levegőt préselve belsejébe meg kell győződni a kesztyű hibátlanágáról. Steril műteteinkhez foltozott, ragasztott gummikesztyűt nem szabad használni. Olyan intézetekben, amelyekben gummikesztyűt a költségek miatt nem használhatnak, elegendő, ha a műtő, vagy a műtő és az első asszisztens húz gummikesztyűt, a második segéd és a műtősnő cérnakesztyűben segít.

Genyes műtétek során a műtétben résztvevők minden tagjának (a műtősnőnek is) gummikesztyűt kell viselnie.

A szádlócsövek csírátlanítását szintén hasonló hőfokon, illetőleg nyomáson végezzük. Az üvegszádlók a gyakori csírátlanítást jól bírják, a gummiszádlók azonban hamarabb szakadnak, különösen, ha nem frissek; mielőtt egy gummiszádlót a sebüregbe helyezünk, mindig meg kell nézni, hogy nem könnyen szakad-e. Hosszú drain alkalmazásakor célszerű ha 8. sz. vastag selymet vezetünk a gimmicsőbe, melyet külső oldalán visszavezetve megkötünk. Így elkerülhetjük a leszakadt gummicsőnek a sebüregben maradását. Még célszerűbb a hosszú gummicsövet a behelyezés előtt egy steril centiméterrel lemérni és hosszát a műtői könyve beírni.

A fentiekben összefoglaltam azokat a csírátlanító eljárásokat, amelyekkel a műszerek, fecskendők, gummitárgyak, varróanyagok tökéletes csírámentességet elérhetjük és amely eljárásokat csztályunkon alkalmazunk. „A teljes csírátlanság elérésére inkább többet tegyünk, mint kevesebbet, csak így lesz fokozott biztonságunk az asepsisben.” (Kirschner.)

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

Pankreastól független hypoglykaemia.

Irta: Geldrich János dr., egyet. magántanár.

Az önként, tehát a művi beavatkozás nélkül kifejlődő vércukorcsökkenésnek, a *spontánhypoglykaemiának* keletkezését több okra vezethetjük vissza. Az okokat 2 részre, magát a spontánhypoglykaemiát pedig 2 főcsoportra oszthatjuk. Az első csoportba tartoznak a vércukorcsökkenésnek azon alakjai, amelyeket az anyagcsere, közelebbről a *szénhidrátanyagcsere* zavarai idéznek elő olyképp, hogy vagy a *cukortermelés* nem tart lépést az elhasználással (Gierke f. betegség, toxikus májlaesio, inanitio stb.), vagy a *cukorfogyasztás* ölt a szokottnál és megengedettnél nagyobb arányokat (hosszantartó és megerőltető izommunka, lactatio, tumorok). A fokozott mértékű igénybevétel és a hiányos pótlás mellett az eredmény mindkét esetben ugyanaz, nevezetesen, hogy a vércukor a normálnál alacsonyabb értékre száll alá, azaz hypoglykaemia keletkezik. A második csoportba sorolandók azok az esetek, amelyekben a hypoglykaemiát a vércukor szintjét szabályozó *neurohormonalis rendszer* egy, vagy több tagjának kóros működése váltja ki. Ismeretes, hogy az insularis apparatus vércukrotcsökkentő, a mellékvese, hypophysis, pajzsmirigy valamint bizonyos agyi idegközpontok vércukortermelő hatást fejtenek ki. Normális körülmények között ezek az ellentétesen ható hormonális és idegbefolyások egymással egyensúlyban vannak s az biztosítja a normalglykaemiát. Ha azonban az insulin hatása túlsúlyba kerül, ez az egyensúlyi állapot megváltozik, a helyzet az insulin javára eltolódik s létrejön a hypoglykaemia. Ez történhetik vagy úgy, hogy az insulin mennyisége túltermelés

folytán megnövekszik, ez a *hyperinsulinismus* vagy úgy, hogy az insulin hatása maga ugyan változatlan maradt, de az antagonisták működése csökken, illetőleg teljesen kiesik. A hyperinsulinismushoz igen szép és a maga nemében is egyedül álló esetét ismertettük itt nemrégiben, mely hazánkban az első in vivo diagnosztizált és sectióval igazolt megfigyelés. Most a spontán hypoglykaemiának néhány olyan alakjával kívánunk foglalkozni, amelyekben a hypoglykaemiás állapotot nem a pankreas, hanem a fentemlített egyéb tényezők valamelyike hozza létre. Beszámolómban a kevésbé fontos részletek és negatívumok lehető mellőzésével csakis a legfontosabb adatokra fogunk kitérni.

1. eset: M. M. 5 éves 3 hónapos kis leány, aki édes anyja előadása szerint 1 éves kora óta nem fejlődik rendesen. Beteg eddig nem volt, sohasem hányt, széke mindig rendben volt s jelenleg is az, csak igen keveset s akkor is csak zsíros kenyeret eszik. A gyermek súlya 10.8 kg, hossza 94 cm, egyébként jól proportionált. Semmiféle olyan elváltozást, amivel ezt a fejlődési visszamaradottságot megmagyarázni lehetne, rajta kimutatni nem lehet. Ehezési vércukorja azonban 53 mgr^{0/0}! Kétségtelen, hogy ez az alacsony érték az egyoldalú és részben hiányos táplálkozással van összefüggésben. Feltevésünk helyességét igazolja, hogy vegyes kosztra fogva a gyermeket fejlődése a sokféle és táplálkozását eléggé befolyásoló vizsgálat ellenére is szépen megindul és 3 hét alatt 1.3 kg-ot meghízva távozik a klinikáról.

Ez az eset tehát a spontánhypoglykaemiának azon csoportjába tartozik, amelyet a szénhidrátanyagcsere zavarai néven foglalunk össze. Egészen más alapon fejlődött ki a hypoglykaemia s ezért sok tekintetben érdekesebb a következő megfigyelés:

2. eset: B. Z. jelenleg 13 éves fiú 2 év óta epileptikus rohamokban szenved. A rohamok *hypophysiseredetűek* s a hypophysis dysfúnciójából származnak. A dysfúncio oka minden valószínűség szerint hypophysistumor.

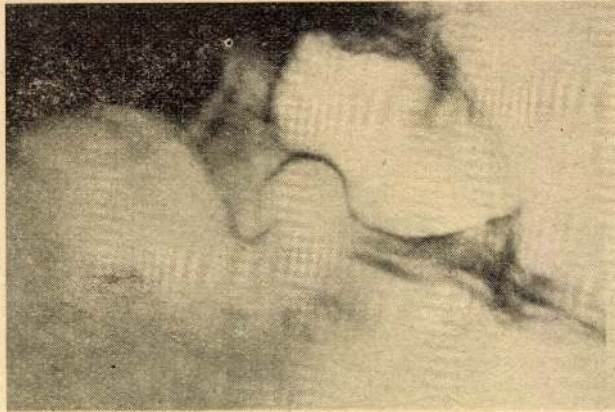
A betegség keletkezésére és lefolyására vonatkozó fontosabb adatok a következők: 11 éves koráig különösebb betegsége a gyermeknek nem volt. Akkor, mégpedig 1936. VII. 17-én éjjel minden ok nélkül álmából hirtelen felriadt, mind a 4 végtagja rángatózni kezdett, szeme kifordult, eszméletét veszítette és bevéit. Ez a roham 4 percig tartott s utána elaludt. De még ugyanazon éjjel a rohamok 7 szer megismétlődtek. Ezután 16 napig rohammentes volt, akkor azonban újabb görcsök léptek fel s azóta ezek a rohamok eleinte ritkábban, később mind sűrűbben, legutóbb pedig már 2. naponként ismétlődnek. A rohamokra jellemző, hogy majdnem mindig a *hajnali órákban* kezdődnek s a nap folyamán többször ismétlődnek. Egy év óta a gyermek szellemi képességei szemlátomást hanyatlanak úgy, hogy míg az elemi iskolát még teljesen kifogástalanul végezte el, addig a gimnázium első osztályát már 2 szer kellett ismételnie s a 2.-ból pedig már végérvényesen kiharadt.

A klinikán 3 ízben állott megfigyelés és kezelés alatt. Mégpedig a betegség kezdetétől számított $\frac{1}{2}$, 1 és 2 év múlva. Az első vizsgálat alkalmával az egyetlen objektív elváltozás, amit a gyermek kimutatni lehetett, a fehérjének kistökű megszaporodása volt a liquorban (66 mgr^{0/0}). A következő alkalommal a fehérje már 200 mgr^{0/0}-re emelkedett, de most sem volt semmi lényeges eltérés a gyermekén észlelhető. A 3. felvételkor azonban már feltűnt, hogy a gyermek az elmúlt év folyamán nagy mértékben megnőtt, mégpedig 14 cm-t, úgy hogy testhossza jelenleg 170 cm-t tesz ki. Emellett külső megjelenésében is határozottan *akromegáliás* típusú mutatni: keze, lába nagy, orra kiálló, arccsontja és főleg az alsó állkapocs erősen fejlett. A liquorban a sejtszám 22, a fehérje 120 mgr^{0/0}. Egyebekben a liquor más elváltozást nem mutat.

Az ideggyógyászati vizsgálat eredménye negatív. A sella (l. 1 ábra) normális alakú és nagyságú, de a szemészeti vizsgálat kideríti, hogy bár a visus jó, a szemfenék ép, a *látótér színekre az orr felől beszűkült*. Ha mindehhez még hozzávesszük, hogy a *görcsrohamok* típusosan a *hajnali órákban* kezdődnek mindig, továbbá, hogy a roham alatt a vércukor ugyan a legtöbbször normális, olykor-olykor azonban rendkívül alacsony (52 és 68 mgr^{0/0}-os) értékeket is mutatott s végezettül, hogy az éhezés hatására a vércukor már rövid idő alatt is igen mélyre esett, amennyiben

8 órai éhezés után a vércukor	92 mgr ^o /o
10 " " " " " "	85 " "
12 " " " " " "	74 " "
14 " " " " " "	60 " "
16 " " " " " "	53 " "

volt, úgy kétségtelennek kell tartanunk, hogy itt egy *hypophyseredetű spontanhypoglykaemiával* van dolgunk, amelynek keletkezését illetőleg azt mondhatjuk, hogy ezt minden valószínűség szerint egy most fejlődő hypophysistumor okozza.



1. ábra. B. Z. 13 éves ó sella felvétele.



2. ábra. Z. E. 10 éves ó sella felvétele.

Az előbbihez hasonló, csak talán még kifejezettebb a következő megfigyelés:

Z. E. 10 éves fiúgyermeket azzal hozzák felvételre a klinikára, hogy 1 éves kora óta görcsrohamai vannak, a rohamokat eddig mindig epilepsziás eredetűnek tartották, több helyen gyógykezelték, állapota azonban nem javult, ellenkezőleg fokozatosan rosszabbodik.

A kórelőzmény szerint a gyermek 7 hónapos korában a fogzással kapcsolatban lázas lett és eklampsiát kapott. Ennek elmulta után 14 hónapos koráig semmi baja nem volt. Akkor észrevették szülei, hogy játék közben „hirtelen lehanyatlik a feje” s öntudatát elvesztette. Ez az állapot csak pár pillanatig tartott. A kihívott orvos „absentet” állapított meg. Ettől kezdve a rohamok mind gyakrabban megismétlődtek s 3 éves korában teljesen szabályos tonusos-klonusos görcsök be mentek át s azóta is mindig ilyen epilepsziás rohamok alakjában jelentkeznek. Eleinte ritkábban, jelenleg átlag 3–4 naponként lépnek fel, 1–2 percig tartanak s mély álommal végződnek. Jellemző rájuk, hogy mindig a *hajnali órákban* kezdődnek (4–5 vagy 6 órakor), s attól kezdve 4–5-ször ismétlődnek. Szellemi fejlettsége gyenge, 3 éve az állami gyógypedagógiai intézetben van, ahol az első 2 osztályt sikeresen elvégezte, azonban a 3.-ban már megbukott.

A vizsgálat alkalmával azt látjuk, hogy testileg közepesen fejlett és táplált gyermek, akin physikailisan semmi organikus elváltozást kimutatni nem tudunk. Az ideggyógyászati vizsgálat szintén negatív. Intelligenciája nagymértékben csökkent, csak 20-ig tud számolni. A gerincesapórással kapott liquorban a sejtszám 5, a fehérje 60 mgr^o/o, a cukor csökkent: 35 mgr^o/o. A koponyáról készült Rtg-felvétel a normalisnál jóval kisebb sellát mutat (1. a 2. sz. ábra), mely-

nek méretei egy 5–6 éves gyermek sellaméreteinek felelnek meg. A vércukor általában normális volt és 75 és 88 mgr^o/o között ingadozott. Egy ízben azonban egy görcsroham után 43 mgr^o/o-es vércukrot észleltünk. Éhezés alatt a vércukor azonban feltűnően alacsony értékre szállt alá:

8 órai éhezés után a vércukor	72 mgr ^o /o
10 " " " " " "	48 " "
12 " " " " " "	44 " "
14 " " " " " "	48 " "

Ugyancsak kisebb nagyobb fokú eltérést mutat a vércukorgörbe adrenalin-, insulin-, hypophysis- és dextroseterhelés után is.

Mindezek alapján nem kétséges, hogy itt is a szénhidrátanyagcserének a zavarával van dolgunk, amely az ú. n. spontanhypoglykaemia képeben jelentkezett s amelyet a *hypophysisnek* valószínűleg congenitalis eredetű *hypoplasiája* okozott.

Megfigyeléseink sorát még több hasonló észleléssel bővíthetnénk ki. Ettől azonban most eltekintünk s befejezésül csak egyetlen egy esetet kívánunk még felemlíteni. Ez pedig a Simmonds-kór kapcsán észlelt spontanhypoglykaemia.

4. eset: Dz. Gy. 12 éves kisfiút 1938. évi szept. 20-án vettük fel szívblockkal a klinikára. A szülőktől megtudjuk, hogy egyetlen gyermek, aki 10 éves korában vörhenyen esett át s ezen betegsége kapcsán otitise és ízületi panaszai voltak. 1938. februárjától kezdve a felvétel napjáig négyszer volt grippéje. A 3. grippés roham alkalmával endokarditist állapítottak meg az orvosok. Minthogy állapota nem volt kielégítő, kórházba került, ahonnan szeptember elején javultán távozott. Otthon digitalist szedett, 7 nap alatt 0.42 g-ot. A 7. nap hirtelen rosszul lett, hányingerről, szívújai fájdalomról panaszkodott. Másnap reggel 60-as pulussal, nagyfokú cyanosissal és pitvar-kamrai dissociációval becsillították hozzánk a klinikára. Nálunk a block csakhamar megszűnt, a szív működés normális rhythmusa helyreállt, a fennálló keringési elégtelenség nagyjából rendbejött, úgy, hogy hozzáláthattunk a gyermekek észlelt egyéb kóros elváltozások pontos kivizsgálásához is.

Mindenekelőtt feltűnt, hogy a gyermek rendkívül *sovány*, egészen kachektikus, súlya mindössze 21 kg-t tett ki. Mint további rendellenességet a nagymértékű erőtlenséget, gyengeséget, tehát az igen kifejezett *adynaemiát* kell megemlítenünk. Feltűnő volt a nagyfokú étvágytalanság, úgy hogy órákig tartott, míg az egyik étkezését elfogyasztotta. Egyszer székrekedése, máskor hasmenése volt, híg, vizes és rendkívül bűzös széklettel. A *vényomása* és a *hőmérséke* állandóan *alacsony* volt. Alapanyagcseréje —24%. Ha mindehhez még hozzávesszük a hiányos és cariosus fogakat, a ritkás és puha tapintatú haját, valamint a hiányzó szemöldököt, úgy a maga teljes mivoltában előttünk áll a Simmonds-kór klinikai képe.

Vizsgálataink során kiderült, hogy a gyermeknek hypoglykaemiája van. Ez különösen a fent ismertetett éhezési és insulin-terhelési kísérlet alkalmával volt szembeötlő. Már 3 egység insulinra a vércukor 47 mgr^o/o-ra esett le s ezen az alacsony értéken maradt kb. egy órán keresztül. Akkor kifejezett hypoglykaemiás tünetek jelentek: a gyermeket kiverte a hideg verejték, elsápadt, rosszul lett, fejfájásról és erős éhségérzésről panaszkodott, úgy hogy kénytelenek voltunk a vizsgálatot félbeszakítani s az esetleges collapsusnak i. v. dextrose injectióval elejét venni. Adrenalin-terhelésre sem a vércukor, sem a vényomás számbavehető emelkedést nem mutatott.

Mint ezekből látnivaló, valamennyi esetünkben spontanhypoglykaemiát lehetett észlelni. Ez a hypoglykaemia minden egyes esetben *extrainsularis* eredetű volt, amennyiben a kóros vércukorcsökkenést nem az insularis apparatus fokozott működése, hanem a vércukorszabályozásnak a Langerhans-szigeteken kívül eső egyéb tényezőinek a működéscsökkenése okozta. A spontanhypoglykaemia tehát sokféle okból fejlődhet ki, amiből következik, hogy nem is szabad ezt különálló kórképnek tekintenünk, hanem csakis klinikai tünetnek, amely mögött minden egyes esetben meg kell keresnünk a *kiváltó okot*, hogy a baj igazi lényegét felismerhessük s azt sikerrel és eredménnyel gyógykezelhessük.

Az a körülmény pedig, hogy mind a 4 esetet egy év leforgása alatt volt alkalmunk észlelni, arra mutat, hogy a spontanhypoglykaemia s a vele kapcsolatos kórképek távolról sem olyan ritkák, mint azt az erre vonatkozó irodalmi adatok alapján gondolni lehetne. Gyakorlati szempontból is fontos tehát, hogy a spontan hypoglykaemia lehetőségére gondoljunk, s ha ezt meg tesszük, akkor talán gyakrabban is fogunk vele találkozni, mint ahogy azt az eddigiek alapján még csak sejteni is lehetne.

A Szt. János kórház elme-idegostályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. magántanár.)

A salvarsantűrés képességének fokozása C-vitaminnal.

Irta: v. Simon Tibor dr. orvos.

H. J.-né, 44 é. egy másik kórházból került hozzánk 1937. VII. 30.-án. Az előzményi adatok nem értékelhetők. Nagyobb szív, renyhén reagáló pupillák, fokozott térdreflexek, pozitív Romberg tünet. Dysarthria. Tensio: 100/58 Hg. mn. Nyugtalan, hangos, felfogása hiányos, tájékozatlan, érdeklődéstelen. Hallucinál. Hangulata labilis. Súlyos emlékezetbeli kiesések, kritikátlanág. Logorrhoea. Paralogia. Széjjeleső, incohaerens gondolkodás. Sovány, nehezen jár. A vér Wa. r.: negatív, a lipuor paralysisre jellemző. Vizeletében néhány leukocytá, kevés genny, sok baktérium (coli). Vörös vsjtszám: 3,210.000. Eos: ϕ , fiatal alak: 2%, pálcika 8%, karélyos: 72%, lymph.: 16%, monocytá: 2%. Anisocytosis és poikilocytosis. Perhepar lökések hizlalás, insulin, hyper-toniás dextrose-, vas. 2 kiló hizás után 0.15 g neosalvarsánt adunk vízben oldva. Hányás, hasmenés, izzadás, 38.1° C-os láz, remegés, nyugtalanság, vasomotor-labilitás, felületes, szapora légzés, subicterus. Ellátjuk, a neosalvarsant megvonjuk. A vér Takatra-Ara r: kicsapódás a 6-ik csőig. A vizeletben urobilinogén (Ehrlich próba) pos. Vérsejtsülyedés 1 óra alatt 5 mm, 2 h. alatt 8 mm. Széklet diastase: 250 diastase E. Megfelelő kezelé után a serumbilirubin 0.61 mgr %₀, subicterusa rendbejött, vizelete negatív. Három hónap múlva 0.075 ctgr. neosalvarsánt adunk 20 ccm invertosében. 1 óra múlva hányás, láz, 5 óra múlva hasmenés. Ugyanez az eredmény, ha az invertosén kívül calciumot is adunk. Ezután naponta 0.15 g ascorbinsavat kapott i. v. egy héten át, majd 0.15 g neosalvarsant. A második neosalvarsan után émelygés. Négy napig csak ascorbinsav, azután ascorbinsav mellett napi 0.15 g neosalvarsan — minden reactio nélkül — 2.10 g-ig. 2 hónap múlva újra neosalvarsan. Eleinte láz, nyugtalanság, ascorbinsav mellett minden kellemetlenség nélkül adhatunk 3.0 g-ot. Az ascorbinsav mellett vízben oldva adtuk a salvarsant, tehát az invertose, illetve calcium hatását teljesen kizártuk. 1938. VI. 24-étől IX. 1.-ig 3.0 g dynarsánt adtunk, de ezt is csak ascorbinsavval együtt tudtuk adni, mert enélkül hőemelkedései voltak, holott egyébként nem volt lázas. 5.10 g neosalvarsan és 3.0 g dynarsán után liquorban a feh. 1.0-ról 0.48- p. m.-re csökkent, a sejt-szám 230-ról 5-re 1 mm⁻³ ben. A praecipitációs reactio neg. lett, a Pándy és Nonne-Apelt + -el enyhébb, a Wa. R. maradt +++ -es, a kolloid görbe nem annyira nyitott, a vér változatlanul negatív. Nyugtalanága megszűnt, időnként síránczik, majdnem mozdulatlanul fekszik, hallucinál. Mozgásszegénysége miatt a preventív intézkedések ellenére, sülyedéses pneumonia következtében meghalt 1938. X. 17-én.

Régóta ismeretes, hogy a reticuloendothel rendszernek, igen nagy szerepe van az arsenobenzol-készítmények hatásmódjában, a mechanizmus lényege azonban sokáig kérdéses volt. Jancsó histochemiai módszerével — mint Vámos is írja, — kimutatta az arsenobenzoloknak a reticuloendothel rendszerben való kicsapódását, de felhívja a figyelmet arra is, hogy a közvetlen hatás feltételezése mellett a chemotherapeuticumok hatása a reticuloendothel biológiai védőműködésével kapcsolódik. Minden olyan anyag, amely i. v. befecskendezés után a vér kolloidjainak dispersitását változtatja meg az anaphylaxiás shockhoz hasonló u. n. anaphylactoid shockot vált ki (Vámos) s hogy ebben milyen nagyfon-

tossága van a r. e. r.-nek, azt Kritschewsky szövettani készítményei bizonyítják, melyek szerint e rendszerben a shock után elfajulásos, elhalásos jelenségek mutatkoznak. Lumière hangsúlyozza, hogy a valódi anaphylaxiás shock praecipitatio (antigén — antianyag) következménye. Doerr ezt nem látja bizonyítottnak az anaphylaxiára, inkább az anphylactoid shockra vonatkozólag teszi fel, de mindegyik hangsúlyozza a r. e. r. nagy szerepét. A salvarsán után esetleg fellépő shockban is a praecipitatio játsza a főszerepet (Vámos). A reactio erőssége Jancsó vizsgálatai szerint az arsenobenzolok különböző fokú kicsapódásától függ s mivel a neosalvarsán kicsapódási foka nem nagy, középheletet foglal el a hasonló típusú készítmények sorában. Ugyanő hangsúlyozza az ezzel összefüggő reductiós folyamatok fontosságát is.

Különböző kutatók észrevették, hogy az anaphylactoid shockot kiváltó anyagok kellemetlen mellékünetei elkerülhetők, ha azokat cukoroldatban adják. Sokszor ezek a hatások kiküszöbölhetők calciummal is. Bizonyos kolloid védőhatáson kívül, az immunanyagok szaporodásának fokozásával magyarázzák a cukoroldatok ilyen hatását, de az is lehetséges, hogy a shockot okozó anyagnak a r. e. r.-ben való halmozódása is csökken. Kritschewsky szerint is a cukoroldatok védő kolloid hatást fejtenek ki. Jancsó ezzel kapcsolatban feltételezi, hogy olyan chemiai vegyületek keletkeznek, amelyek a salvarsán aldatot stabilizálják a vér kicsapó hatásával szemben.

A jelen esetben nem hozta meg sem az invertase, sem a calcium a várt hatást, tehát más factornak a közrejátszására kellett gondolni s így került előtérbe a C-vitamin; annál is inkább, mert felfedezése óta már annyi betegségben és sok helyen eredménnyel próbálták ki.

Santesson vizsgálatai közben azt találta, hogy a neosalvarsan oldatoknak H₂O₂ hozzáadására létrejövő oxydációját és így toxicitásának fokozódását a haemoglobin gyorsítja s ennek ellenére az állatokba fecskendezett haemoglobin a különben eltűrt neosalvarsan mérgezősége nem fokozta, mérgező tüneteket nem okozott s így azt gondolta, hogy a vérben bizonyos anyagok védőszerepet töltenek be a salvarsán gyors oxydációjának gátlásával. Ezt annál is inkább gondolhatta, mert a vörösvérsejtek oxyhaemoglobinja révén a gyors oxydációhoz bőségesen van oxygen a vérben. Vauthey szerint a novarsenobenzol toxicitása a szabad levegőn ascorbinsavban oldva lassabban következik be. Károlyi azt találta, hogy az ascorbinsav hatására a novarsenobenzol vegyületeket a hydrogénhydroxyd lassabban oxydálja. Hochwald kedvező hatást látott az anaphylaxiás shock lefolyásában, ha ascorbinsavat adott. Ugyan-csak Károlyi patkánykísérletében idült salvarsan kezeléssel kapcsolatban arra az eredményre jutott, hogy az idült arsenobenzol-mérgezés kedvezően befolyásolható ascorbinsavval. Ezt az oxydáció gátlásával, shock gátló hatással s a májra kifejtett kedvező befolyással magyarázza. Ez utóbbit Altenburger kísérletei is megerősítik; szerinte scorbutos tengerimalac májglykogénje csökkent s ha az ascorbinsav-bevitel normális, a glykogén is rendszer szintre emelkedik; ha pedig az ascorbinsavat fölöslegben visszük be, a glykogén-tartalom is fokozódik.

Ezek után, tekintve, hogy az invertose és calcium, de az insulin és perhepar adagolás mellett is fellépett az anaphylactoid shock, a C-vitaminra vezetjük vissza a sikeres salvarsan-adást.

Fölvetődik az a kérdés, nem irható-e az egész, illetve az első neosalvarsan-hatás a C hypo- vagy avita-

minosis rovására. A betegen nem láttuk sem a scorbut, sem a praescorbut klinikai jeleit. Igaz, hogy ennek pontos kizárásához szükséges lett volna a C-vitamint a vizeletből kimutatni. King vizsgálatai szerint ugyanis 0.8 mgr%-nál praescorbutos állapot, 0.5 mgr %-nál scorbut jelentkezik. Minthogy azonban a beteg lázas volt s a lázakkal kapcsolatban a C-vitamin valószínűleg a fokozott oxydációval kapcsolatban elhasználódik, meddőknek látszott volna e kísérlet, még akkor is, ha ez első sorban a fertőző lázakra érvényes. De ha nem lett volna lázas, *Gagyi*, majd *Stepp* és mások vizsgálata szerint a baktérium tenyészetekhez adott ascorbinsav hamarosan elbomlik s mivel a beteg vizeletében sok coli bac. volt, ezek akár vitaminmegkötő képességük alapján, akár mint *Góth* mondja, vitaminbontó hatásuk alapján ugyis feltételezhetőleg lehetlenné tették volna a pontos meghatározást. Ha az első esetben praescorbutos állapotról lett volna szó, akkor a következő kúráknál nem lett volna szabad reakciónak lenni, a közben adagolt ascorbinsav és invertose miatt.

Felmerülhet, hogy a legyöngült szervezetben a máj méregtelenítő hatásának a gyöngesége s ezzel együtt a r. e. r. érintettsége miatt volt meg az érzékenység. A legyöngült állapotban felvett beteg heteken át i. v. cukrot, insulint, perhepárt kapott, hizlaló vegyes étrenden volt, így a máj sem a glikogént illetőleg, sem a C-vitamint illetőleg nem szenvedett hiányt. S ha mégis egyedül a máj-gazdálkodás zavarát tennék felelőssé az anaphylactoid shock miatt a vegyes koszt mellett (amiben meglehetősen sok limonádé is szerepelt) az invertosénak és insulinnak, valamint a perhepárnak kézzelfoghatóbb hatásának kellett volna lenni —, ezt azonban nem láttuk. A coli bac. következtében feltételezett C-elhasználódás és az így adódott hypovitaminosis sem állja meg a helyét, mert amikor másodizben adtunk neosalvarsant, megint kaptunk anaphylactoid reakciót, holott a vizelet akkor már negatív volt s ennek a negatívvá válása és a neosalvarsán beadása között hetek teltek el, ami alatt pótlódnia kellett a C hiánynak — vagy csökkentségsnek.

Kezdetben anaemiája volt ugyan a betgnek, amit egyes kutatók a C-vitamin hiány miatti csontvelődysfűnűciónak tulajdonítottak, ez azonban perheparlökésekre megjavult s így hypovitaminosisra jellemzőnek nem tarthatjuk, amellett, hogy *Armentano* vizsgálatai szerint az ascorbinsav nem befolyásolja sem a vörösvérsejtek, sem a thrombocyták számát.

A salvarsannak már a beadás előtti, szabadlevegőn történő oxydálódását s így toxicitása fokozódását kizárhatjuk, mivel az érintetlen ampullákból vett salvarsánt a feloldás után azonnal befecskendeztük.

A subicterus kétségtelenül májártalomra mutatott, de ennek lezajlása után a későbbiek folyamán, bár anaphylactoid shock volt, amellett, hogy a májműködést ekkor már nem támogattuk lényegesebben, nem láttunk subicterusra mutató tünetet; ez arra vall, hogy már az első shock a r. e. r. -re való hatás mellett is első sorban a redukáló C-vitamin hiányának köszönheti létrejöttét s még inkább áll ez a későbbiekre, amikor már a máj rendben volt. A C-vitaminnak ezt a hatását bizonyítja az is, hogy akkor, amikor sorozatban adtuk az ascorbinsavat, de a neosalvarsánnal együtt nem, anaphylactoid shockot kaptunk, mikor azonban neosalvarsannal együtt adtuk, vagy néhány perccel előtte, akkor nem volt ilyen reactio. Nem jelenti ez a felfogás a shock-gátló és a májra való hatás kizárását, de jelen esetben mégis az oxydációt gátló hatás látszott a legjelentősebbnek. A harmadik kúrában hányás már nem jelentkezett, ugyancsak a máj és r. e. r. háttérbe

szorulását jelzi. Hasmenés nem volt az ekkori tünetek között, ami pedig kellett volna, hogy legyen hypovitaminosisos állapotban, miután tudjuk, hogy a szervezet egyik legnagyobb C depója éppen a bél nyálkahártyája, amit igazol *Kühnau* is, aki azt mondja, hogy anaphylaxiás shocknál a szervezet hirtelen elveszti C-vitamin depóit, — tehát a bélrendszerét is — s ezért javálja a C-t salv. dermatitisben. Mellesleg megemlítem, hogy *Kühnau* a C-vitamint az immunchemiai folyamatokban nélkülözhetetlennek tartja és azt mondja, hogy minden activ és passiv immunizálásnál növekszik a C-vitamin-szükséglet.

Ez esetben tehát a shock gátló hatáson kívül, amit *Károlyi* a neosalvarsán typosú vegyületek szabad NH₂ csoportjával képezett additívós vegyület létrejöttével magyaráz (ami miatt sérumhatásra kevésbé erős a praecipitatio), első sorban az oxydációt gátló, redukáló hatást kell föltennünk, ami lehetővé tette a neosalvarsán és dynarsán adását, bár közrejátszhatnak a reticuloendothel biológiai védőműködésének a támogatása is. Megjegyzem, hogy *Langfisch* is kísérletezett salvarsán-intolerantiás esetekben synthetikus C-vitaminnal s arra a következtetésre jutott, hogy salvarsánérzékeny betegek egy része C-vitaminnal jobban tűri azt. Nagyobb anyagon nyert eredményeinkről később számolunk be.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Gyermekklinikájának közleménye (Igazgató: Hainiss Elemér egyet. nyilv. r. tanár).

A vízhiány és a szénhidratanyagcsere kapcsolatai.

Kerpel-Fronius Ödön dr. és Fekete Antal dr.

A toxicosis kórképének részjelensége a szénhidratanyagcsere zavara, a klinikailag kimutatható glykosuria és hyperglykaemia diagnosticus értékű. A szénhidratforgalom zavarának közelebbi megértéséhez a szerzők a toxicosisban elhalt csecsemők májában glikogen tartalmából igyekeztek következtetéseket levonni. A máj glikogen tartalmának vizsgálata azonban különféle ok miatt egységes felfogásra nem vezetett, a szénhidratzavar kezelése érdekében megértését nem segítette elő. *Rosenbaum* toxicosisban elhalt csecsemők májában csekély glikogenértékeket talált nagy zsírtartalom mellett. *Burghardt* és *Paffrath*, valamint *Glitz* összes szénhidrat-meghatározást végezve a májban, alacsony értékeket nem tudott kimutatni. *Rosenbaum* eredményeit technikai hibának értelmezik, hangsúlyozva azt a valóban ismert tényt, hogy a májglikogen a halál után hamar elbomlik s így az órák után boncolt anyagon végzett glikogenmeghatározások nem értékelhetők.

A toxicosis kórtanának igen fontos tényezője a vízforgalom zavara, nevezetesen a kiszáradás. Ha tehát a toxicosis egyes tüneteinek keletkezését igyekezünk magyarázni, elsősorban tisztázandó, hogy a tünetek közül melyek hozhatók kapcsolatba az exsiccossissal. Ezen gondolkodás kiépítésében *Schiff*-nek vannak nagy érdemei. Ismeretesek az ő modellkísérletei, melyekben vizszegény és fehérjedus táplálékon tartott kutyákon vizsgálta az exsiccatio okozta anyagcserezavarokat. Vizsgálatainak eredményét abban foglalja össze, hogy exsiccatióban a szénhidratcsere „pseudodiabeticus” zavara áll fenn. Ugyancsak cukorbeteghez hasonlóan a vízbenszegény szervezet mája is glikogenszegény, a vércukor magas és a Staub-féle kétszeres cukormegterhelésre a diabeti-cushoz hasonló kétsúcú görbe jön létre. Szerinte az

exsiccatio egymagában nem felelős a szénhydratanyagcsere zavaráért, mert ez csak egyidejű fehérjeadagoláskor jött létre. Mautner szomjazó állatokon intravenásan bevitt tömény cukoroldat után májmegnagyobbodást nem észlelt, ezzel szemben hig cukoroldatokra májmegnagyobbodás jött létre; elégtelen vízbevitel esetén tehát a máj glikogent megkötni nem tudott. Schiff vizsgálatai óta bebizonyosodott (Kerpel-Fronius), hogy a modellkísérletekben észlelt anyagcserezavarok keletkezésében a fehérjének nincs különleges szerepük, hanem a fehérjék kis-molekulája bomlástermékeinek (ureum) veséken keresztül történő kiürítése a szervezet nagy-mennyiségű vizét vonja el, másszóval csupán az exsiccatio kifejezett fokának létrejöttét segíti elő. Schiff állatkísérletei egyébként sem döntik el a kérdést, hogy mi történik a szénhydratanyagcserevel az exsiccált szervezetben, minthogy minden esetben bizonytalan volt a bevitt szénhidrát mennyisége.

Ha módszeresen akarjuk vizsgálni a szénhidrátanyagcsere valamilyen kóros állapotban, a következő, Cori által hangsúlyozott szempontok szerint kell kísérleteinket beállítani: 1. Ismernünk kell a bevitt cukor mennyiségét, 2. a felszívódott cukor mennyiségét, 3. a cukorbevittől eltelt időtartamot s végül 4. nem elég a máj glikogentartalmát százalékban megadni, hanem szükséges a máj összesglikogentartalmát meghatározni. Mindezekon kívül fontos, hogy az előszakban a kísérleti és kontrollállatok táplálási viszonyai egyformák, a felhasznált állatok fiatalok és egyidősek legyenek.

Vizsgálatainkat, melyekben a vízhiány befolyását tanulmányoztuk a szénhidrátcsere, ezen szempontok figyelembe tartásával végeztük. Kísérleteinkben fiatal patkányokat használtunk, lehetőleg azonos fejlettségű és tápláltsági állapotban. Valamennyi állat a felszívódási kísérlet előtt 48 óráig éhezett. Az első csoportban az állatoknak szabad vízfelvételi lehetőségük volt, a 2. csoportban szomjaztak is, a 3. csoportban fokozott vízleadást előidézendő 15%-os ureumoldatot adtunk gyomorsondán többször megismételve úgy, hogy az állatok a két éhező napra elosztva testsúlyuk mintegy 1.5%-ának megfelelő mennyiségű ureumot kaptak.

Az előkészítések után mindegyik állatnak 2 ccm 40%-os dextrosét adtunk be gyomorsondán Mantoux fecskendőhöz hasonló precíziós fecskendővel. A beadott cukor-oldat töménységét minden kísérlet alkalmával ellenőriztük. Pontosan 3 órával a cukorbeadás után az állatokat leöltük s Cori módszere szerint meghatároztuk a bélben visszamaradt (fel nem szívódott) cukor mennyiségét, valamint az állatok májának glikogentartalmát. A cukoroldatok meghatározása módosított Hagedorn-Jensen eljárással történt. Eredményeinket 3 táblázatban mutatjuk be:

A felszívódási viszonyokra nézve középértékként a következő eredményeket kaptuk:

1. kontrollállatok: a bevitt cukor 7.5%-a nem szívódott fel,
2. szomjazók : a bevitt cukor 16.6%-a nem szívódott fel,
3. ureumos állatok: a bevitt cukor 42.4%-a nem szívódott fel.

Ebből az összállításból szemléltetően megnyilvánul, hogy a felszívódás az ureum segítségével exsiccált állatok esetében volt a legnagyobb mértékben akadályozott.

A különböző csoportok májglikogen tartalmának középértéke így oszlik meg:

1. kontrollállatok mája középértékben 102 mg glikogent
2. szomjazók mája középértékben 83 mg glikogent
3. ureumos állatok mája középértékben 122 mg glikogent tartalmazott.

Állatszáma	Éheztetés előtti utáni súly	Fogyás		Bevitt cukor	3 óra után bélben		Máj-súly		Máj-glykogen
		gr	%		mgr	mgr	%	gr		%	mgr
Controll-állatok									
1.	140.5 120.5	20.0	14.0	700	32	4.5	4.990	2.1	105
	130.0 113.0	17.0	13.0	700	74	10.5	3.157	3.5	111
3.	136.5 119.5	17.0	12.4	725	24	3.4	3.990	2.3	92
Szomjazó-állatok									
1.	113.5 94.0	19.9	17.0	645	95	14.7	2.903	—	—
2.	133.5 106.5	27.0	20.0	645	120	18.6	3.470	2.6	80
3.	99.0 84.0	15.0	15.0	670	122	18.2	3.415	2.8	85
Ureumos-állatok									
1.	108.0 87.0	21.0	20.0	735	371	50.4	3.880	2.88	111
2.	126.0 98.0	27.0	22.0	650	250	38.4	5.081	3.0	150
3.	127.5 100.0	27.5	21.0	680	264	38.8	3.641	2.9	105

Ebből az összeállításból láthatjuk, hogy a kiszáradás szomjaztatásos típusával (az ureumos állatok lényegében szomjaztatásosak) nem jár alacsony májglikogen, sőt a 3. csoportba tartozó állatok mája valamivel több glikogent tartalmaz, mint az 1. és 2. csoportbelieké. Ez főként akkor válik szembeütővé, ha figyelembe vesszük, hogy épen ezeknél az állatoknál volt legnagyobb mértékben akadályozott a felszívódás.

Az állatoknak beadott cukormennyiségből kivonva a 3 óra múlva még a bélben maradó cukor mennyiségét, megkapjuk a szervezetbe jutott cukorértéket. Alábbi táblázat a májban képződött glikogent ezzel a mennyiséggel hozza vonatkozásba:

1. kontrollállatok teljes máj- 16.7%-a,
2. szomjazó állatok teljes máj- a felszívódott cukor 15.3%-a,
3. ureumos állatok glikogenje 31.0%-a.

(Említést érdemel a három egymásután következő állatcsoport átlagos súlyvesztése is, mely együtt halad a felszívódási képesség romlásával: 1. csoport 13%, 2. csoport 17%, 3. csoport 21%, vagyis az exsiccatio a cukoroldat felszívódását határozottan gátolja).

Mivel a felszívódott cukor ureumos állatokban nagyobb mértékben raktározódott fel a májban, ebből az következik, hogy a peripherián kevesebb cukor raktározódhatott fel vagy éghetett el. A szénhydratanyagcserenek a zavara ezek alapján úgy látszik inkább a májon kívül keresendő.

Eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Vizsgálataink esetén a bélből való felszívódás meglásszubbodik, a meglásszubbodás mértéke arányos a vízhiány fokával.

2. Vízhiány következtében a májsejtek glikogenszintetizáló képessége nem romlik.

A dronban cseppek a furunculosis peroralis kezelésében mint belsőleges antiseptikum kitűnően beváltak. A gyulladások gyorsan visszafejlődnek a hegképződés rövidesen erőlyesen megindul. 10 g-os üvegben mintegy kétheti adagot tartalmaz. Ára csak 2 pengő.

Körmend „Hg. Battyány Strattmann László dr.” közkórháza közleménye. (Igazgató: Remetei Filep Ferenc.)

Pneumatosis cystoides perinei et coeci esetek.

Irta: Remetei Filep Ferenc dr.

1825-ben Meyer sajátságos kórformát fedezett fel sertés belének vizsgálata alkalmával, melyet emphysema bullosumnak nevezett el azon jellegzetes kép nyomán, mely szerint a bél falában kisebb-nagyobb gáztartalmú hólyagok jelentek meg. Meyer nyomán a boncoló állatorvosok több esetre hívták fel az orvosi figyelmet, melynek eredményeként más szervekben is találtak hasonló kórbonctani elváltozást? Megállapították, hogy az állatok pneumatosiis cytoideis betegsége nem tartozik a ritka kórformák közé. Ezzel szemben az emberben pneumatosiis cystoides csak ritkán lehet találni. Ezt a betegséget Bang észlelte először emberi hullában, amidőn 1896-ban egy bélsavarodásban elhalt egyént boncolt. Néhány évvel később Hahn hasüregi műtété alkalmával már észlelte a bélpneumatosis cytoideisének kórképét egy betegében. A közfigyelem felkeltésével több és több esetet észleltek, néhány esetben a húgyhólyag falában is.

Érdekes és sok vitára alkalmat szolgáltató betegség irodalma meglehetősen nagy, dacára ritkaságának. A világirodalomban közölt esetek száma körül-belül 145.

A betegség kórbonctani képe meglehetősen egységes. Kisebb-nagyobb, sőt görcsövi kicsinységű gáztartalmú hólyagok tömege lepi el megbetegedett szervet. A hólyagok a bél savóhárttyája és nyálkahártya alatti rétegeiben lelhetők fel. Maga a nyálkahártya mindenkor mentes tőlük. Néha olyan tömegekben jelennek meg a bél falán, hogy a bél üregét is nagymértékben beszűkíthetik, miként azt Seiler, Miwa, Orlandi, Valles stb. esetei is bizonyítják.

A különböző nagyságú hólyagok gáztartalma a levegővel csaknem megegyező. A hólyagokat a legtöbb észlelő gázzal telt kitágult nyirokedényeknek tartja, melyeknek belseje endothelel van borítva. A hólyagok közötti válaszfalak bő érhalozatuak, melyeknek mentén nem hiányzik a gömgsejtes beszűrődés idült lobosodás jeleként. Torraca felfedése is az, hogy a pneumatosiis cellák tulajdonképpen lobosfalú nyirokedények, melyeknek ki- és bevezető végük a lobosodás következtében elzáródott. Jellemzőnek tartják a sokmagvú óriássejtek jelenlétét is az üregek falában, melyek mint idegentest óriássejtek viselkednek.

Sokat vitatott kérdés az, hogy miképpen kerül a gáz a szövetek illetve nyirokerek közé? Három elmélet igyekszik erre fényt deríteni. Egyik a mechanikus bejutás elmélete, a másik pedig kórokozók által helyben termelt gázokat feltételez és a harmadik kémiai folyamatok nyomán keletkezett gázképződéssel igyekszik magyarázatot adni.

Verebély a mechanikus elmélet híve, mert szerinte mindig fellelhető a beszűkült gyomorbél rendszer nyálkahártya sérülése, amelyen keresztül a bélgázok benyomulhatnak, jobban mondva beszajtolódhatnak a szövetek közé esetleg a nyirokútakba. A gyomor-bél szűkülete lehet mechanikus vagy nyulladásos eredetű, de következményükként a bélüregi nyomás magasabbá válik és így a bélgáz könnyen megtalálja útját a szövetek közé. Verebély magyarázatát állatkísérletekkel is megerősítette sikerülvén neki hasonló kóros elváltozásokat előidézni. Myiaka-nak és Cyechanowsky-nak ilyen irányú kísérletei nem sikerültek.

A fertőzéses elmélet képviselői különböző fertőzőcsirokat tartanak, illetve ismertek fel kórokozók gyanánt (coccusok, coliaerogenes, bakterium commune, gram pozitív bacillusok). Steindl szövettani metszeteiben talált és kitenyésztett, pneumatosiis hólyagokból nyert kórokozókat azonosnak találta, így szerinte tovább a kérdés előtte nem vitás. A bélnyálkahártyahiányokon, sérüléseken keresztül a nyirokerekbe került kórokozók endolyhangitisz proliferansnak nevezett elváltozást idéznek elő óriássejt burjánzással. Asejtszaporulattal elzárt nyirokerek szakaszonként kitágulnak, hólyagocskává formálódnak és megadják a pneumatosiis jellegzetes képét. Anaerob természetű bakteriumok szerepe sehogyan sem lehetséges, mert a hólyagocskákban meglehetősen sok oxigén van, mely az anaerob bakteriumok fejlődésének nem kedvez. Mások, így Schulte is ezideig ismeretlen kórokozóra gondol. Bizonyos az, hogy a szövettani kép egyik elméletnek sem kedvez eléggé.

A gáztartalmú hólyagok leggyakrabban a vékonybél alsó szakaszán találhatók, a bélfodor tapadásával szembenlévő bélfalon. Vajjon miért nem keletkeznek épen olyan gyakorisággal a bélfodorban és környékén is? Erre már nem tud a bacterialis elmélet sem elfogadható magyarázatot adni. Különös az is, hogy a vastagbél megbetegedése sokkal ritkább, mint a vékonybélé, de még ritkább a gyomoré.

A húgyhólyag falában és nők hüvelyének falában is előfordul néha, miként azt Chiari vaginitis emphysematosa néven már ismertette.

Tünetei közül jellemzőnek tartjuk a bélrenyheséget, székszorulást, mely néha bélezárodásig fajulhat (Bang, Körte). A kiváltott kórtani kép más és más lehet, leggyakoribb a székrekedés és fájdalom a hasüreg alsó felében, amely azonban sohasem nagyfokú.

Előben pneumatosist még senki sem ismert fel műtét nélkül. Utóbbi időben mind gyakoribb a törekvés arra, hogy a pneumatosist röntgennel diagnostizálják bizonyos világosabb bélkontúrok képe folytán. (Rüchens-teiner és Kux).

Gyógykezelése is többféle. Régebben a hólyagokat igyekeztek elpusztítani azoknak felszurkálásával. Mások a megbetegedett és beszűkült bélszakaszt csonkolták, esetleg ép bélrészek egymásba szájaztatásával a beteg bél részt kirekesztették. Faltin háromnegyed év múlva újból műtöt betegénél a pneumatosiis cystoides bélszakaszt egészségesnek találta, viszont Hahn és mások azt változatlanul jelenlévőknek látta. Ciechanowsky, Groendahl, Winardc második műtétüknél a hólyagokat a bélfalán már nem találták fel, hanem helyükön sárgás fehéres foltokat láttak. Urbán csak a megfelelő nyirokmirigyekben lelte fel mikroszkopikusan a pneumatosist.

Alábbiakban két pneumatosiis cystoides megbetegedésben szenvedő betegem esetét ismertetem, melyek közül az egyiknél a vakbél és féregnyulvány, másiknál a gátbőre alatti szövetek voltak hasonlóan megbetegedve.

D. J. 26 é. földm. egy hét óta fáj a gyomortája és a jobb alhas fele. Három nap óta hasmenése van. Láza nincs. Soha azelőtt gyomorbél panaszja nem volt. Az egyébként egészséges erőteljes férfi hasa puha, tapintáskor a gyomorgödörben és a jobb alhas félben fájdalmat jelez. Ugyanitt ludtojas nagyságú hománlyos határu terima nagyobbodás tapintható, mely a máj alá követhető.

Hasmenésének megszüntével a Mac-Burney ponton rács-metszéssel megnyitva a hasüregét az előhúzott vakbelet harragos vörösen belővelve láttuk, falait pedig igen vastagnak tapintottuk. Két ujj közé fogva a belet löszörpárna tapintatú volt. A vakbél mellő falán a vékonybél beszájadása körül és a féregnyulvány bélfodrán, továbbá a meg-

nagyobbodott appendix epiploican a zsigeri hashártya alatt köles, dara, kása, lencse nagyságú, számos tisztafalú lég-hólyag látható, melyek a tapintó ujjak között sercegő érzést váltanak ki. Egy-egy megnyitott nagyobb hólyagcsában csupán szagtalan gáz volt, folyadék nélkül. A 17 cm hosszú erősen belövelt féregnyulványt szabályszerűen eltávolítva a műtétet befejeztük. Szöveti vizsgálatra kimetszett rész és féregnyulvány kórszöveti lelete a következő volt. A nagyobb részt zsirszövetből álló alapállományban kisebb-nagyobb szöveti üregek lelhetők fel, melyek részben endothel sejtek által vannak bélelve. Idegen test óriássejtek és cosinophyl leukocyták bőven találhatóak.

A beteg gyógyultan távozott két hét múlva.

K. R.-né 45 éves asszony panaszolja, hogy 14 év óta beteg. Szülés utáni gátrepedését bevarrták, de azóta is végbél fájdalmat és ezzel kapcsolatosan székszorulás kinozza, közösküléskor gátja igen fájdalmas. Mellkas és hasi szervei semmi említésre méltó elváltozást nem mutatnak. A végbél jobbfelel a farkcsikcsont felé borsónyi jóslócsomó mögött fekélyes végbél repedés található. A nyálkahártya alatt a záróizom magasságában több aranyeres csomó található. A hüvelybe hatoló két vizsgáló ujj fájdalmat vált ki a gát felől, melyen hegg látható. A hüvelybe és végbélbe bevezetett hüvelyk és mutató ujj közé véve a gátat végig tapintjuk és így a gát szövetében nagy mogorónyi hólyagszerű képletet tapintottunk, mely nyomásra fájdalmas volt.

A helyi érzésleteniben elvégzett műtét a következő volt. A heges gátat közepén felezzük. A hegyszövetben kukorica szem nagyságú, hámmal bélelt, gázzal telt üreget találtunk, amely körül az említettnél kisebb nagyságú üreg rendszer (mint a gumiszivacs) foglalt helyet egészen a végbél faláig. Az egész üreg rednszert kimetszük, a lágy részeket zárjuk. Fisuráját és aranyeres csomóit kiegyejtjük s nyolc nap alatt elsődlegesen gyógyult.

Első esetünkben vakbél és féregnyulvány körüli pneumatosist cystoidest találtunk, ahol a súlyos gyulladáshoz elváltozás inkább a kórokozó csirok által magyarázható keletkezés elméletét erősíti meg. Érdekes, hogy legtöbb szerzővel ellentétben betegünknel hasmenést és nem székszorulást állapíthattunk meg. A súlyos hasmenéssel járó székürülést célzó hasprés működtetés és a bélgyulladás, tartalmának bomlásával felszaporodott gázok mechanikusan is besajtolódhattak a bélfal szöveti közé, de tagadhatatlan a kifejezett bakteriális eredetű súlyos typhlitis, perityphlitis kórokozójának szerepe is.

Második esetünkben a gátszövetében helytfoglaló pneumatosist cystoides elváltozás a számomra hozzáférhető orvosi irodalomban egyedül álló eset. Magyarozatául elgondolásem az, hogy a szülés utáni gátvarrás alkalmával elsülyesztett catgut szálak bomlása nem nagy életképességű kórokozók jelenlétében gázképződéshez vezetett, mely gázgyülem körül a burjánzó idegen test óriási sejtek és a sarjszövet endotheljei kialakították a zártüreg rendszert.

A budapesti szföv. Szent János-kórház elme- és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. m. tanár.)

Relaxatiós schizophreniát utánzó glioma.

Irta: v. Simon Tibor dr. orvos.

N. T. 50. é. nő egy másik kórházból, ahová utcai rosszullét után a mentők szállították be, került osztályunkra. Ott szédülésről, émelygésről, fejfájásról s gyengeségről panaszkodott. Középtág pupillái renyhén reagáltak. Térd-reflexei élénkek voltak. A vér-, liquor-, vizelet-, vérkép-, szemfenékvizsgálatok negatív eredményt adtak. Néhány nap múlva értelmetlen szavakat mormolt maga elé, tájékozatlan, psychomotorosan nyugtalan, hangos lett. Atszállításkor siránkozik, azt ismételteti, hogy „kedveseim adjatok valamit”. Maniroz. Hozzátartozója nincs, előzményi adatok nem nyerhetők. Alkata kevert típusú. Néhány elfajulási jel. Szív: baira valamivel nagyobb. Szívhangok tompák. Érverése szabályos, egyenlő, könnyen elnyomható, alacsony, 80–82 percenként. Vérnyomása 120/80 Hg. mm. Tüdő: ∅. Hasán laparatómiás heg látható. (Méhműtéti?) Pupillái fényre renyhén reagálnak, az alkalmazkodási és összetérítési reactio nem vizsgálható, sem a spontán szemrengés, mert a beteg a felszólításokat nem követi. Az arcbelidegzésre is csak az időnkénti fintorokból következtethetünk, úgy látszik, hogy itt sincs lényegesebb kiesés. A hasreflexek nem válthatók ki, (zsiros, petyhüdt hasfalak), a többi reflex változó élénkséggel kiváltható. Kóros és görcsös reflexeket nem tapasztalhatunk. Mindezen vizsgálatokat igen zavarta a beteg állandó ellenkezése, folytonos mozgása. Állni, járni meg sem próbál. Az ataxiás és érzés-vizsgálatokat magartartása miatt nem értékelhetjük. Az egész test izomzata hypotóniás. Koponyájának kopogtatásakor semmit sem jelzett, a fejbőre, homloka, szemhéja erein kórosat nem találtunk. Szemfenéke ép. Liquora nem ürült magas nyomással, daganatra utaló elváltozást nem mutatott. Itt tartózkodása alatt semmiről sem panaszkodott. Légzési zavara nem volt, sem epileptiformis görcse s nem hányt. A vizsgálati felszólításokat nem követi, vagy csak a legtrikább esetben, akkor is vonakodva. A megismételt kérdésekre csak néha ad illő választ, amit alig lehet megérteni, mert beszéde halk, vontatott, de nem dysarthriás. Hangulata szintelen. Figyelmét a vizsgálóit irányában lekötöni nem lehet. Szó- és bizarr mozgásismétlések. Mozgásaiban némi ügyetlenség van. Időnként majdnem görcsösen ásít és nyújtózkodó mozgásokat végez. Gyakran egy irányba tekint láthatólag hall valamit, ami teljesen lekötöti s amire susogással felel. Időnként kezét, párnáját szagolgatja, elhárító mozdulatokat tesz. Intelligentia-vizsgálat nem végezhető. Arcmimikája szegényes, tekintete kifejezéstelen. Érzelmi megnyilvánulások nem észlelhetők. Aspontaneitás. Akarati- elhatározási mozzanatai majdnem teljesen hiányoznak. Néhány napon át nyugtalan, folyton menni akar. Ezután stuporos képpel váltakozik a nyugtalanságra, mindjobban kifejlődő negativizmussal, ami a táplálkozás megtagadásában is megnyilvánul, amellet, hogy a vizsgálatok ismétlését és újabbak végzését lehetetlenné tette. II. 11.-én aspiratiós pneumonia következtében meghalt.

Boncolás: mindkét alsó lebenyben összefolyó hörgi tüdőgyulladás, a szívizom rostos elfajulása, a máj és a vesék zsiros elfajulása, velős lépgyulladás vérzésekkel és szétfolyó gennyes hörghurut állapítható meg.

Agyboncolás: súlya 1600 g. Feltűnő a lágyburkok rendkívüli vérbősége. A legapróbb capillárisok is erősen kirajzóztak. Feltűnő még az agytekervények lelapult volta, az árkok ennek megfelelően szűkültek. A bal halántéklebeny tetemesen nagyobb, mint a jobb. Ezenkívül tapintásra is feltűnik, hogy a bal lebenyben dió-nagyságú új daganat vagy szövetszaporulat kell, hogy legyen. Ezenfelül lágyulások csomó van benne, mely a homloksikban készített agy-szeletekben a centrum semiovaleban — a nucleus lentiformis magasságában — kezdődik és hátrafelé a nyakszirt lebenyben az agyalapi dúcokon is túlér. Szövettanilag a lágyulások csomó nem embóliás lágyulásoknak, hanem másodlagos ellágyult gliomának bizonyult.

Az áttéti kórrajzban jelzett fejfájás, szédülés, émelygés, az itt észlelt ásítás, nyújtózkodó mozgások, a motoros ügyetlenség, a laparatómiás heg, daganatra engedtek következtetni, de a nálunk észlelt hallucinációk, az érzelmis merevség, a negativismus, a stereotipiák, az álta-

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

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

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltiséget is felszámítjuk.

lános tárgyilagosságot vizsgálatainak elvégzésének lehetetlensége és az előzményi adatok hiánya tatóngó úrt hagytak a vizsgálatban. A gyenge szív működés miatt a beteg altatása tilalmas volt s így röntgen-vizsgálatot nem végeztünk. A szív támogatására adott hypertóniás cucoroldatok — dehydrálás — s a lumbálpunctio után sem volt még pillanatnyi változás sem a beteg állapotában, mint ezt az agnyomás fokozódása esetében várhattuk volna. A psychés képnek is csak összetevőire bontva lehetett volna lokalizációs jelentőséget tulajdonítani, de így egészében annyira nagy területre utalt, hogy a helyi diagnózist megakadályozta.

Az agyi daganatok felismerésére az eddigi eljárások mellett mint újabbakat az encephalographiát, a ventriculographiát, az ophthalmodynamometriát stb használják, de pl. van Bogaert is megjegyzi, hogy a korai diagnózis alapja a klinikai vizsgálat marad. Ezek közül jelen esetben az előbbiek kivihetetlenek, az utóbbi hiányos volt a beteg elmeállapota miatt. A tüneteknek hirtelen utcai összeesés után való jelentkezése, mint Schwalbe írja, katatóniás-relaxációs betegségek esetén előfordulhat és az elkülönítő diagnózist esetleg apoplexia irányában megnehezíti, de súlyos agyvelődaganatnak első tünete ez nem szokott lenni.

IRODÁLMII SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Bélférgesek hatása az emésztő nedvek proteolytikus fermentumaira. *Bonsdorff.* (Acta med. Scand. 100. 3—5). *Diphyllobotrium latum* és *taenia saginata* vizes kivonatai nem befolyásolják a trypsin proteolytikus hatását, ugyancsak nincsenek hatással a gyomornedv fehérjebontó hatására savanyú közegben. Ez utóbbit neutralis közegben azonban erősen gátolják. Minthogy a gyomornedvek neutralis közegben ható proteolytikus fermentumát egyesek a Castle féle intrinsic factorral azonosnak tartja, lehetséges, hogy ezen fermentum működésének a gátlása folytán hazzák létre a bélférgesek az anaemiát is. A bélférgesek maguk is tartalmaznak proteolytikus fermentumot, melynek hatásoptimuma erősen savanyú közegben van. Az emésztő nedvek fermentumai könnyen képesek megemészteni a bélférgesekből származó fehérjéket. (G. 68.)

Gömöri Pál dr.

Különböző paprikafajok hatása a vese és húgyutakra. *Raunert M.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 105. 736—742.) Különböző urológiai betegek mintegy 800 kísérletben hosszabb időn át naponta 1—2 g paprikát kaptak ételben v. ostyában, ill. 1—2 kávéskanál Vitapric-ot. A hatásban nagy különbséget jelent a paprika faja. A capsaicin mentes és édesnemes paprika gyomorpanaszt nem okozott, az esetek felében emelte a vizelet mennyiségét 20—50%^okal. A rózsapaprika és paprikaszir (*Soós*) gyomorégést okozott, erősen növelte a vizelet ingeret, a vizelet gyakran égető érzéssel járt, azonkívül a széklete is gyakrabban lett. A vizelet üledékében egyik paprikafaj sem okozott változást, alakelem nem jelent meg. A Vitapric gyomorpanaszt nem okozott, fokozta az étvágyat, nem befolyásolta sem a vizelet mennyiségét, sem gyakoriságát. Feltűnő eredmény, hogy szüntette a haematuriát (cystitis, tumor). Végeredményben diaetás szempontból a capsaicin mentes és édesnemes paprikát, továbbá a Vitapricot ajánlja, a paprika zsirt részben, a rózsapaprikát pedig nem. (B. 27.)

Kuchárik József dr.

A cholangitis diagnosízáról. *Mancke és Siede.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 25. sz.) A cholangitis diagnosízája az epeutbetegségek gyakoriságát tekintve kétségkívül igen fontos és differential diagnosztikai elkülönítése többi epeutbetegségekéi valamint a gyomor és duodenum megbetegedéseitől nem csekély nehézségekkel jár. Az epe bakteorológiai vizsgálata kell szerzők szerint, hogy segítségünkre legyen a cholangitis korai és biztos kórismézésében. Mint a régebbi vizsgálatból ismeretes az epe bakteorológiai vizsgálatának illetve az így nyert eredményeknek megítélése korántsem

könnyű amennyiben a duodenumnedvben normálisan is előforduló avagy pathológiás körülmények között odakerülő, valamint a sonda szennyezése révén előforduló bakteriunok a helyes megítélést zavarhatják. Szerzők az epéből tenyésztett cholitörzsekkel autoaglutinációt végeztek több mint 500 esetben és eseteik kapcsán úgy találták, hogy 1.80-as higitásnál nagyobb mértékű autoaglutinatio a beteg duodenum nedvéből kitenyésztett cholitörzsszel igen nagymértékben szól choli cholangitis mellett, mert ha egyéb epeutbetegségeknek elő is fordul autoaglutinatio az sohasem haladja meg az 1.80-as higitást. Ezen eljárással kezdődő cholangitis esetek avagy nem egészen tisztított hasi esetek is amennyiben azok mögött cholangitis húzódik meg már korán diagnosztizálhatók. (B. 29.)

Binder László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horváth Kornél és Benedek Andor.

A retroflexio uteri jelentősége és kezelése. *Mayer.* (Geburtsh. u. Frauenk. 1939. 2.) A retroflexionak még a jelen század első éveiben is túlzott jelentőséget tulajdonítottak. Az ilyenkor gyakran fellépő derékfájdalmakat, menstuiációs zavarokat, gyomorpanaszokat, egy időben egyes psychosomákat is erre vezettek vissza. A kérdés műteti megoldása (ventrofixatio) rendkívül elterjedt, kielégítő eredményt azonban nem adott. A szerző feldolgozta ebből a szempontból a tübingi klinika anyagát, és pedig egyrészt azokat az eseteket, amelyeknél ventrofixatio történt (egyszerű retroflexio miatt, másrészt akiknél vaginae-fixatio) czült nőknél (descensus műtéttel). Első esetnél úgy találta, hogy a panaszmentesség a műtét idejétől függ. Minél régebben történt a műtét, annál gyakrabban talált visszatérő panaszokat dacára annak, hogy a méh kedvező helyzete megmaradt. A momentán kedvező eredmény valószínűleg csak postoperatív suggestiv hatás. A functionalis és az orthopaediai eredmények gyakran eltértek egymástól. Észlett eseteket, ahol normális helyzetű uterusnál a panaszok visszatérnek, mik retroflexio recidivák panaszmentesek maradtak. Végül úgy találta, hogy a pusztán ventrofixati functionalis eredményei kedvezőtlenebbek voltak, mint a vaginal fixatióval egyidejűleg elvégzett descensus műtéteknél. Ebből joggal gondolhatunk arra, hogy nem annyira a retroflexio, mint inkább a descensus volt a panaszok oka. A retroflexio igen gyakran teljesen panaszmentes, sokszor viszont a legkülönfélébb subjectiv tünetekkel együtt találjuk. A gyakorlat szempontjából legfontosabb kérdés kétségtelenül annak az eldöntése, hogy okozza a méh hátrahajlása a panaszokat. A kezelés szükségességének megállapításához tehát nem elegendő egyszerűen az anatómiai helyzet felismerése, hanem főleg két körülményre kell tekintettel lennünk: milyen az eset helyi korisméje, és milyen a beteg egész alkata, testi lelki szempontból s milyenek az életkörülményei.

Nem szült nőknél rendszerint egyszerű komplikatiómentes retroflexio van jelen. Ilyenkor talán helyesebb ha az esetről nem is beszélünk. Hogy néha ily esetben deréktáji fájdalmak lépnek fel, azok nem mindig e kóros helyzet rovasára írhatók hacsak a méh meg nem nagyobbodott), ha meggondoljuk, hogy sokszor nagy, a Douglasba betérjedő daganatok a legcsekélyebb panaszokat sem okozzák. Az ilyenkor néha fennálló fehérifolyás kérdése sem tisztázott, ismerve azt, hogy annak hány oka lehet. Ami a vérzéseket illeti kétségtelen, hogy egy pangásos vérbőség fennáll, mégis az ilyenkor jelentkező ilyenkor jelentkező vérzéseket, a hormonális functio zavarára, vagy egyidejű metrapathiára vezetik vissza. A sterilitas oka lehet a retroflexio, és ilyenkor a beavatkozás feltétlenül javult, ha más mellékkörülmény nem játszik gátló szerepet, pl. hypoplasis uteri.

Retroflexio complicatiókkal főleg szült nőknél találkozhatunk. Igengyakori ilyenkor a descensus uteri. Egyedüli tünete néha csak az, hogy a méhszáj mélyebben áll, mégis kellemetlen deréktáji fájdalmak okozója lehet. Az ilyenkor elvégzett prolapsus műtéteknél a retroflexióra évek óta nincsenek tekintettel, a betegek mégis panaszmentessé váltak.

Ami az egész alkattal illeti, retroflexió esetén általános complicatiók is fennállottak, az esetek 30%-ában, másik 30%-ban pedig a családi anamnesisben szerepeltek, így vericositas, enteroptosis, sérv, anaemia, stb. Ily alapon talán lehetséges retroflexio készségéről beszélnünk.

Mindenkor ajánlatos egy általános konstitutio vizsgálatot is elvégezni, s különösen tekintettel kell lennünk az astheniára és az infantilis musura.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagynunk a beteg életkörülményeit, hisz sokszor elég nehéz fizikai munka, vagy túlhajszolt életmód is oka lehet a fenti panaszoknak.

Mindezek alapján tehát levonhatjuk a következtetéseket, hogy — a retroflexio a neki tulajdonított panaszokkal, nem kimondottan csak nőgyógyászati probléma, hanem konstitúciós belgyógyászati, pszichológiai is, — hogy fontos megkülönböztetnünk, egyszerű retroflexio mobilissal (főleg nem szült nőknél) vagy retroflexio complicatával (főleg szült nőknél) állunk-e szemben, — hogy a panaszokat rendszerint helyi complicatiók idézik elő, így főleg descensus uteri, metritis, gyuladós folyamatok, a sacrouterin szalag megvastagodása, varicositas pelvina obsitatio, esetleg perisigmoiditis és hogy idegi alapon nyugvó általános panaszok sohasem a retroflexio okaként lépnek fel.

Valamennyi fenti körülmény komoly mérlegelése ma már arra vezet, hogy a retroflexiók műtéti kezelése nagyon megritkult, tekintve, hogy a panaszokat ép a jelzett vizsgálatok révén, más úton is sikerült kiküszöbölni.

Lám Lóránt dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Szoptatás által létrejött immunitás. Heller. (Ann. Pediatr. 1939. 152.) A tejben, de különösen a colostrumban vannak antitestek, állatkísérletek azonban azt mutatják, hogy a csecsemők béltractusán át csak a fajazonos antitestek reszorbeálódnak. Groer és Kassowitz nézték a Schick-reactio viselkedését, ez a korról párhuzamosan nőtt s mesterségesen tápláltknál gyakoribb volt, mint természetesen tápláltknál. A bőr anergiája miatt a serum entoxintiterét is vizsgálták, amely szintén erősen csökkent már az első hónapban. Heller 10.000 diphtheria antitoxin egységgel passive immunisált anyák csecsemőinek serumában vizsgálta az antitoxin titert 5 napi szoptatás után s ez csak 2 esetben mutatott emelkedést. A mesterségesen s természetesen táplált csecsemők különböző magatartása az infectiókkal szemben táplálék útján szerzett immunitással szerintük tehát nem magyarázható. A kísérlet hibája azonban, hogy itt fajidegen antitestről volt szó, míg normálisan fajazonos antitest jut a tejjel a csecsemő szervezetébe.

Cziglány Flóris dr.

Nem tuberculotikus üregképződés a mellkasban gyermeknél. Brügger. (Marsch. Khk. 77.) A fejlődés rendellenesége folytán a tüdőszövetben cysták képződhetnek. Ha a kis bronchusok kiképződése csak az embryonalis élet végén zavart, úgy különböző nagyságú és számú ektasiák jönnek létre. A veszületett tüdőcysták lehetnek: 1. zártak, ezek folyadékkal vagy ritkábban gázzal teltek; 2. ventiiserűek; lehetnek sterilek vagy inficiáltak; 3. nyitottak, amelyek rendszerint secundaer módon fejlődnek. Másik formája az üregképződésnek a veszületett bronchiektásia. Kertagener szerint akkor valószínű a veszületettség, ha a következő trias jelen van: situs inversus, bronchiektasia, polyposis nasi illetve a melléküregek gyuladós megbetegedése. Harmadik legfontosabb formája az üregképződésnek a tüdőabscessus nyomán létrejött intrapulmonalis pneumatokela. Sokszor nehéz eldönteni, hogy szerzett vagy veszületett üregről van szó. A bronchographia elvégzése fontos és veszélytelen. (K. 92.)

Wollek Béla dr.

A streptococcus megbetegedések járványtanához. Kleinschmidt. (Msch. Kindenheilk. 77.) Beszámol arról, hogy közvetlenül egy szülőintézetből való elbocsátás után az anyáknál és csecsemőknél egész sora lépett fel a streptococcus haemolyticus által okozott betegségeknek. A kórházi személyzet $\frac{1}{3}$ -a streptococcus haemolyticus-bacillusgazdának bizonyult, torokváladékukból említett bakteriumokat ki lehetett mutatni. Az esetek között volt 6 erysipelas, ugyanannyi genyes peritonitis és 2 tüdőgyulladás. A streptococcus haemolyticus nemcsak egy egyénnél okozhat mást és mást, pl. 40 erysipelasnál lépett fel scarlat, mint complicatio, de egyik egyénről a másikra átterjedve is okozhat eltérő betegségeket. Így az anya puerperalis sepsise mellett látták a gyermeknél erysipelast fellépni. Ezen jelenségek magyarázatukat abban lelik, hogy a streptococcusoknak tulajdonított specificitás nem áll fenn. Ezt bizonyítja azon észlelése, hogy 3 peritonitises eset genyéből kitenyészett streptococcusok kulturaszűrlete magas koncentrációban Dicktoxint tartalmazott. Ugyanigy nem lehet az erysipelast okozó streptococcusokról sem specificus kórokozó tulajdonságot feltételezni. Mindezen tények szükségessé teszik az óvintézkedések kiterjesztését. (K. 90)

Takáts István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Allergiás eredetű meniere f. betegség. G. Dohlman. (Acta Oto-laryng. 1939. F. 3.) Elfogadott dolog, hogy angio-neuroticus oedema Meniere féle tünetcomplexumot okozhat. A capillarosok rendellenes átteresztőképessége pedig az allergiás jelenségek egyik alapvető tünete. Szerző négy esetet közöl, ahol a kiváltó ok anyagcsere-megbetegedés volt. Az első esetben tej-, a másodikban lisztallergia állott fenn. Az allergének elvonására az eddig sorozatosan ismétlődő Meniere f. rohamok mindkét esetben azonnali szüntek. Két esetben, bár specificus allergiás érzékenység nem volt kimutatható, egyszer eliminációs, másszor pedig enteritis-diaetára gyógyulás következett be. (A. 46.)

Schier László dr.

A diathermiás késsel végzett chordectomiáról. Demetriades: (Msch. f. Ohrenheilk. etc. 73. Bd. 119—120. S.) Szerző chordectomiánál előnyben részesíti a diathermiás kést a causticával szemben. A vérzés veszélye itt kisebb. Közli a műtéti technikát és megjegyzi, hogy a recidiva veszélyéről ezideig még nincsenek tapasztalatai. (A. 47.)

Ajkay Zoltán dr.

Az ajak tuberculosis. Stahler, Christopher. (Amer. J. Surg. N. s. 42. 1938.) Szerző két esetét közli. A differentialis diagnoszt illetőleg epithelioma, vagy rák jön számításba. A kórismét biztosan csak a szövettani vizsgálat dönti el, melyet, ha minden kétes esetben elvégeznének, kiderülne, hogy nem is olyan nagy ritkaság. (A. 48.)

Ajkay Zoltán dr.

Adatok a felső ajak- és az orrfurunculusok gyógykezeléséhez. Schmidt. (Münch. Med. Wschr. 1939. I.) Szerző conservatív kezelést ajánl, a szervezet ellenállóképességének fokozására „omnadin”-t, helyileg pedig röntgenbesugárzást. (A. 49.)

Ajkay Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A necrobiosos lipoidica ismeretéhez. A. Boldt. (Arch. für Dermat. 179. 1.) 16 saját megfigyelése és irodalmi adatok alapján foglalja össze a n. 1.-ről szóló ismereteinket. A bántalmat 1929-ben először Oppenheim, majd Urbach írták le; utóbbi a cukorbetegséggel való gyakori szövődése miatt obligat diabeteses dermatosisnak tartotta. A klinikai képben a kezdetben barnás-vörös tömött papulák összefolyva vagy szélekön nagyobbodva, plakkyszerű, közönséges besüppedt beszűrődésekre vezetnek. Viaszosan fénylő felületük miatt sklerodermára is hasonlíthatnak. A vérellátás zavara következtében kifehélyesedések is előfordulnak. A góccok borsónyi-filigrányi nagyságúak és elszórva helyezkednek el, vagy kevesebb számú nagyobb plakkot találunk. Főleg az alsózárok feszítő oldala van megtámadva. A lefolyás hónapokra, évekre elnyúlik és némelykor a cukorbeteg állapot szerint súlyosbodnak vagy javulnak a jelenségek. A szövettani képben banalis gyuladós jelenségek mellett szövetelhalás és ennek területében a zsírlerakódás a legjellemzőbb. Az esetek 50%-ában a vér zsírtartalma emelkedett volt. Főleg a fiatalok alkati diabeteses hajlamosítanak n. 1.-ra. Valószínű, hogy érzavarok okozzák a szövetelhalást és a zsírlerakódás másodlagos. Erre utal a betegek vasomotoros stigmatizáltsága, a gyakori hypertonia, érlemezésesedés, dysthyreosis és az alsózárokon való előfordulás. Míg a szénhidrát megszorítás eredményei megbízhatatlanok, a zsírok elvonása a diatában jóhatású szokott lenni a bántalomra. (Sz. 74.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Chromhidrosis. Prof. Dr. Fr. Samberger. (Dermat. Wschr. 1939. Bd. 109. Nr. 27.) A Chromhidrosis eddig ismertett esetei két csoportba oszthatók, u. m. a symptomás chromhidrosisok, melyeknek kóroktana ismert és az idiopathiások, melyeké még tisztázatlan. Az első csoportba tartoznak az endogen eredetűek, vérrel vagy vérfestennyel színezett izzadtsággal. Zöldszínű izzadtságot találtak olyanokon, kiknek vérében réz volt kimutatható (rézmunkások), vöröszínű az izzadtság, ha a vérben jódkalium volt (gyógyszeres hatásra vagy tengerparti lakosoknál), kékszerű az izzadtság olyanokon, hol a vérben indican és vasoxydul vagy pyocyanin fordul elő. Exogen chromhidrosisokban az izzadtság

elszíneződését a ruha vagy trichromykosis palmellina okozza. Az idiopathias chromhidrosisokban narancssárga izzadságot találtak. Tulajdonképpen inkább chromsteatosisoról lehet beszélni, mint hidrosisoról. Lokalisatio főleg könyökhajlatokban, hónaljban és az anus körül is. A betegek elsősorban nők főleg, neuroticusok s olyanok, kik a belső genitális betegségeiben szenvednek. Szerzők 53 éves férfi betegének estében analízis lokalizált idiopathias chromhidrosisoról volt szó. Véleménye szerint az idiopathias chromhidrosisban észlelt narancsvörös váladék az apocrin mirigyek atavisticus funkciója, mert őseink állatok módjára a szabad természetben éltek, bőrtük is ehhez idomult. Olyan ma élő állat, melynek bőre színes váladékot termel: a viziló. Az idiopathias chromhidrosist egy functionalis naevusjelenségnek tartja, s ebből következtet, hogy őseink olyan környezetben éltek, mint ma is még a viziló; színes váladék az azt a célt szolgálta, mint a vizilóé, még pedig a legyek és rovarok elűzését. Szerző szerint az idiopathias chromhidrosis főleg nőknél fordul elő, kapcsolatban a nemiszervek megbetegedésével és a menstruációval, de férfiakon is, hol prostata gyulladással jár együtt. Az elváltozások csupán olyanokon jelentkeznek, kiknek bőre az ősemberéhez bizonyos tekintetben közel áll. (Sz. 75.)

Horváth Dénes dr.

ELME- ÉS IDEGGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horányi Béla.

A Westphal-Wilson-féle pseudosclerosisoról. Stadler H. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. 164. 1939. 583. Szerző az említett betegségben szenvedőknek májában sajátos sejtmagelváltozásokról számol be, amelyek a striatumban található gliasejtes elváltozásokhoz hasonlóak. Ezekben a sajátos májsejtmagvakban glikogen volt kimutatható, amit szerző a protoplasmának a szénhidrát anyagcseréjében való elégtelenné válására vezet vissza. Szerző elgondolása szerint a Westphal-Wilson-féle betegség alapját az insulin-adrenalin rendszer egyensúlyzavarában látja. Ebben a betegségben szenvedőknek a családjában szerző lényegesen nagyobb számban talál különböző psychotikus képeket, ami a betegség örökletes voltára utal. (H. 11.)

Horányi Béla dr.

Az agydaganat diagnózisának a nehézségeiről az előrehaladott életkorban. Hastings, D. W. (Journal Nerv. Dis. 89. 1939. 44.) Az idősebb korban az agydaganatok diagnózisát két körülmény nehezíti meg. Egyrészt 40 év után elég gyakran hiányoznak az általános agyngyomások tünetek. Másrészt az előrehaladó érlelmeszesedés tünettana sok tekintetben azonos az agydaganatéval, ami megmagyarázza, hogy az idősebb korú agydaganatok tekintélyes része érlelmeszesedés diagnózisával került sectióra. Szerző 25 olyan esetről számol be, ahol a klinikai diagnosis agyvérzés volt és a secretio agydaganatot mutatott ki (14 glioma, 7 meningeoma, 3 metastatikus tumor és 1 chordoma). Szerző utal arra, hogy minden insulatus-szerű jelenségnél az idősebb korban is gondolni kell agydaganatra, miután a daganat állományában történő vérzés egészen apoplectiformis képet idézhet elő. (H. 12.)

Horányi Béla dr.

Statisztikai vizsgálatok a schizopreniás spontán remissiókra vonatkozólag. Neumann E. és Finkenbrink F. (Allg. Zeitschrift f. Psych. 111. 1939. 17.) A hamburgi elmeklinikára 1910. és 1930. között felvett 4254 eset feldolgozásának alapján a következő eredményekhez jutottak el a szerzők. 44.4% minden kezelés nélkül remittált, 37.5% változatlan maradt, 18.16% meghalt. Rendkívül fontos következtetése a szerzőknek, hogy vizsgálataik alapján az akut schizopreniás eseteknek kb. a felénél számítani lehet olyanfokú spontán remissióra, hogy a zárt osztályról elbocsátás lehetővé válik. (H. 13.)

Horányi Béla dr.

Szívbjak kapcsán fellépő psychosisokról. Rümke H. C. (Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1939. 728.) A szívbjak kapcsán fellépő psychotikus képeket szerző szerint a következő tulajdonságok jellemzik. A tudatzavar rendszerint nem súlyosabb és igen változó. A hallucinációk jelenetszerűek. Rendszerint a halállal kapcsolatos képek alkotják a hallucinációk tartalmát. Nagyfokú szorongás és nyugtalanság csaknem állandóan jelen van, a szorongás azonban nem azonos a tudatzavar nélküli szívbetegek vitalis szívvtáji szorongó érzésével. Gyakorlati szempontból fontos, hogy elég

kifejezett öngyilkossági hajlamot talál szerző eseteinek nagyrésznél. Kórszármasztani szempontból szerző arra gondol, hogy azon szívbetegeknél, akiknél psychotikus jelenségek lépnek fel, az agyvelő érrendszere veszesülte módon kevésbé képes megváltozott keringési viszonyokhoz alkalmazkodásra. (H. 14.)

Horányi Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Pneumopathien, Erkrankungen durch physikalische Gaswirkung. H. Killian. (1939. Verlag Enke Stuttgart. Ára 47 márk.) A „Neue deutsche Chirurgie” sorozatában megjelenő eme nagyszabású monographia valóban hézagpótló és a maga nemében egyedülálló mű, mert tudomásunk szerint az összes pneumatikus betegségeket hasonlóan felölelő és rendszerbe foglaló munka eddig nem jelent meg. A 327 oldalra terjedő, dúsan illusztrált (123 részben színes ábra) könyv három terjedelmes fejezetre oszlik, melyek közül az első a pneumatocelékkal és pneumocystákkal (koponya, parotis, légző apparatus, tüdő stb.) a második a szöveti emphysemákkal, (mediastinalis emphysema stb.) a hasúri és urogenitalis pneumopathiákkal, az utolsó fejezet pedig az u. n. cystikus pneumatosissal foglalkozik. A szerző óriási szorgalommal és alaposággal dolgozta fel az érdekes és szétágazó tárgykörre vonatkozó tejes casuistikát, ismerteti az idevágó összes kórfarmákat a pathophysiologia, kóroktan, klinika és therapia szempontjából. A mediastinalis emphysema keletkezésének sokat vitatott kérdését saját kísérletei alapján is beható tanulmány tárgyává tette s azt a hatalmas irodalom felhasználásával minden vonatkozásában megvilágítani iparkodik. Minden fejezet végéhez teljes irodalom-szemle csatlakozik, amelyben magyar szerzők munkái (Verebély stb.) is szerepelnek.

Killian tartalmas és értékes munkáját egy rövid referatum keretében kielégítően ismertetni nem lehet, mert a könyv számtalan olyan részletkérdéssel foglalkozik, amikre itt nem terjeszkedhetünk ki. Annyi bizonyos, hogy e munka a jövőben nélkülözhetetlen tanácsadója lesz mindazoknak, akik a pneumopathia kérdései iránt érdeklődnek s ezen a téren további kutatásokat óhajtanak végezni.

Milkó prof.

1. The case for action. (1. kiadás 1931, 162 oldal.) — **2. Biologists in search of material.** (1. kiadás, 1938, 93. oldal.) Innes H. Pearse és Scott Williamson. (Faber et Faber kiadása, London. Ára: egyenként 2 shilling.) Ez a két kis könyvet orvosok, szociológusok és betegek egyaránt sok élvezettel és tanulsággal olvashatják. Két melegszívű és tisztafejű orvos írja le próbáikozását, amellyel az industrializált nagyvárosi társadalom szegény dolgozóinak igyekszik az egészséget megadni. Elindulásuk alapfogolatai a következők voltak: Az emberek túlnyomó többsége sokkal többet szenved vitalitásának azon hosszantartó kiskokú csökkenésével, amelyek csak évek múlva produkálnak olyan tüneteket, amelyekkel kénytelen, mint tejesen munkaképtelen beteg a társadalombiztosító orvosához fordulni. Itt is a rendelés és gyógyítás csak a betegség legsúlyosabb állapotát javítja, de sohasem, vagy csak ritkán adja vissza a teljes vitalitást. Ezen az állapoton javítandó az egyik londoni vitélynegyedben, Peckhamban ú. n. „Pioneer Health Centre”-t létesítettek. Ez tulajdonképpen „Egység Club”. A székházban az orvosi és ápolói személyzet a tagcsaládokkal együtt szabad idejükben együtt él. Így lehetővé válik a vitalitás kezdődő csökkenésének korai felismerése, amit különben biztosít a szabályszerű, időközönként történő orvosi vizsgálat. Lényeges részbe az egészségház működésének a szórakoztatás, uszoda, billiárd, gyermekjátékoszterem, stb. és a tanácsadás. Ez utóbbi a legtagább értelemű pl. együttélés-psichológiai tanácsokkal a családi élet harmonikus tételében is segítséget nyújt, továbbá a nagyváros számtalan socialis és gazdasági vonatkozásaiban is támogatja a tagokat. Az „Egység Club” lényeges feltétele, hogy gazdaságilag önmagát a tagok által fizetett csekély tagdíjakból felépíthető és fenntartható üzem legyen. Ezt a feltételt is sikerült tökéletesen megvalósítani. A két kis könyv rendkívül gazdag orvosi tapasztalatokban, biológiai gondolkodásban, gyakorlati problémamegoldásokban, és tiszta, őszinte humanizmusban.

Beznák prof.

Die Ischias. Hans-Georg Scholtz, Berlin. (T. Steinkopf kiadása, Leipzig. 1939. Ára füzve 4.87 RM.) A „Der Rheu-

matismus" című könyvsorozat 16. kötete. Szerzője a Virchor-kórház physikoterapiás osztályának vezetője s könyvében összegezi az osztályán észlelt 400 ischiásos betegen szerzett tapasztalatait. A 110 oldalas könyv tökéletes áttekintést nyújt az ischiásról. Első részében minden kis részletre kiterjedően tárgyalja pathogenesist, tüneteit, kórjelzését, elkülönítését s a beteg pontos vizsgálatának sorrendjét, úgy hogy még szakember is igen nagy haszonnal forgathatja a könyvet. A második részben a gyógyítással foglalkozik ugyancsak minden kis részletre kiterjedően. (Még a hasonszenvi gyógymód is külön fejezetet kapott). Kár, hogy a nagy számban felsorolt gyógyító beavatkozások fontossága közötti különbség a könyvben nem vehető észre, úgy, hogy pl. az antineuralgiás gyógyszeres kezelés és pócakezelés egyformán fontosnak látszik. A heveny betegségek kezelése túlerélyes, mert bizony még idült esetben is meggondolandó, hogy a beteget fél órára 39 C°-os fürdőbe ültessük. Nehezen lenne a beteg rábíráható arra is, hogy 55 C°-os iszapban másfélóráig legyen bepakolva. A terápiás rész a legjobban kidolgozott fejezete az elektroterapiás s különösen a torna kezeléssel foglalkozó rész, mert úgy látszik, hogy osztályán a szerző ezekre fekteti a fősúlyt.

Kunszt János dr.

Az orvostudomány fejlődése az emberiség művelődésében. Farkaslaki Hints Elek. Paláztolhatatlan meglepetéssel és kíváncsisággal vettem kezembe a tervezett nagy munka első két kötetét, hisz ez az első komoly kísérlet arra, hogy orvosi rendünk magyar nyelven olvashassa tudománya fejlődésének részletes és teljes történetét. Meglepett a szerző személye és vállalkozásának rendkívüli mértéke. Hisz mint orvostörténelmi író ismeretlen, a mű terjedelme pedig még régi szakíró erejét is próbára teszi. Minél tovább lapoztam a kötetet meglepetésem annál inkább hatványozódott, mert kitűnt, hogy tökéletes szakmunkával ajándékozta meg nemcsak rendünket, de irodalmunkat is. A szerző maradéktalanul elérte azt a maga elé tűzött célt, hogy élvezetes olvasmányként tárja elénk orvoselődeinknek az ember egészségéért folytatott küzdelmét. A történelem tanúságával és távlatával bizonyítja, hogy az egyéni eszme, gondolat és kutatás mennyire értékes, akár új felfedezés, akár réginek tökéletesítése, vagy egyetlen gondolat csiszolása a munkálkodás eredménye. A munka olvasása közben minduntalan érezzük, hogy egy-egy kérdés tárgyalásakor szerzőnk a maga elgondolásait helyezi előtérbe s érvei felsorakoztatásával igyekezik az eddigi felfogást megcáfolni, helyesbíteni, vagy kiegészíteni. Ebben az igyekezetben rejlik a mű legfőbb értéke. Bámulatossá megérzéssel és szorgalommal gyűjtögette *Hints Elek* már akkor a szükséges adatokat, amikor még nem is tudta, hogy azok egykor csokorba kötve nyilvánosságra kerülnek. Ez a maga részére gyűjtögető, magát örökké képező, mélyen gondolkodó és miért kérdésekre feleletet kereső kutató, igen sokat olvasott, a művelődéstörténelem minden ágában otthonos, mindenből megrögzítette a fontosat és lényegest. Úgy illeszkedik ennek a nagy munkának a keretébe a művészet, építészet, csillagászat, irodalom, társadalom, földrajz, kereskedelem, ipar, zene, nevelés, stb., kérdései, mint egy mozaik munka különböző színű szemecskéi. Minden szín a maga helyén, egymással összefüggésben, összhangban. Mondanivalóját úgy csoportosítja, hogy a száraz történelmi adatok elveszítik egyhangúságukat és az olvasót magukkal ragadják. A munkából az orvostudomány őskora után megismerjük az egyiptomiak, assírok, babiloniak, zsidók, perzsák, indusok, kínaiak, japánok, görögök, rómaiak egymástól eltérő, önálló közkinccsé nem váló orvostudományát, melyek nagy történelmi zivatark alkalmával csaknem egészen megsemmisültek. A második kötetből azt tudjuk meg, hogy az ókor orvostudományának megmentett szikrája hogy izzik, lappang a középkorban Európa különböző államaiban, míg végül lobogó lángra szökve, belevilágít az újkorba. A szerző a középkor összefonódó orvostudományi irányzatai között kellő biztonsággal vezet, részletesen tárva elénk az izlám vallású és nyugateurópai népek orvosi tudományát, mely a későbbi kutatásoknak szolgál alapul. A mű beosztása, fejezetekre osztása, a kifogástalan név- és tárgymutató nagy szolgálatot tesz az olvasónak. A magyar vonatkozások külön fejezetben történt felsorolása megkönnyíti azoknak a helyzetét, akik kizárólag hazai orvostörténelmünk iránt érdeklődnek. A nagy gonddal és körültekintéssel összeállított hatalmas képanyag még a laikus olvasó számára is élvezetessé és tanulságossá teszi a művet, melynek további kötetét érdeklődéssel várjuk.

Daday dr.

A Magyar Élettani Társaság június 8—11-i ülése.

(Folytatás)

Krompecher I.: *Sarjszövetről.* Szervezetünk regenerálóképességénél fogva sarjszövet mindig bőven van jelen. A fiatal szövet a milieuvizonyokhoz alkalmazkodva differenciálódik. Mikrophotogramokon demonstrálja, hogyan alakul ki a sarjszövet nyomás hatására porcogóvá. A kialakulás mechanizmusában az egyes fázisok ok-okozati összefüggésben vannak. Néhány szöveti képben a morfológiai kialakulást vázolja, felhívja azonban a physiologusok figyelmét, hogy a sejt belső milieujében számos physiologiai folyamat is megy végbe. Minthogy előadó vizsgálataiból ismeretes, hogyan lehet az emlősök és az ember sarjszövetét kísérletesen különféle szövetekké kialakítani, lehetségesnek látszik és tanulságos lenne a sarjszövetnek különféle szövetekké (porc, kötőszövet, rostos porc, inszövet) történő kialakulásának physiologiai fázisait ill. mechanizmusát, esetleg azok okozati összefüggését és befolyásolhatóságát kidolgozni.

Huzella T.: *A tüdőalveolusok histophysiologiája.* A szervezetből kivont rostanyag oldatából sok vegyi hatása alatt zsírok aetheres oldatából kiváló zsírcseppek, vagy szénsavas vízből felszabaduló gázbuborékok feszítő hatására kialakuló argyrophil rostokkal átszőtt hólyagrendszer állított elő, amely a tüdőalveolusok szerkezetével, tulajdonságaival teljesen megegyezik. A mesterséges rostos hátyarendszer e modelljével végzett kísérletek az újabb felfogást igazolják, hogy a tüdőalveolusok falát a hajszálereket magukba foglaló sejten kívüli rostos kötőszöveti hátya alkotja, amelyen keresztül a gázcsera végbemegy. Az alveolusokat csak helyenkint bélelik sejtek, amelyek nem mint „respiratorius hám” szerepelnek közvetlenül a légzésben, hanem csak másodlagosan, az O₂ és CO₂ diffúzió útján történő kicserélődésének bonyolult folyamatát, sőtartalmának, vegyhatásának, felületi feszültségének, duzzadásának és tágulásának változásaival helybelileg önállóan a hajszálerkerin-géssel kölcsönösségben szabályozó alaphátyára gyakorolt termelő, alakító, fenntartó, módosító és tatarozó hatásaik révén.

Törő I.: *Vizsgálatok a corhormon és colchicin sejtteni hatásáról szívizom tenyészetekben.* Vizsgálati anyagul 53 óráig keltetett tyúkembryo-szívnek tenyészteti szolgáltak. Vizsgálta filmfelvételek segítségével a corhormonnak és a colchicinnak külön-külön és együttesen a sejtekre kifejtett hatását. Szép colchicin hatást kapott 1:20.000.000 hígítású colchicintól, míg 1:250.000 hígítású colchicin hatására majdnem minden sejt lekerelkedett, viszont 1:50.000 hígítású pedig az egész szövetetletet megállította és a sejteket megölte. A colchicin ezek szerint nemcsak az oszló sejteket, hanem a koncentrációtól függően minden élő sejtet megtámad. Az oszló sejteket főleg a metaphasisban megállítja, de nem ritkán a prophasiban és a telophasisban megállít sejtoszlás sem. Egy koncentrált corhormon-oldat, amint a filmen látszik, rendkívüli mértékben fokozza a sejtek mozgását, pseudopodiumok képződését, míg egy optimalisan hígított adag (0.02—0.03%) a mitosisnak a lefolyását feltűnő módon meggyorsítja, egyszersmind a mitosisok számát is szaporítja. Ennek a hatásnak a lényege a mixoplasma képződés elősegítése, ez pedig a sejtoxidatio fokozódására, első sorban a mag és a plasma közötti anyagcsere fokozódására vezethető vissza. A corhormonnal kezelt kultúrákon a colchicin hatását nem tudja kifejteni, csak jóval hosszabb idő múlva. A corhormon tehát ellensúlyozza a colchicin behatását akkor is, hogyha a colchicint 1:50.000 hígításban használtuk. Bemutatja a kísérleteiről készült filmet.

Kanyó B.: *Virustenyésztési kísérletek.* Tenyésztési kísérleteit *Rivers* nyomán Erlenmeyer-lombikban szöveti explantatumban, majd *Goodpasture*, illetve *Burnet* előírása szerint tojásban fejlődő csirke-embryo érhátyáján végezte vaccina virussal. Sorozatos passageokban a vírus-elemek szaporodását nyúlón intracutan- és tengerimalacon intracornealis oltással ellenőrizte. *Vollmar dr.*-nak a *Speyer*-ház laboratóriumából közölt módszerét vírus tenyésztésére alkalmazva, héjtól megfosztott és steril üvegedényben thermostatban tartott tyúktojásból az embryo kifejlődését 20 napig tudta figyelemmel kísérni. A fejlődésében szemmel követhető embryo érhátyája vaccina virussal beoltva, a fertőzés mechanizmusának tanulmányozására modell-kísérletben jól felhasználható és e módszer nemcsak vírus eredetű, de bakteriális fertőzések tanulmányozására is sikerrel vehető igénybe. Hosszabb kísérlet-sorozat esetén — az in vitro fejlődő embryók korai elhalása miatt — a vírus-

elemek rendszeres szaporítására *Goodpasture* eljárása alkalmasabb.

Hozzászólás *Kanyó Béla*: Virustenyészési kísérletek c. előadásához.

Dreguss M. A járványos influenza vírusának tenyésztésével kapcsolatban az Országos Közegészségügyi Intézetben szerzett tapasztalatok alapján a következőket jegyzi meg. 1. Az influenza vírus tenyésztése *Rivers* szövettenyészési módszerével (12 napos csirkeembryóból készült pép steril suspensiója Tyrode-oldatban) aránylag könnyen és gyorsan keresztülvihető. Ez az eljárás többszáz átváltás után is jó eredményt adott. 2. *Goodpasture* módszerével (a csirkeembryo chorio-allantois hártáján) is tenyészthető a vírus, de ez körülményesebb. Fontosnak tartja annak a hangsúlyozását, hogy a chorio-allantois hártján nemcsak különféle vírusok, hanem a baktériumok egész sora is jól nő (typhus-bacillus, meningococcus, pertussis bacillus, staphylococcus, stb.). 3. *Vollmar* eljárása (az embrio keltetése a tojás üvegcsésébe való kiütése után) a víruskutató számára csupán curiosum, mivel ez a módszer csak igen alacsony százalékban ad kielégítő eredményt.

Goreczky L. és Illényi A.: *Vegetatív tonus hatása az isohaemagglutinín titerre.* Korábbi vizsgálatok — melyeket *Belák* és munkatársai végeztek, — azt igazolták, hogy a normális antitestek a sympathicus tonus növelésével megsaporodnak, illetve hatásosabbak lesznek a serumban. A szerzők ezen szempontból vizsgálták az isohaemagglutinineket és azt találták, hogy a sympathicus tonus növelésével az isohaemagglutinín titer emelkedik, míg a parasympathicus tonus fokozására az ellenkező irányú változás jön létre, amint azt az egyéb normális antitesteknél tapasztalták.

Zih S.: *Évszakos anaemia emberen.* A szerző azt észlelte, hogy egyes embereknél a nyár elején vérszegénység kezd kifejlődni, mely augusztusig fokozatosan súlyosbodik, úgy hogy 5—700.000-rel csökken a vértetszám. Az őszi hónapokban javulni kezd a vérkép s novemberben újból normális vértetszámot találunk. A változást valószínűleg a szervezet belső secretiók változására kell visszavezetni. Férfiakon hasonló elváltozást eddig nem talált.

Martin J. és Valenta A.: *A fehérpatkány szerveinek histamintartalma.* Fehérpatkányok szerveinek histamintartalma — *Barsoum-Gaddum-Code* szerint meghatározva — nem mutat lényeges eltérést az egyéb laboratóriumi állatokon talált értékektől. Eszerint a patkány shok-resistentiája nem a szerveinek histaminban való szegénységén alapszik, hanem a shok-anyagok hatásával szemben tanúsított nagymértékű ellenállóképességén.

Martin J. és Went I.: *Szenzibilizálás befolyása a tengerimalac és patkány histamin-, cholin- és acetylcholin-érzékenységre.* Vizsgálat tárgyát képezte a szenzibilizálás befolyása a tengerimalac és fehérpatkány histamin-, cholin- és acetylcholin-érzékenységre. A kísérletek normális és szenzibilizált állatok vérnyomásán, bronchus-izomzatán és izolált szíven végeztek. Megállapítást nyert, hogy a tengerimalacok izolált szívének cholin-érzékenysége a normálhoz viszonyítva többszázszorosan fokozódik. A histamin és acetylcholin hatásával, illetve a vizsgált egyéb szervek reactio-készségével kapcsolatban a szenzibilizálás ilymértvű befolyását megállapítani nem lehetett.

Rex-Kiss B. és Zsardon B.: *A globin és egyéb fehérjék (albuminok, histonok, nucleoproteidek) összehasonlító vizsgálata kicsapási reakciókkal.* Histonnal, globinnal, serumalbuminnal, serum-globullinnal és agyból származó nucleoproteidekkel elvégzett kicsapási reakciók alapján a globint nem tekinthetjük a histonokhoz tartozó fehérjének. A globin a histonok és albuminok között áll, de ezektől jól elkülöníthető különálló fehérje. Emberi agy szürke- és fehérállományából, valamint a kisagyból előállított nucleoproteidek az elvégzett kicsapási reakciókban — az alkoholos kicsapástól eltekintve — teljesen azonosan viselkedtek.

Rex-Kiss B. és Zsardon B.: *Monojodecetsav befolyása kutyák vércukor és vértéjsav értékeire.* Monojodecetsav injekciója után a kutyák vércukor és vértéjsav értékei csökkennek. A vértéjsav-értékek csökkenése nyilvánvalóan a monojodecetsav glykolytízis-gátló hatásával függ össze, míg a vércukor-csökkenés mechanizmusának kérdése egyelőre nyitva marad.

Went I., Piribauer K. és Kesztyüs L.: *Antithyreoglobulin és antithyroxin.* Huzamosabb ideig parenteralisan adagolt thyreoglobulin hatására a fehérpatkányok O₂-fogyasztása kifejezetten alászáll. Az ilyen állatok reactio-készsége

a kívülről bevitt thyroxinnal szemben is nagymértékben csökken, úgy hogy azok O₂-fogyasztása csak 15 mg-nál nagyobb thyroxin adagok hatására mutat számvavehető emelkedést. A patkányokhoz hasonlóan viselkedtek ezekben a kísérletekben a tengerimalacok is. A nyúlak O₂-fogyasztása ezzel szemben a thyreoglobulin-kezelés alatt nem csökkent, hanem kifejezetten emelkedő tendenciát mutatott, a thyreoglobulin-kezelés után pedig az állatok O₂-fogyasztása a thyroxin injekciók hatására a megfelelő mértékben emelkedett. — A patkányokon és tengerimalacokon megfigyelt ezen jelenségeknek a magyarázata az, hogy a kísérletekben a thyreoglobulin serológiai értelemben vett antigenként szerepelt, melynek parenteralis bevitelle valószínűsége thyreoglobulin- és thyroxin-ellenes antitestek keletkezését idézte elő. A kísérletekben tehát a thyreoglobulin feltehetőleg a chemospecifikus antigenek módjára viselkedett olyan értelemben, hogy a thyroxin a fehérjevívőanyag mellett a specifikus gyök szerepét töltötte be s mint ilyen nagymértékben befolyásolta, illetve meghatározta a keletkezett antitestek specifikusát. E magyarázatot nem annyira a serológiai vizsgálatok eredményei támogatják, mint inkább az a körülmény, hogy a thyroxin-hatást gátló tényező a thyreoglobullinnal kezelt patkányok serumával normális állatokra is átvihető, azaz hogy az ilyen antithyreoglobulin-serumokkal való passiv immunizálás útján a patkányok a kívülről bevitt thyroxin hatásával szemben megvédhetők.

Went I. és Kesztyüs L.: *Szintetikus adrenalin-antigen (amino-adrenalin és adrenalin-azo-fehérjék) előállítására.* A thyreoglobulin-antigen-hatására vonatkozó kísérleti megfigyelések nyomán felmerült annak a lehetősége, hogy hasonló hatások nemcsak a thyroxin, de egyéb hormonok fehérjevegyületeivel is elő lehet idézni. Az adrenalin fehérjevegyületeknek szintetikus előállítását a következőképpen sikerült megoldani: A pyrocatechint aetheres közegben füstölő salétromsavval nitráljuk. A nyert nitropyrocatechinonnal és sósavval (fs.: 1.18) aminopyrocatechinre redukálódik. Az aminopyrocatechinből kiindulva a Stolz-féle adrenalin-synthesisen keresztül chloracetylchloriddal való főzés útján amino-chloraceto-pyrocatechin nyerhető, mely monomethylaminnal hűtés mellett amino-adrenalonat ad. Az amino-adrenalon elektrolytikus úton aminoadrenalinná redukálódik. Az amino-adrenalin — mint primaer aromás amin — diazotáljuk és a Pauly-reactio segítségével lóserum-fehérjéhez kötjük.

Gelei G. és Csik L.: *Colchicin hatása a Drosophila melanogasterre.* A *Drosophila* rendes táplálékához 1:1000—1:200.000-es hígításban colchicint keverve, azok 2—5 nap alatt elpusztultak s utódokat sem hoztak. Ha a colchicin a táplálékban 1:300.000, 1:400.000-es hígításban volt jelen, akkor az állatok megélték, sőt utódaik is fejlődtek ugyan ezen a táplálékon. 19 mérgezett kulturában (colchicin 1:300.000, 1:400.000) 1679 légy fejlődött, vagyis 1 kultúrában átlag 88. Az 1679 állat között 4 hím, 3 nőtény olyan tulajdonságokkal rendelkező állat volt, amelyeket *normális oogenesis* után nem várhattunk, továbbá 8 állat pedig *láb- és szárnyfejlődési rendellenességeket* tüntetett fel, az utóbbiak közt volt 2 sex-mozaik is. A zavart oogenesis kapcsán létrejött 3 nőtényről a további genetikai és cystológiai vizsgálatok kiderítették, hogy 3—3 nemikromoszómájuk van (norm. 2), a hasonló eredetű 4 hímnek pedig csak 1—1 nemikromoszómája volt (norm. 2). Ezek a hímek a továbbtenyésztés folyamán sterileknek bizonyultak, a fölös kromoszómával rendelkező nőtények pedig, normális hímekkel keresztezve, mintegy 7.5%-ban ismét ilyen ú. n. „kivételes” utódokat hoztak. 4355 kontroll-állat között egyetlen sem volt, amelyik a leírt rendellenességek valamelyikét mutatta volna. Egy nem colchicinizett kultúrában átlag 242 állat fejlődött. A colchicin hatására tehát csökkent az utódok száma, zavart a méiosis, reductió oszlás, ennek eredményei a fölös kromoszóma-számmal rendelkező utódok (kromoszóma-együttmaradás, non-disjunction), fellépő ú. n. kromoszóma-eliminatio (ebből jöttek létre a sex-mozaikok) s mint a zavart mitotikus sejtoszlás eredményei, fejlődési rendellenességek származnak. A kromoszóma-aberrációk arra vezethetők vissza, hogy a colchicin a magorsó képződését gátolja.

Szarka S.: *Az oestradiol 17 stearat physiologiai hatásai.* Egy újabb tüszőhormon származék, az oestradiol 17 stearat hatását vizsgálta állatkísérletekben és emberen. 0.2 ccm olajban egyszerre beadott 20 gamma anyag után 75 napig, 50 gamma után 105 napig volt az állatoknak 95—100%-a oestrusban. A 20 gammás adagok után még 120 nap múlva két állat, az 50 gammás adagok után 210 nap múlva is

oestrusban volt 20 állat közül még 3 állat. Petefészketől megfosztott de méhbeli bíró 3 asszonynál egyetlen egy injectióban beadott 30 mgr. oestradiol stearat után másfél, két hónap múlva vérzés lépett fel és a kikapart méhnyálkahártya mirigyés tömlős tultengést mutatott. Kaparás után a vérzés megszűnt de egy hónap múlva anélkül, hogy bármilyen újabb oestrogen anyagot adtunk volna, újból vérzés lépett fel, és a kikapart méhnyálkahártya ismét hyperproliferációs állapotban volt. Ez az anyag tehát az eddig ismert tüszőhormon származékok közül a legelhúzódóbb hatást mutatja.

Farkas E.: Az oestradiol és származékainak összehasonlító vizsgálata patkányon. Az előadó ismerteti az oestradiol, az oestradiol — 3 — monobenzoat, oestradiol — 17 — monopropionat, oestradiol — 3—17 — dipropionat és az oestron kasztrált nőstény patkányok hüvely-oestrus reactiója alapján megállapított dosis-hatás összefüggését, valamint az egyes vegyületekkel kiváltott hüvely reactio időbeli lefolyását. Ezek az adatok az egyes anyagokra jellemzők és biológiai értékmeghatározásukra utmutatásul szolgálnak.

Hetényi G. és Kiss J.: Különböző emberek vérplasmájának befolyása az insulin hatására. Kísérleti és klinikai észleletek alapján már régóta foglalkoznak azzal a gondolattal, hogy a diabetes mellitus nem egységes körkép, hanem különböző utakon létrejövő tünetcsoport. Ujabban az insulinnal szemben való viselkedés alapján próbálnak két szembenálló típust elkülöníteni: az insulinra fogékony és az insulinnal szemben resistens cukorbetegség csoportját. Felmerül az a kérdés, vajon nincsen-e a vérben valamilyen anyag, amelynek jelenléte, megszaprodása vagy hiánya okozza talán a különböző betegek eme viselkedését. Ezt a lehetőséget előadók oly módon vizsgálták, hogy meghatározták nyulakon a vércukornak testsúlykilogrammonként 1 egység insulin után kimutatható változását, majd más alkalmakkor megismételték ezt a kísérletet olyan insulinnal, amely 24 órán át thermostatban állt egészséges emberek, továbbá különböző típusú cukorbetegség vérplasmájával összekeverve. A normalis vérrel kevert insulin úgy hatott, mint a közönséges insulin. Fiatal, insulinra fogékony cukorbeteg vérplasmájával kevert insulin hatása valamivel erősebbnek bizonyult. Legszembetűnőbb volt az a kísérleti eredmény, hogy idősebb — insulinnal szemben resistens — cukorbeteg vérplasmájával kevert insulin hatása átlagosan 50%-kal gyengébb volt, mint a közönséges insuliné. Ebből a tényből előadók egyelőre annak a valószínűségét állapítják meg, hogy az insulinnal szemben resistens cukorbeteg vérben valamilyen, az insulin hatását gátló anyag foglaltatik.

Herman F. és Hetényi G.: Bőrbe fecskendezett isotoniás mézszó felszívódása különböző kísérleti körülmények között. 1. Ha egészséges embereknek 0.2 ccm isotoniás calciumchloridoldatot fecskendezünk intracutan, duzzanat keletkezik, mely 2³/₄—3¹/₄ óra alatt tökéletesen felszívódik. Az ellenőrzésképen hasonló módon fecskendezett physiologiás konyhasóoldat okozta duzzanat felszívódási ideje: 55—60 perc. Az egyéni felszívódási idő figyelemreméltó állandóságot mutat. Különböző betegeknél a felszívódási idő a fenti határon kívül esik. 2. 10 ccm 10%-os calciumchloridoldat intravenás befecskendezése után a felszívódás ideje jóval meghosszabbodik. Ez a befecskendezés után kb. 3 óráig mutatható ki. 3. Mézszó szegény étrend tartama alatt a felszívódási idő csökken. 4. Savak gyorsítják a lúgok lassítják a resorptiót. 5. Novuritdiuresis tartama alatt a mézszó (de a natriumsó is) gyorsabban szívódik fel. 6. Parathyreoideakivonat a felszívódást lassítja.

Mosonyi J.: Hypophysisküirtás kutyán. A függőleges helyzetben kikötött kutyán a hypophysis buccalis uton aránylag rövid idő (30—40 perc) alatt, vér- és liquorvesztés nélkül irtható ki. A függőleges helyzet folytán a fej véreinek teltsége nagymértékben csökken s így a hypophysist körülvevő sinusok sértésének veszélye, mivel a faluk nem feszült s könnyen kitér, teljesen kizárható.

Blaszó S.: Méregtelenítő synthesisek és mellékvese működés. A szerző mellékvese irtott állatok méregtelenítő synthesiseit, az aetherkénsavas és glucuronsavas párosítást vizsgálta. Azt találta, hogy az aetherkénsavas synthesisek mellékvese irtott állatoknál teljesen normalis marad. A glucuronsavas méregtelenítés ellenben ugyszólván teljesen kiesik. Accessorius mellékvesével bíró állatoknál míg a benne maradt rész nem hypertrophysál a glucuronsavas synthesise csökken.

(Folytatjuk)

HETI KRÓNIKA

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága az Országos Közegészségügyi Intézettel karöltve folyó évi szept. 11-től 23-ig kéthetes orvosi továbbképző tanfolyamot rendez Ungvárott a malaria tárgyköréből. A tanfolyam ungvári rendezése a kitűzött cél minél tökéletesebb elérését kívánja szolgálni, hiszen a napilapok is gyakran beszámoltak arról, hogy „Rákóczi földjén” a malaria eléggé elterjedt betegség.

Az Országos Közegészségügyi Intézet, amely Tomcsik professor vezetése mellett oly mintaszerűen szolgálja a modern közegészségügy nagy eszményképét, a preventiót, malariavizsgáló állomásai útján különös gondot fordít a malaria leküzdésére is.

1937-ben kezdte meg működését a letenyei (Zala vm.) malariavizsgáló állomás, amelyet 1938-ban a mánodoki (Szabolcs vm.), 1939-ben pedig a jánki (Szatmár vm.) állomások követtek. A magyarlakta Felvidék és a Kárpátalja örvendetes visszacsatolása következtében f. évi aug. 1 óta működik a beregszászi malariavizsgáló állomás, míg az ungvári most áll szervezés alatt.

„Mindig ünnep nekünk ennek, az egész országunkra kihatásában oly hatalmas intézménynek beszámolója”, írta röviddel ezelőtt Vámosy professor, az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentését ismertette e hasábkon. A jelentésben Makara György adjunctus számolt be a letenyei malariavizsgáló állomás nemzetünk egészsége érdekében kifejtett áldásos működéséről, amely hű képét adja az azóta megalakított többi állomás tevékenységének is. Meg vagyunk győződve arról, hogy az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának az Országos Közegészségügyi Intézettel karöltve rendezendő ungvári tanfolyama is bőven megtermi majd a maga gyümölcsét.

*

A malaria nevét hallva önkéntelenül is emlékeztünkbe idéződik az Olaszországban az „ager Romanus”-on és az „ager Pontius”-on diadalmasan megívott nagyszabású malariaküzdő harcok, ami a fascizmus egészségügyi téren kivívott legnagyobb diadalának tekinthető. E diadal annál is inkább értékelendő, mert hosszú századok hasonló törekvéseit — a legjobb esetben is — csak rövid ideig tartó, átmeneti eredmények koronázták. Már Plinius követelte a mocsarak kiszáraitását: „siccentur pomptinae paludes”, de 25 század meddő küzdelmeinek kellett eltelni, amíg a fascizmus mindent lenyűgöző életrhythmusával megvalósíthatta a bonificat.

Angelo Celli, a római egyetem néhai nagyhírű közegészségtan professora, aki élete munkájának javarészét a malaria kérdésének szentelte, hosszú évek alapos kutatásai nyomán, 1925-ben adta ki „Storia della malaria nell' Agro Romano” című könyvét, amelynek olvasása után értjük csak meg a Duce irányította vállalkozást teljes nagyszerűségében. Etruszkok és rómaiak, pápák és uralkodók folytatták az egyaránt sikertelen küzdelmet a malariával és a rómaiak idejében a láz istennője, Dea Febrre tiszteletére emelt oltárokat a keresztény korszakban a Madonna della Febbre képei váltották fel. Érdekes, hogy a mocsarakon átutazóban Horatius is panaszkodott az álmát zavaró szúnyogok és békák miatt: „mali culices ranaeque avertunt somnos”. A malariának Róma, főleg pedig a pápák történetére gyakorolt hatására vonatkozólag számos adattal találkozunk Ranke és Pastor könyveiben. VI. Sándor, V. Sixtus és VII. Orbán pápák a malaria ismert áldozatai, utóbbiak közé tartozik ravennai száműzetésében a „sommio poeta”, Dante is, aki a „Divina Commedia”-ban két helyen is megemlékezett a malariáról. Az 1623-ban megtartott

conclavera összegyűlt 30 bíboros közül 8 halt meg malariában és nagyon sok megbetegedett.

*

Érthető, hogy a nagykiterjedésű pontini mocsarak képe évszázadok alatt alig változott. Valóságos „No Man's Land” volt, gyérszámú, nyomorúságos kunyhókban élő lakosságát a malaria pusztította és a hógylétük iránt érdeklődő utazók kérdésére: „Signore, si muore” volt a felelet. Elképzelhetjük a közlekedés nehézségeit, annak sokszor lehetetlen voltát. A mocsarak állatvilága vaddisznók, bivalyok és vizimadarak tömegéből állott. A szomorú nevezetességű föld rossz hírének növeléséhez még az itt tanyázó útonállók is hozzájárultak. A Terracina—Gaeta-i útvonalon katonai kíséret nélkül sokáig nem volt biztonságos az utazás és emlékeztetünk arra, hogy *Auber* víg operájának hőse: *Fra Diavolo* is a pontini mocsarak vidékén, Terracina környékén garázdálkodott. *Abbruzzo* földhözragadt szegényei nyaranta elvégeztek ugyan az aratást, de mindig jóval kevesebben tértek vissza hegyeik közé, mint ahányan onnan leereszkedtek, amint arról *Aleardi* meghaló költeményében is megemlékezik. *Ernest Hébert*-nek a párisi *Musée du Luxembourg*-ban függő „La Malaria” című képe a pontini mocsarak szomorú nevezetességének megkapóan művészi megörökítése.

Goethe — Nápoly felé haladtában — 1787 februárjában utazik át a mocsarakon, megemlékezve a Rómában kapott figyelmeztetésről, hogy az uton nem szabad elaludni. A nagy író sok optimizmussal ítéli meg *VI. Pius* pápának a mocsarak bonificálására irányuló törekvéseit és talán erre gondolt vissza később, amikor *Faust*-jának II. részében a főhős egy mocsár lecsapolásával kapcsolatban így szól a pillanathoz: „*Verweile doch, du bist so schön!*”

A pontini mocsarak kietlen világában, *Quadrato*-ban telepedik meg — bár hozzátartozói ellenzésére — 1926-ban egy fiatal orvos: *Vincenzo Rossetti*. „*Dalle paludi a Littoria*” című könyve hősi éposza a mocsarak alattomos világában ezer és ezer nehézséggel küzdő orvos életének, aki azonban megéri legszebb álmának megvalósulását, a mocsarak bonificálását. A *Duce* akarata nyomán felépül a gyilkos mocsár helyén *Littoria* városa és a „*magna parens frugum*”-má változtatott mocsár helyén termelt első kalászkokat maga *Mussolini* csépele. *Littoriát* követi rövidesen *Sabaudia* megalapítása és mocsarak vidékéből alakul ki Olaszország 93. provinciája.

Celli könyvének olvasása után kell, hogy *Rossetti* 1926-tól 1936-ig írt naplója következzen. Szerzőjének a mocsarak közt készített felvételei *Vergilius* alvilágát idézik fel: „*pallentesque habitant Morbi*”. Kiegészítő olvasmányként ajánlhatjuk még *Stanis Ruinas*: „*Viaggio per le città di Mussolini*” című könyvét, amely *Littoria*, *Fertilia*, *Mussolinia*, *Sabaudia*, *Tirrenia*, *Arsia*, *Carbonia*, *Guidonia*, *Pomezia*, *Aprilia*, *Pontinia* és *Lagosta* „új” városok megteremtését ismerteti a *Duce* akarata és a régi rómaiak emlékét felidéző *miles agricola* — seregeknek áldozatos tevékenysége nyomán.

*

A malaria hazai történetének megírása még a jövő feladatai közé tartozik. Kétségtelen pedig, hogy a régi Magyarországon — a folyók szabályozása előtt — a legelterjedtebb betegségek közé tartozott. *Weszprémi* említé, hogy *Mátyás* király katonái a váltóláz ellen ecetbe áztatott feketeborssal éltek: „*piper nigrum justa quantitate cum areto militibus in exercitu Corviniano fungandarum febrium intermittentium causa fuisse*”. A magyar orvosok és természetvizsgálók 1843-ban Temes-

vártott megtartott vándorgyűlése 58 aranyat tűzött ki orvosi pályadíjképen, tekintettel a Temesvár környékén oly gyakori váltólázra, a következő kérdésre: „Mint lehetne a posványlég fejlődését a bánsági rónákon megakadályoztatni, vagy ha ez lehetetlen volna, bír-e a gyógytudomány oly szerekekkel, melyek ezen lég befolyásának az emberi testre beható ártalmát gyöngíteni, vagy végkép megszüntetni képesek volnának?” A pályadíj odaítélésére a Budapesti Királyi Orvosegyesület kérték fel, amellyel az 1845-ben *Bittner Imre* aradmegyei főorvos: „A Bánság poszlázairól” című munkáját koszorúzta meg. A Budapesti Királyi Orvosegyesület a malariát illetően főleg 1847-ben fejtett ki elismerésre méltó tevékenységet, amikor külön bizottmányával megkezdte az 1846 évi váltólázjárványok egész országra kiterjedő tapasztalatainak feldolgozását.*)

Büszkék leszünk minden időben néhai *Jancsó Miklós* professor munkásságára, akinek a házzsongárdi temető hantja helyett 1930-ban szegedi rög hullott a koporsójára, ahol — mint azt a Fogadalmi Templomteregyszerű emléktáblája hirdeti — „menedéket talált az elűzött Egyetem” „Tanulmány a váltóláz parasitáiról” című hatalmas művét a Budapesti Királyi Orvosegyesület a *Mészáros Károly* jutalomdíjjal tüntette ki és a Nobel-díjas *Ronald Ross* is a legnagyobb elismerés hangján emlékezik meg *Jancsó* idevonatkozó kísérleteiről („*the admirable experiments of Jancsó*”).

Mint érdekességet említjük, hogy *Bíró Lajost* — aki a Néprajzi Múzeum általánosan irigyelt újguineai gyűjteményét fáradságos munkával összegyűjtötte — súlyos malariájában *Robert Koch* kezelte, aki emlékezetes malaria-expedícióján 1899 karácsonyán *Stephansort*-ban, *Bíró* akkori tartózkodási helyén is kikötött. A *Kochra* vonatkozó részletek miatt *Bíró* két levele (*Chyzer Kornél*hez 1900 jan. 4-éről és *Kertész Kálmán*hoz 1900 márc. 1-éről kelteve) orvostörténeti érdekességgel is bír.

*Bíró*nak újguineai kutatásaiban elődjét *Fenichel Sámuel*t fiatalon pusztította el a malaria. Minden valószínűség szerint malariában halt meg jóval előbb — idézzük *gróf Széchenyi István* szavait — „egy szegény árva magyar, pénz és taps nélkül, de elszánt, kitartó hazafiságtól lelkesítve”, aki „bölcsőjét kereste a magyarnak és végre összeroskadt fájdalmai alatt”: *Körösi Csoma Sándor* is. (A háromszéki bércek alól elszakadt székely-magyar emléke él mindnyájunk lelkében, de jegyezzük fel — mint kevésbé ismeretes körülményt, hogy a tibeti orvostudományra vonatkozó kutatás ma is *Körösi Csoma* közleményein alapul, amelyek a *Journ of the Asiatic Society of Bengal* hasábjain (1833—1840, II—IX. kötet) megjelentek.)

Korbuly György dr.

*) *Korbuly György*: A Budapesti Királyi Orvosegyesület története, 1837—1937. Budapest, 1938. 132—133. o. és 138. o.

Bitestin, biológiailag standardizált herehormon készítmény, amely *testosteronon* (a tulajdonképeni herehormon) kívül egyéb, a testisben előforduló, a *testosteron* terápiás hatását lényegesen fokozódó anyagokat (ú. n. X-anyagokat) is tartalmazza. *Bitestin* egyaránt indicált a him nemi szervek csökkent működésén (neurasthenia sexualis, erectio-, gyengeség, klimax virile), a him nemi szervek fejletlensége (hypogenitismus, infantilismus, pubertas retardata, stb.) esetén, valamint a sexualis eredetű bőrbajokban (pruritus senilis, acne vulgaris stb.) és a nőgyógyászatban (klimaxos, castratiós kiesési tünetek, mastopathia). Lényeges subjectiv javulás várható prostata hypertrophiában is. — Adagja naponként, vagy másodnaponként 1 ampulla intramuscularisan. 6 ampullát (á 1 ccm) tartalmazó dobozokban kerül forgalomba.

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift. 32. sz. Fuhs H.: A nemi betegségek gyógyulásának megállapítása. — Lachrit V.: Myeloblastosisok. — Orthner F.: Mi a tulajdonképeni lényege, a szervezet fokozatos, végül is halálhoz vezető elhasználódásának.

Medizinische Klinik. 32. sz. Hoede K.: Kosmetika az orvos rendelőrájában. — Gillert E.: Chemiai harcieszkozok toxikologiai távolhatása. — Peters K.: Az accidentalis seb kezelése. — Scharfr I.: Nyers tej adagolásának veszélye a csecsemőkorban. — Grave G.: Uliron okozta fénytűlérzékenység. — Lampadius H.: „Ischrheumen” az orthopaediában. — Decastello: A leukaemiakutatás új eredményei. — Kruger E.: Agranulocytosis; vonatkozásai a fertőző betegségekhez és operatív beavatkozásokhoz.

La Presse Médicale. 63. sz. Chalier A.: A méhfüggelék állapota fibromyoma uteri esetén és ennek sebészi következményei. — Ravina A.: Femes pectinek gyógyhatása.

The Lancet. aug. 12. J. A. Ryle: Visuralis neurosisok. H. Foy, A. Kondi: A táplálkozási makrocytaer anaemia befolyásolása anahaeminnel. — D. Blair, K. C. Bailey, J. S. Mc. Gregor: Az epilepsia kezelése epanutinnel. — I. P. Steel, E. S. Smith: Epanutin epilepsiában. — W. A. Joung: Idiosyncrasia acroflavinnal szemben. — F. Forty: Árpaszem okozta acut pankreatitis.

The Journal of the American Medical Association. júl. 29. W. P. Herbst: Vesetuberculosis, mint közproblema. — J. S. La Due: Ulcus pepticum okozta erős vérzés kezelése. — C. C. Burlingame: Súlyos tények a pszichiatriát illetőleg. — H. P. Smith, S. E. Ziffren, stb.: Klinikai és experimentális tanulmányok a K-vitaminról. — H. F. Butt, A. M. Snell, A. E. Osterberg: Sárgaságos betegek prae- és postoperatív kezelése K-vitaminnal. — G. A. Denison, J. D. Dowling: Rabus Birminghamban. — O. J. Pollak, C. A. Joël: Spermiumvizsgálat a kutatás jelenlegi állapotának megfelelően. — R. F. Carter, R. Hotz: Reflex biliaris dyskinesia, appendektomiával gyógyítva. — S. C. Runnels: Szülészeti beszámoló.

VEGYES HIREK

Szabadságon vannak: Budapestiek: Benedek László dr. júl. 4-től szept. 8-ig; Lénárt Zoltán dr. júl. 12-től aug. 20-ig; Rejtő Sándor dr. júl. 17-től aug. 20-ig. — Szegediek: Baló József dr. aug. 22-től szept. 26-ig; Ditrői Gábor dr. júl. 10-től aug. 20-ig; Gellért Albert dr. júl. 15-től aug. 25-ig; Szent-Györgyi Albert dr. hosszabb külföldi tanulmányútról augusztus végén tér vissza.

Személyi hírek: Teschler László dr. egyetemi magántanárt, a miskolci Erzsébet közkórház belgyógyász főorvosává; Kún Lajos dr. egyetemi magántanárt az ungvári közegészségügyi intézet igazgatójává nevezte ki a belügyminiszter. — Mészáros Károly dr. belgyógyász főorvos régi magyar nemességét és a „Bugár-Mészáros” családnev használatának jogát igazolta a belügyminiszter.

Közegészségügyi viszonyok a környező államokban címmel tanulmány jelent meg az Orvosi Hírlap legutóbbi számában. A közlemény pontos statisztikai adataival jól megvilágítja, hogy Magyarország közegészségügye messze felülmúlja a környező államokét. 100.000 lakosra Jugoszláviában 41 orvos jut, Szlovákiában 51, Csehországban 81, Ausztriában 121, Hazánkban 112. Ugy szintén a kórházi ágyak száma 100.000 lakosra Jugoszláviában 187, Szlovákiában 262, Csehországban 387, Ausztriában 583, Magyarországon 531. Hazánkban 100.000 lakosra 18 gyógyszerár jut, míg Ausztriában csak 11, Csehországban, Szlovákiában 10, Jugoszláviában pedig 9.

Amerikában követelik az idegen orvosok bevándorlásának megakadályozását, mivel a bevándorló orvosok lerontják az amerikai orvosok életviszonyait, mert már 1 dollárért házhoz mennek, ötven centért pedig rendelőjükben fogadnak beteget. Követelik, hogy az államok kövessék Kalifornia és Ohio példáját, ahol a napokban lépett életbe az orvosbevándorlást és letelepedést megakadályozó törvény. Kaliforniában orvos egyáltalán nem telepedhet le, Ohióban pedig olyan feltételhez kötik az idegen orvos letelepedését, amely színté kizárja, hogy ebben az államban idegen orvos hosszú időn át gyakorlatot folytathasson.

«Heveny enterocolitis és gastroenteritis esetén az

Entero-Vioform

a kívánt eredménnyel hatott. A hasmenés és a hasi panaszok 1-2 nap alatt megszüntek; a normális állapot 3-5-nap múltán rendszerint helyreállt.»

H. Kapp, Egy. Belklinika, Basel (Klin. Wochenschr. 1937, 50)

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Minta és irodalom: Jakitsch János, Budapest, V. Rudolf-trónörökös tér 5



ALBRO MAN -CHINOIN

Sedativum

10 és 20 tablettás phio'ák

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készül

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 220

Kaliforniában diabetikus otthonot létesítettek gyermekek részére. Az otthonban 30 gyermek helyezhető el. A 7—16 éves gyermekeket 2—2 hétre veszik fel és étkezéssükről a „Diabetic Society of America” gondoskodik.

München város egészségügyi hivatalát ez év márciusában nyitották meg. Az eddig szétszórta egészségügyi hivatalokat egy épületben összpontosították. A legújabb tapasztalatok szerint berendezett, röntgennel és laboratóriumokkal felszerelt hivatal egyik szobájában van az anyatejgyűjtőhely, ahol havonta 7 hektolitert tejet osztanak szét. Egy másik osztályban található a 200.000 kartonból álló örökéleti és nyilvántartó lapok. A hivatalban 34 szakorvos, 39 tanácsadó és 248 tagból álló személyzet működik.

Julius és augusztus hónapokban kiadóhivatalunk szombaton és hétfőn nem tart hivatalos órát.

Lapunk mai számához a Chinoín gyógyszervegyészeti gyár Rt., Ujpest, Nohaesa-ról szóló ismertetését csatoltuk.

A Ronin (sulfapyridin) gonococcid és pneumococcid hatásáról már a közlemények légiója jelent meg. Egyéb cocco-gen megbetegedésről is szaporodnak a kedvező megfigyelések. Az alantiakban olyan esetről van szó, amit az eddigi irodalomban még nem írtak le. Egy igen heves elülső húgycsőfőlyást kezeltek, ahol a kórokozó a micrococcus ureus volt. (A diagnózist a közegészségügyi intézet bakteriológiai vizsgálatai állapították meg). (cultura.) A néhány napon keresztül alkalmazott Ronin adagolás itt is teljes gyógyulást eredményezett. Helyi kezelés csupán 1:4000-es hígítású KMnO₄ öblítésekben állott. Megemlíthető még, hogy a Roninnak tejben való adagolása esetén azt a betegek jobban tűrik.

„Neptun Ear Protector”



antisepticum, a fülbe helyezve tökéletesen zárja a fül me-
 neteit, megakadályozza a víz beáramlását, a súlyos és
 veszélyes fülbajokat megelőzi — abszolút zár

Megakadályozza a külső zaj behatolását, lehetővé teszi
 nyáron a nyitott ablak melletti nyugodt alvást.

Kapható patikákban és drogériákban
 Főlerakat: BALOGH DROGÉRIA Budapest
 Margit-körút 1. Kivánatra mintát küld

SZENT LUKÁCS

GYÓGYFÜRDŐ

ÉS

GYÓGYSZÁLLÓ

Társas rheuma-osztály
 Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Kénes források 64 C

Természetes iszaptó

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

DRONALBAN LIQUV. A PERORALIS ANTIFURUNKULOTIKUM. DIACHEMIA BUDAPEST

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.

Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay-u, 21.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY!

A Szabolcs vármegyei „Erzsébet” közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy (1) alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvos kezdő javadalmazása a XI. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá a kórházban egy szobából álló lakás és I. osztályú ételmezés, melyért az önkölt-ségi ár 50%-a megtérítendő.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket 1939. évi szeptember hó 3-ig déli 12 óráig Szabolcs vármegye Főispánjához címezve iktatóhivatalomban (Vármegyeháza, em. 4. szoba) kell beadni.

Elkésve érkezett, vagy a jelen hirdetményben foglalt feltételeknek meg nem felelően felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszek.

Műtősebészeti képesítéssel bíró orvosdoktorok előnyben részesülnek.

A kérvényhez csatolni kell:

1. Születési anyakönyvi kivonat. 2. Hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítvány. 3. Magyar honosságot igazoló okiratot. 4. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet. 5. Egyetemi leckekönyvet és kórházi szolgálati könyvet. 6. Elettírást (Curriculum vitae). 7. Közszolgálatra alkalmas szellemi és testi egészséget igazoló újkéltűi orvosi bizonyítványt.

Nyiregyháza, 1939. évi augusztus hó 3.

Dr. Borbély Sándor t. k.
alispán.

Frontátvonulások és kísérő jelenségeik augusztus 3—14. között. E héten a betörési frontok száma elég nagy volt, de erős fejlettségű betörési front csak a hét legelső és utolsóelőtti napján érkezett. Aug. 11-én egy gyenge felsiklási front is átvonult. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapestben			A front fajtája	Fejlettsége	Kísérő eseményei
hó	nap	óra			
AUGUSZTUS	8	11	Betörési	Gyenge	Cumulus-congestus felhők. nagy légatlász.
	8	22	..	Erős	Rövid ziv. 7 m/m. hirtelen szél 15 m/mp.
	9	1	..	Mérsék.	Kis zápor, szélénkülés 7 m/mp.
	9	5	..	Gyenge	Kis szelnyugtalanság, légnyomásugrás.
	9	8	..	Mérsék.	Kevés eső. postfr. szél. egész nap 16 m/mp.
	9	20	..	..	Új szelrohamok 13 m/mp.-ig.
	10	5	..	..	Új szelrohamok 13 m/mp.-ig.
	10	12	..	..	Cumulus-congestus felhők átvonulása.
	11	6	Felsikl. Betörési	Gyenge	Néhány csepp praefrontalis eső.
	11	14	..	..	Kevés eső.
	11	18	..	..	Szélcsend után szelrohamok 6 m/mp.-ig.
	12	7	..	..	Szelnyugtalanság, napközben felhőtornyok.
	13	6	..	..	Szelnyugtalanság és felhőátvonulás.
	13	8	..	Erős	Zivatar 2 mm.
13	13	..	Gyenge	Kis szélénkülés.	
13	18	..	..	Szélcsend után hirtelen szélők. 6 m/mp.	
14	4	..	Mérsék.	Szélroh. 9 m/mp. 1 mm. eső légnyomásugr.	
14	23	..	Gyenge	Néhány csepp eső.	

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorologiai Intézet önrő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

Szabadon rendelhető

Tabl. INFLUEN „Cito“

Megbízható, gyorsan ható Analgeticum, Antipyreticum, Antirheumaticum, Antineuralgicum Menstruációs görcsök elleni promt hat. — scat. orig. 90 f

CITO gyógyszerüzemeltető gyár Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. Telefon 296—673.

MÁV., BBI. M
kir. posta BBI.,
M. kir. Postata-
karékpénztár BBI
Szföv Közkórhá-
zak, Magyar Ha-
jósági BBI., Ca-
ritas, Keresked.
segélyegylet sib
terhére.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

CAPHOSEIN

Krompecher Budapest, V. Nádor-u. 15.



1 tableta tartalmaz ;
0.28 g. Acid. acet. sal.,
0.013 g. Chin. citr.
0.04 g. Li. citr.

**Kipróbált szer,
ártalmatlan
a gyomorra és
a szívre.**

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

Dr. Filo János
„Szent Keresztély” gyógyszerháza
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

1635/kórh. 1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY

Baja város közkórházában üresedésben levő, 80.— P. fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. osztályú ételmezésből álló javadalmazással járó orvostgyakor-noki állásra, 1939. évi augusztus hó 25-iki lejáratával pályá-
zatot hirdetek.

Az állás kinevezés esetén lehetőleg azonnal elfoglandó. Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybéllyel fel-
blyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja város méltóságos főispán urához, dr. Nagykászonyi Kászonyi Richárdhoz címetten, Baja város közkórházába adandók be.

Baja, 1939. augusztus hó 5.

Dr. Bernhart Sándor s. k.
polgármester.

SOLTHIO AKTIV KÉNOLDAT:

indikációja a percutan kéntherápia egész területe.

Tiszta kezelés! — Mély hatás!

**Főraktár: DR. BAYER ANTAL gyógyszerháza
Budapest, VI. kerület, Andrássy-út 84.**

a tej fehérjeit (casein, lactalbumin, lactoglobulin) tartalma-
zó dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítmény.

a dyspepsiák kiváló gyógyszere

Rendelhető: az összes betegségbiztosító intézetek terhére.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatnak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON,

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:

László Géza: A gyomorfekély, patkóbélfekély és idült gyomorhurut parenteralis bismuth kezelése. (825—827. o.)
Móritz Dénes: Gümőkórral kapcsolatos allergiás jelenségek a gyermekkorban. (827—829. oldal.)
Szombati Sándor: A csecsemő- és a zsenge gyermekkor sérvei. (829—832. oldal.)
Bíró Imre: Adatok a glaukoma öröklődéséhez. (832—834. o.)
Pastinszky István: Tapasztalatok a Chediak-féle mikroreactióval. (834—836. oldal.)

Szodoray Lajos: Fehérfolt betegséggel társult krauros's vulvae esete. (836—838. oldal.)
Kassay Dezső: Szemüregi cysta tanulságos esete. (833—839. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (137—140. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés. (839—842. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (843—845. oldal.)
Korbuly György: Heti krónika. (845—846. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. (846—848. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. Belklinikájának közleménye. (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

A gyomoríékély, patkóbélfekély és idült gyomorhurut parenteralis bismuthkezelése.

Irta: László Géza dr.

A gyomor- és patkóbélfekély orvoslásával elért eredményeket nehéz megítélni. Az ulcus ugyanis éveig tartó, és tüneteiben időszakosan jelentkező betegség. Keletkezésében az alkati adottságok a külvilág behatásaival összegeződve érvényesülnek, de nagyon nehéz annak a megítélése, hogy egy bizonyos esetben mennyiben szerepelnek belső vagy a külső tényezők. Ugyilátzik, az alkati tényezők aránylag jelentősebbek az ulcus ventriculi aethiologiájában, mint az ulcus duodeni keletkezésében: erre mutat a gyomoríékélynek spontán és belorvosi kezelésre való rosszabb gyógyhajlama is; az ulcus duodeni könnyebben befolyásolható.

Gyógyító kísérleteink főképpen idült íékélyekre vonatkoznak. Heveny esetekben nem kezeltünk. A heveny íékély kérdése különben sincsen tisztázva abban a vonatkozásban, vajjon belőle keletkezik-e a chronikus íékély-betegség. Több szerző (*Brugsch, Bergmann*) adatai szerint a heveny ulcus pepticum az esetek 50%-ában 4—6 hét alatt magától meggyógyul, másik 50%-a pedig chronikussá válik. Az idült íékély tüneteinek időszakosan, legtöbbször évszakosan ingadozva jelentkeznek: közismerten az ősz és tavasz a íékélyerek két kritikus időszaka. A „recidivákat”, vagyis a jellemző kóros tünetekkel járó szakaszokat tünettelen időközök váltják fel és ezért fontos, hogy az önkéntes javulások korszakait ne tévesszük össze a kezelés kedvező eredményével. Éppen ez az ingadozásra való hajlam teszi az eredmények megítélését igen nehézé, sokszor majdnem lehetetlenné.

A kezelés eredményének megítélésében különbséget kell tennünk aszerint is, vajjon magát a íékély-betegséget gyógyítottuk-e meg véglegesen, avagy csak hosszabb-rövidebb tünetmentességet értünk el. Az előbbinek szempontjából a statisztika adatai szerint

az eredmények rosszak, mert a belgyógyászati kezelés a betegség egész lefolyásán általában alig változtat és gyógyulást ritkán hoz (*Kalk*). Pedig az ulcus gyógyításának a célja az, hogy ne csak a pillanatnyi tüneteket szüntesse meg, hanem a kiújulást is egyszer s mindenkorra megakadályozza. Sajnos, ezt ma semmiféle módon sem tudjuk biztosan elérni. A íékély végleges gyógyulása csak több évi — általában 5—6 évi — recidivamentesség után mondható ki (*Kalk, Katsch, Hetényi, Stepp*, stb.). Kétségtelen, hogy ilyen eredmény olykor belorvosi kezelés után is mutatkozik, de vele biztos oki összefüggésbe nem hozható, mert teljes gyógyulásokat éppúgy észleltek kezeletlen betegekben is.

Az egyes rosszabbodási időszakok, tehát a íékély klinikai megnyilvánulásának kezelése, esetleg megelőzése már hálásabb feladat. A kezelés itt a panaszok enyhítését, a tünetes időszak megrövidítését és a súlyosabb tünetek megakadályozását célozza. Az életmódi, étrendi, alkalizáló kezelés, ezeknek kombinálása, a vegetatív idegrendszer befolyásoló szerek (atropin és pótszerei) használatának értéke ma már nem vitatható. A fektetés, az étrend szabályozása, lúgosítás, stb. a beteg szerv pihentetését szolgálja, a vegetatív szerekkel pedig a vegetatív idegrendszer működését igyekszünk a természetes határok közé visszaterelni. Az így elért eredmények további javítása gyakran sikerül heteroproteinnel (*Weiss és Áron*), továbbá az újabb kezdeményezett folliculin-injectiókkal is (*Csépay*). Mindegyikükkel értek el sikereket, de eredménytelen-ségről is gyakran olvashattunk (*Braun, Königsberg*). A megítélést itt is egyrészt a tünetek spontán szakaszos ingadozása zavarja, de szerepelhet az injectiók kezelés suggestív hatása is, amely mint tudjuk, a vegetatív stigmatizáltknál igen fontos gyógytényező (*Sandweiss, Martin*). Mégis azt kell mondanunk, hogy ezek és minden olyan eljárás érték, amely ha nem is specifikus gyógyszere a íékélynek, de az eddigi eredményeket javítja.

Az eddig ismert orvosló módok tehát a íékély-betegség időszakos megnyilvánulásának gyógyszerei is így elsősorban arra alkalmasak, hogy az úgynevezett

recidivák idejét megrövidítsék, visszatértüket késleltessék, szerencsés esetben hosszabb-rövidebb időre a beteget ilyen recidiváktól mentesítsék. Az egész betegség lefolyására gyakorolt hatásuk lehetséges ugyan, de alig bizonyítható, bár úgy látszik, hogy végleges gyógyulás is előfordul. Lehetséges, hogy a most ismertetett bismuth-therapia hasonlóan csak tüneti orvoslás, csak recidivamentességet hoz egy időre, ám az is lehetséges, hogy sok esetben végleges gyógyulást eredményez. Az utóbbi lehetőség igazolására a megfigyelési idő még túlnőtt rövid.

Az oldhatatlan bismuth-sóknak *Kussmaul* és *Fleiner* kezdeményezett, bevonó szerül belső alkalmazása rég ismert. Hatása azon alapul, hogy a nyálkahártyát bevonja, mechanikai és vegyi ártalmaktól védi és adstringens hatása is van.

Egészen újkeletű a bismuthnak az *ulcus* gyógyítására injectiókban alkalmazása, melyet klinikánkon *Stein János dr.* kezdeményezett.

Stein dr. — mint azt velünk szóbelileg közölte — évekkal ezelőtt egy lueses beteget kezelte, akinek gyomorfekélye is volt. A sorozatos bismuth-oltások folyamán meglepetésére az évek óta fennálló fekélybetegség tünetei megszűntek, a beteg teljesen gyógyultnak látszott, sőt táplálkozási excessusokat is következmények nélkül eltűrt. Ezután más gyomor- és patkóbél-fekélyes betegeken is kipróbálta a bismuth hatását és többször jónak találta. Betegei nagyrésze nem esett át tüzetes gyomorzvizsgálaton s így *Stein dr.* adatai nem objectiv értékűek. A javulás megítélése céljából betegeit a kezelés (10—15 bismuth-injectio) befejeztével pörköltből, főtt tésztábol és fél liter borból álló étkezéssel megterhelte: állítása szerint ez a kezelésen átesettek javarészeinek semmiféle panaszt nem okozott. Nyilvánvaló, hogy ilyen próba eredménye komolyan nem értékelhető és tudományos kritikát nem bírhat el.

A kezelésmód érdemesnek látszott klinikai kipróbálásra. 1937. júliustól 1938. szeptemberig a parenterális bismuth-kezelést 65 betegen alkalmaztuk. Részben a *Stein dr.* előírása szerint készült jód-chinin-bismuth-camphor compositumot, de sok esetben parabismosalvant, neobismosalvant, medobist és bismuthum subsalicilicum olajos emulsióját is használtuk. Lényeges különbséget az egyes bismuth-készítmények között nem láttunk, bár a hatás gyorsaságában az eredeti szer látszott legjobbnak, talán nagy bismuth-tartalmánál fogva.

A kezelést olyan módon végeztük, hogy kezdetben másod-harmadnaponként 2 ccm. J.-Ch.-Bi.-Ca.-compositumot fecskendeztünk izomba (vagy ennek megfelelő mennyiségű más bismuth-készítményt). A javulás beálltával az adagokat ritkítottuk, akár 5 napban 1-re, aszerint, hogy a beteg mennyire javult. Összesen 10-15 ojtást adtunk. Gondos szájjapolásról gondoskodtunk. 2 esetben észleltünk rövid ideig tartó stomatitist, 5 esetben átmenetileg a vizeletben kevés albumin jelent meg tüneteket nem tapasztaltunk.

A 65 beteg közül 42 mint osztályos fekvőbeteg, 23 ambuláns részesült kezelésben. Az eredmények feltüntetésekor a két csoportot nem választjuk külön, mert lényeges eltérést nem mutattak. Igaz, hogy ambuláns kezelésre az enyhébb klinikai tüneteket mutató esetek kerültek.

A fekvő betegek kezdetben valmennyien enyhe *ulcusos* diatában is részesültek, szigorú *ulcusos* étrendet (*Leube*, stb.) egy beteg sem kapott. Általában fűszerszűkes, vagdalt húst is tartalmazó pépes vegyes étrendet kaptak. Az étrendet a tünetek javulásának megfelelően a szokottnál gyorsabb tempóban változtattuk. A járóbetegeknek könnyű, fűszerszegény vegyes

étrendet írtunk elő, de semmi bizonyítékunk arra vonatkozólag nincs, vajjon azt betartották-e? Gyógyszereket a bismuthon kívül csak alkalmasszerűleg, ideiglenesen alkalmaztunk: görcsoldókat, alkáliákat, stb. kúra-szerűleg, más gyógyszert rendszeresen a betegek nem kaptak. Később több beteget rendes, vegyes étrenden tartottunk, vagyis csak injectiós kezelésben részesítettünk. Ez utóbbiak éppen olyan jól javultak, mint azok, akiket étrendes megszorítások alá fogtunk.

A javulás megítélésében támpontul elsősorban a röntgenlelet, próbareggeli és Weber-vizsgálat adataira, másrészt a panaszok enyhülésére támaszkodtunk. Megkülönböztetjük azokat, akik az objectiv vizsgálati módszerekkel kimutathatóan gyógyultak, azoktól, akiknél a panaszok teljes vagy tetemes javulása mellett az objectiv lelet változatlan maradt, vagy csak lényegtelenül módosult.

A subjectiv tünetek javulása átlag a harmadik injectiótól kezdve, de legtöbbször egy héten belül következett be, a fájdalom, nyomásérzékenység, savanyú felbőfögés, stb. csökkent. A Weber-próba a 6.—8. napon vált negatívvá. (3 *ulcusos* betegünk makroszkopos vérzéssel került a klinikára. Ezek a vérzés szakában a szokásos egyéb szereket is kapták és így a bismuth-hatás szempontjából nem értékelhetők.) A diatákat a javuló esetekben gyorsan erősítettük és legtöbbször 2—3 hét alatt eljutottunk a fűszerszegény vegyes étrendnek megfelelő táplálásig.

A röntgen és próbareggeli ellenőrző vizsgálatot 10—15 bismuth után, tehát a kezelés kezdetétől számított 5—8-ik héten végeztük. Azokon, akik a kezelésen már több mint fél éve túlestek, a vizsgálatokat ez idő telletével harmadszor is megismételtük.

A kórisme szerint betegeink megoszlása a következő volt: *ulcus duodeni* 37, *ulcus ventriculi* 15, *gastritis chronica* 13. (Ez utóbbiak legnagyobb részét [8] a gyomorbeteg azon csoportjából valók, akiknek chronikusan visszatérő tünetei nagyon hasonlóak az *ulcusos* betegek tüneteihez: a diagnosis különbözőségének oka csak az *ulcusra* negatív röntgenlelet volt.)

37 *ulcus duodeni* közül objective javult 19 (51%), csak subjective javult 13 (39%). Összesen javult tehát 32 (87%). A kezelés eredménytelen maradt ötnél.

A 37 közül 5 olyan betegünk volt, akiknek panaszai 1 évnél rövidebb időre nyúltak vissza, tehát aránylag a betegség korai szakában voltak. Mind az 5 objective is gyógyultnak látszik. A többiek mind több éve szenvedtek időszakos, vagy állandó *ulcusos* tünetekben. Az 5 teljesen eredménytelen eset mindegyike régi, hatalmas hegedéseket mutató *ulcus callosum* volt, 1 esetben *pylorus stenosis*sal, amely műtétet tett szükségessé.

15 gyomorfekély közül objective gyógyultnak látszik 6 (40%), ezek közül 3 egy évesnél frissebb; csak subjective javult 5 (33%). A javultak száma összesen 11 (70%). Eredménytelen volt a kezelés 4 esetben (mind *ulcus callosum penetrans*).

Ha most a gyomor- és patkóbél-fekélyes betegeinket 1—1 vizsgálati adat változása szerint csoportosítjuk, akkor a következő adatokhoz jutunk:

Röntgen szerint:

I. első vizsgálat *direct ulcus* jeleket mutatott 26 esetben. Ezek közül a kezelés végére Röntgen szerint gyógyult 13, változatlan maradt 13 (de klinikailag javult ezek közül is 7);

II. első vizsgálat *indirect ulcus* jeleket mutatott 26 esetben. Ezek közül kezelés végével Röntgen szerint gyógyult 14, változatlan maradt 12 (klinikailag mind javult).

Próbareggeli szerint:

Első vizsgálatban hyperacid volt 40. Kezelés után rendes értékre tért vissza 18. Kezelés után a rendes értéket nem érte el, de az első vizsgálathoz képest csökkent 14. Változatlan maradt vagy fokozódott a savérték 8 esetben.

Végül 13 idült gastritis közül objective javult 12 (92%), nem javult egy. 13 közül hyperacid volt 8. A savértékek a kezelés folyamán mindannyiukban csökkentek, panaszai javultak. Röntgen szerint az esetekben a nyálkahártyarajzolat rendessé vált, vagy ahhoz közeledett. 5 savszűkés gastritis közül 4 Röntgen szerint és subjective javult, próbareggeli értékeik változatlanok maradtak. Egy esetben a kezelés teljesen eredménytelen volt.

A bismuth hatásmódjáról biztosat nem tudunk. Hatásmódja még a syphilis-therapiájában sem egészen tisztázott. Azt gondolhatnók, hogy a bismuth a beteg vagy fekélyes nyálkahártyán hat, hiszen a gingiván is — különösen, ha az nem egészen ép, — bismuthszegélyt okozva kiválasztódik. Hasonló folyamatra gondolunk a beteg gyomor nyálkahártyán is. Az a körülmény, hogy a bismuth kezelés gastritis betegeinknek is nagyon jól használt, szintén a nyálkahártyára, mint támadási pontra tereli figyelmünket. Nem tagadható azonban, hogy a hatásban „protoplasma serkentés” is szerepelhet. A kérdés tisztázása csak alapos kísérleti munkától várható. Ilyen vizsgálatok klinikánkon folyamatban vannak.

Tisztában vagyunk azzal, hogy az általunk közölt klinikai megfigyelések csak a figyelem felkeltésére, de nem végleges állásfoglalásra alkalmasak. Az ulcus és gastritis parenteralis bismuth kezelésének igazi értékét csak nagy anyagon gyűjtött tapasztalatok fogják megállapíthatni. Véleményünk ma az, hogy a Stein János által ajánlott parenteralis bismuthkezelés értékes eszköze a chronicus ulcus therapiának, de igen hatásosnak látszik chronicus gastritis ellen is.

Összefoglalás: Összesen 65 beteget (37 ulcus duodeni, 15 ulcus ventriculi és 13 chronicus gastritis) oltottunk bismuth tartalmú készítményekkel. 55 javult (84%), 10 pedig nem (16%).

Eredményeink alapján a parenteralis bismuth kezelés az ulcus és gastritis therapiájában igen értékes eszköznek bizonyult. A hatás legtöbb esetben igen gyorsan kifejlődik és gyakran olyan betegen is teljes és kielégítő, aki éveken át más gyógyszerek és gyógy módok használatától eredményt nem látott. Véleményünk szerint az ulcus duodeni és ventriculinak, ma egyik legjobb gyógyszere, ami további kísérletezésre érdemes.

Csecsemők hasmenéses hajlamaiban tejhígítások készítésére kiválóan alkalmas szénhidrát-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely szárított riznyágot és csecsemőtápcukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően hígított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyágot és 5% tápcukrot tartalmazó standard tejhígítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*-nak könnyű eikészíthetőségén kívül előnye még, hogy colloid szénhidrátjai colloidalisan jól oldódó állapotban vannak, ennél fogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyújt. Kifejezetten antidiarreas tápszer. Ezen tulajdonságai folytán dyspepsiára való hajlamnál és parenteralis infectióknál praeventive adjuk. Kiválóan bevált csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásnál kiegészítő táplálék gyanánt, már az újszülött korban is.

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

Gümőkórral kapcsolatos allergiás jelenségek a gyermekkorban.

(Magántanári próbaelőadás.)

Irta: Mórítz Dénes dr.

A gyermekkori gümőkór pathomorphológiájában, a klinikai kép kialakulásában, valamint a betegség egész lefolyásában igen nagy szerepet játszik az *allergia*. Allergián a normergiával szemben általánosságban a szervezetnek valamilyen ok következtében megváltozott érzékenységét és reagáló képességét értjük; a tuberculosisra vonatkoztatva pedig azt jelenti, hogy a Koch-bacillussal történt fertőzés után bizonyos idő — rendszeren néhány hét — múlva megváltozik a szervezet reactió módja a gümő bacillus termékeivel szemben, allergiássá válik és az is marad az egész életen át. Az allergia fokozódása a hyperergia és tulajdonképpen a hyperergias reactiókat nevezzük kevésbé szabatosan allergiás jelenségeknek.

Ha az allergiássá vált szervezet szövetei a Koch-bacillus termékeivel érintkezésbe kerülnek, sajátos gyulladással, ú. n. „allergiás” lobbal reagálnak. Az allergiás lób alapját tevő anatómiai folyamat — amely savcs-lymphocytás beszűrődésből áll — egységes minden allergiás reactióban, a kórkép sokoldalúsága elsősorban a localisatiótól függ. Különlegesen a gümőkórral kapcsolatban ezen azt értjük, hogy az allergiás lób anatómiai alapját nem tuberculoid szövet teszi. A folyamat, amely toxicus hatás következménye, létrejöhet nem tuberculotikus eredetű gyulladások körül is, mint pl. furunculosisnál collateralis vizenyő alakjában vagy mint pleuritis serosa subphrenicus tályog esetén, kisebb mértékben megtalálható nem gümős tüdőfolyamatok körül is. Igen fontos biológiai sajátossága az allergiás lóbnak, hogy a toxinhatás megszűnte után teljes anatómiai restitúcióval gyógyul; a biológiai helyreállítás azonban nem tökéletes; azok a szövetek, amelyek allergiás gyulladáson estek át, fokozott helyi hajlammal bírnak a tuberculotoxin iránt lezajlott tuberculin-reactio, conjunctivitis phlyctaenosa, perifocalis lób könnyen fellángolhat külső (pl. tuberculin-próba) vagy belső (pl. superinfectio) tuberculinisatio kapcsán.

Allergiás reactio jelentkezéséhez bizonyos hajlamoság, ú. n. „allergiás készség” szükséges. Ez a dispositio részben belső, részben külső tényezőkből tevődik össze, de az elhatárolás a 2 tényező között sokszor nagyon nehéz. A belső faktor az alkattal függ össze, de nem fajlagos, hanem általában a hyperergias reactio-képességre vonatkozik. E mellett szólnak azon megfigyelések, hogy egy család több tagján mutatkozik allergiás-reactio, illetőleg ugyanazzen gyermekeken különböző megnyilvánulású allergiás visszahatás jelentkezik (pl. erythema nodosum, pleuritis). A constitutio jelentőségére vet világot az a megfigyelés is, hogy egyneműlyik allergiás reactio, mint pl. az erythema nodosum, pleuritis gyakrabban fordul elő egyes országokban (Skandináviában, Angliában), mint máshol. A külső dispositios tényező szerepe szintén fontos; a szervezetnek pillanatnyi, főképp vegetatív állapota elősegítheti az allergiás reactio felléptét. A vegetatív állapotot sok minden befolyásolhatja, így a táplálkozás, hormonok, klimatikus-kosmikus tényezők stb. Így pl. a tuberculin-allergia tengerimalacon télen nagyobb, mint nyáron. (Engel). A Pirquet-reactio decembertől júliusig foko-

zott, augusztustól szeptemberig csökkent. A D-vitamin adagolása csökkenti a tuberculin-reactio erősségét, ami érthető, ha a D-vitaminnak a Ca-anyagcserére, illetve a Ca-nak az ingerlékenységet csökkentő hatására gondolunk. Erythema nodosum leggyakrabban tavasszal fordul elő.

Az allergiás reactiókat a gümőkórnak primaer, de főleg a secundaer szakában látjuk megjelenni, ezért leggyakoribbak a gyermekkorban. A gyermekkori gümőkór klinikai képét egyenesen jellemzik az allergiás reakciók, amelyek akárhányszor uralkodnak a klinikai képen.

A gümőkórral kapcsolatos allergiás jelenségek csoportjába tartoznak: 1. a perifocalis gyulladás, 2. a pleuritis serosa, 3. erythema nodosum, 4. Tuberculotoxicus exanthema, 5. Conjunctivitis phlyctenosa.

Perifocalis gyulladás. Allergiás lob támad a szervezetben tulajdonképpen minden friss gümös góc körül; ezt nevezzük perifocalis lobnak. Megjelenhet ugyan a tuberculosisnak mindegyik szakában, de kiterjedése rendkívül változó lehet, egyrészt a gümőkór bacillusaiból felszabadult toxin mennyiségétől, másrészt a szövetek allergiákésztségének fokától függ. Míg az esetek egy részében allergiás lobzóna alig van, a gümös góc a környező szövetekkel úgyszólván közvetlenül érintkezik úgy, hogy a klinikai kórképen maga a gümös góc uralkodik, addig az esetek más részében a gümös góc az allergiás lobhoz viszonyítva jelentéktelen lehet, a klinikai kép előterében a góckörüli lob áll.

Ilyen nagyobb kiterjedésű perifocalis gyulladások főleg az első és második stadiumban szoktak megjelenni és jellemzőek a gyermekkor tuberculosisára. *Redekernek* egy összeállítására szerint a góckörüli lob gyakoriságának aránya életkor szerint a következő:

Csecsemőkorban	0
1—2 év között	3
3—5 „ „	7
6—8 „ „	7
9—11 „ „	2
12—14 „ „	0

Perifocalis lob megjelenhet már a primaer complexum körül, ezt nevezi *Redeker* elsőleges beszűrődésnek. Ebben az esetben a focust a primaer góc és a hozzátartozó nyirokcsomó teszi. Az esetek legnagyobb részében ez a beszűrődés csak mikroszkopikusan felismerhető fokot ér el, a sajtos góc körül lymphocytás gyűrűt látunk, amelyet telt capillarisu fellazult szövetek vesznek körül, amely sem klinikai, sem röntgenvizsgálattal nem mutatható ki. Máskor azonban a beszűrődés nagyobb kiterjedésű, ráterjed a nyirokmirigy szomszédságára is (periadenitis) illetve többé-kevésbé mélyen ráterjedhet a tüdő szövetére is. Ilyenkor néha már klinikai vizsgálattal is, de röntgenvizsgálattal feltétlenül kimutatható. A kórképre jellemző a hosszantartó lefolyás; az időnkint megismételt röntgenvizsgálat hosszú ideig nem mutat változást, végül azonban mégis felszívódik és akkor felismerhetővé válik a kicsiny, már elmeszesedett gócarányék. Az elsőleges beszűrődést a fertőzés után a primaer allergia kifejlődése hozza létre.

Megjelenhet perifocalis lob a második szakban is, amikor a focust gümös hilusmirigy képezi; ezeket a góckörüli lobokat nevezi *Redeker* másodlagos beszűrődésnek; azonban az elsőleges beszűrődéstől való elkülönítése nem mindig lehetséges. Ami a folyamat kiterjedését illeti, sokszor egészen kis terjedelmű, klinikai vizsgálattal kimutatható tüneteket nem okoz, esetleg csak röntgenvizsgálattal mutatható ki. Középnagy beszűrődések jellemző háromszög alakú homályt adnak. A nagy kiterjedésű beszűrődések, amelyek egész tüdőmezőre

kiterjedhetnek, jellemző klinikai tünetekkel járnak. Az általános klinikai tünetek nincsenek arányban a kiterjedt anatómiai elváltozással. Kopogtatáskor nagy kiterjedésű tompulatót találunk, felette hörgi szinezetű légzést hallunk. A röntgenkép tömött, egynemű árnyékot mutat. A kórképre jellemző a hónapokig, esetleg 1—2 évig is elhúzódó lefolyás.

A másodlagos beszűrődés keletkezésében szerepelhet mindenféle akár specifikus, akár nem specifikus inger, amely az ebben a szakban rendkívül labilis allergiájú szervezet túlérzékenységét fokozza. Így pl. túlerős tuberculin-próba kiválthat másodlagos beszűrődést. De kiválthatják nem fajlagos ingerek is, mint a túlzásba vitt napozás, túldosirozott quarsfénykezelés, stb. Gyakorlatilag azonban talán a legfontosabb a superinfectio és bizonyos heveny fertőző betegségek (morbilli, pertussis, grippe) kiváltó szerepe.

Pleuritis serosa. Eleinte csúcs eredetű betegségnek tartották, később azonban felmerült a gümös eredet gyanúja, ebben gyakran lehetett látni tüdőtuberculosis felléptét előző pleuritis után. Erős támasztékot nyert ez a feltevés azáltal, hogy a pleuralis folyadékban tengerimalac oltással Koch bacillus volt kimutatható (*Aschoff*). Kimutatták továbbá, hogy a pleuritis betegek 65%-a gümőkóros, illetőleg később azzá válik. Végül *Hamburger* hívta fel a figyelmet arra, hogy gyermekek pleuritise esetén a tuberculin-reactio majdnem mindig pozitív. Kétségtelen azonban az, hogy vannak esetek, amelyekben az ismételt megejtett tuberculin-próba is negatív, tehát a pleuritis nem minden esetben gümös.

A pleuritis így keletkezik: az incubációs idő eltelté után a pleura és valószínűleg más savós hártvány is rendszeren az allergia fellépte után 3—6 hónap múlva túlérzékenységi állapotba kerülnek. Egy subpleuralis góc, amely a pleuráig terjed, a pleura izmalmára vezethet. Ennek következménye klinikailag egy erős reactio: láz, gyors folyadékgyülem. Ezen jelenség, mint allergiás reactio fogható fel, amelyet a gümös gócban képződött toxinok hoznak létre; ennek megfelelően a mellüri folyadékban Koch-bacillust rendszeren nem is találunk; hogy azonban néha mégis kimutatható, annak valószínűleg az a magyarázata, hogy a subpleurális góc néha ráterjedhet magára a pleurára is, ott tuberculum is képződhetik és innét juthatnak be bacillusok az izadmányba.

A pleuritishez is hajlam szükséges. Ezt támogatja az a megfigyelés, hogy egy család több tagján támadhat pleuritis; nem egyszer láthatjuk azt is, hogy olyan gyermekeknek, akiknek pleuritisük van, megelőzőleg erythema nodosumjuk — ami szintén allergiás reactio — volt. Pleuritis az északi országokban erythema nodosummal együtt jóval gyakoribb, mint a déli országokban. A külső dispositio tényező szerepe szintén fontos; mellhártyagyulladás akkor támad, amikor az allergia a fertőzött szervezetben kifejlődik; pleuritis legtöbbször gyermekeken jelentkezik, csecsemőkön, felnőtteken majdnem sohasem. Annak ellenére, hogy a pleuritis pathogenesis az erythema nodosum pathogenesisével azonos, fellépésük még sem esik egy időre, a pleuritis 3—6 hónappal később szokott jelentkezni, mint az erythema nodosum. Ennek oka valószínűleg az, hogy a különböző szövetekben az allergia kifejlődése nem egyszerre éri el tetőfokát; a bőr túlérzékenysége előbb következik be, mint a pleuráé és egyéb savós hártványké.

Erythema nodosum. Az erythema nodosum gümös eredetének gondolata azon klinikai megfigyelésből ered, hogy erythema nodosumos betegeken aránylag gyakran láttak később gümőkórt kifejlődni. *Pollák* mutatott rá

először arra, hogy a Pirquet-próba az erythema nodosum betegségeken majdnem 100%-ban pozitív. Kétségtelenül vannak azonban esetek, amelyekben az ismételt elvégzett tuberculin-próba is negatív; mi 100 erythema nodosum eset közül kettőben tapasztaltunk negatív reakciót. Előfordul tehát az erythema nodosum tuberculosistól mentes gyermekeken is. Minthogy a morfológiai és bacteriológiai vizsgálat nem jár pozitív eredménnyel: a Koch bacillus kimutatása sem a beteg vérében, sem az erythemás csomókban — ritka kivételeket nem tekintve — nem sikerült, úgy szintén az erythemás csomó vizsgálata sem bizonyította annak specifikus szövet voltát, az erythema nodosum is allergiás reakciónak fogható fel, amely az esetek egy részében a Koch bacillussal való fertőzés után jelentkezik, amikor a bőr túlérzékenység állapotába jut. De felléphet a tuberculosistól későbbi, főleg második szakában is, ha a szervezet allergiás állapotában nagyfokú ingadozás jön létre akár specifikus (pl. superinfectio) akár aspecifikus (pl. heveny fertőző betegségek) inger következtében. Az erythema nodosum aetiológiai vonatkozását az allergia változással mutatják vizsgálataink is, amelyekben tuberkulin intracutan befecskendezésére erythemás csomók újrafellépését észleltük. Az erythema nodosumnak a többi allergiás jelenséggel való közös pathogenesisét mutatják azon esetek is, amikor erythema nodosum perifocalis lobbal, conjunctivitis phlyctaenosaival vagy tuberculotoxicus exanthémával egyidejűleg jelentkeznek.

Tuberculotoxicus exanthema. Az erythema nodosum mellett egyéb jellegű kiütés is támadhat gümőkórral kapcsolatban, amire főleg az utóbbi évek irodalma hívta fel a figyelmet. *Uffenheimer* mutatott rá először, hogy a tüdőben kifejlődő primaer góccal egyidejűleg exanthema jelenhetik meg a bőrön, amelyet a tuberculosis korai exanthemájának nevezett el. Hasonló exanthemát mások, így klinikánkon mi is észleltünk, még pedig a gümőkórnak nemcsak kezdeti, hanem későbbi szakában is, így pl. meningitis lefolyása alatt is. Morfológiai megjelenési alakja polymorph, nem jellegzetes, egyszer morbilliform-rubeolászzerű, máskor inkább scarlatiniform vagy roseolához hasonló. A morfológiai-klinikai kép nem pathognomikus, mert hasonló kiütés más okból is támadhat. Szöveti vizsgálataink azt mutatták, hogy az exanthema nem tuberculoid szövetből áll, hanem csak a capillaris kacsok erős kitágulásáról, hyperaemiáról van szó. Pathogenetikailag rokon a tuberculin-exanthémával, amelyhez egyébként morfológiailag is hasonló, és aetiológiai vonatkozásba hozható az erythema nodosummal is. Emellett szól az a megfigyelés, hogy a tuberculotoxicus exanthema először az erythema nodosum kedvenc helyein, az alszárak feszítő oldalán jelenik meg, másrészt pedig, hogy jellegzetes erythema nodosummal egyidejűleg jelenhetik meg. Előfordulása valószínűleg nem oly ritka, mint a gyér irodalmi adatokból következtetni lehetne; lehetséges, hogy nem egy tisztázatlan okú kiütés gümős eerdetű allergiás visszahatás.

Conjunctivitis phlyctaenosa. A conjunctivitis phlyctaenosa ugyanaz áll, mint az erythema nodosumra; nem pathognomikus tünete a gümőkórnak, mert gümőkórtól mentes gyermekeken is előfordul. Anatómiai értelemben nem specifikus folyamat; nem is sikerült a gümős eredetet sem bacilláris lelettel, sem állatoltással bizonyítani. Hogy azonban mégis szoros összefüggésben van a tuberculosissal, azt mutatja egyrészt az a körülmény, hogy a tuberculin-reactio nagyon sok esetben pozitív (*Hamburger*), másrészt a phlyctaenás szemgyulladásal egyidejűleg gümős folyamat is gyakran kimutatható (*Derby*). Mint a többi allergiás jelenségnek, a con-

conjunctivitis phlyctaenosa fellépéséhez is hajlam szükséges. Ezt mutatja az is, hogy sokszor kiújul; nem ritkán látunk phlyctaenát erythema nodosumos betegen (*Arborelius, Ernberg, Feer*). Ép úgy, mint az erythema nodosum, chronicus tüdőtuberculosisban szenvedőkön, csecsemőkön, idősebb egyéneken ritka. Megjelenése leggyakoribb az allergia változásánál, vagyis amikor a fertőzött szervezet az anteallergiás szakból az allergiásba jut, illetve az allergiás állapot egyéb változásakor, főleg heveny fertőző betegségek után. Phlyctaenás szemgyulladást láttak nagyon erős tuberculin-reactio után is, ami szintén az allergia változás aetiológiai szerepét támogatja. Hogy a conjunctivitis phlyctaenosa létrejöttében az allergiaváltozás mellett helyi ok is játszik-e szerepet, még nem egészen tisztázott. Egyes megfigyelések ennek a lehetőségét mutatják.

A fenti allergiás jelenségek klinikai jelentősége elsősorban abban áll, hogy a gümőkór aktivitására utalnak és jelzik azt, hogy a szervezet rendkívül labilis allergiájú állapotban van, aminek a kezelése és a therapiás beavatkozás megválasztása szempontjából is fontossága van.

A budapesti „Fehér Kereszt” Gyermekkórház sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: vitéz Borsos László egyet. magántanár.)

A csecsemő- és zsenge gyermekkor sérvei.

Írta: Szombati Sándor dr. rendelő-főorvos.

A sebészetnek nemcsak kórtani, hanem műtéti szempontból is egyik legkidolgozottabb fejezete a sérvekről szól. Mégis az a sebész, akinek módjában van nagyszámú sérvműtétet végezni csecsemőkön és zsenge gyermekeken, a kérdés kórismézési és műtéti megoldása szempontjait illetően figyelemreméltó adatokkal szolgálhat úgy sebészek, mint gyermekgyógyászok részére. E célból válogattuk ki kórházunk sebészeti osztályának 13 éves sérvanyagából (2500 sérvműtét közül) 562 olyan sérv-esetet, amelyet csecsemőkön és kisgyermeken (4 éves korig) észleltünk és operáltunk.

Mielőtt eseteinket részletesebben tárgyalnánk, szükségesnek látom, hogy röviden bizonyos olyan fejlődéstani tényeket érintsek, amelyek szoros kapcsolatban vannak a csecsemő és kisgyermekkorai sérvek létrejöttével. E sérveknek túlnyomó többsége — talán valamennyi — úgynevezett „veleszületett” sérv. Hogy valamely sérv veleszületett-e, klinikailag eldönteni nem tudjuk. A szülők megfigyelésére és állítására ezen a ponton csak nagy óvatossággal támaszkodhatunk. Tudjuk viszont, hogy születéskor a proc. vaginalis peritonei még igen gyakran nyitott — *Tandler, Wisberg, Sachs* szerint 70%-ban — és 40%-ban még a negyedik hónapban is. Tehát az első hetekben és hónapokban észlelt, vagy az olyan sérvek, amelyek első megjelenésük alkalmával már a herezacskóban mutatkoznak, klinikailag veleszületett sérveknek tekintendők. Biztos bonctani bizonyíték a veleszületett sérv mellett az, hogy műtét alkalmával a proc. vag. peritoneit végig nyitottnak találjuk. Viszont lehet a sérv akkor is veleszületett, ha a proc. vag. peritonei nincs is végig nyitva. Lehetséges ugyanis, hogy rajta az elzáródási folyamat megindult, de csak részlegesen történt meg; akként, hogy a here fölött, az ondózsínor közepe táján egy vagy két helyen kis területen tapadt össze. Hogy ilyen részleges összetapadásról mikor van szó, sokszor nehezen dönthető el; az bizonyos, hogy a veleszületett sérvtömlő

rendkívül finom és szakadékonny. A megállapítás lényegesen könnyebb akkor, ha az összetapadás két helyen történt meg és az összetapadások között cysta képződik (hydrocele funiculi). Kétségtelen tehát, hogy a csecsemő és zsenge gyermekkor sérveinek sérvtömlője túlnyomórészt a nyitvamaradt proc. vag. peritonei s így valamennyi indirect lágyéksérv. Vannak szerzők — *Langer, Lortholi*, — akik minden csecsemő és kisgyermekkorú sérvet ez okból veleszületett sérvnek tartanak.

A proc. vag. peritonei keletkezése — mint tudjuk — a here leszállásával van kapcsolatban. A here az ösvese belső oldalán, az I. ágyéksigolya magasságában fekszik s innen a harmadik hónaptól kezdve száll lefelé a peritoneum mögött a has legmélyebb pontjára. Ugyanakkor, vagy még előbb a hashártya fali lemezének egy nyúlványa türemkedik kifelé a lágyéksatornán keresztül a leszálló here elé, annak mintegy utat törve s további útját egyengetve. A here leszállása a herezacskóba közvetlen a szülés előtt már rendszerint megtörténik s utána a proc. vag. peritonei, mely ilyenkor még szabadon közlekedik a hasüreggel, akként fűződik le, hogy közvetlen a here fölött az ondózsínor előtt fekvő lemezei összetapadnak, a here előtti és az azt borító lemezekből pedig a tun. vag. communis lesz. Ha összetapadás nem következik be, vagy — mint fentebb említettük — csak részleges marad, létrejön a veleszületett sérvtömlő, amikor is már csak idő és alkalom kérdése, hogy a tömlőbe tartalom kerüljön a hasüregből. Ez az alkalom rendszerint nem várat sokáig magára, amennyiben a csecsemő sírással rögtön a születés után hastartalmat préselhet bele: annál is inkább, mert ekkor még kialakult lágyéksatorna nincs, hanem csak egy rés a hasfalán.

Ezek előrebozsátása után térek át csecsemőkön és kisgyermekkorban operált 562 esetünk részletes ismeretelésére:

I. Megoszlás kor és nem szerint:

Óra:	H ó n a p :														É v :														
	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1—2	3	4	Össz
Fi.	—	2	5	10	6	3	3	3	2	4	4	7	12	2	1	2	2	—	—	—	2	1	—	—	—	219	166	127	512
Nő.	2	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	19	22	18	33	28	7	7	13	5	5	1	—	17	16	17	50
ÖSSZ.	2	2	5	10	6	3	4	3	2	5	4	7	14	21	23	20	36	28	7	7	15	6	5	1	—	236	182	144	562

II. Eseteink műtéti lelet szerinti megoszlása:

Lágyéksérv szabad:	402	(jobboldali: 220 (baloldali: 166 (kétoldali: 22
Lágyéksérv kizáródott:	57	(jobboldali: 34 (baloldali: 23
Lágyéksérv és vizsérv együtt:	13	(jobboldali: 6 (baloldali: 7
Ondózsínor-cysta	11	(jobboldali: 5 (baloldali: 6
Vizsérv:	24	(jobboldali: 13 (baloldali: 11
Rejtettheréjűség:	13	(jobboldali: 7 (baloldali: 5 (kétoldali: 1
Köldöksérv:	33	(fiú: 10 (nő: 23
Köldöksínor-sérv:	2	nő: 2
Linea alba sérv:	1	nő: 1

Az I. táblázaton az első pillanatra feltűnik, hogy a sérvek túlnyomó többsége fiúkon fordul elő. Az irodalomban az egyes szerzők (*Herzfeld, Mac. Lennan, Hollósi*) 89.4 : 10.6—95.46 : 4.54 százalék arányok között állapították meg a nemek szerinti előfordulás gyakoriságát, a mi eseteinkben az arány 91.10 : 8.90%.

Ez a tény megerősíteni látszik, hogy a csecsemőkön és a zsenge gyermekeken előforduló sérvek a hereleszállás folyamatával vannak szoros kapcsolatban és így fejlődési rendellenesség gyanánt foghatók fel.

Az első életévben operált eseteink száma 67, a második életévben ez a szám felszökik 169-re. Ennek az ugrásnak oka abban keresendő, hogy a műtétet lehetőleg egy éves koron túlra igyekezzünk halasztani; csecsemőt csak akkor operálunk, ha különleges ok, pl. a sérv kizáródása, gyors növekedése, vagy rendkívüli nagysága a műtétet parancsolja. A csecsemőkorban operált eseteink valamennyien zavar nélkül, elsölegesen gyógyultak ugyan és részünkről gondos körültekintés mellett különösebb kockázatot nem látunk a csecsemőkori műtétekben, mégis csatlakozunk ama általános sebészi felfogáshoz, hogy — ha a fenti okok valamelyikéről nincs szó — halasszuk a műtétet a második életévre, vagy legalább az első életév végére, amikor az anatómiai viszonyok bár nem lényegesen, de mégis határozottabbak és áttekinthetőbbek. Ezt az elvet tartva szem előtt, voltunk kénytelenek 67 csecsemőt operálni: u. i. — mint az alábbi táblázat mutatja, túlnyomórészt kizárt sérvről és gyors növekedési hajlamot mutató, rendkívüli nagyságú sérvről volt szó s melyeknél kizáródás fenyegetett.

A sérvtartalom kizáródásáról a közelmúltban még az volt az általános felfogás, hogy az a csecsemő- és zsenge gyermekkorban ritka. *Collins* mint ritkaságot, érdemesnek tartja egyetlen, 18 napos csecsemőn operált — kizárt — sérvnek közlését. *Ernest* szintén egyetlen esetet közöl, *König* 2 esetet. *Bokastova* 600 sérve közül

18 a kizárt sérv, *Scarlini* 270 gyermeksérvé közül 23, melyekből 17 a csecsemőkorra esett, *Merenev* 454 esete között 4.7%, *Hollósi* 300 esete közül 8.41% (26 eset) volt a kizáródott sérv. A mi sérveink közül 10.14% volt a kizáródott sérv.

A csecsemők kizárt sérveinél első tennivalónk — ha gyulladáshoz jeleségek nincsenek — a repositio megkísérlése, ami mindenkor bódításban történjék. A hasprés megszüntekor ugyanis a sérvtartalom gyakran magától visszacsúszik a hasüregbe; néha célhoz vezet a sérvfölkötti bőrrészlet chloraethyllel történő lechütése a bódulat alatt. A kézzel történő visszahelyezés mindig a szabályos műfogásokkal történjék. Sikertelenség esetén azonnal operáljunk. Az eddig végzett kizárt sérvműtéteink alkalmával, már a musc. obl. ext. aponeurosisának felhasítása elégséges volt ahhoz, hogy a sérvtartalom visszahelyezhető legyen a hasüregbe. Eseteinkben bélresectiót sohasem kellett végezni. Kétségtelen, hogy a kizáródási gyűrű csecsemőn és kisgyermeken

III. Kizárt sérvek megoszlása kor és nem szerint:

Hó:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Év:	1—2	3	4	Össz.
Fi.	2	4	7	5	3	2	2	—	3	2	1	2	2	4	—	2	2	1	2	1	—	—	—	—	Fi:	47	—	9	56
Nő:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Nő:	1	—	—	1	

rugalmasabb, sohasem olyan merev, mint a felnőtteken. *Vertán* közöl egy esetet, amelyben 14 napos csecsemőn, 3 napos kizáródás után, 20 cm. hosszúságú vékony belet resecált.

A sérvtartalom kizáródását, vagy a bélkacsokban felgyülemelő bélsár (bélsárkizáródás), vagy fokozott belső hasúri nyomás, hasprés működés (székrekedés, bélhurut, sírás, köhögés) okozza.

A csecsemő és kisgyermekkorú sérvek tartalma a legtöbb esetben vékonybél. Műtéteink alkalmával a tömlőben cseplest sohasem találtunk, amit a cseplest fejletlen volta magyaráz. A rendkívüli nagyságú sérvek közt (42 eset) 19 ú. n. „*par glissement*” sérv volt: 11 esetben coecum, appendix és vékonybél, 8 esetben sigma és vékonybél csúszott le. Általában a férfiaknál nagyságot megközelítő csecsemő- és zsenge gyermekkorú esetekben mindig gondolnunk kell „*par glissement*” sérvre is.

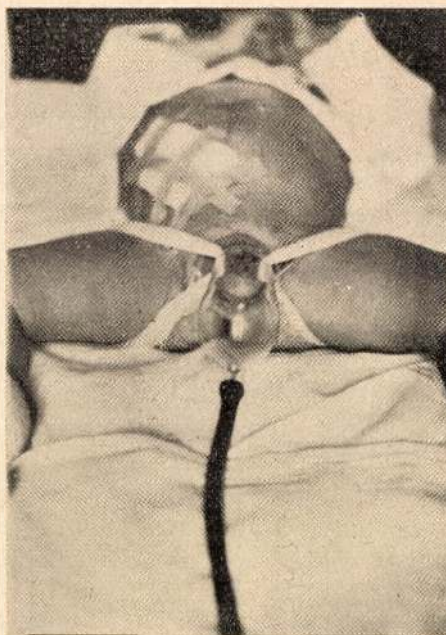


1. ábra.

A sérv kórisméje a csecsemő- és gyermekkorban sem okoz különösebb nehézséget. Az anya minden esetben pontos kórelőzménnyel szolgál, sőt magát az elváltozást is leírja pontosan. Minden csecsemő- és kisgyermekkorú sérv vizsgálatkor legelső teendőnk annak megállapítása, hogy a herék rendes helyükön vannak-e. Ha valamelyik here nem volna a herezacskóban, meg kell győződnünk arról is, hogy — a sokszor a lágyéktájon tapintható here — műfogásokkal lehozható-e rendes helyére. Számos alkalommal ugyanis a gyermek vetköztetések vagy vizsgálatkor (talán félelem miatt is) a *musc. cremaster* reflektorikusan a lágyékcsonnába rántja fel a herét és ilyenkor a felületes vizsgáló sérvet, illetve kryptorchismust állapíthat meg. Kórismézési elnézést okozhat még az ondózsínór cystája, amit olykor kizárt sérv gyanánt kórisméznek. Megóv bennünket a tévedéstől, ha tudjuk, hogy a kizárt sérv teriméje az ondózsínór lefutása irányában sem le-, sem felfelé el nem mozdítható; viszont az ondózsínórcysta úgy direct módon, mint a here húzogatóásával indirect módon elmozdítható; az ondózsínór-cysta áttűnő, a kizárt sérv nem *transparens*. Továbbá ondózsínór-cysta esetében hiányoznak a kizárt sérvre annyira jellegzetes távoli tünetek: a hashártyaizgalom, a hányás, a szék- és székrekedés. Végül az ondózsínór-cysta nem fáj, a kizárt sérvnél pedig mindig jelen van a fájdalom, amit a csecsemő a lágyék-tájékra, illetve a has alsó feléhez való kapkodással jelez. Elkülönítő kórisme szempontjából csekély jelentőségű ugyan, mégis megemlítem a herecsavarodást, ami sokszor rejtett herén fordul elő és tünetei kezdetben azonosak a kizárt sérv tüneteivel (fájdalom, hányás, stb.), viszont épp úgy azonnal operálandó, mint a kizárt sérv.

Csecsemők — ha mód van rá — vizsgáltassanak meg gyermekgyógyász szakorvos által is a műtét előtt. A műtét alatt pedig a lehülés veszedelmétől óvjuk őket úgy, hogy a műtőasztalra szerelt melegítőn operálunk. A megoperált csecsemő utókezelése mindig az egyes csecsemő-osztályokon történik. Az altatáshoz minden alkalommal aethert használunk, ügyelve arra, hogy az altatás mélysége bódulaton túl ne terjedjen.

A csecsemő- és zsenge gyermekkorú műtétei, eltekintve attól, hogy a bonctani viszonyok finomabbak, különösebb nehézséggel nem járnak és kb. 10—14 perc alatt elvégezhetők. Mi a sérvtömlőt kikészítése után resecáljuk, csonkját a hasüregbe sülyesztve, a hasfalnyílást (*can. inguinalis*) egy-két Bassini-öltéssel (laza csomózás!) szűkítjük. *Macewen* eljárása nem végezhető minden esetben (pl. „*par. glissement*” sérv, szakadékos sérvtömlő, stb.) és bármilyen egyszerűnek látszik is, a gyakorlati kivitele nem könnyebb, mint az előbbi classikus módszeré. Rejtett here egyidejű jelenléte mellett a *proc. vag. perit.* (sérvtömlő) leválasztása és resectiója után a herét lehozzuk a herezacskóba és ott *Kocher-Bramann* elve szerint a selyemszálat a comb bőréhez ragtapasszal rögzítjük. Nemcsak a csecsemő- és zsenge gyermekkorban operált 13 eset, hanem a későbbi gyermekkorban operált számos rejtetterejűség esetével kapcsolatban is azt tapasztaltuk, hogy minél fiatalabb az egyén, annál biztosabban húzható le a here és pedig annál az egyszerű oknál fogva, mivel a lágyékcsonatona rövidebb és a képletek rugalmasabbak. A fentemlített 13 esetünk közül 2 esetben a rejtett here csavarodást szenvedett s mindkettőt castrálnunk kellett. A rejtett here tehát, eltekintve a sorvadástól, még a megcsavarodás és elhalás veszedelmének is ki van téve. Ezért — noha a sebészek nagyrésze általában a 6—12



2. ábra.

éves kortartja a műtetre legalkalmasabbnak — a magunk részéről *Southam*, *Cooper* és *Brunsimával* egyetértve a 2—6 éves kortartjuk a legelőnyösebbnek a here-lehozatal számára, az iskoláztatás megkezdése előtt, de minden esetben legkésőbb a 12-ik életévig.

33 köldöksérv-esetünk túlnyomó többsége leány. A zsenge gyermekkor, általában a gyermekkor köldöksérveinek műtéte alkalmával a köldököt mindig meg-

tartjuk és elzárásakor az egyenes hasizmok széleit összehozzuk.

Köldökzsinór- vagy amnion-sérvet (fissura abdominalis) két leány-gyermeken operáltunk két órával a szülés után. Miután ilyen esetekben a hasi lemezek záródása az intra-uterin életben nem következik be, a hastartalom részben vagy egészben kintreked (1. ábra). A műtét azonnal a születés után végzendő. A bélkacsok közvetlen a születés után még légtelenek, tehát minél korábban végezzük a műtétet, a helyzet annál reményteljesebb. Egyik betegünket, akinek teljes eventeratiója volt, elvesztettük (réteges kikészítés). A műtét úgy végzendő, hogy a bőr és amnion határán vezetjük a metszést, a hastartalmat visszanyomjuk a hasüregbe, a felesleges amnion-részeket eltávolítjuk, a bőrt összevarrjuk; tehát kerülendő minden plastikus kikészítés és réteges zárás. Az esetleg keletkezendő sérv később zárandó.

Az imént említett eseten kívül az összes eseteink közt még egy haláleset fordult elő. 14 hónapos fiú meghalt tüdőgyulladásban (sectio: bronchopneumonia, myodeg. cordis, zsírmáj). Halálozási százalékunk tehát: 0.36%.

Mint fentebb említettem, a csecsemők utókezelését gyermekszakorvos végzi; erre vonatkozólag megemlítem még, hogy a bőrt kapocs helyett (decubitus veszélye) finom selyemvarrattal egyesítjük, majd collodiummal ragasztjuk le. A kötést bélsár- és vizeletszennyeződés ellen úgy védjük, hogy föléje Billroth-batisztot rögzítünk. A vizelet elvezetéséről olyan módon gondoskodunk, hogy a csecsemő hímvesszőjéhez vizeletfelfogó edényt rögzítünk, melyből a rászerezelt gummicsövön vezetjük tovább a vizeletet az ágy mellé elhelyezett gyűjtőedénybe (2. ábra).

Királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetemi Szemklinikai közleménye.

Adatok a glaukoma öröklődéséhez.*

Irta: Bíró Imre dr. egyetemi tanársegéd.

A glaucoma öröklődésének rendszeresebb megfigyelése egyidős a XIX. század első évtizedeiben kezdődő mélyrehatóbb és pontosabb betegészleléssel. Arlt 1831-ben két nemzedéken át követi a betegséget s ettől kezdve a közlemények hosszú sora tárgyalja a glaucoma öröklődő voltát. 1904-ben Groenouw már tekintélyes számú családfát tanulmányozhatott. A felgyűlt anyag, a megfigyelések sokasága révén, — amelyet e század elején Mendel kiásott felfedezése s a rohamosan fejlődő örökléstan új szempontokból rendszerezett, — tisztázott a glaucoma öröklődésének jellege, megállapították törvényeit, előfordulási arányszámát stb. s mintegy többé-kevésbé lezárt fejezetet iktatták be az öröklődő szembajok sorába.

Az örökléstan azonban nem öncélú tudomány. Tanulmányozása, eredményeinek vizsgálata szükségképpen két irányba vezeti a kutatót. Az egyik irány előremutat s az eugenikába csúcsosodik. A másik deduktív építi le az eredményeket s az okot igyekszik megközelíteni, amely az egymást követő nemzedékek bizonyos vizsgált sajátságait kitermelte. Az örökléstan kutatásoknak az orvostudomány szempontjából éppen az a tény kölcsönöz jelentőséget, hogy megfigyelései, adatai révén a pathogenézis tisztázására nyújt segédkezet.

A glaucoma pathogenézisében az átöröklésnek, a legutóbbi évek felfogása értelmében, nem mellőzhető szerepe van. Bizonyítja azt a betegség domináns öröklődése s a már Graefe észlelte anticipatio, amely — mint ismeretes — azt jelenti, hogy a betegség, ha több nemzedéken át öröklődik, az egymást követő nemzedékek során mindig korábban és korábban jelentkezik. Így az apa pl. 60, a fiú 40, az unoka 20 éves korában veszi észre a baj első tüneteit. Ha két, vagy három nemzedéken át a glaucoma minden generációban mondjuk 60 év táján jelentkezik, ezt a tényt sok joggal pl. a korrall járó érrendszerváltozás praedisponáló hatására lehet visszavezetni s az öröklődés kóroki szerepét figyelmen kívül lehet hagyni, míg az anticipatio mindig az átöröklődés mellett bizonyít. Hangsúlyoznunk kell, hogy amikor a glaucoma öröklődéséről beszélünk, az esetek nagy számában a glaucomás hajlam öröklődéséről szólnunk, amely hajlam valamely kiváltó, akár belső, akár külső momentum következtében nyilvánul meg.

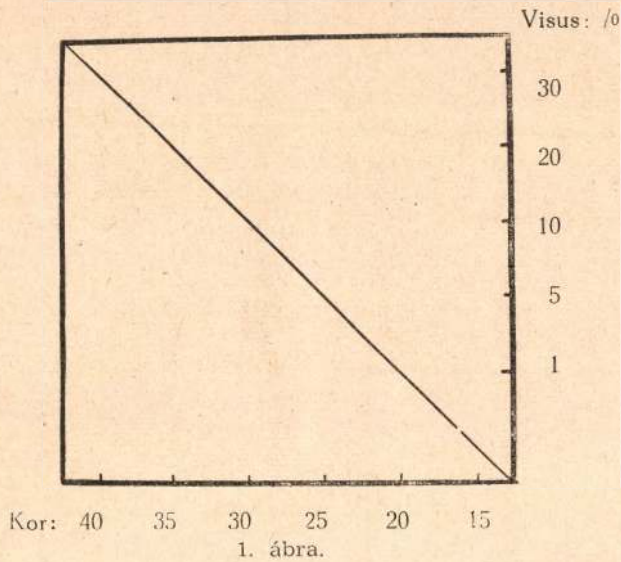
A következőkben klinikánk beteganyagából szerzett megfigyeléseimet szeretném a glaucoma öröklődésével kapcsolatban ismertetni. Az 1931-től 1936-ig eltelt 5 esztendő alatt a klinikára felvett 9666 bentfekvő beteg között 761 (7.76%) glaucomás beteg volt** (308 férfi 40%, 453 nő 60%). Arra a kérdésre, hogy családjában fordult-e elő zöldhályog, 43 beteg (5.6%) igenlő választ adott, míg 718 beteg nem tudott pontos felvilágosítással szolgálni. A 43 beteg 36 család keretén belül helyezkedett el. A 36 familia, részben a kórtörténeti adatok, részben saját vizsgálataim alapján genetikai szempontból a következőképp oszlott meg: 5 családban a glaucoma csak testvéreken jelentkezett, 27 esetben a betegség két, 4 családban három nemzedéken keresztül öröklődött. Háromnál több nemzedéken túl terjedő öröklést nem tapasztaltam.

I. A testvérek glaucomája, mint általában a csak testvéreken jelentkező örökletes bántalmak, visszaütő menetű öröklődés bizonyítéka s fiatalabb korban jelentkezik. Az 5 család közül az elsőben 20, a másodikban 30, a harmadikban, negyedikben 38—40 év volt a testvérek átlagos életkora. (Az ötödik családban 60 év az átlagos életkor s mivel ez az öröklődés kórnemző jelentőségét kérdésessé teszi, a felsorolásból elhagyom.) Ebbe a csoportba, mint látjuk, túlnyomóan a juvenilis glaucomában szenvedők tartoznak, amely kórképet annak idején először Löhlein igyekezett lefelé a hydrophthalmustól és felfelé a felnőttek glaucomájától elhatárolni. Az első testvérsorban említésre érdemes az a tény, hogy a két idősebb fiútestvéren glaucoma juvenile, a harmadik (lány) testvéren hydrophthalmis volt, ami az átmenetek finom volta mellett tanúskodik. Mind a fenti testvéreken, mind a később tárgyalandó domináns jellegű öröklődés eseteiben megfigyelhettem, illetve a régi kórleírások áttanulmányozása révén bebizonyítva láthattam azt a régi tapasztalatot, hogy minél fiatalabb korban jelentkezik, illetve nyilvánul meg a glaucoma, annál nehezebb és kilátástalanabb a befolyásolása. Grafikonyszerűen egy fokozatosan süllyedő vonallal lehet ábrázolni, hogy minél inkább közeledünk a 40. évtől 15. év felé, mint fenti esetekben is, annál kevesebbet lehetett a látásélességből megmenteni. (L. az 1. ábrát.)

II. A betegek túlnyomó többségében, 27 család esetében, a glaucoma két nemzedéken át volt követhető. Az idetartozó betegek 50—70 év körüliek voltak. Ezeknek egy részében a glaucomát már 20—30 évvel ezelőtt

* A Magyar Szemorvostársaság 1939 március 4-i ülésén tartott előadás.

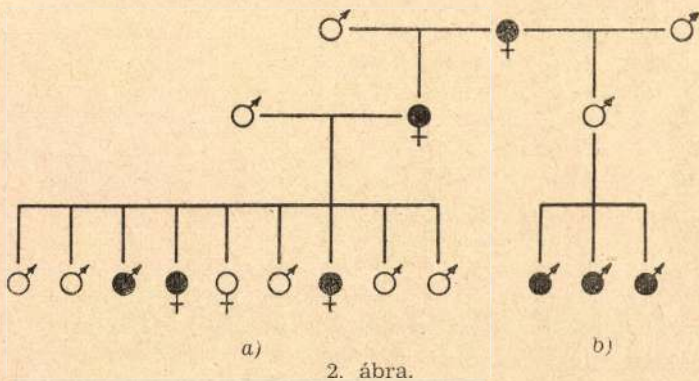
** Ebben a számban a hydrophthalmusos betegek nincsenek benne.



megállapították, másik része azonban az a réteg, amelyben a glaucoma 50—60 év között jelentkezett s esetükben az átöröklés tényét éppen emiatt a legnagyobb óvatossággal és a legszigorúbb kritikával kell kezelni. Az 50—60 év közötti idő az, amikor a szervezet involúciós folyamatai határozott formát öltenek, amikor a belső elválasztású rendszer s az általa befolyásolt érrendszer anatómiai, kémiai és functionális változásai glaucomás hajlamot teremtenek s ezen a talajon az egyén alkatától, az előbb említett változások erősségétől függően, esetleg valamely külső hatástól elindítva, glaucoma keletkezik. S noha az e csoportba tartozó betegek állítását szülei glaucomájára vonatkozóan annál is kevésbé lehet kétségbevonni, mivel a legtöbbnek anyját, apját is a klinikán kezelték s kórtörténeteik is a kezünkben vannak, mindamelllett, az előbb elmondottakra és az antecipálódás törvényszerű következetességére való tekintettel, az öregedő korban keletkező glaucomát csak fenntartással lehet öröklődőnek tekinteni, ami persze nem jelenti azt, hogy a glaucomás *dispositio* öröklődését még adott esetben is kétségbe vonnánk.

III. Örökléstani szempontból kétségtelenül az a csoport bír nagyobb jelentőséggel, amelynek családjában a betegség kettőnél több nemzedéken át öröklődik. A tüzetesebben átvizsgált 5 év anyagában 4 ilyen családot találtam, akiknek beteg tagjai kevés kivétellel klinikánkon operáltak, állottak és állanak ápolás, illetve megfigyelés alatt.

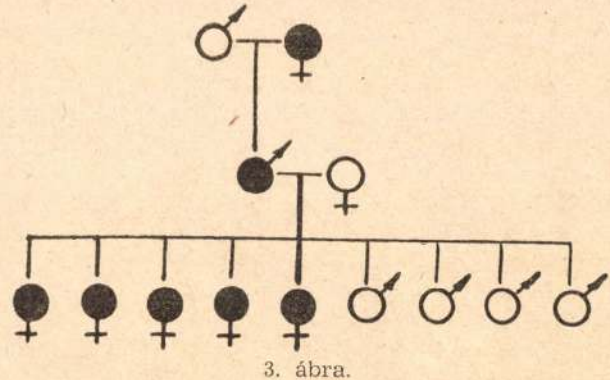
Az első család: (2. ábra)



Az a) családfán a nagyanya 60, leánya 42 s a beteg unokák 34, 30, 24 éves korukban vették észre a betegség első tüneteit. Említésreméltó körülmény, hogy az anya és három beteg gyermeke jobbszemével még elég tűrhetően látott, amikor a balszemen már fényérzés

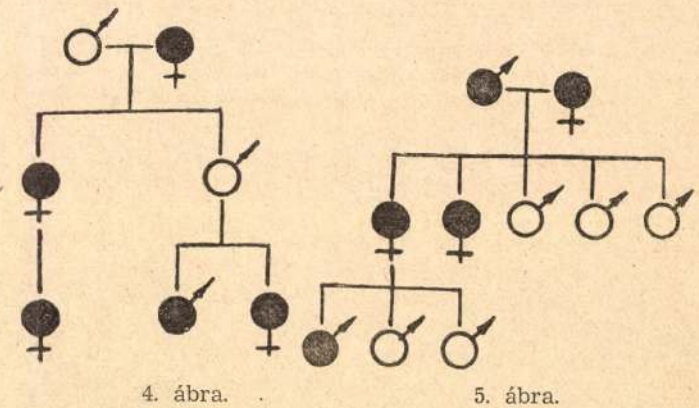
Leányán és unokáin trepanatiót és cyclodialysist végeztek s a klinikát 5/10—5/10 látásélességgel hagyta el. Leányán és unokáin trepanatiót és cyclodialysist végeztek, de a látásromlást a többszöri műtét sem tudta megakadályozni. A nagyanya, férje halála után (36 éves korában), újra férjhez ment s átvitte a bajt a második házasságából származókra is, akik közül fia egészséges, de mint conductor szerepel és mindhárom gyermeke 20 és 25 év között glaucomás lett (1 a b) családfát). Utóbbiak műtetre nem kerültek. A glaucoma mindkét ágon simplex típusú volt.

A második családot a beteg tagok nagy száma teszi szembetűnővé, továbbá az a tény, hogy a F² generációban a férfiak mind mentesek maradtak a bántalomtól (1. a 3. ábrát).



A betegség mindhárom nemzedékben heveny inflamatiós jellegű volt, amelynek tüneteit az apa 58, gyermekei 35 és 45 év között vették észre első ízben. A nagyanya glaucomájáról nincsenek pontos feljegyzéseink.

A harmadik család tagjai ismét simplex típusú glaucomában szenvedtek. A glaucoma itt is antecipáló dott, mint az előbbi két familiában (1. a 4. ábrát).



A negyedik családban mindkét nagyszülő glaucomás. Esetükben 55 év körül jelentkeztek az első tünetek. Gyermekeik közül a legidősebb 38, a második 35 éves korában kapta az első glaucomás rohamot. A három fiú egészséges. A legidősebb leánynak 3 gyermeke közül az első 20 éves korában már glaucomás volt. A glaucoma jellege mindhárom generációban heveny gyulladáson. A nagyapa mindkét szemén iridektomia, a nagyanya szeméin Legrange-féle iridosklerektomia végeztetett. A második gyermeket más intézetben operáltak, a glaucomás unoka pedig nem került műtetre. E családfával kapcsolatban érdemesnek tartom megemlíteni, hogy az F¹ és F² nemzedékek glaucomás tagjai egyszerűen psoriasisban is szenvednek, míg a nem glaucomásoknak psoriasisuk nincs.

A vizsgálat tárgyát tevő betegek, illetve családok nemek sze: inti megoszlása a következő volt: a 43 beteg közül, akiknek öröklődési viszonyaiból kiindultam, 27 nő és 16 férfi beteg volt. A 43 beteg 21 esetben az anya, 11 esetben az apa útján örökölte a bajt. A 10 testvér ascendentijában glaucomást nem találtam. Egy esetben az apa és anya is glaucomások voltak. Ha csak a 4 három nemzedékes öröklődést nézzük, e családok 48 tagja közül 25 volt beteg, 23 egészséges; a 25 beteg közül pedig 17 volt a nő és 8 a férfibeteg. Mindezt azért tartottam szükségesnek elmondani, hogy a glaucomás nők túlsúlyát az öröklődés keretein belül is hangsúlyozzam.

A glaucoma 34 esetben acut inflammatorius, 9 alkalommal simplex typusu volt. Ugyanazon család keretein belül a betegség mindig azonos jellegű maradt.

A glaucomával kapcsolatosan előforduló szövődeményt az öröklődési anyagban egyet sem, a 761 glaucomás között is csak 1 naevus flammeust, illetve 3 degeneratio pigmentosa retinae találtam. A vérrokon-ságnak (mindössze egy családban fordult elő), a glaucomás öröklődés szempontjából nincs nagy jelentősége.

Már előadásom bevezetésében is hangsúlyoztam, hogy az örökléstan szerepe és jelentősége a gyógyító orvostudomány szempontjából abban is rejlik, hogy az örökléstan kutatásokat a maga aetiologiás vizsgálatainak szolgálatába állíthatja. *Glaucomás családok összes beteg és egészséges tagjainak, nemcsak szemézi, hanem minden irányban történő részletes vizsgálata s az eredmények összevetése minden bizonnyal sok olyan kérdésre fog feleletet adni, amelyre eddig még nem történt válaszadás.*

Irodalom: A glaucoma öröklődésére vonatkozó adatok és irodalom a következő monographiákban található: *Franckescht: Die Vererbung von Augenleiden* (Kurzes Handbuch der Ophth. I. k. 1930); *Waardenburg: Das menschliche Auge und seine Erbanlagen*, 1932. — *Kranz: Auge und Vererbung* (Zol. f. ges 0., 40. K. 1938). — *Loehlein: Glaucom als Erbleiden* (Handbuch der Erbkrankheiten. V. k. 1938.)

A debreceni 6. sz. honvéd és közrendészeti helyőrségi kórház bőr- és nemibeteg osztályának közleménye. (Osztályvezető: Pastinszky István dr. m. kir. főorvos.)

Tapasztalatok a Chediak-féle mikro-reactióval.*

Irta: *Pastinszky István dr. főorvos, v. egyet. tanársegéd.*

A *Wassermann*-próba kidolgozása után a syphilis kórismézése óriási módon fejlődött, azonban mind a *Wa. R.*, mind a későbbben ajánlott különböző flocculatiós próbák bonyolult eljárások, úgyhogy ezeket még laboratóriumokban is csak serologaiilag jól begyakorlott vizsgálók végezhetik. Állandó törekvés volt egy olyan eljárás kidolgozása, amit az egyetemes orvos a rendelés órán maga is elvégezhet.

Igy *Antoni* eredményei szerint a *Ringald*-oldattal megfestett kikent vérkészítményekben a leukocyták és lymphocyták magvai syphilis esetekben részben chromotolsist, részben maghyperchromasiát mutatnak, ezenkívül a magvakban jellemző „járatok” képződése figyelhető meg. A *Mayer-Bierast-Schilling*-féle guttadiaphot eljárás lényege, hogy különböző festékekkel átítatott itatóspapírra egy csepp vért cseppentünk, beszáradása után pedig áteső fényben vizsgáljuk a csepp

szélének határát és színváltozásait, amelyből következtethetünk a fennálló syphilisre; azonban számos utánvizsgáló eredménye szerint a guttadiaphot eljárás nem alkalmas a syphilis kórismézésére, számos nem fajlagos eredménye miatt. Az utánvizsgálatok szerint az ilyen elváltozások syphilisben csakugyan előfordulnak, de nem csupán a syphilisre jellemzőek, mert *Wichmann, Schultz, Streber* szerint egyéb idült fertőző baj vagy intoxicatio után szintén megtalálható. A *Cline*-féle mikroszkopikus próba hátránya, hogy egyrészt csak savóban végezhető, másrészt az antigén oldat elkészítése igen bonyolult. A *Meinicke*-féle mikro-reactio is csak savóval végezhető, ennek elnyerése pedig, bármilyen kis mennyiségről van szó, körülményes.

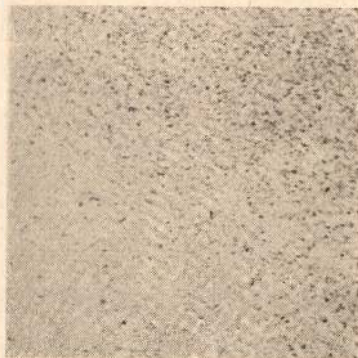
1932-ben *Chediak* cubai spanyol serologus olyan eljárást közölt, amellyel a syphilis egy beszáradt vércseppből is megállapítható. *Dahr, Wendeborn, Wendberger* és *Schreiner* összehasonlító vizsgálatokat végeztek a próba használhatóságát illetőleg. Eredményeik szerint ámbár a próba szokásosan elvégzett serologiai vizsgálatokat nem pótolhatja, azonban egyszerű, olcsó és rövid idő alatt elvégezhető volta miatt különösen alkalmas nagy tömegben végzett tájékcztató vizsgálatokra. A próba használhatóságát bizonyítják az egyéb serologiai próbákkal egyező eredmények.

A *Chediak*-reactio (Ch. R.) értékének és használhatóságának kipróbálása végett 500 esetben összehasonlító vizsgálatokat végeztünk: a vizsgálati eredményeket a *Wassermann* (Wa. R.), *Müller* (M. B. R.), *Meinicke* (M. K. R. II.) és *Kahn* (K. R.) reactiókkal vetettük egybe.

A Ch. R. lényegében egy *Meinicke* mikro-reactió; nagy előnye, hogy nem a savóból, hanem magából a beszáradt vércseppből végezhető el a vizsgálat. A próba elvégzése *Chediak* és *Dahr* szerint, valamint saját módosításban a következő eljárás szerint történik. Gondosan letisztított tárgylemezre egy csepp vért veszünk akár a megtisztított ujjbegyből, akár a fülcimpából, amelyet azután a vérvételhez használt tüvel szétkenünk részben azért, hogy defibrináljuk, részben azért, mert a beszáradt vércsepp az üveglemezről könnyen lepatogzik. Az így defibrinált és beszáradt vércseppet a próba elvégzése előtt egy csepp 3.5%-os NaCl oldattal üvegpálcika segítségével lemossuk és egy másik vájt tárgylemezre átvisszük. Ritka esetben nem oldódik a beszáradt vércsepp lakkszínű folyadékká, hanem szabad szemmel is látható foszlányok találhatók. Ezután egy frissen elkészített M. K. R. II. antigen oldatot adunk hozzá, üvegpálcikával összekeverjük és a vájt tárgylemezt a vérvételre használt tárgylemezzel befödjük, majd félóránig nedves kamarába helyezük, hogy a készítmény ki ne száradjon. Az antigen elkészítése a következő módon történik: a próbához vegyileg tiszta konyhasóból készítenek kifogástalan destillált vízzel 3.5%-os friss NaCl oldatot. A M. K. R. II. antigen a marhaszív alkoholban oldódik, de aetherben oldhatatlan anyagai mellett 1.4% tolualzamsatot és a leolvasás megkönnyítésére 0.01% Viktoriakéket tartalmaz. Ennek az antigennek a hígítását előírás szerint úgy végezzük, hogy egy kémcsőbe az előre kiszámított szükséges mennyiségű frissen készült 3.5%-os konyhasóoldatot mérünk. Ezután az antigent és a 3.5%-os NaCl oldatot 57—58 C°-os vízfürdőn 10 percig melegítjük, míg 57 C° hőmérséletet el nem érik. A hőmérséklet elérésének ellenőrzésére egy harmadik ugyanolyan nagyságú kémcsőbe vizet töltünk és ebbe hőmérőt helyezve a másik két kémcsővel együtt melegítjük. A vízfürdő szintje a sóoldat szintjét 1—2 cm-rel érje túl, mert csak így lehet biztosítani az

* A Magyar Dermatológiai Társulat LXXI. ülésén (1937. II. 12.) tartott előadás.

oldatok egyenletes fölmelegedését. Ha az antigen és a konyhasóoldat 57 C°-ra fölmelegedett, akkor a 3.5%-os NaCl oldatot az antigenhez töltjük, az egészet visszátöltjük a konyhasós kémcsőbe, majd újból az antigenes csőbe. A keverést gyorsan kell végeznünk, de óvatosan, hogy a folyadékból semmi kárba ne vesszen. Az ondó-szerűen zavaros antigenhigitást ezután rögtön visszahelyezzük a vízfürdőbe, s ott 2 percig „érni” hagyjuk. Ezután az így nyert kész antigen oldatból minden tárgylemezre fölmelegített pipettával egy csöppet (0.035 ccm) hozzáadunk s üvegpálcikával alaposan összekeverjük. Az eredmények leolvasása 5—10—30 perc múlva történik mikroskoppal lesötétített látótérben kis nagyítással (3 objektív és 3 okular vagy kétséges esetben erősebb nagyítást alkalmazunk: 6 objektív és 3 okular). Erősen pozitív próbák már az antigen hozzáadása után azonnal észlelhetők, de legcélszerűbb az eredményeket 10, majd 30 perc múlva is leolvasni. Negatív próba esetén a rozsdavörös lakkszínű folyadékban egészen finom szürkésbarna, össze nem csapódó, egyenletes pontozottság látható, amelyek a tárgylemez mozgatásakor mint



1. ábra. Negatív reactio.

finom homokszemek úszkálnak. (1. ábra.) Positív eredmény esetén a próba erősségének foka szerint számos kisebb-nagyobb szabálytalan durva koromfekete rögöt találunk, közöttük üres, világos, szabad területek vannak. (2. ábra). Gyengén pozitív próbánál a rögök kisebb-



2. ábra. Positiv reactio.

bek, a köztük levő szabad terület is többé-kevésbé szemcsékkel van kitöltve. Ha a kép szabálytalan szemcsézettséget mutat, de még nem valódi rögösödést, akkor a próbát kétségesnek jelöljük. Elégtelenül defibrinált vérben a specifikus rögöktől könnyen megkülönböztethető szabálytalan, világosbarna fibrinömegek láthatók. Minden próbánál egy biztosan pozitív és egy biztosan negatív ellenőrző vizsgálatot be kell állítani, mert a próba leolvasása némi gyakorlatot kíván, amit legjobban az ellenőrző próba eredményével való összehasonlítással sajátíthatunk el.

Saját vizsgálataink a syphilis különböző szakajaiból adódtak részben seronegativ, részben seropositiv esetekből. Ezenkívül olyan betegek közül, ahol a syphilis gyanúja felvetődött akár klinikai jelenségek, akár kórtörténeti adatok kapcsán. A vizsgálatok eredményei táblázatban csoportosítva:

Kórállapot szaka	Esetek száma	Wa. R.	M. B. R.	K. R.	M. K. R.	Ch. R.
		%o-ban pozitív				
Initialis affectio	24	70	79	86	79	83
Sy. papulomaculosa	39	100	100	100	100	100
Sy. gummosa	18	74	88	90	86	86
Sy. congenitalis	8	25	50	50	50	50
Sy. latens	245	36	54	55	52	51
Nem syphillises kétséges	166	—	2	1	0.6	0.1

A táblázat adataiból következik, hogy a Ch. R. az initialis affectio szakában jobb eredményt ad, mint a Wa. R. (13%), vagy a M. K. R. II., illetve a M. B. R. (4%). A papulomaculosus szakban pedig a Wa. R., M. B. R., K. R.-val egyenértékű. A harmadlagos jelenségek szakában is a Wa. R.-t 12%-ban múlja felül, egyenértékű a M. K. R. II.-val, de nem éri el a K. R. és M. B. R. érzékenységet. Syphilis latens eseteinkben a seronegativ és seropositiv eseteket egybecsoportosítottuk. A Ch. R. itt 15%-kal érzékenyebb, mint a Wa. R., de a M. K. R. II.-től már 1%-nyi gyengébb eredményt mutat itt sem éri el a többi precipitációs próbák érzékenységet. Nem syphillisesnek bizonyult esetekben 0.6%-ban mutatkozott kétséges eredmény a Ch. R.-val.

A vizsgálati adatok szerint a Ch. R. mindenképpen jobb, mint a Wa. R. Ezt a tényt számos más utánvizsgáló adata is megerősíti, amint az alábbi szerzők adataiból is kitűnik.

Szerzők szerint	Wa. R. positív %o	Ch. R. %o-ban.	Különbség %o-ban.
Chediak	80	90	10
Dahr	92	81	11
Castaneda-Palacios	89	71	18

Előnye a Wa. R.-val szemben az is, hogy önkötési zavarok nincsenek; gümőkór, terhesség, rák, malária, láz stb. nem adnak nem fajlagos próbát.

Érzékenységet tekintve eredményeink szerint átlag a M. K. R. II.-val tekinthető egyenértékűnek, de a K. R., vagy M. B. R.-kat nem múlja felül.

Ezek szerint a Ch. R. megfelel egy megbízható próba követelményeinek, ami természetes is, hiszen a próbában a M. K. R. II. antigént alkalmaztuk, ami a M. B. R. és K. R. mellett manapság külföldön is a legelterjedtebb és általánosan végzett próba. Kétes klinikai esetekben, különösen, ha a fertőzés kezdetéről van szó, mikor a spirochaetalelet negatív, a gyengén pozitív próba még nem döntő jelentőségű, hanem tanácsos a próbát a következő napon újra elvégezni. (Dahr). Legtöbb szerző egyöntetű véleménye az, hogy a Ch. R. az eddig szokásos párhuzamosan végzett serologiai vizsgálatokat nem pótolhatja, csupán az egész vizsgálat keretében mint tájékoztató segédeszköz szerepel.

Egyéb külföldi utánvizsgálók szintén kedvező eredményekről számolnak be az eljárás megbízhatóságát illetően. Böhme rosszabb eredményekre jutott, mint minden más utánvizsgáló, azonban nem szabály szerint dolgozott, mert a vércseppet a vérlepenyéből vette. A próbához a vércseppet mindig frissen kell venni és gondosan defibrinálni.

Maga a próba az irodalomban több elnevezés alatt ismeretes: így szárazvérreactio (Troekenblutreaction: T. B. R.), ami különösen kifejezésre akarja juttatni, hogy

a vizsgálat egyetlen beszáradt vércseppből történik, azonban nem éppen találó, hiszen a kémlés maga mégis csak folyékony közegben történik. Chediak-féle mikro-reactio lenne a legcélszerűbb elnevezés.

Ami a kivitel gyorsaságát illeti, abból a szempontból különösen értékes, mivel az eredményt 15—30 perc múlva meg tudjuk mondani, sőt erősen pozitív próba esetén az antigen hozzáadása után a rögzösödés azonnal bekövetkezik. A vér beszáradását lámpa felé való tartással is gyorsíthatjuk.

Nagy könnyebbségre szolgál az a körülmény is, hogy a próbánál csupán egy csepp vérré van szükség, amit ujjbegyből, fülcimpából igen könnyen vehetünk még olyan egyénektől is, akiknél egyébként a vérvétel valamilyen oknál fogva nehezített (csecsemő, vastag zsírpárna). Ilyen módon esetleg a közismert vérvételi módszer mellőzésével elkerülhetjük a beteg figyelmét a syphilis gyanújáról. A beszárított vércsepp tárgylemezen könnyen megőrizhető és természetesen könnyebben küldhetjük be laboratóriumi vizsgálatra, mint a savót. A tárgylemezen beszárított vércsepp egy esetünkben még két hónap múlva is megtartotta positivitását, úgy, hogy a próbának bizonyos körülmények között törvényszerű jelentősége is lehet. Pénzermén beszáradt vércseppet is fel tudunk használni a próba céljaira.

Nagy előnye az eljárásnak, hogy a legegyszerűbb laboratóriumi felszereléssel is elvégezhető, mert a szükséges eszközöket bárki rögtönözheti. 56 C°-os vízfürdőt egy borszeszlámpa és hőmérő segítségével, nedves kamrát pedig egy vizes gaze-darabokkal körülrakott befűdött Petri csészével pótolhatunk. Vájt tárgylemez helyett közönséges tárgylemezt használunk, amelyre fillérinyi viaszba mártott drótkarika kerettel peremet készíthetünk. A próba előnye olcsósága is, mert sorozatos vizsgálatoknál egy-egy próba alig 1.5—2 fillérbe kerül, úgy, hogy olcsóság tekintetében az összes serológiai próbák közt legelső helyen áll.

A Ch. R. ezek szerint igen használható próba, mely egyszerűsége, olcsósága és megbízhatósága mellett különösen alkalmas arra, hogy nagy tömegben végzett serológiai vizsgálatokkal a syphilitis beteget mintegy „kihalásszuk”, vagy egyes sürgős esetekben tájékoztató adatokat nyerhessünk (csecsemő vizsgálat, prostituáltak ellenőrzése, terheségi tanácsadás, katonaság átvizsgálása, stb.), azonban egymagában a jelenleg szokásos párhuzamosan végzett serológiai próbákat nem pótolja.

Összefoglalás: 500 esetben végzett Chediak-próba eredményét a Wa. R., M. B. R. és K. R.-val vetettük egybe. A fertőzés kezdeti szakában jobb eredményt ad, mint a Wa. R. (13%) vagy a M. K. R. II. és a M. B. R. (4%). A papulomaculosus szakban pedig a Wa. R., M. B. R., M. K. R., K. R.-kal egyenértékű. A harmadszagos jelenségek idején a Wa. R.-t 22%-ban felül múlja, egyenértékű a M. K. R. II.-vel, de nem éri el a K. R. és M. B. R. érzékenységét. A rejtett syphilis esetében 15%-kal érzékenyebb, mint a Wa. R., a M. K. R. II.-hoz viszonyítva 1%-kal gyengébb eredményt ad és itt sem éri el a M. B. R. és M. K. R. II. próbák érzékenységét. Nem syphilitisnek bizonyult esetekben 0.6%-ban mutatkozott kétséges eredmény. Végeredményben a Ch. R. mindenképpen jobb a Wa. R.-nál; eredményeink szerint átlag a M. K. R. II.-vel tekinthető egyenértékűnek az érzékenységét tekintve, de a K. R. és a M. B. R.-et nem múlja felül. Egyszerűsége, olcsósága, megbízhatósága miatt különösen sürgős esetekben igen megfelelő tájékoztató adatok nyerésére, továbbá nagy tömegben végzett sorozatos vizsgálatok esetén az egyes syphilitis egyének felderítésére, de a serológiai lelet megítélésére egyedül sohasem használható fel.

A Pázmány Péter Tudományegyetem Bőr és Nemibetegségek Klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede egyet. ny. r. tanár.)

Fehérfolt betegséggel társult kraurosis vulvae esete.

Irta: Szodoray Lajos dr.

Az utóbbi években mindinkább szaporodnak azok az észleletek, melyek szerint a *Hallopeau* és *Darier* által lichen plan sclereux atrophiquenek, majd *Johnston* és *Sherwell* által „white spot disease”-nek azaz fehérfolt betegséggel nevezett ritka bőrfolyamathoz, mely *Darier* szerint is leginkább nőknél, a nyakon, háton, emlőalatti redőkben, genitocruralis hajlatokban, lencsényi-filléresnyi sorvadtt hámmal borított porcellánfehér, kerek plaqueok alakjában fordul elő, sokkal gyakorabban társul kraurosis vulvae, mint azt pusztán véletlennek lehetne felfogni. Már 1911-ben *Breda* hívta fel a figyelmet, hogy a két folyamat között összefüggés lehet. A legutolsó 4 év folyamán feltűnően megsaporodtak az idevonatkozó észleletek. 1934-ben *Monacelli* 3 esetet, 1936-ban *Oppenheim* 1 esetet, *Gottron* 2 esetet, *Elisabeth Hunt* 35 esetet, 1937-ben *Pautrier* 1 esetet és 1938-ban *Madden* 1 esetet közöltek. Tekintettel arra, hogy fehérfoltbetegség rendkívül ritkán fordul elő, az itt felsorolt észleletek elég nagyszámúnak látszanak ahhoz, hogy a két folyamat között összefüggést állapíthassunk meg és *Oppenheim* véleményéhez csatlakozva e két klinikai képet egy scleroatrophodermás syndromába foglaljuk. Ezt a felfogást támogatja az a tény, hogy az alaktani elváltozások mindkét folyamatban a fontosabb szempontokból azonosak. A fehérfoltbetegségnél, melyet a régebbi szerzők a lichen atrophias alakjai közé soroltak, a francia iskola a scleroderma guttalt alakjának tartja és amelyet főképpen kórszövet-tani vizsgálatok alapján az újabb német iskola *Kyrle* és legújabban *Miescher* (1935) nyomán a lichentől és sclerodermától teljesen független, önálló folyamatnak itél, — az elváltozások lényege hámsorvadással járó sclerosis az irha felső rétegében, melyre különösen jellemző — ellentétben a lichennel és a sclerodermával — a rugalmas rostok teljes eltűnése a hámalatti sclerosis korongban. Azonban ez a sejtsejényi korong is különbözik — az alábbi említendő szövettani vizsgálataink szerint — a scleroderma homogen sclerosisától, amelyben a collagen rostok megvastagodnak, majd homogenisálódnak. A fehérfoltbetegségben a kötőszöveti sclerosis inkább finom rostok felszaporodásából látszik kialakulni. A kraurosis vulvae-nál is, mind az u. n. „tisztá” alakban, mind a leukoplakiánál szövődöttben, a folyamat lényege az irha sorvadása az elváltozott területeken, melyet a rugalmas rostok pusztulása kísér (*Seligmann, Gans*). *Montgomery* szerint a lichen sclerosus atrophicusot a kraurosis vulvaetól nem is lehet elkülöníteni mikroszkóposan. Ezenkívül nemcsak kórszövet-tani hasonlóságok mutathatók ki a két folyamat között, hanem a klinikai kép is számos közös vonást mutat. Mindkét betegség inkább az idősebb nők klimakterium előtt vagy után fellépő elváltozása, vagy olyan fiatalabb nőké, akiknél súlyosabb ovariumkiesések (castratio) vannak jelen. A fehérfoltbetegségben ezeket a mozzanatokat *Ormsby, Oppenheim, Hunt* és mások hangsúlyozták, fiatalabb nőknél ilyen esetekben pedig súlyos ovariumzavarokat észleltek *Cederkreutz* és *Vámos*. Az együttes esetekre vonatkozólag pedig említésre méltók *Monacelli* idevonatkozó vizsgálatai, aki 3 kraurosis vulvaeval társult fehérfoltbetegség esetében interferometriás vizsgálattal talált több endokrin mi-

rigyre — többek között az ovariumra is — positiv eredményt.

Észleleteink 56 éves, 6 éve menopausában levő nőbetegre vonatkoznak aki 1 éve panaszok vulvaris viszketésről, majd kínzó égés, csipés érzésről. Az egy év előtt megejtett klinikai vizsgálat csupán a nagy- és kisajkak vérbőségét, több helyen erosióját tudta megállapítani, a bőrön egyéb elváltozások nem mutatkoztak. Félév múlva az emlők alatti redőkön, (1 ábra) a



1. ábra. Fehérfolt betegség az emlők alatti redőkben.

nyak és a genitocruralis hajlatok bőrén is fehérfoltok jelentkeztek, mérsékelt viszketés kíséretében. Ez év januárjában újból jelentkezett a klinika járóbeteg rendelésén. Az ekkor megejtett vizsgálaton, már feltűnt a kisajkaknak, különösen a baloldalinak sorvadása. A nagyajkak belfelületén és a kisajkakon a hám elvékonyodtnak látszott, a bőr hyperemiás, a tapintatuk rugalmatlan száraz. (2. ábra) Ezeket a területeket szabályta-



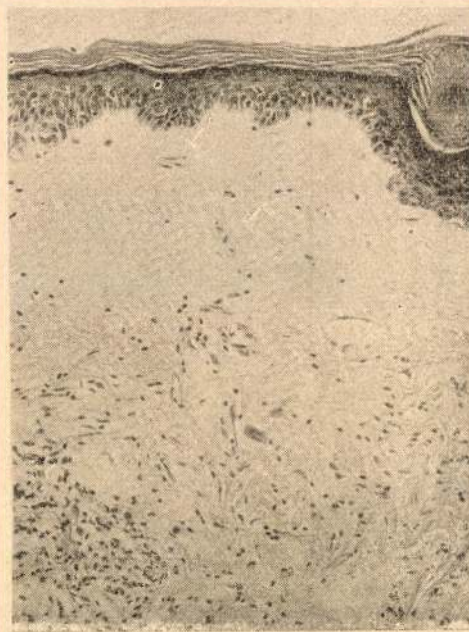
2. ábra. Sorvadt baloldali kisajkak. Részben összefolyt leukoplakiás foltok a kis- és nagyajkakon.

lan elrendeződésű fehéres foltok tarkították (leukoplakia). A külső nemirészek elváltozása mellett feltűnt a genitocruralis hajlatokban, az emlők alatti redőkben a nyak mindkét oldalán látható porcellánfehérszínű kerek plaqueok csoportjai. Ezek többhelyen confluált lencsényi-filléresnyi, cigarettapapirszerűen elvékonyodott hámval borított, széleken kissé elvált és rozsaszin, közepükön besüppedt és mészfehér korongocskából te-

vődnek össze. A nyakon levő elváltozások egyikéből kimetszett bőrrészlet szövettani vizsgálatánál a fehérfoltbetegség Meischer szerint megállapított 4 főtünetét, hámsorvadást, a hámlati sclerotikus korongot, az ez alatt elhelyezkedő főképpen kereksejtes beszűrődést és a sclerotikus területen a rugalmas rostok pusztulását jól észlelhettük. (3. ábra) A sclerotikus kötőszövet vizsgálatánál erősebb nagyítással jól észlelhető volt, hogy ez tömötten egymás mellé rendeződött finom, gyengén acidophil rostok kötegeiből állott. (4. ábra) Ezen a területen a rugalmas rostok nyomait csak a közvetlen hámalatti rétegben néhány finomabb verticalisan haladó rost alakjában lehetett felfedezni.



3. ábra. Fehérfoltbetegség szöveti képe. Hámatrophia. Hámalatti sklerosis, alatta elhelyezkedett beszűrődés.



4. ábra. Rugalmas rostok pusztulása a sklerosis területén.

A belgyógyászati vizsgálat (II. sz. Belklinika), régi inaktív jobboldali csúcsfolyamatot és kompenzált két-hegyübillentyű elégtelenséget mutatott.

A beteg főpanaszát a kínzó vulvaris viszketés képezi. Ennek csökkentésére és a kraurosisos folyamat enyhítése céljából előbb 1000 E. majd később 10.000 és 20.000 E. Glandubolin (Richter) injectiókat alkalmaztunk a helyi kezeléssel kívül.

A mindinkább szaporodó észleletek száma, melyek a fehérfoltbetegségnek kraurosis vulvaival való együttes előfordulására vonatkoznak, megerősíteni látszanak

Oppenheimnek azt a felfogását, hogy a két folyamat együttes előfordulása syndromát képez, és így a két folyamat keletkezésében talán közös tényezők szerepelnek, melyek ma még nagyjában ismeretlenek. Ezeknek kiderítése további pontos klinikai és laboratoriumi vizsgálatoknak lesz a feladata.

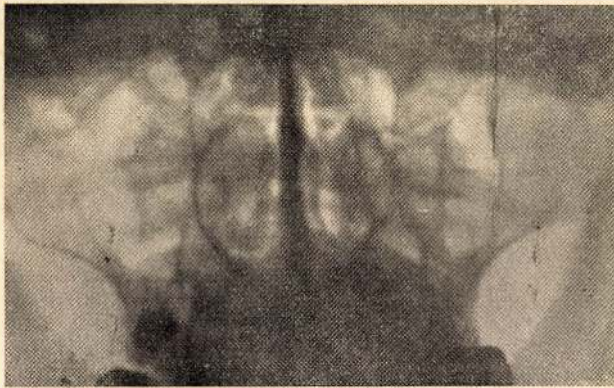
A hódmezővásárhelyi Erzsébet közkórház közleménye.

Szemüregi cysta tanulságos esete.

Irta: Kassay Dezső dr. főorvos.

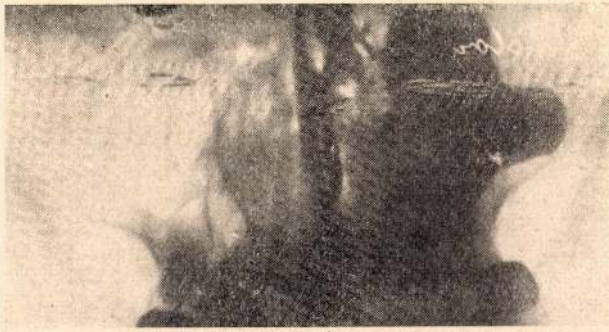
1938. augusztus 2-án L. S. 32 éves gazdálkodó ke-reste fel a kórház szemészeti osztályát azzal a panasszal, hogy néhány hónap óta bal szemgolyója nincsen a helyén, mindég kijjebb és kijjebb kerül. Ezen a szemén látása erősen romlik, szeme körül fájdalmai is vannak. Melléküreg elváltozás gyanújával kerül a fül-orr-gége osztályra.

Vizsgálat alkalmával a szemüreg alsó külső részén, a szemüreg fenekéről elődomborodó, kb. mogyorónagyságú képletet tapintunk a szemgolyó alatt. Ez a képlet a szemgolyót kifelé, föl- és középfelé tolja. Az orr- és szájüregben említésre méltó eltérést nem találunk. Az arcon se fedezünk fel a leírtakon kívül rendellenességet. Wassermann próba negatív. Belorvosi vizsgálat eltérést nem mutat. Látásélesség: a jobb szemén 5/5, a bal szemén 5/30.



1. ábra.

Röntgen felvétel (1. ábra) a bal Highmor-üreg külső részén kb. 2 cm átmérőjű intenzív homály látszik, mely körül a csontok kissé elmosódtak. Az üreg belső része rendes légtartalmú.

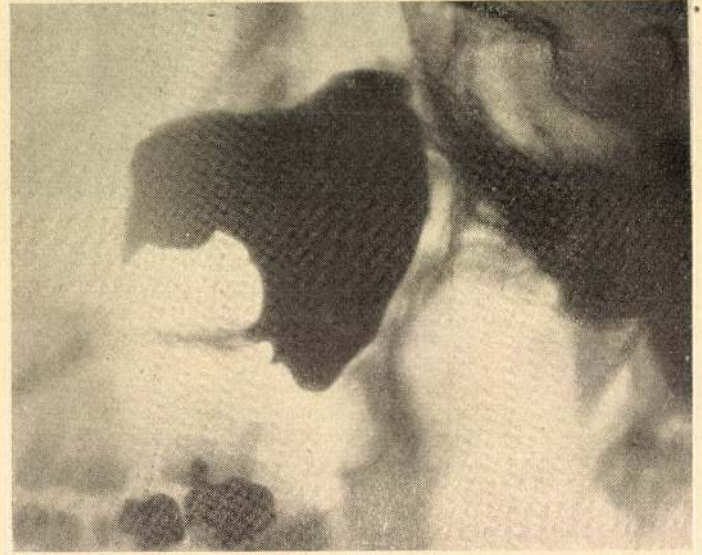


2. ábra.

Punctiót végzünk; az átöblítő folyadék tisztán jön vissza. Az üreget 40%-os lipiodollal töltük ki. Az így készített mellső-hátsó röntgen felvételen (2. ábra) fél fillér nagyságú kiesést látunk a sugárfogó anyag ár-

nyékában az üreg felső és külső szélén, a tapintható képletnek megfelelően. Ugyanezen a felvételen alul-kívül keskeny, egyenetlen szélű kiesés látszik. Az oldalirányú felvételen (3. ábra) az üreg alsó-elülső részén látunk egy pengő nagyságú, zezgúgos szélű kiesést. Ugyanezen a felvételen a sugárfogó anyag árnyéka elül kevésbé sötét.

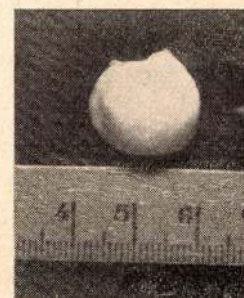
Fenti vizsgálatok alapján a Highmor-üregből kiinduló és a szemüregbe terjedő daganatra kellett gondolnunk. Feltevésünket nagy mértékben megerősítette a feltöltéses röntgen felvételeken talált egyenetlen szélű, kétszeres kiesés. Csupán az okozott kétséget, hogy a felső kiesés kisebb, mint az alsó és hogy a felső széle nem egyenetlen, pedig az áttörés miatt fent kellene feltételeznünk a daganat nagyobb tömegét.



3. ábra.

Műtétkor a jelzett kétségek miatt Luc-Caldwell szerint hatolunk be, de tekintettel diagnosisunkra készen vagyunk a felső állcsont resectiójára is. A Highmor-üreg megnyitása után látjuk, hogy az üreg alsó és külső részében, a nagyobb röntgenkiesésnek megfelelően egy közös, kocsonyás nyálkahártyapolyp van. A polyp eltávolítása után azt vesszük észre, hogy a felső, kisebb kiesésnek megfelelően, kívül és fent az egyébként ép nyálkahártyával borított csont elég erősen bedomborodik az arcüreg belsejébe. Az igen vékony csontlemezt ezen a részen fillér nagyságban eltávolítjuk, mely után a rózsaszínes szemüregi kötőszövetben egy hófehér képletet fedezünk fel. Ez a lazán álló képlet könnyen el távolítható egyszerűen orrcsipesz segítségével. Az orrüregi ellennyílás készítése után a szájüregi sebet zárjuk.

Műtét után a szemdüledés azonnal megszűnik. A Highmor-üregből két hétig öblítettünk ki váladékot. Látásélessége három hét alatt 5/30-ról 5/15-re javult.



4. ábra.

Az eltávolított képlet (4. ábra) vastag, merevfalú tömlőnek bizonyult, melynek tartalma eltávolítás közben elfolyt. A cysta falából szöveti vizsgálatot végzett a kórház laboratoriuma (*Ormos úr.*). Tekintettel a bizonytalan leletre szöveti vizsgálatot kértünk a szegedi kórház intézetben is. A két lelet egyező eredményre vezetett. *Baió proi* lelete a következő: a beküldött tömlőfal koncentrikus rétegezetséget mutat úgy, mint azt az echinococcus-tömlő ch. tin burkában látni szoktuk. A belső parenchimas réteg azonban hiányzik, sem scolexeket, sem horgokat felismerni nem lehetett.

Az Országos Közegészségügyi Intézetet felkértük az echinococcus komplementkötési reactio elvégzésére, ami echinococcus ellenanyagokra kétes eredményt adott. A vizsgálatok nem teljes mértékben bizonyító eredménynek ellenére a legnagyobb valószínűséggel echinococcus tömlőnek tarthatjuk az eltávolított képletet.

Esetünk egyik érdekessége az, hogy a véletlenek közrejátszása következtében a szemüregi cysta családísig utánozta egy Highmor-üregdaganat tüneteit. Érdekessége, hogy a tömlőt könnyen és jó eredménnyel eltudtuk távolítani a Luc-Caldwell szerint megnyitott Highmor-üregben keresztül. Érdekessége még, hogy rendkívül ritka az echinococcus tömlők előfordulása a szemüregben. Ezek miatt tartottuk a tanulmányos esetet közlésre érdemesnek.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

A mellékvese lipoid-adrenalin vegyületének szerepe az érlelmeszesedés keletkezésében. *Raab W.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 105. k. 657—679. o.) A mellékvese állományból alkoholos kivonatot állít elő, amely sem szabad adrenalin, sem szabad cholesterint nem tartalmaz. A kivonatot nyúlnak i. v. befecskendezve adrenalin-szerű vérnyomás és vércukor emelkedést kapott, azonkívül toxicus hatásokat észlelt, mint reemgés, oldaltájkvés, a fej hátrafejtése, halál is fordult elő. A kivonatot huzamosabb ideig nyulaknak fecskendezve az aortán scleroticus elváltozást talált. Ezután hypertoniás, arterioscleroticus emberek véréből készített kivonatot, amely kémiai tulajdonságok és élettani hatás szempontjából a mirigykivonattal megegyezett. *Raab* a hypertoniás emberek véréből készült kivonatot hatóanyagát a lipoid — adrenalin vegyülettel azonosnak tartja és fontos szerepet tulajdonít neki az érlelmeszesedés keletkezésében. (B. 28.)

Kuchárik József dr.

Természetes ásványvizek terapiás és toxicus hatása. *Hesse E.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 105. 763—774.) A fachingi víz védőhatását vizsgálta állatkísérletben májartalmat okozó thyroxinnal, phosphorral és széntetrachlorid-dal szemben. A védő hatásra a máj glycogen tartalmából következtetett. A fachingi víz védőhatású volt patkányon a thyoxinnal és phosphorral, kutyán thyoxinnal szemben. A CCl_4 -dal mérgezett nyulakon a megvizsgált ásványvíz kifejezetten ártalmatlan bizonyult, az állatok negyedrésze elpusztult, míg vízvezetékű vizet kaptak nem. Az ártalom módja teljesen ismeretlen, mert az ásványvíz sóit u. o. mennyiségben adagolva külön-külön vagy kombinálva (Na, K, Ca) káros hatást nem észleltek. Tehát az ásványvíz gyógyszer-számba megy és orvosi rendelést igényel. (B. 26.)

Kuchárik József dr.

Calcinosis universalis. Gyógyult eset. *Roovers.* (Acta med. Scand. 100. I.) Tipikus calcinosis universalis eset közlése. A szokásos kezelés (ketogen étrend, ammonium chlorid, quarz) hatástalan maradt. Kiindulva abból a feltevésből, hogy alkaliás közegben több Ca-proteint képződik és a Ca-proteint jobban oldódik, mint a foszfatok és carbonatok, a szerző terapiás célból Na-citratot adott, továbbá a csontok méshianyának a pótlására Ca-gluconat injectiókat. Hosszabb ideig tartó kezelés után teljes gyógyulás! A gyógyulást a közölt röntgen képek demonstrálják. (G. 71.)

Gömöri Pál dr.

Exogen anaemia perniciosa. *G. Alsted.* (Amer. J. Med. Sci. 1939. 197.) Anaemia perniciosa esete, melyben 8 éven keresztül folytatott, az extrinsic factor teljes hiányával járó, különleges diéta okozta a betegséget, felnőtt férfin steatorrhea nélkül. Egyedül extrinsic factor adagolásával teljes gyógyulás. (G. 70.)

Kollai István dr.

Antiperniciosás factor a foetusban. *Wigodsky, Richter, Ivy.* (Amer. J. Med. Sci. 1939. 197.) Borjufoetus májának perniciosus gyógyító hatása bizonyítja, hogy benne anti-anaemiás factor van, s minthogy az extrinsic factor felvételére a foetusnak nincsen módja, kell, hogy ezt az anyától kapja. Lehetséges, hogy ez okozza a nagy szükséglet miatt a terhességi perniciosát. Minthogy disznófoetus mája perniciosában nem hatásos, lehetséges, hogy a foetus antiperniciosus factor nélkül is képes normális vörösvértestképzésre. (G. 69.)

Kollai István dr.

Bilirubin hatása a vérvesztéses kevésvérűség regenerációjára. *Zih Sándor.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 106. 132—136.) Nyúl-kísérletekben az állat vérének negyedét fülvéneből elvezetve, majd vörösvértestszám-lálassal figyelt a regenerációt. Napi 1 mg. bilirubin i. v. 3 napon át a regenerációt az átlagos 17 napról 10-re rövidítette, azonkívül a regeneratio egyenletesebb, ingadozásmentes lett. Napi 10 mg. bilirubin viszont gátolta a regenerációt. A kis bilirubinadagok hatásának mechanizmusa az erythropoeticus rendszer ingerlése, a gátló hatásról nem emlékezik meg a szerző. (B. 30.)

Kuchárik József dr.

Bilirubin vörösvérsejtképző hatása kevésvérű emberekben. *Zih Sándor.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 106. 136—138.) Különböző eredetű másodlagos kevésvérűségben 3—4 napon át adott 25—30 mg. bilirubin, ill. biliverdin (n) 100 NaOH-ban oldva és i. v. napok alatt kifejezetten emei a vörösvérsejtszámot, az eredmény tartós és megismételhető. (B. 31.)

Kuchárik József dr.

Syntheticus kolloid (polyvinylalkohol) a hypertoniás oldatok és vérpótló folyadékok kiegészítőjeként. *Stierlein G.* (Zschr. f. d. ges. exp. Med. 1939. 106. 201—212.) A polyvinylalkohol sárgásfehér, vízben jó oldódó por, az oldat kolloid osmotikus nyomása 200 mm vízoszlop. 7%-nál tömnyebb sóoldatban kicsapódik. A p. előnye, hogy az infundált folyadékot az eddig használt colloidoznál huzamosabb ideig tartja az érpályában. Az agygyomást, amely iránt a szerző különösen érdeklődik, jobban lezállítja, mint más hypertoniás infusio. A p. állatkísérletekben nem mérgező, állandó összetételű és jól kezelhető, sterilizálható. (B. 32.)

Kuchárik József dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Horváth Kornél és Benedek Andor.*

A rákmetastázisok teleröntgentherápiájáról. *Mallet.* (Strahlenther. 1939. 64. 201.) A röntgenkezelés e módja nagy haladást jelent a gyógyíthatatlan, illetőleg a már teljesen infaust rákesetek gyógyításában. A teleröntgentherápia 3 physikai feltételre alapszik: a nagy focus-börtávoltág (1—2 m.), a nagy mező és az intenzív mélyhatás. A dosirozás feltételei egyébként nem különböznek az egyébként szokásos mélytherapiás kauterálaktól. Szerző ülésenkint 40x40 cm, vagy 50x50 cm-es mezőre 25 r-et szolgáltat ki, összdosisként pedig mintegy 1000—1200 r-et mezonként. Jó hatást látott azonban már 250—400 r adagolása után is. A percentuális mélydosis 1.20 m. focus-börtávolságnál több mint 60%. Szerző részletesen közölt eseteiből itt csak a nőgyógyászati eredményeket említjük meg. Azon csoportba tartozó betegeknek, akik sugaras kezelésben egyáltalában nem részesültek, már aránylag csekély összdosissal sikerült inkurabilisnak vélt eseteket, tehát ahol a folyamat a vaginára is nagymértékben ráterjedt, az egész kismenede, parametriumok infiltráltak voltak, annyira meggyógyítani, hogy a parametriumok infiltrációja teljesen eltűnt és a besugárzás végeztével tehát mintegy két hónap múlva a daganatnak csupán kis maradványa volt még észlelhető. Ami a teleröntgentherápia meglepően jó eredményeinek magyarázatát illeti, igen nehéz feladat. Maga az a tény, hogy a bőrreakciók hiányzanak, még erythema sem lép fel, a besugárzott bőrterület nem epilálódik s a tumor mégis teljesen eltűnik, a kutatást igen nehéz probléma elé állítja. Ugylát-

szik teleröntgentherapiánál a sejtek különböző stádiumai egyformán reagálnak s így itt nem érvényes az a szabály, hogy a sejtek radiosensibilitása a sejtek oszlási állapótól függ, amely szerint az élénk sejtoszlasban levő sejtek radiosensibilisebbek. Fel kell tételezni, hogy a milieu physico-chemiai megváltozásában keresendő az az ok, mely képes volna ráksejtek növekedését megakadályozni, vagy legalább is vitalitásában meggátolni. Esetleg a tumor környezetében a besugárzás hatására képződő fermentumok és antitestek lennének azok, melyek a ráksejteket feloldják. Epen ezen effectus kiváltása céljából nem szabad tülerős besugárzással a tumort körülvevő anyatalajt szétroncsolni. A röntgentherapiának ezen új faja nagy haladást jelent az általános rákgyógyításban, s szerző véleménye szerint is, a teleröntgentherapiának nagy jövője van.

Korompai Imre dr.

Eredmények diskontinuens röntgenbesugárzással. Heeren és Müller. (Strahlenther. 1939. 64. 449.) A diskontinuens röntgenbesugárzás abból áll, hogy a röntgensugárzást átluggatott forgó ólomlemez segítségével meg lehet szakítani s ezáltal el lehet érni azt, hogy a besugárzott terület a megszakitások száma szerint másodpercenként bizonyos számú impulzust kap. Szerzők kísérleteiben 28—166 megszakitást végeztek másodpercenként. E besugárzási methodusnak lényege abban van, hogy a friss szövetnedvvel átáramoltatott szövetek érzékenyebbek a röntgensugár iránt, tehát ha a röntgensugár ilyen módon egy-egy pillanatra kikapcsoljuk, ezalatt a szóbanforgó testrészen a következő impulsus már akkor éri a sejtet, amikor ott már megtörtént a sejtanyagcsere, tehát a sejt ismét sugárérzékenyebb. Szerzők tengerimalac és házinyúl heréjét sugározták be ezen eljárással és azt találták, hogy a diskontinuens röntgenbesugárzás hasonló dosisú és időtartamú besugárzás mellett a sejtben kifejezettebb degeneratiókat hoz létre, mint ugyanolyan minőségű kontinuens besugárzás. Az így megsugárzott sejtfeleségeket fellelő elváltozások, mint azt a szövettani vizsgálatok igazolták, hasonlítanak a rádium és a protrahált röntgenbesugárzás által okozott elváltozásokhoz, melyek a sejt deformációjában, felduzzadásában és vakuoláképződésben nyilvánulnak meg. Jóllehet a röntgensugár megszakitásokkal bocsátjuk a testre, a besugárzás tartama mégsem lényegesen hosszabb, mint a kontinuens besugárzás esetén. Tekintve azt, hogy fracitonált adagolást szerzők nem használtak s az elváltozások mégis ilyen nagyfokúak, feltehető, hogy a discontinuens besugárzási methodussal a sejtet a besugárzás iránt eddig még nem ismeretes módon befolyásolni lehet.

Korompai Imre dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Szemecomplicatiók polyarthriti chronica infantilis esetén és Still-féle megbetegedésben, egy kritikai megjegyzéssel az általános rheumatikus infectiók pathogenesisére vonatkozóan. Hüssler. (Mschr. Khk. 77.) Gyermekekben a reumatizmussal kapcsolatos szembetegségek ritkák. Eckstein 6 polyarthritist kiállott gyermeknél észlelt subfebrilitással járó, conjunctivitis injectio után rheumarecidivát. 4 chronikus polyarthritises betegről számol be, akik közül kettőnek polyarthriti chr. infantilis, kettőnek Still-féle betegsége volt, akiknél a betegség lefolyása alatt szemcomplicatiók (keratitis, iridocyclitis) léptek fel. A 4 közül az egyik tipikus Still-féle betegség, amelyre jellemzők: chronikusan több ízület megbetegedése, léptumor, mirigyduzzanat, láz, az ízületi punctatumban főleg leukocyták. Sokan a Still-féle betegséget önálló, a polyarthriti chr. infantilistól különálló betegségnek tartják. A polyarthriti chr. infantilisenél láz nincsen, léptumor hiányzik, az ízületi folyadékban lymphocytás, erős osteophytaképződés van. Mindkettőnél fokozott vörösvérsejtsüllyedés van, amely gyulladásos, infectiosus, toxikus eredetre vall. A kettő elkülönítése néha nehéz, még az ízületi punctatummal sem sikerül, mert vannak kevert alakok is, ezenkívül Still-féle betegségnél is lehet látatlan periodus, osteophytaképződés, viszont a léptumor néha itt is hiányzik. A főkülönbség a két betegség között, hogy a polyarthriti rheumaticához a gyermekkorban rendszerint társul endokarditis. A Still-féle betegség chr. sepsis, amelynél az Aschoff-féle csomók hiányoznak és az endokarditis nem tartozik a kórképhez, mint kórokozót sokszor sikerült kimutatni a streptococcus viridanst. Szerző egyik eseténél a rheumatismushoz endokarditis társult, majd később a betegség lefolyása alatt a Still-féle betegség összes tünetei kialakul. Ilyen kevert formát többen is észleltek. Vélemé-

nye szerint a polyarthriti rheumatica ac. és a primaer chr. ízületi rheumatismus mindkét formája, ú. m. a Still-féle betegség (polyarthriti leucocytatica) és a polyarthriti chr. infantilis (polyarthriti lymphocytatica) tipikus formáiban morphologiailag különböző betegségek, azonban aetiologiájuk azonos. (K. 95.)

Révész Klára dr.

A vakbélgyulladás kérdése gyermekkorban. Wentzler és T. Müller. (Mschr. Khk. 76.) 237 eset kapcsán észlelt megfigyeléseiről számolnak be. Keletkezés tekintetében a vakbélgyulladást 2 csoportba osztják: 1. mechanikai, 2. fertőzés által keletkezett. A mechanikus úton létrejött vakbélgyulladás csoportja alkotja a chronikus, recidiváló vakbélgyulladásokat. Jellemző időszakosan visszatérő mély nyomási fájdalom a Mac-Burney ponton, időnként jelentkező hányások. Főleg ezen esetekben könnyen jön létre heveny perforatio, ahol mechanikusan a lefolyás akadályozott. A heveny vakbélgyulladások létrejöttében nagy szerepe van a heveny fertőző megbetegedéseknek is. Ezzel nagyarázható a vakbélgyulladások járványszerű fellépése. Differentialdiagnosiz szempontjából szóbajön typhus, paratyphus, jobboldali alsólebeny pneumonia, mellhártyagyulladás, acetonaemiás hányás, tonsillitis, hepatitis, ureterkólika, pneumococcus peritonitis. A három legfontosabb tünet vakbélgyulladásnál a hasfájdalom, nyomási érzékenység, hányás. Ezért kórházba valók azon gyermekek, akiknél hasfájdalom, nyomási érzékenység, hányás forog fenn. Az olyan hasfájdalomban szenvedő gyermekek, akiknél kétségkívül 2—3 ízben vakbélgyulladás forgott fenn, azon gyermekek, akiknél emésztési zavarok forognak fenn hasfájdalommal egyidejűleg, végül akiknél conservativ kezelésre 24 óra múlva javulás nem észlelhető. (K. 94.)

Martyn Róbert dr.

Tuberculositikus „Infiltrierung és Infiltratum” Schwenk. (Mschr. Khk. 77.) Gócképződés, amely a röntgenfelvételen „Frühinfiltrat” képeben látható, létrejöhet: 1. a tuberculosis első szakának perifocalis gyulladása, 2. a tuberculosis második szakának perifocalis gyulladása, 3. épen gyógyult, de újra activálódott régi primaer góc körüli perifocalis infiltratio, 4. gyógyult, de újból activálódott régi reciduaer tüdőgóc körüli perifocalis gyulladás, 5. fennálló tuberculosis mellett létrejött friss fertőzés, 6. nem specifikus tüdőgyulladás, 7. interlobaris mellhártyagyulladás következtében. Figyelmeztet, hogy az „Infiltrierung”-ot mutató röntgenképeknek figyelmünket tuberculosis felé kell terelniük, azonban a röntgen mellett az egyéb vizsgálatok is elvégzendők. A prognosiz tekintetében nem szabad túl sötét képet festenünk, egyrésztük ugyanis nem tuberculositikus, másrésztük pedig a szokásos módon gyógyul. A végső szót csak hosszabb megfigyelés után mondhatjuk ki. (K. 93.)

Wollek Béla dr.

Naevus flammeus orvoslása új magasnyomású kénéső-lámpával. (Intensollámpa). S. Lomholt. (Dermat. Wschr. 1939. 30.) A naevus flammeus orvoslásában a szénsavhó, rádium és Finsen kezeléseknél sokkal jobb eredményeket ért el (30 eset) a Phillips (Eindhoven) féle Intensollámpával, mely száz atmosphaera nyomással dolgozik. A lámpát a Strahlentherapie-ban (1937. 59. köt. 390. o.) ismertetett toldalékkal használja. Két esetét képen mutatja be. Ezekben az esetekben 4—5 kezelési seria után 6—15 perces besugárzásokkal ért el teljes elhalványodást. (Sz. 77.)

Szép Jenő dr.

Érvelés a kötelező házasság előtti és terhesség alatti vérvizsgálat mellett és ellen. J. A. Kolner. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1939. 112. 2385.) A kötelező vérvizsgálat mellett és ellen szóló érveket vitairat formájában közli. Érvek a házasság előtti kötelező vérvizsgálat (Wo) mellett: 1. A házassalandók között igen sok a vérbajos. 2. A Wa.-r. lefoglalja szorítani a syphilis előfordulását. 3. A Wa. a legalkalmasabb a syphilis felderítésére; 4. A syphilises betegek körülötte gyerekek gyakran hiányzik; 5. A klinikai vizsgálat nem alkalmas a syphilis kórismezésére; 6. A Wa.-r. csökkenteni fogja a syphilis átvitelét a házastársra és a gyermekre; 7. A Wa.-r. csökkenteni fogja a házasság munkaképtelenségét, vagy korai halála folytán beállott gazdasági katasztrófákat; 8. A Wa.-r. csökkenti a válások számát; 9. A Wa.-r. a kezelésre való hajlamosságot emelni fogja; 10. A Wa.-r. az antiveneraeus nevelés és küzdelem lényeges tartozéka lesz. Érvek a kötelező Wa.-r. ellen: 1. A Wa.-r. adhat nem specifikus, vagy hamis eredményt; 2. A positiv vérelet önmagá-

ban még nem mindig akadály a házasságnak, különösen a kezelt latens syphilisben; 3. A kötelező W.-r. visszaretentet egyeseke a házasságtól és a promiscuitást segíti elő; 4. A Wa.-r. nem mindig mutatja ki a syphilit, különösen a korai időszakban. — Érvek a terhesség alatti kötelező Wa.-r. mellett: 1. A Wa.-r. alkalmas arra, hogy felkutassuk a férjes és hajadon nők syphilisét; 2. A Wa.-r. és az ezt követő kezelés növeli a nem beteg újszülöttek számát és csökkenti a vetéléseket; 3. A Wa.-r. utáni kezelés a következő terhesség miatt korábban kezdhető; 4. Az újszülöttet is korábban kezelhetjük; 5. A család többi tagjának a syphilise is kiderül. A terhesség alatti Wa.-r.-nek ellenérve nincs. A szerző az érvek mérlegelését az olvasóra bizza. (Sz. 80.)

Faragó László dr.

A Morbus Reiter bőrjelenségeiről. H. Kuske. (Arch. für Dermat. 179. 1.) A Reiter által 1916-ban spirochaetosis arthritica néven leírt körképet két ízben észlelte. Utána vizsgálok a Reiter által talált spirochaeta leletet nem tudták megerősíteni és így a baj kóroka még ma is ismeretlen. A bántalom a gonorrhoeát utánozza: urethritis, arthritis és conjunctivitishez, ritkábban bőrjelenségek, így papulák, pustulák és az ezekből fejlődő hyperkeratorikus kúpok társulnak. Hasonló bőrelváltozásokat gonorrhoeával kapcsolatosan is leírtak, de az összefüggés sok esetben kérdéses maradt. Lehetséges, hogy többször fel nem ismert Reiter-kórról volt szó és ezért a fenti syndrománál mindig gondoljunk erre a lehetőségre. (Sz. 76.)

Ujf. Nékám Lajos dr.

Néhány szó a Bucky-kezelésről. R. Giraudeau és H. Camusat. (Bul. soc. franc. Derm. et Syph. 1939. 4.) A különböző bőrbajok ellen (naevus vascularis planus, neurodermitis, chronikus ekzema, localisált pruritus, stb.) nagyon ajánlják a Bucky-besugárzást, mert 90 betegünk közül 50 meggyógyult és 22-n javulást észleltek. Előnye, hogy veszály nélkül ismételt, mert túladagolás is csak enyhe bőrpírt okoz, mely két hét alatt meggyógyul. Késői Bucky-dermatitist 10 év alatt sem észleltek. Egy kellemetlensége van, hogy pigmentációt okoz. (Sz. 78.)

Dósa András dr.

Fix bőrkiütés és stomatitis sulfanilamid-kezelés következtében. A. B. Loveman és F. A. Simon. (Arch. of Derm. and Syph. 1939. 40. 29.) 34 éves férfi 5 napon át napi 6 tablettá sulfanilamid szedése után a 9. napon szájban, tenyéren és nyakon bőrkiütést észlelt, mely néhány nap alatt gyógyult. 1 hó múlva ismételt szedett sulfanilamid után u. a. a helyeken bollosos jelenségek léptek fel. A szerzők ezeknek elmúltával ismételt adott sulfanilamid után az eredeti helyeken a jelenségek kiújulását észlelték. A „lebenskepróba” a fix kiütések helyén pozitív, egyéb bőrtüneteken negatív volt. (Sz. 79.)

Szodoray Lajos dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

Ureterkő eltávolítása hurokkatheter segítségével. Zeiss. (Ztschr. f. Urol. 1939. 3.) Az eszköz lényegileg egy normalis ureterkatheternek felel meg. Ablaka nem a szokott helyen van, hanem 5 cm-re a csücsztől. A katheter csücsára, mely a szokottnál vékonyabb, egy erős selyemfonalat erősítettek s ez a fnál a katheter ablakán keresztül belekerül a katheter csatornájába s azon végighaladva, annak másik végén hosszan kilóg. Ha most ezt a kathetert néhány cm.-el a kő fölé vezetjük, a selyemzsinór meghúzásával a katheter csücsa visszahajlítható a katheter ablakáig, miáltal kacs keletkezik. A katheternek és a selyemzsinórnak egyidejű visszahúzása mellett az ureterfonal tonusa a követ a kacsba nyomja és így a kő az ureterből lassan kihúzható. Olyan kövek esetében, melyek kihégyezettek s róluk a kacs könnyen lecsúszik, egy másik kathetert használ, hol a selyemzsinór segítségével a kacs oldalt hajlítható, miáltal az szájkosárszerű alakot ölt s így a hegyes kőre is ráhúzható. (B. 20.)

Remete Tibor dr.

Az incrustálódó hólyaghurut kérdéséről. Kneise. (Münch. Med. Wschr. 1939. 20.) Az incrustálódó hólyaghurut eredetere vonatkozólag megállapítja, hogy egyes bakteriumfajták, mint pl. a bacillus, proteus incrustálódó hólyaghurutot okozhatnak, de a szervezet részéről is dispositio szükséges. Ilyen lehet az A- és C-vitamin hiánya, vagy a vér calciumtűrének a megváltozása. A betegség kezelése kettős irányú: u.

m. 1. közvetlen gyógyítás; 2. a recidivára hajlamos betegség kiújulásának megakadályozása. A gyógykezelést az incrustatumok kikaparásával kezdi, majd kettős menetű katheterrel állandó öblítést alkalmaz 1%-os argidal oldattal. Azonkívül a bakteriumok fajtájának megfelelően különböző desinficienseket juttat a hólyagba. Belsőleg is ad vizeletfertőtlenítő gyógyszereket. A kezelést addig folytatja, míg a hólyag feltisztul (6—8 hét). Már a kezelés alatt és után is gondoskodik a rendszereint alkalikus vizelet megsavanyításáról diatétás úton, valamint a szervezet A- és C-vitamin szükségletének bőséges fedezéséről. (B. 19.)

Remete Tibor dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: Simon Sándor.

Pituitrin és acetylcholin antagonizmusa. Nechless H., Neuwelt F. (Amer. J. of Phys. 1938. 124. 1. 142.) Dodds hypophysishátsólebenshormon adagolással állatokban gastritist és perforált ulcust tudott létrehozni. Acetylcholin a gyomor ereit összehúzza, mint azt Nechless kimutatta. Felmerül a kérdés, vajjon a fokozott hátsólebenshormontermelés nem hat-e az acetylcholinesterase aktivitására. Szerzők kutyákban, különböző narkosisokban azt találták, hogy előzetesen adott kis dosis (0.01—0.8 egység) pituitrin az acetylcholin vérnyomástüllesztő hatását csökkenti, ill. teljesen kioltja. In vitro azonban az acetylcholinesterase hatását sem a hozzáadott pituitrin, sem a pituitrinnal előzetesen kezelt kutyák seruma nem változtatja. A fent említett elemlet tehát megerősítést nyert. Lim mutatta ki, hogy a vagus centralis csomójának ingerlésére erősen fokozódik a hátsólebens tevékenysége. Izgatva a vagus centralis csomóját a szerzők azt találták, hogy az így a vérpályába adott pituitrin csökkenti az acetylcholin vérnyomástüllesztő és nyáleválasztást fokozó hatását. Ilyen kis mennyiségű pituitrin szembevető hatása arra mutat, hogy az acetylcholin és pituitrin antagonizmusa egyike a physiologiás mechanizmusoknak. (S. 14.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Vérkálium változása kutyákban asphyxia és tetaniás görcsök alatt. Mullin F. J., Dennis J., Bailey Calvin D. (Amer. J. of Physiol. 1938. 124. 192.) Szerzők nembutamarkosisban kutyákon kétféleképpen neuromuscularis tetaniát hoznak létre. Változtatják a Ca/K arányt a cysterna magnában, vagy leszorítva a tracheát asphyxiás görcsöket váltanak ki. A görcsök előidézése előtt, a görcsök alatt és után nézik a teljesevér K-ot, plasma K-ot, vörösvérsejt-volumet, vörösvérsejtszámot, haemoglobint, plasma proteint N-t. Nagyszámú kísérletekben a görcsös állapot alatt — bárhogya is hozzák azt létre — a plasma K a görcsök intenzitásától függően 18—40%-al emelkedett. Kétségtelen, hogy ez a plus K, legalább is nagy része a szövetekből szabadul fel. Erre a szerzők két támpontot adnak: 1. Fenn és mások kimutatták, hogy munka alatt az izomból K jut a vérbe; 2. Houssay és mások találták, hogy adrenalin K-ot szabadít fel a májból. (S. 15.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Szintetikus oestrogenek tumorokozó hatása. Robson és Bauser. (Nature 1938.) Bizonyos egérfajok nőstényeiben nagy számban fejlődnek ki minden külön beavatkozás nélkül mammatumrok. Hímek, valamint a pubertás kora előtt castralt nőstények egészségesek maradnak. Ha a hímeiket hosszú időn át oestronnal kezelik, rajtuk is megjelenik az emlőrák. Szerzők ez egérfajta hímjeiben rákot hoztak létre a szintetikus oestrogen hatású triphenyl-aethylen napi 300 mg-jának injectiójával. Más egérfajok hímjein, (ahol a nőstényeken nem fejlődik mammatumor) a triphenyl-aethylen injectiók hatástalanoknak bizonyultak. (S. 21.)

Berend Miklós dr.

Thyreotrophormon titrálása fiatal csirkékkel. C. L. Cope. (J. of Physiol. 1938. 94. 358.) Szerző 1—3 hetes csirkék thyreideáját vizsgálva azt találta, hogy annak súlya a fent jelzett időben igen állandó 4.5—5.4 mg. Szövettanilag kolloiddal töltött acinusokból áll. Ha ilyen csirkéknek subcutan thyreotrop-hormont injiciált, a mirigy igen erősen megnövekedett, a kolloid erősen lecsökkent, a laphám köbhámmá alakult, a mirigysejtek magva erősen megnövekedett és számtalan mitosis észlelhető. Az elváltozás foka a hormonmennyiségtől függ. Már 0.1 Parkes-egység kimutatható. Egyidejűleg befecskendett antithyreotrop tartalmú serummal a hypertrophia meggátolható, tehát a csirkék pajzs-

mirigye egyszermind az antithyretrop factor kimutatására is alkalmas. Tekintve a csirkék pajzsmirigy súlyának, valamint szövettani képeinek nagy állandóságát szerző ezeket alkalmasabbnak tartja thyretrop és antithyretrop tényező kimutatására, mint a tengerimalacokat, amelyek különben a csirkéknél drágábbak is. (S. 17.)

Kokas Eszter dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Aetiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheiten. Paul Bonnevie. (Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Kopenhága és Johann Ambrosius Barth Verlagsbuchhandlung, Leipzig, kiadása. 592. oldal, 65 ábrával. Ára 18. RM.) Az ekzema-kutatás ma a dermatológusok érdeklődésének középpontjába került. Noha az ekzema mint kórkép a dermatológiában már régóta ismeretes, közelebbi meghatározása azonban az idők folyamán klinikai és elméleti ismereteink szaporodásával változott, s ma is különböző dermatológiai iskolák, sőt egyes szerzők is az ekzema fogalma alatt — egyéb, főleg azonban kóroktani szempontból — tulajdonképpen heterogen folyamatot értenek.

Eppen ezért nagy örömeim kell üdvözlőm az olyan munkákat, amelyek ezt a még korántsem feltárt és megvilágított kérdést tisztázni akarják, s így nagy jelentőséget tulajdonítunk a szerző e hatalmas művének, amelyben saját tapasztalataiból és kísérleteiből leszűrt eredményeit ismerteti s mindezeket könyvében olyan világosan és plastikusan lefekteti. Az ekzema-kutatás terén számos részletkérdést oldott meg, nyomatékosan kiemeli azonban, hogy még nem érkezett el annak ideje, hogy az ekzema kórképét minden szempontból pontosan és véglegesen tudnánk definiálni. Különösen rámutat arra is, ha a könyvében az ekzema csoporton belül egyes ekzema-typusok osztályozását kísérelte meg, ezt a beosztást azonban korántsem tekinti véglegesnek, hanem kizárólag a könnyebb tájékozódás céljából határozta el magát erre.

Nagyon helyesen rámutat a szerző arra is, hogy ma már nem analysálhatjuk és definiálhatjuk az ekzema kórképét *morphologiai alapon*, mert az ekzema keletkezése, vagyis kóroktani szempontból ismereteink annyira gyarapodtak, hogy az ekzema fogalmának meghatározásában utóbbi körülményekre különös tekintettel kell lennünk. Az osztályozás kóroktani szempontból nem történhetik egyedül, mert e vonatkozásban rendkívül olyan sok tényezőt, illetve okot ismerünk, amelyek megfelelő adottság mellett ekzemat ki tudnak váltani.

A szerző könyvében (főleg az első fejezetben) különösen az idiosyncrasiás alapon fellépő ekzémával foglalkozik behatóan s szerinte az ekzémának morphologiai különállása és elhatároltsága a legkifejezettebb és legtisztább alakban ebben az ekzema-typusban nyer kifejezést.

Végeredményben az ekzema kórképét a következőképpen kívánja meghatározni: az ekzémás jelenségek tulajdonképpen a bőr felhámjának gyulladásoz jelenségei, amelyek hólyagképződést és spongiost okoznak, tekintet nélkül azonban az allergia székelyére, az antigen származására, s az anti-test-képződés lehetőségeire.

Könyvében részletesen foglalkozik még az ekzema allergiás kérdéseivel, különös tekintettel desensibilizációs problémákra, amelyek nagyon érdekesek s az ekzema-kutatásban nagy értéket jelentenek.

Bonnevie munkája az ekzema-kutatás terén tehát igen nagy jelentőségű s nagymértékben gazdagította szakirodalmunkat. Nemcsak kitűnő áttekintést nyújt a legújabb ekzema-kutatásról, hanem saját vizsgálatait és tapasztalatait több kérdésben döntő jelentőségűek. E munka úgyszólván nélkülözhetetlen szakorvosok számára, de egyéb szakmabeli és gyakorló orvosok is nagy hasznát vehetik, mert igen világosan, plastikusan fektette le benne az újabb ekzema-kutatás ismeretét.

Neuber Ede prof.

Der Arzt in der Dichtung unserer Zeit. Irta: Bruno Wachsmuth. 244. oldal. Enke, Stuttgart, 1939. A könyv szerzője irodalomtörténész, aki kiváló felkészültséggel világítja meg a századfordulótól napjainkig az orvostudomány szerepét a szépirodalomban. De hangsúlyozni szükséges, hogy a könyv címe nem fedi mindenben a könyv tartalmát, mert csupán az idevágó német szépirodalmat dölgozza fel. Kitűnően érzékelteti a medicinát mint tudományt, az orvosi ténykedést mint művészetet és nyelvezetével valamint gondolatainak gazdagságával plastikus képet nyújt a jelzett

tárgykörrel. Külön fejezetekben tárgyalja az orvostudomány befolyását a naturalizmus kezdeti irodalmára, a XIX. század természettudományos orvosának lelki beállítottságát, a késői naturalizmus orvosát, az orvost mint az élet profétáját, továbbá az orvos mivoltát Schleich, Carossa és Finkh költői élményeként. A modern orvosi hivatásbeli ethosának érdekes képét adja az irodalom kritikájának tükrében, szintúgy a természettudományos alapba vetett kétségeket, valamint a kartársaiság Janusfejűségét. Kissé hézagos az orvos képe a világháború költészetében, amint-hogy nem tudja leplezni a szándékosságot az orvos mint Führer című fejezetben, ahol lelki vezető, socialis vezető, és népi (volksverbunden) vezetői szerepében osztályozza az orvost. A munkában nem egy helyen túlhajtott módon philologizál, véleménynyilvánítása több helyen rövidzárlatot szenved, mindamellett ebből a munkából ismerjük meg a bibliographia hiánya mellett is a német orvosi tárgyú költői megnyilatkozásokat. Mindez azt mutatja, hogy Hippokrates és Paracelsus tanai újból jogaikba lépnek.

Puder Sándor dr.

Röntgendiagnostik der Lungentuberculose und ihre Bedeutung im Rahmen der Gesamtuntersuchung. Irta: F. Koester. 60. oldal, 45 röntgenkép. Enke, Stuttgart 1939. Ára R. M. 5.50. A röntgenvizsgálatnak az orvostudomány területén talán a phthisiologiában van legkiemelkedőbb jelentősége. A tüdőgümőkór általános vizsgálata keretében a röntgen a legfontosabb, mert nemcsak a folyamat kiterjedésére, hanem minőségére is adott esetben döntő következtetést vonhatunk. Manapság, amikor a tuberculosist nem halljuk, hanem látjuk, amikor pld. a Witrich és Gerhardt féle cavernatüneteknek csak diagnostika-történeti értéke van, másrészt az üreget nem sejtett korai időpontban a röntgenfénykép rögzíti és így a beteg további sorsát illetően elhatározható a jelentősége, illő óvatosság ajánlatos. Ne vezetessük ugyanis magunkat egyedül a röntgen örvén, miután a röntgen a tüdőgümőkórnak elsőrendű szolgálója, de rossz mestere. A röntgenvizsgálattal előálló hibák csak akkor küszöbölnönek ki, ha az értékelésnek kellő határt szabunk. E megállapítások jegyében írodott, főképp a gyakorló orvos számára — ez az eductiv célú, kitűnően összeállított munka.

Puder Sándor dr.

Le Poumon. Structures et mécanismes a l'état normal et pathologique. Irta: A. Policard. Kiadó: Masson et Cie. Paris, 1939. 316 oldal. Ára Fr. 55. — E kitűnően megírt monographia a tüdő szerkezetét és működését tárgyalja ép és kóros körülmények között, olyan szempontot igénybevételeivel, amit a hivatalos anatómia és pathológia eddig csak mostohán alkalmazott. A munka magvát a histophysiologiai kérdések megbeszélése alkotja, miközben szorosan alkalmazkodik a klinikai, röntgenológiai és kórbonctani eredményekhez. A már kifejlődött tüdő sajátosságainak ismertetése közben taglalja a fejlődéstörténeti és összehasonlító-bonctani kérdéseket. A munka első része az alveolaris parenchymát, a második rész a broncho-vaskularis képződeményeket és a tüdő kötőszöveti vázát tárgyalja. Az alveolaris parenchymáról szeizőnek az a felfogása, hogy a légző szövet mesenchymás elemekből áll, következőleg a tüdő szerkezete inkább a léphez, mint valamely mirigyes hámszervhez hasonlatos. A legtöbbet idézett szerző: Orsós Ferenc, akinek beható vizsgálatai a tüdő mechanikus jelentőségű széles kötegeiről, a transmissió távkötegekről (trajectorialis vázrendszer), melyek a tulajdonképeni respiratorikus rugalmas gerendázatot alkotják, — másszóval idevágó megállapításai kellő méltatásban részesülnek. De Huzella, Verzár és Rényi neveivel is találkozunk. Egyik legjobb fejezete az atelectasióról szóló, ahol azonban hiányoljuk Westermarck idevágó vizsgálatait. A tüdő a sejtek temetője és véleménye szerint accumuláló vérsinusi nincsenek. Az RE rendszer tárgyalását mellőzi, amint-hogy nem található meg Luisada vizsgálatai a tüdőclonusról és a tüdő rythmikus összehúzódásáról. A munka beosztása áttekinthető, tárgyalási módja könnyedsége mellett is alapos és annyira lekötö a figyelmet, hogy szinte lebilincselőnek mondható. Policard munkája különben is egyedülálló, hiszen erről a tárgykörrel más nyelven sem jelent meg hasonló rendszeres ismertetés. Ezt az elsőrendű tudományos megnyilatkozást nemcsak a pulmonológiával foglalkozóknak, de a távolabbi szakmák művelőinek is meleg figyelmébe ajánljuk.

Puder Sándor dr.

A Magyar Élettani Társaság június 8—11-i ülése.

(Folytatás.)

Beznák A.: Az idegingerület chemiai átvitele a pajzsmirigyben. A pajzsmirigy kétféle beidegzést kap. Az egyik adrenérgiás, ez a nyaki sympathicusban fut, ennek synapsisa a ggl. stellatumban van. Ezeknek a rostoknak érszükítő hatásuk van, ingerlésükre a pajzsmirigy szekretorikus elemei szövettanilag csupán elenyésző kísérleti eredményekkel igazoltuk. A pajzsmirigy arteriába fecskendezett adrenalin érszükítő hatást fejt ki, kokain fokozott, ergotamin-tartarát pedig gátolja mindkét hatást (t. i. az idegizgatását és adrenalinbefecskendezését). A másik cholinérgiás, ezek a rostok a vagusban és a hypoglossusban futnak és a pajzsmirigy két ideg laringealis ágaiiban érik el. A cholinérgiás rostoknak erős értágító hatásuk van; ingerlésükre a pajzsmirigy szekretorikus elemei a nagyfokú működés minden jelét mutatják. Ezen rostok cholinérgiás természetét a következő kísérleti eredményekkel igazoltuk. Acetylcholinak a pajzsmirigy arteriájába való fecskendezése értágulatot okoz, ezt a hatást atropin gátolja, eserin fokozza. A pajzsmirigy eserinézett vénás vérében a laryngicus izgatása alatt az acetylcholin ki is tudtuk mutatni, 10 és 100 millió közötti acetylcholin-konzentrációt találtunk.

Isschutz B. és Hettlerné Oroszy M.: A thyroxin anyagcsere hatása. A thyroxinnal kezelt macskákat, midőn az anyagcseréjük már kellőleg felemelkedett, magn. sulfát intracisternalis injectióval decapitálják a mesterséges légzés mellett mérlik az állatok oxygenfogyasztását. A kísérleteket egész éven át folytatva megállapítják, hogy az állatok különbözően reagálnak a hideg évszakban, mint a nyári meleg időben. Ha a decapitált állatok vérnyomását oxyphenylisopropylamin tartós infúziójával tartják normális magasságban, akkor az oxygenfogyasztás a decapitálás után rövidesen a normálisra csökken. Ha azonban ilyenkor az infúziót adrenalinval folytatják, akkor a hideg évszakban az oxygenfogyasztás újból felemelkedik, néha a decapitálás előtti érték fölé is. Nyáron ellenben az adrenalin hatására sem emelkedik fel az oxygenfogyasztás. Nézetük szerint a thyroxinnak kettős hatása van, egyrészt izgatja az anyagcsere központokat másrészt sensibilizálja a sejteket az adrenalin anyagcsere fokozó hatásával szemben. Az utóbbi hatás kifejezettebb a hideg évszak alatt, nyáron ellenben a centralis hatás uralkodik.

Mansfeld G.: A hőszabályozás humoralis átvihetősége. A vizsgálatokból kiderül, hogy hideg hatásnak kitett nyulak vérsavójának 5—10 cm-e más nyulakba fecskendezve az izmokban folyó égéseket igen erősen fokozza, vízint melegben tartott állatoké csökkenti. Mindkét hatás elmarad, ha olyan állatokot teszünk ki a hőhatásoknak, amelyeknek pajzsmirigye hiányzik. A hidegben keletkező hormon természetét illetőleg kiderült, hogy bár hideg hatására a pajzsmirigy thyroxint szekernál a vérbe, de nem ő maga fokozza az izomban az égések fokozódását, hanem a hypophysis egy eddig ismeretlen hormon leadására készíti, amely a vérrel átvive úgy látszik közvetlenül tudja fokozni az izomban az égést. Hypophysis irtott állatok ugyanis sem hűtére, sem thyroxin befecskendezésre nem szolgálhatnak hatásos vérsavókat. A melegben keletkezett hormonra irányuló vizsgálatok még folyamatban vannak. A vizsgálatok októbertől március végéig végeztek. Április kezdete óta a hűtött állatok vérsavója igen csekély hatású, ami a korábbi vizsgálatokból már ismert tavasszal csökkent thyroxin hatás következménye.

Lánczos A.: Kalium és acetylcholin különválasztásáról. Kalium és acetylcholin oldatából a kalium nátriumpermütittal való kirázással eltávolítható, míg az acetylcholin hatása, ha nem használunk feleslegben permütittot, változatlan marad. Ily módon szervkivonatokból eltávolíthatjuk a kaliumot és meghatározhatjuk a szervek valódi acetylcholin tartalmát.

Sós J.: Élelmiszerek B₁-vitamin tartalma, különös tekintettel a néptáplálkozásra. A déltiszántuli nép táplálkozásában szereplő vitamin mennyiségnek (dichloranilin reactióval photometrián meghatározva) fele a caloriát szolgáltató tápanyagokból, másik fele a kiegészítő, ízesítő anyagokból (hagyma, paprika stb.) származik. Munkásság, parasztság és iparoság táplálkozásában naponként és személyenként a késő őszi-téli-tavaszi, tehát a vitamin hiányosabb évszakban 2.52—3.68 mg között ingadozik a B₁-vitamin tartalom.

Mészáros E.: Thermoelektromos vizsgálatok a thyroxin szerepéről a hőszabályozásban. A bőrön és a végbélben végzett thermoelektromos hőmérsékek azt mutatták, hogy a novocain okozta hőzuhanást mindig megelőzi a bőrhőmérséklet emelkedése és hogy a hatás további folyamán is a bőr relativ hőmérséke lényegesen emelkedett. Thyroxinnal előkezelt állatokon, melyeken a hőzuhanás nem következik be, a bőr hőmérséklete sem emelkedett. Hogy a thyroxinnal előkezelt állatokon novocain tényleg azért nem okoz hőzuhanást, mert a bőrvérredények kitágulása eimrad, azt szépen bizonyították ama kísérletek, amelyekben a novocain-hőzuhanást nem thyroxin, hanem hasúrbe varrt villanylámpa melege akadályozta meg. Ilyenkor ugyanis változatlan testhőmérséklet mellett a bőr igen kifejezett felmelegedése következett be, novocain hatására. A kísérletek azt mutatják, hogy a novocaint eliensúlyozó központi thyroxinhatás a hőleadást gátolja és semmi vonatkozása sincs ama peripherias thyroxinhatással, mely a sejtekben folyó égést fokozza.

K. Kuthy S.: Phytchormon tartalma révén hat e az istállótrágya? Niklevski istállótrágyából előállított humusz praeparatumok által víz és homokkulturában különféle növényeken igen erőteljes gyökérfejlődést tudott előidézni. Bár Niklevski ezt a hatást a huminsavaknak a sejtplasmára való hatásával magyarázta, a jelenség annyira emlékeztet az auxinok hatására, hogy szerző megkísérelte bebizonyítani, miszerint ezt a hatást tényleg auxinok idézik elő. Lane módszerével (a gyökércsira fejlődés gátlása zabnál) vizsgálva különféle istállótrágyából készített praeparatumokat, szerző arra a következtetésre jut, hogy az istállótrágya tényleg tartalmaz auxinokat, azonban csak igen csekély mennyiségben. A Niklevski által tapasztalt gyökérfejlesztő hatás tehát auxinok jelenlétével nem magyarázható meg. A további kísérletek folyamatban vannak. (Előzetes közlemény.)

Simon S.: Újabb adatok a vérsavók érszükítő anyagának megismétléséhez. Alcoholos főzéssel, a csapadék leszűrésével, a szüredék vacuumos bepárolgásával, a maradék alcoholos fekvételével, majd az alcohol elpárologtatásával és a maradék physiologiás NaCl-ban való oldásával sikerült 7—24 órás macskaszavóból oly kivonatokat előállítani, amelyeknek vérnyomás-hatása megegyezik a macska vérsavójának a decapitált patkányon észlelt vérnyomás hatásával. 0.1 nHCl-ben való főzés 10 percig a kivonat hatásosságát nem csökkenti, 0.1 Na OH-ban való főzés ugyanennyi ideig a vérnyomás-hatást megszünteti. A hatásos anyag állati szénhez megkötődik, 6 órai oxigennel való átáramoltatás, az adrenalinall ellentétben a vérnyomás hatást nem csökkenti. Míg cocain adása után az adrenalin szenzibilizáció patkányvérnyomás nem tartós, addig ezen anyag vérnyomáshatása cocain adagolás után hosszabb ideig megnagyobbodott marad. A hatásos anyag nem histamin, mivel decapitált és adrenalectomizált patkányon vérnyomás-emelkedést okoz és hatás ilyenkor is szenzibilizálható cocainnal.

Csinády J.: Asymmetriás izomtultengések hatása a fejlődő csontrendszerre. Régebbi vizsgálataiban kimutatta, hogy a fejlődőkorban levő tanulóknak izmaiknak egyoldalú foglalkoztatása révén oly fokú izomtultengések is fejlődhetnek ki, hogy a tultengett asymmetriás izomzat komoly orthopaediai eiváltozásokat is hozhat létre, mint az vivokon szokott gyakran kifejlődni, ha nem iznek valami célszerű kiegészítősportot. (Arbeitsphysiologie 1938.) Vizsgálatait tovább folytatva kimutatta, hogy más sportoknál is kifejlődik ilyen okok folytán elváltozás, épen a közkedveit footballnál is, ha a fejlődésben levő gyermek állandóan ugyanabban a beosztásban vesz részt a játékokban. Különösen nagyon jól ellenőrizhető ez a körülmény röntgen felvételek útján, melyek elváltozásokat mutatnak az ízületi végek a csontok mézstartalmában, a csontok alakjában különösen a célszerű kompenzációs elferdülések szemponciájából. Igen nagyjelentőségűek a gerincoszlop komplikációs görbületei, valamint a csontgerendázatok újrendezkedései.

Hámori A.: Külső hyperthermia hatása a kutyák légzőközpontjaira. Vizsgálatai azt mutatták, hogy a nyultagy légzőközpontja a vér hőmérsékletének emelkedésével szemben alig érzékeny. Tehát újabb bizonyítékot nyert arra vonatkozólag, hogy a medulláris légzőközpont automatáserüen működik és a légzésnek csak primitív formáját képviseli. A vér hőmérsékletének emelkedését a hid-központ érzi meg. A thalamuson át történik a légzés reflexes szabályozása hő és fájdalom ingerekre. A nagygyakeregnek a közismert psychomotorcs reflexeken kívül a hőhűgés keletkezésében is döntő szerepe van kutyákban. Végül az állat erős felmelegítésével sikerült az agytörzsben elhelyezett három légző-

központi szétválasztani azért, hogy ezek egymás után szenvedtek hőbénulást, vagyis először a hid-, majd a gátló-, végül a nyuitagyi légzőközpont szüntette be működését. Tehát nemcsak az agytörzsben végzett sorozatos metszésekkel hanem vértelen uton is sikerült kimutatni, hogy több légzőközpont van.

Korényi Z.: A szervezet munkavégzőképességének befolyásolása. Kísérletünkben a „Corhormon” nevű embryonális szívkiivonat hatását vizsgáltuk a mesterségesen előidézett sportszív kialakulására. Egy tenyészetből vett fehér himpatkányok megfelelő futtatöhengerben több napon keresztül megismételt erős testmunkát végeztek. A futási periódus befejezéséig az állatok átlagban testsúlyuk 18%-át elvesztették és erős fáradtság jeleit mutatták. A doigztatás következtében az állatok 25%-a elpusztult. Az állatokat leölve azt találtuk, hogy mellékveséjük középértékben 85%-os, szívük pedig 18%-os hypertrophiát mutat. Ha ugyanezt a kísérletet úgy végeztük, hogy patkányok a munka megkezdése előtt több napon keresztül, valamint a munka egész tartama alatt napi 1 ccm corhormont kaptak subcutan, akkor a következőket tapasztaltuk: az állatok a munka egész tartama alatt fáradtság jeleit nem mutatták, súlyuk a nagy munka dacára sem esett, mortalitás nem volt. A munka-periódus befejeztével leölve az állatokat azt találtuk, hogy mellékveséjük mindössze 37%-kal hypertrophizált, szívük súlya pedig normális volt. Ezen kísérletekből arra következtetünk, hogy a corhormon növelte a szív erejét úgy, hogy a kronikus nagy munkát — szemben a kontrollokkal — hypertrophia nélkül tudták teljesíteni, megjegyezve, hogy a corhormonozott állatok a munkát fáradtság és mortalitás nélkül teljesítették.

Kokas F.: A peripheriás ideg O₂-elhasználásáról. A gerincaggal összefüggésben hagyott béka ischiadicus O₂-elhasználását módosított Gerard-módszerrel mérve a kísérletek azt mutatták, hogy heterolateralis reflexes ingerléskor az O₂-elhasználás 70–80%-al fokozódik. Az ingerlés hatássosságát az ideg peripheriás végéről elvezetett aktív áramok jelezték. Az ideg központi csomóját a légzőkamrán kívül közvetlenül elektromos maximális erősségű ingerekkel ingerelve az égés fokozódás 100–200%-ot tett ki. Olyan töménységű urethan oldatok, melyek az összes idegrostokat még épségben hagyják (amit a maximális izomkontrakció változatlan volta bizonyít) az O₂-elhasználás lényeges csökkenését okozzák. Míg tehát Mansfeld és munkatársainak vizsgálatai szerint a központi idegrendszer funkciója narkozissal szemben 10–20-szor oly érzékeny mint az oxydatio, addig a peripheriás idegben az égési folyamatok sokkal előbb bénulnak, mint a működés, ami nyilván a ganglionsejt és a tengelyfonál különböző funkciójából folyik.

Ludány Gy. és Obál F.: A nyelés hatása az EKG-ra. A szerzők kimutatták, hogy embernél egy egyszerű nyelési aktus a szív működést megváltoztatja. Nyelés után egy rövid latencia idő múlva (1–2 másodperc) 2–3 szívütközésre szorító tachycardia lép fel. Nyelési arhythmia csak azon egyéneknek mutatható ki, akiknél respirációs arhythmia is fennáll. A pulzusszaporulat 30–40%-ot is kitehet. A P–Q távolság megrövidül, az R-hullám kisebb lesz. A systole tartam a Fridericia képlet alapján kiszámítottéhoz viszonyítva meghosszabbodik. A nyelési és légzési arhythmia megnyilvánulási formája ezek alapján nagy hasonlóságot mutat. A nyelési arhythmia a garatizmok működése váltja ki.

Gereczky L. és Berencsi Gy.: Hypertonia és fibrinogen. Embereken és állatkísérlettel végzett vizsgálataikban tapasztalták, hogy vérnyomás és fibrinogen között szoros összefüggés van. Ezért megvizsgálták az állandóan kóros magas vérnyomásban szenvedő betegek fibrinogenszintjét. Ily esetekben a normálisnál magasabb fibrinogen értékeket találtak. Vizsgálataikból kiderült, hogy míg 125 Hgmm-nél alacsonyabb vérnyomással bíró egyének fibrinogen értéke 0.17–0.36 g% körül mozog, addig 175–274 Hgmm-ig terjedő vérnyomás mellett a fibrinogen értéke 0.43–1.35 g% körül ingadozik.

Berencsi Gy. és Goreczky L.: Vérnyomás és fibrinogen. Kutyaadrenalin adva és vérnyomásukat véres módszerrel mérve kiderült, hogy az adrenalin, okozta vérnyomásemelkedést szabályszerűen követi a fibrinogen emelkedése. A vérnyomás emelkedés után bekövetkező vérnyomás süllyedés szakában a fibrinogen néhány perc alatt ismét csökken. Acethylcholint adva a kísérleti állatnak a bekövetkező vérnyomás süllyedést a fibrinogen egyidejű csökkenése, a néhány perc múlva eredeti magasságra beálló vérnyomást a fibrinogen egyidejű visszatérése követi. Ezzel igazoltnak látszik az a tény, hogy vérnyomás emelkedést

fibrinogenemelkedés, vérnyomás süllyedést fibrinogensüllyedés kíséri.

Razgha A. és Zselyonka L.: Helyi hőingerekre bekövetkező távoli bőrreakciók különböző évszakokban. Az egyik végtagra alkalmazott 42–44°-os fürdő a többi végtagok ujjain és az orron az arteriovenosus anastomosisok megnyílását és így a bőr felmelegedését okozza. Ez a hatás fokozatlag különbözik aszerint, hogy a vizsgálat tavasszal vagy ősszel történt. Míg az ujjak bőrének hőemelkedése 1938. tavaszán átlag 5.2°-ot tett ki, a következő tavasszal pedig 7.0°-os volt, addig a közbeeső őszön csak 1.9°-os átlagos felmelegedés jött létre. E jelenség okaként a hőszabályozás módjának megváltozása tétélezhető fel, amit a belső milieu évszakos eltérései (vitamin- és hormontükör különbözősége, sugárhatások, edzés stb.) magyarázhat.

Goreczky L. és Berencsi Gy.: Fehérje fractiók változása meleg fürdők hatására. Szerzők 20 percig tartó 39°-os meleg fürdő hatását vizsgálták a véréhéréjek eloszlása szempontjából. A vért fürdő előtt és közvetlenül a fürdő után a könyökvénából vették. A vizsgálatokból kiderült, hogy ha a fürdő hatására a vérnyomás emelkedett, a plasma fibrinogenszintje is emelkedett, ha pedig a fürdő vérnyomás csökkenést váltott ki, a fibrinogen is csökkent. A fibrinogen változással egyidejűleg az euglobulin és pseudoglobulin összege fordított arányban változott, nevezetesen a fibrinogenszint emelkedésekor a globulinok csökkentek, a fibrinogen megfogyásakor pedig megszaporodtak. Az albuminok szempontjából szabályszerűséget nem sikerült kimutatni.

Ludány Gy. és Kenessey I.: Magnesium hatása a serum iontartalmára. A szerzők kutyákon pernocton narkosisban intravenás Mg-glyconat és MgCl₂ injectióra beálló ionváltozást figyelték 4 órán keresztül. Meghatározták a Mg, K, Na, Ca, kationokat és a Cl és PO₄ anionokat. A Ca, Na és Cl csökkentést, míg a K kismértékű emelkedést mutat. A serum P-tartalma 50–100%okal megnő.

Ludány Gy., Kenessey I. és Köröskényi K.: Az asphyxia hatása a serumfehérje fractióira. A kísérletek kutyákon, pernocton narkosisban történtek. A tracheának 3-szor két percig történt leszorítása után 1 pernyi közbülvő idővel a serumfehérje fractiója a globulin irányába tolódik el. Az összfehérje és a maradék-nitrogen is megszaporodott. Ezek a vizsgálatok egy újabb physiko-chemicalis magyarázatát adják annak, hogy a serum opsonikus hatása miért nagyobb asphyxia után. (Ludány, Berta, Györy.)

Ludány Gy. és Sárffy E.: A lép depotserumára vonatkozó újabb vizsgálatok. Ludány és Goreczky már előzőleg kimutatták, hogy a lép belső milieujét megszabó depotserum összetétele más, mint a peripheriás savóé. E vizsgálatok folytatásaként megállapítást nyert, hogy a depotplasma kevesebb fibrinogent tartalmaz. Ennek biológiai célszerűsége az volna, hogy a lép sinusaiban stagnáló vér megalvadása gátolt legyen. Ez a megfigyelés arra vonatkozólag is bizonyítékot szolgáltat, hogy a lép fibrinogent nem termel. Ezzel szemben a carbamid, a kreatinin és húgysav a depotserumban magasabb koncentrációban van jelen.

Ludány Gy. és Sütő-Nagy Gy.: Magnesium hatása a cukorfelszívódásra. Intravenásan adott Mg-glyconat (5 mg Mg/kg) a glykosének a bélből felszívódását mintegy 20–30%-kal csökkenti; a xylose felszívódására viszont hatástalan. A szerzők ezt a jelenséget a csökkent phosphorylizálódással magyarázzák: a magnesium hatására a vér P-tartalma 100%-kal is megnő és így a szövetek P-ban szegénynek lesznek, ami a cukrok felszívódásában is megnyilvánul. (L. Ludány–Kenessey.)

Mansfeld G.: Újabb vizsgálatok a thyroxinnak idegek útján történő vándorlásáról. Régebbi eredmények megerősítéseként a kísérletek azt mutatták, hogy a thyroxin nemcsak békában, de melegvérű állatokban is az élő idegen át vándorolva jut el a szervek sejtjeibe és fokozza bennük az égést. Ha nyulon a nyaki vagusokat hatásos thyroxinoldattal (10–13 g, pro liter) infiltráljuk, legkorábban 16 óra múlva a máj isolált sejtjeiben az O₂-elhasználás fokozódik és pedig 20–56%-ig. Ha az infiltrálás Ringer-oldattal, vagy olyan thyroxinoldattal történik, mely a sejtégésre hatástalan (10–9) akkor a májsejtékben az O₂ elhasználás változatlan marad. Ha nyulakba intravenásan 1 mg thyroxint fecskendezünk be, akkor fültömrigyükben már 16 óra múlva, a májban 24 óra múlva és a herében csak 46 óra múlva fokozódik az égés, amit aligha lehet másképpen magyarázni, minthogy a thyroxint a vérből az agyvelő veszi magába és onnan az idegek útján vándorol be a szervek sejtjeibe.

Martin J. és Kesztyüs L.: Nitro- és amino-pyrocatechin származékok élettani hatása. A szerzők által vizsgált, eddig ismeretlen nitro- és amino-pyrocatechin-származékok közül az amino-pyrocatechin, nitro-pyrocatechin és az amino-chloraceto-pyrocatechin Straub-szíven negatív hatást mutatnak. Positív irányban befolyásolták a hypodynamiás béka-szív működését, az amino-chloraceto-pyrocatechin, az amino-adrenalon, az amino-adrenalin, a nitro-adrenalon és a nitro-adrenalin. A nitro-chloraceto-pyrocatechin a különböző szíveken különbözőképpen viselkedett, egyes szíveken pozitív, másokon negatív hatást fejtett ki, néha pedig hatástalan volt, aszerint, hogy a kérdéses szív a negatív hatású nitro-gyök, vagy a pozitív hatású chloraceto-oidallánc iránt volt érzékenyebb. Mind a nitro-, mind az amino-vegyületekben az oldallánc közeledése az adrenalinra jellemző methyl-aminoethanol-strukturához a szív működés pozitív irányú befolyásolásának fokozódását eredményezte. Ha azonban az oldallánc nem a benzol-gyűrűhöz, hanem a OH-csoportozathoz kötődik, akkor a negatív hatás erősödik. A nitro-pyrocatechin-származékok vagy erősebben negatív, vagy gyengébben pozitív hatást tüntettek fel, mint a nekik megfelelő amino-homologok. Ebből arra következtethetünk, hogy a pyrocatechin gyűrűjébe bevitt nitro-gyök negatív befolyást gyakorol a szív működésre, míg az amino-gyök bevitelét hatástalannak látszik.

Zih S.: Immunanyagok hatása a bakteriumok anyagcseréjére. Paratyphus B. és b. coli törzseken vizsgálta az immunanyagok hatását az oxygen fogyasztásra, valamint a gáz- és savképzésre. Az agglutinin nagy töménységben sem befolyásolja a fenti folyamatokat, sőt az oxygen fogyasztást és gázképzést kissé fokozza. Complement hatására az első órákban csökkennek az értékek, de 6 óra múlva már egyeznek a 24 óra múlva magasabbak, mint a kontroll-vizsgálatokban. Nem complettált bakteriolytikus serum nem befolyásolja a folyamatokat, ellenben a complementtel complettált serum 3–12 óra között gátolja őket, de ez a hatás is megszűnik 24 óra múlva. A bakteriumszámot nem befolyásolja a complement, a bakteriolitikus serum azonban az első 12 órában csökkentette, de később ez is elérte a kontroll tenyészetekben talált értékeket.

HETI KRÓNKA

Az elmúlt hetekben két híradás irányította figyelmünket Amerika felé. Az egyik arról számolt be, hogy az anglikán egyház Újfoundland fővárosában, St. Johnsban kegyeletes megemlékezéssel szobrot állított az első Amerikátjárt magyarnak, *Budai Parmenius Istvánnak*, a másik híradás a kiváló amerikai sebész, *William James Mayo* halálhírét hozta Rochesterből.

*

A nagytudású magyar humanista: *Budai Parmenius István* a XVI. sz. közepe a félhold uralma alatti Budán protestáns szülőktől született és tanulmányai során gyakran megfordult külföldön. Különösen nagy megbecsülésnek örvendett Londonban és Oxfordban, ahol megismerkedett Anglia amerikai gyarmatosítási törekvéseinek történetében nagy szerepet játszó *Sir Gilbert Humphrey*-vel, aki második amerikai útjára magával vitte, azzal a szándékkal, hogy az expedíció történetét latin nyelven megörökítse. A *Sir Humphrey* parancsnoksága alatt négy hajóból álló kis hajóraj 1583. aug. 3-án ért Újfoundlandba s azt ünnepélyesen birtokba véve egy hajó hátrahagyásával aug. 20-án már visszafelé is indult St. Johnsból. A hazatérést tragikus események zavarták meg. A *Delight* hajót, amelyen *Parmenius* is utazott, aug. 29-én Nova Scotia közelében a vihar zátonyra sodorta és utasai — közöttük *Parmenius* is — a hullámokban lelték halálukat. A kiváló magyar humanista haláláról keresetlen szavakkal emlékezett meg *Haie kapitány*: „... a vízbe fúla egy nagy tudós is, egy magyar, aki Buda városában születvén Budának nevezteték” és kiemeli az elhunyt szónoki tehetségét és ékes költői stílusát.

*

A minnesotai Rochesterben működő két *Mayo* testvér, az idősebb *William James* és a fiatalabb *Charles Horace* neve orvosi körökben az egész világos ismeretes és beszámolóik tömege ismertette minden nyelven a *Mayo Clinic* valóban egyedülálló szervezetét, amely a két testvér páratlan szervezőképességének s kiváló sebész tudásának köszöni ugyancsak megérdemelt hírnevét. Olvassuk el *Haberland* kölni sebészprofessornak „*Ein ärztliche Streifzug durch die Welt*” című könyvében a Mayo-klinikára vonatkozó fejezetet és akkor megértjük a veszteséget, amely az idősebb testvér halálával az orvostudományt írta.

*

Mindnyájunk amerikai kapcsolatai talán a gyermekkor könyvbirodalmába vezethetők vissza. *Fenimore Cooper* könyvei egy izgalmasan új világgal ismertették meg és *Harriet Beecher Stowe* „*Uncle Tom's Cabin*” című könyvét olvasva nem sejtettük még az izgalmasan szövött történet mögé rejtett súlyos világnézeti problémát. *Verne* „*Észak Dél ellen*” című köteté az amerikai polgárháború történetét elevenítette meg, amelynek némaságában is beszélő emlékeztetője ma is a gettysburgi csatátér. Szívünkbe zártuk *Mark Twain*-nek a Mississippi környékén kóborló „*Huckleberry Fin*”-jét és mint követendő példaképeket olvastuk *Washington, Franklin* és *Lincoln* életét (Amikor 1865-ben *John Wilkes Booth Lincoln* elnököt színházi páholyában lelövi, a menekülő sérült merénylőt orvosilag ellátó *Samuel Mudd dr.* is gyanúba kerül és a hirhedt Fort Jefferson-ban hosszú időn át ártatlanul raboskodik.)

Orvosi tanulmányaink során azután egy más Amerikával ismerkedtünk meg, azzal, amelynek földjén a „*Pilgrim Fathers*” 1620-ban történt megérkezése óta bámulatatos orvosi kultúra kivirágzását csodálhatjuk. Az első ovariectomiát végző *Ephraim Mac Dowell*, a gyomorchemistust a sérült kanadai vadászon tanulmányozó *William Beaumont*, *Marion Sims*, az operatív gynaecologia nagymestere mellett elég, ha *Emmet* és *Kelly*, a sebészek közül *Murphy*, *Senn*, a Mayo-testvérek, *Cushing* és *Dandy* nevét említjük. Az insulin-therapia felidézi *Banting*, *Best* és *Macleod* nevét, a májtherapia *Minot*, *Murphy* és *Whipple* nevéhez fűződik és az orvostörténelem egyik legfényesebb lapja marad minden időkre az aether narkosisnak Bostonból kiinduló amerikai története. (A budapesti Stefánia Gyermekkorház diphtheria pavillonjának falában elhelyezett: „In memoriam Josephi O'Dwyer ad celebrandas bis mille intubationes a nobis facas MDCCCXIII” feliratú emléktábla az amerikai orvostudomány iránti elismerés mellett a magyar gyermekgyógyászatnak is dicsősége.

*

György Tibor egyetemünk elhunyt kiváló orvos-történelem tanára *Semmelweis* prioritása érdekében az amerikai *Oliver Wendell Holmes* védelmezői ellen vívta — a maga igazának rendíthetetlen tudatában — a leghevesebb küzdelmeket. A vitában az amerikai *Simon Baruch* és az angol *C. J. Cullingworth* voltak az ellenfelei. *Baruch* eljátszotta fejtegetéseinek tudományos komolvságát, amikor *Holmes*nek egy nemlétező mondasára hivatkozott. *Cullingworth*nak pedig a „*Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*” 1906. évfolyamában adta meg „*Semmelweis* nagy ügyvédje” a méltó választ.

Érdekes, hogy a *Semmelweis*-szoborbizottság megindította nemzetközi gyűjtés Amerikában — éppen *Holmes* miatt — nem tudott számbavehető eredményeket felmutatni. *Dirner*, a bizottság titkára jelentésében őszintén beismeri, hogy „az amerikaiak érdeklődését

nem sikerült felkelteni, amit Engelmann és John Billings kérdezősködésünkre őszintén előre is megjósoltak. Oliver Wendell Holmes hazájában —, amint később kitűnt — Semmelweis számára babér nem terem.”

Ma ezen a téren is örvendetesen változott a helyzet. Elég, ha De Lee, a chicagói egyetem emeritált szülészprofesszorának általánosan ismert szülészeti tankönyvében felütjük a „Puerperal infection” c. fejezetet. Ott találjuk Doby Jenő 1894-ban készült Semmelweist és budapesti síremlékét ábrázoló rézkarcát De Lee elismerő szavai kíséretében, amelyek a Holmes és Semmelweis jelentősége közötti lényeges különbségre is rávilágítanak. Helyesen fejezte ki ugyanezt H. E. Sigerist, a Johns Hopkins University svájci származású orvostörténelem professora „Amerika und die Medizin” c. könyvében: „Im Leben Holmes' war das Kindbettfieber eine Episode . . . , im Leben Semmelweis' war das Kindbettfieber alles”.

*

Érdekes lenne tudni, ki volt az első magyar orvos, kinek lába Amerika földjét taposta? Pivány Jenő: Magyar —amerikai történelmi kapcsolatok” c. 1926-ban megjelent munkájában csak az amerikai polgárháború három magyar katonáorvosáról emlékezik meg: Simig Bernátról, Tauszky Rudolfról és a pozsonyi születésű Bettelheim Bernátról. Közülük kétségkívül Bettelheim a legérdekesebb egyéniség, aki keresztény hitre térve, mint orvos — misszionárius 9 éven át működött Japán Ryu Kyu nevű déli szigetén. Amikor Fillmore elnök megbízásából Perry amerikai tengernagy kereskedelmi szerződést köt a japánokkal, nagy segítségére van a tárgyalások folytatásában Bettelheim, aki a következő évben a tengernagy hajóján Amerikába megy s később a polgárháborúban, mint tábori orvos vesz részt. Életét 1870-ben fejezi be s emlékére egykori működésének színhelyén, a Ryu-Kyu szigeten 1926-ban szobrot is állítottak.

Kétségtelen, hogy a jövő kutatásai sok, Amerikában működött magyar orvosra vonatkozó adattal fognak szolgálni, mi itt csak Krajsir Károlyt és Szenger Edét említjük meg. Az 1804-ben született Krajsirra vonatkozóan utalunk az Orvosi Hetilap 1861. évfolyamára, amelyben Markusovszky meleg szavak kíséretében közli Csengery Antalnak a „Magyarországban” Krajsirról megjelent necrológját. A Budapesti Kir. Orvosegyesület nagy maecenása, a Miksa császár szerencsétlenségű mexikói vállalkozásában résztvevő Szenger Edére vonatkozó adatokat e sorok írója gyűjtötte össze a Budapesti Kir. Orvosegyesület százéves történetében.

*

Az American Medical Association-nek közel százéves példányszámban megjelenő hetilapjának, a Journal of the American Medical Association szerkesztője Morris Fishbein 1938-ban adta ki „Medical Writing, the technic and the art” c. könyvét. Bizonyos, hogy kiterjedt szerkesztői tapasztalatai érlelték meg írójában e könyv szükséges voltát, amely 212 oldalán csakugyan sok hasznos tanácsot és útbaigazítást ad az orvosi dolgozat írójának, elkezdve annak összeállításától és címének megválasztásától a képanyaggal kapcsolatos tennivalókon keresztül a correcturáig. A hatalmas amerikai orvosirodalmi termelést tekintve egészen természetes, hogy ez a könyv Amerikában látott napvilágot, de egészen bizonyosnak tartjuk, hogy hasonló könyv, esetleg ugyanezen könyv a magyar viszonyoknak megfelelően átdolgozva, nálunk is sok felesleges munkától és bosszankodástól kímélné meg dolgozatíróinkat és — nem utolsó sorban — orvosi folyóirataink szerkesztőit.

Korbuly György dr.

LAPSZEMLE

A „Lapszemle”-ben ismertetett külföldi folyóiratok néha nem érkezik meg lapzártáig, azért olvasóink szives elnézését kérjük, ha ezeket a lapokat ilyenkor a legközelebbi számunkban ismertetjük.

Klinische Wochenschrift. 32. sz. Wolpers C. és Ruska H.: Structuravizsgálatok a vérérvadásról. — Otto H. és Kuhlmann F.: A gyomor-bélcsatorna viselkedése ölommergezésben. — Poli E.: A serum elektrolytegyensúlya ú. n. savós gyulladás esetén. — Hager B. G.: A fehérvérsejtek táplálkozási ingadozásai és a gyomor savviszonyai. — Gertler W.: A vér- és vizelet albumin-tükrének vizsgálata a gonorrhoea miatt történt albuminadagolás után s ennek hatása a gyógyeredményre. — Soehring Kl.: Fehérjeanyagok előállítása diphtheriabakteriumokból. — Huhn O.: A thyochrommeghatározás methodikája. — Gottlieb I.: Az Anatomia Bartholiniana hatása a vérkeringés felfedezésére. — Moellendorff W.: Carcinogen szénhidrátok és sexualis hormonok által szövettenyésztésben előidézett mitosis-zavarokrol.

Münchener Medizinische Wochenschrift. 32. és 33. sz. Peters K. O.: Adalék a gyomorfekély kezeléséhez. — Schneider E.: Jó- és rosszindulatú daganatok növekedése. — Schwemmler B.: B-vitamin hatása a haj és köröm növekedésére. — Leiben G. és Schneller: Bőjtölés a scarlat és diphtheria szövödményeiben. — Scheer G.: Nagyfokú véreosinophilia skirrhosus gyomorrák egy esetében. — Hornung H.: A fertőtlenítőszerk kérdéséhez. — Schmidt I.: Adat a tetanusprophylaxis kérdéséhez. — Wigand: Intramuscularis chinintherapia. — Hinselmann H.: Vasenololaj, mint csúsztatószer digitalis hüvelyvizsgálat céljára. — Thomae R.: Hyperinsulinismus. — Hechler H.: Tapasztalatok a bolgár-kúrával. — Neumann E.: Megjegyzések a „pervitin”-ről. — Klinzing A.: Kísérlet a diphtheriabacillusgazdák és bacillusürítők csíramentesítésére A-vitaminnal és detoxinnal. — Schörcher F.: Vértömlesztés, transfúziós készülékek és vérpótló folyadékok. — Leun W.: Távoli thrombosisok megelőzése és kezelése rugalmas, ragadós gyomorkötésekkel. — Krueger E.: Reflexvizsgálatok megkönnyítése. — Schmitz W. és Schramm G.: A haldokló, a halott és az orvos. — Sciffert G.: Orvosi élmények és tapasztalatok a Saharában. — Alter: Vízháztartás és időjárás.

Klinische Wochenschrift 33. sz. Euler H. és Schlenk F.: Nicotinsavamid és CO-zymase a vérben. — Wolpers C. és Ruska H.: Structura-vizsgálatok vértisztítás céljára. — Kühnau W.: Lupus erythematosus gyógyítása nicotinsavamiddal. — Korth W.: Vértömlesztés Eubasinum adagolása után. — Hausberger F. és Neuschwander-Lemmer N.: C-vitamin vértükör és lázanyagcsere. — Markers S.: Alimentaris ketontestképzés és májglikogen. — Anthony A. és Broglie M.: A rekeszműzgek elhatárolása. — Baucke I.: A thiochrom eljárás használhatósága a B₁-vitamin-háztartás vizsgálatában. — Kurschel H.: Cardiazolhatás perlingualis és enteralis bevitel esetén.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 32. és 33. sz. Schneider: A tetanus előfordulása és megelőzése. — Schilling: Malariavédőoltás. — Munk: Az arteriosclerosis klinikai pathológiája. — Fahlbusch: Mennyiben befolyásolja a syphillis a magzat és placenta súlyát. — Pannhorst: Iodismus a Degkwitz-féle jodsol alkalmazása után. — Heyrowsky: A női meddőség kezelésének kilátásai a gynaekologiai gyakorlatban. — Peralta és Colombo: A metropathia haemorrhagica kórszármarazása és kezelése. — Ehrismann: Újabb kérdések a munkahygiene köréből. — Roggenbau: A schizophrénia újabb kezelése Sakel szerint. — Wachholder: B₁-vitamin terapiás alkalmazhatósága. — Gildemeister: Kísérletes vizsgálatok a poliomyelitis serumtherapiájáról. — Matzdorff: Adatok a pupillonia (Adie-féle syndroma) ismeretéhez. — Weise: A thymuskutatás újabb eredményei. — Kulenkampff: Otogen agytályog és kezelése. — Heydecke: Epilepsia kezelése dorylil és acetylcholinnal. — Geissler: Az agranulocytosis klinikájához. — Poppe: Újabb ismeretek az emberi és állati neurotrop vírusbetegségekről átviteléről.

Medizinische Klinik. 33. sz. Oberriedermayr: Az acut osteomyelitis kezelése. — Baumecker H.: Nyugalom és mozgás, mint gyógytényező és ártalom a sebészetben. — Majer E.: Adat az ú. n. traumás hónaljvízszérrögösödés kérdéséhez. — Rehwald E.: A pangásos papilla differentialdiagnostikus értéke a neurologus szempontjából. — Müller W.: Múlt keresztmetszetsyndroma intralumbalis seruminjectio után. — Basler: Menstruatio és hajgyökérerősség. — Leitner St.: Aranykezelés értéke és veszélyei tbc. és idült rheu-

matismus esetén. — *Walinski F. és Hahn L.*: Tapasztalatok Bayer-féle depot-insulinnal. — *Pfeffer F.*: A sérvbetegség megítélése a rokkantbiztosításban.

Wiener Klinische Wochenschrift. 33. sz. *Haslinger R.*: A cystoscopia 60 éve. — *Risak E.*: Az emberi szőrzet klinikai jelentősége. — *Zimmermann O. E.*: Diéta és ellátás gyógyhelyeken. — *Tappeiner S.*: Daganatok és naevusok. — *Landgraeber Fr.*: Rádiumásványok és ielhelyeik a földön.

La Presse Médicale. 64. sz. *Dumas A.*: A hypertensió betegség klinikája, élettana és a sebészi beavatkozások eredményei. — *Forestier és Metzger*: A spondylarthrosis korai diagnózisának titka a sacro-iliacalis ízületek röntgenzése. — *Witmoth P.*: Az ütőeres angiotherapia. — *Gouge-rot H.*: A syphilophobok.

The Lancet, aug. 19. *I. A. Ryle*: Visceralis neurosisok III. — *S. P. Shilovtzeff*: Ureter transplantatio a végbélbe *Mirovortzeff* methodusa szerint. — *A. Hill*: A normalis P-hullám elemzése. — *N. A. Haworth*: Rossztáplálkozás és debilitás a gyermekágyi psychosisokban. — *W. Alexander, P. Duff, J. B. S. Haldane*: CO₂-mérgezés utóhatásai. — *A. Lipschütz, R. Murillo, L. Vargas*: A progesteron tumorellenes hatásáról. — *A. H. Imrie, A. C. Aitkenhead*: Still-féle betegség amyloidosissal szövődve. — *R. W. Vitler, T. D. Spies*: A chinolinsav pellagra ellenes tulajdonságai. — *I. A. Brocklebank*: Ayerza-tünetcsoport esete.

Soós Aladár : Étrendi előírások III. bővített kiadás	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár : A gyakorló orvos orthopaediája, 230 old. 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel	5.— P
Kunszt János : A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal	6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve	3.— P helyett 7.— P
Rigler Gusztáv : Közegészségtan és a járványtan tankönyve	25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc : Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal	2.50 P helyett 2.— P
Issektuz Béla : Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Krepuska István : A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana	4.— P

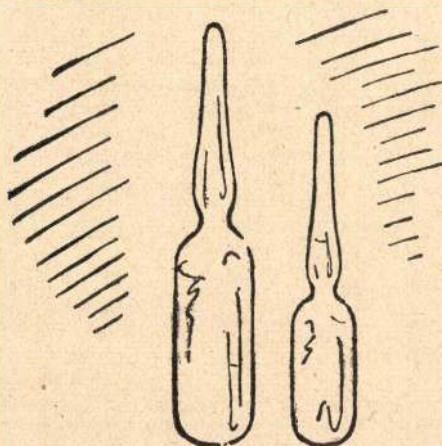
VEGYES HIREK

Szabadságon vannak: Budapestiek: *Benedek László dr.* júl. 4-től szept. 8-ig; — *Szegediek Baló József dr.* aug. 22-től szept. 26-ig; *Gellért Albert dr.* júli. 15-től aug. 25-ig; *Szent-Györgyi Albert dr.* hosszabb külföldi tanulmányútjáról augusztus végén tér vissza.

Az Orvosi Hetilap átköltözött új helyiségeibe a IX. Högyes Endre utca 7. sz. alá, a volt Rákos utcába. A kórtani intézet mögötti Pasteur kórházban kaptunk helyet s így nagy örömünkre továbbra is egyetemi intézetben folytathatjuk munkánkat, mégpedig annak a kiváló férfinak egykori munkahelyén, aki több évtizeden át volt lapunk szerkesztője is. — Hálásak vagyunk a kitéző elhelyezésért kultuskormányunknak és *Ajtós E. Imre* igazgató főorvos úrnak, kik az új otthon feltalálásában és berendezésében annyi megértéssel segítségünkre voltak. Természetesen a „*Magyar Orvosi Archivum*” ügyei is itt intéződnek, sőt mivel szerkesztőnk elnöke az Orsz. Közegészségügyi Tanács „*Gyógyszerügyi és Fürdőügyi Szaktanácsának*”, valamint az Orsz. Balneológiai Egyesületnek: — ezek üléseinek és ügykezelésének székhelye is Hetilapunk szerkesztősége és kiadóhivatala. Reméljük, hogy az új otthonban még több ügybuzgalommal és sikerrel fogjuk teljesíteni feladatainkat.

A Gyógyhelyi Bizottság új kiadványai. A budapesti gyógyfürdők iránt megnyilvánuló nagy érdeklődésre tekintettel szükségesnek mutatkozott, hogy a Gyógyhelyi Bizottság újabb prospektusokat adjon ki. Ezek a könyvek most jelentek meg 164 és 64 oldal terjedelemben, egyelőre német, francia és angol nyelven. A könyvek kiadásával a Gyógyhelyi Bizottságnak az volt a célja, hogy Budapestről általános áttekintő képet adjon történelmi, földrajzi, geológiai, művészeti, társadalmi, fürdőügyi szempontokat tekintetbe véve. A könyvek igen szép és jóslaképekkel illusztráltak és hivatottak arra, hogy a jobb külföldi közönségnek olyan tartalmilag értékes és szépen, izlésesen kiállított könyvet tudjon a Bizottság kezébe adni, amelyben részletes és érdekes, a legkülönbözőbb vonatkozásokra kiterjedő leírás kap a székesfővárosról. A 64 oldalas kiadás kizárólag Budapest Fürdőváros ismertetésére szorítkozik és részletesen tárgyalja az összes budapesti gyógyfürdőket és gyógyforrásokat, kúra lehetőségeket és kúraltypusokat. Ez a kiadvány német, francia, angol, olasz és lengyel nyelven jelent meg.

Emulysinol
intraglutális injectio



PNEUMONIAK, BRONCHITISEK
PRAEVENTIV ÉS THERAPIÁS GYÓGYKEZELÉSÉNÉL
sokszor életmentő fontosságu

A légutak váladékát oldja, kiürítését tetemesen megkönnyíti.

A közgyógyszerellátás, Posta B.B.I.
terhére szabadon rendelhető.

DR. WANDER GYÓGYSZER- ÉS TÁPSZERGYÁR R. T. BUDAPEST

SZENT LUKÁCS

GYÓGYFÜRDŐ ÉS GYÓGYSZÁLLÓ

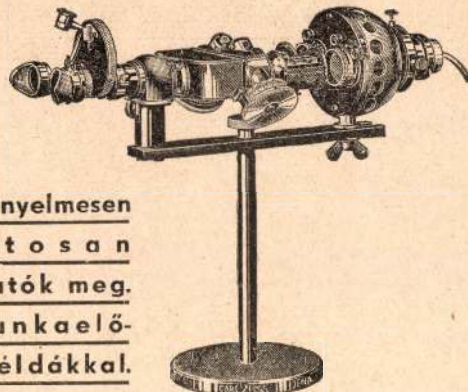
Társas rheuma-osztály
Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Kénes források 64 C
Természetes iszaptó

Az A, B₂, C és D₂ vitaminok

ZEISS

Pulfrich-Photometerrel



gyorsan, kényelmesen
és pontosan
határozhatók meg.
Pontos munkaelő-
írások példákkal.

Nyomtatványokkal, költségvetéssel
készségesen szolgál a magyarországi
vezérképviselő:



ifj. JURÁNY HENRIK, Budapest,
IV., Váci-u. 40. Telefon: 183-092.

PHYLAXIA

Szérumtermelő R.-T.
Budapest, X., Szállás-utca 3.

Human-laboratórium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller-utca 26.

Távbeszélő: 137-809

Egyedüli magyar szérumkészítmények:

- „PHYLAXIA” Diphtheria-szérum 1—20.000 I. E. (lóból) tisztított, koncentrált alakban is
- „PHYLAXIA” Diphtheria marha szérum 1—3.000 I. E.
- „PHYLAXIA” Diphtheria-anatoxin folyadék és csapadék védőoltáshoz
- „PHYLAXIA” Schick-toxin Diphtheria fogékonysági bőrpróbához

- „PHYLAXIA” Vörheny elleni szérum és Dick-féle védőoltóanyag
- „PHYLAXIA” Tetanus elleni szérum
- „PHYLAXIA” Serotyp vércsoportmeghatározó savó

Az asthma-therápia leghatásosabb gyógyszerai az Asthmacurin-praeparátumok:

Az Asthmacurin-tabletták

Asthmacurin in ectio (Ton-gen-Papaverin)
Asthmacurin Inhalatio (solutio) (Glycirenan helyett)
Asthmacurin cigaretta

mite neppalra
lorie éjszakára (sec. Dr. Glück)

az asthma-rohamot néhány perc alatt
megszüntetik.

Gyártja és forgalomba hozza:
MINERVA GYÓGYSZERTÁR
VII., Rottenbiller-utca 6/a.

RIZOMALTAN

KROMPECHER BUDAPEST, V., NÁDOR-UTCA 15.

rizsnyák-dextrin-maltose-gyógytápszer lejhigitások készítéséhez

Dyspepsiára hajlamos csecsemők számára

Rendelhető: Közgyszeregyellátás, Posta, Bányatárspénztár,
és MAV terhére.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

Anyajegyek orvoslása.

A bőrnek veleszületett, vagy csak a szülés után később megnyilvánuló körülírt, állandósult dysplasiáit anyajegynek nevezzük. A dermatologia ezeknek egész sorát tartja nyilván. — Elhelyeződés, alak, nagyság, sejtféleség szerint megkülönböztetünk jelentéktelen, működéstgátló, feltűnő, rútitó és veszélyes anyajegyeket. A klinikai megnyilvánulás rendkívül szeszélyessége miatt ugyanazon típusú anyajegy jelentősége tekintetben is eltérő lehet.

Orvoslás szempontjából a veszélyes, működéstgátló, a feltűnő és rútitó naevusok bírnak jelentőséggel. Veszélyesek a pigmenttartalmú naevusok, ha azok külső ingereknek kitett testtájakon fordulnak elő. Veszélyesek továbbá azok az öblös érányajegyek, melyek száiban, torokban és — általában testnyílásokban —, vagy pedig szerfeletti nagyságban a test bármely részén foglalnak helyet. Működéstgátlóak a végtagok és hajlatok dudoros, szemölcs-, vagy daganatszerű kisebb és nagyobb naevusai. Feltűnéskeltők a ruhával nem fedett bőr halványabb és egyenetesebb pigment-foltjai és hajszálér-naevusai. Rútitóak a szőrös festékanyajegyek és általában az arcon előforduló összes nagyobb naevusfajták.

Nagyobb anyajegyek orvoslása általában nehezebb orvosi problémát jelent; ilyen naevusok viselőjüknek sok esetben tarthatatlan állapotot teremtenek, s nem egyszer az egyén életbevágó érdekeit is veszélyeztetik. Éppen ezért az anyajegyek eltávolításának kérdése gyakorlatilag fontos.

Az anyajegyorvoslásnak *általános*, továbbá esetekhez szabott *egyéni* szempontjai vannak. Lényegbevágó kérdés, hogy milyen megoldást választunk és mikor, illetőleg mely életkorban végezzük a kezelést?

Az orvoslás módjai közül általánosságban az *eltávolítás*, vagy a *roncsolás* között választhatunk. Az előbbit sebészi úton, kimetszéssel és esetleg képlő műtéttel végezzük, az utóbbit pedig különböző vegyi-, hő-, és sugárkezelésekkel. Műtétes eltávolításra az angiomák kivételével minden naevustypus alkalmas. Roncsolást mindenféle anyajegy, tehát angiomák esetében is végezhetünk. A fejlődés folyamán sokféle roncsoló eljárás került használatba, de ezek közül ma egyes módszerek idejét múltak, mások a szerzett tapasztalatok alapján elvetendőknak bizonyultak. Így idejétmulta, de más híján használható eljárás az elektrolysis és izzófém alkalmazása. Elvetendők, — mert szövetingerlés miatt veszélyesek — a vegyi roncsolószerek. Idetartozik a kiszámíthatatlan hatású obliteráló anyagok befecskendezése is, miket teljesen pótol az elektrocoagulatio.

A legjobban bevált és legkiterjedtebben használható roncsoló eljárás a diathermiás coagulatio főleg kisebb, göcszerű anyajegyek esetében. A másik nélkülözhetetlen, a maga nemében egyedülálló eljárás a szénsavhófagyasztás, különösen lapszerint helytfoglaló, nagyobb naevusok eltüntetésére. Kiegészítő, illetőleg alátámasztó roncsoló kezelések a nyomásos ultraibolya-, a Bucky, a Thorium X, a röntgen- és rádium-besugárzás. Az utóbbi kettő direct roncsolásra is alkalmas, de ezeket csak kivételesen alkalmazzuk.

A diathermiás coagulatio elterjedése óta arcon lévő, kb. 10 mm. átmérőnél nem nagyobb naevusok eseteiben kivétel nélkül ezt az eljárást részesítjük előnyben. A sebészi kimetszést egyéb testtájak naevusaira tartjuk fenn, hol vonalas műtéti hegek észrevétlenül maradhatnak.

Lapszerint fekvő nagyobb naevusok roncsolására szinte kizárólag a szénsavhófagyasztás alkalmas. Hajszáléranyajegyek esetében ezt helyettesíthetjük Kromeyer-lámpával végzett nyomásos ultraibolya-besugárzással.

A harmadik roncsoló eljárás a radium- és röntgenkezelés, mely csakis öblös érányajegyek esetében jöhet szóba. Az elektrocoagulatio azonban feleslegessé tette a rádiumtüket angiomák eseteiben is. Emellett az angiomák radiumkezelése nem közömbös eljárás, mert adataink vannak arra, hogy utána rosszindulatú daganat (sarkoma) keletkezhet. Pigmentnaevusok kezelésére a radium és általában mindennemű sugárkezelés ellenjavalt.

Bucky-, Thorium X-, esetleg kisebb adagokban röntgenbesugárzás főként hajszáléranyajegyek szénsavhófagyasztásával kapcsolatban, az érregeneratio csökkentése céljából, mint adjuvans kezelés jön szóba.

Összegezve a ma használatos célszerű gyógymódot, a következő általános irányelveket követhetjük. Arcon lévő kisebb naevusokat elektrocoagulatióval, egyéb testrészekben lévőket ugyancsak ezzel, vagy műtéttel, lapszerinti naevusokat szénsavhófagyasztással, esetleg Kromeyer-besugárzással, kiegészítésként Bucky- és Thorium X, kivételesen röntgenbesugárzással kezelhetünk eredményesen.

A kezelés időpontjának megválasztásában különböző sürgető körülmények esnek latba. Születés után nagyobbodó angiocavernomákat már VI. hónapban ajánlatos ellátnunk. Arcon, látható testrészekben lévő, feltűnő, vagy rútitó anyajegyeket — rendszerint pigmentnaevusokat — szintén ez időponttól kezdődően kell kezelésbe vennünk, hogy a gyermek 6 éves korára, amikor az iskolába kerül, mentesüljön testhibájától. Képlőműtétekre inkább már a serdülőkor alkalmas. Jelentéktelenebb naevusokat felnőtt korban is orvosolhatunk.

Az eredményes naevuskezelés egyik kritériuma, hogy a beavatkozás kellő időben kezdődjék. A roncsoló eljárások korai szakban adnak jobb eredményt, a műtétié később. Másik kritériuma az „aesthetikai restitutio ad integrum” elérése, ami főleg a kezelési móddal van összefüggésben. Mindkét szempont szervesen összetartozik, úgyhogy naevus esetében az első segítséget a beavatkozás korai javalata és az eset kellő irányítása képezi. Ez a lépés majdnem fontosabb, mint a tulajdonképeni roncsolás.

A naevus-kezelés részleteiben típusok és esetek szerint változó. *Festékes anyajegyek*: lentigo diathermiás „desiccatio”-val heg nélkül roncsolható egyetlen ülésben. *Naevus pigmentosus simplex* nyomásos direct szénsavhófagyasztással könnyen eltüntethető. A testfelszín görbületein ülő nagyobb pigmentnaevusok fagyasztását a legegyszerűsebben felület- és nagyságazonos, ú. n. „congruens” szénsavhótömbbel végezhetjük. Egy fagyasztás ideje 30–60 mp. között változik. Ily kezelések többször ismétlendők.

Csomós anyajegyek közül: a *naevus verrucosus*, *sebaceus*, *follicularis*, *hydradenomatosus*, *verrucosus senilis* és *fibroma molluscum* kisebb alakjait Forest-tüvel végzett elektrocoagulációval könnyen és célszerűen roncsolhatjuk. *Naevus verrucosus giganteus* és *systematicus* műtéti úton távolítható el. *Naevus pigmentosus pilosus* kisebb alakjait diathermiával, nagyobb alakjait nyomásos, *direct* szénsavhófagyasztással kezelhetjük. Durva, szőrös, kiterjedt pigmentnaevus esetében kb. 2x7 cm alapú szénsavhőtömbbel 1 perces fagyasztásokat végzünk erős nyomással, minek eredményeképpen a szőrzet is elpusztul. Az ilyen mélyreható fagyasztás után is sima, alig feltűnő heg marad vissza. Olyan esetekben, amelyekben a sebészi kiirtás pótlásának megvannak a lehetőségei, ez utóbbi részesítendő előnyben.

Éranyajegyek: *naevus vascularis araneus*, *teleangiectaticus tardus*, *teleangiectasia haemorrhagica hereditaria*, *n. lymphangiectaticus*, hegyes, 0.1—0.2 mm. vastag tüvel végzett elektrocoagulációval roncsolható a legcélszerűbben. *N. flammeus superficialis*, nyomással könnyen szintelenedő alakjait, szénsavhó aceton péppel megrakott vatta-gomoly nyomás nélküli dörzsölésével fagyasztjuk egy ülésben legalább 30 mp-ig. Ugyanígy használhatjuk a gömbszerű végződéssel bíró kryokautert is. Ezt megelőzően 10 nappal g-onként 500 E-nyi Thorium X-kenőccsel, vagy alkoholos oldatával kezeljük a fagyasztandó felszint. Ily kezelések hathetenként ismételhetők mígnem kellő eredmény mutatkozik. A hajszáléranyajegyeknek mélyebb, újjnyomással nehezen, vagy egyáltalán nem halványítható alakja ugyancsak Thorium X előkezelést, de nyomásos, azaz mélyreható, erélyesebb szénsavhófagyasztást kíván meg.

Angioma cavernosum simplex, még abban az esetben is, ha az csecsemőkorban diónyi nagyságú, már a VI. hónapban fagyasztható szénsavhóval. Megfelelő nagyságú, kerekre szabott tömbbel legalább 1 perccig fagyasztunk erős nyomással, utána 24 órára nyomókötetést alkalmazunk. A teljes obliterációhoz rendszerint 3 ilyen kezelés elegendő. Nyálkahártyák öblös véranyajegyzeit kötőtűvastagságú hegyes elektróddal végzett coagulációval veszélytelenül roncsolhatjuk. Multiplex cavernomákat szénsavhó és elektrocoagulatio társításával orvosolhatunk.

Mikor nagyobb naevus-roncsolás után feltűnőbb hegek, vagy laza, petyhüdt bőrreszletek maradnak hátra, műtéttel segítünk. Kerekded, vagy szabálytalan hegeket, továbbá petyhüdt, felesleges bőrreszleteket kimetszünk, hogy helyükbe legfeljebb vonalas műtéti heg maradjon vissza.

Orvosi gyakorlat szempontjából a naevus-problema fontos kérdés. Kisebbségi anyajegyek könnyen megszüntethetők. A nagyobbak gyógyítása azonban nagy óvatosságot, biztonságot és körültekintést igényel, ezért ajánlatos ezek kezelésébe szakorvost is belevonni. Az időpont kellő megválasztása érdekében a szakorvosi tanácsadásnak nemsokára születés után kell megtörténnie.

Skutta Árpád dr.
egyetemi magántanár,

Erjedésses dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű dús calcium- és foszfortartalmú tejfehérje készítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérjekészítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, colloidalisan jól oldódik, kellemes zsemlyeizű és a tej mindazon fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

Az amoebás dysenteria.

A dysenteria klinikai és kórbonctani fogalma különféle aetiológiájú kórképeket foglal magában. Gyógykezelés és prognosis szempontjából elsősorú fontosságú az ok, vagy okozó felderítése. A klinikai kép és a klinikai vizsgálatok nem mindig alkalmasak az ok kimutatására vagy felismerésére.

Bizonyos az, hogy trópusokon az amoebás, mérsékelt égöv alatt a bacillaris dysenteria gyakoribb. Még ma sem tudjuk pontosan azt, hogy mi ezek viszonya. A világháború előtti irodalom adatai e szempontból érdektelenek. De a protozoológiai vizsgálatot még ma is általában elhanyagolják vagy csak helyenként végzik el. A bakteriológiai, sőt serológiai vizsgálat is — mint tudjuk — komoly hibaforrásokkal dolgozik. A bakteriológiai vizsgálat eredménye függ a betegség időszakától, az első héten sokkal nagyobb százalékban mutatható ki, mint második vagy harmadik héten. Talán még nagyobb különbséget jelent a vizsgálati anyag gyors feldolgozása, mert a dysenteria baktériumok néha igen gyorsan tönkremennek a székletben. Agglutinációs reactio jelentősége kisebb, mint typhusban. Kis gyermekben, idősebbekben, súlyos esetekben teljesen hiányozhat.

Azonban dysenteria bacillusokon kívül más baktériumok, féregfertőzés (*Schistosoma*), sőt mérgezés (higany) okozta vérhas is előfordulnak a dysenteria klinikai képében. Protozoonok közül a *Balantidium coli* is dysenteria kórképét hozza létre, de az *Entamoeba histolytica* okozta amoebás dysenteria kórképe az, mely az oki különítés szempontjából leginkább szóbajön. Az *Entamoeba* (*E.*) *histolytica* fertőzés nálunk is igen közönséges, de arra pontos feleletet nem tudunk adni, hogy milyen arányban találkozunk általa okozott dysenteriaival. Az erre vonatkozó vizsgálatok száma csekély. Az O. K. I. parasitológiai osztályán két év alatt vizsgált kb. 4000 vegyes protozoológiai vizsgálat során 6 olyan könnyebb, vagy súlyosabb dysenteria eset fordult elő, mikor az amoebás eredet megállapítható volt. A vizsgálati anyagban kb. 10%-ban fordult elő *Entamoeba histolytica*.

Az *E. histolytica*, az amoebás dysenteria okozója, egysejtű állatka, mely az emberi bélcsatornában él és melynek vegetatív formája képes a szövetekbe hatolni. A fertőző forma a cystás alak, mely a széklettel a külvilágra kerül. Felismeréséhez nagy gyakorlat szükséges. A bélben élő ártalmatlan amoebáktól sokszor csak nehezen különíthető el. Alaktani sajátságokon kívül azonban tenyésztése és mozgása is megkülönbözteti.

Az *E. histolytica* fertőzés változatos klinikai megnyilvánulásait entamoebiasis néven foglaljuk össze. Az *E. histolytica*—fertőzöttek nagyrésze azonban úgy nálunk, mint a trópusokon tünetmentes hordozó. Az entamoebiasis tág keretében csak egyik megnyilvánulási forma az amoebás dysenteria. A tünetmentes esetektől változatos gastrointestinalis zavarokon át, különféle toxikus tünetek, általános testi fejlődés és állapot különféle zavarai egyformán lehetnek az *E. histolytica* fertőzés következményei ép úgy, mint bizonyos százalékban acut vagy chronikus dysenteria. Az entamoebiasis minden formája előfordul hűvösebb éghajlat alatt is, de a jellemző amoebás dysenteria tényleg a melegebb égöv alatt gyakoribb.

Az entamoebiasis változatos formái közül megemlítem a következőket: obstipatio, spastikus székrekedés, chronikus gastritis, chronikus colitis, colitis mucosa, recidiváló vastagbélgyulladás, colitis ulcerosa, chronikus

appendicitis, ismeretlen gastrointestinalis „zavarok” és májbetegségek klinikai diagnosisei. A betegek változó diagnosissal vándorolhatnak éveken át orvostól kórházba. Ezekről talán más alkalommal szólunk, most csak azt akarom hangsúlyozni, hogy az *E. histolytica* fertőzés nem jelent okvetlenül dysenteriát, sőt hogy az *E. histolytica* jelenléte nem okoz okvetlenül tüneteket.

Acut amoebás dysenteria akár enyhe vagy súlyos, klinikailag lehet teljesen egyező bacillaris dysenteria képével. A főtünetek a dysenteria szokott tünetei, hasmenés és hasi fájdalom, melyhez gyakran láz társul. A székletek száma napi 5—10, de lehet több vagy kevesebb. Tenesmus változó. A bőr halvány, a has a vastagbelek mentén rendszeren körülírt helyen érzékeny. A kezdet általában lassú, fokozatos, az első tünetek alig különböznek közönséges bélhuruttól. Később a székelés módja és a széklet minősége változik meg. A székelés fájdalmas, kínzó erőltetés kíséri és ürülés után a megkönnyebbülés csak rövid ideig tartó.

A széklet eleinte még híg vagy tömött bélsár, melyhez később egyre több geny, nyák, folyadék és vér keverődik. Jellemző véres-nyákos cafatok megjelenése. Nyákos-véres üvegszerű széklet lehet csaknem szagtalan is, általában azonban jellemző kellemetlen szagú.

A láz bacillaris dysenteriában csaknem kivétel nélkül meg van, néha magas, amoebás dysenteriában rendszerint 37.5—38.5 között mozog. Ritkábban teljesen hiányzik vagy ennél magasabb. Hidegrázás csak súlyos esetekben jelentkezik. A súlycsökkenés gyakran nagy. Meteorismus, flatulentia nem ritka. Az amoebás dysenteria csak ritkán gyors lefolyású. Az első rohamot obstipatio váltja fel, melyet ismét követ a nyálkás-véres széklet ürítés. A betegség többnyire subacut vagy chronicus szakba megy át.

A bacillaris dysenteriára jellemző a hirtelen kezdet, az amoebás dysenteria lassú bevezető tüneteivel szemben. A bacillaris lefolyása pár nap vagy hét utáni gyógyulás és csak ritkán lesz chronicus, az amoebásra az ismétlődő kiújulás jellemző. Bacillaris dysenteriában a tenesmus többnyire kifejezettebb, mint amoebásban. Amoebás dysenteria ritka a gyermekkorban és férfiakon gyakoribb mint nőknél. Néha amoebás dysenteria gyanuját kelthetik májtünetek, vagy májtályog kifejlődése.

Az amoebás dysenteria idült alakja lehet acut betegség utáni állapot, de fejlődhet mindjárt idült formában is. Normális állapot obstipatióval és gennyes-nyákos-véres székletürítéssel változik. A széklet eltérése különféle. Néha jellegzetesen bűzös, higabb, máskor erősebben nyákkal kevert vagy benne cafatok láthatók. Láz többnyire hiányzik, a rohamokat csekély hőemelkedés kíséri. A súlycsökkenés fokozatos, lehet nagyfokú, de javulások idején hizhat a beteg. A hasi fájdalmak jellemzőek és többnyire körülírtak a bacillaris dysenteria diffus hasi érzékenységgel szemben. Leggyakoribb a fájdalom a caecum táján, vagy a fel- és lezálló vastagbél felett. Hányás és hányinger nem ritka.

Az *E. histolytica* bélfalba hatolásával jellemző kórbonctani elváltozások fejlődnek, melyek megnyilvánulási formája az élesen határolt fekély. A bélfal hosszabb betegség alatt megvastagszik, néha szükületek fejlődnek. Idült szakban makacs székrekedés jellemző. A súlycsökkenésen kívül a vörösvérsejtszám csökkenése jelzi a testi állapot romlását. Úgy acut mint chronicus dysenteriához változatos tünetek és szövödmények társulhatnak, amoebás és bacillaris dysenteria is nem ritkán szövődik.

Amoebás dysenteria pusztán a klinikai kép alapján csak ritkán állapítható meg. A kórokozó kimutatása a diagnosis egyetlen biztos módja. Aetiológiai klinikai diagnosis a kórokozó kimutatása nélkül úgy amoebás mint bacillaris dysenteriára vonatkoztatva jogosulatlan.

Széketben megtalálható az *E. histolytica*, melynek dysenteria esetében csak vegetatív alakját találjuk. Kiemelendő, hogy ez sem döntő, mert az emberek tekintélyes százaléka *E. histolytica* hordozó, ki más okból is szenvedhet dysenteriában. Amoebás dysenteriás székletben jellemzően kevés a gennysejt és a sejtek cytolysis hatását mutatják. Charcot-Leyden kristályok előfordulnak, de nemcsak amoebás dysenteriában, hanem más chronicus vastagbélbántalomban is. Bacillaris dysenteria székletében nagy számú leucocytát találunk, melyek toxikus hatást mutatnak. Ha az *E. histolytica* jellemző mozgású trophozoitáit nem találjuk, kitenyésztés hozhatja meg a diagnosist. Újabban complement fixatioval is jó eredményeket értek el, sajnos az antigen nyérése körülményes. Gyakorlott vizsgáló kezében alkalmas módszer a retroskopia. A fekély helyzete és alakja is jellemző lehet, még inkább értékes az így vett váladék vizsgálata.

Nálunk még csak néhány esetben állapíthattuk meg az amoebás dysenteriát. A kis számú eset azonban ugyancsak aránylag kevés vizsgálat sorából adódott. Alapos a feltevés, hogy gyakoribb vizsgálattal többször volna a dysenteria amoebás eredete megállapítható. Ennek óriási jelentőséget kell tulajdonítanunk, mert minden más kérdéstől eltekintve a beteg egészsége vagy élete mulhat a kórjelzésen. Az amoebás dysenteria mint az entamoebiasis többi formái is specifikus gyógykezelésre (Yatren, Emetin és arsen vegyületek) biztosan és gyorsan gyógyulnak, ilyen gyógykezelés nélkül, diagnosis hiányában, más kezeléssel dacolnak vagy súlyos fordulatot vehetnek. A jövőnek és a gyakorló orvosnak kell kiderítenie azt, hogy az évi 600—1200 dysenteria haláleset és kb. évi 10—20-szor ennyi megbetegedésből mennyi írható *E. histolytica* fertőzés rovására. Bármilyen kicsi lesz ez a százalék, ezek megismerése nagy érték lesz.

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

Lambliosis.

Az utóbbi időben a gyakorló orvosok is mind többet és többet hallanak a lamblia intestinalisról, aminek oka nem az, hogy ezen bélféreg most gyakrabban fordul elő, mint régebben, hanem kizárólag az, hogy több figyelmet fordítunk rá s ezirányban is kiterjesztve vizsgálatainkat, a bajt könnyebben felismerjük. A lamblia intestinalis, vagy hogy számos synonymája közül csak dia lamblia említsek, — a protozoák csoportjába tartozó flagellata. Már 1859-ben leírta Lambl. A lamblia az emberi szervezetben kétféle megjelenési alakban található: az ú. n. vegetatív alakban, amely csak a nyombélben él, valamint a bélsárban fellelhető cysták formájában. A lamblia az egyedüli bél-élősdí, amely kizárólag a vékonybél legfelső szakaszán él, belekapaszkodva a nyombél és a legfelső jejunum nyálkahártyájába. Vegetatív alakja: körtealakú, több csillószőrrel bir s ezek révén igen élénk mozgást mutat. Igen jellemző alakú és mozgású, kimutatása főleg csak a duodenalis nedvben sikerül. Meg sem kell ezt festeni, hanem elegendő nativ készítményben vizsgálni. A földolog,

hogy igen rövid idővel a duodenalis nedv vétele és annak centrifugálása után kell vizsgálnunk, mert ha áll a nedv, úgy benne a lamblia hamarosan elpusztulnak. Nem elég a spontán ürülő ú. n. „A” epe vizsgálata, hanem a „B” epét is, amelyet 50 ccm. 25%-os magn. sulfuricum után kapunk, meg kell vizsgálnunk, amelyben legtöbbször sokkal nagyobb számban lesznek a lamblia kimutathatók. A vegetatív alakok a bélsárban csak kivételesen mutathatók ki akkor, ha hasmenés áll fenn s a szék folyós-híg s a gyorsult passage révén még nem pusztultak el.

Ezzel szemben a cysták, melyek szintén jellegzetes alakúak, csak festett készítményben, bizonyos ú. n. „dúsító eljárások” után mutathatók ki, de csak a bélsárban. Ezek felismerése nagy szakértelmet igényel. Az kétségtelen, hogy az esetek túlnyomó részében, ha a vegetatív alakok fellelhetők, akkor a cysták is kimutathatók a bélsárban és fordítva is. De előfordulhat és előfordult eseteimben is, hogy épp azon bélsárrészben, melyet vizsgáltak, nem volt cysta kimutatható, így csak ismételt vizsgálat útján zárhatjuk ki jelenlétüket, ami nem áll a duodenalis sondázáskor, amellyel már kis számban is kimutathatóak. A bélsarat cysta vizsgálat céljaira előzőleg hashajtóval kell folyósítani és csak megbízható, erre begyakorolt helyen szabad megvizsgáltatni. Emberbe a cysták révén jut a lamblia, piszkos gyümölcs, saláta, stb. révén. Háziállatokban is fellelhető. Gyermekekben gyakoribb, mint felnőttekben.

Sok vita folyt a fölött az irodalomban, hogy vajjon kórokozó-e, azaz képes-e bizonyos betegségi tüneteket előidézni? Sokan tagadták ezt, de ma kétségtelen, bebizonyított tény, hogy jelenléte a szervezetre nemcsak hogy nem kívánatos, hanem kártékony is. Egy bizonyos, körülhatárolt kórképet nem idéz elő, úgy hogy kizárólagosan lambliasisra jellemző tünet nem létezik. Viszont az is bizonyos, hogy vannak látszólag egészséges egyének is, kikben lamblia kimutatható.

Három csoportra osztanám azon tüneteket, amelyekben lamblia kell gondolnunk:

1. Hasmenés. 2. Epehólyagtáji panaszok. 3. Általános panaszok: émelygés, hányinger, fogyás, subfebrilitás, vagy más természetű és nem jellegzetes gyomorbélpanaszok.

Ad. 1. A legtöbb esetben hasmenéses panaszokat láttam. Okuk enteritis, esetleg enterocolitis volt. Anacid esetekben épp oly gyakran láttam, mint normálisokban. A lamblia kipusztulása után tovább kell kezelni a fennmaradó enteritist vagy gastritist, mert ha a lamblia tartotta is fenn a panaszokat, úgy kezelésünkre, amely csak a lamblia kipusztítására irányul, az enteritis súlyosbodhat is. Súlyos dysenteriform eseteket, mint a tropusokon, hazánkban nem észleltek. A székek vékonybélhurtra jellemzőek.

Ad 2. Az epetáji panaszok szintén gyakoriak. Néha cholelithiasisra vagy cholecystitisre jellemzőek. Icterus-hoz is vezethetnek, bár ily megjelenési alakja úgy látszik hazánkban ritka. De ne elégedjünk meg azzal, ha epetáji panaszok okaként lamblia-t találunk, mert sok esetben láttam, hogy a betegség cholelithiasis volt. Tehát cholecystographia is feltétlenül elvégzendő. Az epetáji panaszok gyakorisága miatt voltak külföldi szerzők, kik úgy vélték, hogy a lamblia behatol az epehólyagba is, ezt sem saját tapasztalataim nem erősítik meg, sem számos külföldi bűvár sem. Így tehát csak lambliasis miatt cholecystektomiára gondolnunk sem szabad, annál kevésbé, mert ma már van egy biztos gyógymódja. Sok esetben találtam cholecystektomizált egyének duodenalis nedvében lambliaikat, biztos jelül annak, hogy csak a duodenumban ülhetnek,

Ad 3. Az egyéb gyomor-bél panaszok: égés, nyomás, hányinger, hányás, flatulentia és néha fekélyre emlékeztető ú. n. késői fájdalmak. Nagyfokú gyengeség, reszketés, subfebrilitás tüneteit is észleltem. Objective anaemiát találtam az ily esetekben és gyomorkiürülési zavarokat.

Ami végül a gyógyítást illeti, ezirányú nézeteink gyökeresen megváltoztak. Egy bizonyos, hogy még akkor is, ha a lamblia mint véletlen mellékletre bukkantunk vizsgálataink során és nem biztos, hogy a fennálló egyéb klinikai tünetek okozója és fenntartója lenne, még ekkor is ki kell pusztítanunk a szervezetből. Régebben sok mindenféle szerrel próbálkoztunk: festékanyagokkal (methylenkék, trypaflavin, stb.), azonkívül salvarsannal akár injectiók alakjában, akár peroralisan adva és főleg duodenalis mosásokkal, amelyeket kombináltunk intraduodenalis savarsan-öblítésekkel. A duodenalis mosást oly célból adtuk, hogy mechanikusan leöblítsük a nyálkahártyát s ezáltal a lamblia ezreit onnan lemoszuk. Gyakran kitűnő volt a kezelés eredménye, csupán hosszadalmasak voltak ezek a kezeléseik. Sokszor csődöt mondott minden therapiás próbálkozásunk. Újabban egy oly festékanyag jutott felszínre a lamblia kezelésére, amely úgy látszik rövid idő alatt és 100%-osan kipusztítja őket: ez az acridin. Atebrin és legújabban a Bayer-féle Sostol az a két peroralisan szedhető acridin derivatum, amely tökéletesen bevált. Ez utóbbi még forgalomban sincs, annakidején be fogok számolni a vele elért kitűnő gyógyítási eredményemről. 6 nap alatt kipusztítja a legsúlyosabb esetekben is a lambliaikat. Recidivát eddig nem észleltem.

Még egyszer összefoglalva: fontosnak tartom épen nem tisztázott hasi, vagy más általános jellegű panaszok esetében is annak hangsúlyozását, hogy gondoljunk lambliasisra is. Ha lamblia vannak, úgy könnyen felismerhetjük őket. De egyet fontosnak tartok hangsúlyozni, hogy az egész szervezetet gondosan át kell vizsgálni, hogy esetleg más betegséget el ne nézzünk. Ha más bajt is találunk: a lambliasis mellett, azt is kezelni kell, pl. az anaemiát. A lamblia elpusztítása, ami ma már nem probléma, nem oldotta meg a teendőket; utána kezelni kell a rendszerint visszamaradó gyomor, vagy vékonybélhurrot is vagy más elváltozásokat. Csak ha ezeket a szempontokat figyelembe vesszük, járunk el helyesen és lesznek hálás betegek, mert csak akkor gyógyulnak meg teljesen.

Friedrich László dr.
főorvos.

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

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

A befizetési lap hátulján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel történő rendeléskor a portóköltseget is felszámítjuk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A Basedow-kór.

A Basedow-kór tipikus alakját a thyreotoxikosisoktól, a Basedowoid alaktól és a forme fruste-től elkülönítik. A valódi Basedow-betegségben annak összes jellegzetes tünetei megtalálhatók, minők a gyorsan növvő struma, a szemtünetek, a tachycardia, az idegrendszeri elváltozások és az alapanyagcsere fokozódása. A hyperthyreosis név alatt azon eseteket értik, amelyek alapja a pajzsmirigy túlműködése, emellett a Basedow-kór többi tünetei nem kifejezettek. A két alak között átmenetek vannak. Ha a hyperthyreosisos tünetek már régóta fennálló kemény strumához csatlakoznak, akkor struma basedowificatáról beszélnek. Tekintettel vannak még arra is, vajjon a thyreotoxikus állapot addig egészséges vagy már neuropathiás egyéneknél fejlődik-e ki.

A Basedow-kór főleg az izgékony hajlamú, már legkisebb izgalomra is élénken reagáló egyéneken, főleg nőknél fordul elő, akiknél sokszor bizonyos alkati zendellenességek is kimutathatók.

A betegség középpontjában a diffuse megnagyobbodott és mérsékelt kemény pajzsmirigy áll. A mai felfogás szerint ez a struma a rendesnél jóval nagyobb mennyiségű váladékot termel, amely a vérbe és onnan a szövetekbe jutva az égési folyamatokat és az anyagcserét élénkíti. A mirigy colloid tartalma csökkent és a fehérjéhez kötött jód benne megfogyott, ellenben a vérjód tartalma megsaporodott. A pajzsmirigy megnagyobbodása nem halad párhuzamosan a thyreotoxikus tünetekkel, sőt alig észlelhető pajzsmirigy megnagyobbodás mellett is súlyos thyreotoxikus tünetek uralhatják a kórképet.

A szemkidülledés többnyire kifejezett, ritkán csak féloldali. A lassú pillacsapás nem állandó jel, gyakoribb a szemtekék hiányos convergentiája. A tág szemrés mellett feltűnnek a fénylő szemek.

A tachycardia csaknem állandó tünet. A pulusszám 100—160 között ingadozhat és nyugalom alatt is alig csökken. A felületes légzés miatt a tüdők kitágulása hiányos. Emiatt az abszolút és relatív szívtompulát egymáshoz közeledik, aminek eredményeképpen a szív nagyobb felülettel fekszik a mellkasfalhoz. A betegek többnyire gyorsan lesoványodnak és ezért a hasi aorta lüktetése sokszor tapintható. A nyaki ereken a carotisok élénk pulzatiója vehető észre. Az ütérlokés gyors és a pulsus feszessége hirtelen csökken a környi erek kisebb feszülése miatt. A systolés nyomás normális, a diastolés ellenben alacsony, mi miatt a pulsus amplitudo, az érverés nyomása a rendesnél nagyobb. A nagyobb munkát kifejtő, erőlködő szív nem minden esetben nagyobbodik meg vagy teng túl, a hosszantartó és súlyosabb esetekben azonban ilyesmi gyakrabban előfordul. A vérben keringő nagyobb mennyiségű thyroxin ugyanis az égési folyamatokat élénkíti, miáltal az egyes szervek nagyobb mennyiségű vért kapnak. Emiatt a keringő vér mennyisége megnagyobbodik és a vérkeringési sebesség is gyorsul. Mindkét tényező tetemes munkát hárít a szívre, ami miatt számos esetben a szív térfogata megnagyobbodik, a szív kitágul és a szívizomzat is túlteng. Ha a túltengés dacára a szív elég jól működik és pangásos tünetek nem állanak fenn, a szív megnagyobbodás idővel visszafejlődhet, mihelyt a pajzsmi-

rigy működése csökken vagy a mirigy váladéka a pajzsmirigy kiirtása folytán megkevesbedik. A thyreotoxicus izgalom hatása alatt keletkező szívet el kell különíteni a szívizom megbetegedés okozta pangásos alaktól, amely a betegség későbbi szakában mutatkozik és az előbbi alakkal ellentétben digitálisra már rendszerint jól reagál. A bántalom elején a szívcsúcson sokszor az arteria pulm. felett is fuvó systolés zöreje hallható, amely többnyire accidentalis. A szív működésben típuszavarok keletkezhetnek, amelyek a pitvarból vagy a gyomrocából indulnak ki. Az extrasystolék általában ritkák, annál gyakoribb a pitvarlebegés, a fibrillatio. Utóbbi eleinte paroxysmális rohamokban kezdődik és néhány perctől napokig eltarthat, később azonban állandósul. A pitvarlebegésre való készséget a vegetatív idegrendszerre ható izgalom felindulás és a testi megerőltetés is könnyen kiválthatják. A vegetatív idegrendszer befolyására azért gondolnak, mert nagymennyiségű thyroxin egyszeri befeccskendezése nem zavarja meg az ingervezetést és az ingerképzést és a pitvar, valamint a gyomroc alakját sem változtatja meg. A múltó pitvarremegést a többi tünetek rosszabbodása szokta kísélni, amiből a pajzsmirigy által termelt mérgegy nagyobb fokú kisodródására következtetnek. A lebegés idővel a szív működés teljes szabálytalanságába, az arrhythmia absolutába mehet át. Idősebb egyéneken angina pectorisra utaló panaszok is előfordulhatnak a koszorús erek megbetegedése miatt. Súlyos hyperthyreosisokban a szív állapot romlásával cardiális elégtelenség tünetei mutatkozhatnak pangásos májjal és a fehérje megjelenésével a vizeletben. Egyes szerzők szerint az EKG görbéje a Basedowos szívre jellegzetes, mert a T görbe feltűnően magas, sokszor a P csipke is. Mások szerint T hullámok lekerekítettek. Haynal a görbék viselkedését nem tartja jellegzetesnek.

Ismeretes Basedow-kórban az idegrendszer általános ingerlékenysége, melynek objektív jele a finom reszketés a szemhéjjakon és a szétterpesztett ujjakon. A betegek izgékonyak, kedélyük változó, gyakran depresszív állapotokba hajlamosak, sőt néha depresszív félelmi állapotok is mutatkozhatnak. Gyakran izzadnak és makacs álmatlanságról panaszkodnak. A subfebrilitás, a lesoványodás és az izzadás a gümőkór gyanúját keltheti. A klinikai megfigyelés és az alapanyagcserevizsgálat tekintetbe vételével az elkülönítő kórisme többnyire könnyen megtehető. A hyperthyreosisos betegek, nappal izzadnak, az ideges panaszok, az álmatlanság szintén e bántalomban gyakoribbak, míg az apathia a fáradékonyság, az álmoság inkább a specifikus folyamatban gyakoribb.

A betegség körjelzésében nagy a jelentősége a fokozott anyagcserének, annyira, hogy a Basedow-kór hiányos kifejlődése, egyes jellegző tünetek elmaradása esetén az alapanyagcsere viselkedésére fektetik a főszúlyt. Az alapanyagcsere sokszor 60—100%-os emelkedést is mutat. A klinikai tünetek az alapanyagcsere emelkedését meg szokták előzni, míg a subfebrilitás az alapanyagcsere fokozódásával rendszerint együtt észlelhető.

A bántalom kóroktanában a pajzsmirigy vezető szerepe mellett a hypophysis thyreotrop hormonja és a középagy is figyelembe részesítendő. Hypophysis daga-

natokban az alapanyagcsere sokszor fokozott és az állapotkísérletek is ezen hormon jelenléte mellett bizonyítanak. Azonban nincs eldöntve az a kérdés, hogy embereken a pajzsmirigy a thyreotrop hormon hatása alatt nagyobbodik-e meg. Ellene szól a hormon hatásának múltékonysága. Lehet, hogy a klimakterikus hyperthyreosisokban e hormonnak nagyobb a jelentősége. Az eddigi ismeretek szerint a Basedow-kórt keletkezésében a belső secretió mirigyek hormonális egyensúlyzavarának lehet tekinteni. (pajzsmirigy, hypophysis, thymus, ovariumok). Azonban egyelőre még nincs alapja annak, hogy a pajzsmirigy szerepének csak másodlagos szerepet tulajdonítsunk. A belső secretió egyéb zavarai közül felemlíthető a pigmentatio, amely főleg a szemhéjjakon észlelhető, a mandolák, a thymus hyperplasiája, az esetleges lépmegnagyobbodás, hajlam a glykocaluriára és a menstruációs zavarok. A hószám szabálytalanul jelentkezik, sokszor hónapokig is kimarad. Jellemző az adrenalin túlérzékenység, a Csépai-féle reactió. A vérben a lymphocyták meg szoktak szaporodni, néha az eosinophilek is.

A betegség előidézésében az endokrin mirigyek működési zavarán kívül fertőző okok is szerepelhetnek. Pl. az influenza.

A terhesség első hónapjaiban a pajzsmirigy megnagyobbodását hyperthyreotikus tünetek kísérik, amelyek a terhesség későbbi folyamán visszafejlődhetnek. Később valóságos hyperthyreosis fejlődhet ki, ami a szívet is megterheli. Azonban ezen tünetek dacára a betegek a terhességet jól viselik, úgyhogy annak megszakítása nem válik szükségessé.

A Basedow-kór hevenyen lefolyó alakját a thyroxinnak a vérbe tömeges mennyiségben bejutása hozza létre. A kórkép nagyfokú gyengeséggel, hányással, izadással és a tápfevétel megnehezített voltával jár, s többnyire halálos kimenetelű. Ezen állapotot nagyobb mennyiségű jó adása, valamint a besugárzás is kiválthatják. Jódot, ezen szer iránt érzékeny egyéneknek óvatosan kell adagolni, mert Basedow-kór tüneteit válthatja ki.

A Basedowosok étrendje szénhidrátdús, fehérjeshzegény legyen. Bővelkedjék gyümölcs és zöldfőzelék-félékben. Gyakran étkezzenek, sok tésztát és cukrot fogyasszanak, zsírt bőven keverjenek ételeikhez. Magaslati gyógyhelyeken tartózkodás huzamos időn át ajánlható. Lehetőleg sokat fekdjenek hűvös helyen. A sinus tachycardia digitalissal alig befolyásolható. Lebegési arhythmia esetén a chinidint kis digitalis adagokkal kombinálják. Sokszor ezen arhythmia nagyobb adag idegcsillapítóval is megszüntethető. Ha a szívtünetek vannak előtérben, azok a szokásos módon szőlőcukor, strophantin euphyllin, digitalis, továbbá vizelethajtókkal kezelendők. A specifikus gyógyszerek közül legjobban hat a diiodotyrosin, vagy a dityrin, amely az alapanyagcsere és a pulsus ellenőrzése mellett 2—3 héten keresztül adható. Ha a szapora szív működés nem csökken, olyankor digitalissal kombinálható avagy a dityrin után próbálkozhatunk digitalissal. Azonban vannak esetek, amelyekben a dityrin hatástalan. A jódot kerülni kell és inkább csak a műtét előkészítésére a pajzsmirigy telítésére használják fel, ami azonban dityrinnel is elérhető. A conservatív therapiát a sugárkezelés egészíti ki. Súlyos esetekben azonban hatástalan. A sugaras kezelés alatt az alapanyagcsere ellenőrizendő, hogy a rosszabbodást még idejekorán felismerjék. A teljes Basedow, valamint a hyperthyreosisok súlyos eseteiben a műtét indikált. A szív állapota miatt nem kell aggódnia, mert az digitalis, strophantin, szőlőcukor, stb. kezeléssel előkészíthető. Ismeretes, hogy a

pajzsmirigy kiirtása még szervi szívbajban szenvedőkön sem olyan veszélyes, mint azt azelőtt hitték. Azon esetekben, amelyekben postencephalitiszes tünetek miatt az agyi eredet gyanúja felmerül, a középagy besugárzása alkalmazható.

Torday Árpád dr.,
egyetemi c. rk. tanár.

A vérsejtsüllyedés gyakorlati jelentősége a nőgyógyászatban.

A vörösvérsejtek süllyedési sebességének mérése a nőgyógyászati kórismezés fontos segédeszköze. A használt eljárások közül legjobb és legelterjedtebb Westergreen módszere. Lényege: a könyökgyűjtőérből citratos fecskendőbe vett vért (1 rész 3.8%-os natrium citricum + 4 rész vér) összekeverése után Westergreen pipettába szivjuk a 0 jelig s a pipettát függőlegesen állványba helyezük úgy, hogy csúcsát rúgos acéllemezzel gumidugóhoz szorítjuk. 1 óra múlva leolvasva a leülepedett vérsejtek feletti plasmaoszlop magasságát, milliméterekben kapjuk a vörösvérsejtsüllyedés (v. v. s.) értékét. Csak teljesen száraz és tiszta Westergreen csövekben, szobahőmérsékleten végzett próba ad megbízható eredményt.

A v. v. s. sebességét meghatározó számos tényező közül a vérplasma fehérjének aránya a legfontosabb, amennyiben a globulin és fibrinogen fractiók viszonylagos megsaporodása az albumin rovására gyorsítja a v. v. s.-t. Ezenkívül gyorsítja a v. v. s.-t a parenteralis fehérjefelszívódás, lobtermékek felszívódása, vérszegénység és veseelégtelenség, viszont lassítja a polyglobulia és polycythaemia, anaphylaxiás állapot, hepatogen icterus és súlyos kachexia. Az életkor, faj, alkat, menstruációs ciklus, tápláltság, táplálkozás, év és napszak a v. v. s. sebességét lényegesen nem befolyásolja. Egészséges nő vérsejtsüllyedése 3—8 mm; gyakorlatilag a 20 mm alatti v. v. s. érték még normalisnak tekinthető.

A v. v. s. a nőgyógyászatban felhasználható: a) a kórismezésben, b) a kórjóslatban s főleg a lobos eredetű elváltozások operálhatóságának megállapításában, c) a műtét utáni kórfolyás ellenőrzésében, d) gyulladással nemzőszeri betegségek conservatív kezelése eredményességének megítélésében.

Heveny és félheveny nemzőszeri gyulladás erősen gyorsult v. v. s.-el jár, melynek sebessége a folyamat kiterjedésével, a fertőzés intenzitásával és a lobtermékek felszívódási lehetőségével arányos. A v. v. s. igen értékes a rejtett gyulladással góccok, genygyülemek felismerésében, valamint a függelékek valódi és lobos eredetű daganatainak elkülönítésében. A nemzőszeri idült, gyulladással eredetű elváltozásai mellett a v. v. s. rendes. Gyulladás lezajlása után a vérplasma mélyreható elváltozásától függő v. v. s. lassabban tér vissza rendes értékére, mint a testhőmérséklet és a fehérvérsejtszám s így azoknál biztosabban jelzi a beteg teljes gyógyulását.

A nemzőszeri gümőkór csak kiterjedtebb s főleg a hashártya megbetegedésével is szövődött eseteiben jár gyorsult v. v. s.-el.

Fejlődési rendellenességek, régi gátrepedés, hüvelyfalsüllyedés, a méh helyzetváltozásai, endometriosis s a nemzőszeri jóindulatú daganatai mellett a v. v. s. általában rendes. Méh és petefészekdaganatok elhalása, kocsánycsavarodás, másodlagos vérszegénységet okozó polypusok és submucosus myomák, főleg pedig a fertőződött, elgenyvedt, vagy evesen széteső daganatok gyors

sult sülyyedéssel járnak. Ugyancsak gyorsítják a v. v. s.-t a szeméremtest, hüvely és méhnyak genyedő alapú fekélyei, felfekvései is.

Metropathiák esetén a v. v. s. független a nyálkahártya szövettani képétől, esetleges gyorsulása a vérszegénység fokával arányos.

Terhesek sülyyedése a IV. hónaptól fokozatosan gyorsul. A szülés alatt és a gyermekágy első hetében nagy ingadozásokat mutathat, de mindig erősen gyorsult s ezért ilyenkor kórjelzésre nem alkalmas. Alkalmatlan a v. v. s. a terhesség és myoma okozta méhmenyaggyobbodás elkülönítésére is. Vetelés kapcsán észlelt nagyobb sülyyedésgyorsulás a méhtartalom fertőzöttségére, vagy gyulladásra utal.

Meg nem szakadt kürtterhesség mellett a v. v. s. rendes, megszakadt méhenküli terhesség esetén a vérszegénység fokával és az első tünetek fellépése óta eltelt idő tartamával arányosan gyorsul. Méhenküli terhesség és függelékgyulladás elkülönítésében a mérsékelt gyorsult v. v. s. inkább méhenküli terhesség, az erősen gyorsult v. v. s. inkább gyulladás mellett szól.

Rosszindulatú méhdaganatok mellett a v. v. s. kezdetben normalis, tehát a betegség korai felismerésére nem alkalmas; később a folyamat előrehaladottságával és kiterjedésével arányosan gyorsul a v. v. s. A daganatszövet fertőzöttsége, eves szétesése a v. v. s.-t erősen gyorsítja, az esetleges kachexia viszont lassíthatja.

Rosszindulatú petefészekdaganatok mellett — a kezdődő esetektől eltekintve — gyorsult a v. v. s. igen nagyfokú a gyorsulás az áttételekkel s főleg a hashártya megbetegedésével, hasvízkórral szövődött esetekben.

A v. v. s. nem fajlagos próba s így egymagában kórjelzésre nem alkalmas ugyan, de a helyi lelettel s más vizsgáló módszereinkkel (hőmérőzés, vérkép, provokáló eljárások stb.) összehangba hozva a női betegségek elkülönítő kórismézésében nagy segítségünkre lehet. A v. v. s. adatainak értékelésekor mindig ki kell zárunk extragenitalis sülyyedéstgyorsító tényezők (heveny fertőző betegségek, tüdőgümőkór, stb.) jelenlétét.

A v. v. s. segítségünkre lehet a nőgyógyászati megbetegedések operálhatóságának megállapításában és a műtét időpontjának megválasztásában is. Gyors v. v. s. mellett végzett műtétek eredményei rosszabbak, mint a rendes v. v. s. mellett végzetteké s az előbbieket kapcsán legalább kétszer gyakrabban jelentkeznek postoperatív szövődmények. Igen értékes a v. v. s. a gyulladáshoz vezető eredetű függelékeltározások miatt végzett hasmetszések kórjóslatában, mert itt a gyorsult v. v. s. azt jelzi, hogy a gyulladás még nem nyugodott meg teljesen, úgy hogy a műtét alkalmával heveny lobos jelenségeket, izzadásmányt s esetleg még virulens kórokat is tartalmazó genygyülemeket találhatunk, amelyek a műtétet megnehezítik s a gyógyulást fertőzéses eredetű szövődményekkel veszélyeztetik. Ezért a lobos eredetű nemzöszervi elváltozásokat erősen gyorsult v. v. s. mellett lehetőleg conservative kezeljük mindaddig, míg egyéb vizsgálataink mellett a v. v. s. is a lobos folyamat megnyugvását jelzi. 20. mm-nél lassúbb v. v. s. mellett heveny gyulladás, genyedés és virulens csírok jelenléte nagy valószínűséggel kizárható. Csak a vastagon eltokolt genygyülemek képeznek kivételt, amelyek mellett a lobtermékek akadályozott felszívódása miatt a v. v. s. akár normalis is lehet.

Méhkaparás után annál jobb a szövődmenymentes gyógyulás esélye, minél lassúbb a v. v. s. a műtét előtt. Erősebben gyorsult v. v. s. mellett — hacsak az erős vérzés erre nem kényszerít — méhüri beavatkozást még akkor se végezzünk, ha beteg láztalan és fehérvérsejt-száma rendes. Plasztikai műtéteket se végezzünk erősebb-

ben gyorsult v. v. s. esetén; ezzel szemben bármennyire gyorsult v. v. s. mellett is el kell végeznünk megfelelő esetekben a kolpotomiát, tályog, vagy elgenyedett Bartholini-mirigy megnyitását.

Rosszindulatú daganatok operálhatóságának megállapítására a v. v. s. nem alkalmas.

Műtét után a v. v. s. meggyorsul, de 3—5 nap múlva fokozatosan és egyenletesen esni kezd s zavartalan gyógyulás esetén 2—3 héttel a műtét után rendes értékre csökken. A műtét utáni gyorsult v. v. s. állandósulása, de méginkább az egyszer már esésnek indult v. v. s. érték újabb emelkedése fertőzéses eredetű genitális, vagy extragenitalis szövődmeny jelenlétére mutat.

Rosszindulatú daganatok sugaras kezelése után a fokozott sejtszétérés miatt néhány napig gyorsul a v. v. s., majd lassan, fokozatosan esik s ha fertőzés, kiújulás vagy áttételképződés nem zavarja a gyógyulást, úgy a kezelés után 3—6 héttel rendes értékre száll le.

A nemzöszervek lobos megbetegedéseinek conservatív gyógykezelése esetén nagy hasznát láthatjuk a v. v. s. mérésének. Erősen gyorsult (40 mm-en felüli) v. v. s.-érték mellett kizárólag lobellenes kezelésre szorítkozzunk s csak rendes vagy kevésbé gyorsult v. v. s. esetén kezdjük el a felszívató kezelést (sós és lápfürdők, meleg hüvelyöblítés, diathermia, rövidhullámú kezelés, hőlég stb.)

A lobellenes és felszívató kezelés eredményessége jól ellenőrizhető sorozatosan végzett v. v. s. vizsgálatokkal, amelyeknek eredménye a subjectív és objectív tünetekkel összhangban érzékenyebben jelzi a lobos folyamat gyógyulását, illetve újabb fellobbanását, mint a testhőmérséklet, fehérvérkép és a különféle provokáló eljárások.

A v. v. s. mérése a nőgyógyászati vizsgálatnak ma már világszerte elterjedt és elismert kiegészítője; nagy előnye, hogy egyszerűsége, gyorsasága és olcsósága miatt a gyakorló orvos is könnyen elvégezheti rendelésén, vagy a betegágyánál.

ifj. Mauks Károly dr.
a budapesti Bábaképző Intézet
tanársegéde.

A süketnémaság.

A süketnémaság az az állapot, amidőn veleszületett vagy a korai gyermekkorban szerzett sükettség, esetleg nagymérvű rosszhallás következtében az artikulált beszéd nem fejlődött ki, illetőleg visszafejlődött. *Mygind* szerint Európában, — Oroszországot nem számítva — 100.000 lakosra átlagosan 79 süketnéma jut és egyes statisztikák mutatják, hogy a baj hegyes, magas fekvésű országokban sokkal gyakoribb, mint másutt. Férfiakon nagyobb százalékban fordul elő, mint nőknél. Érdekes az a megállapítás, hogy a geologiai helyzet jóval nagyobb szerepet játszik, mint a rossz szociális viszonyok. Általában több a szerzett, mint a veleszületett süketnémaság, bár egyes helyeken, így pl. Schweizban fordított az arány. A szerzett süketnémaság az első három évben jelentkezik leggyakrabban. Ebben a korban a beszéd még vagy egyáltalán nem, vagy csak nagyon tökéletlenül fejlődött ki és az ekkor keletkezett sükettség vagy nagyfokú rosszhallás egyrészt lehetetlenné teszi a beszéd megtanulását, vagy pedig másrészt a már meglévő, tökéletlen, fejletlen beszéd is visszafejlődik rövidebb-hosszabb idő alatt.

A süketnémaságot az idők folyamán többször és többen csoportosították, talán a legáttekinthetőbb *Denker* alábbi beosztása:

I. Veleszületett vagy congenitalis süketnémaság. Mindazokat az eseteket magába foglalja, amelyek keletkezése intrauterin zavarokra vezethető vissza, mint:

- a) Intrauterin gyulladási folyamatok (meningoencephalitis, placenta infectio folytán keletkezett lues);
- b) Fejlődési rendellenességek, amelyek nem gyulladás következményei. Öröklött cretin degenerációk, (endemiás süketnémaság).

II. Szülés után szerzett süketnémaság:

- a) agyhártyagyulladás folytán keletkezett süketnémaság;
- b) Középfülgyulladás folytán keletkezett süketnémaság (tympnalis);
- c) A labyrinthusban történt primaer elváltozások, amelyeket nem a szomszédságban lezajlott gyulladás (otitis, meningitis) okoz, hanem pl. parotitis epidemica, trauma, szerzett lues következményei.

Bezold volt az első, aki az egész hangterületet az alsó határtól a felsőig átvizsgálta és megállapította, hogy a süketnémáknak csak egyharmada teljesen süket, a másik kétharmad. hallásmaradványokkal bír. Ugyancsak Bezold vizsgálatai szerint a b¹-g²-ig terjedő hangterület szükséges a beszéd hallásához.

A cochlearis tünetekkel szemben a vestibularis tünetek (szédülés) háttérbe szorulnak, hiszen a szerzett süketnémaságban a labyrinthkiesés rendszerint már régen megtörtént a vizsgálat előtt. Egyszerű megfigyeléskor rendszerint sem a test statikai, sem dinamikai egyensúlyában nincs rendellenesség. A teljesen siketeken azonban mind forgatásra, mind calorizálásra nagy százalékban hiányzik a reactio. Statistikai adatok szerint veleszületett sükettségben szenvedőkön sokkal nagyobb számban ingerelhető a labyrinthus, mint a szerzett sükettségben. Olyan esetekben, ahol hallásmaradvány mellett sem ingerelhető a labyrinthus, rendszerint meningitis után jelentkezett, szerzett süketnémaság fog fenn.

Süketnémákon néha egyéb alkati rendellenességeket is találunk. Az endemiás süketnémaságban a cretinismus jellemző tünetei észlelhetők. Néha a szemben is található rendellenességek a veleszületett sükettségben, így elég gyakori a retinitis pigmentosa. Gyengeelműség csak cretinismussal járó süketnémaságban fordul elő, egyébként nagyon ritka és nem jellemző tünete a süketnémaságnak.

A süketnémaság kórismézése a csecsemő- és a korai gyermekkorban elég nehéz. A legfontosabb annak a megállapítása, van-e valami hallás. Ha hall a gyermek, akkor nem lehet süketnéma és a némaságnak más oka van. Itt szóba jöhet a megkésett beszéd-kifejlődés, főleg pedig a *hallónémaság*, vagyis némaság, jó hallás és átlagos szellemi képesség mellett. Két formája van: a motorikus és sensorikus hallónémaság. Az előbbiben jól megérti a gyermek a beszédet, beszélni azonban nem tud. A sensorikusban különböző okoknál fogva pl. psychicus gátlások miatt, nem érti meg jól a beszédet. A hallónémaság előbb említett két formájának jó a prognosisa. A phonetikai kezeléssel klinikánkon is jó eredményeket értünk el. A valódi süketnéma-

ság prognosisa teljesen rossz, a gyógyulás lehetetlen. A veleszületett süketéssel együtt előfordulhat chronikus otitis is, amit természetesen kezelni, vagy esetleg operálni kell, de ezzel nem a süketnémaságot, hanem csak a középfülgyulladást kezeljük. Maga a süketnémaság sohasem lehet indicatio a műtéti beavatkozásra. Ha esetleg valamely általános betegség összefüggésbe hozható a fülbántalommal —, itt elsősorban a congenitalis luesre kell gondolni — azt természetesen kezelni kell, azonban ettől a kezeléstől sem várható a süketnémaság javulása.

Többen megkísérelték már a múlt század elején a süketéget hangbehatásokkal befolyásolni, különösen *Urbantschitsch* rendszeres hallásgyakorlatokat végeztetett, hogy a hallószerv inaktivitását leküzdje. Eredményeket csak akkor ért el, amikor bizonyos hallásmaradványok még fennállottak. A süketnémaság kezelése mind külföldön, mind nálunk is, azt lehet mondani, teljesen külön tudomány és az ezzel foglalkozó szakemberek nagyon sok esetben meglepően jó eredményeket érnek el.

Sokszor nehéz annak az eldöntése, hogy szerzett, vagy öröklött süketégről van-e szó, főleg pedig, hogy valóban öröklött-e, avagy az intrauterin életben szerzett-e. Az öröklött süketéssel ellen szól a nagymérvű dobhártya- és középfülroncsolás, amely leggyakrabban a scarlat-otitisek után észlelhető. A lueses eredetű süketéssel mellett a pozitív Wassermann-reactio és a congenitalis lues egyéb tünetei szólnak. Továbbá az abszolút süketéssel gyakrabban észlelhető a szerzett, főleg meningitises eredetű süketnémaság, mint az öröklött esetében. Az utóbbiban elég gyakoriak a hallásmaradványok, amelyekről pontos vizsgálattal megállapíthatjuk, hogy mind a jobb, mind a bal oldalon majdnem teljesen symmetrikus helyen fekszenek. A vestibularis kiesés öröklött süketnémaságban is előfordul, de sokkal ritkábban, mint a szerzettben. A beszédből is tudunk következtetni, mert ha accentuáltan beszél a süketnéma, akkor valószínűleg csak a későbbi korban süketült meg, amikor már elég jól megtanult beszélni, míg a jellegzetes monoton, szintelen, úgynevezett „siketnéma beszéd” inkább a veleszületett süketéssel mellette szól. Fontos az anamnesis is, továbbá annak a vizsgálata, hogy a szülők között nincs-e közeli vérrokonság. — Újabban *Uffenorde* 203 süketnémát vizsgált és minden esetről kétoldali felvételt készített *Lange-Sonnenfeld* és *Stenvers* szerint. Az öröklött süketéssel szenvedőkön mintegy 30%-ban talált pneumatisatiós zavart, míg a szerzett süketéssel mintegy 50%-ban. Továbbá, míg az előbbieken a labyrinth rajzolata kellőképp differentiált volt és nem mutatott eltérést, addig az utóbbiakon elmosódott volt. Szerző értékes segítőeszköznek tartja a röntgenvizsgálatot a süketnémaság vizsgálatok terén.

Ha a fülvizsgálat megállapította a süketnémaság fennállását, akkor ajánlatos a gyermeket mielőbb megfelelő intézeti kezelésbe elhelyezni.

Tamási (Tóbl) Pál dr.
egyet. magántanár.

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2'20

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A lágyfekély gyógyítása Ulcatrennel.

A lágyfekély és complicatióinak gyógyítása az utóbbi években lényeges haladást mutat. Ez idő szerint az a tapasztalás, hogy a legtöbb kilátást a jó gyógyulás elérésére a specifikus streptobacillus-vaccina kezelés eredményezi, összekötve a nem specifikus láztherápiával. Már alig vitás, hogy az idején bevezetett vaccinattherápiával gyorsabb gyógyulást érünk el és esetleg még a bubo-fejlődés lehetőségét is megelőzhetjük. Ha a bubo már esetleg ki is fejlődött, legtöbbször könnyen elérhetjük visszafejlődését és megakadályozhatjuk kifakadását, ami igen fontos, hiszen a kifakadt vagy felnyitott bubo főként nőknél, márcsak kozmetikai szempontból is nagyon kellemetlen complicatio.

Egy ilyen új specifikus és nem specifikus, de láz-keltő összetevőkből álló vaccinnal folytattunk az osztályunkon vizsgálatokat, melyet *Ulcatren* néven a „*Behring Werke*” hozott forgalomba.

Az *Ulcatren* különböző *Unna-Ducrey-bacillus* törzsekből áll s 3 %-os Yatren-oldatban van suspendálva. Az oldat conserválószerrel nem tartalmaz, mert csírátlan-sága a Yatren-oldattal biztosítva van. A gyár a készítményt 2 ccm-es ampullánként különböző csíraszámokkal készíti el, mely a csomagoláson fel van tüntetve. Mi a kísérleteinket az ampullánként 100—200—400 millió csíratartalmú készítményekkel folytattuk. Az *Ulcatren* sterilizálását és ártalmatlanságát a gyár állatkísérletekkel állapította meg.

A készítményt gyűjtőrezen kell adagolni. Az izombafecskendezés csak ott ajánlatos, hol a lázt megelőző hidegrázást általános testi gyengeség, vagy más ok, (pl. terhesség, szoptatási idő) ellenjavallja. Ugyancsak ellenjavallt a gyűjtőrezen adagolás máj, vese, valamint szívbántalmak esetén. Már pl. gümös és maláriás állapotokban az orvos ítéletére bízható az adagolás, vagy csökkentett adaggal, vagy izomba adva a szükséges csíraszámú adagot. Természetesen, mint minden gyógyeljárásban, úgy itten is az egyéni tűrőképesség szerepet játszik.

Az injectiót követő 4.—6. órában áll be a tartós hidegrázás, utána a hőmérséklet a legalacsonyabb esetben is 39.3 fokra ment fel. Némely esetben, különösen nőknél 40.8—41.0 fokos lázat is mértünk. Az átlagos hőmérséklet 39.4—40.0 fok között mozgott és másnap délután tájban csökkent le a normális szintre. Nőbetegeinken még az injectiót követő harmadik napon is mértünk subfebrilitást. A láznak csak fejjúgás — „nehéz a fejem” — az egyedüli kísérő tünete, más kellemetlenségről egyik betegünk sem panaszkodott. A lázas szak lezajlása után a betegek közérzete újra kifogástalan volt. Az injectiókat általában három-négynaponként ismételtük meg. Második alkalommal, ha az első injectiót követő láz 39.5 fok fölött volt, ismét csak az első adagot adtuk. (100 millió csíra), különben a következő adagot (200 millió csíra) fecskendeztük be. Ugyanígy jártunk el a második injectió után is. Harmadszorra rendszerint már nyugodtan adhattuk az emelkedő adagot, mert nem észleltünk túlerős reakciót. Három injectiónál többre egy alkalommal sem volt szükség, mert már az első után majd minden esetünkben a fekély továbbterjedése megszűnt és az alapja feltisztulva, csakhamar gyógyulásra hajló sebbé alakult át. A sulcus coronariusban

lévő mély fekélyek csak a második, esetleg csak a harmadik injectió adása után tisztultak fel és indult meg bennük a regeneratio. Általában már a második injectio után látható volt az élénken megindult hámosodás, mit ottan észleltünk leginkább, hol a fekély nem egymáshajló területen feküdt.

Az *Ulcatrennel* eddig 55 esetben folytattunk gyógyító kísérleteket, amihez ellenőrző vizsgálatképpen 55 más, részben helyileg, részben különböző lázkeltőkkel (Pyrago, Opsogen, tej, 2%-os kén) kezelt esetet kapcsolunk. Az 55 *Ulcatrennel* kezelt eset közül 31 buboval szövődött volt. Ezekből 15 előrehaladottat felvágunk. Tizenegy esetben egyikoldali, két esetben pedig mindkétoldali bubo visszafejlődött. Érdeemes megemlíteni egyik férfibetegünket, kinek a praeputium belső oldalán, a sulcusban és a frenulumon lévő fekélyei mellett a baloldalán rigótojasnyi, kissé hyperaemiás, fájdalmas duzzanata volt. Hidegvizes borogatás és az első injectio (100 millió csíra) hatására a bubo teljesen visszafejlődött és fájdalomtalaná vált. Ötnapi tünetnélküliség után ismét az előzőnek megfelelő klinikai képet láttuk, fenti panaszokkal is. 200 millió csírat tartalmazó ampulla intravenás adagolása után a bubo végérvényesen visszafejlődött, valamint a fekélyek is lényegesen feltisztultak és hámosodni kezdtek. A már beolvadt és hullámzó bubok felnyitása után adott injectiók a váladékképződést megszüntették és a hámosodást jótékonyan befolyásolták, mit betegeink gyors gyógyulása is tanusít.

Sorozatunkba nem vettük fel azt a férfibeteget, kinek bubóját négy héttel osztályunkra kerülte előtt nyitották fel más rendelésen kb. 5 cm hosszú nyílással, mely mintegy 1 cm szélességben tátongott. A seb alapja genyes lepedékkel fedett, erősen váladékozik, szélei túlsarjadztak. A glanson levő fekélye csaknem teljesen behámosodott volt. Az első injectio adása után a genyes alap feltisztult, ekkor a túlsarjadzást előzetes fagyasztás után a sebszélekről körös-körül levágva megisméltük az *Ulcatren* adagolását. A második injectiót követő 12. napon a beteg az osztályt teljesen — persze egyetlenül — összeforrott sebbel hagyta el. Az injectióktól jó eredményt akkor láttunk leginkább, mikor a feltehető fertőzés a kórházba kerülés előtt két-három héttel történt, vagy még rövidebb időn belül.

Az 55 helyileg és esetleg valamely lázkeltővel kezelt (ellenőrző vizsgálat) lágyfekélyes beteg közül 34 esetben fejlődött ki bubo. Felvágunk 25-öt, a többi visszafejlődött. A láz csak Pyrago adásakor emelkedett 40.0 fok fölé, más lázkeltők hatására, természetesen fokozatosan adva, 39.5 fok körül volt a hőmérséklet. Ez még aznap estére a normális hőmérséklet szintjére szállt le. Míg az *Ulcatrennel* csak maximálisan három ízben tettük ki a beteget a láztherapia kellemetlenségének és összes, esetleges veszélyeinek, addig más lázkeltőkből, volt eset, hogy tízszer is kellett adagolni injectiókat másod, ill. harmadnaponként.

Az *Ulcatren* specifikus hatását az is bizonyítja, hogy egy esetünkben nagyobb láz nélkül is kaptunk jó helyi eredményt (37.6 fok), a többi esetünkben azonban biztosan számíthatunk a nemspecifikus lázhatásra is. Az *Ulcatren* diagnostikus célra is használhatjuk, mert kétes esetekben, ha alkalmazására javulást észlelünk,

úgy biztosan felállíthatjuk a lágyfekély, vagy bubo diagnosisát, mint azt mi egy nőbetegünkön láttuk. Ha az injectiót semminemű reactió nem követi, akkor a lágyfekély és complicatiój kizárása után más kórformára lehet alapos gyanúnk (pl. lymphogranuloma inguinale).

Az 55 *Ulcatrene*l és az 55 más gyógyeljárással kezelt betegen kívül (110 eset) 9 előrement lágyfekélyes bubós betegnek a sikertelen helyi és láztherápia után adagoltuk az *Ulcatrene*t. Itt a láz nem emelkedett oly magasra (38.8 fokot mértünk), mint friss eseteinkben, mert kétségkívül a szervezetnek valamely ellenálló képessége fejlődik ki a lázzal és lázkeltőkkel szemben az ismételt lázkeltő injectiók hatására, minek bizonyítására megemlíttük, hogy kísérletképpen két gonorrhoeás nőbetegnek, kik ismételten kaptak más lázkeltő injectiót, 100—100 millió csíra *Ulcatrene* adva csak 37.7, ill. 38.0 fokos lázat sikerült elérni. A fenti 9 esetben az eredmény azonban élesen mutatta az *Ulcatrene* kiváló használhatóságát, mert mindegyik esetben a fekélyek a láz-talan (inj. követő harmadik) napra feltisztultak, a túlsarjadzástól a felnyitott bubós sebek szélét megtisztítva a hámosodás megindult.

Hogy az átlagos ápolási időben nem láttunk nagyon lényeges különbséget az *Ulcatrene*l kezelt és a más gyógyeljárással kezelt betegek között, az leginkább annak tudható be, hogy osztályunkra az elhanyagoltabb és súlyos betegeket vesszük fel és ezek közül is a leg-súlyosabbaknak adagoltuk az *Ulcatrene*t, kiknek már a természetes ellenálló képessége is erősen megcsökkent, részben az elhanyagolt betegség, részben a rossz táplál-kozási viszonyok következtében, ami a munkaképte-lenségük folyamánya volt.

Mindezek egybevetésével a kísérletek után teljes meggyőződéssel azt hisszük, hogy az *Ulcatrene* igen hatásos szerünk az *ulcus molle* és *bubo dolens* gyógyítá-sában, és pedig úgy a magán és intézeti kezelésben, mint a friss, sőt az elhanyagolt esetekben. Kísérleteink eredményei olyannyira kedvezőek és biztatóak, hogy nyugodtan ajánljuk a szélesebbkörű további kísérlete-zést. Bizvást remélhető, hogy az *Ulcatrene* csakhamar általánosan használt gyógyszerévé válik a lágyfekély-nek.

Dobos Sándor dr. és Horváth Károly dr.
Szent István kórház bőrosztalya.

Keratitis phlyctaenosa és belső secretio.

Mikor a belső secretio tana még in floribus volt, majd minden betegség végső okát itt keresték. A szük-ségszerűen bekövetkező visszahatás azonban túlságosan mérték alá szállította ennek a tannak az értékét. Pedig éppen a belső secretio volt az, mely a classikus organ-pathologia várfalán a legnagyobb rést ütötte s ezzel egy reálisabb és józanabb szemléletnek vetette meg az alapját. Az a megismerés, hogy egy mirigy működésé-nek bármilyen irányú megváltozása minden esetben és szükségképpen maga után vonja az összes többi mirigy-functióváltozását is, per analogiam annyira kitágította az általános pathologia láthatárát, hogy ennek jelentő-sége egyelőre be sem látható. Talán *Krehl*-től száрма-zik az a mondás, hogy nincs beteg szerv, hanem beteg szervezet, ember. Mint ahogy élettani viszonyok között, fokozott munkában nemcsak a szív működése változik meg, hanem az egész test vérelosztása. *Tendeloo* már teljesen és véglegesen lemondott az egy és egyetlen kórok kereséséről s helyette a különböző kiváltó, elő-segítő és egyéb okok kedvező összejárását, constella-tióját tartja fontosnak. Innen származik a név is: con-

stellatiós pathologia. *Hueppe* jóval *Tendeloo* előtt, a betegség matematikai formulázása közben, lényegében hasonló eredményre jutott. Szerinte a betegség nem status, hanem processus, történés. Matematikailag legjobban mint függvény érzékelhető. A betegség *K* olyan függvénnyel egyenlő, melynek tagjai *P*, azaz praedispositio, *R*, azaz kiváltó inger és végül *A*, az elő-segítő körülmények, $K = f(P, R, A)$ A függvény tagjai tovább bonthatók, pl. *P* phaenotypusra és genotypusra. Az *R* és *A* felbontása a szóbanforgó betegség termé-szete szerint változik. Ha ezt a jelképes jelölést szá-mokra concretisáljuk, akkor azok + — előjellel 0-tól a végtelenig változhatnak. Ezáltal lehetővé válik, hogy elősegítő ok is számszerűleg és jelentőségében annyira dominálóná váljék, hogy a többi factort teljesen el-nyomja. Ezzel a bevezetéssel valami magyarázatot és általános alapot igyekedtem találni annak a megfejté-sére, hogy olyan megbetegedésekben, ahol a belső secre-tio szerepéről ugyan tudunk, miért nyomul az néha annyira előtérbe.

Esetemben egy 17 éves leányról van szó. Évek hos-zsú során át kezelték egy vidéki kórházban phlyctae-nás szaruhártyagyulladásal. Legutóbb nyolc hónapig tartózkodott ott. Jobb szaruja időközben átfürödött s jelenleg staphyloma corneae áll fenn. Két hétig kísér-leteztünk a localis és általános therapia minden szám-bajöhető eszközével, teljesen eredménytelenül. A bal szaru beszűrődései mindinkább szaporodtak, kezdtek kifekélyesedni, egyszerűen az átfürödés csak idő kérdése volt. Az időközben befejezett általános kivizsgálás sze-rint egyedül a menstruatio mutatott súlyos zavarokat. Első mensese 16 éves korában jelentkezett; fél éven át rendszeren ismétlődött. Jelenleg fél év óta amenorrhoea áll fenn. Tekintve, hogy a szem localis terapiájában egyik szertől sem láttunk javulást, egyedül a képződött váladék eltávolítására fordítottunk gondot, minden más beavatkozást megszüntettünk és általános thera-piára tértünk át. Az első hogival injectio (50.000 I. E.) után már d. u. halványabb lett a szem. A második inj. pedig practice a gyógyulást hozta meg. Látása, mely felvételnél csak kézmozgáslátás volt, 6 m. ujjolvasásra javult. A menstruatio a negyedik injectio után indult meg, három napig tartott közepes vérzéssel. Az évekig tartó gyulladás azonban nem múlt el nyomtalanul a szem felett; a cornea tele van forradással.

Az irodalmi adatok áttekintése után érdemesnek tartom megemlíteni, hogy *Schieck* a *Kurzes Handbuch*-ban megemlíti a gonorrhoeával kapcsolatban endogen metastatikus úton létrejövő phlyctaeának, de a belső secretio szerepéről egy szót sem szól. A magyar iroda-lomban értékes adatokkal járultak hozzá ehhez a kér-déshez *Kreiker*, *Röth* és *Németh*.

Majoros János dr.
a budapesti szemklin. tanársegéde.

Erjedéses dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkal-mazza az orvosi kar a *Krompecher*-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Capho-sein* elnevezésű dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérjekészítmé-nyekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, colloidalisan jól oldódik, kellemes zsemlyeizű és a tej mind-azon fehérjeit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint) tar-talmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építő-anyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

Hogyan fertőződnek leánygyermek és csecsemők kankóval?

Szakkönyvek s az általános orvosi felfogás is leány-csecsemők és gyermekek kankós fertőzését általában a megbetegedett közvetlen környezetéből (a beteggel egy lakásban lakók) származtatják. Éppen ezért meglepő volt, hogy a felvett kankós leányok hozzátartozói a gyermek fertőzését a „W. C.”-vel hozták összefüggésbe az esetek több mint felében. Ez a magyarázat gyakran a kórházba utaló orvostól eredt. Részletes kórelőzmény felvételek azután legtöbbször sikerült kideríteni a fertőzés valódi forrását. Fontosnak látszik annak az ismertetése, hogyan kapnak az alacsonyabb társadalmi osztályok (iparos, rendőr, gyári munkás, alkalmi munkás, munkanélküli családok) leányai kankót, — beteganyagunk ezekből a családokból került ki, — annál is inkább, mivel a gyógyítási eredmények igen szerények. Pedig az eredményes megelőzés csak ennek ismeretében képzelhető el. Adatainkat táblázatba foglaltuk fertőzési mód és életkor szerint (214 leánycsecsemő és gyermek a születés és havibaj megjelenése közti korban).

		Életkor (év)														
		0-1/4	1/4	1	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	
Coitus v. kísérl.	erőszakos									1					1	2
	név.-apa															3
	idegen						1		1	2	5	4	2			16
	édesapa													1		1
	idegen												1	1	3	5
Asexualis uton	otthon															
	testvér, szülő	8	5	4	6	6	8	7	3	3	3	4	10	2		69
	albérlő								1	1	1					3
	cseléd						1									1
	kórház		2	2	1	1										6
	menhely, kihely.		4	8	1	4	2			2						21
	intézet										1				1	2
	bölcsőde, napk. o.		4	12	3											19
	óvoda, iskola					6	5	4	5	2	2		2	1	1	28
	nyaralás					2	2		1		2					7
	barátnő					2	1	1		1	2				1	8
W. C.							1	1		1				1	4	
egyéb	1		3	1	1	2	3			4		2	1	1	19	
Összesen: 214																

Az erőszakos nemi közösülés útján fertőzöttek aránytalan nagy száma úgy adódott, hogy a budapesti és környéki rendőrkapitányságok minden ilyen beteget hozzánk küldenek. A merénylők egyike egy muzsikusz cigány saját gyermekén követett el erőszakot. A másik szereplő édesapa tartós szerelmi viszonyt folytatott lányával, mialatt felesége napszámba járt, míg egy családon kívül szerzett go-val gyermekét megfertőzte. Ezután került a gyermek hozzánk, apja pedig börtönbe. A gyermekeket pénzzel, cukorral csalták el vagy játék ürügye alatt férközték hozzájuk. Egy 7 éves leányt az iskolából tanítónője küldött egy műhelybe a légvédelmi berendezések szállítását sürgetni, itt követtek el raj-

ta erőszakot. Néhány gyermek 30—40 fillérért prostituálta magát, ezek a Mária Valéria régi és új telep szomorú világából kerültek ki, hol egy szobában 15-en (2—3 család) is laknak és a gyermekek közvetlen szemlélet útján gyakran hamarabb tekintenek be a teremtés mysteriumába, mint a betűvetésbe, az erkölcs pedig ismeretlen fogalom számukra.

Otthon, a családban történt a fertőzések több mint egyharmada, főleg tömeglakásban élőkön. Egy ágyban 2—3 személy is alszik együtt (albérlővel is.) Egy betegünknek volt csak saját szobája. Ezt a strandfürdön cselédjük fertőzte meg közös törülközővel.

Bölcsődékben a közös törülközők és egyéni, de nem mindig cserélt vízü fürdők a fertőzés átvivői.

Óvoda és iskolában is elég gyakori a fertőzés a gyermekek intím együttléte folytán.

Néhány betegünk a társadalmi egyesületek jóvoltából nyaraltatásban részesült és itt fertőződött meg (közös fürdő stb.).

„W. C.” fertőzés valószínűsége 4 beteg esetében maradt csak meg!

Nem elegendő tehát ez utóbbi móddal magyarázni a megbetegedést, de érdemes és szükséges keresni a fertőzés valódi forrását, mert a családra veszélyes betegek kioktatásával a fertőzések száma csökkenne, bár kétségtelen, hogy a gyermekkori kankó ezekben a társadalmi osztályokban inkább szociális probléma.

Telegdi István dr.

a Szent László kórház segédorvosa.

Szívbetegség kezelése strophoséval.

A szív incompensatióval járó megbetegedéseinek legfontosabb gyógyszerei a digitalis és a strophantin. A digitalis gyakrabban alkalmazható, azonban értékei és nélkülözhetetlensége mellett nem kívánatos hatásai is vannak.

Közismert, hogy a digitalis nem hat mindjárt és így a kívánt hatás elérésére hosszabb időre van szükség, huzamosabb ideig tartó adagolásakor cumulatív hatása jelentkezik és a gyomor-bélrendszerre is kellemetlen mellékhatást gyakorol, amely a digitalis injectiók alkalmazása után is bekövetkezik. Vannak, kik a digitalist egyáltalán nem tűrik, minthogy alkalmazásának minden kísérlete esetén heves gyomor-bélzavarok jelentkeznek. A digitalis a vagus központot is izgatja és hatással van az ingerképző készülékekre és az inger vezetésre is. A strophantin hatása teljesen egyezik a digitalis hatásával, vannak azonban értékes előnyei is. Gyorsabban hat, hatását kellemetlen mellékhatás kevésbé kíséri, a gyomor is jobban tűri, cumulatív hatása gyakorlatilag nem jön számításba és a vagust sem izgatja. Hochheim adott először peroralisan strophantint, napi 3—6-szor 2—2½ mg-t, majd később Böttcher napi 3x5 mg-t. Mérgezési tünetek nem voltak, ami annak a jele, hogy a strophantin egy része a gyomorban elbomlik. Maurer szerint a strophantinból a nyúl minimális halálos adagja intravénás adás mellett a peroralisnak 1/133-a.

A strophantinnak a szívre gyakorolt hatása, mint említettük, azonos a digitaliséval, azonkívül az értónusra gyakorolt hatásával tágítja az arteriákat. (Johannes Sohn és Kastan állatkísérletei) Bodó szerint az artéria coronariákat is. Kísérletileg megállapítható, hogy a strophantin hatására a szív refractaer periódusa megrövidül (Love). Az intravénásan adott strophantin hatását fokozhatjuk, ha hypertoniás szőlőcukorral együtt juttatjuk a szervezetbe. Állatkísérletben szőlőcukornak a szer-

vezetbe intravenás bevitelével először *Brasol* foglalkozott, ő a vérnek felhígulását észlelte, melyet endosmosis folyamatnak fogott fel. *Voit* embereken végzett kísérleteket.

A szív megbetegedései esetén elsőnek *Büdingen* (1913.) alkalmazta, mint therapiás eszközt a hypertoniás szőlőcukoroldatot; alapgondolata az volt, hogy a szív izomzatát tápláló, energiát szolgáltató anyagoknak bevitelével a szív munkaképességét fokozni lehet. *Korbsch* és *Gehrmann* sikerrel alkalmazták a szőlőcukor és strophantin kombinációját.

Lényegileg a hypertoniás szőlőcukor oldat tágítja a koszorú ereket, ami által a szív izomzatnak jobb táplálása válik lehetővé (*E. Meyer*) osmosis hatásánál fogva pedig vizet von el a szövetekből és a pangásos tüdőkből. (*Steyskal*.)

A Richter gyógyszervegyészeti gyár által készített új magyar strophantin készítmény a strophose; hypertoniás szőlőcukoroldat és g. strophantin kombinációja, 1 10 cm³-es ampulla tartalma 0.0005 gr strophantin cryst. és 2 gr glucose. A strophose injectiókkal végzett kísérletek célja, egyrészt bebizonyítani, hogy a bőséges cukoroldatban adagolt strophantin hatása gyors, másrészt, hogy eloszlassa a strophantinnal szemben a gyakorlatban tanúsított eddigi idegenkedést.

A strophose injectiókat következő esetben alkalmazzuk: szívgyengeség, a különböző eredetű szívincompensatiók — a balszív dilatatio és insufficiencia esetén tüdőoedemával kapcsolatban asztoliában nagyon szapora kis pulussal, alacsony pulsus számmal járó incompensatiókban, alacsony pulsus számmal és compensatiós zavarokkal járó arrhythmiaokban, hypertrophiával járó normál pulsus számú szívelégtelenségben, — magának a szívizomzatnak megbetegedéseiben (myodegeneratio, fertőző betegségek) és angina pectoris esetén.

Az utóbbi esetben kitűnő segítség a strophose, mert a kritikus pillanatokban tágítja a koszorúereket és javítja az elégtelen átáramoltatást.

Nem adunk strophoset olyan betegnek, kinek pulsus száma a digitalis hatás következtében 80 alatt van, nem adjuk zsugor vese következtében fennálló incompensatiókban, mert a kötőszövetesen zsugorodott vese működésének fokozását úgy sem várhatjuk. Aorta insufficienciában a strophose kezelés elővigyázatosságot követel, mert strophantin hatásra „a verővolumen” növekedésével fokozódik az elégtelen billentyűn visszarámáló vér mennyisége is és a regurgitált vértöbblet még nagyobb erő kifejtést ró a szívizomzatra, aminek következménye a további dilatatio lehet. Ugyancsak ügyelni kell szív aneurysma és aorta aneurysma esetén, mert strophantin hatásra, a szívizomzat működése hirtelen fokozódik és így rupturát is okozhat. A vérnyomás magas volta egymagában nem contraindicatio. Nem adunk strophoset sem a sinuscsomó és pitvarok, sem a pitvarok és kamrák közötti vezetési zavarokban. Ha a beteg előzetesen digitalis kezelés alatt volt, úgy legalább 48 óráig várunk kell a strophoseval, mert a különben ártalmatlan strophantin adag a cumulált digitalissal együtt esetleg túladagolást okozhat.

Közel 300 strophose injectiót adtunk betegeknek, kellemetlen mellékhatást csupán 1—2 esetben észleltünk, amikor az injectio után 1—2 órával émelygés, hányinger, sőt néha hányás is következett be. Ilyenkor pár napi szünetelés után a strophose injectiók napi adagját csökkentjük vagy ritkább időközökben adjuk.

Az injectio adása közben, főleg akkor kell ügyelni, ha a megelőző injectio erős bradycardiát okozott. Az úgynevezett strophantin halált, csak túladagolás okoz-

hatja (1 mgr!) vagy a végveszélyben adott strophantin után látjuk azt, amikor a halál az injectio nélkül is bekövetkezett volna. Ezért strophoset ne végszükségben adjunk, hanem igenis akkor, mikor a beteg szívizomzatra még hatni tudunk.

Sorozatos kísérleti anyagunkból két érdekesebb esetről óhajtok beszámolni.

B. J.-né 49 éves nőbeteg. 9 év előtt szívburokgyulladás volt, azóta állandóan küzd incompensatiós tünetekkel: ezek nehéz légzés, szívtáji fájdalom, csekély vizelet kiválasztás, boka és lábszár oedemák, munkaképtelenség. 9 év óta csak heti 1 salyrgan injectio teszi elviselhetővé állapotát.

Bel lelete: normális tüdőlelet, haránt irányban megnagyobbodott szív, tompa szívhangok, arrhythmias pulsus, szp. 102, R. R.: 160 — 95 Hg. mm. Máj két harántujjal meghaladja a jobb bordaívét. Boka és lábszár oedemák kiskokú ascites. Vizeletben: fehérje nyoma és erősen pozitív urobilinogén reakció. Görcső alatt: 0. Wassermann r.: negatív. Röntgen lelet: aorta típusú balra másfél ujjal, jobbra 1 ujjal megnagyobbodott szív, aorta kis fokban tágult. E. K. G.: myokardium laesio, balszív preveleálás, arrhythmia. Betegünk két hét leforgása alatt összesen 5 strophose injectiót kapott. Panaszai teljesen megszűntek, nehéz légzése, cyanosisa, ascitese és oedemái eltűntek. Szívműködése rendeződött, szp.: 84. 9 év óta fennálló panaszainak megszűnése magát a beteget is meglepte, saját bemozdása szerint olyan jól érezte magát, mint 9 éve még soha. A beteget hat héten át teljesen jól érezte magát, ezután újból kezdődtek incompensatiós tünetei. Egy strophose injectiora panaszai ismét visszafejlődtek, azóta hetenként egy injectiót kap, amely elegendő a compensatio fenntartására.

K. P.-né 48 éves nő. 5 éve beteg. Ezóta vannak boka-oedemái, nehézlégzése, szívtáji fájdalma, dolgozni nem tud. Vizeletkiválasztása igen csekély. Bel-lelete: mindkét alsó tüdőlebenye felett pangásos hurut tünetei, szív harántul, főleg jobbra nagyobb, halk szívhangok, az összes szájadékok felett kettőzött diastolés hang. Pulmonális II. ékeit. Időnként extrasystolék, pulsus szám: 108. R. R. 130 — 80 Hg. mm. Máj két és fél ujjal haladja meg a jobb bordaívét. Boka- és lábszároedema. Vizeletben: fehérje nyomokban és erősen pozitív urobilinogen reactio. — Görcső alatt: 0. Wassermann r.: negatív. Röntgen lelet: mindkét alsó tüdőlebenyben fokozottabb rajzolat, dúsabb hilusok, szív mitralis configuratiót mutat. E. K. G.: jobb szív hypertrophia, extra systolék, középső csomó rytmus. Betegünk 4 napon át naponta egy strophose injectiót, majd másodnaponként még 4 injectiót kapott. Már az első injectio után megszűnt nehéz légzése, a harmadik injectio után állapota lényegesen javult, a hatodik injectio után panaszmentes lett és a már 5 éve állandóan meglévő boka oedemái is eltűntek. Két hónapig teljesen jól érezte magát a beteg, ezután ismét jelentkeztek panaszai, azóta hetenként 1 strophose injectiót kap és jól érzi magát.

A strophose injectiók technikáját illetőleg a szokásos szabályok követendők. A kellő sterilitás mellett a befecskendezés lassan történjék. Ambuláns beteget mindig pihentessük az injectio után. Az injectio nem fájdalmas, a hatás gyorsan áll be, 1—1½ óra múlva éri el tetőpontját és kb. 24 óráig tart, mellékhatást nem észleltünk. Az injectiókat a beteg állapota szerint naponta, majd másodnaponként adjuk, a szívműködés állapotától függően, kezdetben mindig kisebb adagokat és ha a beteg jól tűri, emelkedünk a teljes dosisig. Ha a beteg panasa ismét jelentkeznek, vagy testsúly gyarapodás révén folyadék visszatartást észlelünk, ismét rendszeres kezeléshez térünk vissza, mely abból áll, hogy hetenként 1, vagy 2 injectiót adunk.

Összefoglalólag: a strophose gyorsan ható gyógyszer, mely szerencsés összetételénél fogva a szív incompensatióval járó megbetegedéseiben hatásos cardiacumnak bizonyult. Vénába befecskendezése után a szívelégtelenség tünetei a legrövidebb idő alatt visszafejlődnek. Alkalmazása teljesen veszélytelen és megfelelő indicatio esetén káros mellékhatásai nem észlelhetők.

Rott Tibor dr.,
a Charité poliklinika orvosa.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A méhnyakrák gyógykezelésének mai állása.

Ismeretes, hogy az utóbbi idők statisztikái a rák megszorodását mutatják. Ennek három oka lehet: 1. vagy maga a betegség vált gyakoribbá valamely ismeretlen tényező behatására, 2. a szociális biztosítás nagymérvű kiterjesztésével mind többen kerülnek állandó orvosi megfigyelés alá, 3. talán a népegészségügyi propaganda befolyására az utóbbi időben a nép felfogása változott meg olyan irányban, hogy most már inkább fordulnak betegségükkel orvoshoz. Akármelyik tényező is szerepel a rák szaporodásában, e népbetegség elleni küzdelem és a helyes gyógykezelés érdekében tisztában kell lennünk azzal, hogy milyen gyógyeredményeket érünk el ma a női genitális rákok közül a leggyakrabban előforduló méhnyakrák kezelésével.

Amíg nem is olyan régen csak az operálható méhnyakrák gyógyítására gondolhattunk, az inoperabilis eseteket pedig elvesztetteknek kellett tekintenünk, addig ma már ott tartunk, hogy a sugáradagolás és a sugárvédelem tökéletesítése révén az operabilis méhnyakrák gyógykezelésében a sugárkezelést nemcsak kiegészítőnek, hanem a műtéttel egyenlő gyógymódnak, inoperabilis esetekben pedig egyedüli gyógytényezőnek kell tekinteni. Ezt leginkább *Seitz*, *Wintz*, *Gauss* és az idősebb *Döderlein* munkásságának köszönhetjük.

A különböző női klinikák újabb méhnyakrák statisztikáinak gyógyeredményeiből azt látjuk, hogy a berlini női klinika (*Stöckel*) operabilis méhnyakrákjai közül műtéttel 46%-os 5 éves gyógyulást ért el, a würzburgi (*Krönig* és *Gauss*) az operatív esetekben is csak sugárkezelést alkalmazva 45.8% gyógyulást, a müncheni klinika (*Döderlein*) ugyancsak operabilis esetekben is csak sugárkezelést alkalmazva 52%-os gyógyulást, a tübingeni (*A. Mayer*) pedig az operabilisnek jelzett méhnyakrákok közül műtéttel 47%, sugárkezeléssel pedig 46.9%-os gyógyulást mutat ki. Ezen számadatok világosan bizonyítják, hogy a méhnyakrák operabilis eseteiben a műtétes és a sugaras kezelések egyenlő gyógyeredményeket adnak, persze csak azon esetben, ha úgy a műtő, mint a sugárkezelő szakorvos a tudásnak legmagasabb fokán áll.

A sugárkezelés eredményei főleg az inoperabilis méhnyakrák gyógykezelésében tűnnek ki. A berlini női klinika 22%, a göttingeni 25.5%-os és a würzburgi 21.9% 5 éves gyógyulást ért el, ez utóbbi azzal a megjegyzéssel, hogy beteganyaga igen szomorú volt. Ezek a számok azt mutatják tehát, hogy az inoperabilis méhnyakrákos betegeknek majdnem $\frac{1}{4}$ -ét sikerül az életnek 5 évnél hosszabb időre megmenteni. Ezt pedig fontos tudni, mert a méhnyakrák nemcsak az öregkorban fordul elő, hanem éppen a javakorban levő asszonyok közül szedi legtöbb áldozatát. Ezért tudva azt, hogy a betegeknek mintegy $\frac{2}{3}$ -a kerül inoperabilis állapotban szakorvos kezébe és ezek mintegy $\frac{1}{3}$ -át sikerül megmenteni és továbbá, ha tudjuk azt is, hogy az operabilis méhnyakrákok kezelésével egyesek már 57.5 és 57.8% gyógyulási eredményt értek el (*Martius*, *Hurdon*), akkor azt kell mondanunk, hogy ma már indokolatlan a régi pessimistikus felfogás a méhnyakrák gyógyulásával szemben. Áll ez különösen akkor, ha a beteg korán

kerül szakorvosi kezelésbe. Éppen ezért a gyakorló orvosnak az a kötelessége, hogy minden méhnyakrákos beteget azonnal szakorvoshoz küldjön. A szakorvos pedig dönt a beteg általános állapota és a betegség foka szerint a tennivalókról, tekintetbe véve, hogy milyen gyógytényezők állanak rendelkezésére. Sajnos a mi viszonyaink olyanok, hogy a nőgyógyászati intézetek közül is csak alig egy párnak van módjában mind a két gyógyító eljárást: az operatívot és a sugárkezelést alkalmazhatni. Ha mindkét gyógytényező rendelkezésre áll, akkor inoperabilis esetekben a sugárkezelést, a röntgen- és rádiumkezelés kombinációját kell alkalmazni, operabilis esetekben meg mérlegelni kell a két gyógytényező előnyeit és hátrányait, mert a két gyógytényező teljesítőképességét illetőleg még vita folyik.

A sugárkezelés hívei a műtétes kezelés ellen felhívják, hogy a *Schauta*-féle kiterjesztett vaginalis totalexstirpációnak és a *Wertheim*-féle abdominalis totalexstirpációnak nagy a primár halálozása, még pedig az előbbinek 3—10%, az utóbbinak 11—20%. Ez kétségtelenül hátránya a műtétes kezelésnek. De a sugaras kezelés sem teljesen ártalmatlan, mert pl. rádium kezelés folyamán láz, peritonitis és sepsis léphet fel 1.25%-ban. Még azt is tudni kell, hogy néha még kezdődő rák is a sugárkezeléssel szemben érzéketlenül, refractaer módon viselkedik. Hogy ennek mi az oka, ma még ismeretlen. De vannak olyan tapasztalatok is, hogy a sugárkezelés kritika nélküli alkalmazásakor a rákos szövetek gyors növekedése, avagy annak ellenkezője, szövetroncsolások észlelhetők. A sugárkezelés hátrányául felemlítik még azt is, hogy a műtéti kezelés esetén a gyógyeredmény azonnal jelentkezik, a sugárkezelés után viszont csak jóval később mutatkozik, ha egyáltalában el nem marad. Éppen ezért, mivel előre nem tudható, hogy melyik eset viselkedik a sugárkezeléssel szemben refractaer módon, ésszerűbb tehát a betegeket a műtéti gyógyulás lehetőségéből nem kizárni, hanem inkább megoperálni. Ezért operabilitás esetén operálni kell.

De tisztában kell lennie a szakorvosnak azzal is, hogy a két leginkább gyakorolt műtét közül melyiket alkalmazza. A vaginalis műtéttel szemben felhívják, hogy általa a magasabban fekvő beszűrődött mirigyek eltávolítása lehetetlen, valamint a parametrium bőségebb kivétele is. Ezekkel szemben nem szabad figyelmen kívül hagyni a *Wertheim*-féle műtét nagy primár mortalitását, különösen akkor, ha tudjuk, hogy statisztikai adatok szerint a hüvelyi eljárás sugaras utókezeléssel kombinálva közel ugyanazokat a késői eredményeket adja, ha a határeseteket a műtéti kezelésből kirekesztjük. Ezért több műtő, így pl. *Stöckel* és iskolája a *Wertheim* műtétet nem alkalmazza, hanem megelégszik a *Schauta*-féle műtéttel és műtét után sugaras kezelés alkalmazásával. Ez utóbbit pedig azért végeztetik, mert sohasem lehet kizárni, hogy a környező szövetekbe nem vándoroltak-e már be fejlődésre képes ráksejtek?

Vita tárgyát képezi az is, hogy e műtétek alkalmazásával minden esetben távolítsuk-e el a petefészkeket, mert a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a petefészkek működése a műtét késői eredményét a recidiva szempontjából ártalmasan befolyásolja. Ezért minden esetben a petefészkek működés belső elválasztásának kikapcsolása aján-

latos a műtét kapcsán történő eltávolításával, vagy ha benthagytuk, *röntgencastratiója* révén.

A határesetek gyógykezelésének mikéntje is vita tárgyát képezi. A műtét kezelésből a határeseteket ki kell rekeszteni, mert ezekben a parametrium szövete már többé-kevésbé infiltrált. Persze az ilyen esetben végzett műtét eredménye függ a műtő technikai készségétől, valamint a beteg recidivára hajlamosságától, annál is inkább, mert a határesetekben a műtét behatás többször feltartóztatlan gyors növekedésre készíti a visszamaradt ráksejteket. Épen ezért a határeseteket nem szabad operálni, hanem mindig kombinált sugaras kezelésben kell részesíteni.

Ugyancsak kirekesztendők a műtét kezelésből és sugaras kezelésben részesítendőek a testileg leromlott egyének, az öregek, a hájas egyének, a szív- és vér- edényrendszer betegségeiben szenvedők, az anyagcsere betegek, a vese és ureterek fejlődési rendellenességeiben szenvedők és olyanok, kiken előző gyulladás következtében súlyosabb összenövés maradtak vissza. Ugyancsak kirekesztendőek azok az esetek is, amelyekben a rák már a hólyagra ráterjedt. *Mikulicz-Radeczky* és *Kahr* a műtét kezelésből kirekeszteni kívánja és csak sugaras kezelésben részesíti a 30 éven aluli nők operabilis méhnyakrákjait is, azon elgondolás alapján, hogy radikális műtéttel a hüvely fele eltávolítatván, a hüvely rövideje miatt a nemi érintkezés válik fájdalmas és lehetetlenné.

A méhnyakráknak terhességgel szövődése esetén, ha a rák operabilis, akkor elsősorban az anya érdekét kell szem előtt tartani, vagyis tekintet nélkül a terhességre, radikális műtétet kell végezni. Ha azonban a magzat már életképes, akkor a radikális műtétet császármetszés kell, hogy megelőzze. Ha inoperabilis méhnyakrák szövődött terhességgel, akkor a magzat élete jön elsősorban tekintetbe. A terhesség kihordandó; szülés közben a méhnyak részéről, s a gyermekágyban a fertőzés következtében fellépő complicatiók elkerülése végett legjobb supravaginális amputatiót végezni császármetszéssel kombinálva, *Tóth* szerint. Minden esetben a beteget később sugaras kezelésben kell részesíteni.

A méhnyakrák gyógykezelésében tehát ma a kiváló-gató eljárás mellett a középút uralkodik, amellyel a legjobb eredményeket úgy érjük el, ha a kis műtét halálózással járó és a jó késői gyógyeredményeket adó *Schauta*-féle műtétet alkalmazzuk sugaras utókezeléssel kombinálva. Csak kezdődő, vagy legfeljebb közép-súlyos esetek operálandók, a többiek kombinált sugaras kezelésben részesítendőek, mert csak így léphetünk nyomába azon gyógyeredményeknek, amelyeket egyes külföldi gyógyintézetek közölnek. Mivel nálunk megfelelő röntgen és radium csak kevés intézetben áll rendelkezésre, szükséges volna minden egyetemi klinikának és minden szülész főorvosi körzet mellett működő nőgyógyászati osztálynak megfelelő röntgennel és radiummal felszerelése, mert gyógyeredményeink addig nem illesz-kedhetnek bele a világstatistika átlagos 19—20%-os eredményeibe, amely a sugaras és operatív kezelésre egyaránt vonatkozik.

Göczy Lajos dr. egyetemi c. rk. tanár.

A dronalban cseppek a furunculosis peroralis kezelésében mint belsőleges antiseptikum kitűnően beváltak. A gyulladások gyorsan visszafejlődnek a hegeképződés rövidesen erélyesen megindul. 10 g-os üvegekben mintegy két-heti adagot tartalmaz. Ára csak 2 pengő.

Az új depotinsulin-kezelés.

Az utolsó 20 év alatt a művelt országokban a cukor-betegek száma mindenütt emelkedett. Azonban sok esetben tisztán a megfelelő étrend betartása, másokban ezenkívül a helyes insulin (I) adag alkalmazása lehetővé tette azt, hogy munkaképességüket hosszú időn át megtarthassák, azonfelül élettartamuk is általában meghosszabbodott. A statisztikai adatok szerint ma a fiatalokban sokkal kevesebben halnak meg diabeteses komában és ezért élettartamuk sokkal kedvezőbb, mint az I. előtti korszakban. Viszont az idősebb korban többen halnak meg diabetesben, illetve következményes állapotaiban, mert itt is csökkent a komában elhaltak arányszáma. A diabetes miatt a betegek hamarabb halnak meg valamely intercurrents betegségben, továbbá a cukorbeteg complicatióiban, amelyek közül az érmezsenedés és a vele kapcsolatos claudicatio intermittens, thrombangitis és a következményes üszkösödés említendő. Az étrend elrendelésében különbséget tesznek a fiatalabb I. iránt érzékeny és az idősebb I. iránt kevésbé fogékony betegek között. Utóbbiakon az ellenszabályozó készülék (hypophysis, pajzsmirigy, mellékvese) fokozott működését tételezik fel. Az előbbi csoportban a szénhidratokat (SzH) megszorítják és zsirt bőven adnak, míg az utóbbi csoportban ellenkezőleg a zsírokkal takarékoskodnak, a SzH mennyiségét pedig emelik. Általában az utóbbi osztályba sorolható egyénekben a kalóriák megszorítása által érnek el kedvező eredményt. Az I. alkalmazása természetesen az étrendi beállítást nem teszi feleslegessé.

A régi insulin (RI) alkalmazása azonban sok hátránnyal jár. Igy a súlyos esetekben naponta többször, 3—4-szer, sőt néha még éjjel is kell alkalmazni. A befecskendezés ideje szigorúan a SzH beviteléhez kötött és pedig súlyos esetekben reggel az étkezés előtt 1 órával, délben és este közvetlenül az étkezés előtt szokták adni. Azonban a déli órákban alkalmazása gyakran terhes a dolgozó emberekre. Ha az I befecskendezés után a betegek a megfelelő mennyiségű SzH-ot nem fogyasztják el, akkor könnyen hypoglykaemiába eshetnek, ha pedig az I-t elhagyják, akkor kivált a súlyos esetekben komás tünetekkel kerülhetnek kórházba. — Mindezen hátrányokon olyan módszerekkel próbáltak segíteni, amelyek a bőr alá fecskendezett I. felszívódását késleltetik és így annak hatását elhúzódóvá teszik. A felszívódás meglassítása által a vércukor napi nagyobb ingadozásait is el akarták kerülni. A RI alkalmazása után rövid idő múlva a vércukorszint leesik, azután órák múlva tér vissza a kiinduló pontra, tehát nagy ingadozásokat mutat. Az új készítménnyel ezen ingadozások jórészt elkerülhetők, mert a tápfelvételek után rendszerint a vércukor szintje nem mutat olyan nagy emelkedéseket, mint a RI mellett. Azonfelül hatása is tartósabb. Ezáltal el tudták érni a befecskendezések számának csökkentését, pl. napi három befecskendezés helyett elégséges a reggel adott nagyobb mennyiségű I. A befecskendezések számán kívül a napi össz I. adag csökkentésére is törekedtek.

Az I hatás tartósabbá tétele céljából 1. különböző anyagokat kevertek hozzá emulsió alakjában; 2. antagonistáival keverik a hatás lassítása és egyenletesebbé tétele céljából; 3. ú. n. I. depókat létesítenek.

Az első csoportba sorolható kísérletekben gummi-arabicumot, olajat, lecithint, gelatinát, stb. kevertek az I-hoz. Az eredménnyel azonban nem voltak megelégedve. E csoportba tartozik az I Durante készítmény is, amelyek segítségével olyan depókat akartak létesíteni,

amelyekből az I lassan, napok alatt szívódik fel, s így nagy nagymennyiségű I-t lehetett volna a szervezetbe bevinni. A Durante készítmények azonban nem feleltek meg céljuknak és a forgalomból is kivonták őket.

A második csoportba tartozó kísérletekben a I-hoz adrenalint és hypophysis hátsó lebenyének kivonatát: keverték hozzá. Ilyenek voltak a Brunnengräber-féle készítmények. Hatásuk azonban nem volt olyan jó, mint a Zink-depot-insuliné. Sokkal nagyobb adagot kellett belőle befecskendezni, hogy a zinkprotamin-insulin (ZPI) hatásával vetélkedjék.

A harmadik csoportba a depot-insulinok tartoznak, amelyek közül a protamin insulin (PI), az ZPI és a sulfon nevű készítmények említhetők fel. Hagedorn abból a gondolatból indul ki, hogy bizonyos anyagok hozzákeverése által az I és a szövetek PH-ja közötti különbséget el lehet tüntetni, ami az I felszívódását jobban biztosítaná és egyenletesebbé tenné. Kossel már régebben kimutatta, hogy e célra a protaminok a legalkalmasabbak. Hagedorn a *Salmo Iridius* spermájával kísérletezett a Na_2HPO_4 pufferanyagként hozzákeverése mellett. Az I-t csapadék alakjában fecskendezik be a bőr alatti kötőszövetbe, ahonnan activ sejttevékenység által válik szabaddá. E készítményt a Z hozzáadásával tökéletesítették (ZPI). A zink normalis körülmények között is benne van a hasnyálmirigyben és így valószínűleg minden I készítményben is. A Z hozzákeverése 0.5%-ig az I hatását fokozza, nagyobb töménységben gyengíti. Egyéb fémek, mint a mangán és a cuprum is hasonló hatásúak, azonban e tekintetben a zinket nem közelítik meg. A surfen oly I készítmény, amelyben fehérje nincs; azon megfontolások alapján hagyták ki, hogy a fehérje esetleg anaphylaxiás tüneteket okozhat.

A ZPI (hazánkban a Chinoin és a Richter cég gyártják) majd minden tekintetben megfelelt a hozzáfűzött reményeknek. A vércukor szintjét lenyomja és állandóan a RI-nál alacsonyabban tartja. Jóval kisebb adaggal sikerül általa a beteget cukormentessé tenni, úgyhogy az új készítménnyel 25—30, sőt néha 50%-os megtakarítás is eszközölhető. A napi adag csökkentése mellett a befecskendezések száma is redukálható, mert naponta 2, sőt egy befecskendezéssel is beéri a beteg. Nem szükséges a befecskendezések időpontját oly szigorúan az étkezéshez kötni, mert hatása úgyszólván csak órák (4—6) múlva következik be. A SzH adagját egyenletesen kell elosztani, azonban természetesen amikor több ZPI-t kap a beteg, akkor a kenyéradagnak is nagyobbnek kell lennie. Legegyszerűbb a beállítás a régi cukorbetegeken, akiknek a toleranciája is meg van állapítva. Rendesen a napi szükséglet kétharmadát reggel adják és a többit közönséges I alakjában. Majd utóbbi adagját csökkentve, helyette ZPI-t adtak, míg végül teljesen ZPI-re lesz beállítva. Ha a beteg háromszor kapott RI-t, akkor legelőször is a délit hagyják el. Természetesen addig I-vel nem kezelt beteg a ZPI-re is beállítható. A beállítás több napot vesz igénybe, amikor a vizelet és a vércukor %-a ideiglenesen magasra felemelkedhet. A hatás beálltáig, néhány napig várni kell és ezért a meghatározott adag mellett tanácsos néhány napig kintartani és csak akkor szabad az adagot emelni, ha a vizelet- és a vércukor %-a nem csökkent a kívánt mér-

tékben. Vannak esetek, amelyekben az egyszeri ZPI adag nem bizonyul elégségesnek, ha pl. a kititrált, napi szükségletet fedező 70, maximálisan 90 egységet egyszerre fecskendezik be. Azt veszik észre, hogy az addig a kétszeri RI adagolás mellett cukormentes, vagy csak néhány tized % cukrot kiürítő egyén vizeletmennyisége és cukortartalma, úgyszintén a vércukra is emelkedni kezd. Ilyenkor vissza kell térni a kétszeri adagra. Némely esetben a betegnek ugyanannyi PZI-re van szüksége, mint amennyi a RI volt. Azonban kétségtelen az, hogy a vér cukorszintje az esetek többségében sokkal alacsonyabb színvonalon tartható.

Néha a beállítás alatt a vizeletcukor hirtelen emelkedik és a ZPI adagjának emelése, vagy más készítményre áttérés által sem szorítható le. Vajjon ennek oka étrendi hiba, a készítmény hibás volta, vagy az, hogy a depot I nem jól szívódik fel, nem könnyen állapítható meg.

A ZPI mellett is előfordulnak hypoglykaemiás állapotok, amelyek azonban rendesen enyhébbek. Az állapot azonban tovább elhúzódik, úgy hogy a szőlőcukor egyszeri befecskendezésével a PZI hatása a hypoglykaemia tekintetében nem szüntethető meg minden esetben. A súlyos esetekben — amelyek kivételesek — egyesek adrenalint fecskendeznek be a májglykogen mobilizálására. A rohamok nem hirtelen lépnek fel, mint a RI esetén, hanem fokozatosan és bágyadság-álmoságban nyilvánulnak, ami észrevétlenül öntudatvesztésbe mehet át. A rohamok éjjel észrevétlenül folytathatnak le és utána a vércukor magasra felemelkedhet. A reggeli magas értékből ezért néha egy ilyen hypoglykamiás állapotra is következtetni lehet. Minthogy ilyen hypoglykamiás állapotok éjjel bekövetkezhetnek, ezért a vércukor-meghatározások esetleg az éjjel vett vérsavóból végzendők. A hypoglykaemiás tünetek sokkal alacsonyabb vércukorszint mellett fordulnak elő. Pl. 38—40 mg% körül. Egyesek szerint az RI-re hypoglykaemiás hajlandóságot mutató egyének a ZPI-vel szemben kevésbé érzékenyek és ezért náluk a hypoglykaemia elkerülhető. Azonban alkalmam volt néhány olyan régi RI-re hypoglykaemiával reagáló beteget észlelni, akik a PZI-vel szemben is hasonlóképpen viselkedtek. Amint Boros is kiemeli, a ZPI segítségével a diabeteses betegeket a műtétre jobban elő lehet készíteni. Ezen készítmény azon előnnyel is bír, hogy a befecskendezés jobban függetleníthető a SzHI beviteltől, mint az RI és ezért a műtét után is alkalmazható, amikor a betegek az étrendet nem képesek oly pontosan betartani, mint szeretnők. Egyesek a komás és praekomás szakban is alkalmazzák a RI mellett és később a veszély elmúltával teljesen a ZPI-re térnek át. A ZPI mellett a SzH iránti tolerancia is változhat és nincs kizárva, hogy pl. a megállapított ZPI adag mellett az illető jóval később mint várnók, a kórházból elbocsátása után hypoglykaemiás állapotba eshet. Ezért ezen betegek vizelet- és vércukra gyakran ellenőrzendő.

A ZPI nem tette feleslegessé a RI alkalmazását, de bizonyos hátrányai mellett jelentékeny haladást jelent a cukorbetegség gyógykezelésében.

Torday Árpád dr.
egyet. c. rk. tanár.

„EXPECTIN” EXPECTORANS

1 üveg 10 gr. ára: P. 2'20 Gyártja és forgalomba hozza:
DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. és vegy. laboratórium
Budapest, Teréz-krt. 27 Telefon : 121-283.

Az insularis és extrainsularis glykosuriák.

Cukornak a vizeletben való megjelenése oly általános tünet, mellyel minden orvos nap-nap után találkozik. A glykosuria oka az esetek túlnyomó részében diabetes mellitus, mely diagnoszt rendszerint a glykosurián kívül a diabetes jellegzetes klinikai tünetei is alátámasztják.

Néha azonban sem a körelőzmény, sem a klinikai tünetek nem utalnak cukorbajra és a vizeletben mégis cukrot találunk. Ilyenkor sorra kell vennünk azokat az eshetőségeket, amelyekben cukor kerülhet a vizeletbe. Mindenekelőtt arra kell gondolnunk, hogy a használatos reduktíós cukorpróbákat sok gyógyszer pozitív irányban befolyásolja, pl. a Trommer és a Nylander-próbát sulfonol, morphin, terpentin, chloroform (narkosis után) chloral és phenol származékok, valamint senna és ricinum bevétele pozitívvá teheti. Előbbi még a ritkán előforduló alcaptonuriában észlelt homogentisinsav ürítés is befolyásolhatja.

Ha a beteg az említett gyógyszereket nem szedte, akkor ki kell zárni 1. a lactosuriát, 2. laevulosuriát, 3. pentosuriát.

A tejcukor szoptató anyák vizeletében fordul elő, adja a reduktíós próbákat, jobbra forogat, de nem erjed. A laevulose előfordulhat a vizeletben önmagában, vagy dextroseval együtt, erjed, reducál, de balra forogat. Kimutatható a Seliwanoff-próbával: 5 ccm reagenshez (sósavas resorcin-oldat) néhány csepp vizeletet adunk, forrásig főzzük, pozitív esetben vörös üledék képződik, mely alkoholban vörös színnel oldódik. Pentose a vizeletben megjelenhet, vagy alimentarisan, vagy extraalimentarisan, mint értelmetlen anyagcserezavar. A pentosek optikailag inaktívak, nem erjednek, de reducálnak. Kimutathatók a Tollens-próbával, mikor is sósavval és phloroglucinnal piros színt adnak.

Ha mindezeket kizártuk, gondolni kell arra is, hogy esetleg a vizelethez megtévesztés céljából tettek cukrot. Ennek felismerése attól függ, hogy milyen cukorfajtát adtak hozzá. Nádcukor esetén a vizelet csak akkor reducál, ha vagy savval főzve, vagy magától állás közben a nádcukor monosaccharidákra bomlott. A friss vizelet, mely monosaccharidát nem tartalmaz, nem reducál. — Nehezebb a kimutatása a szőlőcukorral megtévesztésnek, de ezt is elkülöníthetjük a diabetestől azáltal, hogy a vér cukortartalmát mindig normálisnak találjuk.

Ha mindezek kizárása után a vizeletben talált cukrot, mint a szervezet által kiválasztott szőlőcukrot értékelhető tünetnek találtuk, akkor azt kell eldönteni, hogy jelenléte valódi diabetest jelent-e? Ennek eldöntése a legtöbb esetben sikerül; részletekbe itt nem óhajtok bocsátkozni.

Ha a valódi diabetest, melyen tehát az insularis készülék különféle okokból származó elégtelen működését értjük, kizártuk, térjünk rá a cukorvizelésnek arra a csoportjára, melyet extrainsularis glykosuria-nak nevezünk. Itt a cukorvizelés mint tünet közös, a kiváltó ok és a cukor megjelenésének módja azonban nagyon eltérő.

Az extrainsularis glykosuriák legjellemzőbb közös vonásai: A vércukor normális (80—120 mg-%), a vizelet cukortartalma csekély, a perorális és intravenás cukor megterhelési kísérletekben kapott görbék normálisak és végül a kiürített cukor mennyisége sem insulinnal, sem a szénhidrát bevitel csökkentésével nem befolyásolható. Mindezek mellett a diabetes kellemetlen kísérő tünetei

hiányoznak, tehát az extrainsularis cukorvizelés éveken át fennálló jóindulatú tünet is lehet.

Az extrainsularis glykosuriák fajai közül az alimentaris, renalis és terhességi glykosuriát kell először kiemelni.

Az első a bőségesebb szénhidrát tartalmú étkezés után jelenik meg, rendszerint csak átmenetileg. A másodikban normoglykaemia mellett a vese cukor áteresztő képessége változik meg, amint azt kísérletileg phloridzin etetéssel is elő lehet idézni. Az ilyen jóindulatú vese-diabetes sohasem megy át valódi diabetesbe.

A terhességi diabetes, mely talán arra praedisponált egyéneknek valódi cukorbajba is átmehet, szintén értelmetlen tünet. Létrejöttének módja még vitás, szóba jöhet a terhesség alatti mellékvese hyperfunctio okozta adrenalinaemia, másokat terhesség alatti csökkent pankreas-működéssel hozzák összefüggésbe, azaz ilyenformán létrejöttében insularis componensek is feltételezhetők.

A felsorolt három főcsoporton kívül mellékes tünetként a legkülönbözőbb kórképekben látunk cukorvizeletet. Régen ismeretes, a központi idegrendszer bizonyos pontjainak laesiójához társult glykosuria, amelyre sokszor idézett példa Claude Bernard híres kísérlete a IV. agykamra sérülése utján. Aschner vizsgálatai szerint a közti agynak is van szerepe a szénhidrát anyagcserében.

A nagy agy betegségei közül apoplexiához, agysérülésekhez, commotiohoz, egyes agytumorokhoz, eskóros rohamokhoz is társulhat cukorvizelés. Ide tartoznak a központi támadáspontú mérgek intoxicációjai közül a morphin, strychnin, veronal, coffein-mérgezők, a peripheriás támadáspontuak közül a szénmonoxyd.

Igen érdekesek a psychikus uton létrejött cukorvizelések. Vizsgáló diákok nagy százalékában minden egyéb ok nélkül létrejön a cukorvizelés. Macska, ha kutyát megugatja, cukrot vizelet. (Hoffmann.)

Átmeneti glykosuriát észleltek a mesenterialis atriák emboliáiban, egyes heveny fertőző betegségekben (cholera), az idült fertőző betegségek közül luesben.

Igen érdekes melléktünet a glykosuria a belső secretíós rendszer egyes betegségei esetén, elsősorban hyperthyreosisban, valamint a legtöbb sympathicotoniás betegségekben. A hypophysis betegségei közül az akromegáliában találunk elég gyakran cukorvizeletet. Cushing és Davidoff száz eset közül 25-ben találták. Az esetek nagyrésze semmiben sem különbözött a valódi diabetes-től. — A vércukor a normalisnál magasabb volt, a szénhidrát-tolerantia csökkent, diaeta és insulin-kezelés kevésbé bár, de hatásosak voltak. Ezek a diabetesek minden bizonnyal a hypophysist környező agyrészek laesiójára vezethetők vissza. A hypophysis mellő leány másik betegségében, a Cushing kórban szintén előfordul cukorvizelet.

A mellékvese betegségei nem szoktak cukorvizeléssel járnai, sőt itt rendszerint hypoglykaemiát és fokozott cukortolerantiát találunk. Meg kell még említeni, hogy bármilyen okból adott többszöri adrenalininjekciók is okozhatnak cukorvizeletet.

Láttuk tehát, hogy a vizeletben ismételtelen talált cukorlelet értékelése milyen alapos körültekintést igényel. A differentialis diagnózis, prognózis és a therapia szempontjából döntő jelentőségű.

Sándor Ferenc dr.
a Szt. István kórház III.
belosztályának orvosa.