

2-6  
96

Klt. M. Pázmány Péter Tud. Egyetem  
2. sz. Sebészeti Klinika  
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25

# ORVOSI HETILAP

ALAPITOTTA : MARKUSOVSKY LAJOS 1857-BEN

FOLYTATTÁK:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON

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

HERZOG FERENC, VAMOSSY ZOLTÁN, BALÓ JÓZSEF, VIDAKOVITS KAMILLÓ,  
GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, HÜTTL TIVADAR  
v. BERDE KÁROLY, MÉHES GYULA

FELELŐS SZERKESZTŐ:

**VAMOSSY ZOLTÁN**

EGYETEMI TANÁR

F. li  
4/49

1940

NYOLCVANEGYEDIK ÉVFOLYAM

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25  
Telefon: 143-600.

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T. BUDAPEST



XV/104 F 46/1940/1



II. 22. 25  
Leltári szám:  
F 46/192

# TÁRGYMUTATÓ

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

	oldal		oldal		oldal
Acetilcholin psychiatriai alkalmazása . . . . .	33	Csontcarcinomában myeloblastos reactio . . . . .	459	Fluor hatása a fogzománcrea s hazai ivóvizeink fluortartalma	120
Agyideg polyneuritis fültünetekkel . . . . .	461	Dermatopulmonalis reactio . . . . .	181	Fornet-féle anaerob tenyésztési eljárás . . . . .	191
Agyvelőgyulladás utáni parkinsonismus reversibilis voltához . . . . .	21	Digitalis-mérgezés gyermekkorban . . . . .	188	Gastrocolicus sipoly kezelésében a műtéti eljárások értékelése . . . . .	621
Alkaptonuria (gyermekkori) . . . . .	356	Dishydrosis kezelése különféle gombafajtákat tartalmazó ojtóanyagokkal . . . . .	651	Genuin hypotonia gyógyítására és kórereditére vonatkozó vizsgálatok . . . . .	267
Amnionköldök (új conservatív eljárással gyógyult) . . . . .	269	Diuretin injectio angina pectoris esetén . . . . .	305	Gümőkóros csont-, ízületi- és nyirokcsomófolyamatok másodlagos fertőzésének sulfamid-kezelése . . . . .	481
Aneurin és a pyrophosphorsavas aneurin (cocarboxylase) viselkedése a vérben B <sub>1</sub> -vitamin terheléskor . . . . .	491	Dysenteria kóroktanában a mellékvese szerepe . . . . .	164	Gyermekkori enkephalitis kórtanához adatok . . . . .	609
Angina pectoris esetén diuretin injectio . . . . .	305	Előlfekvő lepény kezelése . . . . .	393	Gyermekkori kankó hormonkezelése . . . . .	78
Angioid csíkok a szemfenéken (Elastosis dystrophica) . . . . .	190	Emboliás parkinsonismushoz társuló psychosis . . . . .	234	Gyermekkori pneumococcus-fertőzések chemotherapiája . . . . .	421
Angolkór kezelése D-vitaminlökéssel . . . . .	24	Emlőrák áttétele mindkét szemben . . . . .	165	Gyomorgümőkóról . . . . .	394
Anorexia, gyógytáplálékok kapcsán . . . . .	23	Elmebetegek kathartikus kezelése . . . . .	114	Gyomorrák-műtétek késői eredményeiről . . . . .	111
Aortitis syphilitica . . . . .	135	Epehólyag rendellenes működése és annak következményei . . . . .	3	Gyomortartalom savtartalékáról . . . . .	686
Arcüregmútét javallatai . . . . .	611	Epekő-ileus . . . . .	261	Gyógytáplálékok kapcsán fellépő anorexia . . . . .	23
Asthmás rohamban elhaltak tüdőelváltozásai . . . . .	622	Epeműtétek szerepe a cukorbetegség kezelésében . . . . .	571	Hadisebészeti irodalomból, különös tekintettel a harctéri szolgálatra . . . . .	65
Belső elvérzés . . . . .	189	Epeutak körüli nyirokcsomók szerepe a pangásos sárgaság kezelésében . . . . .	578	Hoemorrhagiás diathesisek gyógyítása . . . . .	41
Beszárított vérrrel végzett lues-reactio . . . . .	401	Epilepsia kezelése . . . . .	291	Halálos szívzavar tonsillitis után . . . . .	177
B <sub>1</sub> -vitamin hatása a gyomorvedvelválasztásra . . . . .	247	Epilepsia kezelése magnesium-sulfattal . . . . .	517	Hasvíz kezelése autotrasfúsióval . . . . .	43
B <sub>1</sub> -vitaminkezelés a központi és környéki idegrendszer betegségekben . . . . .	25	Epilepsias roham utáni extrapyramidalis tünetcsoport schizophreniában . . . . .	308	Heredodegenerativ idioplasticus combinatio . . . . .	281
B <sub>1</sub> -vitamin szerepe a szénhidrát anyagcserében . . . . .	530	Exsiccatiós állapotok kezelése . . . . .	14	Hólyagmosás a hólyaggyulladásos betegségeinek kezelésére . . . . .	381
Bélkiürülés különösebb zavarai . . . . .	574	Exsiccált csecsemők középfül-és csecsnyúlványgyulladás . . . . .	342	Húgyvezetőkő conservatív és műszeres gyógykezelése . . . . .	561
Bőrkivonatok hatásáról . . . . .	117	Extramedullaris daganat: multiplex neurinoma . . . . .	443	Hyperproteinaemia (ismeretlen eredetű) . . . . .	492
Cardiazolémérgezés gyermekén . . . . .	224	Extraperitonealis császármetszés egyszerűsítése . . . . .	159	Hypertonia befolyásolása cholinál . . . . .	5
C-vitamin-szükséglet és fedezése . . . . .	55	Érfalelváltozás időta agyvelőben . . . . .	387	Hypochloroemiás mézsnecrosis jelentsége a hypochloroemiás azotaemiában . . . . .	233
Cukorbetegség kezelésében az epeműtétek szerepe . . . . .	571	Fajlagos aortitis a veseszületett syphillisben szenvedőkön gyakori-e? . . . . .	514	Idegvártya (mindkétoldali) központi verőerek elzáródása . . . . .	187
Csecsemő széngázmérgezése . . . . .	90	Fejlődési rendellenességek szülészeti javallatairól . . . . .	547		
Csecsemőkori fülműtétek javallatai gyermekorvosi szempontból . . . . .	489	Félbenhagyó aortitis syphilitica . . . . .	135		
Csecsemőkori fülműtétek kórjólata . . . . .	503	Férfi nemi hormonjairól . . . . .	88		
Csecsnyúlvány vizsgálatának új módszere . . . . .	67	Finsterer-féle palliativ gyomorsectio kérdése . . . . .	453		



	oldal		oldal		oldal
Idiota agyvelőben érvalelváltozás . . . . .	387	ralysis . . . . .	142	Sternalpunctio jelentősége az ólommérgezés elkülönítő kórisméjében . . . . .	392
Időszakos sántítás gerincvelői alakja . . . . .	428	Nehéz fémek kis adagjainak gyógyító hatása . . . . .	101	Sternalpunctio jelentősége a splenomegaliák elkülönítő kórisméjében . . . . .	424
Idült sokizületi gyulladás B <sub>1</sub> -vitamin kezelése . . . . .	654	Női meddőség betegpénztári járó kezeléséről . . . . .	221	Sulfapyridin-kőképződés a húgyutakban . . . . .	587
Intralumbalis B <sub>1</sub> -vitamin gyógykísérletek . . . . .	119	Nyak rákos daganatai által okozott maródásos vérzések . . . . .	670	Sulfathiazol (ultraseptyl) hatása a kísérletes pneumococcus-fertőzésre . . . . .	139
Ismétlődő veleszületett vízfejűség . . . . .	531	Oestrogen anyagokkal vizsgálatok . . . . .	331	Sympathicus műtétek elkerülhetők-e? . . . . .	13
Isohaemagglutinációs vizsgálatok különböző korú fetusokon . . . . .	380	Ólommérgezés elkülönítő kóriszmézésében a sternalpunctio jelentősége . . . . .	392	Syphillises betegek kiváltó eljárások . . . . .	87
Izomechinococcusról . . . . .	396	Orrmeléküreggyenedések szemüregi szövődményei . . . . .	103	Syphillis orvoslása 5-vegyértékű arsennel (kétoldali), tavaszi hurutban . . . . .	467
Járványos agyhártyalob kezelése a gerincsatorna atmoszférájával . . . . .	585	Osteomyelitis infectiosa . . . . .	332	Szembetegek histaminérzékenysége . . . . .	540
Kankó gyógyítása csökkentett ronin-adagokkal . . . . .	456	Otogen agytályog és meningitis . . . . .	293	Szervvérzések (kóros) . . . . .	134
Kankó hormonkezelése . . . . .	78	Megjegyzés a cikkekre . . . . .	338	Szengázmérgezés (csecsemőn) . . . . .	90
Kanyarón átesett anyák csecsemője . . . . .	376	Válasz . . . . .	362	Szívhangkészülék . . . . .	204
Keratoplastika . . . . .	83	Ozaena és diphtheria . . . . .	91	Tavaszi hurutban kétoldali teljes szaruelfajulás . . . . .	467
Kétoldali genyes kürtzsák intrauterin terhesség mellett . . . . .	634	Övsömört kísérő agyhártyalob csecsemőkorban . . . . .	259	Tenyérré átültetett hasi bőrelében hízása szülés után . . . . .	48
Kéz- és alkarsérülések előleges ellátásának jelentősége . . . . .	647	Paprikanedv és epehólyagreflex . . . . .	283	Természetes ásványvízfürdők és mesterséges sóoldatokkal végzett fürdőkúra hatása közti különbség . . . . .	549
Kézigránátrobbanás által okozott tömegszerencsétlenség . . . . .	284	Parazitás bőrbetegségek vérképe . . . . .	432	Testben lévő idegentestek, daganatok meghatározására szerkesztett készülék . . . . .	445
Kísérletes vizsgálatok a dermatopulmonalis reakcióról . . . . .	181	Pellagraszerű bőrelváltozások kórszármazásáról elmebetegekben . . . . .	141	Tetanus megelőzése és gyógyítása . . . . .	319
Kóros szervvérzések tünet- és kórlélektanáról . . . . .	143	Peripheriás ütőerbetegségek felismerésében új módszerek . . . . .	477	Tonsillasepsis felismerése és elhárítása . . . . .	371
Könnycsőecske indirect szűkületeiről . . . . .	6	Pfeiffer-féle mirigyfaj . . . . .	329	Tonsillitis után halálos szívroham . . . . .	177
Külső hallójárat teljesen záró kétoldali cholesteatoma . . . . .	224	Plaut—Vincent labyrinthitis . . . . .	355	Toxikus vérhas gyógyítása új eljárással . . . . .	619
Leánycsecsemők és leánygyermek kankójának kezelése . . . . .	672	Pneumonia chemotherapiája . . . . .	218	Trachoma és Weil Felix-reactio . . . . .	205
Liquor cerebrospinalis mastix-reactiójának egy változata . . . . .	115	Pneumonia újabb chemotherapiája . . . . .	92	Tuberculosis allergia . . . . .	167
Lues kimutatása arsenobenzolnak a fehérvérsejtszámra gyakorolt hatásával . . . . .	368	Pneumonokoniosis . . . . .	34	Tuberculum Carabelli . . . . .	9
Luxatio akromioclavicularis . . . . .	576	Prolan-elválasztás befolyásolása . . . . .	9	Tüdő collapsus-therapiája tengerimalacokon végzett kísérletek alapján . . . . .	479
Luxatio sub talo esete . . . . .	430	Prostatektomia keringés kórtaához . . . . .	537	Tüdőgümőkór esetén jelentkező secundaer anaemiák kezelése . . . . .	542
Magzati pajzsmirigy élettana . . . . .	493	Prostatektomia súlyos műtét-e? . . . . .	537	Újszülöttek lázának okai és jelentősége . . . . .	245
Malaria- és szunyogirtás . . . . .	363	Psoas-széli tünet értékelése . . . . .	389	Uraemiás vese-elégtelenség leküzdésére kísérletek . . . . .	257
Májtherapia mai állása . . . . .	475	Pvramiscsúcs-tályog sebészete . . . . .	516	Vetélés kérdése, tekintettel a fenyegető vetélésekre . . . . .	317
Májzsugorodás okozta hasvíz kezelése autotransfúsióval . . . . .	43	Rákproblema köréből fejezetek . . . . .	137	Vérvesztéses vérszegénység idegkórtani és kórlélektani tünetei . . . . .	321
Mellékvese szerepe a toxikus dysenteria kóroktanában . . . . .	164	Ráksejtek phagocytosisáról és a ráksejtekben található záradékokról . . . . .	145	Világrahozott csőbőizületi ficomodás helvretélenek okoszerű és könnyű módja . . . . .	513
Meningitis epidemicában chemotherapiás eredmények . . . . .	235	Ricinus olajjal érzékenyített complement kötési reactio klinikai értékéről kankós betegekben . . . . .	179	Vitaminok szerepe a seitéletben . . . . .	377
Meningitis epidemica újabb chemotherapiás kezeléséről . . . . .	201	Sebészi gvomorgümökről . . . . .	394	Vörhenyesek acetonzivélése . . . . .	402
Méhbeli életben szerzett úgynevezett congenitalis lymphogranuloma inguinale kérdése . . . . .	653	Sinus carotis-reflex túlérzékenvségének jelentősége . . . . .	162	Westergren- és Linzenmeier-féle vérsétsüllvedés értékei közti összefüggés . . . . .	203
Méhrákok csontáttételei . . . . .	527	Sinuitisek módosított gyógyítása . . . . .	370		
Monaldi-féle szívókezelés technikájához . . . . .	552	Sinusthrombosis (mesterséges) kérdése . . . . .	220		
Myeloblastos reactio csontcarcinomában . . . . .	459	Sinusthrombosis szokatlan mellékbetegségekkel . . . . .	354		
Napszúrás idegrendszeri következményei . . . . .	426	Solomos-féle vércukormeghatározó eljárás használhatóságáról . . . . .	44		
Negatívvá lett humoralis leletek ellenére súlyosbodó pa-		Somit alkalmazása csecsemőkorban . . . . .	344		
		Splenomegaliák elkülönítő kórisméjében a sternalpunctio jelentősége . . . . .	424		



Zománcokozta pneumonokoniosis . . . . .	oldal 34	<b>Rövid közlemények a törvényszéki orvosi gyakorlatból:</b>	oldal	Pilóták hirtelen fejfordulatára beálló rögtöni halál oka . . .	oldal 554
<b>Heti krónika.</b> Irta Korbuly György 1., 5. szám.		Agyban maradt késpenge esete	403	Tangentialis surlódás okozta hámhórzások jelei . . . . .	564
		Daganat a szívben . . . . .	356	Tiltott műtét útján kikapart pete orvosszakértői vizsgálata . . . . .	554
		Elvérés a gyomornyitó vivőeres tágulatból . . . . .	505		

## KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

Allergiás bőrbetegségek gyógyítása . . . . .	oldal 411	Gastritis klinikája . . . . .	oldal 499	Rák elleni védekezés . . . . .	oldal 131
Emésztőszervek allergiás betegségei . . . . .	339	Gyakori tévedések a gyomor és bélbetegek kezelésében . . . . .	595	Röntgenképek olvasása és értékelése a csontok diagnostikájában . . . . .	643
Emlő daganatairól . . . . .	667	Gyomorvérzésről . . . . .	465	Szamárköhögés felismerése . . . . .	416
Fertőző betegségek átalakulása, járványok önszabályozása, Darwinismus a mikrobák világában . . . . .	471 485	Kell-e gyógyítani a lázat? . . . . .	1	Trachoma jelentősége . . . . .	464
		Mikor alkalmazzunk diathermiás és mikor rövidhullámú kezelést. . . . .	243	Tüdőverőér embolia . . . . .	215
				Vastagbélrák . . . . .	315
				Vitaminok a bőrgyógyászatban	524

## ÉLETRAJZOK, NECROLOGOK, UTILEVELEK, CONGRESSUSI JELENTÉSEK

45. Fürdőügyi congressus . . . . .	oldal 239	† Preisz Hugó . . . . .	oldal 353	† Wagner-Jauregg J. . . . .	oldal 534
† Hüttl Hümér . . . . .	38	Semmelweis utolsó napjai . . . . .	436	† Wenckebach K. F. . . . .	617
† Kenyeres Balázs . . . . .	77			Weszprémi István életéhez . . . . .	348

## ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

A kolozsvári I. Ferenc József Tudományegyetem megnyitása . . . . .	oldal 568	vényjavaslat . . . . .	oldal 197	zet 1938. évi jelentése . . . . .	oldal 74
A községek III. Országos Kongresszusa . . . . .	604	Gyógyszerészképzés reformja . . . . .	441	OTI új baleseti kórháza . . . . .	351
Amerikai egyetemek fejlődéséről . . . . .	151	Három tuberculosis tanulmányút . . . . .	660	Római Forlanini Intézet . . . . .	48
A szegedi Horthy Miklós Tudományegyetem megnyitása . . . . .	591	Időszerű kérdések . . . . .	558	Semmelweis-film . . . . .	29
Az „Orvosi Hírlap” actiója 500 szülőágy fenntartására . . . . .	474	Klinikák ágyszáma az országgyűlésen . . . . .	176	Szegedi doktoravatások . . . . .	228
Belügyminiszter socialis törvényjavaslata . . . . .	361	Közegészségügy és honvédelem. . . . .	408	Szegénybeteg-ellátás korszerűsítése . . . . .	676
Egy rectori beszédből . . . . .	275	Községi orvos adminisztratív tevékenysége . . . . .	298	Szemklinikák, szemkórházak, szemosztályok Magyarországon . . . . .	211
Élet csatája . . . . .	83	Magyar Orvosok és Természettudományi Vizsgálók Vándorgyűlésének Centennariuma . . . . .	629	Szent-Györgyi Albert rectori székkfogalója . . . . .	603
Film jelentősége a klinikai esetek megörökítésében . . . . .	509	Magyar Pasteur intézet 50 éve . . . . .	194	Új egyetemi törvény . . . . .	533
Gümőkór és nemi betegségek elleni védekezésről szóló tör-		Magyar tuberculosis törvényjavaslata . . . . .	60	Verebély professor díszdoktorrá avatása . . . . .	301
		Morelli E. professor előadásai . . . . .	174	Vércsoportok nemzetközileg elfogadott jelzése . . . . .	108
		Országos Közegészségügyi Inté-		Vidéki orvos gyakorlatának tapasztalásai . . . . .	447 465

## ORVOSEGYESÜLETI ELŐADÁSOK ÉS BEMUTATÁSOK

(E. = Előadás; B. = Bemutató.)

Actinomykosis B. . . . .	oldal 128	Alarm-reactio E. . . . .	oldal 127	rincoszloptörés B. . . . .	oldal 662
Adnexitisek kezelése B. . . . .	37	Alkaloidmentes fájdalomcsillapító B. . . . .	360	Anatomiai modellek készítése B. . . . .	19
Agyi aneurisma B. . . . .	287	Alsóvégtagok bénulásával járó, reclinatio után gyógyuló ge-		Anyagcserebetegségek ekg-ja B. . . . .	96
Akrodermatitis continua Hallopeau B. . . . .	150			Aorta aneurisma B. . . . .	337
				Arachnoiditis adhaesiva spina-	



	oldal		oldal		oldal
lis B. . . . .	172	Gastroszkopia a gyomordiagno-		latok E. . . . .	400
Arachnoidaktylia B. . . . .	386	stikában E. . . . .	127	Liquor összes fehérjefractiói-	
Arteria epigastrica spontan sza-		Gastroszkopos vizsgálatok anae-		nak meghatározása E. . . . .	583
kadása E. . . . .	582	mia perniciosában E. . . . .	97	Liquorlelet felhasználása az is-	
Arzénmérgezés B. . . . .	615	Genyes kürtzsák B. . . . .	338	chias elkülönítő kórismjé-	
Ascorbinsav oxydatiójáról E. . . . .	639	Gégekiirtás rák miatt B. . . . .	107	ben E. . . . .	387
Asthenia, mint népbetegség E. . . . .	173	Glomus caroticum daganata B. . . . .	82	Lobos bőr helyi érzésteleníté-	
Assymetriás pangásos papilla		Gümőkóros túlérzékenység pas-		se B. . . . .	48
B. . . . .	675	siv átvitele B. . . . .	639	Lues okozta elhízás B. . . . .	386
Atlas assimilatio és manifesta-		Gyermekkori pneumococcus-		Luschka-járatban képződött	
tio E. . . . .	83	fertőzés chemotherapiás ke-		epekő B. . . . .	172
Azorubin S-próba E. . . . .	128	zelése E. . . . .	150	Lymphogranulomatosis media-	
Ágyéki csigolyatestek fragilitá-		Gyermekkori tetanusban jelent-		stinalis B. . . . .	107
sa B. . . . .	59	kező keringési zavarok E. . . . .	108	Magzátvíz kicserélődése és méh-	
Álizület az alkaron B. . . . .	82	Gyógyult sepsis koraszülöttön		beli szerepe E. . . . .	171
Beszárított csepp útján történő		B. . . . .	386	Mal des confiseurs B. . . . .	150
kórismézés értéke s annak		Gyomortuberculosis B. . . . .	209	Májbántalom sulfapyridin-keze-	
nőgyógyászati alkalmazása E. . . . .	73	Hoematogen osteomyelitis E. . . . .	129	lés kapcsán B. . . . .	107
Betekintés egy vidéki praxisba		Herekivonattal kísérletek B. . . . .	360	Mellékvesevérzés septikus	
E. . . . .	107	Highmore empyemá csecsemő-		abortusban B. . . . .	254
Bronchus diphtheria B. . . . .	336	kön B. . . . .	335	Meningitis epidemica chemo-	
Circularis tartalékfehérje kér-		Hormon-gyógykezelés a nő-		therapiája B. . . . .	210
dése a csecsemőkorban E. . . . .	72	gyógyászatban E. . . . .	97	Meningitis epidemica kezelése	
Charlin-syndroma B. . . . .	9	Hormonvizsgálatok thecasejt-		E. . . . .	107
Choledochus plastica B. . . . .	20	daganatok kapcsán B. . . . .	127	Mesterséges kötőszöveti rost-	
Combinált védőoltás E. . . . .	375	Húgykőműtétek késői eredmé-		anyag sebészi felhasználása.	
Cylikus érzéstelenítéssel gyó-		nyei E. . . . .	254	E. . . . .	638
gyult ulcus ventriculi és duo-		Hypertireoidismus kezelése B. . . . .	48	Mikor adható hypophysis hátsó-	
deni E. . . . .	253	Hypertonia esete a vena spina-		lebens kivonat intravenásan	
Csecsemők N- és S-anyagcseré-		lis ant. thrombosisával B. . . . .	327	E. . . . .	150
je B. . . . .	568	Hypophysis hormonok előállítá-		Mola intravenosa B. . . . .	337
Csecsemőhőmérőzés E. . . . .	582	sa E. . . . .	127	Monaldi caverna drainage B. . . . .	
Csúcsplastica lapockával E. . . . .	20	Hypophysis készítmények és		128	171
Daganatok röntgenkezelése E. . . . .	172	hypophysis transplantatio . . . . .	662	Monaldi-féle szívókezelés E. . . . .	639
Darier-kór B. . . . .	83	Idegentest meghatározó készü-		Monaldi-féle szívódrainage-val	
Debreceni egyetemi hallgatók		lék B. . . . .	209	kezelt cavernás tüdőbetegek	
Egészségügyi vizsgálata E. . . . .	337	Idegsebészeti esetek B. . . . .	18	B. . . . .	385
D <sub>2</sub> -vitamin új indicatiós terü-		Idült orrmelléküreggyulladás-		Mozgófénykép a szülészeti ok-	
lete B. . . . .	253	sok E. . . . .	386	tatás szolgálatában E. . . . .	400
Dohányimitók pneumomykosi-		Ileitis terminalis E. . . . .	583	Multiplex neurinoma B. . . . .	172
sa E. . . . .	375	Interstitialis terhesség B. . . . .	297	Mustárgáz kóroktana E. . . . .	311
Diphtheria-bacillus virulentiá-		Irányelvek és individualizálás a		Műtéttel gyógyított agydaga-	
jának csökkentése E. . . . .	583	csecsemőkori diaetetikában E. . . . .	194	nat B. . . . .	287
Dystopiás vese B. . . . .	338	Ismeretlen eredetű járványos		Művi légmell során keletkezett	
Elvérzéses gyomor varixből B. . . . .	338	szembetegség E. . . . .	108	hangjelenségek E. . . . .	107
Elephantiasis genito-anorecta-		Jódos hepatographia B. . . . .	96	Mykosis fungoides B. . . . .	128
lis B. . . . .	150	Kenőcsök szerkezete E. . . . .	127	Myokard infarctus B. . . . .	128
Elülső falcsonti beigazodás je-		Kéz- és lábizületek lazasága B. . . . .	360	Nagyszombati orvosi facultás E. . . . .	676
lentősége B. . . . .	19	Koponya- és gerinccsatorna tér-		Neurochirurgiai esetek B. . . . .	567
Emlékezőtehetség fogyatkozása		szűkítő folyamatainak jele		Nőgyógyászati betegséget után-	
E. . . . .	615	röntgenképen E. . . . .	400	zó urológiai elváltozás B. . . . .	639
Epekőileus oldódása B. . . . .	150	Koponyaüregi lymphogranulo-		Női nemzőszervek daganatai E. . . . .	639
Extravasalis plasmafehérjék		matis B. . . . .	675	Nveregorr javítása B. . . . .	9
transportfunkciója E. . . . .	128	Koszoruserék vérkeringési elég-		Nyirokcsomó melanosis B. . . . .	336
Extrophia vesicae B. . . . .	209	telensége E. . . . .	628	Ophthalmoplegia internuclea-	
Fajlagos oltóanyagokkal gyógy-		Könyökficam (nyílt) B. . . . .	312	ris anterior B. . . . .	239
kezelés E. . . . .	336	Középvérnyomás B. . . . .	96	Óriásmvoma a klimakterium-	
Familiaris eosinophilia E. . . . .	97	Landry paralysist utánzó mye-		ban B. . . . .	254
Fertőző betegségek gyógyszeres		lisis B. . . . .	287	Orr- gégegyógyászat az általá-	
kezelése E. . . . .	567	Latens váltóláz esete B. . . . .	582	nos gyakorlat szempontjából	
Fertőzött sipolyos gerinccsérv B. . . . .	253	Lepényi ütőerek bulbusai E. . . . .	20	E. . . . .	210
sérv B. . . . .	253	Leukaemia lymphatica cutis B. . . . .	360	Orvosi vonatkozások Nietzsche	
Fibroadaeniás lép repedése B. . . . .	582	Légekör és ember E. . . . .	385	életében E. . . . .	628
Fibroma molle generalisatum és		Légzés biztosítása golyvaműtét		Otogen meningitis B. . . . .	615
neurinoma B. . . . .	385	alatt B. . . . .	209	Paizsmirigy eddig ismeretlen	
Film jelentősége a klinikai ese-		Lép sérüléses thrombosisa B. . . . .	400	hormonjai E. . . . .	659
tek megörökítésében E. . . . .	173	Lépfene-bacillus antigen szer-		Palladino—Kent-köteg esetek	
Fox—Fordyce-féle betegség B. . . . .	73	kezetére vonatkozó vizsgá-		E. . . . .	582



	oldal		oldal		oldal
Pankreas sebészi megbetegedései E. . . . .	328	sklerotica B. . . . .	336	Tetanus pathogenesisise B. . . . .	360
Paradox oldalkamratelődés B. . . . .	675	Spontan hasi izomszakadás B. . . . .	126	Tetanus therapiája E. . . . .	326
Parenteralis higanymérgezés E. . . . .	336	Sternalpunctio diagnostikai jelentősége E. . . . .	127	Tonsillaris sepsis elhárítása B. . . . .	239
Páncélszív B. . . . .	676	Struma lingualis B. . . . .	72	Traumás neurosis, malaria és paralysis progressiva B. . . . .	675
Pellagra dunántúli esete B. . . . .	567	Suipestifer fertőzések gyermekkorban E. . . . .	239	Trigeminus neuralgia kezelése B. . . . .	627
Peritonitis tuberculosa prognosisa E. . . . .	676	Sürgős hasi sebészet E. . . . .	245	Tuberculosis elleni küzdelem problémái E. . . . .	676
Petefészek endometriosis E. . . . .	361	Syphilis pigmentosa B. . . . .	360	Typhus exanthematicus védoztás E. . . . .	386
Petefészek részleges meghagyásának eredményei E. . . . .	72	Szamárköhögés felismerése E. . . . .	173	Új eljárások érzéstelenítésre B. . . . .	126
Placenta retentio B. . . . .	297	Szegedi gyermektuberculosis elleni küzdelem E. . . . .	173	Vállizületi idült ficam véres repositiója B. . . . .	327
Pneumonia sulfapydirin kezelése E. . . . .	150	Szegedkörnyéki meningitis cerebrospinalis epidemica járvány E. . . . .	385	Veszületett csípőficam kezelése B. . . . .	338
Polycythaemia gyógyítása B. . . . .	376	Szemfenéki érkörűli kötőszövetes kötegek E. . . . .	676	Veszületett elfajulás B. . . . .	106
Polyradiculoneuritis E. . . . .	288	Szines fényképezés, mint sebészeti oktatás segédeszköze E. . . . .	361	Vénás vérárambeli légembolia elhárítása E. . . . .	60
Praesacralis dermoidok B. . . . .	297	Szív atheromája okozta szívhálál B. . . . .	9	Vesedaganat B. . . . .	73
Primaer májtályog B. . . . .	107	Szívzavarok grippe heveny szakában B. . . . .	194	Vese öntvénykő B. . . . .	97
Ráktól elpusztult gége rekonstrukciója B. . . . .	264	Szövethormonok hatása E. . . . .	615	Veseelváltozások cholopriv uraemiában B. . . . .	37
Részleges fejbőrhiány öröklési kérdése B. . . . .	254	Szülészeti trauma érdekes esete B. . . . .	386	Veszetség kóroktanához E. . . . .	20
Rosszindulatú diphtheria B. . . . .	73	Teljes gyomorkiirtás B. . . . .	326	Vészes vérszegénységre utaló tünetek B. . . . .	73
Sklerosis tuberculosa B. . . . .	385	Test, lélek, szellem E. . . . .	265	Volvulust okozó bélfalcista E. . . . .	127
Sigmabél daganatot utánzó elváltozás B. . . . .	627			Wilson-féle szárblock elektrokardiogrammja E. . . . .	375
Silicosis és tuberculosis E. . . . .	73				
Sinoauricularis block B. . . . .	628				
Spleno-hepatomegalia osteo-					



## SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

oldal	oldal	oldal	oldal
Acél Dezső . . . . . 115	Erődi Antal . . . . . 220	Jankovich László . . . 77	Marschall Gerhard . . 5
Ajkay Zoltán 293 362	Érczy László . . . . . 585	Jurány Erika . . . . . 201	ifj. Marsovszky . . . . .
Ajtós E. Imre . . . . . 194	Fabinyi Géza . . . . . 503	Kamocsay Dezső . . . 245	Pál . . . . . 492
Alföldy Jenő . . . . . 67	Faragó László . . . . . 87	Kasztriner Iván . . . . 88	Martyn Róbert . . . . . 23
Armentánó Lajos . . . . .	Farkas Károly . . . . . 574	Keleti István . . . . . 605	Melczer Miklós . . . . .
41 55 424	Fazakas Sándor . . . . . 6	Kerbolt László . . . . . 298	524 653
Ádám Lajos . . . . .	Fejér Árpád . . . . . 101	Kerpel-Fronius . . . . .	Mezei Béla . . . . . 234 321
151 215 667	Feszler György . . . . . 368	Ödön . . . . . 14 245	Mező Béla . . . . . 13
Ágota Ferenc . . . . . 537	Flesch Ármin . . . . . 489	Kertész Béla . . . . . 471 485	Molnár István . . . . . 491
Bak Róbert . . . . . 143	Follmann Jenő . . . . . 137	Király Dezső . . . . . 516	Nagy Ferenc . . . . . 205
Barát Jenő . . . . . 477	Földessy Zoltán . . . . .	Kiss Dezső . . . . . 396	Nagy József . . . . . 179 456
Barla Szabó . . . . .	447 465	Kiss Lajos . . . . . 48	Nádrai Andor . . . . . 421
László . . . . . 622	Frank Kálmán . . . . . 42	Kiss Pál . . . . . 177	Nemecskay . . . . .
Benedek László . . . . .	Frankl József . . . . . 481	Koczkás Gyula . . . . . 204	Tivadar . . . . . 317
281 535	Fürst Márton . . . . . 430	Kolba Vilmos . . . . . 611	Németh Lajos . . . . . 540
Benkovich Géza . . . . . 578	Gautier R. . . . . 109	Koleszár László . . . . . 569	Orsós Ferenc . . . . . 554 564
Bentsáth Aladár . . . . .	Gerlóczy Ferenc . . . . . 344	v. Kolta Ervin . . . . . 530	Ökrös Sándor . . . . . 505 554
392 424	Gerzanits Pál . . . . . 380	Kopits Jenő . . . . . 513	Pap Lajos . . . . . 617
Berend Miklós . . . . . 517	Gombos Imre . . . . . 321	Koppány Tibor . . . . . 189	Papp János . . . . . 247 654
Berkesy László . . . . . 233	Gondos Béla . . . . . 389	Korbuly György . . . . .	Pásztor Mihály . . . . . 221
Blazsó Sándor . . . . .	Gömöri Pál . . . . . 233	30 436	Pekanovich István . . . . .
90 167 269 609 619	v. Gönczy István . . . . . 305	Korompai Imre . . . . . 527	62 660
Boeminghaus H. . . . . 561	Göttche Oszkár . . . . . 416	Kováts Károly . . . . . 531	Petrányi Győző . . . . . 175
Bogárdi István . . . . . 203	Greiner Károly . . . . .	Környey István . . . . . 443	Petrányi Gyula . . . . . 459
v. Borsos László . . . . . 547	188 201	Kövári István . . . . . 224	Pilter Sándor . . . . . 305
Bründlmeier . . . . .	Grósz Emil . . . . . 176 212	Kövesligethy Iván . . . . . 243	Pólya Jenő . . . . . 131
István . . . . . 259 587	362 464 534 629	Kramár Jenő . . . . . 609	Preisich Kornél . . . . . 167
Csepai Károly . . . . . 465	Grósz István . . . . . 187	Kulcsár István . . . . .	Polony Béla . . . . . 633
Csiki Jenő . . . . . 319	Hajdú László . . . . . 393	21 33 114 308	Pudor Sándor . . . . . 181
Csiky-Strauss . . . . .	Hajnal Mária . . . . . 672	Kunszt János . . . . . 549	Radnai Pál . . . . . 428
Árpád . . . . . 394 403	Hajós Károly . . . . . 339	Lajtavári László . . . . .	Radnót Magda . . . . . 190
Csillag Miklós . . . . . 331	Hedry Miklós . . . . . 509	33 114	Ratkóczy Nándor . . . . . 643
Csillag Sándor . . . . . 354 355	Heinrich Emil . . . . . 679	Láng Sándor . . . . . 401	Rehák Pál . . . . . 670
Csiszér Ferenc . . . . . 542	Hetényi Géza . . . . . 162 595	László Árpád . . . . . 261	Rejtő Sándor . . . . . 338
Czigler Pál . . . . . 91	Hoffenreich . . . . .	Lehoczky Tibor . . . . . 119	Rex-Kiss Béla . . . . . 44
Deutsch Ernő . . . . . 332	Ferenc . . . . . 191	Lelkes Zoltán . . . . . 356 493	Réthly Endre . . . . . 363
Dobozy Elemér . . . . . 257	Hofhauser János . . . . . 3	sz. Liebermann . . . . .	Ricci I. Vincent . . . . . 159
Dobszay László . . . . . 78	Hogyan László . . . . . 43 552	Tódor . . . . . 371	Ruzicska Gyula . . . . . 634
Dorogi Lajos . . . . . 576	Holló Ferenc . . . . . 34	Lugossy Gyula . . . . . 467	Sajgó Győző . . . . . 445
Dósa András . . . . . 651	Horányi Béla . . . . . 141 387	Luzsa Endre . . . . . 165	Sarkady László . . . . . 329
Eisler Mihály . . . . .	Horányi Mihály . . . . . 491	Magyary-Kossa . . . . .	Sándor István . . . . . 571
József . . . . . 25	Horn Zoltán . . . . . 571	Gyula . . . . . 351	Sármai Ernő . . . . . 233
Engel Károly . . . . .	Horváth Zoltán . . . . . 321	Makara György . . . . . 363	Schaffler József . . . . .
1 135 315 514	Iváncsics György . . . . . 139		475 499
			Schmidt Gusztáv . . . . . 426
			v. Simon Tibor . . . . .
			21 142 291 308 517
			Sipos Károly . . . . . 653
			Soóky Erzsébet . . . . . 92
			Sós József . . . . . 377
			Surányi Gyula . . . . . 267
			Straub János . . . . . 120
			Szabó Elemér . . . . . 56
			Szabó József . . . . . 284
			Szelőczy Dénes . . . . . 479
			Szende Béla . . . . . 103 461
			Szentkirályi . . . . .
			Zsigmond . . . . . 672
			Szentkláray János . . . . . 218
			Szerényi József . . . . . 24
			Szép Jenő . . . . . 117
			v. Szilágyi Lajos . . . . . 370
			Szodoray Lajos . . . . . 87
			v. Tátrallyay . . . . .
			Zoltán . . . . . 342
			Telegdi István . . . . . 235 402
			Török Lajos . . . . . 411
			Újhelyi Adorján . . . . . 530
			Vadász János . . . . . 145
			Varga Sándor . . . . . 392
			Varga Tibor . . . . . 188 224
			Vámos László . . . . . 432
			Vámosy Zoltán . . . . .
			84 230 351 442 474
			Vándorfy József . . . . . 668
			Várady Mária . . . . . 78
			Verebély Tibor . . . . . 197
			ifj. Verebély Tibor . . . . .
			111 621 647
			Vízkelety Gyula . . . . . 381
			Vukán Jenő . . . . . 357
			Went István . . . . . 353
			Zahumenszky . . . . .
			Elemér . . . . . 453
			Zemplényi Imre . . . . .
			410 559
			Zsádon Béla . . . . . 44







# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622.

Előfizetések postautalványon vagy  
csekkklapon küldendők. A feladó-  
vevény nyugtául ismerjük el.

**MEGJELENIK SZOMBATON**

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:

a

**kiadóhivatalban**

**Előfizetések beküldhetők:** Kiadóhivatalunkba vagy  
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára.  
*Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H.  
számlájára”. *Romániában:* Borsos Béla dr. Arad, vagy Le-  
page könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:*  
az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a  
kiadóhivatába.

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

Nodusok és szövődményeik causalis bakteriotherapiája

## POSTERISAN

kenőcs és kúp

Tonicum — aperitivum — stomachicum — roborans — stimulans

## TINCTURA FERRI ATHENSTAEDT

cum et sine arseno

250 gr-os üveg ára P 3.—

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLÉKLETE

SZERKESZTI :  
**MILKÓ VILMOS**  
EGYETEMI C. RK. TANAR

**1940**

TIZENHARMADIK ÉVFOLYAM

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT R.-T. BUDAPEST



# TÁRGYMUTATÓ

## KÖZLEMÉNYEK

	oldal		oldal		oldal
<b>Belorvosstan:</b>		<b>Belsőleg adható bismuth-készítmény</b> . . . . .		<b>Röntgenologia:</b>	
Alapanyagcserevizsgálat klinikai értékelése . . . . .	29	Bőr néhely fontosabb elszarusodási rendellenességéről . .	103	Arteriographia . . . . .	93
Arsenobenzol typhus-bacillusgazdaság ellen . . . . .	10	Emberi sertésorbánc vegyi kezelése . . . . .	94	Gyermekági emlőgyulladás röntgenkezelése . . . . .	30
Basedow-kórban szenvedő betegek kezelése . . . . .	2	Lépfene újabb gyógyszere . . .	36	Ventrikulographia . . . . .	7
B, avitaminosis . . . . .	74	Magaslati éghajlat jelentősége a bőrgyógyászatban . . . . .	107	<b>Sebészet, urologia, orthopaedia és fogászat:</b>	
Billentyűhibák kórismezésében nehézségek . . . . .	15	Rák kórismézése . . . . .	17	Állandó húgycsap . . . . .	71
Bordaközi idegek alkohol injectiós kezelése . . . . .	22	Sulfamidkezelés ártalmai . . .	69	Anisotoniás oldatok alkalmazása koponyaüregi nyomásemelkedés esetén . . . . .	22
Célszerűtlen művi légmellkezelés . . . . .	54	Új magyar bismuth-készítmény	91	Colippyelitis . . . . .	73
Croupus pneumonia chemotherapiája . . . . .	28	<b>Elme- és idegkörtan:</b>		Esetek a baleseti szakvéleményezés köréből . . . . .	39
Csukamáj, az influenza prophylacticuma . . . . .	11	Agydaganatok korai tünetei . .	101	Epedyspepsia . . . . .	6
Empyema sikerrel megoldott ritka szövödménye . . . . .	91	Cushing-féle betegség . . . . .	1	Égési sérülések kezelése . . . .	50
Gümős empyemák . . . . .	31	Szemregzés új kiváltási módja	77	Foghúzás szövödményei . . . . .	89
Helyes kopogtatás és hallgatózás módja és kellékei . . . . .	65	Winiwarter—Buerger-féle betegség agyi localisatiója . . .	59	Gerincvelő szúrt sérülései . . .	75
Insulin alkalmazása . . . . .	45	<b>Elméleti tudományok:</b>		Hormonok urológiai vonatkozásai . . . . .	81
Ipecacuanha forrázat helyes rendelése . . . . .	21	Conservált complementtel szerzett tapasztalatok . . . . .	99	Idegentest appendicitis . . . . .	37
Malaria chininkezelése . . . . .	47	Egysített védőoltás a fertőző gyermekbetegségek ellen . . . .	85	Izületi ganglion és kezelése . .	97
Malaria kezelése synthetikus gyógyszerekkel . . . . .	49	Emésztési kísérletek Lukulin-nal . . . . .	14	Keresztcsonttáji dermoidok és sipolyok . . . . .	72
„Mesterséges perifer szív” . . . .	34	Formulae normalés . . . . .	61	Kőzúzás . . . . .	4
Nehézlégzés . . . . .	62	Legyek szerepe a fertőző betegségek terjesztésében . . . . .	83	Mellékpajzsmirigy sebészi vonatkozásai . . . . .	109
Nikotinmérgezés és nikotinártalmak kezelése . . . . .	43	<b>Gyermekgyógyászat:</b>		Mesterséges ízületképzés . . . . .	82
Praesistolés zőrej . . . . .	1	Cortipan alkalmazása csecsemőgyógyászatban . . . . .	67	Orthostatikus albuminuria . . . .	88
Sajtos és croupus tüdőgyulladás	98	Elektrokardiológiai vizsgálatok jelentősége csecsemőkorban . .	26	Osteochondritis dissecans . . . .	87
Sigmoiditis . . . . .	102	Meningitis cerebrospinalis epidemica . . . . .	46	Poliomyelitis orthopaediai vonatkozásai . . . . .	25
Székesfővárosi fürdők javallatai, hatásmódjuk és rendelésük . . . . .	9 20	Szamárköhögés megelőzése és kezelése . . . . .	41	Sebesültellátás a baleseti sebészetben és a harctéren . . . . .	70
Totalis thyreoidektomia eredményei szívbetegségben . . . . .	27	<b>Orr-, gége- és fülgyógyászat:</b>		Sebesültellátási szakaszok a harctéren . . . . .	86
Tetanus gyógykezelése . . . . .	95	Chinin és p-aminobenzolsulfamid együttes alkalmazása fül-, orr-, torok- és gégeorvosi szempontból . . . . .	64	Segélyhely . . . . .	100
Tuberculosis inappercepta . . . .	78	Hiatussérvek körjelzése . . . . .	37	Tábori sebészet beteganyaga . . .	57
Typhusbacillusürítés salvarsan-kezelése . . . . .	64	Nyelőcső idegentestei . . . . .	33	Tetanusprophylaxis . . . . .	19
Veleszületett tuberculosis . . . .	8	Otogen meningitisek . . . . .	79	Tüdőcsúcsok sebészi leválasztása (Apicolysis Extrapleuralis pneumo- és oleothorax) . . . . .	108
<b>Bőr- és nemikörtan:</b>				Universalis tornakészülék a lakásban . . . . .	41
Aranykezelés dermatológiai javallatai és bőrártalmi . . . . .	53			Vese fejlődési rendellenességének klinikai jelentősége . . . .	5
				Végtagok verőereinek alvadék-rög okozta eldugulása . . . . .	13

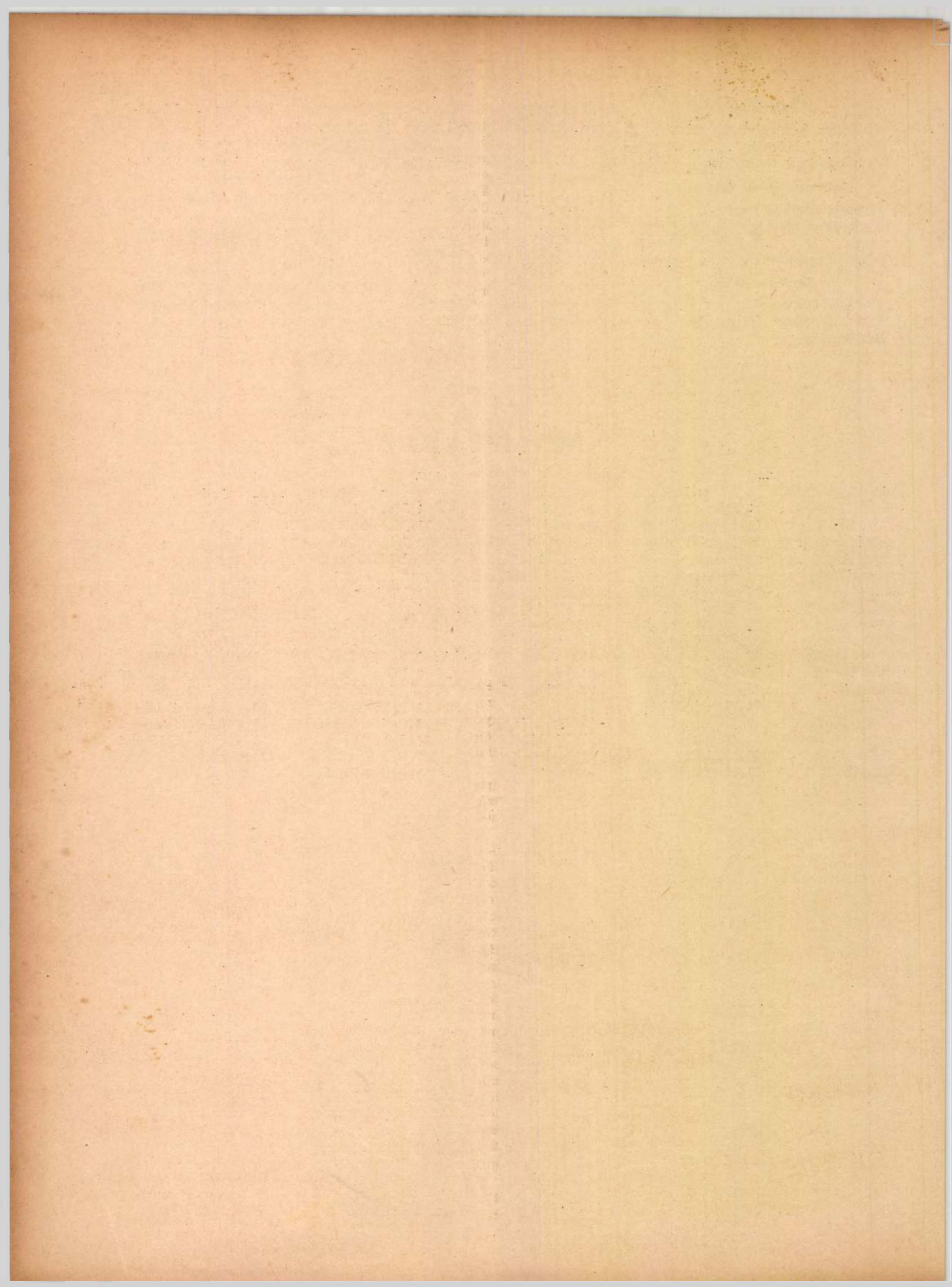


	oldal		oldal		oldal
<b>Szemészet:</b>		Friedmann-féle oltás? . . . . .	60	Naevus flammeus átöröklődik-e? . . . . .	7
Molloscum contagiosum, mint szemészeti betegség . . . . .	57	Húgycsőkankó kiújulás kezelése? . . . . .	36	Próbacsendőr felvételéhez szükséges orvosi vizsgálatot ki lehet-ekes elvégezni? . . . . .	24
Szemfájdalmak csillapítása . . . . .	56	Járványos agyhártyagyulladás chemoterápiája? . . . . .	40	Törvényhatósági városi orvos uti átalánya? . . . . .	48
<b>Szülészet- és nőgyógyászat:</b>		Körorvos fuvarátalánya? . . . . .	72	Trichiuris trichurica. Bélférgék új elnevezése? . . . . .	8
Hypnosis a szülészetben . . . . .	3	Községi orvosi rendelő fenntartásának költségei? . . . . .	88	Typhus elleni védőoltások? . . . . .	60
Szintetikus oestrogen gyógyszer . . . . .	42	Magas vérnyomással szövődött nephrosklerosis esetén mi a legjobb gyógymód? . . . . .	52	Vidéki kiszállásokért milyen összegű minimalis díj számítható fel . . . . .	88
Szülési magzatsérülések . . . . .	66	Magánorvost halottkémlésre ki rendelheti-e a főszolgabíró? . . . . .	40		
<b>Kérdés—Felelet:</b>					
„Chediak” vérpróba? . . . . .	44				
Fertőző betegek kórházi ápolási költsége . . . . .	36				

## NÉVMUTATÓ

oldal	oldal	oldal	oldal	oldal
Adler Rác Antal . . . . . 6	Dénes János . . . . . 72	Horváth Boldizsár . . . . . 42	Minder Gyula . . . . . 82	Andor . . . . . 39
Angyal Lajos . . . . . 2	Dóczy János . . . . . 76	Illyés Endre . . . . . 4	Mosonyi László . . . . . 75	Sarbó Artur . . . . . 78
Arany György . . . . . 44	Ehmann Jenő . . . . . 37	Jáki Gyula . . . . . 14	Murányi László . . . . . 7	Siegler János . . . . . 36
Atzél Elemér . . . . . 48	Engel Károly . . . . . 1	Kalocsay Kálmán . . . . . 40	Nádosy Ferenc . . . . . 11	Simon Ákos . . . . . 52
Babics Antal . . . . . 36	Faragó Ferenc . . . . . 86	Kopits Imre . . . . . 26	Nádrai Andor . . . . . 27	Simon Lajos . . . . . 37
Bajkay Tibor . . . . . 34	Fedeles László . . . . . 7	Korompai Imre . . . . . 31	Neuber Ede . . . . . 44	Sülle József . . . . . 30
Bakó József . . . . . 12	Ferenczi Sándor . . . . . 36	Kovács Ödön . . . . . 41	ifj. Nékám Lajos . . . . . 54	Szász Emil . . . . . 66
Balogh Károly . . . . . 90	Fohn Tibor . . . . . 23	Kővári István . . . . . 64	Németh Lajos . . . . . 58	Szentkirályi Zsigmond . . . . . 95
Bartók Imre . . . . . 56	Follmann Jenő . . . . . 19	Lehoczky Tibor . . . . . 102	Noszkay Aurél . . . . . 74	Szép Jenő . . . . . 76
Basch Imre . . . . . 35	Fülöp László . . . . . 63	Lippay-Almássy Artur . . . . . 57	b. Pap Lajos . . . . . 9	Szirmai Frigyes . . . . . 47
Bélteki Sándor . . . . . 60	Gaal István . . . . . 91	Lőrincz Ferenc . . . . . 8	Pekanovich István . . . . . 108	Szodoray Lajos . . . . . 55
Boda Ferenc . . . . . 68	Gergely Jenő . . . . . 32	Makara György . . . . . 48	Pelle László . . . . . 96	Tangl Harald . . . . . 15
Both Béla . . . . . 28	Gömöri Pál . . . . . 52	Marx József . . . . . 98	Puder Sándor . . . . . 55	Vámosy Zoltán . . . . . 22
Cser Lajos . . . . . 92	Grosch Károly . . . . . 24	ifj. Mauks Károly . . . . . 67	Puky Pál . . . . . 83	Vándorfy József . . . . . 3
Csillag Sándor . . . . . 80	Guszman József . . . . . 68	Melczer Miklós . . . . . 107	Rex-Kiss Béla . . . . . 100	Vásárhelyi János . . . . . 60
Czeyda-Pommersheim Ferenc . . . . . 109	Henszelmann Aladár . . . . . 46	Milkó Vilmos . . . . . 20	Réthei-Prikkel . . . . .	Wiesinger Frigyes . . . . . 43
Detre László . . . . . 8	Hollósi Károly . . . . . 4			Zárday Imre . . . . . 16







# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,  
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,  
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,  
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,  
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Engel Károly:** Kell-e gyógyítani a lázat? (1—3. oldal.)

**Hofhauser János:** Az epehólyag rendellenes működése és annak következményei. (3—4. oldal.)

**Marschall Gerhardt:** A hypertonia befolyásolása cholinnal. (5—6. oldal.)

**Fazakas Sándor:** A könnycsövecske indirect szűkületeiről 319 esettel kapcsolatban. (6—7. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal.)

**Irodalmi szemle. Könyvismertetés.** (8—9. oldal.)

**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei.** (9—10. oldal.)

**Korbuly György:** Heti krónika. (10—11. oldal.)

**Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend:** (12. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

## Kell-e gyógyítani a lázat?

(Klinikai előadás.)

Irta: Engel Károly dr., egyetemi c. rk. tanár.

Ezen a címen tartott előadást 1901-ben *Jendrassik Ernő* az Orvosegyesületben, akkor, amikor megint egyszer előtérbe került az a felfogás, hogy a láz a szervezetre hasznos és azt leküzdni nem szabad. *Jendrassik* az ellenkező állásponton volt, sőt a láz leküzdésében túlzásba is ment. Ezen a címen írtam én is egy klinikai előadást 1924-ben, amikor a proteintherapia, láznak kémiai szerekkel mesterséges előidézése, már nagyon elterjedté vált. Nagyon is szükségesnek látszott újból revideálni a kérdést, hiszen, ha a betegségek egész sorát én mesterségesen előidézett lázzal kísérlem meg gyógyítani, akkor miért csökkentsem én a természetes lázat? Előadásomban én is amellett törtem lándzsát, hogy a lázat gyógyítani kell, ill. szabad.

Hogy most megint foglalkozom e kérdéssel, annak újból igen nyomós oka van. Újabban nagyon elterjedté kezd válni azon eljárás, amidőn physikai úton, meleg-tárolás útján létrehozott lázzal törekszenek gyógyító hatást kifejteni. Ez nagyon figyelemreméltó. Ezen kezelésben már inkább kell gondolni arra, hogy a nagyobb testhőmérsékletnek önmagában kell gyógyító hatást tulajdonítanunk, bárha természetesen a pyretho-therapeuták egyike sem gondol arra, hogy csak a magasabb testhőmérsék bakteriumpusztító hatása a döntő, hiszen alkalmazzák azt nem fertőző természetű betegségek ellen is. Ez késztetett arra, hogy újból elővegyem a láz gyógyításának kérdését.

Mi tulajdonképpen a láz? A láz az oly, elsősorban fertőzésre bekövetkező, számos tünetből álló, jól elhatárolt tünetcsoport, amelynek legkirívóbb tulajdonsága, hogy a testhőmérsék a rendesnél nagyobb. A láz fogalma ezek szerint nem merül ki abban, hogy a test hőmérséke fokozott. Kétségtelen, hogy a láz tünetei között van olyan, amely tisztán a nagyobb testhőmérsékkel jár együtt, ilyen az érverés, a lélegzés szaporább volta, a subjectiv melegézés, a szomjazás, a vértolulás a fejbe. De van azután a láznak számos, más tünete is, amely a magasabb testhőmérsékkel inkább csak coordinált, ilyen a fejfájás, a tagfájás, a közérzet feltűnően rossz volta, a kábultság, vagy ezzel szemben feltűnő

nyugtalanosság, ideges tünetek, amelyek kivételesen nagyon súlyossá is válhatnak. Ezen ideges tünetek a fertőzés mérgének az egész idegrendszerre hatásából származnak.

A láz magasabb hőmérséke a közti agyban lévő hőközpont működésváltozása folytán jö létre. A melegtermelés fokozódik, a hőleadás csökkent. A hőközpont a láz idején is szabályoz, a szabályozás azonban nem a normalisra, hanem magasabb hőfokra van beállítva. Amellett a hőszabályozás a láz idején nem is olyan stabilis, mint ép viszonyok között. A lázat a hőközpont fokozott ingerlékenysége és izgalma idézi elő, ami orvos-szerrel csökkenthető. Ilyen orvos-szer az antipyreticum, amely azonban sokkal inkább a hővesztés fokozása, mint a hőtermelés csökkentése révén hat. Therapiás szempontból fontos az, hogy az antipyreticum nemcsak a hőközpontnak, hanem az egész agyvelőnek nyugtató szerepe, hiszen azért használják az e csoportba tartozó szereket oly kiterjedten fájdalomcsillapítókul is. A lázcsillapító nemcsak a magasabb hőmérséket csökkenti, hanem az azzal összefüggő minden más ideges tünetre is enyhítő hatással van. A lázcsillapító a sorvasztó fchérjebomlást is csökkenteni tudja, aminek soká tartó láz esetén komoly jelentősége lehet.

A láznak rendkívül sok oka van, ezckről ma részletesebben szólni nem akarok. Miért jöhet egyáltalában szóba az, hogy a lázat gyógyítsuk-e vagy nem? Azért, mert a láz rossz, mert a láz fáj, mert elsősorban a láz teszi a fertőző betegséget kinossá. A lázat az emberek különböző módon türik ugyan, mégis azt kell mondanunk, hogy a legtöbb ember szenved a magas láztól. A láz okozta szenvedés azonban nemcsak quantitative, hanem qualitative is különböző. Az egyik a láz folytán bekövetkező szívdobogást nem bírja, másik fejét fájlalja, a harmadik közérzetének nem jól meghatározható, de kínosnak jellemzett megváltozására panaszkodik, a legtöbbben egyszerűen a rendellenes melegézését mondják tűrhetetlennek. — Rövid ideig, néhány óráig vagy napig tartó lázat a legtöbb ember még aránylag jól elbírja, az elhúzódót, kivált pedig a soká tartót, már kevésbé; a lázat nem lehet megszokni. Sok beteg láz idején nagyon türelmetlen, ingerült, helyét nem leli, aludni semmiképpen sem tud, mindez aránylag nagyon rövid idő alatt nagyon megviseli. A legtöbb lázas beteg étvágytalan, van olyan, aki láz idején egyáltalában



nem tud szilárd táplálékot magához venni, sokan még pépeset sem, csak folyadékot. Elhúzódó láz folytán ilyen módon egyrészt a rossz táplálékfelvétel, másrészt a láz okozta fokozott anyagcsere miatt nagy testi leromlás következik be. A láz okozta apathia decubitusra, süllyedéses tüdőgyulladásra hajlamosít. A láz okozta szívgyorsulás, nagyfokú nyugtalanság, erős delirium a fertőzéstől amúgy is megviselt szívet jelentős mértékben terheli meg, ez veszedelmessé válhat akkor, ha a szív különben sem volt már egészséges. Lázcsillapító szer nemcsak a hőmérséket csökkenti, hanem a láznak úgy szólván összes többi kellemetlen és kínzó kísérő tünetét is rövidebb-hosszabb időre csillapítja. A jól keresztültvit antipyresis mellett olyan tünetet, ami arra való, hogy mindennek ellenére a betegség rosszabbodik, nem észlelünk. Ilyen körülmények között nagyon is indokolt, hogy megállapítsuk, kell-e, illetőleg szabad-e csillapítani a lázat?

És itt vetődik fel már most az a kérdés, amelytől döntő módon függ intézkedésünk, hasznos-e a szervezetre a láz, vagy nem? E kérdés eldöntésére irányuló vizsgálatok, bizvást mondhatom, megszámlálhatatlanok. Bier azt mondta már néhány évtized előtt, hogy évszázadok alatt annyi érvet sorakoztattak fel ezen a téren pro és contra, hogy újat mondani alig lehet. A szerzők egyik csoportja szerint a láz hasznos, mert a láz a szervezet védekezése a fertőzéssel szemben. Szerintük a fertőző betegségben a láz a gyógyító (Heilfiber), csak úgy, mint adott esetben a proteintherapia láza, vagy a hőtárolásra bekövetkező hyperthermia. E szerzők szerint a fertőző betegségtől megtámadott embereknek ugyanúgy ki kell állnia a lázat, mint a malariával beoltott paralyssesnek, még hogyha a láz szenvedéssel is jár, mert a láz a „vis medicatrix naturae” egyik leg-hatalmasabb megnyilvánulása. Ha az, hogy a láz a szervezetre hasznos, bebizonyított volna, akkor valószínűleg műhiba volna a láz okozta szenvedés múló enyhítésének árán a szervezet önvédekezésének rontásával csökkenteni a gyógyulás esélyét. Az ellenkező állásponton lévők azonban az ellenpárt állításainak egyikét sem látják bebizonyítottnak és ők éppen annyi megfigyelést, vizsgálati eredményt tudnak a láz hasznos volta ellen felsorakoztatni, mint az ellentábor melléte. Nem látom értelmét annak, hogy az egymással szemben állók nézetével részletesen foglalkozzák, döntöt természetesen ezekből én sem tudnék levonni. Bele kell sajnos nyugodnunk abba, hogy a tudomány ezideig exact módszerekkel nem tudta eldönteni azt, hogy a láz hasznos-e vagy nem. Mi gyakorló orvosok azonban úgy vagyunk ezzel is, mint sok más vitás kérdéssel, elsősorban a therapia vitás kérdéseivel. Mi nem várhatunk addig, amíg a kérdés tisztázódik, nekünk ma kell legjobb tudásunk szerint gyógyítanunk lázas betegeinket és ezzel betegeink lázát is. Mi tehát a tennivaló? Eldöntetlen kérdésben mindenki egyéni beállítottsága, saját adat- és tapasztalatgyűjtése szerint, saját vérmérsékletének megfelelően intézkedik.

Felfogásban én ma sokkal közelebb állok a teleológiához, mint előadása idején Jendrassik, kivált a therapiát illetőleg. Mégis azt kell mondanom; egyáltalában nem látom a láz hasznos voltát annyira bebizonyítotttnak, hogy habozás nélkül ne merjem vállalni azt a felelősséget, hogy a lázat szabad és kell leküzdeni akkor, ha az a betegnek szenvedést okoz, vagy nyilvánvalóan ront a beteg állapotán. Kétségtelennek tartom magam is, hogy a fertőző betegség az emberi szervezet és a vele symbiosisba került bakterumok közti küzdelem folytán következik be, a lázas betegség e defensív folyamat folytán bekövetkező megváltozása a normális

életfolyamatnak. De most is azt mondom, amit 15 év előtti előadásomban mondtam, hogy a láz csak jelzője annak, hogy a szervezetben védekezés folyik, a magasabb testhőmérsék csak indicatora ennek a küzdelemnek, de nem eszköze. Nézetem szerint a láz okozta kellemetlen tünetek enyhítésével nem rontom a bakterumok elleni küzdelem esélyeit, hanem javítok azokon. Az ellenkező állásponton lévőknek kellene bebizonyítani azt, — mondotta már Jendrassik —, hogy a láz csillapításával kezelt fertőző bajban szenvedők betegsége súlyosabb lefolyású, mintha nem adtam volna láza ellen orvosságot, ezt pedig sem azelőtt, sem azóta bebizonyítani nem sikerült. A lázat csillapítani szabad, ezzel nem ártok és ha ez így van akkor adott esetben a lázat, ha a betegnek szenvedést okoz, csillapítani kell is. Ebből azonban egyáltalán nem következik az, hogy én mindenáron a láz leküzdését ajánlom. A lázcsillapítás nem kötelező, önmagában az, hogy a beteg lázas, még nem ok arra, hogy azt lenyomjuk, mint azt minden anya gyermeke betegsége esetén apodictice követeli az orvostól. Ha betegünk jól érzi magát láz, sőt nagy láz mellett is, ám maradjon lázas, ha emellett nem érez fájdalmat, ha enni, aludni láza mellett is tud, szóval, ha nem szenved a láztól. A lázat gyógyítani szabad, de nem kell. Az antipyresis csak a szenvedést enyhíti, de nem vagy csak alig és csak kivételesen befolyásolja a betegség lefolyását, úgy, hogy valószínűleg életmentő, hatásról is beszélhetünk. Zárjuk le e fejezetet a következő rövid mondattal: *A lázellenes szer okosan adva biztosan ártalmatlan és mivel a betegnek segít, bátran adható és adandó is.*

Miképpen gyógyítsuk már most a lázat? Lázcsillapító adásával. Curschmann 40 év előtt még azt mondta, hogy műhiba typhusos beteget nem fűrosztetni; ma ez a kezelés a múlté, ma antipyreticumot adunk a betegnek, oly gyógyszert, amelynek cerebriális nyugtató hatása elsősorban a hőközpontra irányul.

A chinint, mint antipyreticumot aránylag ritkán vesszük igénybe. Hatása csak kb. 3 óra múlva teljes, igaz, hogy az azután sokáig, 5—6 óráig is eltart; emiatt alkalmazása nem egyszerű, nehézkes, bár van eset, mikor háromszor naponta adott 30 cg.-mal jó eredmény érhető el vele. A mai lázcsillapítók túlnyomóan a salicylsav sóinak, a phenacetinnek és a pyrazolonoknak csoportjából kerülnek ki. Ezek tehát az acidum acetylosalicylicum, a calcium acetylosalicylicum (kalmopyrin), az aluminium acetylosalicylicum (alin), a phenacetin, a lactophenin, kivált pedig az antipyrinazophen és amidazophen (pyramidon) és a két utóbbinak különböző és nagyszámú származékai, amelyeknek a nevét sem akarom felsorolni, jobbat a kiindulási anyagnál, az antipyrinnél, ill. az amidazophennél egyikük sem nyújt. A salicylsav és sói aránylag gyenge lázcsillapítók, körülbelül ugyanolyan a hatása az antipyrinnek is, ennél az amidazophen 3-szorta erősebb. Mindezek hatása megfelelő adagban egy órán belül bekövetkezik, 2 óra alatt teljes, 3—4 órán át tart. Általában, de kivált eleinte kis adagot adjunk. Elégedjünk meg a hőmérsék mérésélt lenyomásával, annyival, amennyivel a beteg közérzetét javítunk. Ezt többnyire elérjük, ha a hőmérséklet 37.5—38 C°-ra visszük le. Egyáltalában nem célunk az, hogy a lázas hőmérséket a normalisra szorítsuk le; az ilyen módon alkalmazott antipyresis egészen biztosan jelentősen hozzájárult a lázellenes kezelés diskreditálásához. A hőmérsék ilyenkor nagyon gyorsan esik, a beteg gyorsan megizzad, egy idő múlva, ha közben újból észleljük, idején lázcsillapítót nem kapott, borzongani kezd, sőt fázik, a hőmérsék gyorsan emelkedik, a beteg végeredményben mindezt jobban megsínyli, mint-



ha lázcsillapítót egyáltalában nem adtunk volna. Nagy láz nagy adag antipyreticummal történő hirtelen lenyomásakor fordul elő, hogy a beteg rosszul lesz, szaporává válik pulzusa, sőt collabál. Mégsem szabad elfelejteni azt, hogy az antipyreticum elsősorban a bőr ereinek tágulását hozza létre és ily módon fokozódik a hővesztés; vasomotorbénulásra hajló betegben, tehát tüdőgyulladásban, influenzában, sepsisben éppen ezért a láz csillapításában még a rendszel is óvatosabbnak kell lennünk. *Kis adag antipyreticumnak biztosan nincs a keringésre, tehát sem a szívre, sem a vasomotoros rendszerre rossz hatása.* A kis adaggal kezdés már csak azért is célszerű, mert jól tudjuk, hogy amilyen különböző elsősorban alkatuk és koruk szerint az emberek pyrogenkészsége, éppen olyan különböző módon reagálnak a lázcsillapítóra is, egyénenként s betegségük szerint, valamint a láz nagysága szerint. Az antipyresisben első feladatunk mindig az, hogy kikapasztaljuk, hogy a beteg hogy reagál a gyógyszerre, hogy reagál az első adagra, hogy a többire. Az első adag ne legyen soha több 20—25 cg-nál salicyl esetében, ugyanannyi antipyrinnel, vagy 10 cg amidazophennel. Ugyanezen adagot, ha kell ennél nagyobb, de 20 cg amidazophennel soha nem nagyobb, adjunk három vagy kétóránként, ritkán leszünk kénytelenek óránként adni, de akkor csak 10 cg adunk, ezt mindig a hőmérsékttől és az addig elért eredménytől kell függővé tenni. Ismétlem, csak annyit adjunk a lázcsillapítóból, csak annyira vigyük le a hőmérsékletet, hogy a beteg ne szenvedjen, hogy enni és aludni tudjon. Csak egészen kivételesen, teljes lázintoleranciában mutatkozik annak a szüksége, hogy a hőmérsékletet a normalisra nyomjuk le ez azonban csak igen ritkán fordul elő. Antipyreticum adása céljából alvó beteget felesleges módon fel ne keltsünk. Ne sematizáljunk. Azzal, hogy minden betegnek reggel, délben, este ugyanazon adagot adjuk, semmit sem használunk, inkább ártunk. A jó antipyresishez gondos észlelés, individualizálás kell és össze kell azt egyeztetni még a betegápolással is és azért is oly nehéz azt nagy kórházi anyagon keresztülvinni, kivált, ha kevés az ápolószemélyzet, azért is hanyagolják oly könnyen el. Legjobb hat, — a beteg gyomra hosszabb időn át is legjobban bírja — az amidazophen, ez ma a legelterjedtebb. Mikor én 1908 végén Jendrassikhoz kerültem, akkor már ő is elhagyta a régebben alkalmazott óriási adag antipyrin és csak az amidazophent rendelte kis adagban. Az amidazophen agranulocytosist okozó hatásától ne féljünk. Antipyreticumként alkalmazva sem olyan nagy adagot nem adunk belőle, s rendszerint olyan soká sem adjuk, hogy a granulocytákra hatásától félni kellene, bár tudjuk, hogy az agranulocytosis részben független az amidazophen adagjától és egyéni túlérzékenységen alapszik. 35 év alatt egyetlen egy esetet láttam éppen múlt év folyamán, amikor a láz ellen adott amidazophennek volt talán szerepe az agranulocytosis előidézésében, pedig osztályomon sok év óta mind antipyreticumként, mind polyarthritist rheumatica ellen, túlnyomóan csak amidazophent használunk, napi 1.2—2 g mennyiségben, igaz, hogy óvatosságból azért hetenként legalább egyszer meghatározzuk a granulocyták számát. Az amidazophennek legjobb a fájdalom csillapító és általános megnyugtató hatása is. Eppinger az amidazophennek gyulladási ellenes hatást is tulajdonít. Szerinte ez a gyógyszer az érfal átjárhatóságát csökkenti, ily módon a láz okául szolgáló gyulladásra is hatással volna. Bár magam igazán híve vagyok; e hatásában nem bízom túlságosan, mint antipyreticum azonban teljesen bevállik. Ily célra 24 óra alatt 1-nál többre nem igen van szükség belőle. Ha a beteg bármi okból bevenni nem tudná,

kúp alakjában nagyon jó alkalmazható, legfeljebb 20 cg-os adagban. Ismétlem: túl erős hatást mindenképpen kerüljünk; a némelyek ajánlotta „Pyramidonstoss”-t 1—1.5 g-nak egyszerre beadását tartós láztalanítás céljából én soha sem alkalmaztam és nem is alkalmaznam. Az amidazophen kezelés egyszerű és megbízható. Aki sok typhusbetegét kezel amidazophennel, a háború elején typhusosztályomon erre bőségesen volt alkalmam, annak könnyű volt meggyőződni arról, hogy e betegek mily keveset szenvedtek. Jendrassiknak egyszer előadás közben mondott tréfás szavaival zárom előadásomat: „Pyramidon hatására első osztályon utazik a lázas beteg, a harmadik helyett.”

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

### Az epehólyag rendellenes működése és annak következményei.\*

Irta: Hofhauser János dr., egyetemi tanársegéd.

Az egészséges epehólyag normalis körülmények között úgy fogható fel, mint anatómiai egység, amelynek nyálkahártyája, mirigyei, sima izomfala, saját ér-ellátása és beidegzése van. Falának szöveti felépítése is már mutatja, hogy nem csupán alsóbbrendű tartály, biztonsági szelep, sűrítő, vagy raktár. A környezethez fűződő szoros kapcsolatai, különösen autonóm és sympathicus beidegzései révén a szomszédos szervrendszerhez tökéletesen alkalmazkodó mechanikai, dinamikai, resorptiós és secretiós működést fejthet ki. Ennek eredményeképpen elraktározza, besűriti az epét, collum mirigyeinek váladékát hozzákeveri és így hatásában megsokszorozva emésztéskor a szükségleteknek megfelelően a patkóbelbe üríti.

Működése révén az epehólyag azon szervek közé tartozik, amelyek igen fontos szerepet töltenek be a szervezet háztartásában, azonban tevékenységük nem nélkülözhetetlen. (Egyes emlőszöveteknek például a lónak egyáltalán nincs epehólyagja.) A mi éghajlati és táplálkozási viszonyaink között átlag kb. minden 10. embernek epeköve van. A köves epehólyag működése, mint látni fogjuk, nagymértékben csökkent, jelentékeny része hasznos működést egyáltalán nem fejt ki. Ehhez járul még, hogy éppen sebészi tapasztalatok szerint a nem köves epehólyagok működése is igen gyakran dysfunctiós. Az epehólyag normális működésének előnye nem áll arányban azokkal a hátrányokkal és veszélyekkel, amelyeket rendellenes működése rejt magában. Ezeket a szempontokat kell figyelembe venni, amikor a dysfunctiós epehólyag belgyógyászati kezeléssel dacoló súlyos panaszainak megszüntetése a sebészre vár. E nem könnyű feladat helyes megoldása nagy felelősséget kíván, amelyet nyugodt lelkiismerettel csak az vállalhat, aki az epehólyag rendellenes működéseinek minden veszélyével tisztában van.

Az epehólyag összes rendellenes működéseinek legállandóbb következménye és jellemző tünete a *fájdalom*. Typusa az epekögörcs, amely annyira közismert, hogy részletezésétől eltekinthetünk, de megemlíttük közvetett következményét a morphinismust, amely csak idejében végzett műtéttel előzhető meg. További általános, indirekt következményei: étvágytalanság, rossz

\*) Esterházy Pál herceg pályadíjának támogatásával készült dolgozat.



táplálkozás, lesóványodás, átlatlanság, idegesség, félelem, munkaképtelenség. Ezekkel sem foglalkozunk részletesen éppen úgy, mint a környezetre, hozzátartozókra, gyermekekre vonatkozó káros kihatásokkal. Itt említjük meg, hogy boncolás, vagy más okból végzett műtét kapcsán mellékes leletként nem egyszer találhatók ugynevezett *néma epekövek*, amelyek soha semmiféle panaszt nem okoztak. Az igazság kedvéért azonban azt is megjegyezzük, hogy klinikai tapasztalataink szerint hosszú időn át tünetmentes kövek egyszerre hirtelen epehólyaggyulladás és átfuródás formájában jelentkeztek.

Az epehólyag-dysfunctio három alakját különböztethetjük meg normális működésének megfelelően: dyskinesist, dyssecretiót és dysresorptiót. A normális-hoz viszonyítva mind a három lehet fokozott (hyperkinesis, hypersecretio, hyperresorptio) vagy csökkent (hypokinesis, hyposecretio, hyporesorptio). Az epehólyagdysfunctiók egyik végstadiuma: az epehólyag működésének teljes megszűnése, amit látunk például az u. n. Courvoisier féle zsugorodott epehólyag képében. Az ismeretlen, ennél fogva befolyásolhatatlan tényezők egész sora szerepel, amíg az egyszerűen dysfunctió epehólyag magárahagyva, hosszú évek szenvedésin keresztül idáig eljut.

Az epehólyag dyskinesisen alapuló elváltozása a *heveny epehólyag tágulat*. Az epe akadálytalanul bekerül a hólyagba, de valamely billentyűszerű képlet, vagy utólag rendszerint teljes határozottsággal ki sem mutatható körülmény miatt kiürülni nem képes. A felhalmozódó epe egyrésze felszívódik, nagyobb része az epehólyagot kitérít és műtét közben közvetlen nyomással sem kisebbithető meg.

Az epehólyag dyskinesis következtében a duodenum felől *fertőződhet*. Vizsgálataink szerint műtét alkalmával a köves epehólyagok 36.5%-a, az egyszerűen dysfunctió epehólyagok 25%-a volt fertőzött. Leggyakrabban 15.5%-ban coli bacillust találtunk, typhus 3%-ban, paratyphus B 0.5%-ban fordult elő. Ez utóbbiak valamennyien epeköves betegek és bacillusürítő gazdák voltak. A lezajlott gyulladások következtében epehólyagjuk normalis működését már teljesen elvesztette, a hólyagepe sem fejtett ki bactericid hatást: az epehólyag csak tartályul és buvóhelyül szolgált a ty. és paraty. bacillusoknak. Eltávolítása után — egy vagy két elkésett eset kivételével — évek múlva is valamennyi bacillusmentes maradt. E tapasztalat alapján két év óta rendszeresen bacilluskutató vizsgálatot végzünk valamennyi betegünk székletében. Több bacillus gazdát találtunk, akik mind epeköves betegek voltak, dysfunctió epehólyaggal. Normalis epehólyagműködés mellett egyetlen bacillus gazdát sem találtunk. Ez alapon is megerősítve látjuk feltevésünket, hogy a *dysfunctio epehólyag ty. bacillus buvóhelye és melegágya*, ha ilyen egyén typhussal fertőződik bacillusgazda lesz és az is marad, hacsak az epehólyagját idejében el nem távolítják.

Fertőzés közbejöttével a dysfunctio következménye az *epehólyag gyulladás* is. Többféle alakját különböztethetjük meg az egyszerű catarrhustól a gangraenás cholecystitisig. Lezajlott epehólyaggyulladás súlyos panaszokat okozó maradványa az epehólyag körüli összenövés.

A *cholesterosist* minden szerző dysfunctió eredetű elváltozásnak tartja. Lényege, hogy a nyálkahártya külső megjelenésében a földieper felszínéhez hasonló. Görcsö alatt többszörösen elágazódó, szemölcszerű képleteiben feltűnően nagy szemcsés szerkezetű, világos plasmájú sejtek foglalnak helyet, amelyek kettősen fénytörő zsírt tartalmaznak és a cholesterolin reactiókat adják.

A dyssecretio és dysresorptio, szerencsére elég ritkán előforduló eredménye az a szélsőséges összetételű, sűrűségű Ph.-ju epe, amelynek kifejezett szövetkárosító tulajdonsága az epehólyag falát körülírt helyen vagy egész terjedelmében megtámadja, valóságban megemésztí. Ezt a kórképet neveztük el *necrosis simplex vesice felleaenek*. Az epehólyag petyhüdt fala átérésztő lesz és epés hashártyagyulladás fejlődik ki. Legtöbb szerző dyskinesis folytán a choledochuson keresztül az epehólyagba került trypsin ártalmas hatásának tulajdonította. Rendszeres vizsgálataink és állatkísérleteink alapján az epehólyag rendellenes működésére vezettük vissza. Valamennyi esetünkben a kristálytisztá, sötét, csaknem szurokfekete színű, sűrű hólyagepe bakteriologiai vizsgálattal csíramentesnek bizonyult és trypsin nem tartalmazott.

Nagy anyagunk éveken át tartó klinikai és laboratoriumi vizsgálata alapján arra az eredményre jutottunk, hogy a különböző összetételű *epekövek képződésének oka* a legkorábbi esetekben is mindig kimutatható epehólyag dysfunctio valamelyik alakja. Műtéttel eltávolított köves epehólyagok bilirubin tartalmát vizsgálva megállapítható, hogy azokban az esetekben is, amelyekben egészen kis kezdetleges kövek vannak és az epehólyag falán gyulladással elváltozások még szövettani vizsgálattal sem mutathatók ki, a bilirubintartalom az alacsony és magas értékek felé tolódott el, a rendellenes működés jele képpen. Amióta a fejlett diagnostica és a modern sebészeti technika segítségével elért jó eredmények alapján a köves epehólyagokat lehetőleg korán távolítjuk el, eseteink 10%-ában és éppen a legkorábban operáltakban gyulladást egyáltalán nem találtunk csak dysfunctiót. Hogy a különböző összetételű epekövek keletkezésének milyen dysfunctio felel meg azt csak további vizsgálatok alapján reméljük eldönthetőnek. Valószínű, hogy a legtöbbször solitaer, tiszta cholesterolin kő, cholesterosis következménye.

A köves epehólyagnak az eddig felsoroltakon kívül még a következő dysfunctióit ismerjük. A ductus cysticus elzáródásakor *hydrops* fejlődik. Lényege az epealkatrészek felszívódása, vízszerű, nyákos anyag elválasztása és az epehólyag kitérülése.

Ha az elzáródott epehólyagból az epealkatrészekon kívül a víz is felszívódik és cholesterolin nagyobb mértékben választódik ki a tartalom borostyánkő sárga kocsonyás összeállítású anyag, amely csaknem tiszta colloidális cholesterolin oldat. Chloroformban feloldódik, vízben eredeti térfogatának ötszörösére, hatszorosára is megduzzad.

Felsoroltuk az epehólyag dysfunctiók legfontosabb alakjait, amelyekkel a gyakorlatban rendszerint különböző fokú gyulladás kíséretében találkozhatunk. Egyébb következmények mint bevérzés, elhalás, átfuródás, összenövés a képet még változatosabbá teszi. A cholecystopathiának nevezett kórkép keletkezésében a dysfunctio, lefolyásában a fertőzés a gyulladás a legfontosabb tényező.

**Vitajecol standardizált csukamájolaj.** 1 g.-ban 1500 I. E. természetes A- és 125 I. E. természetes D-vitamint tartalmaz. Rerndkívüli előnye, hogy csaknem teljesen szagtalan, miáltal a legkényesebb gyermekeknek is — akik egyébként a csukamájolajat íze miatt nem bírják — könnyen adható. A Vitajecol gazdag mindazon jól felszívódó, könnyen oxydálható és emulgeálódó zsírsavakban és zsírokban, melyek a természetes csukamájolaj különleges tápértékét jelentik. Kalóriaértéke Poulsson szerint evőkanalanként 125 kalória. Toxikus mellékhatásoktól mentes. Könnyen adagolható, túladagolás veszélye nélkül. Indikált: rachitis megelőzésére és kezelésére, osteomalacia, fogcaries, tuberculosis, scrophulosis, általános roborálás esetén és általában csukamájolaj helyett.



A Budapest—Lipótmezei m. kir. állami elme- és ideggyógyintézet közleménye. (Igazgató: Zsakó István.)

## A hypertonia befolyásolása cholinnal.

Irta: Marschall Gerhard dr.

Közismert, hogy a vérrendszer állapota mennyire fontos a vérnyomás szempontjából. Élettani viszonyok között is bizonyos érfaltónus szükséges ahhoz, hogy a vérnyomás kellő magasságon tartassék. E tonus fenntartását a vegetatív idegrendszer végzi agyi és gerinc-agyi központok kormányzása alatt. Mindazon tényezők, amelyek a központ egyensúlyi helyzetét megbillentik, a környéki érrendszer átállítása útján, a vérnyomás emelkedését vagy süllyedését vonják maguk után. És megfordítva a környéki érrendszer valamely zavara szükségképen a központ működését fogja befolyásolni és teszi képtelenné arra, hogy a vérnyomást normális szinten tartsa.

Újabban a környéki érrendszer fontossága e szempontból különösen előtérbe nyomult. Ismertek voltak bizonyos szervi elváltozások és a környéki érrendszer azon részleges, vagy többé-kevésbé általános kóros elváltozásai, amelyek a vérnyomásra kihatással voltak, s amelyeknek rendszeres kísérő tünete a hypertonia, de amelyek sem a velük járó hypertonia nagyságát nem magyarázták meg, sem azt, hogy a vérnyomás emelkedés, sőt maguk az adott kóreltani vagy kórbonctani elváltozások miképp jöttek létre. Mindezen a környéki érrendszernek inkább mechanikus szerepét felderítő vizsgálatok tisztáztak tényeket, amelyek maradandóak lesznek még akkor is, ha, különösen a vérnyomás fokozott állapotait véve alapul, azok ezt nem is magyarázták meg kielégítő módon. Mindenesetre már ezek a vizsgálatok megállapították, hogy a hypertonia keletkezésében az arteriolák bármely okból keletkezett szűkülése játsza a főszerepet, de nem tudta tisztázni sem a vese-folyamatok, sem az arteriosklerosis szerepét. Különösen az essentialis hypertonia esetében maradt e kérdés magyarázat nélkül.

Többen kimutatták, hogy a vérnyomás alakításánál kóros körülmények között igen lényeges szerepet játszanak a belső elválasztás termékei, nemkülönben a szervezetben végbemenő bizonyos humoralis változások. Hogy az endokrin anyagok igenis hatással bírnak a vérnyomás alakításában, az már ismeretes volt a sexual-hormonok kiesési zavarainál. Így klimaxban, de a fiatalokúak kiesési zavarainál is gyakori tünet a hypertonia. *Leimdörfer* állatkísérletekben a hypophysintól látott erős és tartós vérnyomásemelkedést. Ismeretes továbbá, hogy az Addison-kórban, ahol tudvalévően a mellékvese pusztul; a vérnyomás alacsony értéket mutat. Fontosabb azonban *Westphal*nak azon megállapítása, hogy essentialis hypertoniában szenvedők igen érzékenyek adrenalinval szemben; sőt *Jansen* szerint minden hypertoniás adrenalinérzékeny.

Az adrenalin vérnyomást fokozó hatása általánosan ismert. *Kaufmann* megállapította, hogy már 0.01 mg. (pro testsúly kg.) adrenalin kifejezett vérnyomásemelkedést idéz elő, *Katsch* tengerinyulakon a splanchnicus-terület ereinek szűkülését állapította meg adrenalin befecskendezése után. Az erekre kifejtett szűkítő hatása olvankor is létrejön, mikor az illető ér a központtól teljesen függetlenül van, de még a Ringer-oldatban eltartott arteria-fal is összehúzódik, ha a környezetében az adrenalin csak a nyoma van jelen. Az adrenalin érszűkítő és ezáltal vérnyomást emelő hatása tehát tisztán periphericus, melyet azáltal vált ki, hogy

sympathicus izgalmat idéz elő. A hypertonia szempontjából az adrenalin ezen sajátja azért bír fontossággal, mert testazonos anyag lévén, kóros körülmények között a szervezetet sympathicotoniásan állítja be s ezzel nem csak vérnyomásemelkedést idéz elő, hanem létrehozhat olyan kórbonctani elváltozásokat is, melyek az egyes hypertoniákban tényleg feltehetőek.

Érdemes megemlíteni *Dresel* azon megállapítását, hogy az ember az élet folyamán a vegetatív idegrendszer jellegét illetőleg változáson megy keresztül. Nevezetesen a gyermekkori vagotoniás jelleg az öregkorig egy sympathicotoniás jellegbe megy át.

Nem csak a hormonok és vegetatív idegrendszer mutatnak szoros összefüggést egymással, hanem a sejtek ion- és kolloidállapotai is a vegetatív idegrendszerhez. *Fr. Kraus* és *Zondek* vizsgálták, hogy sympathicus-izgalom esetén Ca-ion-concentratio nagyobbodás lép fel. már pedig a Ca-túlsúly a sejtegyensúlyban a H-ionok disszociációjához vezet, amely viszont localis acidosiszt idéz elő. A H-ion-szám megváltozása a sejtkolloidok elektromos viszonyát változtatja meg, ez pedig kihatással lesz a sejtek vízegyensúlyára, illetőleg azok diszperzitás-fokára. Végeredményben pedig a sejtek működésére.

Vizsgálatok kiderítették, hogy hypertoniások vérében az adrenalin nem szaporodott meg. Ezért *Westphal* arra a megfontolásra jutott, hogy ezeknél valamely egyéb anyagok játszanak közre, miáltal szervezetük adrenalinval szemben érzékenyebbé válik és ezáltal az adrenalin hatását fokozzák, illetőleg tartóssá teszik. Így sensibilizálóan hatna. a cholesterin. Kísérletekben sikerült vérnyomásemelkedést előidézni cholesterin bevitellel, sőt az erek felerősítését is. Fiatalkorú hypertoniásokon, akiknek veseártalma nem volt, magas cholesterin értéket találtak. A különböző állatok seruma, más állatra, vagy emberre nézve szintén sensibilizálóan hatna. *Billigheimer* szerint intravenásan adott lóserum emberen a bőr alá adott adrenalin hatását fokozta. A serumok ilyenmű hatását *Hülse* és *Strauss* pepton-szerű, még inkább amin-anyagokra vezették vissza; *Tannhauser* és *Weiss* pedig nitrogéntartalmú anyagokat gyanítottak, amelyek adrenalinval szemben, vagy arra nézve sensibilizálóan hatnának. Zsugorvese esetén állítólag az aminosavak és a calcium sensibilizálják a szervezetet. *Billigheimer* szerint a táplálkozás is hathat ily módon, még pedig a fehérjében gazdag táplálkozás fokozná, a szénhidrátok pedig csökkentenék az adrenalin vérnyomást fokozó hatását. *Bergmann* szerint a szervezetben végbemenő bizonyos chemiai vagy physiko-chemiai folyamatok az arteriolák tonusát az adrenalinval szemben direct, vagy indirect módon sensibilizálóan befolyásolják.

Mindezen megfontolások alapján teljesen megokoltnak látszott az adrenalin antagonistáját, a cholint, a therapiás lehetőségek közé vonni, annál is inkább, mert testazonos anyag lévén élettani viszonyok között is véd ott, ahol az adrenalin támad. Ez a kísérlet a cholin azon sajátján, hogy csak parenteralisan lehetett a szervezetbe juttatni, nehézségekbe ütközött. Sikerült azonban egy a hatásban teljesen azonos, de amellett per os alkalmazható származékát előállítani, amely „Pacyl” néven került forgalomba. (Chem. Fabr. Dr. Joachim Wiernik et Co. A. G. Berlin-Waidmannslust.) Intézetünk férfiosztályán számos esetben alkalmaztuk, elsősorban olyan esetekben, ahol a vérnyomásemelkedés előtérben álló tünet volt, de emellett több más olyan folyamatokban is, ahol tudva vagy feltételezve szintén a sympathicus izgalmi jelenségekkel kellett számolni. Kez-



detben nap 3x2 tabl. bevezető mennyiség után azt a szükséghez képest vagy emeltük, vagy csökkentettük. Általában naponta 3x2 tabl. szedése elégségesnek mutatkozott arra, hogy a kívánt hatást elérjük, amely átlag a szer szedésének megkezdése utáni 3—5 nap múlva fejtette ki kedvező hatását, hogy azután ezen mennyiségen maradva, illetőleg napi 1—2 tabl.-ra csökkentve azt meg is tartsa. Megszokást a szerrel szemben nem tapasztaltunk. Még nagyobb mennyiség szedése esetén sem láttunk tőle kellemetlen mellékhatást.

A hypertonia eseteiben igen jó eredmények mutatkoztak. A betegeket válogatás nélkül fagtuk kurára, mégis a leginkább olyanok voltak, akik az öregkor különböző fokait és elváltozásait mutatták és akiken főleg az erek általános arteriosklerotikus elváltozásaival kellett számolni. Voltak olyan eseteink is, ahol ezek mellett vesefolyamatok képezték a fő tüneteket. Nem hagyhatom azonban figyelmen kívül azt, hogy már beteganyagunknál fogva, eleve számolni kellett a neuro-psychoopathiás alkattal, amelynek fontos szerepét már az előbbiekből láttuk, nemkülönben egy adott psychosis jelenlétével, amelyek azért bírnak jelentőséggel mert színezték, vagy fedték a hypertonia okozta tüneteket. Így is megállapítható volt a szer kedvező hatása, amely főleg abban nyilvánult, hogy a beteget subjective befolyásolta, sőt esetenként a psychosis javulását is elősegítette. A hypertonia kísérő tüneteit természetesen a legtöbb esetben kedvezően csökkentette. A vérnyomást esetenként változóan 10-30 mm Hg-vál nyomta le, de ami még ennél talán fontosabb, annak ingadozását szüntette meg. Ezen utóbbi hatásával beigazolta, hogy nem csak arra képes, hogy a vérnyomást alászállítsa, hanem hogy a vérnyomást szabályozza is, ami lényeges hatás abból a szempontból is, hogy elejét veszi a hypertonia fenyegető complicatióinak, mert hiszen a vérnyomás ingadozása nemcsak a tünetek lényeges kiváltó tényezője, hanem az iktusok veszélyes okozója is. Azzal, hogy a vérnyomást lényegesen alászállította, nagyfokú tehermentesítést idézte elő az egész vérkeringésnek és ezzel megadta a lehetőségét annak, hogy a szervek vérrellátása ismét előnyösebb körülmények közé került.

Különösen kiemelni kívánom egyik betegünk esetét (V. J. 63 éves), kinek vérnyomása a szer szedése előtt átlagosan 230—105 mm. Hg. értéket mutatott és emellett igen erős subjectiv panaszok állottak fenn: fejfájás, nyomás érzése a fejben és mellkasban, hangulati nyomottság, szorongás, bágyadság, szédülés, állandó fáradtság érzése, fülzúgás, álmatlanság dyspnoe és diffus bronchitis tünetei. A szer szedéskezdeté utáni harmadik naptól mindinkább fokozódóan igen lényeges javulás volt rajta észlelhető. Beteglátogatások alkalmával örömmel számolt be, hogy kellemetlen nyomásérzése megszűnt mind fejében, mind a mellkasában; úgy érzi magát, mintha a feje „kiszáradt” volna; sokkal „frisebb”; nem álmos mindig, mint azelőtt volt, viszont éjjel sokkal jobban alszik, mint eddig; a szédülések sokkal ritkábban jelentkeznek; fülzúgása megszűnt; „a levegőt is könnyebben kapja és kevesebbet köhög”; objective pedig a hangulat határozott javulása és az egész kedélyi élet felszabadulása volt rajta megállapítható. A vérnyomás értéke 205—100 mm. Hg.-ra szállt le, amely mellett annak állandósága is megfigyelhető volt. Ezen a vegetatív idegrendszer izgalmán alapuló objective és subjectiv tüneteit a hypertóniának a többi betegen is, ha nem is ennyire feltűnően és általánosan, többé-kevésbé kedvezően befolyásolni láttuk. És ez megtörtént akkor is, ha a vérnyomást magát nem csökkentette lényegesen. — Egy másik betegünkön (K. A. 56 éves), ki a zsgorvose kifejezett tüneteit mutatta 165—90 mm. Hg vérnyomás értékkel, a vérnyomást ugyan nem befolyásolta számbavehető mértékben, ellenben subjective igen kedvezően hatott a betegre, részben enyhítve, részben pedig megszüntetve a kellemetlen kísérő tüneteket.

Azokban az esetekben, ahol már az érrendszer súlyos kórbonctani elváltozásaival kellett számolni, természetesen nem is fejthette ki azt a kedvező hatást,

amelyet az idegrendszer tónusegyensúlyi zavarai által kiváltott kórállapotokban viszont érvényesíteni tud. Sajnos nem állott módunkban tiszta essentialis hypertonia esetében megkísérlni a szer alkalmazását, ahol talán leginkább láttuk volna, épen támadási pontjánál fogva a kedvező hatását. Szívartalmat e kúrák alatt egyetlen egy esetben sem tapasztaltunk.

Neuropsychoopathiás egyéneken és különösen psychotikusokon igen gyakori tünetet képeznek a vegetatív idegrendszer különböző zavarai. Vonatkozik ez különösen a különböző angiospastikus állapotokra, valamint a gyomor-bélhuzam bizonyos működési zavaraira. Módunkban volt így alkalmazni a migrain több esetében, amikor nem csak azt tapasztaltuk, hogy az egyes rohamokat megszüntetni volt képes, hanem azok jelentkezését is meg tudta akadályozni. Arteriosklerotikusok izomspasmusára ugyancsak kedvezően hatott és ezáltal azok mozgásképességét javította, míg claudicatio intermittens egy esetében alkalmazva, arra különösebb hatást nem látszott kifejteni. Változó eredményt láttunk különösen schizophreniások különböző angiovascularis zavaraiiban. A dyspepsia nervosa egyes eseteiben szintén kitűnően bevált, anélkül azonban, hogy ebből törvényszerűséget lehetett volna levonni.

Már a fentemlített beteg esetében is feltűnő volt, hogy annak, mikor a hypertóniája és ezzel együttjáró különböző tünetei javítására pacylt adagoltunk, hangulata, még helyesebben szorongási állapota mennyire megjavult. Ismeretesek azon feltevések, miszerint a szorongás ugyancsak az érrendszer, közelebről a szív saját erei spastikus állapotainak eredménye volna. Ebben az irányban itthon is végeztek épen cholinszárma-zékokkal therapiás kísérleteket (Kulcsár, Lajtavári). Ezek alapján megkíséreltük hasonló állapotok kezelésére a pacylt alkalmazni, ezirányban is biztató eredmények mutatkoztak.

Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy a cholin, mint az adrenalin élettani antagonistája; mindazon esetekben, ahol a vegetatív idegrendszer sympathicotoniás irányban történt eltolódása alapján kórállapotok fejlődtek ki, therapiás értelemben is beváltotta a hozzáfűzött reményeket. A hypertóniának pedig szinte causalis gyógyszere.

A debreceni m. kir. 6. sz. honvéd helyőrségi kórház szemészeti osztályának közleménye.

## A könnycsövecske indirect szűkületeiről 319 esettel kapcsolatban.

Irta: Fazakas Sándor dr., egyetemi magántanár,  
a szemészeti osztály vezetője.

Az eredetileg egészséges könnycsövecske falának organikus elváltozásain alapuló szűkületek 2 csoportba oszthatók. Egyik a gyulladásos, vagy direct szűkület. Itt a hám, illetve az adventitia gyulladásos duzzadása vonja maga után a csövecske ürterének beszűkülését. A másik a heges, vagy indirect szűkület. Ebben az esetben a szűkület nem magának a gyulladásnak, hanem a gyulladást követő heges zsugorodásnak a következménye.

A direct szűkület gyakran fordul elő. 400 különböző heveny kötőhártyagyulladás 80%-ában találtam. E szűkületeknek a fennálló baj lefolyására nincs különösebb jelentőségük. Külön kezelésre nem szorulnak. Műhiba tágitással történő kezelésük, mivel ilyen módon elősegítjük a heges szűkület kifejlődését.

Az indirect szűkület nemcsak a könnyezés miatt kel-



lemetlen, hanem azért is, mivel a legkülönbözőbb baj felépésében és lefolyásában is szerepe lehet. Indirect szűkülettel complicált direct szűkület esetében a kötőhártyagyulladás lefolyása észrevehetően súlyosabb volt. A szaruhártya complicatiók túlnyomó része is ilyen esetekre jutott. A 320 direct szűkületes kötőhártyahurutból 25-ben volt szarucomplicatio s ezek közül 20-ban a direct szűkület indirecttel szövődött. Az indirect szűkületnek a complicatióban való szerepét még valószínűbbé teszi az a tény, hogy a heges szűkülettel kombinált esetek összes száma mindössze 25 volt.

A kétféle szűkület elkülönítése könnyű. A direct — tonogennek a kötőhártyaszákba becseppentésére vagy fecskendővel a csatornácskába juttatására — nyomban megszűnik. A heges szűkületre természetesen ennek az eljárásnak semmi hatása nincs. A direct rendszeren a csövecske egész hosszára kiterjed, az indirect csak egyes részeire és többszörös is lehet. Előbbi esetében olyan érzésünk van, mintha görcsösen fogná körül sondánkat a csövecske fala s a megismételt sondázásra a szűkület még fokozódik, utóbbiban csökken. Direct esetében a csöbe vezetett sonda, ha halványabban is, mint ép fal alkalmával, mégis csak áttűnik, indirectben a heges részen vagy részeken egyáltalában nem.

A heges szűkületek jórészen gyulladásosból fejlődnek ki. A kifejlődéshez különböző időre van szükség. Egy aktinomyceses dugasszal kapcsolatban 1, egy másikon  $2\frac{1}{2}$ , egy sporotrichon Coucillmanni-n 3, egy scopolariopsis Blochi mastigocladium-on  $3\frac{1}{2}$ , három scophthalmoblen. gon., egy záradék-conjunctivitis, két alhártyás (pneumococcus) kötőhártyahurut, két könnypontkörű hordeolum után pedig  $\frac{1}{2}$ —1 év után fejlődött ki. A trachomás heges szűkületek is a legkülönbözőbb időre jelentkeznek. Néha már az első évben kifejlődnek. Voltak eseteim, ahol csak 8—10 év múlva jelentkezett.

Hogy mitől függ a strictura időbeli jelentkezése, azt ép oly kevésbé tudjuk, mint azt, hogy mi az oka annak, hogy egyik esetben kifejlődik s más, teljesen hasonlóban nem. Constitutional tényezők, a kórokozók sajátossága, s esetleges társfertőzések ép úgy szerepet játszhatnak, mint a többi csöves képletek szűkületeinek kifejlődésében.

A stricturák a csövecske bármelyik részén előfordulhatnak. Leggyakoribbak a horizontális rész kezdetén és végén, azután a pars papillaris tölcseralakú nyílásának a fenekén. Legritkábbak a könnypontban s annak közvetlen környékén.

Az eseteknek 60.1%-ában csak egy helyen volt szűkület. A 192 egyes szűkület közül 173 volt 2 és csak 19 egyoldali. Egyoldalon 1, a másik oldalon pedig több szűkület 51 esetben fordult elő. Egy oldalon, de több szűkület 12 betegben volt. Az összes stricturák közül csak 32 volt egyoldali. Mindkét oldalon több 56 esetben fordult elő. A kétoldaliak száma 2—7 között váltakozott.

A szűkületek hossza igen különböző lehet. A csövecske egész hosszára is kiterjedhet. Ez azonban csak kivételes esetben fordul elő. Eseteim túlnyomó részében  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  mm volt a szűkület hossza. Az 1 mm-nél hosszabbak már csak ritkán fordultak elő.

Ami a formát illeti beszélhetünk concentrikus és excentrikus szűkületről. Előbbi esetben a nyílás dacára a hegesedésnek a közepén marad. Ilyenkor valószínűleg a hegyszövet az egész falon egyenletesen oszlik meg, s a szűkületet létrehozó zsugorodás is körkörösre mindenütt egyenletes. Excentrikus szűkület keletkezik, ha a hegyszövet megoszlása s ezzel együtt a zsugorodás mérve se egyenletes köröskörül.

A concentrikus szűkületek hosszúságuk szerint

gyűrű, vagy csőalakúak és puhábbnak, vagy keményebbnek mondhatók aszerint, hogy a hegesedés a falnak felszínesebb, vagy mélyebb roncsolódása következtében jön létre. Az elsőbe túlnyomóan az egyszerű hurutok után kifejlődött stricturák tartoznak, utolsónak főképpen a trachomás, gombás és genyes canaliculitisekkel kapcsolatban létrejövők. A gyűrű-, illetve csőalakú szűkületek előtt a csövecske nyálkahártyája alapjánél elmozdítva igen különböző formát vehet fel. Leggyakoribb hosszanti ráncolódása. A ráncok közötti barázdák és kiöblösödések nagyon könnyen álútra vezethetnek sondázás közben.

Az excentrikus szűkületek legegyszerűbb eseteiben a hegképződés nem körkörös, hanem csak kisebb-nagyobb ívrészletre szorítkozik. Ilyenkor a szomszédos nyálkahártya a legkülönbözőbb módon tolódhatik el. Észleltem lécs-, billentyűszerű és lépcsőzetes kiugrásokat is. Igen gyakori és érdekes a diaphragmaszerű eltolódás. Az ilyen szűkület könnyen felismerhető. A vizsgálónak — amikor a sondával a csövecske ürterébe behúzott és a megfeszített hártáéhoz ér, teljesen olyan érzése van, mint az operáló eszközök hegyének és élének vizsgálatát szolgáló dob próbahártyájánál. Az ilyen szűkületek legtöbbször már egy kezeléssel elintézhetők s abban áll, hogy a kifeszített hártát egyszerűen át-szúrjuk.

A szűkület kalibere egész lefutásában lehet ugyanaz, de lehet változó is. Lehet egyenesvonalú, különböző irányban görbült, ívalakú, szögbetört, sőt néha spirális is. Észleltem törcseralakút is. Ez a legkönnyebben kezelhető. Álútra tévedés majdnem bizonyosan ki van zárva.

Prognosis különösen az ú. n. excentrikus szűkületek esetében igen jó, de jó még az erősebben heges, kemény concentrikus szűkületekben is. Az egyes és többszörös (multiplex) stricturák gyógyulási eredményei között sem igen lehet különbséget tenni. A keményebb szűkületek mindenesetre több recidivát szolgáltatnak. A csőalakúak gyakrabban újulnak ki, mint a rövidebb gyűrűalakúak. A 319 szűkületben szenvedő beteg közül 235 esetben már az első gyógykezelésre gyógyulást értem el. Ez 73.8%-os eredményt jelent. A recidiváló 84 esetből is 65-ben csak egyszer volt recidiva. A még fennmaradó 19-ből 10-ben kétszer, 5-ben háromszor és csak 1—1 esetben volt négy-hétszeres kiújulás.

A kezelés egyetlen módja a sondával tágitás. A szükséges sondázások száma igen különböző volt. Már egy sondázással 112, kettővel 163, hárommal 107, néggyel 75, öttel 56, hattal 41, héttel 20, nyolccal 30, kilenccel 23, tízzel 43, tizeneggyel 119, tizenkettővel 120, tizenhárommal 9, tizeneggyel 7, tizenötöl 11, tizenhatossal 8, tizenhéttel 4, tizennyolccal 6, hússzal 22, huszoneggyel 4, huszonkettővel 1, huszonhárommal 2, huszonnégy-, huszonöt-, huszonnyolccal 1—1, huszonhatossal 4, harminccal 3, harminckettővel 2, harmincöt-, negyvenhárom-, hatvan-, hetvennel 1—1 és végül hetvenhárommal 1 esetben értem el eredményt.

A szűkületre gyanus csövecske vizsgálatát és a szűkület helyének, fokának, formájának és irányának a megállapítását különös gonddal, conikus sondával végezzük. A sondán megjegyezzük a szűkületnek a helyét, hogy a következő tágitásnál még fokozottabb figyelemmel járassunk el. Így a felesleges sérüléseket a minimumra csökkenthetjük, aminek a recidivamentes gyógyulás szempontjából van nagy jelentősége. Sok esetben tisztán a conicus sondával való tágitással célt érünk. Ha nem volna ez elegendő, akkor a Bowmann-sorozatot is igénybe vesszük, de csak az I—IV-ig. Ennél erősebb tágitásra részben nincs is szükség, másrészt a csatornácska túlságos tágitása a fal ártalmát vonhatja maga után.



## IRODÁLMI SZEMLE

### BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

**Észrevételek a Cushing-syndroma pathogenesiséhez.** J. Jacobi és F. Tigges (Münch. Med. Wschr. 1939. 47.) A Cushing féle betegség és interrenalismus klinikailag el nem differenciálható egymástól. Klinikailag tehát csak Cushing-féle syndromáról (C. S.) beszélhetünk. A hypophysis elülső lebenyének basophil adenomája, valamint mellékvesekéreg elváltozások C. S.-ban felléphetnek együtt és külön-külön. A C. S.-át primaer, illetve secundaer interrenalismussnak foghatjuk fel, aszerint, hogy a hypophysis elülső lebenye által termelt interrenotrop (corticotrop + adrenotrop) hormon mennyisége a vérben megszorodik-e (hypophysis adenoma), vagy megcsökken (mellékvesekéreg elváltozás és hyperfunctio). E kérdés eldöntése elsősorban a therapia szempontjából bír fontossággal. (G. 86.)

Szerdahelyi László dr.

**A hidegben elraktározott vérben végbemenő változások.** Belk, Henry és Rosenstein. (Am. Journ. Med. Sci. 198. 5.) Ujabban szokás transfusio céljából citratos vért hidegben sterilen elraktározni. Az így elraktározott vérben a következő változások mennek végbe: haemoglobintartalom, oxycapacitás nem változik. A vörösvérsejtek resistenciája nagy mértékben csökken. A granulocyták és thrombocyták igen kifejezetten megfogynak. A glukose tartalom és a CO<sub>2</sub>-kötő képesség is kifejezetten csökken. Nagyobb toxicitással azonban az ilyen vér nem bír. (G. 85.)

Gömöri Pál dr.

**A renalis hypertoniáról.** Rodbard és Katz. (Am. Journ. Med. Sci. 198. 5.) A renális hypertonia oka Goldblatt újabb kísérletei óta a vesék ischaemiájában keresendő. Goldblatt állatkísérletekben az art. ren. részleges leszorítása által hozott létre a vesékben ischaemiát, amit minden esetben a vérnyomás emelkedése követett. A szerzők szerint az ischaemiás vesében chemiai anyagok termelődnek és ezek okozzák a vérnyomás emelkedését. Ha a kísérleti állatnak az ép (nem ischaemiás) veséjét eltávolítjuk, a vérnyomás emelkedés tartósabb lesz. Ennek oka nyilván az, hogy az ép vese vagy kiüríti, vagy legalább is inaktív teszi a vérnyomásemelő anyagot. A hydronephrosis hypertonia szintén a fenti mechanizmussal magyarázható. Így pl. ismert dolog, hogy a prostatahypertrophia okozta vérnyomásemelkedés megszűnik, ha állandó kateter bevezetésével a vesékben lévő nyomást csökkentjük. (G. 84.)

Gömöri Pál dr.

**A sulfapyridintherápia eredményei pneumoniában 400 eset kapcsán.** Pepper etc. (Am. Journ. Med. Sci. 198. 1.) A pneumonia mortalitását a sulfapyridin a különböző pneumococcus törzsek szerint különbözőképpen befolyásolja. Így azokban az esetekben, amelyekben a kórokozó az I. ill. a II. csoportba tartozott a mortalitás 6% körül volt, míg a III. csoportba tartozó pneumococcusok okozta pneumoniákban 16%. A javulás, a láz esése rendszerint már 24–36 óra múlva bekövetkezett. Adagolás: kezdeti adag 2 g, azután 4 óránként 1 g, mindaddig amíg a beteg összesen 24 g-t nem kapott. Toxicus reakciók: hányás nagyon gyakran és korán szokott jelentkezni. Leukopenia az összes észlelt (400) esetben csak 2-szer fordult elő, agranulocytosis egyszer sem. Haemolysis csak egy esetben fordult elő, mérsékelt anaemia többször. Cyanosis gyakrabban fordult elő, de mivel zavart nem okoz, nem ok a gyógyszer kihagyására. (G. 83.)

Gömöri Pál dr.

### SEBÉSZET

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

**Teljes gyomorkiirtásnál szerzett tapasztalatokról.** Goto. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 3.) A szerző 21 esetben végezte az említett műtétet, két esetben fekély, a többinél rák volt a megbetegedés. Halálózása 28.5%-ot tett ki, ami a régebbi 50%-hoz képest lényegesen javulásnak mondható. Median laparotomiával, helybeli érzéstelenítésben, az általa szerkesztett fogókkal végezte a műtétet. Az oesophagus és a jejunum egyesítésére sero-muscularis csomós varratokat alkalmaz; a műtét tartama átlag 2 és 1/2 óra. A betegek 10. napon felülhetnek és a 20. napon kelnek fel; folyékony táplálás műtét után a 4. napon kezdődik. A nem operált ese-

tekben a halál hetek múlva bekövetkezhet, ezzel szemben operált betegeit legtöbbször műtét után egy évnél tovább is életben találta. Fentiek alapján a műtétet megfelelő esetben elvégzendőnek tartja. (F. 66.)

Fedeles Findeisen László dr.

**Kísérleti vizsgálatok thrombusképződés létrehozására.** Kaneko. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 3.) Nyulakon a kipraeparált vena jugularis környékét staphylo-, streptococcusokkal ill. coli bacillusokkal ecsetelte be. Az esetek legnagyobb részében a vénában thrombusképződés indult meg. Ugyanezen bakteriumok toxinjainak a vérpályába való fecskendezésére is thrombosis keletkezett a jobb szívfélben és a két tüdőarteriában. Véralvadást gátló anyagok egyedüli befecskendezésére csak kivételes esetben lépett fel thrombosis, míg a fenti toxinokkal egyidejűleg adva ez az esetek legnagyobb részében bekövetkezett. (F. 67.)

Fedeles Findeisen László dr.

**Adatok a lunatummalatia pathológiájához.** Nagura. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 3.) A szerző 44 esetben részletesen vizsgálta az eltávolított os lunatumokat. Vizsgálatának eredménye, hogy az eddigi elméletekkel szemben — ér- és szalagszakadás, arthritis, asepticus csontelhalás, constitutionalis factor, chemiai anyagcsere-zavar, fejlődési anomalia stb. — a kórkép létrejöttelében egyedül a trauma az, amely mint kiváltó ok felvehető. A traumára bekövetkező kicsiny repedés a használat és mozgás folytán másodlagos elváltozásokon megy át (további szakadások, bevérzések, a törésfel-szinek elmozdulása, az ujdontképződő porc- és csontszövet elpusztulása, végül elhalás), amelynek vége a ma lunatummalatia néven ismert kórkép. (F. 68.)

Fedeles Findeisen László dr.

### SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

**Az ideghártyaleválás kezelése elektrolýissal.** Machemer. (Klin. Mbl. Aug. 102, 714.) Számos kísérleti és klinikai előmunkálatokat végzett. Az elektrolýis finoman fokozható ingerhatást enged meg és tartós hegeket hagy. Az egysarkú elektrolýis kitűnő ingerhatást tesz lehetővé mind a felületen, mind az áthatolás alkalmával. A tű hosszúsága 1–3 mm, vastagsága 0.18–1.0 mm; a tű platinaöntvényből készül, nem törik és nehezen hajlik. A meridiánt kötőhártyafonalakkal jelzi. Segédlet nem szükséges. Az egyszer beállított áramerősséget alig kell szabályozni. Az áram adagja felületi elektrolýishez 10–20 mA, áthatoláshoz 5–10 mA. Az elsőt friss és lapos leválásban alkalmazza, a hegek finomak és mégis tartósak, mélyhatás csekély. Annál nagyobb azonban a perforatíós elektrolýis; az anod a hatásos polus a lokalizációra és a szakadás elzárására. Legtöbbször mindkét eljárást használja. Nagy kiterjedésű leválás esetén a subretinális folyadékot galvanopunctióval távolítja el. 48 esetéből 28 gyógyult. (G. 1.)

Lugossy Gyula dr.

**Alapvető megjegyzések az ideghártyaleválás műtéti gyógyításához.** Vom Hofe. (Klin. Mbl. Aug. 102, 716.) A visszasesések a methodikai hibák következményei: a szakadás tökéletlen elzárása. A szakadás zárására minden körülmény közt törekedni kell, amennyire csak lehetséges a műtét alatti gyakori tükrözés mellett. Ügyelni kell arra, vajjon nincs-e jelen több szakadás. Visszaesés keletkezik továbbá a szem hibái miatt: az ideghártya szakadékonysága, a szakadásnak különböző kerületben való elhelyezkedése, újabb szakadások fellépése. Magasabb életkorban a leválás terjedésekor a szövetek kiszáradására lehet gondolni. Hiányzó, vagy hiányos festenyzettség kedvezőtlen körülmény. (G. 2.)

Lugossy Gyula dr.

**Az embryotoxon corn. post. klinikai jelentősége.** Gasteiger. (Klin. Mbl. Aug. 102, 876.) Az embryotoxon corn. az irisanomaliákkal közös csoportba tartozik, melyet Rieger dysgenesis mesodermalis iridis et corn. nével jelöl meg. Szerző 3 esete mellett szól, hogy az embryotoxon esetében a csarnokzugban összenövésnek vannak s ezek tensioemelkedésre adhatnak alkalmat. Ezen elváltozások mindenkori keresését ajánlja a relative fiatal glaucomásokban. A sugarrastest leválasztása bizonyult a legalkalmasabb műtéti eljárásnak. (G. 3.)

Lugossy Gyula dr.



**Technikai megjegyzések az ideghártyaleválás műtéti kezeléséhez.** Serr. (Klin. Mbl. Aug. 102, 877.) *Gonin* szerint becsléssel és *Weve* szerint transilluminációval összehasonlító vizsgálatokat végzett a lokalizáció szempontjából. A műtét-nél a rendszeres tükrököntróval állandóan kiderítette a szaruszél-től való tényleges távolságot. 16 esetben a transilluminációval a távolság egészen 1—1.25 mm-nyire egyezett. Háromszor bizonyult rövidebbnek a távolság a mindkét módszerrel kiderítettél éspedig erősen hólyagos leválásban. A transilluminatio a *Gonin* szerinti becslést felülmúlja. Csak subconj. inj.-ók; peremesin a hányás elkerülésére. 14 szem-et operált 17 különböző szakadással. 11 eredményes, ebből később 3 visszaesés, 3 sikertelen. (G. 4.)

Lugossy Gyula dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Die Katarrh-infection als chronische Allgemeinerkrankung.** K. Neergaard (Steinkopff Verlag, Leipzig. Ára fűzve: 11.25, kötve 12.37 P.) Szerző könyve hosszas és részletes klinikai megfigyelések alapján a mindennapos orvostudomány szempontjából is fontos anyagot ölel fel: a banalis és a klinikai vizsgálódás részéről eddig semmi jelentőségre nem méltatott chronikus katarrhalis infectiókat, az ú. n. meghüléses betegségeket, melyekkel az emberiség állandóan tele van. Arra a következtetésre jut, hogy koránt sem tekinthetők e mindennapos betegségek olyan ártatlanoknak, mint azt eddig hitték. Csak fokozati különbségeket ismer el az egészen könnyű „meghüléses” természetű betegségek és a súlyos acut influenzák kórformái között. Végigvezet a betegségek egész sorozatán, melyeket összefüggésbe tud hozni a chron. katarrhalis infectióval vagy reinfectióval, ezeket toxin-, vagy allergiás hatásaival, vagy valamely superinfectióval. Nagy figyelmet érdemel a rheumás betegségekre, különösen a primaer chron. polyarthritésre vonatkoztatott e felfogása. Természetesen e betegségek gyógykezelését is új utakra tereli ezáltal. Rávilágít a meghüléses fontos szerepére e betegségekkel kapcsolatban.

A könyv nagyon érdekes és új utakon jár. Új úton első-sorban azért, mert —, mint azt a szerző könyve elején kifejti, — szakít az orvostudomány analitikai módszereivel és a synthetikus útra lép. *Bergmann* functionalis pathológiáját fejleszti tovább, mikor saját elnevezése szerint a *dynamikus reakciós pathologia* útját követi, mely nem megmerevített kórképeket nyújt, hanem a szervezet és a környezet negatív (noxa) és pozitív (therapiás befolyás) behatásai közötti kölcsönhatásból eredő, napról-napra változó, tehát dynamikus reakciós állapotot ismer el. Így ez az irány közelebb áll a humoralpathológiához, mint az organopathológiához. A synthetikus módszerre épült logikával a chron. katarrhalis fertőzésekkel annyi sok betegség pathogenesit meg tudja magyarázni, amire eddig kifejező magyarázat nem volt, hogy ez maga is megadja a könyv tudományos súlyát. Általában sok gondolkodnivalót hagy a könyv az olvasóban. Némely fejezetében kissé hosszadalmas és ezért fásasztó, de ezt menti az a körülmény, hogy új utakat tör.

Moll Károly dr.

**Die Werke des Hippokrates.** 20. rész: Die Krankheiten, 4. könyv Die Siebenzahl. R. Kapferer és G. Stricker. (Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1939. 126 oldal. Az egész gyűjtőmunka ára fűzve: 125. RM.) A betegségekről szóló 4. rész méltó folytatása az előbbieknél. Az első a causalis therapiával, a második az acut betegségekkel s elsősorban az empyemával foglalkozott, a harmadik a már akkor is igen elterjedt betegségek, az obstipatióknak diatétis gyógyítását tárja elénk. A negyedik rész olyan mély betekintést nyújt a humoralpathológiába, hogy önkéntelenül a vitaminok és hormonok legmodernebb vonatkozásait juttatja eszünkbe. A nedvek harmonikus működése eukraziához, hiányos, vagy rendellenes működése dyskrasiához vezet. Kétségtelen, hogy a könyv szerzője, nemcsak a lymph-utakkal, hanem a vérkeringéssel is tisztában volt.

A hetes rendszerről szóló rész csodálatos módon csak most jelenik meg első ízben modern nyelven. Az eredeti görög szöveg ugyanis veszendőbe ment és csak most — 1500 év múlva — philologusok és orvosok együttes, gondos munkája tette lehetővé a réginek rekonstruálását. Ha manapság kabbalistikus benyomást is tesznek a hetes számra támaszkodó therapiás törekvések, mégis csak éles fényt vetnek az akkori orvosi gondolkodásra és már ez okból is megérdemlik, hogy veszendőbe ne menjenek.

Vajda Károly dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 22-i ülése.

### Bemutatók:

**Kassai A.:** *A szív atheromája által okozott hirtelen szívhalál.* 28 éves hirtelen meghalt nő boncolásakor a pitvarsővényben a sinus coronarius szájadéka és az Eustach-billentyű ina, vagyis az Aschoff-Tawara csomó között mogorónyi göcot észlelt, mely a szövettani vizsgálatkor többrekeszes atheromának bizonyult. Az atheroma a Tawara-csomót és a His-köteget összesajtolta, sőt azokba bele is burjánzott. Az ingervezetőrendszer megtámadása magyarázza a szívblokkot. Az életben mutatkozó tünetekből először epilepsiára gondolt, de a boncelet és a szövettani vizsgálat Adam-Stokes-tünet-complexumot bizonyított.

**Majoros J.:** *Charlín-syndroma.* 36 éves férfibetegén a jellemző tünehármas volt észlelhető: féldoldali (itt j. o.) rhinitis, ekzema introitus nasalival, felszínes szaruhártyagyulladás és oculoorbitalis neuralgia (jelen esetben csak a két nyomási ponton u. m. az orbita alsó-belső szögletében és az orrszárny felett váltható ki). A therapia hasonló diagnosztikai értékű, mert itt is három cocain-tonogen permethézis megszüntette a különben makacs és nehezen befolyásolható megbetegedést.

**Migray J.:** *Nyeregorg javítása orrsövényrészek átültetésével.* Idegen anyagok inplatatiojánál előnyösebb az autotransplantatio, s még ezen belül is legelőnyösebb a közvetlen környezetből átültetni. Egy gyakorlati eset bemutatása: sérüléses nyeregorg és orrsövényelferdülés. A submuco-sus septumresectiókor nyert orrsövényrészeket gyufaszál vastagságú csikokra vágva, úgy helyeztetnek el a bal orrnyíláson át az orrháton képzett tasakba, hogy a nyeregorg homorulata teljesen ki legyen töltve. Jodoform-gase tömés 48 órára és aluminiumlemezből készített sin az orrhátra egy hétig. *Sima gyógyulás.*

### Előadások:

**Pándy K.:** *Tuberculum Carabelli és a connatalis lues.* *Carabelli* budapesti születésű bécsi egyetemi tanár 1831-ben *buberculus anomalus* néven különösséget irt le, amely főleg a felső első rágófogon található s a connatalis syphillisnek gyakori, könnyen észrevehető és biztos jele. *Pándy* az anthropologiai intézet sok ezer koponyáját átvizsgálva megállapította, hogy a *Carabelli* kóros jelenség, dysplasia, amely annál ritkább minél régebb időből valók a koponyák, minél kevésbé adtak az életviszonyok syphillisre és rachitásra alkalmat, nem rachitishöz, hanem a connatalis syphillisből ered. *Carabellit* találunk ott, ahol nyoma sincs a rachitishoz és a rachitis minden nyoma nélkül öröklőik. A *Carabellit* nemcsak spirochaeták, hanem a luesel járó toxinok génrontás útján is okozzák. Ez a génrontás nemzedékek sorain át minden spirochaeta nélkül is tovább terjed és ezer és ezer alaki, anyagi és functionális romlást okoz. A francia írók bystrophia psychikája, a *Lombroso* féle *rao nato connatalis lues* és ilyen uton továbbterjedő génrontás. Az u. n. constitutió-nalis neurasthenia jobb néven neur. dysplastica connatalis génrontásból ered, továbbá a hysteria is és így jön létre az esetek nagy számában, talán mindig az epilepsia, a chorea, izületi, szív- és érbajok egész sora. A carcinoma s talán a többi rosszindulatú növények is összefüggnek a connatalis luesel. Ilyen bajokat okozhat a sejteket és szöveteket elgyengítő syphillises, illetve parasyphillises rontás, vagy s éppen a carconomat illetőleg, a testben rejtve megmaradt embryonalis sejtcsoportok és sejtek. A lues nem mindig rontja meg az embryot, lueses szülőknek minden kezelés nélkül is viruló, szép, tehetséges gyermekeik szülehetnek és nőhetnek fel és természetesen ez a bonum is öröklődhetik, de az ép hajtás a következő generációban ismét minusvalens generatiónak adhat életet. Ezért a védekezésnek egyetlen biztos módja van: ki kell kerülni a luest. A *Carabellire* pedig jó ha ügyelnek nemcsak a házi, hanem a szakorvosok is. Ez mindenesetben a diathesisről tájékoztat, amely insons szülőktől és nagyszülőktől eredhet és amelyen — amint ezt éppen a chorea, sőt a disseminált sclerosis, mások connatalis lueses eredésű, syphillises, esetleg csak parasyphillises izületi, vese és más bajoknál láttuk, az u. n. antilueses szerekekkel is esetleg segíteni lehet.

**Julesz M.:** *A prolan-elválasztás diatétis befolyásolása.* Ketogen diateta hatására ivarérett egyének fokozott mértékben választanak el prolan A-t. E hatás férfiakon és nőkön egyaránt kimutatható. 10 nő közül 6 választott el a keto-



gen diatára 333 egéregységnél több prolan A-t. 4 férfi közül kettőn hasonló eredményt kaptunk. Diabeticus ketosis 2 esetében ugyancsak fokozott volt a prolan A-kiürítés. A ketogen diéta a röntgentől eltekintve jelenleg az egyedüli eljárás, mellyel a hypophysis mellső lebenyét active ingerelni tudjuk. A ketogen diéta hatására az esetek 30 %-ában észlelhető amenorrhoeát kísérletei alapján úgy magyarázza, hogy a diéta hatására a szervezet prolan A-túlsúlyban van, aminek következtében az uterus nyálkahártyája csak a proliferációs szakig tud eljutni s így menstruatio nem következik be.

A tagválasztás alkalmából az újonnan megválasztott tagok a következők: *Bodó Bertalan, Dubánszky Adél, Fűrész István, Goszleth Tibor, Kassay Antal, Kovácsovic Tibor, Mihályhegyi Géza, Migray Jenő, Patat Pál, Stern Imre, Szőke János, Vécsy László, Völgyessy Ferenc Aurél, Hegler Flóris, Máté Konrád, Komáromy Pety Mihály, Végh Pál.*

## HETI KRÓNIKA

A montevideói kikötő bejáratánál önkéntesen hullámsírba merült „Admiral Graf Spee” figyelmünket az elmúlt napokban természetszerűen Délamerika felé irányította. Tudjuk, tengerjáró nemzetek örökös adót fizetnek az Óceánnak — amint azt a „The Song of the Dead” című költeményben *Kipling* imperialista lirája is kifejezi —, de ez az adó meghatványozódik, amikor vágtatni kezdenek az apokalyptikus lovasok, amelyekkel *Böcklin* a zürichi Kunsthaus-ban őrzött megragadó erejű festményén a háborút megszemélyesítette. A dél-amerikai partok, amelyek a büszke csatahajó tragédiájának szemlélői voltak, hatalmas energiákat és lehetőségeket rejtő földrészhez tartoznak. Orvosai aránylag ritkán jutnak el hozzánk, amiben része van különböző német, francia és spanyol orvosi intézményeknek, amelyek az Európába áthajózó iberó-amerikai orvosokat a saját érdekkörükbe vonzzák és céljuk elérését külön folyóiratokkal is támogatják. A délamerikai orvosi folyóiratok spanyol és portugál nyelven jelennek meg s ha egyik-másik könyvtárunkban itt-ott láthatók is, a nyelvi nehézségek többnyire utját állják szélesebbkörű megértésüknek. Pedig a délamerikai orvostudományok története nem szükölködik fényes nevekben. A brazíliai egészségügy terén nagy érdemeket szerzett *Oswaldo Cruz* és *Carlos Chagas* neve az egész világon ismeretes. Az előbbiről elnevezett Rio de Janeiro-i Instituto Oswaldo Cruz adja ki a mintaszerűen szerkesztett „Memorias do Instituto Oswaldo Cruz” című archívumot, amelynek címlapján is olvasható az intézet mélyérteimű jelmondata: „*Causae aestimatio saepe morbum solvit*”. A São Paulo-i Butantan-intézet, amelyben *Aesculapius* szent állatai, a kigyók állanak a gyógyítás szolgálatában, világhírnévnek örvend s működéséről *Klobusitzky Dénes* többek között e folyóirat hasábjában is beszámolt 1931-ben „Sao Paulo állam küzdelme a mérges kigyók ellen” c. közleményében. *Arce* és *Chutro* professorok az argentínai sebészet büszkeségei, *Roffo* professor *buenos-aires-i* rákkutató intézetéről európai tudósok is a legnagyobb elragadtatás hangján nyilatkoznak. Az önfeláldozó orvosi heroismus mintaképének tekinthető a fiatal perui orvos, *Daniel A. Carrion* aki — az addig külön betegségeknek tartott verruga peruviana és Oroya-láz aetiológiájának tisztázására — 1885 aug. 27-én szülővárosa, Cerro de Pasco „Dos de Mayo” kórházában verrugában szenvedő beteg vérével oltatta magát. 21 nap múlva Carrionon kitört az Oroya-láz, anélkül, hogy típusos verruga fejlődött volna ki rajta — és miután betegségről mindvégig sajátkezű feljegyzéseket készített — a fiatal orvos október 5-én örökre lehunyta a szemét. Az Oroya-láz és a verruga egységét az orvostudományban azóta örök időkre örzi a Carrion-féle betegség elnevezés és a Cerro de Pasco-i

kísérlet áldozatos hőse — annyi más orvosi önkísérlet végzőjéhez hasonlóan — saját példaadásával a legnagyobb bizonyította Schiller mondásának mély igazságát: „Das Leben ist der Güter höchstes nicht!”

★

Kevesek előtt ismeretes, hogy Délamerika földjén a XVIII-ik században magyar jezsuita misszionáriusok térítő tevékenységük mellett nagyérdemű tudományos — főleg földrajzi — munkásságot is fejtettek ki. (Ne feledjük, hogy a folyamok atyját, Mississippit, az „old river”-t is *Marquette* francia jezsuita atya fedezi fel!) Peruban működött a komáromi *Brentano Károly*, a selmeczbányai *Eder Xav. Ferenc*, Chilében *Hedry Márton* a brazíliai magyar misszionáriusok közül elég, ha *Szentmártonyi Ignácot*, *Fáji Fáy Dávid Alajost* és *Szluha Nep. Jánost* említjük. Uruguay-t és Paraguay-t választották működésük színhelyéül *Orosz László* és *Szerdahelyi Ferenc*, egyesek szerint utóbbi nevéhez fűződnek, mint „jezsuita tea” az *Ilex paraguayensis* leveleinek közkedvelt főzete.

Spanyol-Amerika területén, — amelyhez Mexico is számíthat — az első irodalmi emléket is hátrahagyó magyar orvos kétségkívül *Szenger Ede*, a Budapesti Királyi Orvosegyesület későbbi nagy maecenása. *Szenger* diplomáját egyetemünkön megszerezve, résztvett Miksa császár szerencsétlenségű mexicói vállalkozásában. A hadjárat folyamán több helyen vezetett hadikórházakat és szemtanuja volt a szomorú utolsó felvonásnak is: Miksa császár queretaro-i kivégeztetésének. *Szenger* megszerette az idegen földet, annyira, hogy a szükséges vizsgákat letéve 10 és félévén át folytatott — főleg San Luisban (Potosi) — kiterjedt orvosi gyakorlatot. 1875-ben tért haza és 1877-ben a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat adja ki „Mexico felvidéke élet- és kórtani tekintetben” c. művét, amely irodalmunknak máig is egyetlen orvos-geografiai munkája. A legújabb idők délamerikai magyar orvosai közül megemlítjük *Incze Antalt*, aki hétéves brazíliai gyakorlat után hazatérve „Rio Grande-Trieszt” c. könyvében színes beszámolót adott élményeiről és *Klobusitzky Dénest*, a pécsi egyetem nagy tudományos munkásságot kifejtett, nemrégiben szintén hazatért magántanárát, aki hosszú időn át a Butantan-intézet osztályvezetője volt.

★

*Bakay* professornak röviddel ezelőtt az agysebészet haladásáról az Orvosegyesületben tartott előadásán zsufolt széksorok igazolták a tárgy iránti általános érdeklődést. Csak nemrégiben olvastuk megrendülten *Cushing* halálhírét, akinek ragyogó technikáját csodálni jártak Bostonba öreg kontinensünk orvosai. A nekünk — nehéz időkben tanúsított őszinte magyarbarátságá miatt — annyira rokonszenves, felejthetetlen emlékü *Storm van Leeuwen* professzor is bevallja „Indrukken van een studiereis naar Amerika” c. könyvében, hogy amerikai útjának egyik főcélja: „Cushing te zien opereeren”.

A mai agysebészet büszke vívmányainak birtokában is tisztelettel tekintünk azokra a trepanált koponyákra, amelyek inkasirokból napvilágra kerülnek. A trepanálás különböző eszközökkel végzett eljárásai ma is jól felismerhetők rajtuk s kétségtelen, hogy a műtöttek közül sokan túléltek a hatalmas beavatkozást. Az u. n. palaeopathológiának, — amelyet régészeti orvostudománynak is nevezhetnénk, Egyiptom mellett Peró hatalmas sírmezői képezik leghálásabb talaját. *Roy Moodie*, az illinois-i egyetem tanára, a palaeopathológiának az egész világon legnagyobb szakértője hatalmas könyvének



(Paleopathology, Urbana, Ill. 1923.) XV-ik fejezetében foglalkozik az inkák népének betegségeivel. A perui aymara-indiánok torzított koponyáihoz hasonló torzított koponyák hazai sírletekből is ismeretesek. Közülük az első, Csongrádon előkerült koponyát a kiváló magyar orvosdinasztia középső tagja, *Lenhossék József* írta le 1878-ban. A mesterséges koponyatorzítás szokásáról első ízben az orvostudományok atyja, *Hippokrates* értekezett, aki azt mint az ázsiai Maeotis-tavon túl lakó nép sajátságos szokását ismertette: makrokefalói. Trepanált koponyákat hazai sírletekből is ismerünk, így a szőregi bronzkori temetőből, az egyikben két trepanációs nyílás is látható. Különös érdekességű a verepogány magyar harcos trepanált koponyája, amelynek sebnyílását a vitéz sapkájába varrt ezüstlemez védte. (Csak utalunk arra, hogy nyelvünk „agyafurt” kifejezésében is az ősi trepanálás emléke él.)

Az inkák népe orvostörténelmének némaságukban is beszélő emlékei a perui sírokból nagy számban előkerülő agyagedények, a kukoricásör ivására használt u. n. *huaco*-k. A régészeti terminologia arcsorsóknak nevezi az ilyen edényeket, tekintettel arra, hogy díszítésükre készítőjük az edény domborulatán sokszor emberi arcot mintázott, amelyeken azonban más népek idealizáló művészi törekvései helyett Peruban sokszor megdöbbentő hűséggel visszaadott kóros elváltozások láthatók. *Eugen Holländer*, a „Die Medizin in der klassischen Malerei”, a „Plastik und Medizin” és más, hasonló vonatkozású munkái révén általánosan ismert berlini sebész egyuttal a perui *huaco*-k legalaposabb ismerőjének is tekinthető, aki az 1909-ben fővárosunkban tartott XVI-ik nemzetközi orvosi kongresszus alkalmával „Über Krankheitsdarstellungen aus präkolumbischer Zeit” c. előadásában épen e kérdéstről értekezett.

*Prescott*, a nagy amerikai történetíró „The Conquest of Peru” c. könyvét olvasva, lehetetlen nem pirulnunk a fehér ember — *Pizarro* és csapatainak — kapzsisága és arany utáni vágyából fakadó kegyetlensége miatt, amely az egyiptomiakhoz hasonlóan nagyszerű építészeti alkotásokat hátrahagyó népnek korai sírját megásta.

★

*Enrique Zarate* a buenos aires-i egyetem volt szülészprofessora, akinek ú. n. „partialis symphyseotomiájáról” a spanyol és francia szülészeti irodalomban sűrűn olvashatunk, 1913-ban tartott tanszékfoglaló előadásában a szülészeti történeti fejlődését ismertette. Ez alkalommal *Semmelweis* is részletesen foglalkozott, de egy szava sem akadt *Semmelweis* magyar voltának hangsúlyozására. Pedig azt hisszük, nem ok nélkül tett magyarsága mellett időtálló hitvallást a legnagyobb magyar szülész Tudományos Akadémiánkhoz intézett levelében és mély oka lehetett annak is, hogy *Semmelweis József*, a derék tabáni kereskedő a jezsuita atyák budai gimnáziumába történt beiratáskor fiát mint „Hungarus”-t könyvelteti el.

Zarate tanszéki utódjában, *Josué A. Beruti* professorban *Semmelweis* távoli, de annál alaposabb megértőre talált. 1939-ben jelent meg „Semmelweis y la fiebre puerperal” c., 158 oldalas, 37 képpel ellátott munkája *Anicet Lopez* kiadásában Buenos Airesben. Beruti

— mint könyve előszavából kiderül — az argentinai szülészeti tanszék *Semmelweis* szemben fenálló régi tartozását kívánja leróni és könyvével az „anyák megmentő”-jét a latino-amerikai államokban szándékozik népszerűsíteni, amelyekben a „magyar szülész” („*tocologo magiar*”) és élete munkája még csak kevésbé ismeretes. Örömmel értesültünk arról is, hogy 1938 szeptemberében *Beruti* professzor a buenos aires-i egyetemen sorozatos előadásokat is tartott *Semmelweis*ről. *Beruti*nak műve megírásakor természetszerűen csak a német, francia és angol *Semmelweis*-irodalom volt hozzáférhető, s mégis alapos és érdemes munkát végzett. Neve megbecsült helyre kerül *Semmelweis* külföldi biografusainak (*Hegar*, *Grosse*, *Schürer v. Waldheim*, *Sinclair*) sorában, könyve pedig a spanyol nyelvterület *mare magnum*-ában — bizonytalanságunk — küldetést fog teljesíteni, amit meghatott halálával köszönünk.

*Semmelweis* másik délamerikai kutatója *Juan Zunino Nogués*, Uruguay fővárosában, Montevideóban él, mint az egészségügyi minisztérium egyik főnöke. Már 1933-ban megjelent Montevideóban „Semmelweis y su descubrimiento de la etiología de la fiebre puerperal” c. kicsi, de alapos munkája, melyet követni fog *Semmelweis*ről szóló hatalmas munkája (gran obra sobre *Semmelweis*), amelyen már hosszabb idő óta nagy odaadással dolgozik. *Zunino*ban a kutatás szakavatottságán kívül külön elismerésreméltó az a rajongó hódolat és szeretet, amellyel *Semmelweis* iránt viseltetik és amelyhez hasonlót csak „Semmelweis nagy ügyvédjében”, néhai *György Tibor* professorban ismerhettünk és becsülhettünk. Talán nem tévedünk, ha azt hisszük, hogy *Zunino*nál ennek okát abban lelhetjük fel, hogy Édesanyját ugyanaz a gyilkos betegség ragadta magával, amelynek leküzdését a magyar tudós egész tragikus életével szolgálta. Az Édesanya elvesztésén érzett végtelen fájdalom az orvos-fiú melegen érző szívében az idők folyásában *Semmelweis* iránti rajongó szeretetté változott.

Nemzeti szempontból is megkapó, hogy a Dél-Kezretje alatt két előkelő idegen orvos lelki szemei előtt gyakorta feltűnik az „anyák megmentőjének” Apróducai igénytelen külsejű szülőháza, amelynek átellenében a „szent öreg” *Virág Benedek* „lúdtollal körmölt magyar éneket” és amely felett éjszakánként csak a Gönczöl-szekér csillagai ragyognak. Eszünkbe jut a két nagy matematikus: *Gauss* és *Bolyai Farkas* esete, akik között Göttingában szövődtek meleg barátság szálai. Amikor *Farkas* végleg elhagyja Göttingát — ahol majd később *Körösi Csoma* is tanulni fog — megfogadják, hogy minden hó utolsó estéjén 8 és 10 óra között egymásra gondolnak, *Gauss* Göttingában, *Bolyai* pedig Erdélyben, a domáldi jegenyék alatt vagy Marosvásárhelyt, a vén kollégiumban. „Karosszékemben ülve . . . ideálmodlak Téged magamhoz” . . . írja a „*mathematicorum princeps*” *Gauss* a fogadalomra célozva egyik levelében.

Igy álmódja magához aknákkal megrakott tengeren át a földgolyó másik, verőfényesebb oldalára két idegen tudós is áldozatos napi munkája végeztével kicsiny országunk orvostudományának legnagyobb dicsőségét.

Korbuly György dr.

**nitrozan**  
„Cerva”

amegliszható  
vérnyomáscsökkentő  
10×11 Kcm-P 220



# SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Altalános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:  
OTI, MABI, MAV, Székesfőv. S.A., DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár  
Budapest, VI

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift**, 52. sz. *Widenbauer F.*: B<sub>1</sub>-vitamin és cocarboxylase chemiameghatározása a szervekben. — *Dienst C.*: Insulin és savbasisháztartás. — *Hoesslin H.*: A colitis gravis kórképe. — *Schallock G.*: Adat a D-vitaminlökéssel okozott szervi ártalmakhoz. — *Plehwé H. T.*: Hyperthyreosis és C-vitamin okozta kreatinuria. — *Hüllstrung H.* és *Schölzke K. H.*: Salvarsanmeghatározás a liquorban a lues különböző alakjaiban különösen mesterséges lázkezelés után. — *Kinder W.*: Anyagseremérések értékelése a Zeiss-féle laboratoriuminterferometerrel. —

**Münchener Medizinische Wochenschrift**, 52. sz. *Mayr I.*: Útmutatás a rühösség kezelésére. — *Müller F.*: Adat a gázphlegmone kezeléséhez. — *Fedel H.*: A catarrhalis hajlamosság és kezelése. — *Berendes I.*: A beavatkozás szűkességű és módja, garatmandulából kiinduló septikus szövödményekben. — *Lachenicht Ph.*: Az ovulációs idő meghatározása *Semuels* szerint. — *Bader E.* és *Müller E.*: Gázusok bacilusokkal fertőzött pleura-empyema. — *Wohlenberg W.*: A lehágó remese nagyfokú bélsárpangása által okozott vékonybél-subileus. — *Drenkhahn*: 50 év tetanus tapasztalata. — *Krug I.*: Nagynémetország diphtheriás megbetegedései 1938-ban.

**Deutsche Medizinische Wochenschrift**, 52. sz. *Dienst*: A polycythaemia kóroktana. — *Kabelitz*: Therapiás javaslat a vérhas kezelésére. — *Wagner*: C-vitamin az ekzémák kezelésében. — *Holland* és *Chlosta*: C-vitamin és gombamergész. — *Opitz*: Az angolkór lökéstherapiája és lökésprophylaxisa. —

**Wiener Klinische Wochenschrift**, 52. sz. *Reuss A.*: Női tej, mint gyógytápszer. — *Kohlmayer H.*: Adat a periphériás érbetegségek sympathicusbeszétéhez. — *Landa*: Kri-sisszerű végbélfájdalmak. —

**The Journal of the American Medical Association**, nov. 25. *N. C. Gilbert*: Vasomotorváltozások és azok jelentősége az arteria coronariában. — *Neil W. Swinton* és *S. Warren*: A colon és rectum polypja; a malignitáshoz való viszonyuk. — *W. W. Babcock*: A perinealis felső abdominalis colostomia előnye. — *L. S. King*: Néhány problema a neurotropi vírusok pathológiájában. — *Ch. R. Rein* és *F. Wise*: A syphilis mapharsen-kezelése. — *L. Davis* és *J. Martin*: A paratriginialis regio sebészeti laesiói. — *J. W. Jordon* és *E. V. Osborne*: Contact dermatitis opium származékoktól. — *E. W. Ryerson*: Scapula excisio, kitűnő functionalis eredménnyel.

## VEGYES HIREK

**Előfizetés megújítása** vagy tartozások kiegyenlítése céljából ma chequet mellékelünk minden lapszámunkhoz. Ez ne érintse és ne sértse azokat a kartársainkat, akiknek előfizetése rendben van, különválasztásuk sok munkával járt volna s így nem volt indokolt. Kérjük kartársainkat tartozásaik rendezésére, illetve előfizetésük pontos beküldésére, mert egyre növekvő kintlévő követelésünk komoly zavarokat okoz Hetilapunk fenntartásában.

**Orvostudományi Közlemények** címen január utolsó szombatiával új havi folyóiratot indítunk meg, mely magában fogja foglalni a klinikai és kórházi nagyobb terjedelmű közléseket. E folyóiratot minden előfizetőnknek díjmentesen megküldjük. Az év végén a folyóirat tartalomjegyzékével együtt Hetilapunk évfolyamához leszen hozzákötendő, hogy azzal egy teljes egészet képezzen.

**Az O. T. I. Budapesti Orvosi Tanácsa** *Sarudy Ottó dr.* elnöklété alatt f. évi december hó 22-én tartott ülésében a következő fontosabb határozatot hozta:

1. foglalkozott a gümőkóros és nemibetegségek elleni védekezésről szóló törvényjavaslattal és felkérte a Központi Orvosi Tanácsot, hogy az illetékes tényezőkhöz memorandummal forduljon a sérelmes intézkedések megváltoztatása iránt.

2. A Központi Orvosi Tanácshoz továbbítja azt a javaslatát, hogy az Intézet az egy éven túli kezelésekkal járó orvosi munkát ugyanolyan arányban díjazza, mint ez a Mabinál megtörténik. A Mabi e címen 70.000 taglétszám mellett évi 30.000 pengővel dotálja az orvosi illetménytömegét.

3. Javasolja, hogy a Központi Orvosi Tanács kérje az Intézettől, hogy az OTI orvosi kar illetményét ugyanolyan arányban egészítse ki, mint amilyen arányban most a tisztviselők fizetését felemelték s ennek fedezetéről az orvosi illetménytömegén kívül gondoskodjék. Megokolásul felhívja, hogy amiként a szerződéses orvosi kar illetményét 1932. évben a tisztviselőknél történt fizetéscsökkentésre hivatkozva 12%-kal leszállították, ugyanolyan indokból méltányos tehát, ha most a tisztviselők fizetésének felemelése kapcsán a gyógyító orvosi kar fizetését is hasonló mértékben kiegészítik.

**Előfizetőinket** kérjük, hogy, akinek van birtokában *Magyar Orvosi Nagyhét 1932., 1933. és 1934. évi jegyzőkönyve* és azt nélkülözheti — legyen szíves kiadótárolatunkba beküldeni —, hogy azokból pótolhassuk a hiányokat a hivatatos fórumok archivumában.

# CYSTURAL-MEDICHEMIA

para-aethoxy-2, 4-diaminoazobenzol hydrochlorid 0'10 gr.

Megbízható vizeletdesinficiens a húgyutak különféle fertőzéseinél

CYSTITIS, PYELITIS, BACTERIURIA.

12 tabl. P 1'70

25 " " 3'20

MEDICHEMIA RT. BUDAPEST X.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A praesystolés zörejről.

A legérdekesebb és legfontosabb szívzörejek egyike. A szívcsúcson és attól kifelé halljuk a legjobban. Voltaképpen diastoles zörejt, praesystolésnek azért hívjuk, mert az utána következő systolés hanghoz áll nagyon közel, közvetlenül előtte van. A bal visszeres szájadék szűkületében szenvedőkön hallható. Ezen billentyű bántalomban a diastolés zörejt az okozza, hogy a bal pitvarból a diastole folyamán a bal kamrába jutó vérnek a bal viszeres szájadékon levő kóros szűkületen kell keresztül haladnia. A zörejtnek tehát voltaképpen az egész diastolét kellene kitöltenie és ez az esetek egy részében így is van. Ilyenkor hosszú, az egész diastolét kitöltő zörejt hallunk, a mely közvetlenül az utána következő systolés hang előtt a legerősebb, utána mindjárt egy rövid erős, dobbanó, koppanó hangot hallunk. A systolés hangnak ezen feltűnően rövid és a mellett dobbanó volta (úgy szól, mint az extrasystole systolés hangja) onnan van, hogy a szűkület folytán nem nagyon jól telődő bal kamra gyorsan húzódik össze. Az egész acustikai jelenségben tehát két jellemző tulajdonság van, az hogy 1. kifejezetten erősbbödő zörejt hallunk, amely 2. a feltűnően erős, rövid systolés hanggal ért véget. Aki egyszer jól emlékeztetése véli ezt a hangjelenséget és a carotis egyidejű megtapintásával biztosan megállapítja, hogy a dobbanó hang csakugyan összeesik a carotis emelkedésével, azaz a systolésba esik, tehát a zörejt praesystolés, az minden más alkalommal már, hangzása alapján könnyen fogja felismerni a praesystolés zörejt. A diastolés- praesystolés zörejt sokféle változatot mutathat fel. Sokszor csak a systolés hangot megelőző része hallható jól, tehát a voltaképeni praesystolés zörejt, systolés hang után pedig kettős diastolés hang hallható voltaképeni diastolés zörejt nélkül vagy e mellett. Máskor úgy véljük, hogy a diastole elején és végén halljuk jól a zörejt közben nem, vagy alig. A fontos az, hogy a beteg hallgatásakor egyszer biztosan állapítsuk meg a zörejt praesystolés voltát, mert ez eldönti a körjelzést, azt, hogy a beteg bal viszeres szájadéka szűkült. A praesystolés zörejt mindig organikus, tehát mindig a szív szervi elváltozása okozza, functió zörejt soha nem praesystolés, hacsak az aortabillentyű elégtelenségben egészen ritkán előforduló praesystolés zörejt nem akarom idesorolni. (Flint f. jelenség.) Azért mondtam, hogy fontos egyszeri biztos megállapítása, mert lehet, hogy utána hetekig nem lehet hallani a zörejt, (néma stenosis osti. ven. sin. tudvalevőleg nagyon gyakori, van szerző, aki szerint ez az esetek majd 50%-ban fordul elő.) és mégis biztosra veszem a bal viszeres szájadék szűkületét. Ennek igen nagy a jelentősége, ha megdölgünk, hogy a szívcsúcson hallható systolés zörejtől önmagában milyen kevéssé következtethetünk arra, hogy az szervi eredetű. Amikor a szívcsúcson és tőle kifelé (sten. osti. ven. sin.-ben néha csak ez a rész felel meg a bal kamrának) kifejezett praesystolés zörejt hallunk, a szívbasison tisztán diastolés a zörejt, amely azonban hangzása alapján a mindig másképpen szóló aortainsuff. diastolés zörejtől úgyszólván mindig könnyen különböztethető meg. A praesystolés zörejt különben is jellemző, hogy nem jól vezetődik, aránylag kis területen hallható csak jól (azért kell nagyon gondosan keresni), ha e helytől csak kissé is távolodunk, már nem jól halljuk a praesystolés jellegét.

A diastolés- praesystolés zörejt erősbbödő „crescendo” jellegűnek mondják a diagn. tankönyvek, szemléltetően így is rajzolják; legerősebb épen a praesystoleben, ezáltal válik oly feltűnővé és jellemzővé. A praesystolés erősbbödést annak tulajdonították, hogy a vérnek a pitvarból a kamrába történő áramlását a közvetlenül a systolés hang előtt bekövetkező pitvarösszehúzódás fokozza, siettet, ezért válik a zörejt erősebbé. A diastolés- praesystolés zörejt modern grafikai ábrázolása azonban azt mutatja, hogy a zörejt okozó rezgések kitérései a praesystole idején nem nagyobbak, mint az egész diastole folyamán, hogy tehát a crescendo jelleg, a zörejt erősbbödése a praesystole folyamán voltaképpen acustikai csalódás, a melynek oka nyilván csak az lehet, hogy a zörejt hirtelen zárja le az után következő dobbanó systolés hang. És mégis nagyon fontos ez a, most már azt kell mondanom, látszólagos erősbbödés, mert ha praesystolés zörejt hallunk valakin, amely azután megszűnik, úgy ez arra vall, hogy az illetőnek bal pitvar működése megszűnt annyiban, hogy a vérnek a továbbításában a kamrába a bal pitvar már nem vesz aktív részt. Előfordul ez nagy ritkán a bal pitvar igen nagy tágulásában, sokkal gyakrabban pitvarlibegés okozta arrhythmia absolutában. Ilyenkor tisztán diastolés zörejt hallunk praesystolés erősbbödés nélkül. A praesystolés erősbbödés feltűnése tehát rossz prognostikai jel, a bal pitvar benuulásának a jele. Digitalis, chinin, ill. chinidin alkalmazása után a praesystolés erősbbödés néha megint hallhatóvá válhat. Egészen kivételes az, hogy biztos pitvarlebegés mellett is praesystolés erősbbödő diastolés zörejt hallunk. Összefoglalólag: Praesystoles zörejt megállapítása a szívcsúcson azért fontos, mert biztosan organikus eredetre vall, stenosis osti. ven. sin-t jelent. A praesystolés erősbbödés elmaradása rossz prognostikai jel, a bal pitvar gyengülését jelenti.

Engel Károly dr.  
egyet. c. rk. tanár.

## A Cushing-féle betegség.

A kórképet Cushing ismertette először 1932-ben 14 betegén s az azóta közölt további esetek alapján a betegség mint klinikai egység ma már biztosítottnak tekinthető. A bántalom nőknél jóval gyakoribb mint férfiakon, előszeretettel a 3-ik évtizedben jelentkeznek. A betegek gyakran elhízásra hajlamos családból származnak, egyébként örökletesség nem állapítható meg. A Cushing f. betegség főtünetei a következők:

1. Jellegzetes elhízás főképpen az arcon, a nyakon és a törzsön; legkifejezettebb a zsírfelhalmozódás a hason, míg a dystrophia adiposo-genitalissal szemben a csipők és a végtagok proximalis részei szabadon maradnak. Jellemző az elhízás feltűnő gyors kifejlődése.

2. Hyperglobulia; a bőr sötét vöröses, az arcon tárgult hajsálérhálózat van. — A hason, de gyakran a nyakon és a vállakon is széles, kékes-vörös striák láthatók. A bőr márványozott, pigmenttartalma fokozott, vöröses árnyalatú, az indiánok színére emlékeztet. Nőknél gyakran mérsékelt hypertrichosis mutatkozik és a testszőrzet férfias típusúvá válik.

3. Jonas szerint az esetek 72,2%-ban kifejezett osteoporosis van, amely főképpen a bordákra és a gerincoszlopra vonatkozik. Röntgenképen az osteoporoti-



kus csontok mézszegevények. A csontbántalom következtében gyakran fordulnak elő spontán törések, kyphotikus és lordotikus gerincatorzulások. Gyakran panaszkodnak a betegek háti és törzsfájdalmakról, valamint rohamokban jelentkező főfájásról.

4. Egyik legállandóbb tünet a vérnyomás emelkedése gyakran 200 Hg mm-en felüli vérnyomás-értékekkel. *Jonas* 85.5%-ban talált hypertoniát. Jellemző a korai véredényelmeszesedés és a vérzéses hajlam.

5. Szellemileg feltűnő a nagyfokú fáradékonyság, gyengeségérzés, depressív hangulat, a termelő értelmesség (produktív intelligencia) hanyatlása. Gyakori az amenorrhoea és a potentiazavarok.

6. Relative gyakran jelentkezik hyperglykaemia, glykosuria és az esetek 15%-ban valódi diabetes, észlelték továbbá a vízháztartás zavarait, hypercholesterinaemiát stb.

A betegség bonctani kriteriuma *Cushing* szerint a hypophysis-mellsőlebens basophil sejtjeinek adenomaszerű vagy diffus daganatos burjánzása, de gyakori kísérő lelet a mellékvese kérgének kiszélesedése és adenomája is. *W. R. Henderson* szerint *Cushing* anyagából a hypophysis-adenomáknak 81.5% a chromophob, 18.5%-a chromophil. Az utóbbi csoport az eosinophil vagy akromegal és a basophil adenomából tevődik össze. A basophil adenomák rendszerint igen kicsinyek, sellatágulatot nem okoznak, a chiasmára nyomást nem gyakorolnak és ennélfogva látótérkieséshez sem vezetnek. A basophil adenoma csak a sectora került eseteknek 60%-ában volt felalálható, míg a többi 40%-ban az agyfűggelék részéről vagy egyéb elváltozások, vagy ép viszonyok voltak jelen. *Crooke* teoriája és leletei a negatív eseteket is megmagyarázzák, ő ugyanis a bántalom kórszöveti lényegét a basophil sejtek hyalinus elfajulásában és a szemcsék fokozatos eltűnésében látja.

Fentiek alapján a betegség lényege az agyfűggeléknek egy elsődleges működési zavara, amely a basophil sejtek által termelt u. n. „basophil hormoncsoport” hyperproductiójára vezethető vissza. Ez a hormoncsoport gonadotrop, corticotrop-melanophor és zsiranyagcsere-hormonokból áll.

A betegség elég gyors lefolyású és az esetek nagy részében kb. 5 év alatt halállal végződik. A halál oka: fertőzések, szívelégtelenség, agyvérzés, nephrosklerosis, uraemia. A kezelésben operatív beavatkozásnak egyelőre nagyon kevés szerepe van. A röntgensugár-kezelés egyes esetekben feltűnően jó eredményű, máskor teljesen hatástalan. Egyébként a kezelés csupán tüneti. A megkísérelt különböző hormonkezelésektől lényeges eredmény nem volt látható.

A kórisme felállítására legfontosabb az interrenalismus, a petefészekdaganat és a thymuscc.-tól elkülönítés. Az interrenalismussal szemben legfontosabb tünetek az osteoporosis és a striák, továbbá két negatívum: a külső genitale, főleg a clitoris hiányzó megnagyobbodása és a kevésbé kifejezett hirsutismus. Kétes esetben a mellékvesék műtéti feltárása indokolt, mert az interrenalismus a mellékvese-tumor eltávolítása által eredménnyel gyógyítható, előzőleg azonban feltétlenül megkísérelendő a hypophysis röntgensugárkezelése.

*Angyal Lajos dr.*  
egyet. magántanár.

## Basedow-kórban szenvedő betegek kezelése.

Basedow kóros betegek helyes kezelése sokszor igen nehéz és kényes feladat elé állítja a kezelő orvost. A kórkép egyes alakjai igen nagy változatosságot mutathatnak. De egy és ugyanazon esetben is a tünetek sokszor minden kimutatható ok nélkül igen hirtelen és igen nagy fokban ingadozhatnak. Pedig éppen az egyes tünetek, s azok súlyossága szabja meg a betegségben azt, hogy a rendelkezésre álló gyógytényezők közül az adott esetben melyiket alkalmazzuk. A kezelés helyes irányításához tehát nemcsak a fennálló tünetek pontos megállapítása szükséges, hanem annak a megfigyelése is, hogy a betegség maga milyen indulatú, milyen lefolyást mutat. Ebben a beteg alkata, zsigeri idegrendszerének az állapota döntő befolyást gyakorolhat. Figyelmünket tehát ezekre a tényezőkre is mindig ki kell terjesztenünk. Merev szabályokat a kezelésre vonatkozólag a mondottak alapján felállítanunk nem lehet. Csak általános irányelveket adhatunk meg, amelyeket az egyes esetekben bizonyos rugalmas határok között értékesíthetünk.

A tünetcsoport középpontjában legtöbbször a pajzsmirigy megnagyobbodása áll. Ha a mirigy a betegség fellépte előtt egészséges volt, megnagyobbodása az egész szervre egyenletesen terjed ki, rendszerint puha, elastikus, vérbő s sokszor lüktető. A terimeváltás igen különböző lehet. Néha alig, vagy egyáltalában nem tömegesebb az egészségesnél. Ilyen esetekben kell gondolnunk elsősorban, ha a többi tünetek is alátámasztják ezt, a kis adagban keresztülvitt jódekezelésre. Az egyenletes terimenagyobbodás más esetekben viszont igen nagy fokot érhet el. Ezekben, különösen ha compressió tünetek lépnek fel, a műtéti kezelés szükségessége jut előtérbe. Gyakran a röntgen besugárzás vezet jó eredményre. A duzzanat az egyes esetekben igen változó lefolyást mutathat. Sokszor egyik napról a másikra minden lényegesebb ok nélkül is megnőhet vagy megkisebbedhet. Néha azonban csak a műtéti kezelés tudja kisebbé tenni. Hosszabb időn át fennállása után a terimeváltások mind ritkábbak és kisebb fokuak lesznek, s a pajzsmirigy tapintata is kevésbé rugalmassá, tömöttebbé válik.

Ha a betegség fellépte előtt már golyva volt jelen, a Basedow-kórra jellemző elváltozások a mirigyben foltokban mutatkoznak. Ezen esetekben a műtét minél korábbi elvégzése a célszerű, mivel e nélkül rendszerint a struma mind nagyobb kiterjedésű basedowos elváltozása szokott létrejönni. A műtét viszont a tapasztalat szerint gyors és állandó gyógyulást hoz létre. Ha egy golyva-göbbsen jönnek létre az elváltozások, ezt is minél előbb műtét útján kell eltávolítanunk.

A cardiovascularis tünetek igen nagy ingadozásokat mutathatnak. A már nyugalomban is szapora érlökést kis psychés vagy physikai tényezők erősen befolyásolhatják. A radialis pulsus kicsi, puha. A vérnyomás rendszerint nem emelkedett, sőt sokszor csökkent. A szív-működés nagyfokban felmagasztalt. A vérnyomás esése a szívből a peripheriák felé igen kifejezett. A pulsusnyomás emelkedett. Ha ezen tünetek uralják a kórképet, különösen pedig, ha ezeken kívül szívtágulást, szívizom-

# ULTRASEPTYL-CHINOIN

**Pneumococcus és gonococcus fertőzések mellékhatásmentes chemotherapeuticuma**

24 tableta



elfajulást észlelünk a betegen, a műtéti javallat felállításával szemben igen tartzkodóknak kell lennünk. Szív működés elégtelenség esetében a műtéttől el kell tekintenünk. Előbb a szív állapotát kell lényegesen megjavítanunk. A szívpanaszokat a digitális kezelés rendszerint súlyosbítja. Célszerűbb kis chinin adagok alkalmazása. Chininnel kombinált digitális kezelés csak ott helyénvaló, ahol szív elégtelenség, pitvarlebegés, arrhythmia perpetua észlelhetők. A szív állapotának megjavulásával elsősorban röntgen kezelés jöhet szóba.

Lehetőleg kerülnünk kell a műtéti kezelést fiatal egyénekben is, továbbá azon esetekben, ahol a neuropathiás-hystériás tünetek uralják a kórképet. Ezen utóbbi esetekben ritkán látjuk a betegség súlyosabb alakjainak a kifejlődését; igaz, hogy a teljes gyógyulás is ritkább.

Ha a pajzsmirigy által elválasztott toxinok mérgező hatása áll a betegség előterében, az anyagcsere nagymértékben fokozódik, a beteg, dacára a kielégítő táplálkozásnak, erősen lesoványodik, néha alig csillapítható hasmenés, hányás kínozza. Ezen súlyos, toxikus esetekben a műtéti javallat felállításával szemben szintén igen tartzkodóknak kell lennünk. Heveny Basedowban a műtét ellenjavalt. A toxikus esetek egy részében a kis adagban alkalmazott jódkezelés igen jó hatásnak bizonyult. Sajnos a jódkezelés esetén sohasem tudhatjuk előre, hogy milyen eredményt érhetünk el vele. Néha a beteg állapota inkább romlik. A kezelés előfeltétele tehát, hogy a beteget alatta állandó orvosi ellenőrzés alatt tartsuk.

Az utóbbi évek folyamán a Basedow kór kezelésében a gyógyító röntgenbesugárzás mind nagyobb teret foglalt el. A sugárkezelés csökkenti a beteg mirigy kórosan fokozott nedvelését, s a tultengő hámat és ereket zsugorodásra kényszeríti. Így csökkenti a toxikus tüneteket s csökkentőleg hat a mirigy terimegyobbodására. A betegség csaknem mindegyik alakjánál kedvező hatást érhetünk el vele. Azt a félelmet, hogy a besugárzás olyan összenövésekre vezethet, amelyek a későbbi műtétet lényegesen megnehezíthetik, a sebészek tapasztalatai nem igazolták.

Úgy a besugárzás, mint a műtét azzal a veszéllyel járhat, hogy a toxinok hirtelen igen nagy mennyiségbe jutva a vérbe olyan súlyos heveny mérgezést okozhatnak, amely rövid időn belül halálhoz vezet. Ennek elkerülésére a besugárzást óvatosan, többszöri kisebb adag alkalmazásával kell végeznünk. Műtét esetén pedig a gondos előkészítő kezelésre kell nagy súlyt helyezni.

A jód, a röntgen és a műtéti kezelés a régebbi belső kezelések jelentőségét az utóbbi időben lényegesen háttérbe szorították ugyan, de feleslegessé nem tették azokat. A nyugodt, kimélő életmód következetes keresztülvitele, a fehérjeszegény étrend, idegcsillapítók alkalmazása, enyhe vizgyógyászati eljárások, magaslati kúra stb. ma is oly nélkülözhetetlen részei a kezelésnek, mint azelőtt.

A betegség kezelésében minden egyes esetben tekintetbe kell vennünk a beteg sociális viszonyait is. Máskép kell irányítanunk a beteg kezelését, ha 2—3 hónapot teljes testi és lelki nyugalomban, esetleg magaslati helyen tölthet el, mintha erre a viszonyai nem adnak módot. Az utóbbi esetben a radikálisabb kezelés igénybevétele nyomul előtérbe.

Vándorfy József dr.  
egyetemi magántanár.

## Lelki orvoslás (hypnosis) a szülészetben.

Az emberi természetnek tudat alatt lappangó saját-sága a befolyásolhatóság, a sugalmazhatóság. Megfelelő módon, helyen és időben végezve még a legerélyesebb ember is irányítható és természetesen még nagyobb fokú lesz a sugalmazás iránti fogékonyság a betegekben. Mindenki előtt ismeretes a külvilág ingereinek a hatása a beteg szervezetre, ami nem mindig mulik el visszhatás nélkül. A szülő — bár nem mondható betegnek, mert a szülés élettani folyamat — még inkább reagál a külső behatásokra. Néha pár szó elegendő ahhoz, hogy az addig nyugodtan vajudó rendesebben, csendesebben viselkedjék, persze ebben nagy szerepe lesz az orvos nyugodt, de határozott fellépésének, mert a betegnek az orvos szükséglet, akitől bajában, betegségében első sorban megnyugtatást, vigasztalást vár (*Kretschmer*).

A lelki orvoslást a szülészek az ideggyógyászoktól vették át. Az első nyomok 1860-ig vezetnek vissza s *Fauconet* volt, aki olyan irányban dolgozott, hogy álomszerű állapotot (hypnosis) hozzon létre. A sugalmazásnak háromféle formáját kell megkülönböztetni: az éber, a larvált suggestiót és a hypnosist. Az éber sugalmazáshoz tartozik a határozott fellépéssel való rábeszélés. Larvált suggestio az, amidőn a betegnek minden rábeszélés nélkül gyógyszer adunk; ennek a hatását többször meg lehetett figyelni, amikor a fájdalomcsillapítóért könyörgő vajudónak pl. 0.25 g hexamethylentetramint szájjon át, vagy 0.5 ccm cardiazolt adtunk bőr alá, amittől bevallásuk szerint egy idő múlva a fájdalmuk csökkent. *Hilding* ugyancsak ilyen alapon cukrot ad. A larvált suggestióhoz tartozik *Hasselt* orrnarkosisa is, mert nehezen képzelhető el, hogy  $\frac{2}{3}$  rész chloroform és  $\frac{1}{3}$  rész olivaj keveréknek, hacsak az orrsővényt ecseteljük vele, jelentékeny fájdalomcsillapító hatása legyen. Minden valószínűség szerint a chloroformszag az, amely — mint gyógyszer — megnyugtatólag hat.

A leghatásosabb eljárás a hypnosis lesz, bár *Peham* a hypnosis hatását bizonytalannak tartja. Ez teljes mértékben nem fogadható el, mert a terhesség nemcsak anyagcsereváltozást okoz, hanem bizonyos mértékben befolyással van a szellemi működésre is. Tény, hogy a hypnosis keresztülvitele körülményes, mert elő kell készíteni a beteget, amihez több ülés szükséges, másodsorban az orvosnak, különösen annak, aki a szülészobán teljesít szolgálatot, a hypnosisban járatosnak kell lenni. A hypnosis elérésére *Szabó* a következő módszert ajánlja. Kellően elkészített, kissé beárnyékoltszobában a beteget lefektetjük, homlokát, arcát simogatjuk, tekintetét homlokunkra vagy szemünkre irányítatjuk és közben a következőket mondjuk: most lassan elhatározza magában, hogy elalszik, kezem simogatása elbágyasztja, tekintete fáradt, halk hangom is álmosítja; nyugodtan lélegzik, az izmai elernyednek, a szempillája nehéz, bágyadság, álmoság érzése lepi meg, látása homályosabbá válik, hangomat úgy hallja, mintha nagy távolságból jönne, a szempillája csukódik, nem tudja már kinyitni és már alszik is. A felébresztés többféle módon történik pl. alvás közben kijelentjük, hogy akkor fog felébredni, ha hármat kopogunk és felébredés után semmi fájdalmat nem fog érezni. *Franke*-nak az a véleménye, hogy minden orvos minden szellemileg egészséges nőt hypnotizálhat és magának a hypnosisnak hét szakaszát különbözteti meg: alvás, katalepsia, anaesthesia,

# „EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor  
gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27.  
Telefon: 121-283.



részleges süketség, hallucinatio, posthypnotikus megbízatás, amnesia. Ahhoz azonban, hogy anaesthesia létrejöhessen, legalább négy ülés szükséges. Az ideggyógyászok közül *Simmerling* volt az, aki minden hypnosist pszichikus traumának tart; ezért meg kell fontolni, hogy a szülés traumáján kívül még a kellőleg nem értékelt lelki behatásnak is kitegyük a szülönőt. Pár évvel ezelőtt *Oettingen* 19 eset kapcsán a hypnosistól jó eredménnyel számolt be és hasonlóan írtak róla *Schultze-Rohnhof* és *Roefler*. Az újabb irodalomban *Hallauer* ajánlatára a hypnosist pár csepp chloraethyl vagy chloroform adásával vezetik be: narcohypnosis. *Kirstein* más eljárást ajánl; a hypnosist kis adag altató szerrel támogatjuk: hyponarkosis. Hazánkban *Frigyesi*, *Mansfeld*, majd később *Bársony* számolnak be ilyen irányú eredményekről. 90 esetben végeztek hypnosist, illetőleg hypnarcosist és bár 90%-ban sikerült teljes amnesiát és a posthypnotikus szakban fájdalomtanságot elérni, a további kísérleteket abbahagyták a módszerek nehezen kivihető volta miatt.

A hypnosist ma már a szülészetben alig alkalmazzák, mert hosszadalmas eljárás, gyakorolt orvosi személyzet kell hozzá, de figyelembe véve az ülések számát minden szülönőn nem is végezhető el, végül nem szabad figyelmen kívül hagyni a pszichikus traumát sem.

Hollósi Károly dr.  
v. egyet. tanársegéd.

## A közúzás.

A hólyagkövek eltávolításának két módja van, a közúzás és a magas hólyagmetszés. Mindkét eljárásnak vannak hívei, és megfelelő módon és esetben mindkettőnek meg van a létjogosultsága is. Mi, az urológiai klinikán csaknem kivétel nélkül zúzással távolítjuk el a köveket, és attól csak akkor térünk el, ha annak anatómiai vagy technikai, elháríthatatlan akadálya van. Ilyenek lehetnek pl. conservatív úton fel nem tágítható húgycsőszűkületek, kezeléssel dacoló súlyos hólyaghurut a rossz befogadóképesség miatt, túl nagy vagy túlkemény kövek, végül azok az eseteket, ahol a kő másodrendű jelenség és az alapbaj miatt (hyp. prost., tumor, diverticulum) a hólyag műtéti megnyitása szükséges, amikor egyúttal a követ is eltávolítjuk.

Ami a kövek nagyságát és keménységét illeti, itt nehéz éles határt vonni, mivel kellő jártassággal tyuktojásnyi követ is sikerült zuzni, viszont a kemény kövek rendszerint kisebbek lévén, azok sem ellenjavallják a zúzást, legalább is annak megkísérlését.

A közúzás a magas hólyagmetszéssel szemben előnyben részesítendő, mivel az a betegre nézve lényegesen kisebb megterhelést jelent, recidiva esetén többször megismételhető, de nagy gyakorlatot és finom tapintókészséget igényel.

A két eljárás közötti különbséget a következő két eset demonstrálja.

I. 78 é. férfin hólyagkő + hyp. prostat. Az elongált húgycső miatt a közúzó bevezetése nem sikerült, s ezért magas hólyagmetszést végzünk. A beteg 4-ik napra pneumoniás lesz és 8-ik nap meghal.

II. 82 éves férfi diónyi hólyagkő, szabályszerű közúzás, vérzés nincs, a beteg 3. nap felkel, 5. nap gyógyultan távozik.

A közúzás előtt a hurutot és a fertőzést megfelelő kezeléssel igyekszünk megszüntetni és ezzel a hólyag befogadóképességét növelni; teljes gyógyulást természetesen nem várhatunk, amíg a kő benn van. A műtéti előkészítés igen fontos, a beteg a műtét előtti nap hashaj-

tót, a műtét napján tisztítt beöntést kap. Félórával a zúzás előtt mikroklysmát, (4. g antipyrin, 10 csepp tinct. opii. 40 ccm vízre) adunk, mely a hólyag érzéstelenítését előnyösen egészíti ki. Jó kapacitású hólyagnál elegendő, ha a húgycsőbe előzetesen 3% novocaint fecskendezve a hólyagot 1% novoc. oldattal töltjük. Ingerlékeny kisebb kapacitású hólyag esetén sacralis anaesthesiát alkalmazunk, amivel egyúttal a befogadóképességet is javítjuk. A sacralis érzéstelenítést lehetőleg elkerüljük, mivel hatására a hólyagtonus csökken és sérülés könnyebben állhat elő. Optimális viszonyok vannak 150—200 ccm kapacitás mellett, de elvégezhető 80—100 ccm töltéssel is. A beteget hanyatfekve vízszintesen helyezzük el, medencéjét párna alá-helyezésével kissé felemeljük, hogy az eszköz mozgatásához elég helyünk legyen. A magasba emelt eszközt bevezetése után előre és lefelé toljuk, egészen a hólyag fenéig. Most a szárat kinyitva és becsukva az eszközt jobbra-balra fordítva próbáljuk a követ a száruk közé kapni. Ha eddig eljutottunk, az eszköz szárait, ameddig a kő engedi összecsu- juk, s az eszközt „udvarba hozzuk”, azaz visszahúzzuk a feltöltött hólyag közepére és hossz tengelye körül elforgatva meggyőződünk arról, hogy hólyagfalat nem csíptünk be. Ezután a csavarment segítségével a követ összezúzzuk, ha ez nem sikerült a rögzítőt kinyitjuk és az eszközt a segéd által rögzítve, gombjára a tengely irányában apró, de erőteljes kalapácsütéseket mérünk. A zúzást mindaddig folytatjuk, míg a hólyagban nagyobb ellenálló darabokat érzünk. Ha nagyobb darabok már nincsenek, az eszközt összecsu- juk, és az ablakos kimosókathetert vezetjük be, s annak végét a megtöltött Bigelow-ballonnal kötjük össze. A gummi-bal lonra gyakorolt nyomással a benne levő folyadékot a hólyagba nyomjuk, ezáltal a hólyagban levő törmelékeket felkavarjuk. A ballont elengedve, az rugalmasságánál fogva a hólyagból a folyadékot visszaszívja és ez a törmelékkel magával ragadja; azok súlyuknál fogva a ballon alján elhelyezett üvegtartályba süllyednek és így mennyiségük is ellenőrizhető. Ha koppanást hallunk, vagy az ablak eltömődik, azt jelenti, hogy még nagyobb, a katheter ablakán át nem férő darabok vannak a hólyagban, ilyenkor a zúzást megismételjük, majd ismét kiszívjuk a törmelékkel. A zúzás és kiszívás után ajánlatos hólyagtükrözést végezni, miáltal meglátjuk van-e még törmelék a hólyagban és nincs-e sérülés vagy vérzés. A hólyagot 1%-os lapis-oldattal öblítjük ki, mely desiniciens és vérzéscsillapító hatású. A húgycsőbe 15—17 Ch. Tiemann-kathetert rögzítünk és állandóan nyitva tartjuk. A katheter a beteg állapota szerint 1—5 napig marad rögzítve. A hólyagot csak vérzés vagy a katheter eldugulása esetén öblítjük bór vízzel, 1% lapis oldattal. A helyes technikával végzett közúzásnál műtéti complicatiók nincsenek, a vérvizelés oly kistokú, hogy 24 órán belül spontán megszűnik. Gondoskodni kell a vizelet zavartalan lefolyásáról, ezenkívül belső vizeletfertőtlení- tőt és bőséges folyadékfelvételt szoktunk rendelni. A beteget a zúzás elvégzése után félévenként ajánlatos ellenőrizni, hogy a körecidivát elkerüljük. Ilyenkor a kisebb újból képződött köveket aspiratióval vagy idegentesfogóval könnyen eltávolíthatjuk és a beteget újabb zúzástól megkíméljük.

Illyés Endre dr.  
egyet. tanársegéd.

Az „Expectin” expectorans solvens kiváló a légutak hurutos betegségeiben. A köhögési ingert gyorsan megszünteti azáltal, hogy a váladékot felhígítja és annak kiürítését megkönnyíti. 1 üveg ára: 2.20 P. sec. Diachemia.



# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladó-  
vevény nyugtául ismerjük ei.

**MEGJELENIK SZOMBATON**

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:

**a  
kiadóhivatalban**

**Előfizetések beküldhetőik:** Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, vagy Le-page könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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



*Univerzálisan alkalmazható minden fájdalomnál,  
rheumás, meghűléses és lázas megbetegedéseknél.*

**Influenzánál specifikus hatású.**

*Nagy adagokban, huzamosabb ideig ismételten adva sem hat károsan;  
felnőttek és gyermekek egyaránt jól tűrik.*

Eredeti csomagolások:  
Cső 10, üveg 25 tablettával à 0'5 g

»Bayer«

Leverkusen a /Rh.

Magyarországi vezérelpviselet: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T. Budapest, V., Arany János-utca 10.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,  
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,  
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,  
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,  
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Mező B.:** Elkerülhetők-e a nagy sympathicus-műtétek? (13—14. oldal.)

**Kerpel-Fronius Üdön:** Az exsiccatio állapotok kezelése. (14—16. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (5—8. oldal.)

**Irodalmi szemle:** (16—18. oldal)

**Könyvismertetés:** (18. oldal.)

**Egyesületek ülésgyűléskönyvei:** (18—20. oldal.)

**Lapszemle. Hetirend. Vegyes hírek:** (20. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### Elkerülhetők-e a nagy sympathicus műtétek?\*

Irta: Mező Béla dr., egyetemi magántanár,  
a Szent István kórház főorvosa.

A vegetatív idegrendszer sebészi kezelésének alapját Claud Bernard azon megfigyelése képezi, hogy az átvágott sympathicus idegek területén az erek kitágulnak és helyi hőemelkedés észlelhető. A fokozott véráramlás megjavitja a szövetek táplálkozását. Az elhalásra szánt szövetek újból magukhoz térnek, fonák érzések, kínzó fájdalmak megszűnnek és rosszul gyógyuló sebek, fekélyek gyorsan gyógyulnak.

Bár a sympathicus sebészet csak rövid multra tekint vissza alkalmazási tere igen megnőtt. A műteti eredmények azonban változók. Ennek oka egyrészt a s. beidegzés rendkívül bonyolult voltában, másrészt abban a körülményben keresendő, hogy a megszakított idegek működését más idegpályák veszik át.

Ha a gerincvelőt a nyúltvelő alatt átvágjuk, vagy ha a gerincvelő sympathicus ducokat tartalmazó részét kiirtjuk, az egész test erei kitágulnak. Ilyen eredménnyel jár a rami communicanteseknek az átvágása, a sympathicus ganglionoknak kiirtása, vagy az érkörűli s. rostoknak a kiirtása is. Leriche, Adson, Brown, Bakay stb. észlelte azt, hogy az átvágott s. idegek területén a hőemelkedés hosszabb ideig, akár évekig eltart. Leriche és Fontaine szerint azonban sem a rami communicantesek átvágása, sem a háttárgy és a s. ganglionok kiirtása sem okoz teljes véredénytagulást, ami azzal magyarázható, hogy az erekhez haladó idegeket nem mind szakítottuk meg.

A sympathicus műtétek sikerére csak akkor számíthatunk, ha a kérdéses tünetcsoportot, amely miatt operálnunk kell, a s. idegek fokozott izgalma, illetve az érrendszer fokozott összehúzódása, spasmusa váltja ki. Ha a betegség alapját az erek elzáródása okozza, akkor az erek kitágulása a s. idegek átvágása után sem következik be. Az amerikaiak csak akkor operálnak, ha a végtagok hőmérséklete gerincagyi érzéstelenítés kapcsán magasabb lesz. Leriche szerint ugyanezt mutatja a s. ganglionok novocain érzéstelenítése, vagy az ér-

körűli érzéstelenítés is. Leriche akkor is operál, ha ez a hőemelkedés elmarad, mert egyes esetekben műtéttel ennek ellenére jó eredményt ért el.

Bakay (Orvosképzés 1936.) saját észleletei alapján is megállapította, hogy a vegetatív idegrendszer műtete sokszor igen jó eredményt ad, de az eredmény gyakran csak rövid ideig tart, vagy elmarad. Leriche rövid idő előtt az alsóvégtag keringési zavarai miatt végzett 1635 műtétről számolt be. (Zbl. f. Chir. 1939.) Ezek közül 120 eset már 3 évnél idősebb. E 120 eset közül 64 endarteriitis obliterans és 56 arteriitis sklerotika volt. Endarteriitis obliterans esetében jó volt az eredmény 57%-ban, az arteriitis sklerotika 73%-ában. A végtagfájdalmak elmaradtak, de a claudicatio intermittens e gyógyult esetek legnagyobb részében mégis megmaradt.

Leriche eredményei tehát nem kifogástalanok. Magam is észleltem olyan esetet, ahol a periarterialis sympathectomia félévre, az ágyéki II—IV. s. ganglionok kiirtása hetekre szóló eredményt adott és a beteg lábát amputálni kellett.

A s. műtétek sikertelenségének, részben pedig a műtét utáni gyors rosszabbodásnak az az oka, hogy s. pályák a gerincagyi idegekben is haladnak és ezek az idegek egy idő múlva átveszik a műtét folytán kiesett sympathicus idegek munkáját. De ezenkívül sympathicus ducok vannak a környéki erek mentén is, amelyek mint automatikus központok szerepelnek.

Kramer és Patt kimutatták, hogy az arteria brachialis a n. medialis ramus superficialisból, az art. ulnaris a n. ulnarisból, az art. femoralis a n. femoralisból, az art. poplitea a n. tibialisból kapja sympathicus ágait.

Kiss Ferenc prof. azt találta, hogy a sympathicus idegek átvágása után az átvágott idegeknek megfelelő gerincagyi idegek ganglionjaiban azok a sejtek — amelyek a s. mozgató és elválasztó rostjainak felelnek meg — megszaporodnak. Kiss prof. ezzel bizonyítottnak véli azt a klinikai tapasztalatot, hogy a működésből kiesett s. idegek működését a gerincagyi idegek s. pályái átveszik.

Véleményem szerint a periarterialis sympathectomia után az ágyéki ganglionok kiirtása sem adhat tökéletes eredményt, mert az art. femoralishoz a nervus femoralisból is csatlakoznak ágak. A periarterialis sympathectomia a nervus femoralisnak a plexus aorticusból jövő ágait szakítja meg. Ha a sympathectomia magasan történik akkor a műtét a nervus femoralisból jövő

\*) A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1939 nov. 17-én tartott bemutatás nyomán.



vő s. ágakat nem érinti. Ezért az alsó végtag endarteriitis obliterans tünetcsoportját a mély sympathektomia jobban gyógyíthatja.

De ha mélyen sympathektomizálunk is s ha sympathektomia után az ágyéki s. ducokat el is távolítjuk, e műtétekkel figyelmen kívül hagyjuk az alsó és lábát ellátó nervus tibialis és peroneus, amelyek a nervus ischiadicusból erednek. Amíg a n. femoralis a II—IV. ágyéki gyökből tevődik össze, addig a n. ischiadicus rostjai a IV—V. ágyéki és az első IV. keresztcsonti gyökből alakulnak ki. Nyilvánvaló tehát, hogy a n. tibialisból az arteria tibialisba haladó rostok csak a keresztcsonti fonat útján érhetők el, amelyet pedig úgy a sympathektomia, mint a lumbalis ganglion kiirtás érintetlenül hagy.

A műtéti eredmények bizonytalansága késztetett arra, hogy egy endarteriitis obliterans és egy zsugorhólyag esetében megkíséreljem azt, hogy sorozatos adrenalinmentes novocain befecskendezéssel a s. idegrendszert áthangoljam.

Az alsó végtag kezelésére a két első ágyéki ganglion érzéstelenítése nem elég. Ha azt akarjuk, hogy a novocainozás eredményes legyen, a novocain hatását a n. femoralis és a n. ischiadicus egész területére is ki kell terjesztenünk. Ezért az I—V. lumbalis ideg érzéstelenítése mellett az első 4 sacralis ideg novocainozása is elengedhetetlen. A felső végtagon ugyancsak nem elég a Leriche által ajánlott ganglion stellatum érzéstelenítés. Szükséges, hogy az egész plexus brachialis novocainhatás alá kerüljön. E felvételem beigazolódott, mert feltűnő hatás csak akkor jelentkezett, amikor a végtagok teljesen érzéstelenek lettek. Zsugorhólyag esetében a hatást fokozhatta még az is, hogy a novocain a hólyag fenekén lévő ganglionokra is hatott.

H. M. 65 éves férfit 1939. IV. 8-án vették fel a Szent István kórház III. sz. belgyógyászatára. Négy hét előtt öregujjai szederjések lettek. Azóta a lábujjak hegye megfeketedett. Alsózárai hidegek, érintésük zibongó érzést váltott ki, amely a térdek fölé 15 cm-re terjedt. 5 lépcső után fájdalmak miatt meg kellett állnia. Vérnyomás 190/80 Hg. mm. Az aorta diffuse erősen tágult. A rekeszek renyhén térnek ki. Emphysema. Miután az ágyéki ganglionok érzéstelenítése után az alsó végtag hőmérséklete magasabb lett, 8—10 naponként a sympathicus és gerincagyi idegeket jobb- és baloldalt felváltva érzéstelenítettem. VII. 28-án mindkét hüvelykujj is kékesvörös volt, zibbadt. A karokat 4 ízben novocainoztam. A ganglion stellatumon kívül a karfonatot is érzéstelenítettem. Az első baloldali ganglion stellatum érzéstelenítés után a beteg szívritmusa szorongó érzésről panaszkodott. X. 30-án 8 váltakozva történt jobb- és baloldali befecskendezés után a lábak és alsókarok melegek, a zibbadás megszűnt. A beteg két emeletre is felmegy, anélkül, hogy fájdalmat jelentkeznének. A kezekben a feszülő érzés megszűnt, az ujjak melegek, rendes színűek.

B. J. 44 éves férfi 1916-ban kankó után húgycsőszűkületet és hólyaggyulladást kapott. Megszakításokkal ismételt gyógykezeltek. Tágitották, de vizelete sohasem tisztult meg, gyenges volt. A hólyag befogadóképessége 120 ccm volt, éjjelenként egyszer vizelt. Ismételtén tükrözték. A felső húgyutakban semmi kórosat sem találtak, a hólyagban is csak idült hurutot tudtak kimutatni. 1939 áprilisában a hólyag befogadóképessége 40 ccm volt. Annak ellenére, hogy a legszakoszerűbb kezelésben volt része, vaccina injectiókat kapott és az újabb idők összes vizeletdesinficiensét, köztük a sulfamidkészítményeket is sorra szedte, állapota egyre romlott. 1939 szeptember elején a hólyag kapacitása már csak 20 ccm volt, 5percenként fájdalmasan vizelt. Vizeletében igen sok geny volt coli-val. Ekkor orvosa praesacralis sympathektomiát ajánlott, ehelyett eleinte külön érzéstelenítettem a hypogastricus és a sacralis fonatokat. Az injectiókat 6—8 naponként ismételttem meg. Később a hypogastricus és sacralis fonatot egyidőben novocainoztam. 10 novocainozás után a hólyag befogadóképessége 1939 novemberben 15-én 80—90 ccm, vizelet csak nyomokban tartalmaz genyvet. A beteg másfél-két óránként vizel

A sympathicus és gerincagyi idegek megismétlődő, sorozatos érzéstelenítése tehát mindkét esetben feltűnő jó hatású volt. Valószínűnek tartom, hogy a hasi és mellkasi szervek azon betegségeiben, amelyek a s. beidegzés rendkívül bonyolult volta miatt műtéttel nehezen befolyásolhatók, ezzel az eljárással szintén jó eredményt fogunk elérni. Ezekben az esetekben számolnunk kell azzal, hogy a jobb- és bal oldal idegei összefonódnak s így mindkét oldalon meg kell szakítanunk a sympathicus és parasymphaticus pályákat. Az egyik oldal érzéstelenítése után, néhány nap múlva a másik oldalon hasonlóan kell eljárunk.

Az idegvezetés megszakítására eddig adrenalinmentes novocaint használtam. A legutolsó érzéstelenítéseket azonban már 2%-os percain-oldattal végeztem. A percain hatása tovább tart, mint a novocainé s így lehetséges, hogy a hatás is kifejezettebb lesz.

A sorozatos sympathicus és gerincagyi ideg érzéstelenítés nagy előnye a sympathicus műtétekkel szemben az, hogy az eljárás egyszerű, kellőképpen végezve veszélytelen, halálózása a s. műtétekkel ellentétben nincsen. [Matolay—Verebélj emlékkönyv 1939 — 12 lumbalis ganglion-kiirtásról számol be 6 gyógyulással (50%), 3 halálózással (25%)]. A befecskendezések számát szükség szerint megismételhetjük. A sacralis s. fonatot és a keresztcsont vajúlatában lévő gerincagyi idegeket legközelebb ismertetendő ischiocracalis módszerrel érzéstelenítettem. Ez az eljárás sokkal egyszerűbb, mint a keresztcsontmenti (praesacralis) érzéstelenítés s vele a végbél megsértése, ami a keresztcsonti érzéstelenítés sok esetében ismeretes, biztosan elkerülhető.

Maggi és Mazzochi állatokon mellékveseátültetésekkel endarteriitis obliterans elő tudtak idézni. Leriche és Fontaine az ő eredményeiket megerősítették. E kísérletek alapján igen valószínű, hogy az endarteriitis előidézője, a mellékvesék fokozott működése. Ezért endarteriitis obliterans esetében az eredmény biztosítására most sorozatos mellékveseérzéstelenítést fogok végezni. Ily módon talán a mellékvesék fokozott működését csökkenthetjük és ezáltal az endarteriitis okát kiküszöbölhetjük. Hogy sorozatos érzéstelenítéssel mennyiben sikerül a sympathicus tonus leszállítása, s a sympathicus műtétek számának csökkentése, azt a jövő észlelés mutatja meg.

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

## Az exsiccatiós állapotok kezelése.

Irta: Kerpel-Fronius Ödön dr.

Ha kiszikkadt állapotban kerül elének egy beteg gyermek, 3 kérdést kell gyorsan megoldanunk:

1. milyen összetételű folyadékkal pótolhatjuk az elszívott vizvesztéséget?

2. hogyan adjuk be az oldatot?

3. mennyi folyadékot kell adnunk?

1. Az exsiccatio leküzdésére alkalmas oldat összetételét úgy választjuk meg, hogy a kellő vízbevitelen kívül igyekszünk a testnedvek helyes kémiai összetételét is helyreállítani, ugyanis csak ekkor van kilátás maradandó rehydrálásra. Ezt a célt egységes eljárással nem érthetjük el. Ismételtén felhívtam a figyelmet arra, hogy pathologiai és therapiiai szempontból egyaránt fontos a vízhiány egyes formáinak elkülönítése. A vízvesztés localisatiója szerint megkülönböztetünk extra- és intracellularis vízvesztéséget. Klinikai szempontból



legjobb a vízvesztés keletkezési módját beosztási alapul venni, mivel ennek a függvénye a só- és savbázisháztartás viselkedése.

## I. táblázat.

## A vízhiány különböző formái.

I. Szomjazási exsiccosis:	II. Primaer sóhiányt követő exsiccosis:
a) szomjazás;	a) gastricus eredetű;
b) hyperventillatio;	b) enteralis eredetű.
c) kényszerdiuresisek.	c) renalis eredetű.
	II. a) Vízraktározódás.

Táblázatunk szerint a vízhiány két nagy csoportját különböztetjük meg, a szomjazási és a sóhiányt követő exsiccosis. A két típus abban különbözik egymástól, hogy a szomjazási forma nem jár sóhiánnyal, a vízvesztés pedig — mint régebbi munkákban kimutattuk — megoszlik az extra- és intracellularis vízraktár közt. A két forma kezelése különböző:

Ha a sóhiánnyal járó exsiccatiót csak vízzel vagy dextroseoldattal kezeljük, úgy vagy eredménytelen lesz a kezelésünk, vagy ha nagyobb vízmennyiséget adagolunk, bajba sodorjuk a beteget. Olyan nagymértékű felhígulást tapasztaltunk ilyenkor, mint „vízmergezésben”, ahol is a halál okát az osmotikus concentratio nagyfokú csökkenésében látják. Végeztünk állatkísérleteket is, melyekből kiderült, hogy nagy sóvesztés után már aránylag kis mennyiségű víz itatásával vízmergezést lehet kiváltani.

Ha sóhiánnyal járó exsiccatiós formákban kisebb adagokban adjuk a vizet, akkor, mint ahogy azt kísérleteinkben bebizonyítottuk, a bevitt víz csak átfut a szervezeten anélkül, hogy feltöltené a kiürült vízraktárakat.

Az egyes sóhiánnyal járó exsiccatiós formák kezelése sem egyforma. Legkönnyebb a dolgunk a „gastricus” exsiccatióban. Hányáskor a Cl-vesztés nagyobb, mint a Na-vesztés. A legszebb eredményt egyszerű konyhasós oldattal érjük el, mivel az a szervezet szempontjából, melyben több a Na-, mint a Cl-ion, savfelesleget jelent.

Enteralis és renalis exsiccatiókban azonban bonyolult helyzetek fordulhatnak elő. Francia szerzők magas serum vagy vérsajtchlor esetén contraindicálják a konyhasós adagolását, mert azt hiszik, hogy a hyperchloraemia az egész szervezet chlorimpregnációját jelenti. E nézettel szemben állást kell foglalni, mivel a vérchlor nem enged következtetést a szervezet kókéleltre. Ha a vízvesztés meghaladja a sóvesztés nagyságát, akkor a vérchlor még sódeficit esetén is magas lesz. Ezt a tényt igazoltuk bilanzkísérletekben, de látjuk klinikai eseteinkben is, ha a talált chlorértéket a serumprotein segítségével normalis vérmennyiségre számítjuk át. Kiderül ilyenkor, hogy a sóhiányt a vérbesűrűsödés eltakarta. Látjuk tehát, hogy az enteralis exsiccosis hyperchloraemiás formáiban sem nélkülözhetjük a konyhasót, bár helyes azt ilyenkor physiologiánál higabb oldatban adni.

A vörösvérsejtek chlorja sem tekinthető a szervezet sótartalmának mértékének. Láthatjuk ezt következő kísérletünkben: Nyúlunk 3 napon át 2x40 ccm 40%-os dextroseoldatot adunk intravenásan. Az így előállott kényszerdiuresis folytán az állat sótartalmának 1/4 részét elvesztette. Mivel azonban vizet nem vittünk be, az állat vízvesztése nagyobb volt, mint a sóvesztése, ezért a serumchlor 101 meq-ről 110-re emelkedett. Most az állat megüzésével erős acidosiszt provokáltunk. A bicarbonat 19 meq-ről 10-re süllyedt, a vörösvérsejt-chlor 50 meq-ről 59-re emelkedett. Az állat, mint a sóvesztés nagyságából tudjuk a magas serumchlor és igen

magas vörösvérsejt-chlor ellenére súlyos sóhiány állapotában volt.

Az elmondott példák alapján a hasmenés, vagy kényszerdiuresis folytán létrejött exsiccatiók hyperchloraemiás formáinak kezelésében sem tartjuk nélkülözhetőnek a konyhasót. Mi ezeket az eseteket beosztásunk szerint „kevert formák”-nak tartjuk, mivel itt a vízvesztés felülmúlja ugyan a sóvesztés nagyságát, de eltérőleg a tiszta „szomjaztatásos” exsiccatiótól hyperchloraemia ellenére mégis sóhiány áll fenn. A vörösvértestek chlorjának szaporodása kétségkívül acidosis, de nem chlorimpregnatio jele, ezért ilyen esetekben, úgyszintén alacsony bicarbonat esetében a konyhasóoldathoz bicarbonatot kell adnunk. Elméletileg még súlyos acidosis eseteiben is elegendő csak konyhasót adni, mivel a vese a konyhasó natrium és chlorionját „selective” képes kiválasztani, vagyis acidosis esetén nagyobb mennyiségű chort ürít, mint natriumot. A gyakorlatban azonban épen a súlyos acidosisal járó enteralis exsiccatiókat csaknem teljes anuria kíséri, míg tehát a diuresis meg nem indul, addig a fennálló acidosis konyhasóbeadásra (natrium aránya a chlorhoz 1:1!) fokozódik és esetleg veszedelmes méretet is ölt. Különösen vonatkoznak az elmondott aggályok a „renalis” exsiccatióra, mikor egy hyposthenuriás, selectiv veseműködésre alig alkalmas vesének kell megbirkóznia a chlorterheléssel.

A só-bicarbonat és dextrosekezelés eredménytelen lesz olyan esetekben, melyekben a vérplasma mennyiségének megkisebbedése nemcsak a vérplasma sós vizének megcsökkenése, az anhydraemia folytán következik be, hanem ha ezt a teljes, tehát fehérjét is tartalmazó vérplasma kilépése okozza az edényrendszerből. Egyedül sós vízzel ilyenkor csak oedemát és nem marandó rehydrálást okozhatunk. A hiányt tehát fehérjertartalmú sós oldattal, plasmával, transfusióval pótoljuk. További helyzet, melyben sós vízzel nem érünk el semmit, az intracellularis exsiccosis. Konyhasós oldattal kaliumtartalmú sejtvizet nem pótolhatunk — legkevesbé akkor, ha, mint ilyenkor gyakran, még protoplasmaszétesés is szerepel. — Azzal sem érünk semmit, ha kaliumtartalmú oldatokat is adnánk, mivel a sejthártya a kaliumot csak bizonyos körülmények között bocsátja át. Ilyen esetekben a csecsemő diætetika türelmi feladata az intracell. rehydratio keresztülvitele, a „reparatio”.

A szomjazási exsiccosisok csoportjában a kezelés igen egyszerű. A sóforgalom itt csak annyiban zavart, hogy a vérbesűrűsödés folytán emelkedik a sóconcentratio. A vízhiányt csak egyszerű dextroseoldattal kell pótolnunk, mivel sóbevitel „sólázt” okozhat. Ilyen az újszülöttek transitorikus lázával kapcsolatos exsiccosis. Ez is ritka lett a prophylaktikus teáztatás általánosítása óta. Ebbe a csoportba tartoznak továbbá egyes grippetoxicosisok, melyekben a vízvesztés pulmonalis úton jön létre a hyperpnoe következtében.

Az extracellularis exsiccatio általában akkor válik életveszélyessé, ha anhydraemiát okoz. Az anhydraemiás keringési zavar következtében azonban meglássúbbodik a peroralisan, subcutan, vagy intraperitonealisan beadott folyadék felszívódása. Toxikus csecsemőkben a subcutan beadott folyadékot néha még a boncasztalon találjuk meg. Feketével kimutattuk, hogy exsiccált állat beleiből a dextroseoldat igen lassan szívódik fel.

A hasüregbe adott dextroseoldat néha shokot vált ki. Ilyen halálos shokot látunk exsiccált kutyaiban, melynek nagyobb mennyiségű dextroseoldatot adunk intraperitonealisan. A megmentendő állatok 1/2 órával a dextrose befecskendezése után elpusztultak. Ennek



paradox eredménynek ma már magyarázatát tudjuk adni. Még a dextrose felszívódása előtt a vérplasmából só diffundál a peritoneumba, ezért a plasmában esik az osmotikus concentratio, amiért is onnan víz áramlik a sejtekbe. A dextroseoldat felszívódása előtt tehát a máris exsiccált állatok anhydraemiáját fatalis mértékben növeltük. *Anhydraemiás keringési zavar esetében tehát csak az intravenásan adott folyadéktól remélhetünk biztos hatást.* Szükségesnek látjuk itt is megjegyezni, hogy a túlságosan koncentrált dextroseoldatok intravenás adagolását nem tartjuk célszerűnek állatkísérleteink alapján. Azt találtunk ugyanis, hogy a hirtelen keletkezett nagyfokú hyperglykaemia renalisán só- és vízvesztést okoz, mely exsiccált sószegény szervezetre nem lehet közömbös. Kísérleteinkben 40%-os dextrose ismételt intravenás adagolásával halálos sóhiányt okoztunk.

Harmadik kérdésünkre, a folyadékbevitel nagyságának a kérdésére csak néhány példa keretében térhetünk ki. Az adagolás nagysága igazodjék az elvesztett víz mennyiségéhez, a beteg akkor tekinthető gyógyultnak ha folyadékraktárai ismét teljesen fel vannak töltve. Célunk eléréséhez azonban egy nehéz problémát kell megoldani: mi az exsiccosis nagyságának a mértéke? Acut esetekben a súlycsökkenés nagyjában mérete a vízvesztésnek. A súlyesés nagysága azonban cserben hagy, ha chronicusabb esetekről van szó, illetőleg, ha a beteg testsúlyát nem ismertük a vízvesztés kezdete előtt. Közelítő becslésre alkalmas a serumproteinconcentratio értéke, a vörösvérsejtek száma, a haemoglobin értéke, a haematokritérték, a vérmennyiség meghatározása, valamint az exsiccatio általános klinikai jeleinek az értékelése. Cserbenhagy a serumprotein értéke igen leromlott egyénekben is, tudjuk ezeken gyakori a hypoproteinaemia, ez az alacsony érték még nagy vízvesztés esetén sem emelkedik esetleg még normalis értékre sem. Ugyanez áll a vörösvérsejtszám, ill. haemoglobin használatosságára is. Példaként felhozzuk következő észlelésünket: 3 éves gyermeket dysentériából eredő exsiccatiós keringési collapsussal vettünk fel a klinikára. A gyermek testsúlya 12.20 kg. A vörösvérsejtszám 4.260.000, a haemoglobin: 98%, serumprotein 8.36%, a vérnyomás 33/53 Hg mm. A bőr, arc, pulsus, vérnyomás és serumprotein kétségtelessé teszik a súlyos exsiccatiós collapsust. Két részletben 250 ccm phys. konyhasót adunk 5%-os dextroseval intravenásan, másnap 100 ccm sóoldatot intravenásan és bőven Ringeres teát per os. Negyedig napon a beteg testsúlya 13.75 kg, vörösvérsejtszáma 3.960.000, Hgb. 36%, serumprotein 7.42%. A vérsajtpusztulás ugyan-e betegben tovább folyt, 1 héttel később a vörösvérsejtszám 3.100.000, a haemoglobin 75%-ra csökkent. Ha az exsiccatio ebben a stadiumban lépett volna fel, a vörösvérsejtszám természetesen még kevésbé mutatott volna exsiccatióra.

Ilyen esetekben a víz- és sóvesztés nagyságát az összes klinikai és vérchemiai jelek egybevetésével lehet csak megállapítani. Hangsúlyozzuk, hogy a sóhiány nagyságának megbecslése a serumchloridból vagy natriumból csak akkor lehetséges, ha a talált számok értékelésében az exsiccatio fokát is számításba vesszük.

Vannak esetek, mikor a folyadékbevitel nagyságát nemcsak a már bekövetkezett vízvesztés nagyságához kell mérnünk, hanem, mivel a vízvesztést kiváltó alapokat nem küszöbölthetjük ki, versenytetés keletkezik a folyadékbevitel és a folytatódó vízleadás között. Néha szinte hihetetlen nagyságú só- és vízbevitel után is reexsiccál a beteg. Parenteralis toxikosisban szenvedő 8 hónapos csecsemő esetében kerültünk ilyen helyzetbe. A csecsemőnek 6.440.000 vörösvérsejtje és 122%-os hae-

moglobinja volt és pedig néhány napos folyadékkezelés után. *Schick és Karelitz* szerint ekkor venaclysmában 3 napon át napi 1200—2500 ccm mennyiségben dextroset és konyhasót adtunk intravenásan. Harmadik napon még a vörösvérsejtszám 6.000.000 és a haemoglobin 143% volt.

Az elmondottakban nem akartuk teljes képét adni az exsiccatiós állapotok kezelési módjainak, szándékunk csupán az volt, hogy a klinikai routine-kezelés elméleti alapjait néhány klinikai és kísérleti példával megvilágítsuk.

## IRODÁLM I SZEMLE

### BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

**A thrombocytaszám viselkedése nagy C-vitaminadag intravenás injeciálására.** *Papayanopolos és Schroeder.* (Klin. Wschr. 1939. 12.) A C-vitamin vérzésesöklentő hatása alapján vizsgálták a nagy C-vitamin intravenás adagolásra történő thrombocytaszámváltozást *Fonio* és *Flössner* módszerrel 20 felnőtt betegen, akik közül mindössze egy thrombopeniás volt, a többi válogatás nélkül, acut vagy chronicus betegségben szenvedett. A legnagyobb C-vitamin egyszeri adag 1000 mg volt. A naponkénti adagolás után vizsgálták a thrombocytaszámot. Vizsgálataik alapján a nagy adag intravenásan adott C-vitaminnak a thrombocytaszámot jelentősen emelő hatását észlelték a physiologiás értékeken belül. Werlhof-kóros betegen a hatás kisebb volt, 100.000-nél többre nem sikerült a vérelemek számát emelni. Az egyszeri adag hatása 15 perc múlva emelkedést mutató thrombocytaszámgörbe az injectiót követő 1½ óra múlva visszatért a kiindulási értékre. Hatásmechanismus tekintetében a csontvelő izgalmát feltételezik, de nem tulajdonítják vitaminhatásnak. (K. 123.)

*Flesch István dr.*

**Arthrosis deformans, idült myalgia és neuralgia kezelése, különös tekintettel a kéntherápiára.** *O. Erlsbacher.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 40.) A kénkezelés, mint valódi ingertherapia végezhető sulfur praecipitatum olajos emulsiójával (1/4%), vagy a forgalomban lévő gyári készítményekkel (sulfurogen, detoxin, sacasu, stb.). Heveny és idült gyulladási ízületi bajokban nem ajánlja, mert a folyamat fellángolásához vezethet. Egy új készítményt próbált ki: eupragin, mely natrium sulfuricumot és kalium-natrium tartaricumot tartalmaz. A szerző szerint nem mint ingerkezelés hat, általános és helyi reakciót nem vált ki, hanem mint elektrolyt a szervezet kénzegénységét egyenlíti ki a beteg ízületi porcok oxygen-ellátását javítja. 80 esetben próbálta ki és figyelemreméltó eredményeket ért el. Emellett a betegek vizgyógyászati kezelésben is részesültek. Arthrosis deformans esetében eupraginon kívül pefészekhormont, csukamájolajat és radiumos ivókúrát ajánl. — (B. 66.)

*Zemplén Béla dr.*

**Heveny mellékveseelégtelenség amyloidosis következtében.** *H. Kahler.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 40. sz.) Három esetet közöl, melyekben idült vesebántalom mellett heveny mellékveseelégtelenség tünetei léptek fel és rövid idő alatt halálhoz vezettek. Két betegén klinikailag is sikerült a helyes kórismét felállítani. Boncolás mindhárom esetben súlyos mellékveseamyloidosist és idült, amyloidosisal járó vesefolyamatot mutatott ki. Ámbar a vér- és vizelet chlorid és natrium-tartalmát nem határozták meg, szerző felveszi, hogy a vesebajos hyperchloraemia az Addison-tüneteket hosszú ideig visszatartotta és ezért csak a mellékveseműködés teljes kiesése okozott heveny formában klinikai tüneteket. (B. 67.)

*Zemplén Béla dr.*

**A tonsilla és a fejlődés.** *Pohl I.* (Ztschr f. ges. exp Med. 1939. 105. 330.) A tonsillának, mint esetleges belsősecretiós szervnek a fejlődésre gyakorolt hatásáról megoszlanak a vélemények. A kérdés eldöntésére beszárított tonsillával, kontrollként pedig beszárított léppel etetett kis halakat, mint xiphosporus helleri, girardinus gruppii és axoloti. A tonsillával tápláltak növekedése, főleg az axolotl-nál na-



gyobbmérvű volt. A tonsilla e kísérletek szerint a thymus-hoz hasonló hatást fejt ki. (B. 68.)

Kuchárik József dr.

### SEBÉSZET

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

**A heveny pankreaselhalás klinikájáról és terapiájáról.** Reichel. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 3.) A szerző a gráci sebészeti klinikán 134 pankreaselhalás miatt kezelt beteg adatait dolgozta fel. 89 operált közül meghalt 41, a conservatíven kezelt 31-ből csak 4. A conservatív kezelés alapvető feltétele a biztos kórisme; alátámasztására az éhgyomorra vett vércukor és a vizelet diastase tartalmának vizsgálata szolgál. A conservatív kezelés 3–4 napon át abszolút nyugalom mellett, mindennemű szájon át nyújtott táplálék megvonásából, morphiium és spasmolyticum adagolásából áll, a hasra melegítőt alkalmaz; a szív erősítése, valamint par-enteralis folyadékbevitel igen fontos. A conservatíven kezelt betegek epehélyagját 5–6 hét múlva minden esetben el kell távolítani, mert az epeköbetegség a pankreasnekrosis egyik főokaként fogható fel. Fenti eljárással a halálozást 12%-ra sikerült leszállítani. (F. 69.)

Fedeles Fildelsen László dr.

**A resecált gyomor motilitásáról.** Otto. (Arch. f. klin. Chir. 197. 3.) 33 esetben gyomorresectio után (21 naptól, egészen 28 hónap eltelté után), contrastanyaggal elkevert étellel vizsgálta a gyomor motilitását. Resecált gyomornál, szemben, a nem operált gyomorral, a tápláléknak a gyomorban való tartózkodási ideje még megközelítőleg sem ad elegendő időt. Átlagban azt mondhatjuk, hogy a kiürítési idő a resecált gyomornál megrövidült; a contrastélelem lassabban ürül, mint az egyszerű contrastanyag. A műtét óta eltelt idő és a tápláléknak a gyomorból kiürülése között összefüggés nem volt kimutatható. Ugyancsak nem volt kimutatható összefüggés a kiürülési idő és a beteg esetleges subjectiv panaszai között. (F. 70.)

Fedeles Findeisen László dr.

**A meniscussérülések pathogenesis és terapiája.** Weisbach. (Wien. Med. Wschr. 1939. 20–21–22–23.) 700 észlelt, 374 operált esetről számolt be a szerző. A sérülések gyakorisága: 79% football, 9% ski, 12% sport nélkül jön létre. Leggyakoribb a haránt meniscustörés, kevesebb a hosszanti. Gyakran jön létre elváltozás a Hoffa-féle zsriszövetben, relative gyakori a keresztzalag elváltozása. Összes operált eseteik munka- és sportképesé váltak. Legrosszabb indiatuak az osteochondritiszes folyamatok, továbbá porncrociost vagy izegeret okozó elváltozások. Ezek operatív gyógyítása, valamint a keresztzalag kevesebbé egyszerű, mint a meniscus ártalmak műtétje. Leggyakoribb complicatio a recidiváló izzadmány (4%). A műtét eljárás Foramenti prof. nevéhez fűződik. Heg ártalom elkerülése céljából fontos a kis metszés. (V. 1.)

Galambos József dr.

**Selyem használata a pajzsmirigy sebészetben.** Dunphy és Botsford. (Surgery etc. 1939. 69. 4.) Azáltal, hogy catgut helyett finom selymet használtak, a nem gyógyuló sebgyógyulási szövödményeket 40%-ról 15% alá, a gyógyeseket pedig 3.2%-ról 0.38%-ra sikerült leszorítani. Gyógyes gyakoribb volt azokban az esetekben, ahol drainezték, viszont egy esetben sem észleltek fertőzést azon thyreoidectomiák után, melyekben finom selymet használtak és a sebet elsőslegesen zárták. (V. 12.)

Rubányi Pál dr.

### ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

**Az abscess-tonsillektomia javallatairól.** O. Steurer. (Archiv f. Ohren-, Nasen- etc. 146 Bd. Heft 4.) Szerző a rostocoki klinika nagy beteganyagáról beszámolva, az abscess-tonsillektomia javallatait a következőkben ismerteti: 1. ha tonsillaris sepsis áll fenn; 2. ha fenyegető tonsillaris sepsis iégkisebb jelei mutatkoznak; 3. ha peritonsillaris tályog esetében az incisioval nem ürül geny, amikor is fel kell tételezni, hogy mélyenfekvő tályogról van szó; 4. ha pozitív eredményű incisio mellett a tályog nem a tonsilla felső részére localisálódik, hanem alul, vagy a hátsó garatig mentén terjed, úgy, hogy a bemetszés dacára a kiürülés nem elegendő; 5. ha a peritonsillaris tályog eredményes incisio után sem gyógyul meg, hanem sipoly marad vissza; 6. ha az eredményes incisio ellenére a láz még 3 nap után sem szűnik

meg, vagy ha már megszűnt, egy idő múlva megint jelentkezik és ha a vérkép gyulladáshoz elváltozásra mutat; 7. ha tovaaterjedő phlegmone jelentkezik a nyelvgyökön, a hátsó garatfalán, a gégében, vagy kívül a nyakon és végül 8. ha a peritonsillaris tályog incisioja után erős vérzés lép fel. Szerző a mandulák kiirtását egyidőben végzi el mindkét oldalon. (A. 1.)

Hajnal György dr.

### GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

**A pankreas hyperfunctioja.** Berger. (Klin Wschr. 1939. 17.) Megkülönbözteti a külső és belső elválasztású mirigyrész hyperfunctioját. Az előbbi a hyperchylia pankreatica, az utóbbi a hyperinsulinismus. Az előbbi meghatározására szolgál a szerző kidolgozott módszer a fractionált duodenalis fermentmeghatározás segítségével nyugalmi- és munkaphasisban. A hyperchylia-nak ismét 2 alakját különbözteti meg: 1. a nedvelválasztásnak és 2. a fermenthatásnak a fokozódását. Ezek egyáltalán nem haladnak egymással párhuzamosan, sőt a fermenthatás fokozódásában is több variatio lehetséges, amennyiben az amylase, a trypsin és a lipase vagy együttesen, vagy külön-külön is nagyobb mértékben lehetnek jelen a pankreasnedvben. Ezáltal a gyors functióknak meglehetősen nagy sokasága és tarka változata jöhet létre, amelyeknek felderítése nem egyszerű feladat a gyakorlatban. A hyperchylia mind organikus és functionalis pankreasbetegségekben fordul elő, mind egyéb eredetű máj-, epe-, gyomor- és bél-, idegrendszeri és más bajokban is. Therapiás szempontból előnyösnek mutatkozott a pankreasferment-készítmények adagolása. A hyperinsulinismus az insulin-túltermelés folytán keletkezik, vagy a pankreas betegsége, vagy a pancreason kívül eső egyéb belső elválasztású mirigyek, ill. a központi idegrendszer functiozavara révén. (K. 124.)

Geldrich János dr.

**Csecsemőkön végzett vértransfusio.** Svejcar. (Nourrisson. 1939. 1.) Szerző újabb 83 vértransfusio kapcsán a transfusio indicatióit a következőkben állapítja meg: újszülöttek vérzékenysége, anaemia, post operativ shok, táplálkozási zavar és toxi-infectiók. Ez utóbbi csoportot két részre osztja a klinikai és haematologiai lelet alapján: septicus és olyanokra, amelyekben az infectio nem hatott septicusan a szervezetre. Septicus esetekben a transfusiónak nincs hatása, a nemsepticusokban pedig igen jó eredményeket ad. A transfusio hatása nem az immuntestek bevitelében, hanem a szervezet ellenállásának növekedésében van. (K. 132.)

Kulcsár Margit dr.

**Allergenvizsgálatok allergiás bőrbajokban.** Rost. (Klin. Wschr. 1939. 18.) A táplálék okozta allergiás bőrbajok kiváltó okának felderítésére a Widal-féle haemokliás kriosist alkalmazta, az ú. n. Vaughan-féle leukopeniás index alakjában. Az eljárás lényege az, hogy meghatározzuk a fehérvérsejtszámot éhgyomorral és 45 perccel a vizsgált anyag elfogyasztása után. Azt találta, hogy ez a módszer igen megbízható a táplálék-allergének kimutatására. Exsudativ ekzematoid, ekzema, pruritus universalis és localisatus 43 esetében igen szép gyógyeredményeket ért el ennek a módszernek az alapján, anélkül, hogy bármilyen helyi kezelést alkalmazott volna, kizárólag azáltal, hogy a diatával az allergent kikapcsolta. (K. 122.)

Geldrich János dr.

**Megjegyzések a Chemnitz s környékén lefolyt poliomyelitis-endemiához.** Huber. (Mschr. f. Khk. 78. 5–6.) 1938-ban júliustól decemberig 152 poliomyelitis betegséget észlelt. Ezek között csak három iker volt. Azonos osztályban egynél több betegség csak egyszer fordult elő. Letalitás 10.5% volt. A betegségre megfázás, erős felmelegedés operatio és psychikus trauma hajlamosít. A betegség valamennyi alakját észlelték. A poliomyelitis szerintük vörhenyre és varicellára hajlamosít. Reconvalescens serumtól nem láttak therapiás hatást még praeparalytikus statusban sem. A transfusio kedvezően hat a betegség lefolyására, a 20–30%-os dextrose szintén. Az intralumbalis tetraphan néha életmentő hatású lehet. Betaxinra javulást nem észleltek. Nagy liquor nyomásúakon ismételt lumbal punctiót alkalmaztak és amint a hyperaesthesia megengedte faradistáltak. Egy évig gyakorlatokat és massaget végeztek víz alatt jó eredménnyel. (K. 167.)

Cziglány Flóris dr.



## BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő

**A bőr és máj közötti összefüggés kísérletes vizsgálata.** Dubowj M. (Dermat. 79. 6.) Májbetegségek kapcsán a bőrben kóros elváltozások jelentkezhetnek, viszont különféle bőrbetegségek következtében a máj is sérülhet. Ezekben az összefüggésekben a még alig vizsgált reticulo-endothel (RE.) nagyfontosságú. E szempontból 5 egészséges és 25 máj-illetőleg bőrbeteg egyént vizsgált meg. A májsejtek működését a Bauer, Falta, Heijmans, v. d. Bergh és Smiedt próbákkal a máj RE.-rendszerét az Adler-Reimann-féle kongóvörös próbával, urobilinogen, cholesterolin-tükör és monocytaszám-meghatározással, a bőr RE.-rendszerét pedig a Klein, Brugsch, Leszczynski-Blatt próbákkal vizsgálta. Szerinte a májbetegségben a máj RE.-rendszerének működése csökkent. De csökkent működést talált olyan betegekben is, kiknek a mája ép volt. Egyidejűleg végzett vizsgálatokból ilyenkor a bőr RE.-rendszerének rendellenes működése derült ki. Ebből következik, hogy a bőr és a máj RE.-rendszer között szoros kölcsönhatás van. Egészséges egyén májának és bőrének RE.-rendszere együttműködik (Sz. 117.)

Sipos Károly dr.

**Singultus keletkezése és klinikai jelentősége pemphigus betegekben.** Pastinszky I. (Dermat. 80. 1.) 4 pemphigus betegben ismételt singultus jelentkezett, hasháyaizalmi tünetek nélkül. E betegekben a száj-, légcső-, nyelöcső-, sőt a gyomorbélhuzam nyálkahártyája is sérült volt. A singultus atropin-befecskendezésre múlt el. A singultus reflexet a súlyos nyálkahártyasérülés miatt izgatott nervus vagus és phrenicus váltja ki. A vagus izgalmára mutat a roham alatti bradycardia is. Súlyos pemphigusos esetekben, ahol egyéb intoxicációs tünetek is vannak, a singultus központi eredetűre is gondoljunk. Ezek az esetek a legrosszabb kórjóslatúak. (Sz. 116.)

Sipos Károly dr.

**Lymphogranulomatosis inguinalisban szenvedő egyének vérsavójában és csontvelőjében észlelhető elváltozások jelentősége.** Otto Gsell. (Klin. Wschr. 1939. 22.) Egy eset kapcsán szerző a következőket állapítja meg: 1. A Ravaut által először hangoztatott azon felfogást, hogy a lymphogranulomatosis inguinalis nem helyi, hanem az egész szervezetre kiterjedő fertőzés, bizonyítja az a megállapítása, hogy a reticulo-endothelialis rendszerben jellegzetes gyulladás észlelhető; 2. Úgy látszik, hogy e rendszer a gyulladás következtében könnyen kicsapódó fehérjéket termel. Ennek következménye a pozitív Takata reactio is, mely a reticulo-endothelialis rendszer gyulladással járó folyamatainak vagy a reticulum sejtek daganatos betegségének következménye; 3. A félheveny és idült esetekben a hyperglobulinaemiának, a pozitív Takata-reactiónak, a fokozott vvs.-süllyedésnek, a monocytaszám megszorodásának jelentős szerepe van a lymphogranulomatosis felismerésében; 4. Amíg e jelenségek észlelhetők a betegséget nem tarthatjuk gyógyultnak. — (Sz. 121.)

Jobst Pál dr.

**A nocardia bovis pathogenitásáról.** Dósa A. (Dermat. 79. 5.) A szegedi bőrklinikán igen sokféle bőrelváltozást tapasztalt ki nocardia-gombát. Tapasztalata szerint a nocardia, mint az aktinomyces aerob alakja, mind az emberi mind pedig az állati szervezetre kórokozó lehet és éppen olyan tökéletet képezhet, mint az anaerob fajta. A tökélezés a gombák faji sajáttsága, amit szerinte az is bizonyít, hogy a nocardia tökélet nemcsak a szervezetben, hanem függőcseppben is képez. Emberben a nocardia törzsek igen változatos fertőzőképességet mutatnak. Egyszer igen súlyos akár halálos, máskor egészen enyhe elváltozást okoznak, gyakran pedig minden ártalom nélkül elviseli őket a szervezet. A fertőzőképesség az illető törzsek alaki tulajdonságával nem függ össze. (Sz. 115.)

Sipos Károly dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**A malariától a rákig.** Sáska László. Meglepetéssel olvasuk, hogyan jut el Afrikába szakadt collegánk a malariától a rákig. Háromféle malaria „plasmodiumot” ír le, melyek szerinte mindenütt előfordulnak s mindenféle betegség kórokozói. — A paraziták igen sajátosak: „a parazitatest kifejlődött állapotban teljesen és tökéletesen olyan, mint a

vérsajt, az eddigi vizsgálok erythrocytának nézték”. „A vérelemzéseknek leírt képletek nem vérelemzések, hanem paraziták és pedig Plasmodium pallidum alakjai”. „A Plasmodium multiforme fejlett egyedei nagyság tekintetében megfelelnek a fehérvérsejteknek, de vizelettel kiürülve alakjukat sokalakú kristályformára változtatják. Ugyanígy alakja a bélsárral vagy anyatejjel is ürül ki.” Van azonban a parazitáknak filtrálható alakja is. — Azt hiszem ezek után nem csodálatos, ha a szerző megállapítja, hogy „kivétel nélkül minden emberi lény fertőzött”. „Negatív vérelet nincs”. „A parazita életképessége határtalan”. Kimutatható az agyban, epében, nyálban, állati serumokban, gyümölcsben, conservékben, ivóvízben, házilégben, Culexben, stb mindezen anyagok fertőzőek, „az anyatej súlyosan fertőzött” — legfeljebb az a különös, hogy „a malariás lázas vért szivott szunyogok a betegséget nem tudják továbbterjeszteni”. — E plasmodiumok a rák, trachoma, fekete-himlő, asthma, csecsemőkori belhurut, gonorrhoea, stb., stb okozói, melyekről a szerző kijelenti, hogy mindig ugyanazzal a parazitával van dolgunk. A betegségek részletes leírása kapcsán olvassuk pl., hogy „a himlőfajtákat okozó malariaplasmodiumokat könnyen ki tudjuk mutatni. Bártran vizsgálhatjuk a fekete-himlő váladékát is, fertőzés lehetséges részünkre csak akkor áli fenn, ha legyek kerülnek szájnyalásunkhoz.” —

A könyv ismertetőjének feladata, azt hiszem, e néhány idézettel már kimerült. A szép kiállítású, 38 ábrával diszített könyv azonban még sok ingerlően szokatlan „megállapítást” közöl, melyek gondolatfűzése a „szakember” számára talán érdekes is. Azt hiszem azonban, hogy nem szükséges a könyv több mint szokatlan állításaival vitába bocsátkozni.

Makara György dr.

**Erste Hilfe bei Kieferbrüchen und Schussbrüchen.** F. Proell prof. (Georg Thieme. Leipzig. 1939. Ára: 1.60 RM.) A szerző röviden, de amellel teljesen kielégítően írja le a könyvében az állcsonttörések alkalmával követendő első segélynyújtást, ami különösen harctéren vagy vidéki gyakorlatban bír elsőrendű jelentőséggel. Sorra veszi a különböző típusú töréseket s az azokon alkalmazandó kötések és sinezéseket, melyeket a szöveghez mellékelte ábrák kíséretében szemléltetnek.

F. E. ár.

## A Debreceni Orvosegyesület november 23-i ülése.

Bemutató:

**Sántha K. és Hüttl T.: Idegsebészeti esetek. a) A VII. nyakcsigolya chondromája gerincvelői compressióval.** 30 é. férfi 4 év óta beteg. Bal keze zibbadni, majd gyengülni kezdett, fél év múlva ez lábain is jelentkezett, majd merevgörccsös bénulás fejlődött ki rajtuk. Fájdalmi sohasem voltak. Th 3-tól lefelé érzésviz. Liquorban rendes sejtszám, fehérjeszaporulat, xantochromia. Rtg. VII. nyakcsigolya magasságában extramedullaris daganat, mi a műtétkor galambtojásnyi hyalin-chondromának bizonyult. 2 nappal eltávolítása után lábait mozgatja, 5 hét múlva jár, 8 hét múlva lábán távozik, 3 hónap múlva mezei munkát végez. Tanulságok: 1. gyöki fájdalom hiánya, 2. csodálatos gyógyulás az évekig tartó bénulás után, 3. a Rtg. lelet, 4. az esetnek mint valódi chondromának nagy ritkasága

b) **Hernatio nuciei pulposi a mellkasi gerincvelői compressiójával.** 46 é. férfi 5 hónapja beteg. Talpaiban zibbadás, mely felhaladt a térdéig, időnként nyilalások. Később lábait gyengülni kezdtek, merevekké váltak, L<sub>1</sub>-től lefelé érzésviz., ataxia. Lumbalis liquorban rendes sejtszám mellett fehérjeszap. A lipiodol a X. háti csigolyánál akad meg, de másra nagra nyeresze leszáll. A X. és XI-ik csigolya porckorongjaiban mészlakodás. Dg.: extramedullaris daganat a X. háti csigolya magasságában. Műtétnél a kritikus helyen félgömbszerű szövettanilag degenerált rostos porcogó. Műtét után a paresis fokozódik, majd fürdő, massage és villamos kezelés után javulás. A 11-ik heten lábán távozik. Tanulságok: 1. a gyors kifejlődés rosszindulatú tumorra adott gyanút, 2. mészlakodás a beteg csigolyaközi porckorongban, 3. nagyobb gyöki fájdalmak hiánya.

c) **Parasagittalis meningeoma.** 49 é. férfi 3 éve beteg, a jobb alsó végtagban meginduló és felfelé az egész jobb testfelére kiterjedő görccsös rohamokban szenved, hol eszméletvesztéssel, hol anélkül. Utóbbi időben a görccsök sürűbbek, j. o. végtagjai gyengülnek, feje fáj, szédül, látása romlik. Felvételnél ép szemfenék, enyhe j. o. hemiparesis.



A koponya Rtg. felvételein a diploë vénák tágultak, b o. kb. lábcentrumnak helyén hyperostosis. Az enkephalographiás képeken a bal oldalkamra hátsó része lenyomott. Liquorban fehérjeszap. Dg.: parasagittalis meningeoma. Műtét alkalmával a falxból kiinduló kisalmányi daganatot távolítottuk el, mely a bal centralis tájék felső részét erősen behorpasztotta. Szövettanilag meningeoma. Műtét után teljes j. o. hemiplegia, mely három hét alatt visszafejlődik. Kiemeli bemutató a diploë vénák, a hyperostosis, a fehérjeszap. és az enkephalographiás eltérés diagnostikus fontosságát. A műtéti kezelés fontos, mivel a meningeomák sugaras kezeléssel nem befolyásolhatók.

d) A bal halántéklebény glioblastomája. 42 é. férfinél 3 hónap előtt fejfájás, beszédzavar, járási bizonytalanság, később apathia fejlődött ki. Felvételtkor szemfenék és agyidegek épek, alsó végtagok tonusa fokozott, mozgásai merevek, járása bizonytalan, j. o. Babinski tünet, beszéde aphasiás. Liquor normalis. Az enkephalographiás képeken a kamrarendszer mérsékelten jobbra tolt és a baloldalkamra középső része összenyomott. Néhány hét alatt beszédzavara fokozódik, fejfájása türhetetlen és mindinkább a b. halántéktájra szorítkozik, kellemetlen szaglási hallucinációi vannak, j. o. homonym hemianopsia fejlődik ki. Szemfenék mindvégig ép. Dg.: a bal halántéklebény glioblastomája. Műtétkor a daganatból csupán szövettani vizsgálatra met-szünk ki. Szövettani lelet: maximalisan rosszindulatú aprósejtű glioblastoma, tömeges érburjánzással. Erélyes rtg.-besugárzást kezdünk, 6 h. alatt összesen 7000 r-t. A műtétet követő átmeneti hemiparesis után lassú fokozatos javulás. Bemutató a szövettani kép alapján határozta el az igen erélyes röntgenkezelést s a kórlefolyás a várakozást igazolta.

Kütti T.: Elsberg szerint a gerincvelő extraduralis összenyomását 36%-ban porcdaganatok okozzák. Ezek túlnyomórészt echondrosisok. A valódi porcdaganatok, melyek jellegzetesen a csigolyák testének és ivének érintkezési helyéről indulnak ki, ritkák. A csigolyaközi porckorongoknak a gerincscatorna felé előbóltosuló sérveivel a sebészeti irodalom az utóbbi években behatóan foglalkozik. A csigolyaközi porckorongok hátrafelé dislocatioját és sérvképződését Calvé és Galland-dal szemben nem tartja egymástól élesen elhatárolható kórkepeknek. Helyesebbnek tartja azt a felosztást, amely Schmorl-féle csomókat és a gerincvelő összenyomását okozó, Stookey-féle chondromákat különböztet meg. A sebész gondoljon erre a kórképre, amikor extraduralis elzáródás esetében, más daganatot nem talál. Részletesen ismerteti a parasagittalis meningeoma műtétét és a beteg műtét utáni gyógyulását. A kiirtást féoldali bénulás követte, amely azonban 6 hét alatt már majdnem teljesen visszafejlődött. Feltűnő volt a beteg tréfálkozási hajlama, különösen a műtétet közvetlenül követő időben. Negyedik, a bal halántéklebényt majdnem egészében elfoglaló glioblastoma multiforme esetében, a daganat eltávolítható nem volt, ellenben a röntgenbesugárzás bámulatos javulást eredményezett.

Borsos-Nachtnébel Ö.: A második esettel kapcsolatban megjegyzi, hogy a csigolyaközi porckorong herniatioját az előadóval egyetértésben nem traumás, hanem degeneratív jelenségnek tartja. Az előadó általában csak degenerációról beszélt, a folyamat közelebbi megjelölése nélkül. A herniatiohoz vezető folyamatot az öregedéssel kapcsolatos elváltozásnak tartja. Az egyének kora ebből a szempontból nem döntő fontosságú; más szervekben is létrejöhetnek öregedési elváltozások fiatalabb korban. A csigolyaközi porckorongok

öregkori elváltozásáról Baló is megemlékezett az arteriosclerosisról tartott referatumban. A herniatio, elég gyakori, de ehhez viszonyítva aránylag ritkán okoz tüneteket.

A harmadik esethez szólva megemlíti, hogy nem tartja valószínűnek, miszerint a felette nagy számban előforduló psammomaszemcsék erekből képződtek volna. Ha ez így lenne, egy valamelyes regresszív elváltozásnak létre kellett volna jönnie a daganatban. Ilyen jelenségek azonban nem voltak kimutathatók.

A negyedik esethez azt a megjegyzést fűzi, hogy a Rtg. besugárzás eredményességének magyarázatában, a sugarak erekre való hatásának nem tudna olyan jelentőséget tulajdonítani, mint azt az előadó felvette. A sugárhatás lényegét még nem ismerjük pontosan, de ha az erekre hatása lenne lényeges, nem lehetne az egyes daganatfeleségek különböző sugárérzékenységet kellőképpen értelmezni.

Sántha K.: Megköszöni, hogy Borsos-Nachtnébel prof. az intervertebralis porckorong öregkori elváltozásaira felhívta figyelmét és egyetért abban, hogy a nucleus pulposus herniatiojában is ez a korai öregedés nagyobb szerepet játszik, mint a trauma. A psammoma testeket előadó is általában az arachnoidalis endothel sejtjeiből származtatja, a bemutatott esetben azonban mégis az a benyomása, hogy túlnyomólag obliterált erekből származtak.

#### November 30-i ülés.

##### Bemutatók:

Törő I. és Katona I.: Új módszer anatómiai modellek készítésére. Új eljárással készült anatómiai modelleket mutat be, és pedig: agyvelőt, érett magzatot méhen belüli testtartásban, placentát, anecephalust. Bemutatója továbbá egy emberi szív modelljét, egy comb-modellt, amely a lágyék alatti tájékot ábrázolja, egy 20 éves férfi törzsének modelljét a benne lévő zsigerekkel, erekkel és idegekkel. Az eljárás bonctani praeparatumokról történik, gyps negatív öntvények után s ennek következtében minden esetben a valószínűségnek megfelelő arányokat és helyzetet tünteti fel. Ez eljárásnak nagy előnye, hogy anyaga gumyszerű (de gumit nem tartalmazó), ú. n. *anamula* anyagból készült s ennek következtében rugalmas s a szívmodellén, amely a ennek boncolási technikával megnyitott szivről készült, mint magán a valódi praeparatumon, ugyanúgy vizsgálhatók a szív bonctani részletei; a tájékmodellén pedig a fasciák felhajtása s az izmok széjjeltolása után az összes rétegeket tanulmányozni lehet éppúgy, mint magán a hullán. A tájék egyes rétegeinek feltüntetésére tehát nem szükségesek külön modellek a természetes színeknek megfelelően színezettek.

Kovács F.: Adatok az elülső falcsonti beigazodás születési jelentőségéhez. 12 Naegele obliquitas miatt szükségessé vált műtét közül 5 császármetszés (köztük egy extra-peritonealis) 2 bemeneti fogó, symphysiotomia-bemeneti fogó, 2 Schröder-féle prophylacticus fordítás, 1 perforatio és 1 spontán szülés történt (ez utóbbi halott magzattal). A 12 eset közül 10-ben elsőküki szűkület volt csupán, s kettőnél másodfokú. A magzatok sem voltak túlnagyok, úgy hogy a szülés elakadása kizárólag a Naegele obliquitas következménye volt. Ezek alapján felhívja a figyelmet arra, hogy a Naegele-obliquitas éppen olyan kedvezőtlen beigazodásnak minősítendő prognosticus szempontból, mint a Litzmann-obliquitas; sőt annál veszélyesebb, mert prominentiát nem okoz s így rejtve marad, illetve sokkal később

#### TOROKÖBLÍTÉS HELYETT

# AKRI „RÉTHY”

#### A SZÁJÜREG ÉS A TOROK FERTŐTLENÍTŐJE

3 mg diamino-methyl-acridiniumchlorid tartalmú paszillák.

A szájban és torokban fellépő megbetegedések, gyulladások, torokhurut,

angina, diphtheria, influenza, skarlát, soor, alveolar-pyorrhoea esetében.

Orvosi mintát és irodalmat kívánságra küld:

**RÉTHY BÉLA** Gyógyszerészeti Laboratóriuma **BÉKÉSCSABA**



ben lepleződik le a szülési akadály, mikor már az eset elhanyagolódott. Hivatkozik a francia és amerikai szülésekre, akik már régóta nem ismerik el a Litzmann-obliquitas különleges jelentőségét s egyformán bírálják el a Naegele-obliquitasal. Fényképfelvételekkel illusztrálva bemutatja, hogy a bemeneti fogónál csak syncliticus, vagy hátsó falcsonti beigazodás (Litzmann-obliquitas) esetén érvényes a tankönyvekben leszögezett azon szabály, hogy a bemenetben álló fejet maximalisan sülyesztett fogónyéllal a bemeneti síkra merőleges irányban kell húzni; azonban Naegele-obliquitasban az előfokon fennakadt hátsó falcsont a fogóval csak úgy lehet lehuzni, ha a fogó nyelét előre-irányítva húzzuk. Ilyen szempontok figyelembevételével a bemeneti fogóvázomb eni idegenkedés intézetben indokoltan. Ugyancsak ajánlja a symphiotomia újra bevezetését a gyakorolt szülészeti műtétek közé nálunk is, mert az megfelelő esetekben a legjobb és legegyszerűbb eljárás a téraránytalanság leküzdésére. (Beteg bemutatás). Bemutartott példáival kapcsolatban felhívja a figyelmet arra, hogy a gyakorlati szülészeti több dogmatikus és köztudatba átmert tétele revisióra szorul. (Az előadás egész terjedelemben közlésre kerül).

#### Előadás:

**Tariska I.:** Adatok az emberi veszettség kórtanához és kórszövettanához. Egy baloldali archarapásos veszettség eset kerül bemutatásra. A harapás után 22-ik napon történt az exitus, Pasteur oltások után. Szövettanilag a maximális kórelváltozások az oblogatában a N. XII. niveaujában voltak, innen felfelé a folyamat fokozatosan enyhült, a facialis valamint a trigeminus mesencephalis magvai épek voltak, míg a n. sensibilis descendens trigeminus a legelső nyultvelői szakaszon a harapás oldalán csak egyedül vett részt a folyamatban, a másik oldal ép volt. Ép volt a subst. nigra. Ezek alapján a lyssas folyamat kiterjedésében sem a Schaffer-féle neurogen, sem a Sükri-Spatz-féle liquor útján történő terjedés nem volt, mint kizárólag terjedési mód bizonyítható, cáfolni is csak a liquor útján történő terjedést lehetett.

**Sántha K.:** Szükségét érzi annak, hogy a bemutatott esetnek és a hozzáfűzött kórszövetani elemzésnek a jelentőségét külön is kiemelje. Igen érdekesnek és fontosnak tartja azt a tényt, hogy a Gasser-duc féloldali archarapás ellenére is kétoldalt egyformán igen súlyosan betegedett meg, ugyanekkor azonban a lehágó trigeminus gyökér magja, a subst. gelatinosa csupán a harapás oldalán mutatott elváltozásokat. Úgy látja, hogy a liquor-fertőzés, az idegek útján való terjedés és a specificus affinitás közül egyik sem nyújt önmagában elegendő magyarázatot a pathogenesis megértéséhez. Bizonyítottak tekinti az érződucok nagy affinitását a lyssa-virussal szemben, de e mellett hasonlóképpen bizonyítottak véli az axonok mentén történő terjedését, amit épen az azonos oldali lehágó trigeminus-mag megbetegedése világít meg. Utal más vírusbántalmakra, ahol hasonlóképpen kimutatható, úgy a specificus affinitás, mint az axonok mentén történő tovaterjedés.

**Jureczky L.:** A tátrai kezelés új gyógyhatóságairól. (Kézirat nem érkezett.)

#### December 7-i ülés.

#### Bemutatás:

**Bodnár T.:** Choledochus plastika. Két éve operált nőbetegben az epehólyag eltávolításakor a ductus choledochus és d. hepaticus totalis kimetszése történt. A d. hepaticus mindkét ága a májszövetből történő kilépésében metszett át. A d. choledochusnak 6 mm-nyi csonkja marad. A duodenum mobilizálása után a hosszában felezett Kehr-cső egyik szarát a jobb, a másikat a bal hepaticus csonkba vezette, a Kehr-cső másik 12 mm hosszú szarát a d. choledochusba helyezte. A hepaticus és choledochus csonkokat csomós öltésekkel egyesítette. Kehr-cső eltávolítása 5 hét múlva. Epesipoly nélkül történt zavartalan sebgyógyulás Műtét óta panaszmentesség.

#### Előadás:

Jáki Gy.: Csücsplastika a mellkasba helyezett lapockával. A csücsplastika fejlődésének, változatainak, jogosultságának és javallatainak taglalása után vázolja azokat az okokat, amelyek a műtétí módszert eredménytelenné teszik. Ennek egyik legfőbb oka a lapocka hiányzó nyomóhatása (pelotta-effectus). Ismereti a G. Maurer ajánlotta csücsplastikát a lapocka behelyezésével a mellkasba. Bemutatja ezzel a módszerrel műtött eseteit. Az eljárás eredményes, de csupán a valóban a csücsra korlátozott kavernákban javallt és nem helyettesítheti a kulcsfont alatt ülő kavernákban elkerülhetetlen részleges felső plastikát

**Jankovich L.:** Lepényi ütőerek bulbusai. Azokkal az ütőér-tágulatokkal (aneurysmák) foglalkozik, amelyeket még annak idején Hyrtl bulbusok címén ismertetett részletesen. A lepényi ütőerek anastomosisainak és egyéb sajátosságainak leírása után részletesen ismerteti a bulbusok makro- és mikroszkopiáját. Sorozatos metszetek restructioja útján kimutatja, hogy a bulbusoknak vagy oda-, vagy elvezető ágában gyűrűszerű szűkületek találhatók, amelyek valószínűleg a zárókészülékek módjára működnek. Mivel kisebb vagy nagyobb bulbusok kendermag-mogyorónyi nagyságban rendszeren többszörösen az insertio táján májdnem minden lepény anyai felszine felé megtalálható, különösen korrosios készítményekben arra a következtetésre jut, hogy ezek, ha nem is tekinthetők peripheriás vagy placentalis szivnek, mindenesetre physiologiás képződmények, amelyek a lepényi keringésre szabályozólag hatnak. Arra a kérdésre, hogy a bulbusok nem a lepény előregedésének folyamánai-e és hogy megtalálhatók-e a terhesség korábbi szakában, egyelőre még határozott választ adni nem tud, mert ez irányú vizsgálatok folyamatban vannak. Ellenben a köldökcsinor zárókészülékeire nézve már az irodalmi adatok is azt igazolják, hogy azoknak fejlődése az ebrényi élet aránylag korai időszakában már megindul, de viszont nem minden állatban található meg, így pl. a borjú köldökerciben teljesen hiányzik.

## LAPSZEMLE

**Wiener Klinische Wochenschrift, 1. sz. Jagic N.:** Vér-betegségek étrendje. — **Schreiner K.:** A bőr allergiás betegségei. — **Dibold H.:** Latucyl a köhögés kezelésében. — **Guntscheff N.:** Anginák kezelése hígított sósavval. — **Fuhs H.:** Radium, röntgen és határsugártherapia. —

**La Presse Médicale, 1939. 97—98. sz. Olmer D.:** Az oculo-cardialis reflex és a carotis sinus compressioja hypertoniás egyénekben. — **Santy, Bernheim, Piquet és Galy:** Az idült stranguláló szivburoklob. Pericardiektomiával gyógyított első francia eset. — **Yovanovitch, Bonkourov és Dragoyevitch:** Transmesocolikus sérvekről. — **Bécart A.:** Vér és pótserinek rhythmikus injectioja (conservált vér, emberi plasma, Bayliss-, Normet-serum, physiologiás savó) heveny vérzés és shock esetében. — **Pagnicz Ph.:** Alkoholos deliriumok kezelése nicotinsavval. — **Rabut R.:** A lövészárok-láb. — **Robut R.:** A rühösség kezelése benzyibenzoat-tal.

**The Lancet, 1939. dec. 30. Fleming, Golla és Walter:** A schizophrenia villanyos görcskezeltése. — **Leslie, Harris és Abbasy:** A „dark-adaptation test” a vitaminhiány kimutatására. — **Azmy pasa és Zanaty:** Anaemia pernicioza Egyiptomban. — **Macpherson:** A triphenylchloraethylen klinikai alkalmazása. — **Troup és White:** Pemphigus neonatorum kezelése sulphapyridinnel. — **Erskine és Royds:** M. B. 693-al kezelt heveny pemphigus szövődése agranulocytosisal. — **Bernstein, Leeds és Gillis:** Otoklerosis kezelése sexualis hormonokkal.

**The Journal of the American Medical Association, dec. 2. H. L. Thompson:** Ulcus perforatio. — **R. G. Speerling és F. K. Bradford:** Nucleus pulposus hernia. — **W. E. Chamberlain és B. R. Joung:** Az intervertebralis porcogó protrusiojának diagnosisa, levegőnek intraspinalis injectioja révén. — **J. D. Camp:** Az intervertebralis porcogó

**DEMALGON-CHINOIN**  
erélyes fájdalomcsillapító

2, 10 és 20 tabletta

5 db suppositorium



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A vese fejlődési rendellenességeinek klinikai jelentősége.

A húgyszervek bonyolult fejlődésével magyarázható, hogy ezekben a szervekben a legkülönbözőbb fejlődési rendellenességek jöhetnek létre. Ezeknek egyrésze, miután a vese az életre nélkülözhetetlen szerv, csupán fejlődéstani érdekesség, mert a magzatot életképtelenné teszi. Nagyrésze azonban a magzat életét nem veszélyezteti sőt panaszokat az extrauterin életben egyáltalában nem, vagy csak későn okoz. A panaszok egyrésze a rendellenesen fejlődött vese vagy levezetőrendszerének másodlagos megbetegedése következtében lép fel s ilyenkor a pontos vizsgálat, főleg a pyelographia, deríti ki a megbetegedés mellett a fejlődési rendellenességet. Máskor azonban maga a rendellenesség oka a panaszoknak, amikor is a kórisme késztetik s csupán a húgyutak pontos vizsgálatával állapítható meg. Megnehezítheti a kórismét az a körülmény is, hogy a tünetek korán, a csecsemő- vagy kisgyermekkorban lépnek fel, amikor is az eszközös vizsgálat elvégzése nehéz, azonban a megfelelő műszerek és kellő gyakorlat birtokában célhoz juthatunk. Az utóbbi években éppen a csecsemő- és kisgyermekkorú húgyuti megbetegedések és így a fejlődési rendellenességek kórismézésében mutatkozott nagy haladás a vizsgálóeszközök tökéletesítése következtében. Az azelőtt egyszerű húgyuti fertőzésnek felfogott kórkép pontos tisztázásakor gyakran fejlődési rendellenességek kerültek kórismézésre, ami azután a helyes és célszerű kezelés bevezetését tette lehetővé.

Eltekintve a ritkán előforduló és így gyakorlati értekel nem bíró rendellenességektől a vese és levezetőrendszerének fejlődési hibái közül a vese vagy vesék rendellenes elhelyeződése, az egyik vese veleszületett hiánya, az ureter kettőzöttségével vagy veleszületett tágulásával vagy szűkületével kapcsolatos elváltozások okoznak akár önállóan, akár másodlagos megbetegedés következtében tüneteket.

A vese rendellenes helyzete vonatkozhatik mindkét, vagy csak egyik vesére. A legismertebb helyzeti rendellenesség a *patkóvese*, amely elváltozásban a két vese egymáshoz és így a gerincoszlophoz közelebb kerül és rendszerint alsó, nagyrítkán felső polusával összefüggésben áll. Az elváltozás az esetek túlnyomó többségében rejtve marad s csupán valamely vesemegbetegedés (kő, tbc., daganat, stb.) vizsgálatokor kerül felismerésre, néha azonban minden másodlagos elváltozás nélkül is panaszokat okoz. Főleg astheniás habitusú egyének bizonytalan gyomorpanaszai és a belső szervek süllyedéséhez hasonló panaszok azok, amelyek vizsgálatokor patkóvese kerül kórismézésre s néhány esetben a vesék összefüggésének műtéti megszüntetése és a vesék rögzítése a panaszokat meg is szüntette.

Klinikai szempontból nagyobb fontossággal bírhat a vesének rendszerint egyoldali helyzeti rendellenessége, amikor is a vese nem a veseágyban, hanem attól caudalisan helyezkedik el (*dystopia*). A vese részéről tüneteket ez az elváltozás is rendszerint csak akkor okoz, ha megbetegszik, viszont szokatlan helyzeténél fogva ilyenkor kórismézési nehézségeket okozhat, másrészt egyéb hasi panaszok vizsgálatokor a dystopiás vese diagnosztikai tévedéshez vezethet. Legkevesebbé fordul ez elő lumbalis dystopia eseteiben, amikor a vese csak kevéssel fekszik normalis helye alatt s legfeljebb vese-

megnagyobbodással vagy kezdődő vándorvesével tévesztendő össze. Lumbo-sacralis dystopiában a vese a köldök alatt a medencebemenetben mint alapjához rögzített sima resistentia tapintható s így hasi elváltozás gyanúját keltheti. Még több kellemetlenséget okozhat a teljes egészében a kismedencében ülő dystopia sacralis, mely a környező szervekben kiürülési zavarokat illetve szülési akadályt okozhat. A kismedencébéli vese nem egyszer került már gynaekologiai elváltozás gyanújával műtetre, sőt eltávolításra is, ami egyedüli vese esetén a vizeletkiválasztás teljes megszűnése miatt végzetes következményekkel járt. A dystopiás vese a pyelographia alkalmazása óta biztosan és könnyen kórismézhető, míg a többi urológiai vizsgálat az esetleges megbetegedését deríti ki. A hasi diagnostikában az utóbbi időben mind nagyobb tért is hódít a rendszeres urológiai vizsgálatok alkalmazása, amelyekkel sok, azelőtt nehezen elkerülhető kellemetlen meglepetés küszöbölhető ki.

Érdekes és ritkábban előforduló fajtája a vesedystopiának az, amikor mindkét vese ugyanazon az oldalon ül és egymással kisebb-nagyobb mértékben összefüggésben is állhat (keresztezett dystopia). Pontos urológiai vizsgálat nélkül természetesen a helyzet nem tisztázható, de azzal akár egészséges, akár beteg az egyik, vagy mindkét vese az teljes mértékben eldönthető és így az esetleg szükséges műtéti beavatkozás mikéntjét is megszabja.

Valamelyik vesének veleszületett hiánya (*aplasia*) klinikai szempontból akkor válik fontossá, ha a meglévő vese megbetegszik. Főleg a műtéti indicatio felállításkor kell a másik vese hiányáról tudomást szerezni, mert ilyenkor természetesen csak conservatív beavatkozás jöhet számba. A vesevizsgálati, de főleg a röntgenvizsgálati eljárások bevezetése előtt sajnos előfordultak tévedések, amikor vagy vesemegbetegedés miatt, vagy ismeretlen eredetű hasi daganat gyanújával került az egyedüli vese eltávolítására. Ez annál inkább elképzelhető, mert, mint már említettük, a vese páros szervének hiánya mellett rendellenes helyen is fekehet. A kétséges esetben elvégzett urológiai vizsgálat természetesen ezektől a végzetes tévedésektől biztosan megvédi.

A vese fejlődési rendellenességeihez számítjuk a levezetőrendszer eltéréseit is. Az ureterek kettőzöttsége ezek között a leggyakoribb. Legtöbbször hólyagtükrözés vagy vesevizsgálat alkalmával mint mellékes lelet kerül felismerésre. Akár végig kettőzött az ureter (*ureter duplex*), akár részben (*u. bifidus*), ha normalis helyén: a hólyagban nyílik, klinikai jelentőséggel csak a megfelelő veserész önálló betegségében bír. Másképp áll a helyzet, ha valamelyik ureternyílás a hólyagon kívül ül és így állandó vizeletcsepegést okoz. Ilyenkor a rendes vizeletkiürítésen kívül állandó incontinentia áll fenn, melynek oka csupán pontos urológiai vizsgálatlaltal deríthető ki és a kóros állapot csakis a megfelelő beavatkozással szüntethető meg.

A vesevezetékek fejlődési hibái közül főleg gyermekkorban az *atoniás tágulások* okoznak panaszokat. A gyermekkorú pyuriák egy részében, melyek a szokásos diaetagyógyszeres kezeléssel ellenkeznek, a húgyutak kóros, legtöbbször veleszületett elváltozásai tartják fenn a folyamatot s így csakis a húgyszervek pontos vizsgálatával kórismézhetőek és eszközös, vagy műtéti beavatkozásokkal gyógyíthatók. Az ureter atoniás tágulata oly méreteket érhet el, hogy a vese működését nagyfokban ronthatja.



s így idővel annak pusztulásához vezet. Az idejekorán felismert és kezelésbevett elváltozás viszont azokban az esetekben, ahol az ureter izomzata még összehúzódásra képes, a pangó vizelet levezetésével és a fertőzés kiküszöbölésével gyógyítható.

Ezeket a mechanikus úton nem magyarázható tárgulásokon kívül találkozunk az ureter szűkületein alapuló lefolyásbeli akadályokkal is. Az ok legtöbbször az ureter hólyagbéli beszájadásának szűkülete, mely gyermekkorban húgyuti fertőzés, felnőttkorban pedig akár fertőzés, akár kőképződés következtében okoz panaszokat. A kórkép az ureternyílás tömlős tágulata (ureterokele) néven ismeretes és lényege az, hogy a szűk ureternyílás a környező hólyagfalat maga előtt tolva borsónyi-diónyi cystás képlet alakjában ül az ureternyílás tájékán, uretertöltődéskor megduzzad, majd a csúcán ülő tüszúrásnyi nyíláson kiürülve újból összeesik. Megfelelő ureterizomzat mellett a vizelet kiürülése zavartalan s az elváltozás rendszerint csak egyéb ok miatt végzett hólyagtükrözés vagy vesevizsgálat alkalmával kerül felismerésre, szövődményes betegség esetében azonban a folyamatot súlyosbítja, és így műtéti megoldása szükségessé válik. A beavatkozás felnőtteken endovesicalis úton végzett elektrocoagulatio, gyermekéken viszont hólyagmetzés útján távolítjuk el a tágult részt, mire mind a lefolyásbeli akadály, mind a járulékos fertőzés meggyógyul.

Adler-Rác Antal dr.  
egyetemi magántanár.

## Az epedyspepsia.

Grube volt az első, aki 1904-ben felhívta a figyelmet a gyomorchemismus megváltozására epeköbetegséggel kapcsolatban. Grube nyomán az észlelések sokáig azt látszottak bizonyítani, hogy az epeköbetegséggel kapcsolatosan fellépő gyakori és sokféle gyomorpanasz- az u. n. epedyspepsia — törvényszerű velejárója az alapbetegségnek s hogy a gyomorpanaszok nem szűnnek meg az alapbetegség sebészi gyógyítása — az epehólyagkiirtás után sem, hanem állandósulnak sőt olykor még fokozódnak is. A gyomor- és epehólyag betegségeinek kölcsönös egymásra hatása már igen régen tárgya az orvosi kutatásnak és ezeknek a kétségkívül közeli kapcsolatoknak szorgos keresése vezetett nemcsak a viscerovisceralis reflexek pontosabb megismerésére, hanem tisztáni tudta más-rítékban előforduló megbetegedéseknek (Pel-féle lárvált cholecystitis, Naunyn-Umber-féle cholangia chronica stb.) kóroktanát, bizonyítván azt is, hogy a gyomorhurut által megváltoztatott chemismus fertőzés és újrafertőzés (reinfectio) útján valóban a legszorosabb vonatkozásban van az epehólyag megbetegedésével. A gyomortüneteknek az epehólyagkiirtás utáni manifestálódását sokan az előrement, műtéttel hozták oki összefüggésben és ezt már a műtéti javallat felállításakor is tekintetbe vették. Általánossá lett így lassanként az a felfogás, hogy az epeköbetegség előbb-utóbb fokozatosan a savszegénység irányában változtatja meg a gyomor chemismusát és ugyanakkor csökken az epe- és hasnyálmirigynedv termelés is.

A gyomor savviszonyainak megállapítására sokáig kizárólag a Boas-Ewald-féle próbareggelít használtuk és ezen eljárás szerint a gyomortartalom *egyszeri* ellenőrzéséből nyert adatok alapján állapítottuk meg a gyomorchemismus esetleges megváltozását. Valóban sokáig csak a Boas-Ewald-féle próbareggeli vagy Leube-féle próbaregél volt az egyetlen mód, melynek révén betekintést lehetett nyerni a gyomorműködés és az emésztés titkaiba. Amióta azonban a szakaszos próbareggeli for-

májában az Einhorn-féle duodenális szonda alkalmazása is polgárjogot nyert a gyomorchemismus vizsgálataiban, sokkal pontosabb és főképp megbízhatóbb módszer áll rendelkezésünkre mind a gyomor működésének (motilitás, ürülés stb.) mind pedig a gyomornedv elválasztásának vizsgálatára. Amíg u. is a Boas-Ewald-féle próbareggelivel mindig csak egy *pillanatképet* kaptunk a gyomor működéséről, addig a szakaszos próbareggelivel végzett sorozatos vizsgálatokkal módunkban van az egész secretiós időt figyelemmel kísérni és kiderült, hogy az így módon kapott *valódi* vizsgálati eredmények éppen csökkent vagy állítólag hiányzó sósavképzés esetében teljesen más értéket adtak, mint a régebbi eljárással nyert adatok. A gyomortartalom egyszeri kiemelése u. is csak véletlenül sikerülhetett a gyomorsav elválasztás mennyiségének és aciditási fokának legmagasabb értékét megkapnunk, hiszen ma már tudjuk, hogy a legkisebb mértékben is megzavart gyomorműködés, vagy igen gyorsan éri el a sósavválasztásnak legmagasabb értékét (*Frühacid*), vagy mint az esetek másik részében történni szokott, csak igen vontatottan és lassan választ el. (*Spätacid*). A szakaszos próbareggeli mind szélesebbkörű alkalmazásával egy csapásra megszűnt a sósavszegénységben szenvedő betegek eddigi feltűnő nagy száma (*achylia spuria*), bcbizonyítván, hogy a valódi sósavhiány (*achylia vera*) a legritkább megbetegedések egyike és csak a Biermér-féle vérszegénységnek és a gyomorráknak állandó kísérője, a legújabb vizsgálatok szerint azonban ezeknek sem törvényszerűen.

A szakaszos próbareggelivel végzett ellenőrző vizsgálatok alkalmával tűnt ki azután, hogy epeköbetegséggel kapcsolatosan sem olyan nagyfokú a valódi sósavdeficit, mint azt eddig gondoltuk. A legújabb klinikai megfigyelések pedig bebizonyították azt, hogy az epehólyagkiirtás után ma már csak igen ritkán észlelhetjük az epedyspepsiát, jeléül annak, hogy a műtét következtében ha meg is változik a gyomor chemismus, ez a változás csaknem minden esetben egy a gyomor optimális savi töménységéhez való közeledést jelent. A legújabb statisztikai kimutatások szerint u. is, epehólyagkiirtás után 1—2 évvel, szakaszos próbareggelivel végzett ellenőrző vizsgálatoknál a betegeknek több mint 70%-a mutatott teljesen rendes savmennyiséget és ez a szám általában megfelel annak az arányszámnak, mely a nem epeköves betegek között is észlelhető rendes mennyiségű sávelválasztásnak számát jelzi. Nem állja meg tehát a helyét ma már az a felfogás, hogy az epehólyag eltávolítása után a kifejezett dyspepsiás tünetek állandósulásával előbb-utóbb kifejeződik egy számot tevő savtermelési renyheség.

Az idevonatkozó régebbi gazdag megfigyelések és a szakaszos próbareggelivel végzett újabb vizsgálatok között lévő alapvető eltérés oka természetesen elsősorban a két vizsgálati módszer közötti lényeges különbségben keresendő. Nem szabad szem elől téveszteni azonban azt sem, hogy ma már a legtöbb sebész, éppen a műtét előtti esetleges epedyspepsiára tekintettel minden, epehólyagkiirtáson átesett betegét legalább egy félév tartamára a legszigorúbb Naunyn-féle étrendre fogja azzal a figyelmeztetéssel, hogy ha egy fél év múlva teljesen tünetmentes is, vagyis az epedyspepsiának nyoma sincs, még akkor is további félévén át bizonyos étrendi megszorításokat (szénhidrátdús, zsír- és rostszegény étrendet) kell betartania. Csak a műtét után egy évvel térhet vissza a beteg a rendes táplálkozásra és ez alatt az egy év alatt dől el a beteg sorsa az epedyspepsiát illetően egész életére. A beteg epehólyag eltávolításával tehát nem nyert még befejezést a gyógyítás, hiszen ter-



mészertes, hogy a megzavart gyomorchemismus a regenerálódás nagy munkájában még jó ideig támogatásra szorul. Nem szabad végül figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy az epedyspepsiás betegek számának csökkenése nem utolsósorban abban az okban is keresendő, hogy az epehólyagkiirtás korai műtéti javalata a belgyógyász előtt is évről évre mindinkább bővülven, — az epedyspepsia állandósulására s így a gyomorsav termő mirigyek esztendőköp keresztül sorvasztására ma már csak igen elhanyagolt, ritka esetekben kerül sor.

Murányi László dr.

az I. sz. Sebészeti Klinika tanársegédje.

## A ventriculographiáról.

Minden agynyomást okozó térszűkítőfolyamat a koponya üregén belül megváltoztatja a kamrák alakját, nagyságát és helyzetét. Ezen elgondolás alapján Dandy 1918-ban kidolgozta a ventriculographiát, amelynek lényege, hogy az agyvelő üregeibe vitt árnyékot adó anyag segítségével azokat láthatóvá tesszük. Neurologiai vizsgálattal és az u. n. üres röntgenfelvétellel 50—75%-ban kórismézhető a koponyaüreg térszűkítő folyamata. A többi esetben azonban a kórisme csak ventriculographia segítségével állítható fel. Felismerhetjük segítségével: 1. a térszűkítő folyamat helyzetét, 2. a daganat fajtát, 3. egyes agyrészletek hiányát, vagy kiesését, 4. fejlődési rendellenességeket. Újabb vizsgálatok szerint azonban nemcsak akkor végzendő, ha a kórfolyamatot localisálni nem tudjuk, hanem biztos kórisme esetén is; segítségével megtudhatjuk a daganat nagyságát és ily módon azt is, hogy mekkora craniotomiára van szükség, sőt igen sokszor az u. n. „Artdiagnose” birtokába is juthatunk.

Az árnyékot adó anyag legyen méregmentes, ne izgassa a kamrák falát, gyorsan és jól szívódjon fel, illetőleg választódjon ki. Ennek a célnak legjobban megfelel a levegő és ma általában mindenütt ezt is használják a ventriculographiához. Vannak ugyan gázok, melyek talán gyorsabban szívódnak fel, de kényelmi szempontból a levegő a legjobban megfelel a célnak. A gyakorlat azt mutatja, hogy a bevitt levegőt sterilizálni nem kell; ép agyban legnagyobb része 6—10 óra alatt felszívódik, míg kóros viszonyok között a felszívódás 2—3 hétig is eltart. A levegőt a kamrákba kamrapunctio útján vezetjük be. Lumbális uton ma már jóformán alig végzünk ventriculographiát és nem is ajánlatos. Egyrészt, mert több levegő kell, másrészt az eljárás fájdalmas, de legnagyobb hátránya, hogy a röntgen-felvétel elvégzése után a bevezetett levegőt kiengedni nincs módunkban. Másrészt meg, ha a foramen Magendi, vagy az aquaeductus elzáródott, be sem juthat a levegő a kamrákba. A kamrapunctio hátránya ezzel szemben, hogy elvégzése sebészeti intézethez kötött, sebészi készséget és felszerelést igényel. Technikája röviden a következő. Európai szerzők legnagyobbbrészt hátfekvésben, amerikai szerzők hasfekvésben végzik a trepanatiót és a kamrapunctióhoz ültetik fel a beteget. A behatolás kevés kivételtől eltekintve, hátul történik a prot. occip. ext. felett 3 harántujjal, a középvonaltól jobbra és balra 2 harántujjal. Elöl csak akkor végezzük a behatolást, ha az igen nagy daganat összenyomta a hátsó szarvakat, vagy ha subduralis vérzésre van gyanú. Gyermekeken aether-narkosisban végezzük, felnőtteken

1%-os novocain infiltratio teljesen kielégítő. Az említett helyen 2—3 cm.-es bőrmetszést ejtünk, majd 1 cm átmérőjű trepánnal megfurjuk a koponyacsontot. A durát a vénasérülés veszélye miatt finom horoggal felemeljük, majd vékony szikével átvágjuk és 2—2.5 mm vastag tompa tűvel végezzük a kamrapunctiót. A bevezetett tű beszúrása közben ügyelni kell az esetleges consistentia-különbségekre, a kamrák helyzetváltozására, a kiürülő folyadék minőségére, mennyiségére, az esetleges vérzésre stb. Igyekeznünk kell mindig a punctiót mind a két oldalon elvégezni; ha ez nem sikerülne, úgy a jobb kamra résziesítendő előnyben. Az egész eljárás alatt a segéd, aki a beteg fejét rögzíti, állandóan figyeli a beteg általános állapotát; romlása esetén a műtétet félbeszakítjuk és más alkalommal folytatjuk. A kamrákba bejutás után a liquort lassan engedjük kicsepegni, miközben gyakran hallhatóan tódul be a csökkent nyomású kamrákba kívülről a levegő. Általában 50—90 ccm levegő az, amellyel a kamrákat kielégítő módon láthatóvá tehetjük; ha a basalis cysternákat is láthatóvá akarjuk tenni, úgy valamivel több levegő szükséges; általában 100—120 ccm. A beteg fejét úgy helyezzük el, hogy a liquor a legmélyebb pontra süllyedjen, ahol a bevezetett tű van, ily módon a könnyebb levegő felszál és mindenütt elfoglalja a folyadék helyét. Az utána következő röntgen-felvételek száma, iránya, sorrendje különböző szerzők szerint változó. Lényege, hogy a fej forgatása által a levegő eloszlását oly módon szabályozzuk, hogy a kamrák minden részébe bejusson és a kamra u. n. holt terci kiürüljenek. Legjobb, ha az operateur maga végzi a fej beállítását. Ily módon érjük el, hogy a harmadik kamra, az aquaeductus Sylvii, sőt a negyedik kamra is rajta lesz felvételünkön. Kétes esetben a felvétel megismétlendő. Megfelelően elhelyezett koponya mellett az oldalkamra alakja, nagysága és helyzetváltozása abszolút bizonyossággal jelzi a térszűkítő folyamatot.

A ventriculographia helyes technika mellett ma már veszélytelennek mondható; a régi 10%-os halálozás ma már 0.4%-ra szállott alá. A legtöbb zavart a bevitt levegő izgató hatására bekövetkező nyomásfokozódás okozza. Ellene oly módon védekezünk, hogy a röntgen-felvételek elvégzése után a levegőt azonnal kiengedjük. Néha hypertoniás szőlőcukoroldat adagolásával is csökkentjük a nyomást, ha ez nem vezet eredményre, úgy azonnal operálunk. Műhibának tekinthető mindazon ventriculographia elvégzése, ahol nincs meg a lehetősége az azonnali műtétnek. Ha tudjuk, hogy daganatunk jól van localisálva, akkor gyakran elegendő kevesebb levegő bevitele, mint a leengedett liquor. A ventriculographia comás betegen is elvégezhető, sőt a liquor leengedése után bekövetkező nyomáscsökkenés miatt, sokszor a betegek öntudata vissza is tér. Veszélyei közül megemlíthető még a beszúrásnál keletkező vérzés, amely ugyan rendesen kisfokú szokott lenni, néha azonban, ha a kamraüregre felé történik, halálhoz vezethet. Ez főleg előlről való behatolásnál következik be, amikor az eltolt arteria pericallosa sérül meg, ezért résziesítjük előnyben a hátulról végzett ventriculographiát. Fentiek betartásával a ventriculographia az u. n. sebészi diagnosztikai eljárásainak egyik legértékesebb tagjává vált. Nélküle a modern neurochirurgia kitünő eredményei soha elérhetők nem lettek volna.

Fedeles Findeisen László dr.  
egyetemi tanársegéd.

# „EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor  
gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27,  
Telefon: 121-283.



## Veleszületett tuberculosis.

Az a tapasztalat, hogy gümőkóros szülők gyermekeinek tuberculosis-morbiditása az átlagnál lényegesen magasabb, a gümöbacillus felfedezését megelőző korszakban általánossá tette azt a véleményt, hogy ezek a gyermekek már betegen születnek. Koch felfedezése ennek révén a gümőkórnak, mint fertőző betegségnek megismerése tette azután kényszerűvé ennek a felfogásnak gyökeres revidióját. Ma már köztudomású, hogy a gümőkóros szülők gyermekeinek fokozott morbiditása két főokra vezethető vissza. Ezek közül csupán az egyik öröklött, mégpedig a *dispositio*, míg a másik ok postnatalis: az egészségesen született gyermeknek a beteg szülővel érintkezése révén létrejött fertőzése, tehát *expositio*s tényező. Ezek mellett a valódi veleszületett gümőkór jelentősége lényegesen csekélyebb.

Veleszületett gümőkór feltétele a magzat intrauterin fertőzése, mely elméletileg kétféle uton történhet meg. Az egyik a *germinalis* fertőzés, amely a megtermékenyített petesejt vagy a megtermékenyítő ondósejt gümős fertőzöttségén alapul. A *spermában* ismételt sikerült gümöbacillust kimutatni, elsősorban genitális tuberculosis eseteiben, de ép genitáliák mellett is; magában az ondósejtben azonban gümöbacillust sohasem találtak. Az idevonatkozó állatkísérletek sem döntik el a kérdést. Madártojásban, sőt emberi *petében* ugyancsak ismételt sikerült már gümöbacillust kimutatni, kérdéses azonban, hogy az ilyen pete képes-e megtermékenyülésre. Az eddigi tapasztalatok alapján azt mondhatjuk, hogy a *germinalis* fertőzésnek, bár teljes határozottsággal nem zárható ki, előfordulása nem valószínű.

Az intrauterin fertőzés másik lehetősége a *placentáris* infectió, amikor is a bacillus a placentán át jut a beteg anyai testből a fejlődésben lévő petébe, illetőleg magzatba. Ennek előfeltétele az anya súlyos tuberculosis, ámbár tagadhatatlan, hogy egyes esetekben az anya könnyebb gümős megbetegedése is forrása lehet az intrauterin fertőzésnek. A fertőzés ideje csaknem kivétel nélkül a terhesség második felére esik. A bacillusok valószínűleg a beteg terhes nő haematogen lökései során jutnak a placentába, ahol kedvező feltételek esetén megtelepednek és a lepény specifikus elváltozását okozzák. A gümösen elváltozott placentából a kórokozók kétféleképpen juthatnak a magzatba. Az egyik út — és kétségtelenül ez a gyakoribb — a köldökvenán át vezet; a másik út viszont aspiratiós vagy digestív, amikor is a foetust a gümösen elváltozott lepénytől fertőzött magzatvíz aspiratiója vagy lenyelése inficiálja. Vítás, hogy a magzat fertőzésének feltétele-e a placenta specifikus elváltozása; egyes szerzők ugyanis azt állítják, hogy a bacillusok a sértetlen bolyhokon is átjuthatnak, mások szerint viszont az ilyen esetekben a szülés folyamán a lepényen történt apró repedések teszik lehetővé a csirák átjutását. Az azonban kétségtelen, hogy a placenta gümős megbetegedése nem jelenti szükségképpen a magzat fertőzését; számos észlelet igazolja, hogy kifejezetten gümős placenta dacára a magzat tuberculotikus fertőzéstől tökéletesen mentes.

Hogy a placentáris fertőzés nem csupán lehetséges, hanem elő is fordul, azt számos adat igazolja. Így a köldökvéna vérében állatoltással, sőt nem egyszer górcsővel sikerült gümöbacillusokat kimutatni, ugyancsak a magzati májban is. Többnyire az anatómiai megjelenés helye is rámutat a fertőzés útjára: a vena umbilicalis útján történő fertőzés esetén a primár góc többnyire a májban, a magzatvíz útján történő fertőzés esetén a bélben vagy a fülben található. Tüdőbeli elsődleges elváltozás egyaránt létesülhet aspiratiós, vagy

haematogén uton. Egyes esetekben többszörös primár gócot is találtak.

A veleszületett gümőkór *kórismézése* fokozott nehézségekbe ütközik. A diagnózishoz joggal megkövetelhetjük 1. az anya 2. a gyermek gümőkórjának 3. a fertőzés útjának kimutatását és 4. az extrauterin fertőzés lehetőségének kizárását, mely utóbbit kizárólag az újszülöttnak azonnali elkülönítésével érhetjük el (*Auché* és *Chambrelet*).

A klinikai *tünetek* tekintetében azt kell mondanunk, hogy a veleszületett gümőkórnak jellemző tünetei nincsenek. Néha betegségi jelek teljesen hiányoznak; máskor láz, köhögés, táplálkozási zavarok hívják fel a figyelmet a csecsemő megbetegedésére. A lép, a máj, néha a nyirokcsomók is duzzadtak, máskor otitist, bőrijelenségeket észlelünk, mely utóbbiak közül legjellegzetesebbek a tuberculidek. A betegség *kórjósata* rossz. Ha a csecsemő a szülést túléli, rendszerint napokkal, esetleg hetekkel, ritkán hónapokkal utána pusztul el.

Ami a veleszületett tuberculosis *gyakoriságát* illeti, a betegségnek e formája igen ritkának mondható. A világirodalomból mindössze mintegy száz biztosan kórismézett és feldolgozott esetet ismerünk. *Scheer* a gümőkóros csecsemők 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ában vesz fel congenitális eredetet, míg *Beitzke* ezt a számot is túlzottnak tartja. Hogy a tuberculotikus szülők számához viszonyítva a fertőzés átvitele ilyen ritka, annak magyarázatát abban találhatjuk meg, hogy a fertőzött magzatok jelentős része elvetél, másrészt, hogy a terhes súlyos gümőkórja mellett is ritkán fertőződik a placenta. Egyesek ehhez még hozzátélik, hogy a gümőkórosan született gyermekek egyrészt a betegség tünetei feltételezhetően későbbben jelentkeznek, mikor az intrauterin eredet már nem igazolható.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a veleszületett tuberculosis igen ritkán fordul elő és kórismézése a legnagyobb óvatosságot igényli.

Detre László dr.  
OTBA főorvos

## KÉRDÉS — FELELET

**Kérdés:** „Kérek felvilágosítást, hogy mi a trichuriis trichurica és mi a gyógyszer, továbbá a bélférgek új elnevezését illetőleg.”

W. P. dr.

**Felelet:** *Trichuris trichiura* magyar nevén Ostor-giliszta a vakbélben, illetőleg a vastagbél felső részében él, fonálkony feji végével elég mélyen a nyálkahártyába furódva, sőt néha ezt mintegy átölelve helyezkedik el. Sajátságos megkapaszkodása folytán nagyon nehezen lehet ezt a férget (melyet régen *Trichocephalus dispar*-nak neveztek) elhajtani. Nagyon gyakori előfordulása ellenére valóban elenyészően ritka azoknak az eseteknek a száma, amikor a féreg subjectív panaszt, vagy klinikai tüneteket okozna. Az elhajtására a legkülönbözőbb szereket próbálták meg, azonban a legjobb eredmények is legfeljebb 20—26%-os gyógyulárról számolnak be. Így a szóban forgó esetben szintén több gyógyszer lehet esetleg kipróbálni, amelyek közül *Oleum chenopodii*-t lehet ajánlani. Vannak akik *Thymoltól* láttak jó eredményt, újból mások arsen-tartalmú készítményeket alkalmazták (*Spirocid*, *Stovarsol*, stb.). Véleményünk szerint amennyiben különös ok az elhajtást nem sürgeti, a beteg újrafertőződését meggátolva nyugodtan várni lehet, míg a jelenleg élőködő férgek maguktól eltávoznak.

A hazánkban gyakran előforduló bélférgek közül új neve van a *Oxyuris vermicularis*-nak, melyet *Enterobius vermicularis* néven írunk helyesen. A *Trichina spiralis* neve helyesen *Trichinella spiralis*. A többi fonalféreg neve maradt a régi, míg a galandférgek közül a *Dibothriokephalus* változott *Diphyllobothrium latum*-ra. A többi hazai galandférgek ugyancsak tartják a nomenklaturában régi nevüket.

Lőrinc Ferenc dr.  
egyetemi tanár.



# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

IX., Högyes Endre-utca 7. Telefon: 187-622

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladó-  
vevény nyugtául ismerjük el.**MEGJELENIK SZOMBATON**

Hirdetések kizárólagos felvétele:

a

**kiadóhivatalban**

Egyes számok kaphatók:

a kiadóhivatalban 70 fillérért;

Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

**Előfizetések beküldhetők:** Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. *Romániában:* Borsos Béla dr. Arad, vagy Le-page könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatába.

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

## KALMOPYRIN

*Az acetylsalicylsav vízben oldható calciumsója.*  
Antipyreticum, analgeticum,  
antirheumaticum és sedativum.

*Az OTI terhére szabadon rendelhető  
10 és 20 tablettát tartalmazó dobozokban*

## ACITOPHOSAN

Lázás, hurutos megbetege-  
dések és influenza esetén.

Prophylacticusan 6—8 tableta, therapiásan 3—6 tableta pro die.

## HYPEROLO

Szilárd, concentrált hydrogensuperoxid.

Erélyes külső desinficiens a sebészet, orr-, torok-,  
gégegyógyászat, fogászat, nőgyógyászat stb. céljaira  
10 és 20 darab 1 g-os tablettát tartalmazó fiolákban.

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



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,  
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,  
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,  
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,  
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Kulcsár István és vitéz Simon Tibor:** Klinikai adat az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismus reversibilis voltához. (21—23. oldal.)  
**Martyn Róbert:** Gyógytáplálékok kapcsán fellépő anorexia esete. (23—24. oldal.)  
**Szerényi József:** Az angolkór kezelése D-vitamin-lökéssel. (24—25. oldal.)

**Eisler Mihály:** A B<sub>1</sub>-vitamin-kezelés a központi és környéki idegrendszer betegségeiben. (25—27. oldal.)  
**Irodalmi szemle. Könyvismertetés:** (27—29. oldal.)  
**Korbuly György:** Semmelweis-film. (29—30. oldal.)  
**Lapszemle:** (30. oldal.)  
**Vegyes hírek. Hetirend:** (31—32. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Budapest Székesfőváros Szent János közkórháza elme- és idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. magántanár.)

### Klinikai adat az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismus reversibilis voltához.

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

Az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismus lefolyásában meglehetősen egyhangú és szinte a végzettszerű előrehaladás bélyegét viseli magán. A már teljességében kifejlődött kórkép jellemző striaris tünetcsoportjával befejezett állapotú és annak felelnek meg az agytörzsi dúcokban található elfajulásos szöveti elváltozások is.

Mégis egynémely klinikai észlelet, valamint szövettani lelet mellett szól, hogy a betegség még kései szakában is — legalább részben — *folyamat*. Ennek a feltevésnek megszilárdulása pedig — minthogy a folyamatok megállíthatók, esetleg megfordíthatók — biztatóbbá tenné az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismusnak ma feletébb kedvezőtlen kórjósolatát.

Az alábbiakban egy olyan észlelésünket közöljük, amelynek során egy kétségtelenül postenkephalitises beteg jellemző tünetei átmenetileg megszűntek, sőt ellenkezőbe csaptak át. Az esetet részben a hűség, részben a nagyobb plasticitás kedvéért abban a sorrendben írjuk le, amint az előttünk világossá vált.

K. L. 30 é. nőt 1939 I. 4-én szállítják az egyik székesfővárosi kórház belosztályára, mert világitógázzal megmérgezte magát. Felvételtor eszméletlen. Bőre és nyálkahártyái kp. vérteltek. Tüdő, szív, nagyerek részéről eltérés nincs. Máj-, lépésistentia nem tapintható. Idegrendszer: kp. szűk pupillák, egyenlők, kerekék, fényre jól szűkülnek. A patella reflexek fokozottak, az Achilles-reflexek kiválthatók. Vizeletében kóros vegyi, vagy alaki elemek nincsenek. Urobilin: neg. Th.: oxygenbelégzés. — I. 5. Lázatlan, sensoriuma zavart, ágyában forgolódik. — I. 7. A feltett kérdésekre nehezen válaszol, haesítál, sokszor oda nem illő feleletet ad. Állandóan ágyban fekszik, biztatásra sem kel fel. Időbelileg tájékozatlan. „Nincs kedve élni, nem olyan jók a mai viszonyok”. — I. 8. Vizsgálatkor — de attól függetlenül is — gyakran végez ismételt, céltalan mozdulatokat. *Fogát kaparja, újjait patogatja, haját fonja, fúj, mintha melege lenne, fülével játszik,* stb. Néha csak biztatásra eszik. Intelligentia-kiesés nincs. A paradigmák utánamondása jó. Facialis hypopl. ép. Iz- és szagérzés megtartott, érzéskiesés nincs. Romberg- és Babinski-tünet nincs. Ataxiája nincs.

*A végtagok hajlító és feszítő ereje mindkét o. egyformán jó.* — I. 11. Céltalan mozdulatait állandóan végzi. — I. 12. Idegorvosi vizsgálat: „A beteg rendkívül kötött. Feleletet csak nógatásra ad. Gyakran meg is tagadja a választ. Közben nyögdecsel, grimacieroz, egész viselkedése schizopreniás jelleget hord magán. Tekintettel önszélyességére kezelés és további megfigyelés végett zárt intézeti elhelyezését ajánlom.”

Osztályunkra 1939. I. 16-án hozzák. Megérkezésekor kötött, mozgásszegény, a kérdésekre hosszú reakciós idő után is nehezen, halk hangon, akadozva ad feleletet, vagy egyáltalán nem válaszol. Családi terheltségről nem tud. Gyermekkori és későbbi betegségeiről nem ad felvilágosítást. Megmondja, hogy gázzal akart öngyilkos lenni, mert „nem érdemes élni”, de hogy mikor és milyen körülmények között és hogy mi volt a tulajdonképeni oka, arról nem nyilatkozik. A testi vizsgálat eredménye a fentivel nagyjában megegyezik. Elfajulási jelek. Pupillái kp. tágak, egyenlők, szabályos szélűek, reakciói mind fényre, mind alkalmazkodásra kissé renyhék. Szemmozgásai szabadok, nystagmus nincs. Térd- és Achilles-reflexek kiválthatók, kóros reflex nincs, valamint görcsös sem. Járása, állása nem vizsgálható, mert nem követi a felszólításokat. A homlokráncolásra és fogmutatásra irányuló felszólításokat sem követi, de időnkénti *mimikájából* következtetve *arcbeidegzése hiánytalan. Psychés vizsgálat:* Felszólításoknak nem, vagy csak vontatottan tesz eleget. Mozgásai kötöttek, lassúak. *Mimikája igen szegényes. Általában mozdulatlanul ül, időnként azonban stereotyp mozgásokat végez.* — A vizsgálat alatt több esetben *sírni kezd.* Csökkent figyelem, érdeklődéshiány, ellenkező, vontatott magatartás, részleges tájékozatlanság, meglassúbbodott, kusza gondolkodás. Indokolatlan mosolygása, maga elé beszélése az érzéksalódás gyanúját kelti fel. Paranoid beállítottság, dissimulatio? A felvételtor észlelt tünetcsoport megerősíti a schizoprenia diagnózisát. Therapia: roborálás, ópiumkúra, kifektetés, májdieta. További vizsgálati eredmények: Mellkasátvilágítás hylusfolyamatra utal. Gyomorsecretio vizsg.: szabad HCl 12, összes sav 26. Vércukor 0.8 mg%, vér Ca 11.2 mg% — II. 1.-ig állapota nagyjában változatlan. — II. 15. Hangulata kevésbé nyomott, barátságos, beszélget. — III. 1. Hangulata megint nyomottabb, lassan, vontatottan beszél. Zárkózott. Elfoglalja magát. — III. 15. Hangulata nyomott. Lassan, vontatottan, igen halkán beszél. Járása lassú, csoszogó, hajlott háttal jár. Erősen nyáladzik. Arcvonásai elsimultak, kifejező mozgások alig észlelhetők. Időnként kezeiben, lábaiban és alsó szájszéleiben remegések vannak. Arcbőre kissé zsíros. Antero-latero-retropulsio. Izomtónusbeli változásokat nem észlelünk rajta. Pilulasodró mozgásokat végez. Scopolaminkezelést kezdünk. — III. 23. A dienkephalontájékot besugároztatjuk. Besugárzás után nem látunk változást. — III. 25. Újabb röntgenbesugárzás. Fél napon át kevésbé nyáladzik, egyéb változás nincs. — IV. 6. Nyáladzása valamint csökkent, remegése is és ritkább időközökben jelentkeznek, szívjárási fájdalmi enyhültek. Hangulata kevésbé nyomott, beszéde nem halk, mozgásaiban is van valami frissesség. Izomtonusa fokozott, rigiditás észlelhető izmaiban. — Karjaiban enyhe Negro-tünet. — IV. 26. Bolgár-kúrát kezdünk. — V. 1. Halkan, vontatottan keveset beszél. Arckifejezése mimika-



szegény. Tremora megszűnt, nyáladzása is. Járása kevésbé apróléptű és csoszogó, háta nem annyira hajlott, mint annakelőtte. Negro-tünet nincs. Izomrigiditása csökkent. Retrogr. amnesia. — V. 18. Bal láb erősen remeg, kezek alig, fej erősen. Bal lábon Puusepp-tünet. Részletes intell.-vizsgálatot kísérlünk meg. Szembeszökő nagyfokú retro- és anterograd amnesiája, öngyilkossága körülményeiről nem tud, ám kiegészítő régebbi anamnestikus adatait. Ennek alapján hozzártartozóitól megtudjuk, hogy 16 évvel ezelőtt állítólag agyvelőgyulladás volt, amely után 12 napig aludt. Később rendszeren elvégezte iskoláit, jó tanuló volt, csak a délutáni órákban küzdött az álmosággal. 4 év előtt aluszékony lett, beszédzavarai támadtak, szemhéjai minduntalan lecsukódtak. Kezei merevebben mozogtak, keze, lába remegett. Ekkor (3 év előtt) 1 hónapig feküdt egy sanatoriumban, de nem javult. Efelett annyira elkeseredett, hogy 2 ízben mérgezte meg magát világítógázzal. Első ízben csak rövid ideig volt gázatmosphaerában és ez nem is okozott súlyosabb betegséget. Másodszor egy óra hosszat, ezután került kórházba, honnan mi vettük át.

A sanatoriumi kórrajzból a következőket nyertük: 1936. VII. 13—VIII. 9-ig volt ápolás alatt. Anamn.: 1½ éve lassú mozgású, beszédre vonatott, néha nyáladzik. Nem tudja magát kifejezni, néha dadog. Aluszékony, bágyadt. Hanyag testtartású. Gyakori szívdobogása van, keze, lába reszket. Status: Mimikaszegénység, iárvaszerű arc, fénylő szemek. Pupillák szabályosak, jól reagálnak. Extrem kifelénézéskor néhány nystagmusszerű rángás. Bal orr-ajki barázdá kissé elsimult. Ajakremegés. Kifejezett hypotokinesis és retropulsio. Általános izomrigiditás, mozgásai lassúak, lomhák. A fordulás, leülés nehezen sikerül. Beszéde lassú, vonatott, szintelen. Kezeken, lábakon finom hullámú remegés. Végtagjai hűvösek. Hanyag testtartás. Elénk térd-, Achilles- és hasreflexek. Babinski- és Oppenheim-tünet nincs. Pseudoclonus. Labilis hangulat, könnyen elérzékenyül, sír.

**Epikrisis:** A beteg a kórelőzmény szerint ezelőtt 16 évvel agyvelőgyulladáson esett keresztül. 4—5 év előtt kezdődtek rajta a parkinsonismus tünetei mutatkozni. 3 év előtt a sanatoriumi lelet alapján kifejezett striaris tünetcsoportja volt. Múlt év I. 4-én világítógázzal mérgezte magát. A kórházban, ahová szállították nem tudtak a postenkephalitis kórelőzményről. Tünetei kezdetben — szerintünk — a CO-mérgezéses deliriumnak feleltek meg, majd a schizophreniát megtévesztésig utánzó kórképbe mentek át. Mi is kezdetben ezt a diagnosist állítottuk fel. Két és fél hónappal a mérgezés után alakult ki rajta a parkinsonismus tünetcsoportja, amit kórelőzménye ismerete híjján CO-mérgezésből származónak tartottunk. Bolgár-kúrára javult.

Esetünkben két olyan különböző eredetű betegség interferálódott, amelyeknek tünetcsoportja és localisatiója nagy területen fedi egymást; az *interferentia eredménye a tünetek átmeneti szünetelése volt*. E különös és — tudunkkal — egyedülálló eset értelmezése végett megkísérlünk párhuzamot vonni a postenkephalitis és a CO-mérgezés utáni parkinsonismus között.

Egyszerűség kedvéért a különbségeken kezdjük. Bár mindkét betegség az agytörzsi ducokon játszódik le, tüneteik nem fedik teljesen egymást. A CO-mérgezéses parkinsonismus kórképét az akinesises merevség jellemzi, hyperkinetikus tünetek — szemben a postenkephalitisissal — ritkák. Ugyancsak ritkán találunk vegetatív elváltozásokat is. Ugyanennek megfelelő a szöveti kép is. Eltekintve a több szerző leírta kérgi elváltozásoktól, a CO-mérgezéses parkinsonismus leggyakoribb localisatiója a pallidum, míg postenkephalitis esetében a striatumban, nigrában és a többi extrapyramidalis motoros magban, nemkülönben a harmadik agykamra szürke falában is, találni elváltozásokat. Mind a tüneti, mind a localisatiós különbség azonban korántsem törvényszerű.

Nehezebb — bár kifejteni szándékolt elméletünk szempontjából fontosabb — a két betegség kórtana közti párhuzam megvonása, minthogy mindkettőre nézve különböző nézetek állanak egymással szemben. A CO

parkinsonismus keletkezésének értelmezésében a szerzők egy része a pallidum chemiai affinitásában látja az okot. A szerzőknek egy másik csoportja számos boncolási lelet, valamint állatkísérletek alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a CO parkinsonismus keletkezésében az érrendszer zavara játsza a vezető szerepet. A folyamat sajátlagos localisatióját a pallidum és nigra szegényes érellátásával magyarázzák.

Az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismus értelmezésében hasonlóképpen a szerzők egy része az elfajulásokra, a másik a chronikus gyulladásra hívja fel a figyelmet. Utóbbi mellett szól az ingerkezelések — noha ritka — eredményessége is.

A CO és postenkephalitis parkinsonismus kórtanában közös a törzsducokra localizált érműködési zavar, ami az előbbi esetben functionalis, utóbbiban gyulladással eredetű.

Esetünk különös phasisváltozását a következőképpen képzeljük el. A 16 év előtt lefolyt enkephalitis következményeként a törzsducokban a parkinsonismusra jellemző elváltozások keletkeztek. Az idegrendszer érhálózatát megtámadó CO-mérgezés első szakában fokozott átáramlást okozott (Ricker, első fok), amelynek következtében a megfelelő szürke magvaktól beidegzett területen hyperkinetikus jelenségek támadtak. Az érműködési zavar későbbi szakában (Ricker, harmadik fok: stasis), működési kiesés keletkezett, ami tüneteiben az előbbiekhöz csatlakozott, azokat megerősítvén. Ilyen módon a két különböző phasisú hatás interferentiája először megsemmisítette egymást, majd azonos phasisban összegeződött.

Ha ezt a megfontolást magunkévá tesszük, logikusan következik belőle az a feltevés, amely szerint a *postenkephalitis tünetcsoportját fenntartó elváltozások* — legalább is részben — *reversibilisek*. Ezt pedig csak úgy képzelhetjük el, hogy a *működéskiesést okozó szöveti elváltozásoknak csak egy részét teszi ki az elfajulásos sejtelhalás, másik részét gyulladással, vagy működési érzavarok okozzák*. Esetünkben — feltesszük — a CO-mérgezés okozta fluxio megszüntette a törzsducok egyes területének ischaemiás állapotát és helyette vérbőséget, ezzel sejtingert okozott. A mérgezésre keletkezett hyperkinetikus tünetek amellet szólnak, hogy 16 évvel az enkephalitis után az elfajultak mellett még sok működésre képes sejt maradt.

Észlelésünkhöz fűzött feltevésünk újszerűsége talán veszít meglepő jellegéből, ha az észleleteket, továbbá az eddig elért ingertherapiás eredményeket analógiába hozzuk a paralysis lázkezelésének tapasztalataival és elméletével. Ott is két tényező határozza meg a kórképet: a sejtelhajulás és a gyulladással jelenségek. A különböző lázkezelések az utóbbira hatnak, illetve csak az által okozott tüneteket szüntetik meg, a sejtelhajulás okozta működéskiesések irreparabilisak. Mégis gyakorlatilag gyakran feltűnő javulást és a folyamat előrehaladásának huzamos megakadályozását sikerült elérnünk.

A postenkephalitis parkinsonismus gyógyító kísérleteinek gyér eredménye talán azzal magyarázható, hogy az alkalmazott eljárások nem a törzsducok területén fejtették ki hatásukat. Tapasztalatunk alapján felmerül annak a lehetősége, hogy a törzsducokra ható mérreg, CO, vagy Mn kis adagjaival esetleg sikerülne olyan kistékű mérgezést elérni, ami csak fluxiót okozna és ezzel esetünkéhez hasonlóan, ám maradandóbban visszafejleszhetné a feltételezett gyulladás-fenntartotta tüneteket. (Ezirányú állatkísérleteink előkészületei folyamatban vannak.)



**Összefoglalás:** Agyvelőgyulladás után 12 évvel keletkezett, 4½ év óta tartó parkinsonismusban szenvedő beteg világitógázzal mérgezte meg magát. Megelőző tünetei: merevség, remegés, amimia, kenőcsarc, mozgás-incoordinatio, jellemző járás, nyáladás megszűntek, helyettük katatoniaszerű, hyperkinetikus psychomotoros mozgászavar keletkezett, úgy hogy a körelőzmény ismerete híjján a schizoprenia gyanúját keltette fel. 2½ hónappal a mérgezés után a megelőző tünetek megerősödve tértek vissza. Elméleti megfontolás alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a postenkephalitises parkinsonismus tüneteit fenntartó elváltozások csak részben irreparabilis sejtelfajulás következményei, részben reversibilis gyulladásoz jelenségek tartják fenn őket. Észlelésünk lehetőséget nyújt a postenkephalitises parkinsonismus új ingertherapiájára.

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

## Gyógytáplálékok kapcsán fellépő anorexia esete.

Irta: Martyn Róbert dr. egyet. tanársegéd.

A mesterséges táplálásnál régi törekvés a csecsemőgyógyászatban olyan táplálékok előállítása amelyek úgy chemiai, mint biológiai hatás tekintetében leginkább megközelítik a női tejet. A gyógytáplálékok előállítása egyrészt a pontos klinikai megfigyeléseken, másrészt pedig élettani, physicalis-chemiai, colloid-chemiai és bacteriológiai vizsgálatokon nyugodott. A physikalisch-chemia és cholloidchemia fejlődésével többen vizsgálták e szempontból a csecsemőtáplálást. Legutóbb Bessaunak sikerült oly gyógytáplálékot előállítani, amely mellett a székletben a bifidusflóra maradt az uralkodó, vagyis e mesterséges táplálék mellett a bél chemismus ugyanolyan maradt, mint a nőitej mellett.

A physikalisch-chemiai irány a tejfehérjék állapotát, s ezeknek a tej ionmilieujétől való függését tisztázta. A physikalisch-chemiai vizsgálatokhoz csatlakoznak a fermentvizsgálatok, amelyek az amylase, pepsin, trypsin, lipase, secretin stb. működésére vonatkoznak. Az újabb physikalisch-chemiai és colloidchemiai vizsgálatokkal is igyekeztek mindjobban a táplálkozás physiologiai és pathologiai mechanismusába behatolni. E vizsgálatok alapján a szerzők egy része az electrolyt-milieu megváltozásának tulajdonít jelentőséget és szerintük az 1 és 2 vegyértékű ionokat kell egyensúlyba hozni. Más vizsgálatok a puffercsökkenést tartják fontosnak. A pufferek csökkentik a szükséges secretiót; ez eljárás megközelítené a pepsinmészítéshez szükséges PH-t, jól befolyásolná a motilitást és a bacterialis viszonyokat. Porcher szerint a sav inkább a jó oltóflocculatiohoz szükséges. Mások a fehérjék megváltoztatását tartják fontosnak, mely a dispersitás, hydratatio, electromostöltés, viscositas, absorptio, az electrolyt-milieuvel, illetőleg a pufferek állapotától függ. E rendszeren belül az isoelectromos ponton a legnagyobb a fehérje kicsaphatósága és a casein ezen a pontos liophil-emulsiós colloidból liophob suspensió colloiddá alakul. További vizsgálatok tisztázták a casein osmoinactiválásánál az oltó savcalcium combinatiós mechanismusát, a colloidok egymásra való hatását és a jobbra és balra forgató szénhydratok jelentőségét. Igen sokan foglalkoztak az ion és molekular-dispers fehérjék szerepével, illetőleg correlatiójával és a táplálékok vizének állapotváltozásával.

A csecsemőkori anorexiák, melyek a gyermekorvosnak néha igen sok gondot okoznak, mint tudjuk igen sok körülmény folytán jöhetnek létre. Az anorexiák kérdésével behatóan foglalkoztak *Bratusch-Morrain*, *Helmreich*, *Greiner*, *Lévai*, *Le Reboulet*, *Nobel*, *Wallgren* és sok mások. Az anorexia csoportosításánál láthatjuk, hogy az étvágytalanság létrejöhet: fertőző és nem fertőző szervi megbetegedéseknél, a megbetegedések utáni átmeneti állapotoknál constitutionalisan (mint a neuropathiás anorexia), az egyes szervi functiók csökkent értékűsége folytán. (Digestiv infantilismus). Az anorexia előidézésében szerepelhetnek az egyes gyógytáplálékok is, akár az emésztőszervek fokozottabb igénybevétele, akár a tápanyagok nem megfelelő összetétele folytán. Természetes, hogy olyan táplálkozási zavarok esetén, melyek ugyan biochemicalilag nem mutathatók ki, de valójában mégis szövet-chemiai elváltozásokkal járnak, azok a gyógytáplálékok okoznak anorexiát, melyek leginkább megterhelik a csecsemőszervezett anyagcseréjét.

Ez alkalommal az anorexiák ama szűk csoportjával foglalkozunk, amelyek gyógytáplálékok adása után észlelhetők, olyan esetekben, amikor az anorexiát a klinikai vizsgálatok nem magyarázták meg. Klinikánkon Hainiss professor utmutatása szerint fehérjés tej, Moro-féle vajas-lisztes tej, iró, rizsnyák különböző arányú keverékét állítottuk elő és e keveréket főleg táplálkozási zavaroknál, enteritiseknél, de egyéb parenteralis (pneumonia, grippe, furunculosis stb.) megbetegedéseknél is adtuk. Mivel e keverékeknél a 3 fő táplálék (fehérje, zsír, szénhydrat) különböző arányban van jelen alkalmasnak találtuk megnézni, milyen arányban láthatjuk az anorexia fellépésének gyakoriságát.

A gyógytáplálékot fogyasztott csecsemők száma		Étvágytalan hőemelkedésük volt		Százalékban	
II. Keverék Moró (cukor nélkül) + fehérjés tej	8	13	38	%	
	21				
III. keverék Moró + rizsnyák + fehérjés tej	5	8	29	%	
	17				
½ irós rizsnyák (iró sovány tejhez 1½%)					
liszt, 4% Hordenzim.)	3	12	6.5	%	
	46				
⅓ irós rizsnyák	1	8	5	%	
	19				
Összesen:	103				

Mint a táblázatból látható fehérjedus (fehérjés tej), zsirdus (Moro) és szénhydratdus táplálékok (rizsnyák) különböző arányú keverékét adtuk enteralis, kisebb számban parenteralis fertőzéseknél, részben hőemelkedéssel, főleg lábadozó csecsemőknél, hig széklettel járó állapotoknál. Ezek kapcsán megfigyelés tárgyává tettük, hogy — teljesen hasonló körülmények között — milyen gyakran észlelhetjük az anorexia fellépését.

A táblázatba azokat az eseteket foglaltuk (enteritis infectiósa, bronchopneumonia stb.), akiknél az anorexia e gyógytáplálékok bizonyos idejű nyujtása után lépett fel, amikor a beállott étvágytalanságot az alapbetegség nem magyarázta. Étvágytalanok vettük azokat a csecsemőket, akik anélkül, hogy a klinikai tünetek magyarázták volna, nem fogyasztották el a megszokott rendszer napi adagjukat, sőt a súlyosabb esetekben még a fenn tartási caloriát sem érték el és súlygyarapodásukban megálltak. Kétségtelen, hogy a gyógytáplálékok kapcsán fellépő anorexia megítélésénél akkor járunk el helyesen, ha mindenkor figyelemmel vagyunk a táplálékok és qualitativ és quantitativ összetételére, valamint az egyes szervi megbetegedések után előálló functiózavarra, mert e functióváltozás folytán



előálló correlatio vagy discorrelatio eredményezi a táplálkozás normális vagy pathológiás menetét. Mint tudjuk, a gyógytáplálékok helyes indicióján kívül igen fontos az adagolt gyógytáplálék időtartamának helyes megválasztása. 21 Moro és fehérjés tejjel táplált csecsemő közül 8 volt étvágytalan (38%, 17 Moro + rizsnyák + fehérjés tejjel tápláltnál 5 (29%), 65 $\frac{1}{2}$  és  $\frac{2}{3}$ -os író rizsnyákkal tápláltnál 4 (6%) lett étvágytalan. E gyógytáplálékoknál az étvágytalanság okát részben e táplálékok miatt elhuzódó gyomorevacuációval magyarázzuk. Ezt klinikánkon végzett röntgenvizsgálatok is igazolták. Hainiss vizsgálatai mutattak arra, hogy a csecsemőkorban az étvágytalanság igen sokszor a gyomorfunctiót érintő constitutiós vagy pathológiás elváltozásokban keresendő. A csecsemőgyomor kiürülésénél vizsgálatai alapján 9 faktornak jut megkülönböztető jelentőség: a táplálék fehérje- és zsirtartalmának, mennyiségének, consistentiájának, a gyomor bennének savtartalmának, a gyomor tonusának, a pylorus constitutiós a Moro + fehérjés tej keveréknél, az anorexia előidézésében annak fehérje és zsirdus volta; a fehérje és zsirdus volta; a fehérje és zsír lassabbá teszik a gyomorürülést, a szénhidrat pedig nem befolyásolja. A fehérje és zsirdus mesterséges táplálékok az elhuzódó gyomorürülésen kívül még fokozott gyomornedvelválasztással járnak, megterhelik az anyagcserét. A gyomor emésztőfunctióinak a fokozottabb igénybevétele természetesebben könnyebben vezet anorexiára, eseteink is ezt mutatják. Azonkívül e fehérjedus táplálékoknál közrejátszott eseteinkben a constitutionálisan érzékenyebb csecsemőknél az anorexia előidézésében az intermediaer anyagcseremegterhelésen kívül a fehérjék hőemelkedést előidéző hatása, valamint ennek következményeként a fokozottabb vitaminszükséglet, megváltozott vízháztartás; stb.

Különböző vizsgálatok mutattak (Wieland, Czerny, Hainiss, Mariotte és még több más szerző) a táplálékok egymásközi correlatiós hatás révén létrejött complexhatás fontosságára. Ezért is e hatások kihasználása céljából a három fő táplálék qualitativ és quantitativ, valamint a milieu változtatása által igyekeztek a csecsemőszervezet részére a táplálékokat a lehető legkönnyebben, illetőleg legjobban kihasználhatóvá tenni. A savanyú sovány tejnél a vizsgálatok azt mutatják, hogy a savanyú erjedés megkönnyíti a fehérje emésztését, a pepsin-sósav hatást fokozza, eközben a tejsav a tehéntej pufferhatását, erős sósavkötő képességét leszállítja. Az író rizsnyáknál a colloid szénhidrátoknak lassabb erjedés mellett (tehát antidyspepsiás, anticatarrhalis hatás mellett) az a fontos szerejük is érvényesül, hogy nemcsak a fehérjék, hanem a zsirok felszívódását is elősegíti. A szerzők valószínűnek tartják, hogy az aminosavak megfelelő liszt összetétel mellett teljesen felszívódnak és mint lebontott aminosavak a szervezetben jól tárolhatnak. Emellett a szénhidrátok megfelelő összetételben a fehérjék felhasználását is elősegítik, ugyanis nemcsak a zsirok, hanem a fehérjék egy része is a szénhidrátok tüzeiben ég el. Az író aciditása ugyanolyan, mint normálisan a csecsemő gyomoraciditása, mely a casein isoelectromos pontjának felel meg és részben e célszerűséggel magyarázható, hogy a csecsemők szívesen veszik és az anorexia sokkal kisebb számban észlelhető, mint Moro + fehérjés tejjel, avagy Moro + rizsnyákos fehérjés tejjel keverékek után.

Vizsgálataink során egyes gyógytáplálékok (Moro-fehérjés tejjel, Moro-fehérjés tejjel + rizsnyák, író + rizsnyák) különböző arányú összetétele mellett néztük az anorexiák gyakoriságát olyan esetekben, amikor annak fellépése nem az alapbetegedéssel állott össze-

függésben és nem annyira a csecsemőszervezet constitutionális elváltozásaira, mint inkább az egyes gyógytáplálékok azon hatására vezethetők, mely az emésztőfunctiók és az intermediaer anyagcsere fokozottabb igénybevételeivel, valamint az egyes gyógytáplálékoknál észlelhető milieuhatásokkal magyarázható.

## Az angolkór kezelése D-vitamin-lökéssel.

(Műmelléklettel.)

Írta: Szerényi József dr.,

a 69. sz. védőintézet csecsemővédelmi orvosa, Miskolc.

A vitaminkutatás alig 30 éves, de már igen számottevő eredményekre tekinthet vissza. A rachitist (1918.) Mellamby illesztette az avitaminosisok sorába; ő még tévesen az A-vitamin hiányában látta a betegség okát, amíg Mac-Collum és követői bebizonyították, hogy a rachitis megelőzése, keletkezése és gyógyítása csakis a D-vitaminra tartozik. D-vitamint kielégítő mennyiségben tartalmaz a csukamájolaj, sok található a tojás-sárgájában, kevesebb a vajban, csontos halak májának olajában és egyes erdei gombákban. A főzelékek és gyümölcsök gyakorlatilag D-vitaminmentesnek tekinthetők.

Az angolkór gyógyításának történetében jelentős fordulat marad Huldshinszky felfedezése (1919), hogy a rachitis nemcsak csukamájolaj adagolására, hanem quarzfény besugárzására is teljesen meggyógyul. Régi tapasztalat, hogy a napfény hiánya előmozdítja a rachitis kifejlődését. A quarzfény, illetve a napfény hatásának mibenlétét két amerikai szerző; Hess és Steenbock tisztázta. Kiderítették, hogy az ember és a magasabbrendű állatok bőrében egy „provitamin” anyag van, amely a fény hatására „activálódik” és D-vitaminná alakul. Rosenheim, Windaus és Webster mondták ki először, hogy a D-vitamin nem egyéb, mint az ultraibolya sugarak által besugárzott és molekulánbelüli atom átrendeződésén átesett ergosterin.

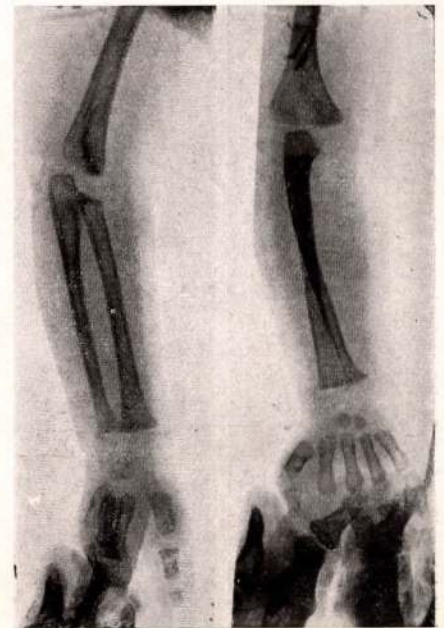
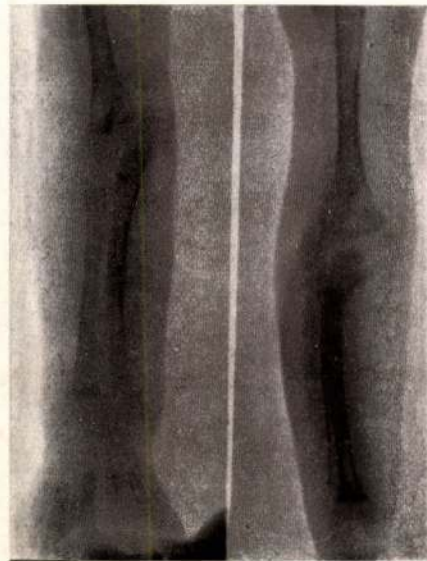
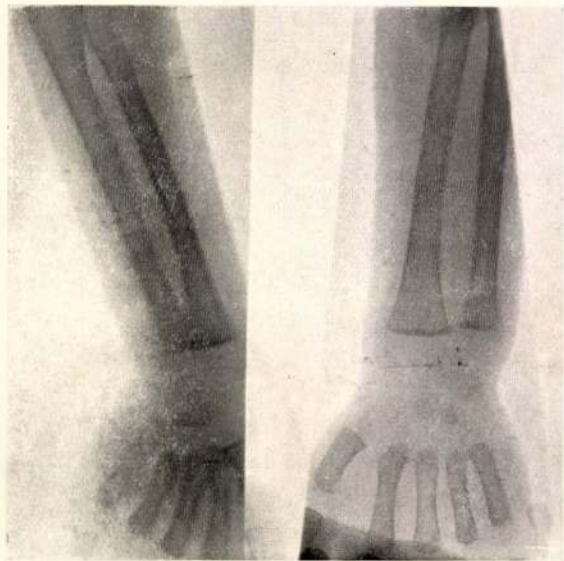
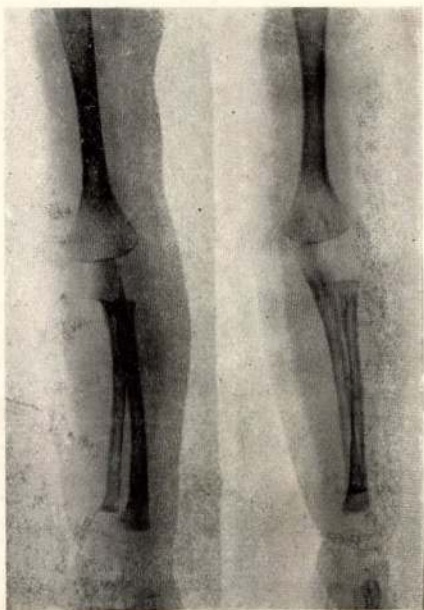
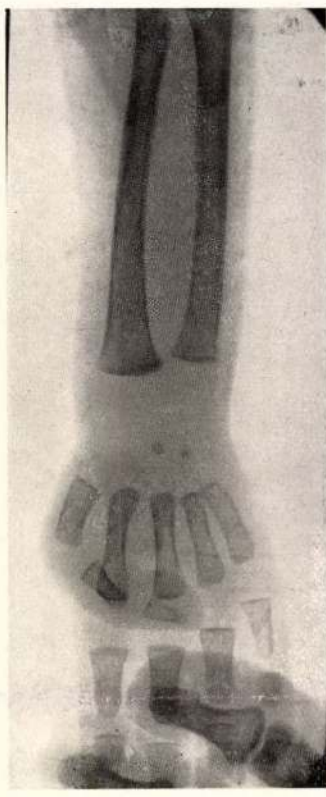
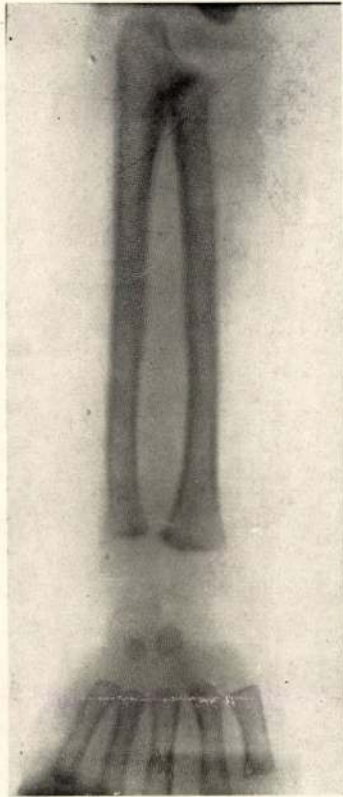
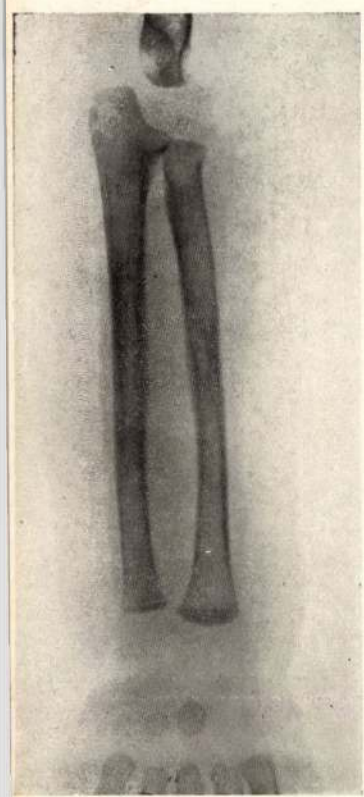
A közvetett szétszórt égbolt-sugárzásban sok az ultraibolya fény. Pirquet az angolkór gyógyításában három „L” betűs tényezőt tartott lényegesnek: Licht, Luft, Lebertran. Ismeretes, hogy a hőhatású, nagy hullámhosszú sugarak gyengítik az ultraibolya fény hatását, viszont pl. levegőn mozgás és hideg fürdők fokozzák. A levegő portartalma is csökkenti az ultraibolya sugártartalmat, ezért magaslati helyen nagyobb a hatásos sugármennyiség. Van bizonyos évszakos ingadozás is, így pl. a téli napfény ultraibolya tartalma alig valami, a májusi és a nyári napfényé pedig a legnagyobb.

A bőrre ható specifikus fény megtermi tehát a D-vitamint. A rachitis lényege a mész és phosphorháztartás zavara, aminek folytán a csontrendszerben elváltozások (elmesztelenedés) állnak elő. A régebbi súlyos kórképek ma már egyre ritkábban fordulnak elő és alig látjuk a testi nyomoréksághoz vezető súlyos formákat. Ez okból is helyesebb lenne az angolkór elnevezést ma már mellőzni és helyette inkább a „csontgyengeség” vagy „gyengecsontúság” megjelölést használni, ami a betegség kórtani lényegét is pontosabban jelöli meg.

Angolkórban a csecsemők 50—90%-a betegszik meg, különösen a városokban. A rachitis jelentősége 1. gyakran szövődik spasmophiliával (a spasmophilia angolkór nélkül sohasem fordul elő); 2. a csontgyenge gyermek hajlamosabb influenzára és az influenza könnyebben szövődik tüdőgyulladással, amely rosszabb indulatú.

Koraszülött és iker-gyermekek hajlamosak rachitissre, valószínűleg azért, mert elégtelen D-vitamin raktár-











ral jönnek a világra. A mesterséges táplálás is hajlamossá rachtisra, holott a tehéntej D-vitamin tartalma meghaladja az anyatejéét. A mesterséges táplálás, főleg annak nagyobb foszphattartalma túl mineralizálja a gyermeket, akinek ezáltal nő a D-vitamin szükséglete, tehát hamarabb válik rachitikussá. Ezért a rachitis a tehéntej mennyiségének megszorítására gyakran meglepetésszerűen meggyógyul.

Siegert (1903) felhívja a figyelmet arra, hogy egyes csalaádokban sűrűn fordul elő örökletes csontgyengeség. Lehmann 40 egypetéjű és 55 kétpetéjű ikerpáron azt találta, hogy a kétpetéjű ikrek között csak 27%-ban fordult elő rachitis, addig az egypetéjű ikrek között 85%-ban. A külső tényezők ártalmas hatása mellett tehát örökletes rachitikus hajlamot is fel kell venni.

A rachitis kezelésének egyik legnagyobb eseménye volt az a felfedezés, hogy az élesztőből a D-vitamint ipari méretekben termelhetik. Windaus szerint az ergosterinből lumisterin, tachysterin, azután D-vitamin, végül suprasterin I. és suprasterin II. keletkezik. A túlsugárzási termékek nem hatnak antirachitikusan, de mérgező hatásúak. Míg eleinte a gyári D-vitamin készítmények a besugárzási termékek különféle arányú keverékéből állottak és így különféle toxicitásúak voltak (Götche) ma már inkább a szintén Windaus által előállított tiszta kristályos D-vitamint (calciferol, D<sub>2</sub>-vitamin) használják. A kristályos D<sub>2</sub> készítménynek igen alacsony toxicitása van. D-vitamint az eleinte használt biológiai egység helyett ma nemzetközi megállapodás alapján súlyegységekben adagolják a vitamint. Egy nemzetközi egység a nemzetközi standard D<sub>2</sub>-vitamin oldat 1 mg-jával egyenlő, ez 0.025 gamma hatóanyagot tartalmaz. A csecsemő napi szükséges mennyisége 2—10 gamma.

Gyakorlati okokból felmerült azonban annak szükségése, hogy egyszerre adott nagy adag D-vitamin hatását is kipróbálják. Ezt az újítást Vollmer és Petényi vezették be a terapiába (1929.) Petényi abból a feltevésből indult ki, hogy a nagyobb adag D-vitamin elraktározódik a szervezetben. Erre állatkísérleti bizonyítékok is vannak. Petényi hat részre elosztva 100 mg vigantolt adott 2 nap alatt és gyors gyógyulást látott mindenféle túladagolási, mérgezési tünet nélkül. Az egyszeri nagy adag alkalmazását elméletileg jogosultá teszi az, hogy 1. az egyszerre beadott adag alig több, mint egy rendszeres kúra alatt adott összes D-vitaminmennyiség; 2. hogy az angolokoros szervezet D-vitamin igénye igen nagy és hogy a D-vitamint igen jól tűri.

Harnapp (1935) az antitetaniás „AT 10” készítménnyel folytatott kísérleteket. Feltűnt, hogy 15 rachitises beteg szokatlanul nyorsan és tartósan meggyógyult, amit a nagy adag D-vitamintartalomra vezet vissza. Schirmer (1936) 30 eset feltűnő gyógyulási eredményéről számolt be. Sem ő, sem utána Braulke, Bischoff, Opitz ártalmas hatást nem láttak. E szerzők tiszta 10—15 mg D<sub>2</sub>-vitamint adagoltak belsőleg, 1 ccm olajos oldatban, kevés tejjel elkeverve. A mennyiség 50 ccm vigantolnak felel meg. Wendorfer kimutatta, hogy e nagy adagból a székletben mindössze 3—10% található meg, a többi fészívódik és úgy látszik elraktározódik. Harnapp szerint 12—14 mg D<sub>2</sub>-vitamin adagolása után már 48 óra múlva kimutatható a vér calcium és phosphor értékeinek növekedése, 4 nap múlva pedig már a gyógyulás röntgenológiai jelei mutatkoznak. Opitz 62 rachitis esetében (közülük 42 egyben spasmophilias volt) 3—4 nap múlva mutatkozott változás a vér mész- és phosphor-szintjében és az értékek 10—14 nap múlva érték el a normalis vonalat. Bischoff 9 esetében a második héten eltűnt a tarkólagulás; a savó mészértéke az első héten

elérte anormalis 10 mg%-ot, a phosphorérték a második héten a normalis 5 mg%-ot és ugyanakkor az alkar epiphysvonalán mész kicsapódás mutatkozott. A gyógyulási folyamat a közbenjött fertőzése alatt is zavartalanul folytatódott.

Itthon elsőnek a Chinoín gyár hozott forgalomba koncentrált kristályos D<sub>2</sub>-vitamin készítményt (Vitaplex) „D” forte), amely 1 ccm oliva olajban 15 mg hatóanyagot tartalmaz. A készítmény egy adagban alkalmazható. Az Országos Stefánia Szövetség 69. számú vidőintézetében 20 esetben alkalmaztuk ezt a készítményt, elsősorban súlyosan angolokoros gyermekeken. Minden esetben a befecskendezéses alkalmazási mód mellett döntöttünk, annál is inkább, mert betegeink legnagyobb része lázas, influenzás, vagy bronchopneumoniás volt. A craniotabes már a 2. héten jelentősen javult, ugyanígy a csecsemő motorikus functiói, izomtónusa is. Röntgenképükön a német szerzőkkel azonos megállapításokat tettünk a gyógyulást illetően. (1.: ábrák). Ártalmas hatást nem észleltünk. Véleményünk szerint a Vitaplex D forte-injectio határozottan hasznos készítmény; legfőbb javallatai 1. súlyos florid rachitis; 2. pneumoniával és szamárköhögéssel szövődött esetek, továbbá 3. ahol nincsen biztosíték arra, hogy a régi hosszadalmas eljárásokat elfogják végezni az anyák. A készítmény injectiós alkalmazását előnyösnek tartjuk. A kétségtelenül értékes szer jelentőségét fokozná, ha megelőzésre is alkalmas lenne, e tekintetben még kellő vizsgálatokra van szükség.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet újpesti idegrendelőjének közleménye. (Igazgató: Barla-Szabó József egyet. magántanár.)

## A B<sub>1</sub>-vitamin-kezelés a központi és a környéki idegrendszer betegségeiben,

Irta: Eisler Mihály József dr. osztályvezető orvos.

Windaus munkálatai nyomán Andersag és Westphal voltak az elsők, akiknek 1936-ban sikerült a B<sub>1</sub>-vitamint szintetikus úton előállítani. A kezdetben egységének tartott beri-beri gátló B<sub>1</sub>-vitamintól a későbbi kutatások egy B<sub>2</sub>-vitamin csoportot választottak külön, melyről kiderült, hogy egyrészt növekedésserkentő, másrészt pelagra-gátló hatást fejt ki. Ezenkívül még mintegy 5 különböző B-vitamin-féleség ismeretes, melyek kórtani jelentősége azonban még nem eléggé tisztázott.

A legfontosabb tápanyagoknak B<sub>1</sub>-vitamintartalma erősen ingadozó. A növényi táplálékok közül a gabonacsírák, a hüvelyes vetemények magjai, a rozs és rizskorpa és a szárított élesztő, az állati anyagok közül pedig a máj, vese, szív, tojássárgája, a gyakrabban fogyasztott húsfajták sorában pedig a sertéshús tartalmaz B<sub>1</sub>-vitamint fokozottabb mennyiségben. A kenyérféleségek közül az ú. n. teljes búzakenyér (94%-os búzalisztból) a leggazdagabb B<sub>1</sub>-vitaminban. Főzéskor a növényi anyagok vitaminjából 50%, a húsból 15—20% megy át a főzővízbe.

Felnőtt egyén napi B<sub>1</sub>-vitaminszükséglete minimalisan 0.5 mg, az optimalis adag azonban legalább 1—2 mg. Lázas állapot, terhesség, szoptatás, alkoholfogyasztás — minden ami az anyagcserét fokozza — egyben a B<sub>1</sub>-vitaminszükségletet is növeli. A növekedésben lévő szervezet kb. 3—5-szörösét használja fel annak a mennyiségnek, ami a testsúly megtartására rendes körülmények között szükséges. Sok szénhidrát-fogyasztás növeli, zsírfogyasztás apasztja a B<sub>1</sub>-vitaminszükségletet. A szervezetben legelső sorban az izomzat (50%), utána a máj



(30%) halmozza fel a B<sub>1</sub>-vitamint. Nagyon kevés kötődik meg az idegrendszerben, ami igen nagy jelentőségű, mert a B<sub>1</sub>-vitamin neurotrop sajátossága minden más élettani szerepénél szembetűnőbb.

A B<sub>1</sub>-vitamin-kezelést két év óta alkalmazzuk az OTI újpesti idegrendeléseiben.

I. A B<sub>1</sub>-vitamin neurotrop hatásának ismeretéből kiindulva a Heine—Medin-kór, paralysis agitans és az (influenzás) agyvelőgyulladásban kísértük fokozottabb figyelemmel e vitamin használatosságát. E csoportban fogjuk tárgyalni a chorea-ban elért eredményeinket is.

Három Heine—Medin esetben adtunk B<sub>1</sub>-vitamint, másodnaponként 2 mg biamin-t intramuscularisan és 12—20 inp. után a hűdött végtagok mozgása és reflexingerlékenysége helyreállott. A gyógykezelést csak a lázas folyamat lezajlása után kezdhettük meg, két esetben néhány héttel a kórházi elbocsátás után.

Indokolt azonban a B<sub>1</sub>-vitamin-kezelést már a betegség elején megkezdeni, mihelyt a kórisem tisztázódott, mert a szervezet B<sub>1</sub>-vitamin készletének növelése a betegség lefolyását és következményeinek súlyosságát enyhíti. Ezt a megállapítást alátámasztja az a régen ismert tény is, hogy nagyobb gyermekek és felnőttek poliomyelitisz enyhébb tünetek között, sokszor kifejezett bénulások nélkül folyik le.

Lázás eredetű enkephalitisekben a B<sub>1</sub>-vitamin korai alkalmazása üdvösen befolyásolja a javulást. Igazolva ezt alábbi észlelésünk is.

St. I. 47 éves gyári munkás; magas lázas állapot, súlyos eszmélet-zavar. Járványkórházba került és miután a pszichikai tünetek látatlanná válása után sem multak el, kezelőorvosa zárt intézetben akarta elhelyezni. A hivatalos eljárás azonban elhúzódott és így került idegrendelésünkre. Ekkor még csak nagyfokú szédülés, motoros beszédzavar és feledékenység volt észlelhető. Erőteljes B<sub>1</sub>-vitamin-kezelésre ezek a tünetek rövid idő alatt fokozatosan javultak, s végül csak nagyfokú hyperakusis maradt vissza, mely a kórházi kivizsgálás során a nrvus acusticus neuritisének bizonyult. A B<sub>1</sub>-vitamin további alkalmazása mellett ez a tünet is javult.

Parkinson-kórban a B<sub>1</sub>-vitamin alkalmazását azon élettani adat teszi indokoltá, hogy az agy részei közül főleg az agyalapi központok B<sub>1</sub>-vitamin szükséglete a legnagyobb. E betegségben csak viszonylagos eredményeket értünk el. Napi 10 mg-os adagot alkalmaztunk (5000 E) intramuscularisan, s az észleletek összefoglalva inkább az izom-rigiditás okozta mozgási nehézségek javultak, míg a parkinsonos remegés csak kevésbé nyhült. Tekintettel a betegség súlyosságára és hosszadalmas lefolyására, véleményünk szerint, a vitamin-kezelést is feltétlenül össze kell kapcsolni a már ismert gyógyeljárásokkal.

E csoportban számolunk be a chorea esetében gyűjtött észlelésekről is.

Sch. O. 23 éves gyári munkásnő. Choreája miatt két ízben részesült már kórházi ápolásban. Luminálkezeléstől kiütéseket, izomba adott savarsantól lázat és szívtüneteket kapott. Paraldehyd-kúra és egyéb kezelési módok sem hoztak javulást. 10 biamin injectióra mintegy három hét alatt teljes gyógyulás következett be. Egyévi szünet után jelentkezett újból vizsgálatra és bár choreás mozgásjelenségeket nem láttunk, a beteg megnyugtatósára újból adtunk 6 injectiót. A beteg azóta nem jelentkezett rendelésünkön.

Még egy esetről óhajtunk beszámolni, mely egyelőre elszigetelt észlelés s így belőle általános következtetést levonni nem akarunk. Egy diabeteses betegünkön túladagolás folytán enyhébb insulin-shok mutatkozott. A beteg 10 mg B<sub>1</sub>-vitamint kapott, mire állapota percek alatt megjavult. Erre a beavatkozásra ama észlelet indított, hogy a B<sub>1</sub>-vitamin nagy szerepet játszik a központi idegrendszer cukor-anyagcseréjében és főleg görcs-

gátló hatást fejt ki. Ez okból eklampsia esetekben is tekintetbe jöhetne a B<sub>1</sub>-vitamin-kezelés.

Egy másik diabetes mellitusban szenvedő betegnek, aki az állandó insulin-kezelés folytán potenciáját majdnem teljesen elvesztette, az insulinallal egyidejűleg naponként 2 mg. biamint adtunk. Már egy heti kezelés után sikerült az insulin kellemetlen mellékhatását ellenőrizni, a beteg nemi képessége helyreállott. Tekintettel arra, hogy a hormonok és vitaminok kölcsönhatásának megismerése elméleti szempontból is kiválóan fontos, ennek a megfigyelésnek részletesebb kivizsgálását is tervbevettem.

Itt számolunk be két észlelésünkről, amikor az uralkodó tünet gerinc-csapolás után fellépő elviselhetetlen fejfájás volt. B<sub>1</sub>-vitaminadagolásra rövid idő alatt teljesen megszűntek a kínzó tünetek. Mindkét esetben lázas alaphátalom miatt történt a lumbalpunkció.

II. Sokkal nagyobb alkalmazási területe van azonban a B<sub>1</sub>-vitaminnak a környéki idegek különféle betegségeiben.

A) Ebben a csoportban kizárólag az alkohol neuritisekben nyert tapasztalatainkra hivatkozhatunk. Az idevágó esetek közül felsoroljuk a következőket:

1. L. I., 28 éves munkás. Chron alkoholélvezet után paresis n. radialis l. d. lépett fel. 10 biamin-injectióra (á 2 mg) gyógyult.

2. Cs. M., 31 éves gyári munkás. Diagnosis: Paresis n. radialis l. d. post abusum alkohol. 14 biamin-injectióra gyógyult.

3. K. I., 38 éves hivatalnok. Erős potator, napi 3—4 l borfogyasztással. Rövid idő alatt súlyos ataxia, majd teljes járásképtelenség jelentkezett rajta. Kézben, lábba zsidbádások. Inreflexek teljesen hiányoznak. 45 biamin-injectióra a paraplegiás állapot teljesen megszűnt, tud járni, a kezelés alatt hízni kezdett. A kúra befejeztével az inreflexek már nyomokban kiválthatók.

Toxikus jellegűnek fogjuk fel a következő három esetet:

1. K. V.-né 29 éves munkásnő. Alhási műtét miatt lumbalis paraesthesiát kap. Műtét után erős fejfájás kíséretében paresis n. abducent. l. d. lép fel. 15 biamin-injectióra a kettőslátás megszűnik.

2. F. I. 30 éves gyári munkás. Katonai szolgálat közben mint kerékpáros egy napon állítólag 160 km. hosszú utat tett meg. Túlerőltetés folytán a bal kézen radialis bénulást kapott. 12 biamin-injectióra teljes gyógyulás állott be.

3. P. I. 40 éves munkás felesége. Kb. 12 év előtt öngyilkossági szándékból nagymennyiségű chinint vett be. Elmondása szerint heteken keresztül „vak” volt. Gyógyulása után éveken keresztül nem volt látásával baja. Most hónapok óta látása egyre romlik. Szemészeti lelet: neuritis n. optici ad atrophiam vergens. (Luese nem volt). A megkezdett biaminkezelés a beteg jelentése szerint javulást indított meg, de a beteg vidékről járt be és hamarosan elmaradt a rendelésről. Ezért nem tudtuk a kezelést befejezni, sem pedig szemészeti pontosan ellenőrizni. Mindenestre tanulságos volna hasonló esetekben azonos gyógyeljárást alkalmazni.

B) A fertőzések eredetű kórformák közül legelső sorban a környéki facialis-bénulásos esetekben láttuk a legmegbízhatóbb eredményeket B<sub>1</sub>-vitaminkezelés során. Az eredmények annyira szembetűnők voltak, hogy utóbb már el is hagytuk az eddig szokásos egyéb gyógyeljárásokat (phenacetin per os, később elektrotherapia), hanem azonnal vitaminkezelést kezdtünk. A B<sub>1</sub>-vitamin kezelés hatásának szemléltetésére két esetet ismertetünk:

1. G. M., 21 éves háztartási alkalmazott. 4 nap óta jobb arcfelét nem tudja mozgatni. Dg: paresis n. facialis periph. l. d. 6 biamin-injectióra teljes gyógyulás.

2. A. M. 28 éves hivatalnok. Egy hét óta tartó kifejezett peripheriás j. o. arcideghűdés. 8 biamin-injectióra (másodnaponként 2 mg.) már csak nyomokban van működési gyengeség.



Tetaniánál kevésbé meglepő, de kielégítő eredmény mutatkozik B<sub>1</sub>-vitaminkezelésre. Egyik esetünket ismer-tetjük a tünetek sokfélesége miatt:

I. B. 18 éves tanonc. Panaszok: erősen zsibbad a keze, munka közben görcsök lépnek fel a kezujjakban. Beszéd közben görcs a gégeizomzatban. Erősen pozitív Chvostek- és Trousseau-tünet tetaniára vall. Már 6 biamin-injectióra megszűntek a görcsök. 12 injectio után pedig a Chvostek-tünet sem váltható ki.

Trigeminus-neuralgia és ischiasis esetében szerzett tapasztalatainkat egyelőre nem tudjuk egységes nevező-re hozni. Kétségtelenül vannak esetek, melyekben a B<sub>1</sub>-vitamin főként erőteljes adagja (10 mg) a beteg állapotában lényeges enyhülést hoz létre. Kivált friss ischiasis esetekben láttunk javulást és sok esetben elérhető volt a morphin mellőzése. Mindkét kórformában javasoltnak tartjuk a B<sub>1</sub>-vitamin beillesztését a therapiába.

Végül röviden kitérünk arra is, hogy Basedow-kórban a gyorsult anyagcsere folytán beállt B<sub>1</sub>-vitaminhiány pótlására szintén érdemes a vitaminkezelést is bevonni a gyógykezelés fegyvertárába. Bizonyosnak látszik, hogy nemcsak a B<sub>1</sub>-vitamin, hanem az A és C is szerepet játszik a bántalom pathomechanismusában. A klinikai tapasztalatnak e kérdésben még sok adatra van szüksége.

Valamennyi esetünkben a hazai Richter Gedeon vegyészeti gyár Biamin-nevű B<sub>1</sub>-vitaminkészítményét alkalmaztuk éspedig az 1000 egységes és az 5000 egységes adagot. Az injectiókat kevésbé érzékeny egyénekben subcutan, többnyire azonban izomba adtuk. Helyi reactiót egyik esetünkben sem észleltünk.

## IRODÁLMI SZEMLE

### BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

**A végtagok arteriális emboliájának differential diagnosisa.** P. Funck—Brentano (Press. Med. 1939. 88—89.). Arterialis embolia gyakori tünetei: heves fájdalom az embolia helyén, mely később kiterjed az egész végtagra, a végtag megmerevedése, pulsus eltűnése, bőrelhalványodás, cyanosis, érzékszavarok, stb. Egy fontos tényező az embolia felismerésében az oscillometria u. i. embolia esetén a beteg oldalon a pulsatio 0-ra csökken, az ellenkező oldalon hirtelen emelkedik; ezzel szemben thrombosisban az oscillatio csökkenése fokozatos. Mindezen tünetek mellett néha igen nehéz a biztos diagnosist kimondani. 1. Az oscillometria u. i. a normalishoz közelálló értékeket adhat, mindamellett, hogy a többi tünet emboliára utal; 2. A kórkép eltér a classikustól pl.: az arteriális thrombosishoz hasonlóan a vérkeringési zavarok progressivus jelentkeznek; arteriális és venás laesiók simultán létrejötte, az ú. n. arteriális embolia „a phlebitises alakja”, melyben az embolia ischaemia nélkül jelentkezik és a kórképet gyorsan terjedő oedema zavarja meg; 3. Az embolia classikus kórképét más betegségek is utánozzák, így pl. a haematomyelia, acut transversalis myelitis, de leginkább az arteriális és venás gyulladásai. Diagnostikai tévedésre az acut venás thrombosis is adhat okot; 4. Néha az anamnesis sem könnyíti meg a diagnosist. Typhusos és paratyphusos betegekben észlelték emboliát utánzó ischaemiát és fájdalmakat. Nehéz a pneumonia, influenza, de különösen a sebészi betegségekben jelentkező embolia megkülönböztetése a thrombosisból. (B. 1.)

Kovács Ernő dr.

**Plasma tárolása transfusio céljából.** F. A. Knott és E. H. Koerner. (The Lancet. 1939. 21. Súlyos sérülések esetében két tényezővel kell számolnunk, a shockkal és a vérvesztéssel. Shockban a vér fehérjemennyisége csökken, a vvs.-szám és a Hb. emelkedő értéket mutat. Vérvesztésben a vvs.-szám és a Hb. százalékos természetű csökken. Ha shockban a vvs.-szám és a Hb. emelkedő tendenciát mutat, akkor a vértransfusio contraindicált. Ilyen esetekben csak a plasma transfusiónak van helye. A mostani vértárolási

kísérletek kiderítették, hogy a teljes vér csak 2—3 hétig tárolható, a cytrátos plasma azonban sok héten keresztül használható. Ilyen tárolt plasmával végzett transfusiók minden ártalmas mellékhatástól mentesek voltak. A tárolást a 0-ás vércsoportbeli vérből nyert plasmával végezték. A gondosan elzárt palackokat hideg helyen tartották. Az ilyen plasma megtartja az összes agglutininjeit. Használat előtt azonban ellenőrizendő, mert előfordult, hogy némely esetben a plasma más csoportba tartozó vért agglutinált. (B. 2.)

Riedl Olivér dr.

**Májtályogok conservatív kezelése.** A. Cecil Aipart és P. Ghaliougui. (The Lancet. 1939. 21.). Öt olyan amoebás dysenteria esetet közölnek, melyekben májtályog keletkezett. Súlyos állapotuk miatt műtét nem kerülhetett szóba. A szerzők néhány napig napi 1 g emetin hydrochlor-t adtak, majd májpunctiót végeztek. Minden esetben igen nagy-mennyiségű genyet bocsátottak le. Egy esetben a genyből bakt. pyocyaneust lehetett kitenyészteni. E betegnek napon-ta 2x10 napon át sulfonamid készítményt adtak peroralisan. Az öt eset közül négy meggyógyult, egy gyógyulását az elterjedt metastasisok tették lehetetlenné (B. 3.)

Riedl Olivér dr.

**A sklerosis multiplex öröklődése.** K. Thums. (Münc. Med. Wschr. 1939. 46. sz.) Charcoits óta, — aki a sklerosis multiplexet (SM) elsőként ismertette —, számosan igyekeztek az aetiológiájára világosságot deríteni. Ma sincs azonban tisztázva, vajjon gyulladás, degeneratio fertőzés, avagy öröklődés játsza-e keletkezésében a főszerepet. Curtius vizsgálta elsőnek az öröklődés problémáját. Azt találta, hogy 2778 rokon közt 56 szenvedett SM-ben. Arra az eredményre jutott, hogy az SM keletkezésében öröklődő hajlam szerepel, amely nem kizárólag SM-re, hanem általában ideg-betegségekre irányul. A szerző ikerkutatásokat végzett: 96 SM-es beteget talált, akik ikerszülemből származtak. Egyik ikertestvére sem szenvedett hasonló betegségben, bár köztük 13 egyiptetű volt és ezek közül csak 2 nem érte el 40. élet-évet. Végeredményben tehát az ikerkutatás alapján az SM nem tekinthető öröklődő betegségnak. (B. 4.)

Horváth Imre dr.

**A kryptorchismus hormonalis kezelése.** H. J. Kreatsch. (Münc. Med. Wschr. 1939. 46.). 35 műtéttel kezelt kryptorchismus (K) utánvizsgálása alkalmából azt találta, hogy 5 esetben a herék a rendes helyükön, 4-ben a scrotum felső részében voltak, a többi esetben pedig vagy az inguinalis csatornában voltak tapinthatóak, vagy pedig egyáltalában nem lehetett elérni azokat. Az utóbbiak közül 10 esetben hormonkezelést végzett, 6 teljesen rendeződött. Ezek és számos más, nem operált eset alapján ajánlja a következő kezelést: hetenként kétszer 100 E prolan injectio. Általában 8—10 injectio szükséges; ha a herék fejletlenek, célszerű 1—2 hétig napi 3x1 praeloban-dragéet szedetni. Nagyobb prolan adagokkal is kísérletezett, de elegendőnek tartja a 100 E-t tartalmazó injectiókat. Ha valami okból el kell tekintenünk az injectiók kezelésétől, akkor 6 hétig emelkedő adagban (3x1—3x3) prolan dragéet szedessünk; a peroralis adagolás eredményei azonban kevésbé kielégítőek. A K hormonalis kezelése nagy előnyt jelent, mert míg az operatív csak az esetek 20%-ában lehetett tartós eredményt elérni, addig a fent leírt kezeléssel 80%-ban, sőt fiatal korban végezve még többen ért el gyógyulást. (B. 5.)

Horváth Imre dr.

### SEBÉSZET

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

**Teljes kulcsontficam műtéti kezelése.** Hanke. (Chirurg. 1939. 17.) Teljes kulcsontficamok esetén az alkalmazott sokféle műtéti eljárás közül a legjobb eredményt a kulcsontnak dróttal az akromyonhoz rögzítése adja úgy, hogy a sérült ligamentum akromyoclavicularet is varratokkal egyesítjük. Szegycsonti ficam esetében a discust és az elszakadt szalagrészeket eltávolítjuk, a kulcsontot dróttal a szegycsonthoz rögzítjük és a leszakadt lig. sternoclavicularet összevarrjuk. Szövődmenyes esetekben alkalmazható még az izomplastika, a csontsinezés, valamint a kulcsontnak szabadon átültetett fasciacsikkal az első bordához rögzítése, részleges kulcsontresectióval; a műtétet lehetőleg friss állapotban kell végezni. (V. 2.)

Debreczeny Zsigmond dr.



**A bél működésének műtét utáni zavarai.** *Philippides.* (Chirurg, 1939. 12.). Hasüregi beavatkozások után leggyakrabban fellépő szövődmény a mechanikai és functionális bélezáródás. Röntgenlelet és klinikai kép alapján a két forma elkülöníthető, így az alapvetően eltérő kezelési mód eszerint alakul. Mechanikai ileus esetében az akadályt minél előbb távolítsuk el és azonnal a peristalticát fokozó szereket adjunk. Bélbénulásban a kezelésnek két feladatot kell megoldania: 1. a gyomrot és a beleket kiüríteni; 2. a vér megzavart mechanizmusát ismét helyreállítani. A vér vegyi zavarának alapbaja a konyhasó tükrének csökkenése, mert ezáltal bénulás, hányás, meteorismus, májsérülés, keringési gyengeség és oliguria könnyebben következik be. Konyhasóbevitellel, vértömlesztéssel a keringés javításával kedvezően befolyásolhatjuk a bénulást, míg műtéti beavatkozás igen ritkán vezet eredményre. (V. 3.)

*Debreczeny Zsigmond dr.*

**A szívurokgyulladás műtétének javalata.** *Westermann.* (Klin. Wschr. 1939. 37.). Két körülmény magyarázza a perikarditises betegek súlyos functiózavarait: 1. *accretio cordis ad sternum*; 2. *concretio perikardii*. *Schmieden* statistikája 44.1% mortalitást mutat, 55.9% műtéti javulással szemben. Műtétként csak a zsugorodó és heges szívurok részleges resectiója jöhet szóba. Függetlenül a kiváltó októl, megoperálható a beteg, kivéve az exsudatív stadiumot. Súlyos keringési zavarok esetén hosszas belgyógyászati előkészítés szükséges. (V. 4.)

*Galambos József dr.*

**A háborús sebészet gyakorlati kérdései.** *Buchka.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 35.). A háború sebészi szempontból „traumás epidemia”, melyben „az egyéni érdek a közérdek mögé szorul”. A háborús sebészet a békebeli alappilléreken nyugszik, de specialis alkalmazást nyer a személyzet, a műtőhelyiségek és berendezés hiányában. A jó háborús sebész megfelelő sebészi felkészültségen kívül még kitűnő szervezőerő is és mostoha körülmények között maximumra képes. A háborús sebészet legfontosabb fejezetei a fej-, a tüdő-, a has és végtagok lövéses sérülései. Fontos a betegek lehető leggyorsabb elszállítása, a primaer sebkimetszés és az esetleges varrat elvégzése céljából. Hasi sérülések, szemben a régi conservatív felfogással, operative kezelendők. Röntgen, transfusio technikailag kivihetetlen. Érzéstelenítők használatát a körülmények határozzák meg. (V. 5.)

*Galambos József dr.*

**A visszeres tünetsoport és kezelése.** *Richl.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 35.). Visszerek injectiók kezelése ma már rendkívüli gyakorlati jelentőségű. A befecskendezéseket kainonnal (*sec. Wander*) végzik. A kezelésnek helyi és általános ellenjavallatai vannak. Helyiek: minden friss, genyes bőrfolyamat, peripheriás atherosclerosis, thrombangitis obliterans, vagy a mély vénák thrombophlebitise. Általánosak: az összes életveszélyes betegségek (*tbc. vitium*), továbbá idős kor és graviditás. Ezekben az esetekben conservatív kezelésnek van helye. Az injectiók kezelés mortalitása csaknem 0%, szemben a műtéti esetek 0.5–3%-ával. (V. 6.)

*Galambos József dr.*

## SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

**A késői velenemzett lues körjelzése réslámpával.** *Klauder és Cowan.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 113. 18.). A philadelphiai Wilis-kórház 100 régi parenchymatosus betegét vizsgálták meg sok évvel a gyulladás után. Conclúsiók: réslámpa segítségével rendszeresen megtalálhatók a lefolyt keratitis parenchymatosa typusos nyomai. Jó szolgálatot tesz egyébként a focalis megvilágítás és a 20 D-s lencsével ellátott szemtükör is. A lues „hereditaria” tarda körjelzését felnőtt korban nagymértékben elősegíti a positiv réslámpalelet. Szerző régiebb tanulmányaiban a kerat. par.-sok 18%-ában talált Hutchinsons-fogat, 29%-ában hardhüvely-tíbiát, 46%-ában jellegzetes arcot, 18%-ában serosus synovitist (ú. n. Clutton-izület) (G. 5.)

*Grósz István dr.*

**Capillaropathia retinalis.** *Avizonis.* (Ophth. 98. 3.) Szerző fenti nevet tartja legmegfelelőbbnek. Ez a kép azonos a Gunn-féle pettyekkel, a retinitis centralis angioneuroticával (*Horniker*), a Bailliart-féle capillarite-tel, stb. Az elváltozások alapja apró üregek képződése a retinában, főleg a macula tájon. Ezek az arteriolák és hajszálerek el-

záródását követő lágyulásoknak felelnek meg. Ok: toxinok, nikotin, hormonális és anyagcserezavarok, arteriosclerosis, lues. Az acetylcholin (4x10 cg) gyógyhatása gyorsabb, mint a padutiné. (L.: O. H. 1939. 19.) (G. 6.)

*Grósz István dr.*

**Üvegtesti scintillatio.** *Bischler.* (Ophth. 98. 3.) A valódi scintillatiót („aranyeső”) cholesterinkristályok okozzák, elhígt üvegtestben. — A fehér scintillatióban („nivea”) ép szerkezetű üvegtestben hólyagszerű göbcsék vannak suspensálva. Csapolással nyert anyag mikrochemiai feldolgozása szerint zsírsavas mész-szappanból állónak bizonyultak. A szappanosítás lipase hatására lassan megy végbe. Kísérletek *natr. capryllátal.* (G. 7.)

*Grósz István dr.*

**A sugártest diathermiás szurkálása zöldhályog ellen.** *Wagner.* (Ophth. 98. 3.) A zürichi szemklinika három éves anyagáról számol be. A Vogt-féle műtét lényege, hogy a szabaddá tett sclerán át egy quadransban a limbusról 3–5 mm-nyire óvalakban nagyszámú perforatiót végeznek finom diaethermiás tűvel (0.18 mm vastag, 0.5 mm. hosszú). Áramerősség 50–60 MA. Azonnal nyomáscsökkenés követi: kisfokú cyclitis nem ritkaság (*atropin!*) A beavatkozás megismételhető. A szarútól 3 mm távolságot be kell tartani, különben szarufekély keletkezhet. Javallatok: igen sekély csarnok, főleg trepanatio és iridektomia után, glaukoma haemorrhagicum, továbbá másodlagos glaukomák sora: aphakia, üvegtest prolapsus, condusio után, központi venarögösödése. Főleg olyan zöldhályogban vált be, hol egyéb. fistulizáló műtétek hatásaiának maradtak; tehát utóműtét! Könnyűtubajokban is alkalmazható. A sebszatornák jól záródnak; sympathiás gyulladást nem észleltek. (Genfben láttak egy esetet!) — Buphthalmus ellen iridenklesist végeznek (*Weve* diathermiás felületes égetést.) (G. 8.)

*Grósz István dr.*

## GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

**Nem gyógyuló rachitis.** *Liebe.* (Mschr. f. Khk. 78. 3–4) Két és negyedéves fiubetege, ki vérchemiailag, röntgenologiai és physikalisan is súlyos rachitisben szenvedett, 1 éven át különböző antirachitises kezelésben részesült. Többek között vigantol, quarz, D<sub>2</sub>-vitaminlökés és parathyreoidin injectiókat kapott. Ennek ellenére a serum Ca-értéke 8.3 mg%<sup>o</sup>-ról 7.2-re, a P értéke 2.2-ről 3.1-re változott. A röntgenfelvételek semmiféle javulást nem mutattak, csupán a physikai és statikai functiók mutattak némi javulást. Az eredménytelenség okát részben constitutionalisnak tartja, mivel a gyermek atyja spontán fracturákban szenvedett, részben felveszi, hogy a therapia hatásmechanizmusából hiányzott valamilyen factor. (K. 169.)

*ifj. Szlávik Ferenc dr.*

**Ritkaságok a gyermekkori húgyszervek betegségeiben.** *Fischer.* (Mschr. f. Khk. 77. 5–6.) Összefoglalja az utóbbi években közölt húgyszervi betegségeket és azt találja, hogy a veseeredetűek egyforma arányban fordulnak elő a leány- és fiugyermekeken, míg pyuriát főleg leánygyermeken észleltek. Minden esetben mikor complicatióra volt gyanú, a physikalís vizsgálaton kívül intravenás pyelogrammot, cystoskopiát és retrograd pyelogrammot végeztek. 132 vizsgálat közül 9 esetben súlyos pathologiás elváltozásokat találtak, így kettős vesemedencét, hydronephrosist, patkóvesét, vesesarkomát, stb. Az érdekesebb esetek röntgenfelvételeit is közli. Mivel ily nagyszámban, 7%-ban fordulnak elő organicus elváltozások, ajánlatos minden makacs, recidiváló húgyszervi betegséget részletes vizsgálat tárgyává tenni. (K. 168.)

*ifj. Szlávik Ferenc dr.*

**Adatok a mongol idióták körképéhez.** *Illing.* (Mschr. f. Khk. 78. 5–6.) Szerző 222 mongol idiótát vizsgált. A mongol idióták számának növekedése az utóbbi évtizedekben összefüggésben van a csecsemőhalandóság csökkenésével. Ugyanezen okból fordul elő gyakrabban a civilizált népeken. A diagnonist szűk határok közé kell szorítani, döntő fontosságú a typosus mongoloid arc és az oligophrenia. Az egyéb elváltozásokat négy nagyobbra csoportra osztja: 1. csont- és izomrendszer; 2. nyálkahártyák és zsírpárna; 3. érzékszervek elváltozásai; 4. anomáliák és torzképződmények. A körkép keletkezését illetőleg több elmélet van: csirártalom, terhesség alatti gyógyszerártalmak, magzatúzó-



szerek, az anya belsecretiós bántalmi, amnionalis elváltozások. Az anamnesisben sok esetben szerepel a szülőnél idősebb volta (40 év felett), megelőző koraszülések és ovarialis hypofunctióra utaló adatok. Az örökölhetőség kérdését az ikerkutatás alapján elveti. Ellenben nagy számban szerepelnek a felkutatott családfákban oligophren egyének, psychotikusak, epilepsziások, bűnözők és alkoholisták. A körkép keletkezését úgy magyarázza, hogy a petét valamely ártalom éri, az ovulatio és a beágyazódás közti időben. (K. 166.)

Zvolenszky Józsa dr.

### BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő

**Enyhe ulnaris neuritis albucid adása kapcsán, B-vitamin hiány következtében.** P. Matzdorff. (Klin. Wschr. 1939. 34.) A beteg 7 napon keresztül háromszor három szem albucidot szedett, amikor a nervus ulnarison neuritis lépett fel. Mivel megelőzőleg rendszeresen nagymennyiségű alkoholt fogyasztott, feltételezhető hogy az alkohol előidézte gastritis következtében a táplálékkal felvett B-vitamin felszívódása hiányos volt és ez okozta a neuritist. (Sz. 122.)

Jobst Pál dr.

**A Chediak-száraz vérepp-Meinicke reactio eredményei összehasonlítva a vérserum reakciókkal.** W. Roelen. (Dermat. Wschr. 1939. 38.) Klinikájukon minden esetben elvégezte a Chediak-próbát a vér-serumpróba mellett és azt észlelte, hogy a Chediak-próba latens lues esetében sokkal nagyobb számban positiv, mint a seroreakciók és évek múltán is rámutat a lueses fertőzésre. A Chediak-próba a Wa.-r.-nál sokkal érzékenyebb, sőt még a Meinickénél is. Friss luesben szembeötlően korábban positiv és eredményes kúrák után e positivitását hosszabb ideig meg is tartja. Mind-ez főleg latens luesben érvényes, de csupán a Chediak-próba positivitása (seroreakciók nélkül) nem elegendő antilueses kúra folytatásához. Előnye, hogy a költséges seroreakciók elvégzését csak akkor teszi szükségessé, ha positiv eredményt adott. További vizsgálatokra lenne még szükség, s főleg újszülöttek esetében bírna jelentőséggel, kiktől alkalmatlan venák miatt nehéz nagyobb vérmennyiséget nyerni. (Sz. 104.)

Horváth Dénes dr.

**A lupus erythematosus kezelése nicotinsavas amiddal.** W. Kühnau (Klin. Wschr. 1939. 33.) Embereken szerzett tapasztalatai és állatkísérletei kapcsán szerző szerint a nicotinsavas amidnak jelentős szerepe van abban, hogy a bőr a fénysugarakkal szemben védekezni tud. A nicotinsavas amidnak ez a képessége nemcsak azon bőrbetegségek kapcsán értékesíthető, amelyeknek kórszarmazása a vitaminhiányra vezethető vissza, hanem ott is, ahol a fény csak mint kiváltó ok szerepel. Ilyen többek között a lupus erythematosus. A Merck-féle nicotinsavas amiddal naponta per os 0.20, ill. oltás formájában 0.10 g-ot ad. Eredményei gyakran meglepőek. A gyulladáshoz vezető jelek, a beszűrődés és a hyperkeratosis szerinte pár nap alatt visszafejldnek. (Sz. 118.)

Jobst Pál dr.

**Fibromatosis subungualis.** W. Fröhlich. (Derm. Wschr. 1939. 41.) 63 éves nőbeteg esetét ismereti. A beteg hátán, törzsén, de másutt is — állítólag veleszületett — puha fibroma és fillérnyi sárgás-barna folt volt látható. A köröm- és körömágy sajátságos elváltozásai négy éve kezdődtek. A jobb kéz kisujjának körömágyában borsónyi, puha, halvány rózsaszín bőrrel bevont képlet. A lábujjak körömelváltozásai feltűnőbbek; a körömágyból kiindulva cseresznye nagyságot is elérő csomók. A daganatok részben a körömágyban ülnek, részben felemelik alaptól a körmet. A daganatokat kivágták és alapjukon hideg kaustikát alkalmaztak. Szövet-tani vizsgálat a stratum corneumot erősen megvastagodottnak, részben alaptól leemeltnek, a stratum granulosumot szélesebbnek találta. A hámbhoz közel sejtgazdag kötőszövet, mely közép felé sejtszegényebb és oedemás. Nyirok- és véreerek tágultak, egyes papillák kereksejtes beszűrődést mutatnak. 6 hónap elteltével kiújulás. E ritka betegséget 1903-ban ismerte fel először Kothe és 1916-ban Polland nevezte el fibromatosis subungualisnak. Egyesek (Enokow, Kollarits) a betegség okát a Recklinghausen-kóréval és az adenoma sebaceum Pringle-val egyeztőnek találták. Ezek együttes jelentkezését gyakran észlelték. Az ok tehát ecto- és mesodermális fejlődési zavaron nyugvó rendszer-betegség lenne. (Sz. 129.)

Horváth Dénes dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Lehrbuch und Atlas der Anatomie.** Rauber—Kopsch. (15. kiadás. Georg Thieme, Leipzig. 1939. 3. kötet. 1789 oldal, 1925 részben színes ábrával. Ára: 78 RM.) Az évtizedek óta új kiadások sűrű egymásutánjában megjelenő kitűnő munka egyik nagy előnye, hogy a leíró és tájékoztató, valamint a leíró szövettan tankönyvét és atlaszát egyesíti magában. Legújabb kiadásában a felölelt tudományok újabb haladására részletes figyelembe és az új, jénai anatómiai nomenclatura szerinti változtak meg az elnevezések. Az I. kötet általános részében az anatómia fogalmát, történetét, a növény, az állat és az ember biológiai sajátosságait, a szervezet alakelemeit, a sejteket a szövet és szervképződést, a szöveteket, az emberi test súlyviszonyait, méreteit, felépítési elveit, a szervek és készülékek rendszereit tárgyalja, ezenkívül a csonttant, az izülettant és a izomtant. A II. kötet a zsigertant és értant, a III. az idegrendszer és az érzékszervek leírását tartalmazza. A világos, szabatos és tömör leírást a szövegek közötti kisebb és minden második lapon vastagabb, fényezett papírra nyomott, az egész oldalakat elfoglaló többnyire színes ábra egészíti ki. A könyv minden orvosi nézőpontból fontos makroszkopos és mikroszkopos anatómiai ismereteket felölel, de mellőzi a vitás kérdéseket, a felesleges, túlterhelő részleteket. Az orvostanhallgatók igényeinek nagymértékben megfelel, s a gyakorló orvos is nagy haszonnal forgathatja, hogy anatómiai ismeretét felújítsa.

Huzella Tivadar dr.

**Die Zuckerkrankheit.** W. Falta prof. (II. kiadás. Urban u. Schwarzenberg. Berlin, Bécs. 1939.) Falta diabetes könyvének II. kiadása lényegesen rövidített formában jelent meg. Az elméleti rész rövid térre szorult, míg a kezeléssel szülő fejezet egész terjedelmében megmaradt, kibővítve a depot-insulinról szóló értekezéssel. A munka ilyen elrendezése után főleg gyakorlati célokat szolgál, de a fontosabb irodalmi adatok említésével lehetővé teszi az egyes kérdések további kutatását is. A kórisme, vércukorregulatio és a renalis diabetes után áttér az insulinérzékenység és glycoaseaequivalens kérdésre, hol már a könyv erősen egyéni színezetet vesz fel. Innen kezdve végigvonul az egész könyvön Falta felfogása az insulin-érzékeny és insulin-resistens esetek szigorú kettéválasztásáról. A diétaes kezelésben a szigetrendszer kímélésére vezet vissza a szénhidratszegény diéta cukormentesítő hatását, a szénhidratdús diéta pedig szerinte az ellenregulatio gátlásával hat. Részletesen tárgyalja a különböző, ma már részben meghaladott erősen kötött diétaerendszereket, majd a coma és a szövődmények kezelését. Külön fejezetet szentel az insulinártalmaknak és „egyéb” kezelési módoknak. Végül a lefolyás és prognózis után a cukorbetegség socialis helyzetével foglalkozik. A könyv rövid, érthető formában foglalja össze a cukorbetegség kérdéseinek mai állását, ezért gyakorló orvosnak és szakembernek egyaránt ajánlható.

Zemplén Béla dr.

## Semmelweis-film.

A Semmelweis-film bemutatóját különös érdeklődéssel vártuk, hiszen a híres orvosok és természettudósok életét megelevenítő filmek minden orvos számára kedves ajándékot jelentenek. Az orvos érdeklődésével néztük annak idején Sinclair Lewis Martin Arrowsmith című regényének és Cronin „Citadel”-jének filmváltozatát s a nagyszerű Pasteur-film után februárra várjuk a berlini Tobis-filmgyár Robert Koch filmjét Emil Janningssal a címszerepben.

A Semmelweis-film művészi teljesítmény, újabb sikere a hazai filmgyártásnak és színészei elismerésre méltó munkát végeztek. (A címszerepet Uray Tivadar játssza, Klein és Rokitsansky professzorok szerepében Mihályfi Bélával és Solmaly Arthurral találkozunk.) Nem hallgathatjuk el azonban, hogy a film meséje helyenkint erősen lekanyarodik a történelmi valóság ösvényéről, amikor arra tulajdonképpen szükség nincsen, hiszen Semmelweis élete a maga megragadó fenséges tragikumával változtatások nélkül is a legjobb filmanyagot szolgáltatva volna. Ugyanigy rá kell mutatnunk az orvostörténelem szempontjából is néhány pontatlanságra.



A valóságnak meg nem felelő hozzátoldás a bécsi énekesnő szerepeltetése. Az énekesnőt Semmelweis apja szegénységükre hivatkozva kéri a további ismeretség megszüntetésére, pedig a Semmelweis szülők végrendeletéből tudjuk, hogy polgári jólétben éltek. Semmelweis anyai nagyatyja, Müller Fülöp pedig egyenesen gazdag embernek számított Budán. Elképzelhetetlen a Semmelweis-t ismerők számára a bonctermi jelenet, amikor az odatévedt, még joghallgató Semmelweis a hallgatóság között egy másik barátjával hangosan nevetgél *praesente cadavere*. A boncolást végző Rokitansky lehvátja magához a nevető Semmelweist és rendre utasítja. Rokitansky erélyes rendreutasítása képezné a film szerint Semmelweis orvosi tanulmányainak kiinduló pontját. A valóságban Semmelweist természetes érdeklődése vezette a jogtudományoktól az orvosi tanulmányokhoz, bámulatos lelki finomságát pedig eléggé bizonyítja 1844-ben megjelent „De vita plantarum” című doktori értekezése, amire *Verebélj* professor — Semmelweis-serlegbeszédében — igen találóan rá is mutatott. Rokitansky bonctermé a filmen fényes berendezésű, pedig egykorú feljegyzésekből tudjuk, hogy az ú. n. *Blockhaus* (képét is ismerjük), amelyben Rokitansky boncolásait hosszú időn át végezte, csak „armselige Baracke” volt. Rokitanskyt 1844-ben — Semmelweis doktorráavatásának évében — nevezik ki a kórbonctan rendes tanárává s így Semmelweis doktorráavatásánál nem szerepelhetett mint az egyetem rektora.

Semmelweis főnökéről Klein professzorról tudjuk, hogy szüklátóköri ember volt, az egyik kortárs egyenesen „Jammerprofessor”-nak nevezi, de senki sem írta róla eddig azt, hogy a film Klein professzorához hasonló rideg szörny volt, aki érzéketlenül ment végig a haldokló gyermekágyasok között. Kétségtelen, hogy a maga módján — bár nem ismerte fel magyar tanítványa nagyjelentőségű felfedezését — érző szívvel ő is gyógyítani igyekezett.

Semmelweis feleségét, Weidenhofer Máriát csak pesti letelepedése után idehaza ismerte meg. Semmelweis édesanyját 1844-ben, édesapját 1846-ban veszítette el s tudjuk, hogy édesanyja halálos ágyához éppen doktorráavatása előtt Bécsből sietett haza. Házasságkötését (1857!) szülei nem érhették meg. Semmelweis felesége férjének és családjának élő asszony volt, aki azonban egyáltalában nem vett részt férje tudományos munkájában és búvárlataiban s hogy a filmen mégis ilyen beállításban szerepel, talán analogia Madame Pasteurrel, kinek éppen ezért vésték fel sírjára a „*Socia rei humanae atque divinae*” mondatot.

A reklám utolérhetetlen mestere, az amerikai Barnum, Hans Rehfish „Semmelweis” című színművében is megjelent, amelyet a bécsi Deutsches Volkstheater 1934. március 28-án mutatott be. A filmben semmi szükség sincs reá, csak ront; jó volna kivágni.

Semmelweisnek nem voltak üldöztetési téves eszméi, hiszen a meg nem értés és közöny áttörhetetlen védelmi vonalai mögül szemlélték titáni küzdelmeit ellenfelei. Lelki összeomlása mint ismeretes egy kari ülésen következett be, amikor a bábaesküt kezdte felolvasni.

A filmben ez „kongresszuson” történik és Semmelweis a doktori esküt mondja el (Uray alakításának legmegkapóbb része!), de azt hisszük a történelmi valóság sem lett volna kevésbé megrázó és megkapó.

Mindezeket azonban talán csak az orvostörténész szeme veszi észre. A nagyközönség — amint ezt a film megérdemelt, nagy sikere is bizonyítja — feszült érdeklődéssel követi a legnagyobb magyar orvos előtte lejátszódó tragikus sorsát, akinck génusza időtlen-időkgig védően borul minden szülőágyra és minden ringó bölcsőre.

Korbuly György dr.

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift**, 2. sz. *Gohr H.* és *Wedekind Th.*: Ultrahang az orvostudományban. — *Menzel W.*: Folyadék és vérmennyiségváltozások napi rhythmusa és ennek befolyása az asthma kardialés rohamra. — *Springorum P. W.*: Fokozott vízkiválasztás keringési szerek hatására. — *Zutt I.*: Betegségek lelki keletkezése. — *Siëbeck R.*: Megjegyzések Zutt fejtegetéseire. — *Zutt I.*: Válasz.

**Münchener Medizinische Wochenschrift**, 2. sz. *Frohnwieser K.*: A szokványos és fenyegető elvetelés hormonalis kezelésének irányelvei. — *Luz K.*: A meningococcusgazdaság problémája. — *Oberhoff K.*: „Operatív eljárások a szem védelmére arcidegbénulás esetén. — *Klewitz F.* és *Schmidt H. W.*: A fekélybetegség eltérő viselkedése alkaliterhelés után. — *Roques K. R.*: A gyógyító érzéstelenítés helyzete a pathológiában és terápiában. — *Belonoschkin B.*: Hormonkezelés a nőgyógyászati gyakorlatban. — *Besold F.*: A pruritus vulvae terápiája. — *Czetsch H.* és *Schmidt F.*: Pótolható-e a bőrkenőcs? —

**Wiener Klinische Wochenschrift**, 2. sz. *Hyrntschak Th.*: Retrograd pyelographia vagy pyeloskopia? — *Siegl I.*: Heveny exanthemák elkülönítő kóriméje a gyermekkorban. — *Wanderer E.*: Az ipari ekzéma és az elhárítására alkalmas eljárások. — *Tappeiner S.*: Elektrochirurgia. —

**The Lancet**, jan. 6. *R. A. Joung*: Pulmonaris keringés Harvey előtt és után. — *A. L. Punch*: A tüdő jobb középső lebenyének betegségei. — *T. H. Boon*: A vékonybél intubációja. — *F. Bicknell*: E-vitamin az izomdistrophiák és idegbetegségek kezelésében. — *H. N. Chatterjee*: Terhességi vérszegénység kezelése Indiában. Kezelés cholesterinnel. — *A. E. Beryl Harding*: Alapanyagcsere; széndyoxydtermelés mérése. — *L. Colebrook* és *W. R. Mexted*: Egerek streptococcusfertőzése chemotherápiával és serummal kezelve. — *C. Baker* és *W. N. Mann*: Hodgkin-féle betegség. — *G. V. Jamés*: A sulfapyridin kiürülése. — *H. Hoff* és *J. A. Shaby*: Mellékvesekéregkivonat heveny zavarodottsági állapotban. — *O. Ország* és *J. Alföldy*: Hirudin befecskendezés révén nyert coaguláló serum. —

**British Medical Journal**, jan. 6. *R. A. Joung*: Pulmonaris keringés Harvey előtt és után. — *C. T. Andrews*: Bakteriális endokarditis; kezelési lehetőség sulfanylamidokkal. — *D. M. Odlum*: Enuresis nocturna. — *A. Guirham*: Elmezavarok kezelése férfi sexualis hormonnal. — *G. F. Rowbotham*: Trigemínus neuralgia sebészi kezelése. —

**The Journal of the American Medical Association**, dec. 23. *A. L. Hoyne*, *A. A. Wolf* és *L. Prim*: Az erysipelas mortalitása. — *H. B. Stone* és *S. Mc. Lanahan*: A vastagbélrák sebészi problémái. — *R. F. Plunkett*: Tuberculosis elleni küzdelem. — *H. T. Carmichael*, *J. H. Massermann* és *Ch. G. Babcock*: Egy psychiatriai ambulancia kezelési eredményei. — *H. J. Schneider* és *R. Fisk*: Botulismus. — *D. H. Andrew*, *F. A. Korff* és *C. Leroy Ewing*: Két tömeges ételmérgezés. — *K. Joint* és *E. J. Berkeiser*: Patella excisio a térdizület arthritisében. — *Ph. D. Woodbridge*: Érzéstelenítőszer-robbanások. —

# SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Általános hatású pszichikus megnyugtató, kítűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:  
OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S.A, DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár  
Budapest, VI



## VEGYES HIREK

## Tangl Károly

a kísérleti fizika tanára, ki orvostanhallgatóinkat is oktatta, hosszas betegség után jan. 10-én kiszenvedett. A kiváló tudós *Eötvös Lóránd*, a genialis fizikus mellett nőtt fel, rövid tanársegédeskedés után a kolozsvári egyetem tanszékére került, hol 14 évet töltött el. Innen került fel a műgyetemre, majd a világháború alatt *Eötvös* tanszéki utóda lett s hivatását úgy is, mint kiváló kutató és előadó, úgy is mint a kutató munka bölcs szervezője teljes mértékben betöltötte. Kutatásai különösen a mágnesség és capillaritás törvényei terén mozogtak és jártak szép eredménnyel, minek elismerésül az Akadémia rendes tagsággal, majd a III. természet-tudományi osztály elnökségével tüntette ki. *Klebelsberg* nagy kulturprogramjának egyik főtámasza és legactívabb munkatársa volt. Tudományának művelése mellett a classikus zenében lelte örömet és az operái hangversenyeken mindig ott lehetett látni őt. Hozzánk már azért is közel állott, mert testvéröccse volt a mi *Tangl Ferencünknek*, ki vele együtt örökre tiszteltette a *Tangl-fivérek* nevét az orvostudományban.

Múlt szombaton temették a nagy tudóst, az osztály-elnököt megillető dísszel és az egész tudományos világ részvétele mellett az Akadémia előcsarnokából. Az Akadémia elnöke *József Ágost* kir. herceg, a Pázmány Egyetem s a *József Nádor* műgyetem tanácsa álltak körül ravatalát és *Rybár István*, a fizika másik professora búcsúztatta az összes tudományos társaságok nevében, melynek tagja, vagy dísztagja volt. — Emlékét kegyelettel őrizzük.

**A Népszövetség Egészségügyi Osztályának hírei. 1939.**  
I. 11. 1. *Ricardo Jorge* prof., a Portugál Egészségügyi Hivatal vezetője, aki 1923-tól 1936-ig tagja volt a Népszövetség Egészségügyi bizottságának meghalt. — 2. Az 1939. évi őszi külpolitikai események miatt néhány tervbevett konferencia és tanulmányút elmaradt. A Népszövetség azonban igyekszik a háborús viszonyok között is folytatni tevékenységét. A járványügyi hírszolgálat éppen olyan ütemben folyik, mint máskor. Ezen a téren valószínűleg még újabb feladatok is várnak az Egészségügyi Osztályra. Még 1939 szeptemberében a román kormány jelentette, hogy a lengyel menekültek nagy száma miatt *kiütéses typhus* veszélye fenyeget. Az egészségügyi Osztály igazgatója azonnal Budapestre, majd Bukarestbe utazott a helyzet tisztázása végett, de beavatkozásra nem volt szükség, mert az egészségügyi hatóságok a járványveszély elkerülésére minden intézkedést megtettek. Intézkedés történt, hogy a román egészségügyi hatóságok részére esetleges járvány esetén segítséget nyújtsanak. — 3. A háborús viszonyok miatt lassúbb lett a postai szolgálat és ezért nagyobb lett a fontossága azoknak a genfi és távolkeleti (singaporei) rádióközléseknek, melyek a járványügyi helyzetet közvetítik. Intézkedés történt, hogy a háborút viselő államok is épp úgy közöljék a járványügyi adatokat, mint a békében. Ezenkívül egyes államok vállalták, hogy a fontosabb fertőző betegségek előfordulásáról távirati értesítést küldenek. — 4. A *Kínában működő járványügyi bizottság* folytatta munkáját. Az 1939. év nyarán a cholera és a pestis okozta a legtöbb munkát.

**Iskolaorvosi és egészségtan-tanári tanfolyam.** Kellő számú jelentkező esetén ápr. 2-án a m. kir. Vallás- és Közoktatásügyi Miniszter 12.663—1933. IV. sz. alatt kelt rendeletével megszabott „*Iskolaorvosi és egészségtan tanári tanfolyam*” kezdődik a Pázmány Péter Tudományegyetem közegészségtani intézetében. A tanfolyam vezetője *Darányi Gyula* prof. A tanfolyamra márc. 26-ig lehet jelentkezni személyesen, vagy írásban a közegészségtani intézetben (VIII., Esterházy utca 9.) Ha a jelentkezés írásban történik, akkor feltüntetendő a név, pontos lakcím, orvosdiploma kelte, esetleges szakképesítés. Márc. 27-én, a jelentkezettek száma szerint a napilapok és rádió útján közölni fogják,

hogy lesz-e tanfolyam. Tanfolyam tartása esetén a jelentkezők kérvényüket márc 30-ig bezárólag nyújthatják be a közegészségtani intézetben, az orvostudományi kar ezidei dékánjához, *Orsós Ferenc* prof.-hoz címezve. A kérvényhez születési bizonyítvány, orvosdoktori oklevél, esetleges szakképesítés és működési bizonyítvány mellékelendő. A felvételre folyamodóknak ápr. 2-án délután 4 órakor a felvételi bizottság előtt személyesen meg kell jelenniük és ugyanakkor kell a tanfolyam díját, 85 P-t lefizetni. A tanfolyam előadásai naponta délután 5—8-ig, továbbá kedden és szombaton délelőtt lesznek. A tanfolyam részletes tanrendje márc. 28-tól kapható a közegészségtani intézetben. A tanfolyam befejeztével a jelöltek vizsgát tesznek, mely szóbeli vizsgából és próbaelőadásból áll. Aki e vizsgán nem felel meg, próbaelőadást nem tarthat, csak 2 hónapi hospitálás utáni sikeres vizsga után. Ha valaki a próbaelőadásból utasítottat vissza, akkor ugyancsak 2 hónapi hospitálás után jelentkezhet a próbaelőadás újbóli megtartására. Ezen ismétlő vizsgák díja 25 P. Mind a vizsgán, mint a próbaelőadásán másodszori elégtelen minősítés esetén a jelöltek csak a tanfolyam ismételt hallgatása után bocsáthatnak újabb vizsgára. Azok az orvosdoktorok, akiknek „Népiskolai iskolaorvosi” képesítésük van, a tanfolyam egyes tárgyait (a tanrendben olvasható) hallgatása alól felmenttetnek és vizsga nélkül csak próbaelőadás tartásával képesíttetnek. Ezek számára a tanfolyam díja 50 P. A tanfolyam május végéig tart, a vizsgákat június elején tartják.

**A Magyar Evangéliumi Orvos-Szövetség** 22-én, hétfőn este 1/8 órakor a szemklinika tantermében vitaülést rendez a következő tárgyról: „*Az egyéniség és a személyiség kérdése a modern tudomány és a biblia tükrében*”. Előadó: *Reök Iván dr.* Felkért hozzászóló: *vitész Csia Lajos és Halasy-Nagy József dr.*

**Zeitschrift für Alterforschung** magyarországi referense, *vitész Varga Lajos dr.* 2. o. főtörzsorvos, egyet m. tanár (IV., Váci utca 56. sz.) kéri a hazai szerzőket, hogy idevonatkozó cikkeiknek különlenyomatát vagy kivonatát címére szíveskedjenek megküldeni.

**Svédországban** múlt évben az uralkodó 80. születésnapja alkalmával 5 millió koronát gyűjtöttek, mely összeget a király rendelkezésére a gyermekbénulás és rheuma elleni küzdelem céljaira fordítják.

**Franciaországban** három év óta a halálozások száma évente hozzávetőleg 14.000-el túlhaladja a születések számát. 1876-ban 1.022.000 volt a születések száma, míg 1939-ben 616.000-re csökkent. Hét év alatt a veszteség 18%.

**Memel városában** új 500 ágyas kórházat építenek.

**A Medikus Bál** szép sikerrel zajlott le a Vigadó pompásan díszített, stylusos nagytermében, múlt szombaton, jan. 13-án. A bál védnökét, *Johan Béla* államtitkárt és az egyetem rectorát, *Domanovszky Sándort* ünnepélyesen fogadták, kik mindketten feleségükkel jelentek meg. A Székesfőváros *Salamon Géza* tanácsnok képviselte. A tanári kar tagjai között ott láttuk, *Bakay Lajos*, *Benedek László*, *Hainiss Elemér*, *Huzella Tivadar*, *Vámossy Zoltán* professzorokat, *Borsos-Nachtnel Ödön* debreceni professort, *Ratkóczy, Milkó, Tátrallyay* rk. tanárokat, *Mihálkovics Elemér* kórház-igazgatót és többeket a magántanárok és nevesebb fővárosi orvosok közül. A nagyterem tele volt a fiatalság szépségével és bájával, mit csak a sikongó jazz-zene igyekezett megzavarni —, de nem tudta. A rendezőség büszke lehet sikerére, melynek anyagi részéről elszámolásukat annak idején közölni fogjuk.

**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.

NÁTHÁNÁL

ANARA-CHINOIN

gőzeinek beszippantása azonnali könnyebbséget okoz!

Használatrakész tubus



# „EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: **DIACHEMIA** Straub Sándor gyógyszer. vegy. lab. Bpest., Teréz-kt 27. Telefon: 121-283.

## HETIREND

**Kedden, 23-án, 1/27 ó.**: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztály ülése. (Fülklinika). Bemutatás: Réthi A.: Ozaena, műtéttel (módosított Hinsberg és Réthi) kezelt esetei. — Előadás: Láng A.: A gégerák radiumsebészeti gyógyításával szerzett újabb tapasztalatok.

**Kedden, 23-án 2/17 ó.**: a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. Gergely J.: A tüdő és más szervi tuberculosisek kórtana és klinikai rendszere.

**Csütörtökön, 25-én, 6 ó.**: a Bp. Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának Sebészeti klinika) Bemutatások: Niederecker G.: Idült csigolyatörés érdekes és reponált esete; Kopits J.: Az alkar-elferdülés ritkán előforduló alakjának bemutatása műtét után. Előadás: Sajgó Gy.: Újrendszerű gerincoszlop-tehermentesítő fűző csigolyatörés, spondylitis és scoliosis esetében.

**Csütörtökön, 25-én 7 ó.**: a Magyar Röntgen Társaság ülése. Haas—Scheiber—Szigeti: Röntgenvizsgálattal kimutatott epék a gyomorban — műtéttel eltávolítva. Vogel M.: Bronchographia. Huszár L.: Biztonsági rendszabályok a röntgenlaboratoriumban. Haas L.: A makrocephaliáról — a koponya nagyságáról, (továbbképző előadás).

**Pénteken, 26-án, 6 ó.**: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatások: Kövess I.: Cukorbetegség vétag-üszkösödését értelmező újabb kórszöveti észlelések. Romhányi Gy.: Az ágyéki csigolyatestek feltűnő fragilitása súlyos lumbagó kapcsán. — Előadás: Balogh E.: A vénás véráram-beli kisérleti légembolia halálos körülményeinek elháríthatóságáról. (Filmbemutatással).

**Kedden, 30-án, 1/27 ó.**: a Magyar Phonetikai Társaság évi rendes közgyűlése. (Orr-, gége- és fülklinika). Határozatképtelenség esetén a közgyűlést febr. 6-án ugyan ott és ugyanabban az időpontban tartják meg, mely a megjelentek számára tekintet nélkül határozatképes.

**A sulfanilaminopyridin terápiás értékének megvitatása volt a lyoni dermatológiai társulat 1939. januári ülésének kizárólagos tárgya. Favre az előadók véleményének összefoglalásában hangsúlyozta, hogy a sulfanilaminopyridin teljesen megváltoztatta a gonorrhoea „klinikai physiognomiáját”. A férfi gonorrhoea esetében 80—90%-ban értek el gyógyulást, a női gonorrhoeában hasonlóképpen kiválóak az eredmények. Az első hazai sulfanilaminopyridin készítménnyel, a ronin-nal elért klinikai eredmények teljesen azonosak a francia szerzők megállapításaival és kétségtelen, hogy a ronin terápiás alkalmazásával a gonorrhoea gyógyulási idejét napokban és nem mint eddig hetekben, lehet megadni.**

**Hibagazítás.** A f. évi 2. számban közölt frontátvonulási táblázat alulról harmadik sorában a frontátvonulás ideje január 4-én 25 óra helyett helyesen 22 óra olvasandó.

## Frontátvonulások és kísérőjelenségeik jan. 7—13. között.

Az első két napon feltűnően nagy a felsiklási frontok száma. Jan. 10—12. teljesen frontmentes időszak volt. A rendkívül erős hideghullám uralma idején frontok egyáltalában nem érkeztek. Jan. 13-án hajnalban a hideg némi enyhülését egy mérsékelt fejlettségű felsiklási front okozta. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten	A front		Kísérő események*
	hó	óra	
Január	8	0	Borulás és ködösödés
	8	14	Szellordulás délre
	9	18	Gyenge havazás 2 órától, 1 mm
	9	21	Felhőoszlás, szelélénkülés, hideghullám
	13	3	Köd, enyhülés, légnyomászuhanás

\*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorológiai Intézet önró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot ásd az 1940. évi I. Ill. borítóoldalon.

Győr, Moson, és Pozsony k. e. e. vármegyék alispánjától.  
19.590—1939. alp. rz.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mosonvármegyei Karolina közkórházban újonnan szervezett szülész-nőgyógyász rendelő orvosi állásra, valamint a lemondás, illetve kinevezés folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A szülész-nőgyógyász rendelőorvosi állás tiszteletdíja a m. kir. belügyminiszter 203.173—1939. sz. jóváhagyó leirata szerint havi 90 pengő. — A segédorvosi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz., ill. a 300—1935 B. M. sz. miniszteri rendeletekben megállapított illetmény, lakás és I. o. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. illetőségi bizonyítványt; 3. erkölcsi bizonyítványt; 4. orvosi oklevelet; 5. működési ill. szakorvosi bizonyítványokat; 6. curriculum vitae; 7. orvoskamara tagság igazolását; 8. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyv és szigorlati bizonyítványok, valamint a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épiséget igazoló m. kir. tisztiorvosi bizonyítványt; 10. a 7720—1939. M. E. sz. rend. 9. §-ban foglalt igazolást, illetőleg a 64. §-ban foglalt tanusítványt.

A kellően felszert kérvényt Polniczky Lipót főispánhoz címezve, legkésőbb f. évi február hó 5-ig hozzám kell benyújtani. A később érkező pályázatokat nem vehetem figyelembe, a kinevezés után az állások azonnal elfoglalandók.

Győr, 1940. január 9-én.

Telbisz Miklós dr. s. k.  
alispán.

Nem hangzatos reklámok hirdetik a világhírnévnek örvendő

# PHILIPS - METALIX

röntgengépek, röntgenlámpák, BIOSOL kvarclámpák stb utólérhetetlen minőségét

Ezer üzemóra garanciával

Tökéletes veszélytelenség, automatizált kapcsolás, nagy dózis- és képteljesítmény,

**METALIX**-gyártmányok konstrukcióját ke és áramfelvétel, gazdaságos üzem és kis dimenzió jelképezik a

Vezérképviselő, gyári raktár és bemutatótermeink:

## METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

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



# ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

IX., Hógyes Endre-utca 7. Telefon: 187 622.

Előfizetések postautalványon vagy csekkalapon küldendők. A feladó-vevény nyugtául ismerjük el.

**MEGJELENIK SZOMBATON**

Hirdetések kizárólagos felvétele:

a

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

**Előfizetések beküldhetők:** Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, vagy Le-page könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

«Heveny enterocolitis és gastroenteritis esetén az

## Entero-Vioform

a kívánt eredménnyel hatott. A hasmenés és a hasi panaszok 1-2 nap alatt megszűntek; a normális állapot 3-5 nap múltán rendszerint helyreállt.»

H. Kapp, Egy. Bőlklinika, Basel (Klin. Wochenschr. 1937, 50)

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Irodalom: Jakitsch János, Budapest, V. Rudolf-trónörökös tér 5



Fejfájás, fogfájás, neuralgiák, meghűlés esetén:

# Antalgin

Gyors hatás — kiváló tolerancia

**Olcsó!**

**Megbízható!**

**Magyar!**

Antalgin scat. orig. 20 tabl. — P 180

**MEDICHEMIA r.-t. Budapest, X.**



# ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,  
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,  
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,  
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,  
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

## TARTALOM:

**Kulcsár István és Lajtavári László:** Újabb adatok az acetylcholin psychiatriai alkalmazásához. (33—34. oldal.)  
**Holló Ferenc:** Zománcokozta pneumonokoniosis esete. (34—35. oldal.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (9—12. oldal.)

**Irodalmi szemle. Könyvismertetés:** (35—37. oldal.)  
**Egyesületek ülésjegyzőkönyvei.** (37—38. oldal.)  
**Ádám Lajos:** † Hüttl Hümmér. (38—39. oldal.)  
**Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend:** (39—40. oldal és a bőritőlap III. és IV. oldalán.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Budapest Székesfőváros Szent János közkórháza elnevezésű osztályának közleménye. (Főorvos Kluge Endre egyetemi magántanár.)

### Újabb adatok az acetylcholin psychiatriai alkalmazásához.

Irta: Kulcsár István dr. és Lajtavári László dr.

E folyóirat egyik előző számában (O. H. 1939. 5. sz.) beszámoltunk azokról a tapasztalatainkról, amelyeket elmebetegek szorongásos állapotainak acetylcholin kezelésével értünk el. A szorongás — úgy tételeztük fel — agyi és részben coronaria területi hajszálérgörcs következménye és ez érterületek tágításával igyekeztünk a szorongást megszüntetni. E célra a magyar gyártmányú tonocholint használtuk morphinnal kombinálva, mert kiderült, hogy a morphin synergista módra az acetylcholin hatását fokozza és hatási idejét meghosszabbítja. Az acetylcholin-morphin kombinációval elsősorban schizophréniások sympathicotoniásan feltételezett szorongásos állapotában értünk el eredményt. Tartós javulásokat láttunk egyes hyperthyreosisal járó szorongásos állapotok kezelése kapcsán is.

Előző közleményünk óta sikerült a gyógyszer alkalmazási módjának megváltoztatásával a hatási időt meghosszabbítanunk. másrészt sikeres alkalmazására újabb inditációs területet találtunk. Alábbiakban erre vonatkozó eredményeinkről számolunk be.

Régebben a tonocholint izomba fecskendezve alkalmaztuk, mert szájon át adásától nem láttunk eredményt. Hatása ez esetben is természetesen jobbára csak cholinhatás maradt, mert az acetylcholin a szervezetbe felszívódva azonnal elbomlik. Olyan alkalmazási módot kellett tehát keresnünk, amelynek során az acetylcholin csak fokozatosan kerül felszívódásra. Ezt Kluge javaslatára a rectalis adagolásban találtuk meg. Azt tapasztaltuk, hogy végbélkúp alakjában adva a tonocholin hosszabban és intenzívebben fejti ki hatását, mint parenteralis adagolásban.

A másik módosításunk új combinatio keresésében állott. A morphint ugyanis schizophréniásoknak a használatos kis mennyiségben és csak esetenként alkalmazásban nyugodtan adhatjuk, azonban meggondolandóvá válik huzamos és rendszeres használata psychopathiás ha-

táresetekben, ahol megszokása esetleg morphinismust okozhat. A vegetatív ideg ingerlékenységet csökkentő szerek közül barbitursav-származékokban, nevezetesen az etovalban (acid. butylaethylbarbituricum) találtuk meg azt, ami az acetylcholinnal a morphinéhoz hasonló, ha nem is olyan intenzív hatású synergismust eredményez. Az etovalnak itt is kis adagjait használtuk (0.02—0.05 g intramuscularisan), amelyeknek önmagukban adva súlyos szorongások esetén semminemű hatása sincs. Az osztályunkon használatos végbélkúp szakasos összeállítására: 0.20 g tonocholin, 0.005—0.01 g morphin, vagy 0.08 g etoval. Ezt János-kúpnek neveztük el.

A leírt összetételű végbélkúpokat a schizophréniások olyan szorongásai esetén alkalmaztuk, ahol a tünetek, — amint azt előző közleményünkben leírtuk — (tág pupilla, sápadtság, verejtékezés) sympathicotoniára utalnak. Számos olyan esetünk volt, hol a szokásos nyugtatók egyikével sem sikerült eredményt elérnünk, a beteg testi állapota nem engedte meg a tartós altatást, sokszor abból felébredve a beteg szorongása, vagy reactiv izgalma tovább tartott. Ilyenkor egy-két tonocholin kúp elvágta a szorongás folyamatát. Különösen nélkülözhetetlen volt az alkalmazása egyes testileg leromlott, szorongásuk következtében izgatottan viselkedő, ágyukban meg nem tartható betegeinken, kiknek az altatók könnyen pneumóniát, érbénulást okozhattak volna.

Már előző közleményünkben megemlítettük, hogy a tonocholin egyes esetekben alkalmas motoros izalmi állapotok megszüntetésére is, ha azokat szorongás váltja ki. Ez irányú tapasztalataink azóta gyarapodtak és ex juvantibus azt állíthatjuk, hogy nagyon sok motoros izgalom tulajdonképpen szorongásos reactio. Ez különösen fontos abból a szempontból, hogy ne alkalmazzunk feleslegesen veszedelmes, durva beavatkozásokat (shoktherápia) olyan esetekben, amelyekben ártalmatlan módon érünk el eredményt. Ilyen jellemző esetünk pl. a következő:

1. H. J. 47 é. férfi. Dg.: Schizophrenia. Felv. 1930. IX. 10. Előzőleg más intézetben ápolták, hevesen jelentkező vonatkozásos és üldözéses téveszméi és öngyilkossági kísérletei miatt. Intézetünkben 1938 végéig fokozatosan javul, kíséret nélkül jár ki a városba. 1938 XI. 1-én hirtelen hallucinálni kezd, szorongásai támadnak. — Tonocholin kúpokat 2 alkalommal, amittől szorongásai megszűnnek, 2 nap múlva megnyugszik. XI. 22-én öngyilkosságot kísérel meg hallucinatio hatása alatt. 1939. VIII. 29-én hirtelen hallucinálni kezd, torkaszakadtából jajgat, földhöz veri magát,



öngyikosságot akar megkísérlni. 1 tonocholin kúpra 24 óra alatt teljesen megnyugszik, de továbbra is depressió és köftött. Bár acut szorongása nincs, a tonocholint megismételjük. 2 nap múlva az előzőhöz hasonló nyugtalansági roham támad. Kirohan a folyosóra, kezelőorvosa érintésétől is retteg. Tonocholin kúp adása után néhány óra múlva megnyugszik, szorongása nem tér vissza, ismét beilleszkedik és foglalkozik.

Indicatiós területünk eredetileg a schizophreniás szorongások kezelésére szorított. További vizsgálataink során eljárásunk különösen alkalmasnak mutatkozott a hypertoniával járó elmezavarok kezelésére, amelyeket klinikailag az arteriosklerotikus psychosok körébe sorolnak. A kezelhetőség szempontjából azonban külön kell választanunk az alkati eredetű hajszálérgörcs okozta functionalis hypertoniát attól a kórformától, amelyben az agyi érfalak irreversibilis szöveti elváltozása, illetve az agy szövetének maradandó pusztulása okozza a tüneteket. E klinikai különválasztás azonban csak a tünetek alapján és csak tökéletlenül valószínűsíthető meg. Feltételezzük ugyanis, hogy a dementia tünetei, a feledékenység, az érdeklődés hiánya, stb., maradandó szöveti elváltozásokon alapulnak, míg a kóros emotivitást, nyugtalanságot, szorongást inkább functionalis érgörcsök okozzák. Ez a nagyobbára ex juvantibus alkotott klinikai megállapításunk megegyezik *Neuburger* álláspontjával, aki kórbonctani megfigyelésekből következtetett a klinikai tünetekre és az arteriosklerotikus elmezavarok körén belül egy senilis és egy hypertoniás kórformát különböztet meg. Am ez a megkülönböztetés — legalább is klinikailag — nem mindig állja meg a helyét, mert amint arra már sok szerző (*Nothnagel*, *Russel*, *Huchard* többek közt) rámutatott, a maradandó érelváltozások igen gyakran szövődnek functionalis érgörcsökkel, sőt lehet, hogy — legalább is részben — azokból származnak.

Klinikai megfigyeléseink során azt tapasztaltuk, hogy az általunk használatos tonocholin kúp megszüntette, vagy legalább is erősen csökkentette az arteriosklerosisos elmebetegek szorongásait, nyugtalanságát, ingerlékenységét, viszont a többi psychés elváltozásokat nem befolyásolta. Adagolása individualis, többnyire eleinte naponta kétszer is adjuk, majd mindinkább ritkítjuk bevételét. A klinikai tünetek mellett a vérnyomást is figyelemmel kísérjük, de tudnunk kell, hogy a nyugtalanság és szorongás nem mindig halad együtt a magas vérnyomással. 4. sz. esetünknek pl. vérnyomása korához képest egyáltalán nem volt magas, az alkalmazott tonocholin nem is eredményezett számbavehető vérnyomáscsökkenést, a klinikai javulás mégis kétségtelen és szembeszökő volt.

Összefoglalt tapasztalataink illusztrálására közöljük a sok közül néhány jellemző esetünket:

2. K. I. 64 é. n. Dg.: Atherosclerosis cerebri. Belosztályról vesszük át 1938. XI. 9-én, ahol zavartan viselkedett, ki akart ugrani az ablakon. Bal szívfele túltengő aorta II. ékelt, vérnyomása 230/130 Hg mm. Anisochoria, renyhén és kis mértékben reagáló pupillák. Hyperreflexia, kóros reflex nincs. Spontan beszéde helyenként dysarthriás, elkent. Gerincfolyadék: fehérje 0.45/1000, sejszám 17 pro ccm, Pándy ++, Wa.-r. 0, colloid reakciók 0. Tájékozatlan, demens, mérgeztetési téveseszméket hangoztat, motorosan nagymértékben nyugtalan, ágyából kiugrál, énekel, hangozan javveszékkel. Therap.: 400 ccm. vér lebecsátása, fejlehűtés, i. v. jód. XI. 13. Nyugtalan, siránkozik, jajveszékkel, álmatlan nagy adag altatók ellenére is. XI. 18. tonocholin-kezelést kezdünk, naponta kétszer 2 amp. tonocholint 0.01 mo.-val. XI. 25. Nyugodt, nem eseng többé, jól alszik, táplálékát elfogyasztja, a varróműhelyben foglalkoztatjuk. Vérnyomása: 160/100 Hg mm. Javultán elbocsátjuk.

3. Z. A. 74 é. n. Felv. 1939. VI. 6. Dg. Psychosis senilis, hypertonia, atherosclerosis, epilepsia. 51 é. kora óta időnként epileps. rohamai vannak, azóta ingerlékeny, im-

pulsiv. Utóbbi időben rohamai ritkultak, ingerlékenysége, impulsivitása azonban megmaradt, sőt fokozódott. Felvételtkor idegrendszeri eltérést nem találunk, vérnyomása 165/90 Hg mm. Vizelet: fehérje opal. Vér- és liquor-complement 0. Hypacusis van, amelynek azonban a fülészek semmi okát nem találják. Tapasztalatunk szerint ingerlékeny állapotban hall rosszabbul. Psychésen hiányos tájékozódás, hiányos megjegyzőképesség és emlékezés, ingerlékeny, erőszakos magatartás, dementia. Th.: natr. nitr. i. v. jód, fejlehűtés, kifektetés. VI. 10. Nyugtalan, hangos, ingerlékeny, követelőző, kénytelenek vagyunk 1 1/2 amp. agrypnosant adni, amittől 5—6 órát alszik, majd felébredve ismét nyugtalan. VI. 19. Sensoros aphasia jelentkezik, mindkét lábán Babinski-és Gordon-tünet észlelhető. Th.: 200 ccm vérlebecsátás, i. v. jód fejlehűtés. Vérnyomása ennek ellenére az előző napi 160/90-ről 180/-ra emelkedik. VI. 28. Vérnyomása a napi 0.08 natr. nitr., a 3x0.50 theobromin, a 3x2 e. k. jódkáli. brom-papaverin-luminálos por adagolása ellenére 205/120. ekkor tonocholin-kúrát kezdünk este-reggel egy-egy kúppal. VI. 30. Vérnyomása 170—100-ra süllyed, nyugodtabb, jól alszik. Aphasia nincs, pyramis-tünet nincs. A tonocholint egy hétig adagoljuk. VII. hó folyamán többször adunk 4—5 napig 1 kúpot. Több ízben enyhe epileps. rohamot észlelünk. VIII. 1. Vérnyomása az utóbbi napokban tonocholin nélkül is 140/90 körül mozog. A beteg általában nyugodt, ételét elfogyasztja, jól alszik. Hallása a psychés javulással párhuzamosan javul.

4. P. E. 66 é. n. Dg.: Dementia senilis, agrypnia. Felv. 1939. VIII. 28. 1 1/2 év óta rosszul alszik, éjszaka felkel, jár-kál, zavartan viselkedik, félelmi állapotai vannak. Szervileg kissé megnagyobbodott szív. Vny.: 150/60 Hg. mm. Serum- és liquor-reactiók 0. Idegrendszeri eltérés nincs. — Psychésen: az emlékezés zavarai. VIII. 30. Közepes mennyiségű altatót kapott. Éjjei felkel, nyugtalan, járkál, halálfélelemről panaszkodik. VIII. 31. Lefekvés előtt egy tonocholin kúpot kapott. Az éjszakát nyugodtan töltötte, nappal különböző hypochondriás panaszokat hangoztat. Ettől kezdve minden este 1 tonocholin kúpot adunk. IX. 8. Jól alszik, panaszai teljesen megszűntek, jóévtágyú, hizik. X. 16. Teljesen panaszmentes.

Különösen tanulságos az arteriosklerotikusak csoportjából a 3. eset, akinek vérnyomásváltozása pontosan tükrözötte vissza psychés állapotát. A hirtelen vérnyomás-emelkedéssel járó psychés nyugtalanság, hypacusis agyi hajszálérgörcsre utalnak — ide sorolhatjuk még epilepsziás rohamait is —, amelyek minden más szokásos eljárásnak ellenállnak és csak cholinnal szüntethetők meg. A leírt aphasiája és pyramis-tünetei valószínűleg prae-apoplecticus állapotnak feleltek meg, ami megismétlődve és kellő beavatkozás híján könnyen agyvészéssé válhatott volna.

Gyógyszerkombinációkkal és alkalmazási módjával tehát olyan huzamos tartamú, veszélytelen és eredményes cholinhatást sikerült elérnünk, ami biztatónak ígérkezik más, nem psychiatriai, angiospastikus tünetek kezelésére is.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

## Zománcokozta pneumokoniosis esete.

Irta: *Holló Ferenc dr.*

Mivel zománc által létrehozott pneumokoniosisra adatot nem találtam, érdemesnek gondoltam a klinikánkon észlelt esetünket ismertetni.

A beteg sclerodermia miatt vettük fel az I. sz. belklinikára typosus bőrtünetekkel, megfelelő capillarmikroszkopos képpel. Néhány év óta munkadyspnoeja is volt, bokái járaskor megduzzadtak. A belső szerveken eltérést nem találtunk, csak a jobb alsó tüdőkarély felett alul hallatszott apróhólyagú csengőcsörgés, kopogtatási eltérés nélkül. Subfebrilis. A röntgenfelvételen a hilusok tömöttek, mindkét tüdőmező egész terjedelmében igen finoman, gombostűfejnyi göcöcsökkkel árnyékolat. Az apróítottos árnyékoltság a rekeszek felé erősebb. A köpetben Koch-bacillust nem talál-



tunk. Vörösvérsejtsüllyedés 1 óra alatt 46 mm volt; kiskokú leukocytosis 10—11 ezer körüli fehérvérsejtszámmal. Vörösvérsejtszám 5.200.000. Vizelet:  $\ominus$ . Vérnyomása 100—70 Hg mm. Wassermannja negatív. Ekg-felvételen ST<sub>1</sub> az isoelektromos vonal felett, ST<sub>3</sub> az isoelektromos vonal alatt, R<sub>2</sub> és R<sub>3</sub> csomós.

A röntgenlelet alapján betegünkön a sklerodermia mellett miliaris tüdőgümőkör került szóba, azonban, egyrészt a betegség lefolyása, másrészt az a körülmény, hogy a tüdő árnyékoltága inkább csak a rekesz feletti részletre terjedt ki, ezt a feltevést valószínűtlenné tette. A beteget majd egy évig észleltük. Gyakran panaszokodott mellkasi fájdalomról, subfebrilis volt. Később mindkét alsó tüdőkarély felett alul hallottunk szörcsölést kopogtatási eltérés nélkül. Az utolsó hónapokban az arteria pulm. második hangja ékeltebbé vált, időnként a szívcsúcstól a második hang kettős volt. Az ismételt röntgenvizsgálat szerint az aprófoltos árnyékoltág kissé erősebb lett, de nem folyt össze, a hilusok terjedelmesebbek és tömöttebbek lettek.

A beteg sklerodermiás bőrelváltozásai lassan fokozódtak, erőállapota romlott, anaemiás lett, fogyott, majd hirtelen meghalt.

Boncoláskor (Romhányi egyet. m. tanár) a tüdők egészen sajátos képet mutattak. Mindkét tüdő tömött, szívós és a metszéslapon a miliáris tuberculosis göbésének elrendeződésére emlékeztetően sűrűn láthatók kölesnyi, néhol borsónyi sárgászöldes, a metszéslapról némileg kiemelkedő, enyhén érdes, tompa olajfényű göbcsék, amelyek sokhelyen, különösen az alsó lebenyekben összefolyva, a tüdő állományát megtömörítik. Még legjobban megkíméltek a csúcsok. Hasonlóan sajátos sárgás-zöldes festékanyag volt látható a bronchopulmonalis, tracheakörüli és mediastinális nyirokcsomókban. A hörgők mérsékeltén tágultak.

Szövetvizsgálatkor a tüdő állományának nagyfokú tömörülése észlelhető a tömeges festékanyaglerakodás következtében. A festékanyag az interstitiumban phagocytálva található fel, az alveoláris sövények ezáltal hatalmasan megvastagodva az alveoluslumenek teljes összenyomatására vezettek. E szűk alveoláris résekben az alveolushám felduzzadt, helyenként proliferált. Az alveolusjáratok falában musculáris cirrhosisnak megfelelő elváltozások. Az erek körül fibrosus köpenyek, ugyancsak nagytömegű festéklerakodással. Áteső fényben a festékanyag piszkos sárga, egyenletesen finoman szemcsés, ráeső fényben (ultrapák-mikroszkóp) a sárga szemcsék között egyes helyeken nagyobb tömegben halvány kékes, ugyancsak finom szemcsés anyag észlelhető. A metszeteiket 500° C-on hamvasztva, bennük a festék szemcsék nem égetek el, ami azok fémtermeztete mellett szól. Vegyi vizsgálattal a tüdő hamujában a szervezetben rendszeren elő nem forduló fémek közül kobaltot lehetett kimutatni.

Szív: a jobb kamra hypertrophiás és tágult. Az izomzat világos barnás-vörös, elszórtan sárgás csikokkal, helyenként szürkés fehér foltokkal. Billentyűk épek. A belső szerveken egyéb nem volt. (Az esetet kórbonctani vonatkozásában Romhányi dr. a Budapesti Orvosegyesület 1939. évi január 27-iki ülésén ismertette.)

A boncolási lelet ismeretében igyekeztünk a beteg foglalkozásának pontosabb körülményeit tisztázni. Megtudtuk, hogy megbetegedése előtt kilenc éven át dolgozott az egyik fém- és edényárúgyárban, ahol zománcozó keveréket permetezett nagy légnomással a bevonandó fémtárgyak felületére. E munkája közben, évek folyamán védekezés híján, nagymennyiségű festékanyagot lehelte be tüdejébe.

Ez eset kapcsán 3 munkást, akik ugyancsak üzemben dolgoztak, mint annakidején betegünk, szintén megvizsgáltunk. Ezek közül az első 14 éve dolgozik az illető üzemben, az utóbbi két évben munkavégzéskor dyspnoe és szívdobogása van. Tíz év óta gyakran köhög. A szívén kórosat nem találtunk. Az alsó tüdőkarélyok fölött szörcsölés. Mellkasfelvételen mindkét tüdőmező egész terjedelmében, legkivált a tüdőmezők középső harmada, főképpen a hilusok környéke igen finoman, aprófoltosan árnyékolt. A hilusok a rendesnél tömöttebbek, terjedelmesebbek. Mindkét hilusban és a hilusok környékén ki-

terjedt mérszintenzitású árnyék észlelhető. A szív rendes nagyságú.

A másik munkás 6 évig dolgozott az üzemben, munkadyspnosés, subfebrilis, 1 éve köhög, háta fáj. Az arteria pulmonális második hangja ékelte, a szíven egyéb eltérés nem található. A jobb alsó karély felett néhány szörcsölés. Röntgenfelvételen mindkét tüdőmező egész terjedelmében, de legkivált a tüdőmezők középső és alsó harmada igen finom foltocskákkal sűrűn tele van hintve. Mindkét hilusban nagyszámú kendermagnyi-babnyi igen erős árnyékot adó s a környezettel igen élesen elkülönülő nyirokcsomó van. A szív rendes nagyságú.

A harmadik munkás csak 4 éve dolgozik az üzemben. Ezen a munkáson számottevő elváltozást sem fizikálisan, sem röntgennel nem találtunk.

Az itt ismertetett esetekben szereplő zománckeverék összetétele a következő: kvarc- és földpátkeverék kb. 50%, szóda- és bóraxkeverék 40%, fluorpát 3—4%, kobalt, nikkel 1% alatt.

Mint a felsorolt esetekből látható, ha a kellő ipari védelem hiányzik, zománcozás is vezethet pneumokoniosisra. A zománckeveréket ugyanis nagy légnomással, u. n. szórópisztolyból fújtatják a zománcozó edények felületére, és eközben a szétporlasztott zománckeverék egyrészt a levegőbe, innen belégzéssel a tüdőbe juthat.

## IRODÁLMÍ SZEMLE

### BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

**Különböző típusú, különösen azonban veleszületett vitiumos betegek nyugalmi és munkakíséret utáni tejsavtermelése.** Ph. Hallock. (J. clin. Invest. XVII. 4.) A cyanosis egymagában még nem indicatora a szövetekben jelentkező oxigénhiánynak, mert pl. (különösen veleszületett vitiumokban) a compensáló polycythaemia következtében a sok redukált Hb mellett, a vér még elegendő Hb-vel rendelkezhet, az oxigénanyagcsere lebonyolítására. A szerző feltételezte, hogy az oxigénhiány iránt legérzékenyebb a sejtek glykogen tejsavból reszynthetizáló tevékenysége, lévén ez oxidatív folyamat. Ez esetben tehát a vértejsav tükrének emelkednie kell. A kísérletek ezt igazolták is, amennyiben, cyanosistól függetlenül a vértejsav csak ott emelkedett, ahol a beteg a munkakíséret után elfáradt és dyspnoéssá vált. Súlyos esetekben természetesen a nyugalmi érték is fokozott volt. (G. 8.)

Sármai Ernő dr.

### Álom hatása akrocyanosisos beteg bórhmérsékletére.

R. Day és W. O. Klingman. (J. clin. Invest. XVIII. 3.) Egy hat és fél éves kisleány akrocyanosisban szenvedett. A jelenleg a gyermek alkarján és kezén volt észlelhető. Érdekesége az esetnek az, hogy álomban, az addig hideg és livid végtag meleggé és pirossá vált. A capillarmikroszkopos vizsgálat ily esetben megszokott arteriolás spasmus és vena dilatatiót mutatott. Lévén az arteriolák spasmusa sympathikus eredetű, jelen esetben a sympathikus működése volt zavart, ami a gyermeken időnként jelentkező elég macacs pylorusspasmus is igazolni látszott. Az, hogy álomban a viszonyok megváltoznak, igazolja, hogy a sympathikus idegrendszer működését valamely centralis központ regulálja. (G. 7.)

Sármai Ernő dr.

**Obstruktív és hepatocellularis ikterus elkülönítése serologiai módszerrel.** Hanger. (J. clin. Invest. 1939. 3.) A szerző kephalin-cholesterin keverékkel hozza össze sárgaságos beteg serumát, mire csapadék válik ki, ha az ikterus hepatocellularis és változatlan marad a serum, ha az ikterus obstruktív. A csapadék intenzitása arányos a májlaesio súlyosságával, s ezért az eljárás a prognózis szempontjából is értékesíthető. Salvarsan okozta sárgaság néha negatív reactiót ad. Az eljárás a májparenchyma laesióját jelzi, de nem májfunctió próba. A csapadék tulajdonképp a serum egy megváltozott globulin alkotórészének kötődése a kephalin-cholesterin emulsió kolloid részecskéihez. (G. 6.)

Kollai István dr.



## SEBÉSZET

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

**Heveny bélbetüremkedés kisgyermkekben.** *Vogt.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 41.) A betegség leggyakoribb az első fél-év végén és a második félév elején. Bekövetkezéséhez fejlődési rendellenesség, anatómiai adottság szükséges: minden oldalról jó mozgékonyágú bélső. Előfordulhat lymphatikus gyermekeken, subserosus vagy submucosus bélvérzés folytán, mint 1. invaginatio ileocoecalis; 2. coló-colica; 3. ileo-iliaca. Fő tünete néhány órával a betegség kezdete után jelentkező bélvérzés, mely mellett nagy fájdalom, nyugtalanság, hányás, esetleg kitapintható resistencia érdemel említést. Friss esetben az invaginatumnak röntgenellenőrzés melletti beöntéses resorptióját kísérhetjük meg, melynek sikertelensége esetén egyedüli gyógymód a műtét, mely a legkiméletesebb és legegyszerűbb desinvaginációból álljon. (V. 7.)

*Debreczeny Zsigmond dr.*

**Égési sebek kezelése.** *Goldhahn.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 38.) A kezelés célja: 1. gyors és tartós fájdalomcsillapítás; 2. a sebfertőzés és következményeinek megakadályozása; 3. lehetőleg normalis bőrtakaró képzése és 4. a torzító ill. működészavaró hegek megelőzése. Nagyobb égések rendkívüli fájdalomassága miatt a morphiám azonnali alkalmazása nélkülözhetetlen, de az égési terület megfelelő nyugalombahelyezése s sebellátás mellett a morphiám rendszeresen a kezelés kezdetére korlátozható. Égési erythema esetében (I. fok), hol sebek híjján fertőzés kizárható, jól beváltak a helyi fájdalomcsillapító kenőcsök (anaesthesin s percaïn kenőcs). A hólyagképződés és pörkösödés alkalmával (II. és III. fok) a száraz kezelés (cserzés), a nyílt sebbekezelés s a kenőcsös kezelés ma is három különböző felfogást képvisel. Minden égési kezelésnek alapfeltétele az egész égési terület kielégítő nyugalombahelyezése, mire legalkalmasabb a gypskötés, melyet elvben mindig a fedőkötés előtt kell feltenni. A nyugalombahelyezés a seb fájdalommentességéig terjedjen, ami többnyire igen gyorsan — néhány nap alatt — bekövetkezik. Égési sebbekezelés: mindenféle száraz kezelés merev pörkképződésre vezet, minthogy ilyenkor már a legkisebb mozgások a pörk s a sebalap beszakadása okozta jelentékeny sebzsigalommal járnak, célszerű a merev pörköt nem okozó kezelés, valamint a kötészáltás lehető korlátozása. Az igen kiterjedt égések legmegfelelőbb kezelése a Löhrl-féle csukamájolajos gypskötés. Ami a szép heget illeti úgy keoldhajlam esetében sajnos nem sok a tennivaló. A seb nyugalmának gyakori zavarása azonban lényeges szereppel bír a csunya hegek keletkezésében. Az égésekkel kapcsolatos tetanusveszélyt illetőleg elsősorban a lábón, valamint az alszárakon lévő égések jönnek tekintetbe, főleg, ha ezekhez még föld, utcapora, vagy trágya okozta másodlagos szennyeződés is társul. Ilyenkor a védőoítás feltétlenül ajánlatos. (V. 8.)

*Kaveczky Imre dr.*

## SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

**Vogt-Koyanagi syndroma.** *Babel.* (Schweiz. Med. Woch. 1939. 44.) A tünetek: kétoldali uveitis, poliosis, alopecia, vitiligo és nagyothallás. Keletkezését számos tényezőnek tulajdonították. Szerzők szerint családi és constitutionális hajlam pigment-zavarra az egyik tényező (sympathicus?). Emellett valamilyen fertőző anyag (virus?) játssza a főszerepet. Némi rokonvonás található a Bremer-Passow-féle status dysraphicusszal. (G. 6.)

*Grósz István dr.*

**Gerinccsapolás hypertoniás retinosisban.** *Kenel.* (Schweiz. Med. Woch. 1939. 44.) A lumbal punctio nemcsak az általános, hanem a szemészeti tünetekre is azonnali és kedvező hatással bír; ez 6—18 hónapra terjedhet. Eredményes a vér-vétel is, vagy még inkább a piócázás. A súlyosabb retinosis oldalán a retinalis arterialis vérnyomás magasabb. Jól reagál a retinosisok kíséretében gyakran észlelhető koncentrikus látótérszűkület is; ez mechanikus eredetű (chiasma-előtti látóidegrész összenyomása). (G. 7.)

*Grósz István dr.*

**Periphlebitis retinae és a gümőkóros kóroktan.** *Wendling.* (Graefés Ordiw, 1939. 141. 198.) 1909 és 1911-ben *Stock* és *Azenfeld* felismerték, hogy a visszatérő üvegtesti vérzések oka periphlebitis retinae tuberculosa. Ezt azóta többen megerősítették. *Marchesani* a kórképet a Buerger-betegség

(Thrombangitis obliterans) részjelenségének tartja. Ezt a felfogást a legtöbb szerző nem tette magáévá. *Wendling* nagyobb klinikai anyagon vizsgálta a kérdést és megállapítja, hogy 72 periphlebitis retinae miatt kezelt betegben 14 esetben activ hilus- és tüdő tuberculosus volt jelen; a többi nem bizonyosan activ tüdőbeli folyamat is összefüggésbe hozható a szembetegséggel, mert minden egyéb aetiologiai momentumot kizártak. A betegséghez 12%-ban csatlakozott iritis és ehhez 23%-ban társult a chorioidea elváltozása. Az elért kedvező therapiás eredmények is megerősítik azt a felfogást, hogy a betegség oka tuberculosis, a gócreactio pedig bár nem kívánatos, de kétségtelen bizonyítéka a periphlebitis retinae tuberculotikus kóroktanának. (G. 5.)

*Radnót Magda dr.*

## ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

**Az otosklerosis sebészetének mai állása.** *Holmgren.* (Zbl. f. Hals-, Nasen etc. 31. 14.) Az 1936-ban leírt műtéti methodusok ugyan kifogástalan és gyors megoldáshoz vezetnek, de az eredmények nem voltak tartósak. A hallásban beálló javulások mintegy másfél év alatt mind visszafejlődtek; amit az ívjáratokon készített fistulának csontos elzáródására lehetett visszavezetni. Vannak azonban egyes körülmények, amelyek reményt nyújtanak a művi fistula tartós fenntartására. Ezek: 1. a cholesteatoma által kimart ívjárat nem mutat hajlamot a záródásra; ez szerzőt arra indította, hogy a fistulát laphámmal fedje és ezt kaucsuk, vagy laminaria egyenletes nyomásának tegye ki; 2. elektrolýsis által a csontnövekedés megakadályozható; 3. két radiummal kezelt esetben a fistula nem záródott. Mindezen tények alapos mérlegelése mellett a kísérletek folyamatban vannak. (A. 2.)

*Ajkay Zoltán dr.*

**A fül tuberculosisa.** *Collet és Mayoux.* (Zentralblatt etc. Bd. 32. H. 15.) Szerzők a fül tuberculosisanak kérdésében szembe helyezik magukat az eddigi megfigyelésekkel. Véleményük szerint a fül tuberculosisa igen gyakran kezdődik anginák és náthák után. Rendszerint hevenyen lép fel, fájdalommal és lázzal és csak ritkábban elhúzódóan, láz és fájdalom nélkül. A hallás nem igen szenved, complicatiók (facialis bénulás, labyrinthitis) pedig ritkán jelentkeznek. Huszonkét beteg közül mindössze egy esetben jelentkezett facialis bénulás és egyszer labyrinthitis, a tüdők részéről semminemű elváltozás nem volt kimutatható. A tubaris fertőzés gyakoribb, mint a haematogen. A betegség főként a szervezet első fertőzésének időpontjával esik egybe és kb. az esetek felében 5 éven aluli korban — főleg csecsemőkön — jelentkezik. (A. 3.)

*Ajkay Zoltán dr.*

## GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

**A gyermekkori genyvizelésről.** *Seidlmayer.* (Ztschr. f. Khk. 61. 1.) Klinikai anyagán a csecsemőkori genyvizelők nemszerinti különbsége feltűnően kevés volt. Csecsemőkorbán a fű pyuriák, hasonlóan a leányokéhoz legtöbbször grippéhez társulnak, csak ritkán észlelhető fejlődési rendellenesség következtében. A fű pyuriák 2/3-a teljesen meggyógyul és csak csekély része válik chronicussá. A későbbi korban a fű pyuriák száma nagyon kevés, többnyire vesetuberculosis, hydronephrosis és vesedaganat következménye, csak az esetek kis számában lehet kimutatni a húgyutak fejlődési rendellenességét (phymosis). A pontosított feltűnő jó hatását kiemeli és hangsúlyozza, hogy a recidivák elkerülése céljából a gyógyulás után még 1 hétig kell a pontosított adagolni. (K. 165.)

*Martyn Róbert dr.*

**A csecsemő B<sub>1</sub>-vitamin háztartása.** *Widenbauer és Krüger.* (Ztschr. f. Khk. 61. 1.) 12 csecsemőn a bevitt és kiürített, valamint a vérsérum B-vitamin tartalma alapján vizsgálta a szervezet B-vitamin forgalmát. Eredményei a vizsgálatok körülményessége folytán tág határok között ingadoznak, így mesterségesen táplált csecsemő napi B-vitamin szükséglete 19—137 ezred mg között mozog, amit átszámítva a bevitt calóriamennyiségre, 100 calóriának 16 ezred mg felel meg. Természetesen táplált csecsemők szükséglete lényegesen kevesebb, azaz 100 calóriára 9 ezred mg B-vitamin jut. Ennek magyarázatát a Bessau-iskola vizsgálatai alapján a bifidus bacillus B-vitamin szintetizáló képességében látják. (K. 161.)

*ifj. Szlávik Ferenc dr.*



**Az angolkór terapiája és prophylaxisa egyszeri nagy adag D<sub>2</sub>- és D<sub>3</sub>-vitammal.** Brockmann. (Ztschr. f. Khk. 60. 4.) Az eddigi tapasztalatokhoz hasonlóan nagy adag D<sub>2</sub>- és D<sub>3</sub>-vitamin (15 mg) adása után gyors javulást észlelt. Nagy adag D-vitammal sikerült a téli hónapokban — összesen 56 esetben — az angolkórt biztosan megakadályozni, anélkül, hogy a nagy adag D-vitammal bármi ártalmas következményét észlelte volna. (K. 163.)

Martyn Róbert dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**Dolgozatok a bpesti kir. magyar Pázmány Péter Tud.-Egyetem II. sebészeti klinikájáról.** Bakay prof. 25 éves tanári jubileumára. (Orvosképzés 1939 dec. havi külömfüzete.) Alig néhány héttel ezelőtt ismertettük ezen a helyen a Verebely-klinika orvosainak mesterük tiszteletére írt jubiláris „emlékönyvét”, máris egy újabb testes kötet fekszik előtünk, mely a Bakay-klinika nevelteinek hasonló alkalomra készült dolgozatait foglalja magában. Az 540 oldalra terjedő könyvben 42 szerzőnek 62 közleményét találjuk. *Kubányinak* a dolgozatok élén álló üdvözlő beszédéből megtudjuk, hogy *Bakay* prof. tanári munkássága alatt intézetéből nem kevesebb, mint 1790 dolgozat, köztük 9 nagyobb monographia került ki, ami valóban beszédes dokumentuma a klinika kiváló vezetésének, orvosai szorgalmának és tudományos igyekezetének.

A sebészet mellékszakkaira (orthopaedia, fül-gégészet, urologia, röntgenologia, stb.) is kiterjedő jubiláris dolgozatok részben nagyobb, önálló vizsgálatokra támaszkodó, illetve összefoglaló munkák, részben kisebb, érdekes eseteket tárgyaló casuistikus közlemények.

A nagyobb közlemények közül kiemelendők tartjuk a következőket: *Sereghy* gyakorlatilag fontos és szorgalmas munkát írt az injectiók oldatok és eszközök sterilizálásáról. *Hofhauser* 400 epehólyag pontos laboratoriumi feldolgozása kapcsán adatokat szolgáltat az epeköképződés kóroktanához. *Szabolcs* szép ábrákkal díszített alapos tanulmányában a koponya hyperostosisait osztályozza kórtani alapon, *Haszler* egy nagy szorgalommal készült munkában a különböző anti-septicumok hatásmechanizmusát tanulmányozza, *Guszich* műtéttel kapcsolatos serumlipase-vizsgálatairól számol be. *Kubányi* a rosszindulatú daganatok kórjóslatáról, *Prochnow* a vérvizsgálatok sebészi jelentőségéről, *Mészáros* a fedett hasúri sérülések műtétéről, *Kelemen* homloküregi csontdaganatokról, *Sebestyén* az extrapleurális pneumothoraxról, *Hudacsek* a struma malignáról, *Király* a penis carcinomáról, *Fedeles-Findeisen* fültömirigydaganatokról, *Roska* a supracondylar felkartörések szövödményeiről, *Simon* a sportsérülések utókezeléséről értekeznek a klinikán szerzett tapasztalatok felhasználásával. Figyelemreméltó *iff. Bakay Lajos* szép kis anatómiai tanulmánya a mellékve és paraganlionok beidegzéséről, *Klimkó* dolgozata a Schubert műhüvelyképzés szövettani és biológiai étkéréről, *Fodor* cikke a ganglionok egy új kezelési módjáról és *Zsedényi* közleménye a n. femoralisnak varix műtét előtti érzéstelenítéséről. Az orthopaedia körébe vágó nagyobb tanulságos összefoglaló tanulmányok: *Köpits Imre* cikke a contracturákról és *Niedereckeré* a merev ízületek vértelen mobilizálásáról. Nőgyógyászati vonatkozású jeles dolgozatokat írtak *Pallós* az endometriosisról, *Patat* a gonorrhoeás complementkötési reakciók értékéről, fülészeti *Csillag* a cholesteatoma kérdéséről. Röntgenologiai érdekes cikkeket találunk *Jakob*, *Szolcsányi* és *Erdélyi* toliból.

Helyünk korlátolt volta miatt le kell mondanunk arról, hogy minden egyes dolgozatot érdemben ismertessünk, de megállapíthatjuk, hogy valamennyi nagy szorgalomról tanuskodó érdemes munka, eredménye annak a rendszeres és alapos tudományos búvárkodásnak, ami a Bakay-klinikát

mindig jellemezte. A causistikus közlések közül mégis rá kell mutatnunk *Kaló* szép esetére, aki 16 hónapos gyermekén eredménnyel végzett kétoldali pyelotomia és hólyagmetszésről számol be.

Amint látjuk, a jubiláris kötet gazdag és változatos cikksorozata a sebészet és mellékágainak legkülönbözőbb actualis kérdéseiről tájékoztat. Szerzőinek elismeréséről méltó értékes munkássága díszére válik annak a műhelynek, amelyben kiképzésüket nyerték, de főleg a műhely érdeműs vezetőjének *Bakay Lajos* professornak.

Milkó Vilmos dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 12-i ülése.

Bemutatók:

**Csiky-Strauss Á.:** 21 évig agybanlévő késpenge esete. 48 éves férfit 21 év előtt fejbészúrtak. Sebe gyorsan meggyógyult. A beteg egy év előtt apatikussá lett, 2 hó előtt kiújult a fejsége, abból geny ürült. A röntgenkép az elülső scala közepe táján késpengét mutatott az agyban. A késpenge eltávolítása után a beteg 8 nap múlva agytályog és pneumoniában meghalt. Érdekes, hogy ilyen nagy idegentest az agyban 20 évig tüneteket nem okozott.

**Mansfeld O.:** Az adnexitisek kezelésének újabb irányelveiről. Beszámol kórházi anyagáról: 4½ év alatt 1000 fekvő adnexitises betegnek 15%-a (153) került műtetre. Ivarérett korban lehetőleg conservatív műtétek végződtek. 89%-ban conservált méhet, 82%-ban méhet és petefészket, 52%-ban méhen és petefészken kívül tubát vagy átjárható tubarészt. Nyitott hasnál elősegíti az ép és kóros részek megkülönböztetését az általa ajánlott, műtét előtt a méhbe fecskendezett kékfesték (argochrom).

**Telesi P.:** A gonorrhoeás, vagy más genyeltők által előidézett adnexgyulladások gyógyításában igen jó eredmények érhetők el ultrarövidhullámú kezelésekkel, 3—4 méter hullámon s legalább 600—700 watt energiával. Az ultrarövid hullám a petefészkek működésére nem ártalmas, azonkívül sympathicus elektronizálás útján capillaris tágulást okoz a mély szövet rétegben. A nekrohormonok felszabadulása a reticulo-endothelialis rendszert izgatja s általánosan fokozza a szervezet elhárító és védekező működését.

**Raisz D.:** A gonorrhoea és gonorrhoeás adnexitisek gyógyításában vaccinakezeléstől nem látott jobb eredményeket, mint a tejinjectióktól. Leghamarabb váltak negatívvá azok, akik ronin, vagy eiektyl mellett emelkedő adagban sajátvér injectiókat kaptak. Endometritiszes vérzések jól gyógyíthatók a hámosodás serkentése által folliculin-hormonnal, mely célra a terhes vizelet-klysmák beváltak. Gyenes adnex-tumorok gyógyulását sokszor erősen sieteti a punctio, ami a helyzet adottsága szerint a rectumon át is elvégezhető. A *Beutner* által ajánlott műtét módját, az arra megváltott esetekben igen jó eredménnyel végzi.

**Fekete S.:** 15 éve alkalmazza az acut adnexum gyulladások gyógyítására a calciumot. Ezt az eljárást egész Európában átvették és 80—100 közlemény számol már be a kedvező eredményekről. Ma már 270 eset tapasztalata áll rendelkezésre. Ezeken nemcsak az egész klinikai kép enyhébb, de hamarabb válnak láztalanokká, és hamarabb következik be afehérvérsejtek számának csökkenése és a vörösvérsejtek süllyedési sebességének normalissá válása. Sok készítmény kipróbálása után a legjobbnak bizonyult a calcium-gluconat-laktobionat összetételű gyári készítmény, amely intramuscularisan adva nem okoz fájdalmas reakciót.

**Kerpel-Fronius Ö. és Martyn R.:** Veseelváltozások keletkezése és jelentőség chloropriv uraemiában. Kísérleteikben

Állandó készenlét előnyét nyújtja a világítási hálózatra közvetlenül kapcsolható katódsugár regisztrálású

## Ersza elektrokardiograph

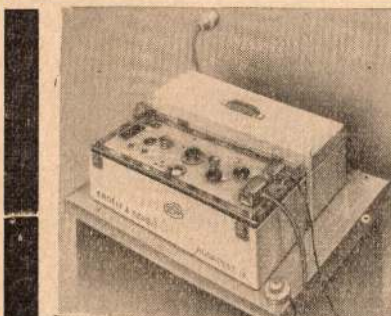
beépített phonokardiograph-tal.

Gyártja: ERDÉLY és SZABÓ tud. műszergyár

Budapest, IX., Liliom-utca 46.

Alapítva: 1899. Telefon: 133—574 és 132—395.

Részletes ismertető kívánatra.





arra a kérdésre kerestek választ, hogy miért csatlakoznak súlyos veseelváltozások csupán a sóhiány egyes eseteihez, miért fordul elő más esetekben súlyos sóhiány ép vesék mellett. Ebből a célból macskákon a vese szövettanát tanulmányozták a sóhiány lehető legkülönbözőbb formáiban, hogy így megállapítható legyen, hogy a vér ionális összetételének különböző irányú elváltozásai között melyek azok, amelyek a méz-nekrosis keletkezését előmozdítják. A sóhiány valamennyi formájában találtak a vesében nekrobiotikus folyamatokat, a tubulus hámszövetének erős duzzadását és elzsírosodását. Az említett elváltozások genesisét független az ileustoxinok jelenlététől, független a hypochloroemiától és a szomszédos elváltozások keletkezésétől. A degeneratív elváltozások keletkezése mindenek szerint anhydraemiás keringési zavarral és hypotonaemia okozta osmotikus ártalommal magyarázhatók. Méz-nekrosist csak az alcalosissal járó „gisticus” típusú sóhiányformákban találtak. A chloroptív uraemia okát továbbra is anhydraemiás keringési zavarban látják, bár megengedik, hogy chronicusabb lefolyás esetén a leírt anatómiai elváltozások tovább ronthatják a vesék működését.

**Gömöri P.:** Sármaival végzett kísérleteikben a vesék funkcióját vizsgálták hypochloroemiás méz-nephrosiban. A kísérletek eredménye szerint a vesék funkciója jó, a vizelet N-concentrációja 2–5% is elérhető, a kiürítés N-mennyisége kielégítő. Ezek szerint a hypochloroemiás méz-nephrosis a hypochloroemiás uraemia oka nem lehet, azt kizárólag extrarenalis tényezők hozzák létre. A hypochloroemiás méz-nephrosis reversibilis folyamat.

**Baráth J.:** Az anyagcserében jelentkező eltolódások, mint pl. az acidosis, kis albuminuriához vezethetnek: a vesecsatornácskák hámszövetében is kifejlődhetnek kapcsolatban reversibilis változások. Az ásványi anyagcsere zavara — dysmineralisatio — is hasonló változásokat hozhat létre. Az előadók által hypochloroemiás állapotokban észlelt vesehámgeneratio azonban a nephrosos degeneratio jeleit mutatja, glomerularis elváltozások nélkül: a vérnyomás is csökken a képekben. Valószínűleg tehát, mint előadók is rámutattak erre, hogy az ú. n. hypochloroemiás uraemia a vele kapcsolatos veseelváltozások következménye lenne.

**Farkas Gy.:** Abe higanymérgezett állatokon anuriás állapotban kimutatta, hogy az i. v. adott glomerulusfesték a tubulusok lumenében és hámszövetében is megjelenik, tehát a glomerulusfiltratio a Hg-vese anuriás stádiuma alatt is működik, így az anuria tulajdonképpen csak pseudoanuria, melynek lényege az, hogy a glomerulusok által filtrált vizelet a passagézavar következtében a beteg, vagy hiányos tubushám-rétegen keresztül quantitative resorbeálódik a vérbe. Az előadó által említett renalis componense az exsiccatio uraemiának csak ebből az értelemben képzelhető el, mely azonban a dolog lényegénél fogva a körkép létrejöttében csak alárendelt szerepet játszat.

**Hainiss E.:** Kerpel érdekes állatkísérleteinek klinikai jelentőségét csecsemőgyógyászati szempontból abban látja, hogy a gastrikus sóvesztés okozta szövethemiaciái és vese-szöveti elváltozások felhívják a figyelmet a pyloruspassagézavar okozta hányás klinikai vizsgálatok alapján nem látható következményeire. Ezek alátámasztják 3 év előtt tartott orvosegyesületi előadásában lefektetett azon álláspontját, mely szerint pylorus-passagézavar okozta hányás esetében — ha a belgyógyászati kezelés sikertelen, vagy fél-sikerű — nem szabad késlekedni a radicalis beavatkozással.

**Babics A.:** Az urológiai klinika nagy uraemiás beteganyagán végzett vizsgálatok után megerősíti, hogy a hypochloroemia okozta uraemiák anhydraemiás alapon jönnek létre. Felhívja a figyelmet az alcalosissal járó „gastricus” típusú sóhiány következtében a vesékben jelentkező méz-nekrosisra, ami a köképződésnek alapja lehet. Ezt látszanak igazolni az urológiai klinikán folyó vizsgálatok, melyek szerint veseköves betegekben csaknem minden esetben kimutathatók gyomorsecretióis zavarok.

Lapunk mai számához a Chinoín gyógyszervegyészeti gyár Rt., Ujpest, gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeljük.

## Hüttl Hümér 1868—1940

Hüttl Hümér jan. 18-án, éjjel, 2 napi betegség után meghalt. A halál nemcsak nagyszámú betegeit, de hozzátartozóit is váratlanul érte. Néhány nap előtt még operált, mi sem mutatta, hogy a hirtelen halál kiüti kezéből a gyógyító kést, melyet — saját szavaival élve — mindig a szíve irányított.

Orvosi pályáját a Stefánia-gyermekkorházban kezdte, majd Kovács prof. műtőnövédeké lett és 3 évig mint alorvos a Szt. Rókus-kórház legnagyobb forgalmú fej- és nyaksebészeti osztályán tett szert nagy tapasztalatokra és önállóságra. Az orvosi közéletben, mint az Orvosszövetség titkára, majd főtitkára, később alelnöke, vett részt. 1898-ban lépett a főváros szolgálatába, mint a Szt. László kórház sebésze, majd 1900-ban a Poliklinika főorvosa lett, később 1905-től 1919-ig a Szt. István kórház, majd 1933-ig, nyugdíjaztatásáig a Szt. Rókus kórház I. sebészeti osztályának volt főorvosa.

A háború alatt, mint honvéd törzsorvos vezette a Pannónia úti hadikórházat. Az egyetem 1902-ben magántanárrá habilitálta és Öfelsége 1915-ben a rendkívüli tanári címmel tüntette ki. 1918-ban pedig egészségügyi főtanácsos lett s mint az Orvosszövetség alelnöke egy cikluson át a felsőház tagja is volt.

Szakmája iránt mindig tele volt lelkesedéssel, szeretettel s ép ezért előadásait mindig szép számmal hallgatták s főleg továbbképző előadásai voltak népszerűek. Mégis olyan otthonra vágyott, hol tisztán a sebészetnek szentelhetné minden idejét, s ezt a Szt. István kórház B. pavillonjában meg is találta. Ez időben indult útjára a modern sebészet Magyarországon, melynek egyik úttörője Hüttl Hümér volt. Ő vezette be a hazai sebészetbe a maszokban, gummikesztyűben operálást, az ő nevéhez fűződik a bőrmetszés irányának kirajzolása, a bőr jód-tincturával ecsetelése, az elsőleges gyógyulásra szánt sebek szádlás nélküli egyesítése s collodiummal fedése. Ma már az egész világon használt gyomor-bélvarrógép az ő találmánya.

Úttörője volt a műtett betegek korai felkelésének. Betegeit rendszerint a sebfájdalom megszűnése után a 3–4. napon ültette ki. Sok gondot fordított betegei lelki állapotára és senkit úgy bánni hozzátartozókkal nem láttam, mint Őt. Lelkiismeretessége nem ismert határt, ha egy betege súlyos állapotban volt, éjjel-nappal az foglalkoztatta. A változhatatlan azonban nem érdekelte többé, a lehetetlent sohasem erőszakolta.

Sokat olvasott s azt megkövetelte munkatársaitól is. Tanítványait önállóságra szoktatta, s ha megbízta egyiküket valamely nem mindennapi eset műtétével, akkor annak minden erre vonatkozó irodalmat át kellett olvasnia, minden módszert fel kellett sorolnia, a legjobbat választania s önálló gondolattal is elő lehetett állania. Éles szeme, nagy tapasztalata rögtön megláttatta vele a meg nem felelőt, s ilyenkor türelmesen magyarázta, hogy miért „nem járható az út”.

Egyéniségének varázsa, művészi technikája, nagy olvasottsága biztosította neki a folytonos haladást. De

**VIPERIN**  
a nátha legújabb gyógyszere

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

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



minden új dolgot szigorú bírálatot fogadott s csak ennek rostája után sorolt be „kincsestárházába”.

Nem szeretett nyilvánosan szerepelni, előadni, nem szeretett rögtönözve válaszolni; akinek azonban kisebb társaságban alkalma volt kedves költőiről, az irodalomról, a művészetéről, a technika, az orvostársadalmi kérdések vagy a sebészet problémáiról beszélni vele, az nagy műveltségét világos okfejtését, szellemességét nem felejtette el soha.

Hívó katolikus lélek volt a mindennapi életben, előítélet nélküli s orvostársadalmi kérdésekben sokszor ellentétbe került kartársaival, de személyes ellensége, tudtommal, nem volt neki soha. Jótékonyága közismert volt. 1918-ban, mint szövetségi elnök akciót indított a háború által sújtott orvosok családjának segélyezésére és 250.000 koronát gyűjtött az özvegyeknek és árváknak.

Hiszem, hogy nemcsak hálás betegeinek ezrei, de a mai sebészgeneráció is szeretettel őrzi emlékét.

Ádám Lajos dr.

## LAPSZEMLE

**Klinische Wochenschrift**, 3. sz. *Elert R.*: Mellékvese és terhesség. — *Carrié C.*: Porphyrinkiválasztás bőrgyulladásokban. — *Heni F.*: Egy sajátos zsírfelszívódási zavar és klinikai képeinek leírása. — *Kokuto Ko.*: A vérsavó lég-süllyedési reakciója különös tekintettel ennek használhatóságára a rák kórismézésében. — *Hegglin R.*: Koszorúeréltelenség extrarenalis azotaemiában. — *Schwarizer R.* és *Loeschke*: Az ébrényi polyglobulia kérdéséhez. —

**Deutsche Medizinische Wochenschrift**, 3. sz. *Tönnis*: Agysérülések kezelése a lengyel hadjárat tapasztalatai alapján. — *Goldhahn*: Fagyások. — *Clamann* és *Becker-Freysing*: Tapasztalatok a szamárhurut magasrepüléssel és alacsony nyomású kamrában kezelésével. — *Ickert*: Allergiás és ezzel rokon jelenségek gümőkórban. — *Jensen*: A cardialis decompressio kezelése. —

**Wiener Klinische Wochenschrift**, 3. sz. *Lauda E.*: Kétoldali haematogen vesebetegségek. — *Manoiloff E. O.*: További vizsgálatok a mellső és hátsó gerincgagy gyökerek vegyi megkülönböztetéséről. — *Gigl I.*: Elektrolittherapia hatása klimakterikus zavarokra. — *Riehl G.*: Seborrhoea és akne. — *Denk W.*: Eiselsberg Antal báró élete és működése. —

**La Presse Médicale**, 5. sz. *Leriche R.*: Érlekötés utáni betegségek. — *Danielopolu D.* és *Marcou I.*: A szív újra-élesztése intrakardialis adrenalininjekcióval. — *Baldenweck L.* és *Guy-Arnaud*: Újszülött tömkelegének functionális értéke. — *Nègre L.* és *Brethey I.*: Gümőkór elleni G. C. G. oltás többszörös bőrszúrással, vagy scarificatióval. — *Glass I.*: A kóros vér proteidjei. — *Delater G.* és *I.*: Visszértágulatok gyors obliteratiója a „keverék” eljárással. — *Binet L.* és *Strumza M. V.*: Ephedrin és származékai a dyspnoe kezelésében. — *Pagnicz Ph.*: Barbitur-mérgezések kezelése picrotoxinnal.

**The Lancet**, jan. 13. *L. O'Shaughnessy*: Kardialis decompressio a mellkas falának mobilizálása által. — *J. B. Penfold*, *J. Goldman* és *R. W. Fairbrother*: Vérkulturák és közegek kiválasztása. — *B. O. C. Pribram*: Cholecystocholedochostomia; kísérlet az epehólyagfunctio megtartására operálás alatt. — *H. Dam* és *H. Venndt*: A vérplasma coagulatiója haemophiliában. — *F. Forty*: Vékonybél intussusceptio kezelése resectióval. — *C. Rimington* és *M. W. Goldblatt*: Porphyrin-kiválasztás chemiai munkások vizeletében.

**The Journal of the American Medical Association**, dec. 16. *J. A. Freiberg*: Alsó háti fájdalom. — *W. L. Winters*, *S. Egan*: Vérzés perforatióval, ulcussal. — *C. A. Stewart*, *F. S. Harrington*, *J. A. Meyers*, stb.: Elsőleges tuberculosis infectio arányzáma. *H. M. Trusler*, *H. L. Egbert* és *H. S. Williams*: Égési sok vérintoxicatio, mint szövődmény. —

*W. M. Meininger*, *C. W. Barnett*: Syphilis kezelése sobisminol massával per os. — *J. R. Schoitz*, *K. D. Mc. Eachern* és *C. Wood*: Sobisminol-massa; klinika eredmények. — *J. D. Stewart*, *G. M. Rourke*: Prothrombin-hiány leküzdése mechanikus ikterusban K-vitamin alkalmazása révén. — *M. Novák*: Raktározott vér conserválása sulfanilammal.

## VEGYES HIREK

**Személyi hírek.** A kormányzó Úr Öfömlétsága a m. kir. belügyminiszter előterjesztésére *Scholtz Kornél dr.* magyar királyi titkos tanácsos, egyet. rk. tanárt, az Országos Közegészségügyi Tanács elnökévé, *Bakay Lajos* egyetemi nyilv. rendes tanárt másodelnökévé az 1942. évi december hó 31. napjáig terjedő időtartamra kinevezte. A belügyminisztérium orvostisztviselőinek létszámában *Grosch Károly dr.* miniszteri osztályfőnöki címmel és jelleggel felruházott miniszteri tanácsost miniszteri osztályfőnökévé, *Atzél Elemér dr.* miniszteri tanácsosi címmel és jelleggel felruházott miniszteri osztálytanácsost miniszteri tanácsossá és *Medgyaszay Jenő dr.* miniszteri osztálytanácsosi címmel és jelleggel felruházott miniszteri titkárt miniszteri osztálytanácsossá kinevezte, továbbá *Siegler János dr.* miniszteri titkárnak a miniszteri oszt. tan. címet és jelleget adományozta. A belügyminiszter *Kübacher Ferenc* egyet. m. tanárt a gyulai áll. kórház szülő- és nőgyógyászati osztályának főorvosává kinevezte. A vilás és közoktatásügyi miniszter *Matolcsy Tamás dr. v. egyet. tanársegédnek* „A mozgásrendszer sebészete” című tárgykörből, vitéz nemes *Novák Ernő dr.* egyet. tanársegédnek „A fertőzések betegségei sebészete” című tárgykörből és *Hofhauser János dr.* egyet. tanársegédnek a „Sebészeti kórtan” című tárgykörből a budapesti kir. m. Pázmány Péter tud. egyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történő képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és ebben a minőségében megerősítette.

**Halálozás.** *Zöldy János dr.* Békés vármegye ny. tiszti főorvosa 80 éves korában elhunyt.

**Szent-Györgyi Albert** Nobel díjas professorunk, a budapesti finn követség útján felajánlotta a több mint egyharmad kilogramm súlyú Nobel-aranyérmét Finnországnak.

**Doktorráavatás a kormányzó gyűrűjével.** A kormányzó megengedte, hogy a szegedi egyetemen *Szabó Miklós* a debreceni egyetemen pedig *Horváth László* szigorló orvosokat az orvostudományok doktoráivá sub auspiciis gubernatoris avassák.

**A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének XXI. nagygyűlése** június hó második felében Baján fogják megtartani. Ugyanekkor kerül kiosztásra az Országos Oszkár pályadíj-alapítvány 100 P. kamata is. Referátumot tartanak: *Jezsovics Kálmán* (Budakeszi): „A gümös cavum I. Alak-tani és minőségi diagnózis; spontán gyógyulás”.

*Kováts Ferenc* (Budapest): „A gümös cavum II. A caverna keletkezése és gyógyulása”.

*Alföldy József* (Baja): „A reticuloendothel-rendszer és az allergia szerepe a tuberculózis immunbiológiájában” címmel.

Előadások és bemutatók április hó 20-ig jelenthetők be a titkárnál (Budakeszi, Erzsébet Királyné Szanatorium). Kérlek azokat, akik az elmaradt 1939. évi nagygyűlésre előadást jelentettek be, hogy bejelentésüket megismételni sziveskedjenek.

**A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesülete VIII., Esterházy u. 44. alatti helyiségében, jan. 30-án, kedden este 1/8 órakor *Hudyma Emil dr.* címzetes kanonok: „Szent Lukács evangélista, mint orvos” címen előadást tart.**

**A svéd vöröskereszt Finnország részére** több 100 ágyas ambulantiát állított fel és többszáz finn gyermeket vett át. A dán vöröskereszt szintén szervez segélyakciót, melynek kötelékébe 100 orvos és 200 ápolószemélyzet tartozik.

**Afganisztánban** súlyos kolerajárvány dühög, melynek számos halálos áldozata van.

**Certascorbin** „Certa”

Injiciálásra kész C-vitamin  
stabil oldat.

5x2,2 Kcm. (0,15 g asc.) P<sup>h</sup> 5,0



# „EXPECTIN“ EXPECTORANS

1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: **DIACHEMIA** Straub Sándor gyógyszer. vegy. lab. Bpest., Teréz-kr. 27, Telefon: 121-283.

**Orvostudományi Közlemények** címen január 27-én új havi folyóiratot indítottunk meg, mely magában foglalja a klinikai és kórházi nagyobb terjedelmű közléseket. E folyóiratot minden előfizetőnknek díjmentesen megküldjük. Az év végén a folyóirat tartalomjegyzékével együtt Hetilapunk évfolyamához leszen hozzákötendő, hogy azzal egy teljes egészet képezzen.

**Szétküldtük az Orvosi Nagyhét 1939. évi nagygyűlésének jegyzőkönyvét.** Akik előfizetőink vagy Társulati tagok közül meg nem kapták volna, jelentsék a kiadóhivatalban, hogy a visszaérkezett példányokból kívánságuknak eleget teheszünk.

Budapest székesfőváros főpolgármestere.  
60—1940. fp. szám.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfővárosi köz-kórházaiban üresedésben lévő *egy sebészorvosi állásra*.

Felhívom mindazokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket *f. évi január 31. napjának déli 12 órájáig* hivatalomban (IV., ker. Váci utca 62—64. szám. I. em. 11.) nyújtsák be.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: a) a leszármazást igazoló okmányokat (a közszolgálatban alkalmazásba lépés nézőpontjából azt, hogy a pályázó nem az 1939. évi IV. tc. 1. §-ában meghatározott korlátozás alá eső személy, a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ában foglalt rendelkezések szerint kell igazolni. Annak igazolására, hogy valaki az 1939. évi IV. tc. alkalmazása nézőpontjából „nem tekintendő zsidónak, rendszerint elegendő, ha kimutatja, hogy 1895. október 1. napja előtt keresztény hitfelekezet tagjaként született, vagy ha 1895 október 1. napja után született, mind ő maga, mind szülei keresztény hitfelekezet tagjaként születettek, egyuttal pedig mindkét esetben a büntetőjogi jogkövetkezmények terhével írásban kijelenti, hogy őt a törvény 1. §-a értelmében nem lehet zsidónak tekinteni”); b) hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; f) polgári szolgálatban való alkalmazást igazoló okmányokat; g) közszolgálatra alkalmas testi és szellemi épiséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; h) az esetleges vitézi címet, hadirokkantságot, tűzharcosságot, hadiárvaságot igazoló okmányokat, illetőleg annak igazolását, hogy állott-e katonai sorozás alatt; i) szakképzettséget igazoló okmányokat; j) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; k) tudományos doigozatait; l) életrajzát, (curriculum vitae).

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

Budapest, 1940. évi január hó 15-én.

Karafiáth Jenő s. k. főpolgármester.

Lapunk mai számához a Deér-gyógyszerészeti laboratórium készítményeiről szóló ismertetést mellékeltek.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

**Sebészorvos kerestetik** február végére főútvonalon lévő vidéki magánkórház vezető sebészorvos helyére, lakás, ellátás és fix fizetéssel. Ajánlatokat „Sebészorvos” jelígre **Blockner J.** hirdető irodájába, Budapest, Városház utca 10.

Győr, Moson, és Pozsony k. e. e. vármegyék alispánjától.  
19.590—1939. alp. rz.

## PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A mosonvármegyei Karolina köz-kórházban újonnan szervezett *szülész-nőgyógyász rendelő orvosi állásra*, valamint a lemondás, illetve kinevezés folytán megüresedett *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A szülész-nőgyógyász rendelőorvosi állás tiszteletdíja a m. kir. belügyminiszter 203.173—1939. sz. jóváhagyó leirata szerint havi 90 pengő. — A segédorvosi állás javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz., ill. a 300—1935 B. M. sz. miniszteri rendeletekben megállapított illetmény, lakás és I. o. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. illetőségi bizonyítványt; 3. erkölcsi bizonyítványt; 4. orvosi oklevelet; 5. működési ill. szakorvosi bizonyítványokat; 6. curriculum vitae; 7. orvoskamari tagtság igazolását; 8. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyv és szigorlati bizonyítványok, valamint a katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; 9. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épiséget igazoló m. kir. tisztiorvosi bizonyítványt; 10. a 7720—1939. M. E. sz. rend. 9. §-ban foglalt igazolást, illetőleg a 64. §-ban foglalt tanusítványt.

A kellően felszert kérvényt Polniczky Lipót főispánhoz címezve, legkésőbb *f. évi február hó 5-ig* hozzám kell benyújtani. A később érkező pályázatokat nem vehetem figyelembe, kinevezés után az állások azonnal elfoglalandók.

Győr, 1940. január 9-én.

Telbisz Miklós dr. s. k. alispán.

**Frontátvonulások és kísérőjelenségeik jan. 14—20. között.** Ezen a héten a betörési frontok száma aránylag csekély, a felsiklási frontoké viszont feltűnően nagy volt. A jan. 17—18-i éjszaka erős betörési frontja és a jan. 17, valamint a 19-i erős felsiklási frontok kelthették a legerősebb reakciókat. A frontátvonulások részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapestben	A front		Kísérő események*	
	hó	nap/óra		lejtése
Január	14	15	Felsikl. Mérsék.	Erős praefront nyomássüllyedés, kis havazás
	16	14	Felsikl. Mérsék.	Borulás, e yhülés
	17	3	Betörési Gyenge	Kis szélélénkülés
	17	19	Felsikl. Erős	Praefrontális havazás 5 órától, 6 mm
	17	20	Betörési Gyenge	Szélélénkülés
	18	1	Betörési Erős	Szélvihar, hózapór, lehülés -15 C-ra
	19	10	Fels.k. Erős	Havazás 18-án 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> órától, 10 mm
	19	11	Betörési Mérsék.	Déli lehülés 3 fokkal, hózapór 1 mm
	19	19	Betörési Gyenge	Szélélénkülés, hózapór o. 1 mm
	19	23	Felsikl. Gyenge	Szélfordulás délre
20	1	Betörési Mérsék.	Hózapór 2 mm	

## HETIREND

**Hétfőn, 29-én, 7 ó.:** a Budapesti Orvosi Kör ülése. Kovács—Schächter emlékeloadás. Imre J.: A vakág elleni küzdelem újabb útjai.

**Szerdán, 31-én 6 ó.:** a Közkórházi Orvostársulat ülése. Bemutatások: Campián A.: Sikeres gégekiirtás időskorú betegen; Szigeti L.: Asthma bronchiale kezelése kis sajátvérsavó adagokkal; Botár G.: Súlyos hypoglykaemia esete; Vargha E.: Lymphogranulomatosis mediastinalis alakjának gyógyult esete; Dóczy J.: Májtályog műtéttel gyógyult esete.

**Szerdán 31-én 1/27 ó.:** a Gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosainak ülése. Bemutatások: Fejes Tóth J.: A tracheát és bal bronchust szűkítő aorta aneurisma esete. Weillinger I.: Diverticulitis a colon descendens. Előadás: Holitsch R.: Appendektomiák utáni appendicitisek.

# SOMBEN -CHINOIN

10 és 20 tablettá

Hypnoticum és sedctivum



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

## A székesfővárosi fürdők javallatai, hatásmódjuk és rendelésük.\*

Irta: bilkei Pap Lajos dr., egyetemi magántanár, a székesfővárosi gyógyfürdők igazgató főorvosa.

I. közlemény.

### a) Thermálfürdők.

**Javallatai:** Gyulladásos, degeneratív és kóros anyagcsereeredetű ízületi betegségek (köszvény) a subacut és chronikus stadiumban. Sacroiliacalis ízületi betegségek, a gerincoszlop merevedéssel járó elváltozásai (spondylosis, Morbus Bechterew, stb.); chronikus lumbago és a többi primaer és secundaer myalgia, a neuralgiák chronikus stadiuma, neuritisek, centralis idegbénulások restitutiós időszaka. Orthopaediai betegségek, főleg ha contracturákkal járnak.

**Hatásmódja:** A hőhatás a nyirok és vérkeringés fokozása útján a chronikus gyulladásos termékek továbbítását előmozdítja, tehát a felszívódást siettet; az erekben szegény, zsugorodott, kötőszöveti elemeket (tokszalagok, inak) fellazítja, ezáltal a mozgási korlátozásokat oldja, a mechanoterapia számára az ízületet előkészíti. Ugyanezek a hatások érvényesülnek a chronikus myalgia esetén, ahol az izomzat fellágyítása, vérkeringésének megjavítása van segítségünkre, főleg a massagera előkészítésképen. Mindezekhez hozzájárul még a meleg fájdalomcsillapító hatása is.

A *hydrostatikai nyomás* szintén elősegíti a keringést, mert a vénák kiürülését előmozdítja, másrészt a víz felhajtó ereje a testsúlyt lényegesen csökkenti és így az alsó végtagokat tehermentesíti. Ennek a csípő-, térd- és lábizületek betegségeiben van jelentősége, mert a beteg, aki egyébként nem tud a lábára állni, a thermalmedencékben megerőltetés nélkül járhat s így mozgási képessége javul.

A *thermalvizekben oldott ásványi anyagok* a meleg hypotoniás víz hatására felpuhult epidermisen, habár igen csekély mennyiségben, de felszívódnak. Az ily módon a szervezetbe jutott kénnek ízületi betegségeiben régi tapasztalat szerint specifikus hatása van, amire nyilván hozzájárul bőrizgató hatása is. A *radium-sók* és *radiumemanatio* szintén felszívódnak a bőrön keresztül, de ez utóbbi elsősorban inhalatio útján jut a szervezetbe. A radium fokozza a húgysavas sók kiválasztását, csökkenti a vérnyomást, serkentő hatással van a belső secretiós mirigyműködésre és tapasztalat szerint igen előnyösen hat az ízületi betegségek chronikus formáiban.

A thermálfürdők *rendelésekor* vegyük tekintetbe a beteg alkati sajátosságait, betegségének súlyosságát. Nehezen mozgó, idősebb egyéneknek ajánlatosabbak a thermal kádfürdők, viszont, hogyha a vízben járkálásra helyezzük a fősúlyt, a medencefürdőket rendeljük. A hőmérsékletet 35–40 C° között választhatjuk meg a beteg tűrőképességéhez mérten, az előbbiben tartózkodás huzamosabb ideig ártalom nélkül is megengedhető, a 40 C°-os medencét azonban 5–10 percnél tovább nem tanácsoljuk, különösen megszakítás nélkül nem, mert 3–4 hetes kúra a beteg legyengülésére vezethet. Az

individualis különbségek igen nagyok, látszólag erőteljes egyének rövid kúra után kimerülnek néha, míg gyengeszervezetű betegek a megerőltető fürdőkezelést is jól elviselik, ezért az állandó ellenőrzésre igen nagy súlyt kell helyeznünk. Heti 4–5 fürdőnél nem rendelünk többet; egy kúra tartama 3–5 hét.

A közös thermálfürdőben állanak rendelkezésre a különböző hőfokú *forrólég és gőzkamrák*, melyeknek *javallatai* a rheumás betegségek chronikus alakjai és az elhízás.

**Hatásmódjuk** a toxikus anyagoknak diaphoresis útján eltávolítása és a testsúlynak vízvesztés, valamint az anyagcsere fokozása révén csökkentése.

**Rendelésük**kor elővigyázatosságra van szükség, mert erélyes hatásuk folytán a keringési rendszert nagymértékben igénybe veszik; különösen vonatkozik ez a gőzkamrákra, melyekben a levegőnek vizgőzökkel túltelítettsége folytán a párolgás útján történő physikalishőregulatio ki van kapcsolva. A beteg tartózkodjék a kúra kezdetén az alacsonyabb (40–45 C°) helyiségekben 10–15 percig és csak azután vegye igénybe a melegebb (55–60 C°) helyiségeket. A nedves gőzkamrát csakis ép keringési rendszerű egyéneknek rendeljük!

### b) Iszapkezelés.

**Javallatai:** degeneratív és gyulladásos ízületi betegségek, továbbá a köszvény chronikus és subacut időszakában, primaer és secundaer myalgia, neuralgiák chronikus stadiuma. Orthopaediai betegségek, ha fixált contracturákkal járnak. Sportsérülések, törések, ficamok utókezelése. A gerincoszlop merevedéssel járó betegségei, sacroiliacalis ízületi folyamatok.

**Hatásmódja:** a hőhatás az iszap nagy fajhőjénél, rosszabb vezetőképességénél és alkalmazható magasabb hőfokánál fogva előtérbe lép, a nedvkeringést a közönséges thermálfürdőknél még jobban fokozza, hatása mélyebbre terjed, tartósabb, fellazító, puhító hatása a heges szövetekre is erélyesebb a melegítés időben is tartósabb, fájdalomcsillapító befolyása erősebb. Miután magas, 40 C° feletti hőmérsékletben kerül alkalmazásra, az erélyes izzadással, a keringési rendszer fokozott igénybevételével számolnunk kell.

**Mechanikai hatás.** Az iszap apró szemcséinek mechanikus ingere a bőrben histaminszerű anyagok képződését váltja ki, ami szintén fokozza az erek tágítását, a keringést, a melegítéssel karöltve. Ehhez járul az iszapréteg enyhe és egyenletes nyomása, melyet a bőrvenákra gyakorol, ezeknek kiürülését előmozdítja.

A mechanikus ingert még alátámasztja a *vegyszerhatás*, melyet az iszapban lévő kén kifejti, továbbá a benne lévő *vasnak* adstringens hatása, kapcsolatban az iszap dús *radiumtartalmával*, aminek erélyes felszívó, fájdalomcsillapító befolyása kétségtelen.

**Rendelése:** Az iszapkezelést pakolások és egész iszapfürdők alakjában rendelhetjük. A kolopi iszappal tapasztalat szerint előnyösebb csupán egyes testrészekre kiterjedő pakolást rendelni, mert a szükséges 15–20 kezelés a beteg szervezetét amúgy is igen megerőlteti. Amennyiben mind az alsó, mind a felső végtagok kezelésre szorulnak, a pakolásokat váltva rendeljük; a beteg egyik nap alsó, másik nap felső végtagjait pakoltatja, s amennyiben a hát pakolása is szükséges, a felső végtagokkal együtt bepakoltatjuk a hát felső részét, az

\* Ezt a kitűnően sűrített összefoglalást a most szétküldött Orvosi Ismertetőből vettük át. Az itt leírtak természetesen nem csak a székesfővárosi fürdőkre vonatkoznak.



alsó végtagokkal pedig a glutealis tájat derékig. Sohasem rendelünk minden napra iszapkezelést, még jó türés esetén is hagyunk heti két pihenőnapot, mert a kezelés menetét nagyon megzavarhatja, ha akár egy heves reactio, akár általános legyengülés, idegesség, álmatlanság miatt kénytelenek vagyunk a pakolásokat több napra megszakítani. Idősebb egyéneknek nem rendelünk heti 3 pakolásnál többet.

Amennyiben súlyt helyezünk rá, hogy a beteg láb-, vagy kezujait az iszapban mozgassa is, iszap kéz- vagy lábfürdőket rendelünk, amelyeket külön e célra készült kis kádakban kap a beteg.

Az iszap hőmérsékletét 40—45 C°-ban állapítjuk meg, a 43 C°-os hőmérséklet általában alkalmazható még idősebb egyénekben is. Időtartama 15—30 perc, általában 20 percet rendelünk. Kezelés után 35—36 C°-os thermalfürdőt rendelünk vagy amennyiben attól tartunk, hogy a huzamos meleg a beteget túlságosan kimeríti, csupán langyos lezuhanyozását a bőrön tapadt iszapnak. Igen fontos, hogy az iszap után a beteg 20—30 percet betakarva pihenjen és ezen pihenés után is óvatosan hagyja el a fürdőépületet, különösen hideg időben felhasználva a várakozóhelyiségeket alaposan le-  
hűljön.

Mind az iszap-, mind a thermalfürdőkezelést myalgia esetén igen célszerű massageval kiegészíteni. Az ízületi bajokkal kapcsolatos izomatropiák ugyanis ép annyira kezelésre szorulnak, mint maguk a beteg ízületek.

(Folytatjuk.)

## Arsenobenzol typhus-bacillusgazdaság ellen.

Láztalanára vált és klinikailag gyógyult typhus-betegeinktől kibocsátás előtt 5 napi időközökben székletpróbákat kell vennünk. „Gyógyult” jelzéssel akkor bocsáthatjuk ki a beteget, ha három egymásutáni székletvizsgálat nem mutat ki typhus-bacillusokat. Olykor előfordul, hogy klinikailag teljesen gyógyult beteg széklete nem válik negatívvá, hanem (esetleg 1—2 negatív eredmény után) heteken, hónapokon át pozitív marad. Ez az állapot a beteg és a kezelőorvos türelmét egyaránt próbára teszi s az elhúzódó ápolási idő miatt a betegnek vagy a biztosító intézetnek jelentékeny anyagi megterhelést is jelent. Sajnos, az ilyen betegek gyakran nem válnak negatívvá és heteken, hónapokon át húzódó megfigyelés után végül is bacillusgazdáként kell őket kiadnunk. A bacillusgazda pedig a legmondosabb óvintézkedés mellett is állandóan bizonyos veszélyt jelent a környezetére nézve.

Ez a helyzet mindeddig befolyásolhatatlannak látszott: diétás eljárások és különböző chemotherapeuticumok (urotropin, salol, resorcin stb.) eredménytelennek bizonyultak. Kórházunkban *Kalocsay* és *v. Cseley* főorvos urak osztályain a legutóbbi években több ízben eredménnyel alkalmaztunk *peroralis* arsenobenzol kezelést, melyet alább ismertetek. A kedvező hatást tudomásom szerint kórházunkban *Farkas Károly* figyelte meg legelőször 1935-ben, utána *Balló*, szerző és *Kahl-fürst* nyertek kedvező benyomást.

Tudomásom szerint arsenobenzolok *peroralis* hatását az alább közölt adagolásban meggyőző beteganyaggon eddig még senki sem írta le.

Azonban nemcsak ez a körülmény készlet vizsgálataink közzétételére, hanem az is, hogy e kezelés ismeretével ösztönzést nyújtsak a szélesebb körű kipróbálásra.

A rendkívül egyszerű eljárás mindössze abból áll, hogy a már bővített diétán lévő láztalan betegnek, ki-  
nek széklete ismételtén pozitívnak bizonyul, *hetenként kétszer 0.15 g arsenobenzolt adunk ostyában*. (Kórházunkban majdnem kivétel nélkül az Egger-féle revivált használtuk.) Olykor már két adag is elegendő, de voltak eseteink, amikor a gyógyszerelést heteken, hónapokon át kellett folytatnunk. Káros mellékhatást nem észleltünk.

Az alábbi 18 eset az 1938—39. években az ország legnagyobb typhusanyagával rendelkező kórházunkban a legmakacsabb esetek közé tartozik. Amidőn tehát alább kimutatom, hogy ezekből 12 eredményesen megoldódott, akkor — úgy hiszem — van jogosultsága annak, hogy tapasztalatainkat közöljem: ugyanis az általunk képviselt „minőségi” statisztikai érték háttérbe szorítja azokat az ellenvetéseket, melyeket (viszonylag kis számuk miatt) tisztán „mennyiségi” statisztikai szempontból fel lehet hozni.

Mielőtt az esetek részletes ismertetésére rátérnék, még csak arra utalok, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet és a Szföv. Bakteriologiai Intézet ellenőrző tevékenysége révén — ahol csak mód volt rá — annak is utána jártam, hogy kibocsátás után milyen székleteredményeket adtak betegeink. Több oka van annak, hogy ez minden esetben nem volt lehetséges; így pl.: azok a vidéki esetek, melyek tőlünk 3 negatívval kerülnek ki, a mai rendszer mellett minden további ellenőrzés alól mentesülnek.

Az 1. táblázat kétségtelenül hiányos annyiban, hogy 5 esetben nélküli ezeket az utólagos ellenőrző

I. csoport, 12 eredményes eset:

Sorszám	Kora (év)	Neme	A láztalanság szakában kapott székleteredmények	Rev. kez. tart. [napokban]	A revivál-kezelés alatt beérkezett székleteredmények	Kórházon kívüli további ellenőrzés [O.K.I. v. Szfv. Bact. Int.]
1	53	♀	++--++	10	■■■■	Negatív
2	39	♀	++++	9	■■■■	Negatív
3	46	♀	++--++	8	■■■■	Adat nincs
4	32	♂	+---++	8	■■■■	Negatív
5	13	♂	-+----	14	■■■■	Adat nincs
6	31	♀	++--++	14	■■■■	Negatív
7	18	♀	---+++	9	■■■■	O. K. I. ellenőrzése alól mentes
8	63	♀	Negatívokkal váltakozó 27+ miatt fél éves observatio!	7	■■■■	O. K. I. ellenőrzése alól mentes
9	17	♀	+++---+	14	--+■■■■	Negatív
10	12	♀	-+++	30	+++--++++	Negatív
11	38	♀	+++	30	++++■■■■	O. K. I. ellenőrzése alól mentes
12	30	♀	+---+++	60	Negatívokkal váltakozó 9+ után végül: ■■■■	Negatív



vizsgálati eredményeket, azonban az ezidőszerint fennálló ellenőrző rendszer mellett ezeket is véglegesen megoldott esetekként kell felfognunk, mert hiszen a törvényszabta keretek közt nincs mód további eredmények beszerzésére, ill. az illetékes tisztai és községi orvosok sem tudtak odahatni, hogy ezek felől további értesülést nyerhessek. (A 11. esetben magunk részéről megtettünk annyit, hogy egy számfelüti negyedik negatívot is ki-vártunk.)

Ami az észlelésünk idejét illeti, egy esetet — Farkas 1935-ben észlelt legelső esetét — kivéve, az összes többi eseteink az 1938—39. évekből valók.

A megfigyelések főleg női beteganyagban történtek. Észleleteink részletezését az alábbiakban adom.

A táblázatból látható, hogy a revival-kezelésnek olykor egészen gyors hatása van. (L. 1—8. eset.) Az első 8 esetben a kezelés mindössze 7—14 napig tartott, tehát a betegek csupán 2—4 ízben kaptak 0.15 g arsenobenzolt, amire a 3 negatív székleteredmény mindenkor beérkezett, szoros időbeli összefüggésben a kezelés bevezetésével.

A 10—12. esetben az eredmény nem volt ilyen gyors és a revival-kezelés bevezetése után is kaptunk még több-kevesebb pozitívot. Ez a 3 eset viszont arra vall, hogy 1—2 hónapi kezelés után is remélhetjük még a 3 negatív beérkezését és az így nyert bacillusmentesség is tartós. (A nem ellenőrizhető 11. esetben is erre vall a 4 negatív székleterpróba.)

A 8. eset különös figyelmet érdemel, mert ez volt az az „első” eset, ahol a feltűnő eredmény az arsenobenzol-kezelésre figyelmünket felhívta. Utal továbbá arra is, hogy esetleg makacs, régi bacillusgazdákon is eredményt lehet elérni revival-lal. Idevonatkozó vizsgálatok minden esetre kívánatosak volnának, bár célszerűnek látszik már 3—4 pozitív után mindenkor bevezetni az arsenobenzol-kezelést,\* nehogy makacs bacillusgasdaság alakulhasson ki.

#### II. csoport. 6 eredménytelen eset.

Sorszám	Kora (év)	Neme	A láztalanság szakában kapott székleteredmények	Rev. kez. tart. [hetekben]	A revival-kezelés alatt beérkezett székleteredmények	Kinti ellenőrzés
1	59	♀	++-++	2	+ ■■■■	Bélsár + Vizelet—
2	16	♀	++-++	6	++++-++++ végül: ■■■■	Bélsár + Vizelet—
3	55	♀	6 éves [!] bacillusgasdaság után nálunk! ++++++	2	■■■■	Bélsár + Vizelet—
4	24	♀	--++-	5	++-++ -++-+	Adat nincs
5	28	♀	+----++	2	+++	Bélsár + Vizelet—
6	44	♀	+-	6	+---++	Bélsár + Vizelet—

Megjegyzés:

1. Gyógyúttan távozott. Kint bacillusgazda lett.
2. Gyógyúttan távozott. Kint bacillusgazda lett.
3. Gyógyúttan távozott. Kint bacillusgazda lett.
4. Bacillusgazdaként adtuk ki.
5. Bacillusgazdaként adtuk ki. Kint is bacillusgazda.
6. Bacillusgazdaként adtuk ki. Kint is bacillusgazda.

\* Magától értetődik, hogy a Wa.R. ellenőrzése szükséges, mert lappangó lues esetében egy ilyen „töredékes salvarsan-kúrával” esetleg árthatunk a betegnek. A peroralis revival-kezelés ilyenkor teljes salvarsan-kúrává egészítendő ki.

Az 1—3. esetekben három egymásutáni negatívot sikerült elérni, ami mindenesetre csökkent bacillus-ürítést jelent; a hatás azonban nem volt tartós. A harmadik esetben — egy régi bacillusgazdán — a revival-kezelés és a bacillusoktól való átmeneti mentesülés közötti összefüggés jól látszik.

Ami az arsenobenzol gyógyszerterápiát illeti, e tekintetben jelenleg csak hypothésisre vagyunk utalva.

A hatás valószínűleg 3 tényezőtől tevődik össze:

1. Az arsenobenzol-készítmények közvetlen bacteriumölő hatása; ez tudvalevőleg nemcsak spirochaetákra, hanem malaria-plasmodiumokra, trypanosomákra és egyéb kórokozókra is kiterjed, s mindezek szerint a nem túlságosan ellenálló typhus-bacillus sem kivétel alóla.

2. A gyógyszerterápia az arsenobenzoloknak a közvetlen bakteriumölő hatáson kívül igen bonyolult és complex protoplasma-aktiváló és immunanyag-mobilizáló hatást is tulajdonít. Ezen hatásokkal typhus esetében is számolnunk lehet.

3. Arsen-tartalmuknál fogva az arsenobenzolok a bélrendszer irányában elektív organotrop hatással is rendelkeznek. Közismert tény, hogy arsenmérgezetek bele bővére, erős exsudatio lép fel a belek lumene felé, a splanchnicus egész területe erős izgalomban van. Ez a hatás medicinalis adagok alkalmazása esetén a belek érbeidegzésének, vérrellátásának és mirigyműködésének kedvező befolyásolása révén erősítheti a már fentebb említett két hatást.

Összefoglalás. Szerző 18 esetet közöl, ahol typhus abdominalis lezajlása után a székleletben makacs bacillus-ürítés maradt vissza.

A bacillus-ürítést arsenobenzol-kezelés kedvezően befolyásolta.

A bacillus-ürítés revival-adagolásra 12 esetben teljesen megszűnt, 3 esetben csökkent, 3 esetben változatlan maradt.

Adagolás: 3—4 naponként 0.15 g revival ostyában per os.

Nádósy Ferenc dr.  
a Szent László kórház segédorvosa.

## A csukamájolaj, az influenza prophylacticuma.

Az influenza egyik legnagyobb problémája nemcsak az orvosnak, de a nagyközönségnek is. 1918 réme még mindig élénken emlékeztünkben van. Hogyne, hiszen a megközelítő adatok szerint közel husz millió ember pusztult el az 1918-as pandémia következtében a világon pár hónap alatt. Azóta is átlag két évenként, kisebb járványok alakjában felüti a fejét.

A világ minden tudományos gócpontjában külön influenza kutató intézetek vannak, melyek sok évi szakadatlan munkájának még mindig nincs biztos eredménye. Addig pedig csak a preventio eszközeivel tudhatunk védelmet nyújtani. A legfontosabb preventív módszer lenne az emberi szervezet ellenállóbbá tétele, illetőleg a influenza iránti hajlam lecsökkentése. Ez pedig csak az u. n. védőtápanyagok állandó fogyasztásával, a szervezet vitamin-készletének állandó fentartásával érhető el.

A vitamin kutatók kísérletei alapján kiderült, hogy az „A” vitamin hiánya többek között a bőrnek, nyálkahártyáknak degeneratív elváltozásával jár. A bőr és nyálkahártyák epithel rétege pusztul s a védőhám hiányain hézagain keresztül könnyen bejut a fertőző anyag, szóval a szervezet infectióra hajlamos lesz.



A „D” vitamin a szervezet calcium és foszfor anyagcseréjének szabályozója s valószínűleg e két anyag megkötésében van szerepe. Tudjuk azt is, hogy a savós és nyálkahártyák gyulladásra hajlamosságát elősegíti a calcium hiány és így a „D” vitamin hiányának feltétlenül része van az „A” vitaminnal együtt az influenza-fertőzési hajlam létrejöttében. A mi magyar népünk táplálkozása helytelen, az inségescké quantitative is, a jó móduaké, különösen falun, qualitative: vitaminszegénysége miatt. A magyar nép kevés zöldfőzeléket fogyaszt, gyümölcsöt alig (falun télen semmit) s ha a nálunk szokásos vegyes táplálkozás mellett a súlyos avitaminosis nem is gyakori, de a hypovitaminosis bizonyára több, mint gondolnánk. Az inségesek legyengült szervezete, rossztáplált tanyai gyermekek sápadt arcszine, nemcsak a fehérje és kalória elégtelenség következménye, hanem a vitaminhiányé is.

Azt mondják, hogy ezen hurutos megbetegedések (hülések) kifejlődése a constitutiótól függ. Vannak edzett és kevésbé edzett emberek. Az edzettség lényege az lenne, hogy az atmosphaera különböző ingereinek gyors ingadozása az edzett ember bőrének és nyálkahártyáinak capilláris erei gyorsan reagálnak és így a bőr és nyálkahártyák vérellátása is hirtelen változik. A kevésbé edzett emberen ez a folyamat lassabban megy végbe. Pedig nem lényegtelen, hogy ez a hyperaemia vagy ischaemia pár perc alatt oldódik-e vagy pl. egy óra hosszat is eltart. E vérellátási zavarokra ugyanis a nyálkahártya elveszítheti a bacteriumokkal szemben ellenálló képességét. Másrészt ezen atmosphaerikus ingerek következtében valószínűleg hormonok is képződnek a bőrben, melyek felszívódva megindítják a szervezet egész hormonális apparátusát és így a bőrből kiinduló hormonok áthangolják az egész szervezetet. A külső ingerek mesterséges óvatossága alkalmazása tehát edzetté teszi a szervezetet (helio-, hydrotherápia), de a nem edzett ember szervezetét a külső ingerek gyors változása meg is betegítheti.

Ezekből következik tehát, hogy az edzettséghez a bőr- és nyálkahártyák épsége (A-vitamin), a gyulladással hajlam legyőzése (D-vitamin Ca-aktivitása) és végül „C” vitamin depóra is szükség van, mert hiánya étvágytalanságot, a szervezet legyengülését, csökkent sejtleggést és így a fertőző betegségekkel szemben védtelenséget hoz létre. Bizonyos antiexsudatív, érfal sűrítő hatást is tulajdonítanak a „C” vitaminnak.

Végeredményben tehát a constitutiót, mely a hüléses hurutos megbetegedések kifejlődésére oly nagy befolyással van, a vitaminok és hormonok teremtik meg. Edzett ember az, akinek szervezete mindig rendelkezik a neki szükséges vitaminokkal és hormonokkal. Valószínű, hogy egyik embernek többre van szüksége, mint a másinak. Ugyanolyan körülmények mellett az egyik hypovitaminosisban szenved, míg a másik nem. Minden bizonnyal a szervezet egészségi állapota teszi ezt a különbséget és az előbbinek helyes táplálkozás mellett is szüksége lesz a vitaminok gyógyszeres adagolására.

A legfontosabb vitamin forrásainkhoz, a gyümölcs, zöldfőzelék és salátákhoz télen legfeljebb a budapestiek jutnak hozzá drága pénzen, a falusi lakosság, habár nyáron sem kedveli ezeket, mert nem tartja komoly táplálékoknak, télen teljesen nélkülözi. A tej, vaj, ha néhol kerül is asztalra, annak vitamin tartalma télen erősen csökkent a száraz takarmányozás és napsütés hiánya miatt. A tojás télen drága, azt a falusi ember a tejjel együtt eladja, hiszen a téli teljes munkaszünetben ez az egyedüli pénzforrása. A „C” vitamint tartalmazó burgonya télen csirázásnak indul és a vitamin a csirába

menve át, a burgonya azt elveszíti. Ilyenformán az „A”, „D”, „C” vitaminok a tél vége felé teljesen hiányoznak különösen a falusi ember táplálékából és az a kis vitamin depot, amit a nyári napsütésnek és a valamivel vitamindúsabb táplálkozásának köszönhet, a tél vége felé kimerül (vitaminokból csak három-négy heti szükséglet tud a szervezet elraktározni). Legalább is hypovitaminosisban szenved tél vége felé a falusi lakosság összessége és a városiak nagy része is, minek következtében a fertőzésekkel szemben ellenálló képességük csökkenése nyilvánvaló.

Népünk táplálkozásmódján változtatni, legalább is máról holnapra nem lehet és pedig elsősorban a szegénység, de nem kevésbé szokásaik miatt. E célunkról pedig letenni nem szabad, bár eredményt csak a gazdasági helyzet javulásától és lassú propaganda munkánktól várhatunk. De talán kizárólag a táplálkozás helyes mederbe terelésével nem is tudnánk tökéletes eredményt elérni, mert valószínűleg nagyobb vitamin depóra van szükség az influenza megelőzéséhez, mint amennyit táplálkozással magunkhoz vehetünk. Vitamin tartalékok pedig sok esetben könnyebb lesz gyógyszeres uton a szervezetbe vinni, mint a vitamin tartalmú táplálékok fokozott fogyasztásával.

A csukamájolaj leginkább bővelkedik mind az „A”, mind a „D” vitaminban és azokat olyan arányban tartalmazza, amely a szervezet szempontjából helyes. Emellett aránylag a legolcsóbb gyógyszerek egyike.

A csukamájolajat a légutak hurutos megbetegedéseiben, pneumoniákban és náthára hajlamos egyénekben igen sokszor alkalmaztam feltűnően jó eredménnyel. Pleuritis esetén calciummal együtt adagolva az izzadásmány gyors felszívódását teszi lehetővé. Exsudatív diathesises ekzemában kenőcsös kezelés nélkül is feltűnően gyors gyógyulást láttam.

A csukamájolaj, illetőleg az „A”, „D” vitamin e sok irányú alkalmazása a therapiában nem új keletű. Tuberculosisnak, rachitisnek nagyon régi gyógyszere. Az „A”, „D” vitaminnak ismert hámvédő és gyulladás gátló hatásánál fogva fontos szerepet kell betöltenie az influenza prophylaxisában is. Fontos, hogy olcsóságánál fogva a szegényebbek számára is hozzáférhető.

Természetesen hetekig tartó és rövid megszakítással az egész influenzajárvány alatt alkalmazott „A”, „D” vitamin adagolástól várhatunk csak eredményt. Nagy adagokra, nincsen szükség; fontos egy bizonyos depot állandó fenntartása. „C”-vitamin szükségletet pedig citrommal, narancssal s ez idén almával lehet fedezni.

Az influenza prophylaxis hatásosabbá tétele végett elsősorban praxisunkban kellene a csukamájolaj védőhatását hangoztatni, de intézetekben, gyermekmenhelyeken és telepeken, kaszárnyákban és nem kevésbé a Zöldkereszt egészségvédelmi szolgálat és Stefánia rendelesein részben kötelezővé is kellene tenni használatát, részben a tej és cukor actióhoz hasonlóan ingyen kellene a szegényeket hozzá juttatni. Talán a vitamin adagolás ezen egyszerű módjával a hüléses megbetegedéseket és halálzásokat tudjuk csökkenteni, valamint a csecsemő és kisdedkor légzőszervi megbetegedéseinek nagy halálzási arányszámát is leSORíthatjuk, mellyel szemben eddig tehetetlenek voltunk. Sok hasznát látnánk a csukamájolaj kiterjedtebb rendelésének a gyakori rachitis megelőzése szempontjából is. Minden esetre népesedés politikánk szempontjából ez is egy lépést jelent előre.

Bakó József dr.,  
Sárbogárd községi orvosa.



# ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

FELELŐS SZERKESZTŐ:

**VÁMOSSY ZOLTÁN**  
EGYETEMI TANÁR

**1940**

ELSŐ ÉVFOLYAM



# TÁRGYMUTATÓ

## KÖZLEMÉNYEK

	oldal		oldal		oldal
Activ kanyaró-védoltási kísérletek csecsemőkön . . . . .	260	Élettani folyamatok célszerűségének sebészorvosi jelentősége . . . . .	116	Hypothalamus-sérülés . . . . .	165
Alkoholbetegek elhelyezése . . . . .	41	Fejbőr részleges hiánya egyetűjű ikreken . . . . .	273	Idegentestek a nyelőcsőben és a gyomorban . . . . .	114
Anoxaemia alkalmazása schizopheriában . . . . .	348	Felhágó gerincvelőbénulás kék-pét utánzó myelosis . . . . .	155	Idegentestnyelők és az emésztőcsatornába jutott idegentestek . . . . .	281
Arteriolák vizsgálata a bőr reactiv felmelegedésének mérésével . . . . .	253	Felvidék fürdői és ásványvizei	199	Keringés jelentősége az extrarenalis azotaemiák pathogenesisében . . . . .	33
Befelé kancsalítás myopia esetén . . . . .	364	Fertőzéses eredetű-e a pikkelysömör? . . . . .	339	Kén bejutása kimutatható-e a szervezetbe a budapesti hévfürdő-kúrák alatt . . . . .	89
Belsőelválasztású mirigyrendszer szerepe a serumfehérjék szabályozásában . . . . .	270	Fistula gastricolica és gastrojejunocolica sebészi gyógyítása . . . . .	333	Kísérleti venás légembolia halálos következményeinek elháríthatósága . . . . .	29
B <sub>1</sub> -vitamin hatása a cukoranyagcserére . . . . .	268	Fülderetű agytályog röntgen-diagnostikája . . . . .	336	Korsakow-tünetegyüttes bonctana . . . . .	277
B <sub>1</sub> -vitamin hatása a pajzsmirigy működésére . . . . .	265	Gastroszkopia jelentősége a gyomordiagnostikában 700 saját észlelés alapján . . . . .	240	Lázhőmérők hitelesítésére egyszerű módszer . . . . .	78
B <sub>1</sub> -vitaminnal terhelési kísérlet	153	Golyvaműtét utáni mellékpajzsmirigy ártalom . . . . .	329	Levegő hatása a bőrre . . . . .	196
Blastomykosis két esete . . . . .	95	Gümőkóros túlérzékenység kiváltására kísérletek . . . . .	53	Liquor cerebrospinalis fermentviszonyai . . . . .	59
C-vitaminhiány megállapításának új módszere . . . . .	111	Gümőkórosak gelifikált vérsavójával kísérletek . . . . .	150	Lymphadenitisek conservativ kezelése . . . . .	177
Complémenttartalom és gonorrhoea-complementkötéses reactio viselkedése sulfamid kezelés alatt . . . . .	86	Gonorrhoea-kezelés mai állása különös tekintettel a legújabb sulfamid-készítményekre . . . . .	147	Magasan ülő végbélrákról . . . . .	317
Constitutio pathologiai jelentősége (Balassa előadás) . . . . .	309	Gyermekkori acut dementia új formája . . . . .	72	Matronakorban előforduló méhelőesés műtéti gyógyítása . . . . .	221
Csalánkitűés kezelésében újabb eljárás . . . . .	306	Gyermekkori nem specifikus lymphadenitisek conservativ kezelése . . . . .	177	Májelváltozások tüdőgümőkórral kapcsolatban . . . . .	172
Csarnokvíz keletkezése . . . . .	91	Gyomor- és patkóbélfekély kezelésének új módja . . . . .	224	Májfunctio ellenőrzése terhességben . . . . .	356
Csecsemőkori vesedaganatok . . . . .	209	Harcigázok okozta légzőszervi ártalmak . . . . .	44	Meningitis cerebrospinalis epidemica Magyarországon . . . . .	157
Csigolyaközi porckorong vízszintes irányú helyzetváltozásáról . . . . .	182	Hasi és medencei zsigerek, a felső és alsó végtagok érzéstenítésére új eljárás . . . . .	135	Meningitis orvoslása . . . . .	372
Csonttörések rögzítése . . . . .	219	Helyi minőségi fehérjesejtképváltozása psoriasisban . . . . .	122	Méhelőesés (matronakorban) műtéti gyógyítása . . . . .	221
Dyspeptodermiák . . . . .	21	Hólyagzáróizomzat tökéletlen működésének műtétes gyógyítása . . . . .	352	Mustárgáz chlorjának szerepe hatásmechanismusában . . . . .	119
Egyetemes orvos törvényszéki orvosi működése . . . . .	160	Hűdéses elmezavar kezelése ötvegyértékű arzénkészítménnyel . . . . .	367	Mustárgázérzékenység parenteralisan adagolt histaminnal befolyásolható-e? . . . . .	286
Ekg-vel kórismézett tetaniás epilepsia . . . . .	84	Hypophysis gonadotrop működésének ingerlésére új eljárás	10	NaOH-dal roncsolt hypophysis hátsólebeny kivonat fokozott toxicitásáról kísérleti állatokban . . . . .	174
Ekmzema és vitaminhiány . . . . .	247	Hypothalamus megbetegedéseinek klinikai tünettana . . . . .	69	Nyirokszövet előfordulása a szemgolyóban . . . . .	183
Elektromos fűlsérülés sinus-thrombosisal . . . . .	212			Orr- és gégegyógyászati gyakorlatban két újítás . . . . .	217
Előre- és oldalforgatás hatása az ekg-ra . . . . .	130			Orrba helyezett aethylchloridos vatta bódító hatásáról rövid	
Első terhesség és szülés lefolyása 40 éves, illetve idősebb korban . . . . .	98				
Emlőrák kóroktana . . . . .	17				
Elülső farcsonttartás szülészeti jelentősége . . . . .	1				



	oldal		oldal		oldal
ideig tartó fül-, orr-, torok-, gége- és szájműtétek alkalmazásával . . . . .	124	Sydenham-féle chorea agyvelő sérülésének helye, megállapítható-e? . . . . .	214	Tüdőbarlangok Monaldi-féle szívókezelése . . . . .	201
Pankreas betegségeinek röntgendiagnostikája . . . . .	327	Sympathicus műtétek javalatai és eredményei (Klinikai előadás) . . . . .	125	Tüdőgümőkórral kapcsolatos májelváltozások . . . . .	172
Paralysis progressivás beteg liquorára a gyógykezelése hatása . . . . .	121	Színzavar csecsemőkori grippe alatt . . . . .	227	Uraemiás acidosis és kezelése . . . . .	104
Paralyticusok malariás lázának megszüntetése . . . . .	15	Szülésznői hüvelyi vizsgálatok megszüntetése . . . . .	341	„Utóblockade” a lipiodologiában . . . . .	61
Patkóvese . . . . .	168	Takata-reactio csapadék mennyiségének változása egyes betegségek folyamán . . . . .	19	Veleszületett összenőtt szemhéjak . . . . .	92
Pigmentatio és a hypophysis összefüggése . . . . .	371	Teljes gyomorkiirtás . . . . .	358	Vertebra prominens-reflex . . . . .	93
Phosphatase kimutatása egészséges és beteg egyének liquorában . . . . .	271	Terhelési kísérlet B <sub>1</sub> -vitaminnal . . . . .	153	Vesedaganatok csecsemőkori Veseelváltozások keletkezése és jelentősége chloropriv uraemiában . . . . .	139
Plaut—Vincent-féle exulceratio a pofa nyálkahártyáján . . . . .	307	Terhességi vészes vérszegénység kóroktana . . . . .	275	Vestibularis vizsgálatok basedowos betegeken . . . . .	374
Psoriasisban a helyi minőségi fehérvérsejtkép változása . . . . .	122	Tetaniás epilepsia ekg-vel kórismézve . . . . .	84	Végbélrákról . . . . .	317
Pylorus passag-zavar érdekesebb esete gyermekkorban . . . . .	88	Többször operált bélelzáródás kóroktanához . . . . .	361	Végtagok vasographiája különös tekintettel az arteriographiára . . . . .	291
Salakgázmérgezés okozta halál a hullák elszenesedésével . . . . .	48	Tetanus gyógyítása . . . . .	295	Vészes vérszegénységre utaló tünetek fiatal gyermekeken . . . . .	179
Saválló baktériumok emberi tüdőgümőkórrban . . . . .	80	Traumás hypothalamus-sérülés . . . . .	165	Vér rézsintje ép és kóros viszonyok között . . . . .	250
Schizophrenia gyógyítása hypophysis készítményekkel . . . . .	55	Trichomonas urethritis férfibetegeken . . . . .	188	Vérplasma phosphatase tartalmának jelentősége májbetegségekben . . . . .	82
Sinus cavernosus thrombosis . . . . .	51	Trigonometriai szemlélet az elektrokardiographiában . . . . .	244	Vérvisszaömlésről . . . . .	236
Sportsérülésekről . . . . .	193	Tuberculosis failagos gyógykezelésének új módja . . . . .	135	Villikimin hatása a glykose felszívódására a bélből . . . . .	26
Sportszív elektrokardiographiája különös tekintettel a megterhelési próbákra . . . . .	6	Tüdő rosszindulatú daganatainak sebészi kezelése . . . . .	322	Vizelet jódszáma . . . . .	13
Sternalpunctio kórjelző értéke (Klinikai előadás) . . . . .	189			Vörösvérsejtek átmérőjének növekedése rosszindulatú daganatos betegeken . . . . .	27
Sugártest hámeredetű daganatairól . . . . .	24			Vörösvérsejtsüllyedés gyakorlati értéke a szemészetben . . . . .	299
Suipestifer-bacillus okozta fertőzések a gyermekkorban . . . . .	233			Wilson-féle szárblock kérdéséhez adatok . . . . .	142
Sulfapyridin kezelés hepaticus szövödményéről . . . . .	369			Zephirol fertőtlenítő hatásáról . . . . .	57
				Zoster kórbonctana . . . . .	257



## SZERZŐK NÉVMUTATÓJA

oldal	oldal	oldal	oldal	oldal
Ádám Lajos . . . . . 317	Fernbach József . . . 64	Kanócz Dénes . . . . . 95	Molnár István . . . . . 69 153	Scheffer László . . . 250
Árokháty Vilmos . . . 86	Friedrich László . . . 114 240	Kádár László . . . . . 168	Müller Ferenc . . . . . 147	Schmidt Gusztáv . . . 121
Bak Róbert . . . . . 23	Fridrik Árpád . . . . . 361	Kerpel-Fronius . . . . . 139	M. Nagy Erzsébet . . . 172	Sebestyén Gyula . . . 322
n. Balogh Ernő . . . . . 29	Fürst Márton . . . . . 361	Ödön . . . . . 139	Németh Lajos . . . . . 24	v. Simon Tibar . . . . . 15 367
ifj. Barla-Szabó . . . . . 17	Gajzágó Dezső . . . . . 233	Király Dezső . . . . . 212 336	Odor Béla . . . . . 237	Sipos Károly . . . . . 53
József . . . . . 17	Gesztli József . . . . . 150	Kiss Lajos . . . . . 201	Orbán György . . . . . 78	Steiger-Kazal . . . . . 196
berei Bartha . . . . . 188	Gorka Tivadar . . . . . 27	g. Kiss Pál . . . . . 227	Ottó József . . . . . 98	Dezső . . . . . 196
István . . . . . 188	Góth Endre . . . . . 111	Kokas Eszter . . . . . 26	Pallós Károly . . . . . 174	Svastits Pál . . . . . 179
Benedek László . . . . . 61 93 277	Gömöri Pál . . . . . 33	Kovács Ernő . . . . . 59 271	Papp János . . . . . 306	Szandányi Zoltán . . . 84
Beöthy Konrád . . . . . 160 204	Göttche Oszkár . . . . . 233	Kovács Ferenc . . . . . 1	Papp Karola . . . . . 260	v. Szathmáry . . . . . 221 341
Bereczky Ákos . . . . . 295	Greiner Károly . . . . . 369	Kovács Zsigmond . . . 122	Petrovich Ferenc . . . 55	Zoltán . . . . . 221 341
Bodó Bertalan . . . . . 356	Gróh Ede . . . . . 80	König Gyula . . . . . 72	Podhradszky . . . . . 33 270	Szende Béla . . . . . 374
v. Borsos László . . . . . 64	Guzsman József . . . . . 257	Kővári István . . . . . 124 307	Lajos . . . . . 33 270	Szendy Balázs . . . . . 352
Both Béla . . . . . 19	Gyárfás Kálmán . . . . . 348	Kring Jenő . . . . . 33	Póka László . . . . . 281	Szép Jenő . . . . . 86
Böhm Sándor . . . . . 371	Haszler Károly . . . . . 291	Kuchárik József . . . . . 95 119	Pongor Ferenc . . . . . 150	Szinegh Béla . . . . . 364
Braun László . . . . . 142 250	Herzog Ferenc . . . . . 253	Kulcsár István . . . . . 367	Posgay István . . . . . 329	Tamási Pál . . . . . 51
Czibor Pál . . . . . 247	Herzum Alfonz . . . . . 6	Kunszt János . . . . . 199	Preisich Kornél . . . . . 185	Tasonyi Tihamér . . . 89
Csillag Jakab . . . . . 21	Hogyan László . . . . . 275	Lehoczky Tibor . . . . . 155 214	Puky Pál . . . . . 219	Telbisz Albert . . . . . 119
Csinády Jenő . . . . . 130	Horányi Béla . . . . . 165	sz. Liebermann . . . . . 217	Purjesz Béla . . . . . 13 130	Tomcsik József . . . . . 157
Dávid Lajos . . . . . 13	Horányi Mihály . . . . . 153	Tódor . . . . . 217	Raisz Dezső . . . . . 273	Torday Árpád . . . . . 189
Detár Mihály . . . . . 333	Horn Zoltán . . . . . 268	Ludány György . . . . . 26	Rajka Ödön . . . . . 108	Vásárhelyi Béla . . . . . 265
Dudás Pál . . . . . 209	Horváth Boldizsár . . . 193	Lugossy Gyula . . . . . 299	Recht István . . . . . 177	Venkei Tibor . . . . . 339
Dzsínich Antal . . . . . 172	Horváth István . . . . . 89	Majoros Gyula . . . . . 92	Reichenfeld László . . 142	Végh Lajos . . . . . 174
Engel Miklós . . . . . 174	Humayer Károly . . . . . 124	Martyn Róbert . . . . . 82 139	Reők Iván . . . . . 116	Vondra Nándor . . . . . 104
Entz Béla . . . . . 309	Juba Adolf . . . . . 61 277	Marx József . . . . . 182	Rigler András . . . . . 358	Weinstein Pál . . . . . 91
Eröss Sándor . . . . . 183	Julesz Miklós . . . . . 10	Matolay György . . . . . 125	Ritlop Béla . . . . . 49 286	Zárday Imre . . . . . 244
Fabó Zoltán . . . . . 348	Kassai Antal . . . . . 48	Megay László . . . . . 327	Rudnai Molnár . . . . . 104	Zemplén Béla . . . . . 82
Fátyol Csongor . . . . . 39	Kassai Antal . . . . . 48	Mező Béla . . . . . 135 224	Jenő . . . . . 104	Zih Sándor . . . . . 57
			Ruttner Béla . . . . . 286	Zimányi István . . . . . 72
				Zsakó István . . . . . 41



# ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.

Előfizetési díja az Orvosi Hetilappal együtt egész évre 26.— P.

Felelős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, IX., Högyes Endre-u. 7. sz.

Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

A Tisza István Tudományegyetem szülő- és nőbeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

## Adatok az elülső falcsonntartás szülészeti jelentőségéhez.

Írta: Kovács Ferenc dr.,  
egyetemi ny. r. tanár.

Az elülső falcsonntartást a legtöbb szülész rendszeres medencénél Naegele 1838-ban megjelent tanulmánya óta máig is a fej élettani beigazodási phasisának tekintik. Ezzel szemben már Varnier és Le Lorier is azt vitatták, hogy a hátsó falcsonntartás sokkal gyakoribb az élettani szülésnél. Ez utóbbi álláspontot Caldwellnek és munkatársainak 1934 végén ismertetett stereoskopos röntgenvizsgálatai sem tudták még bevinni a köztudatba, noha e közleményükben a szerzők meggyőzően mutatják ki, hogy főleg a német szülészetben uralkodó felfogással ellentétben, a fej rendszeres körülmények között 60%-ban a hátsó falcsonti beigazodás átmeneti állapotán keresztül csúszik be a medence-ürbe, a keresztcsont öble felé kitérő oldalsó ingamozgással. Eszerint tehát a Naegele és Litzman obliquitas között gyakoriság és jelentőség szempontjából élettani körülmények között különbséget tenni nem jogosult. Még Weibel-nek 1937-ben megjelent szülészeti tankönyve sem vesz tudomást e megállapításról. (l. 158. és 208. oldal.)

Amennyire az élettani szülés mechanizmusának tanában a szülészeti elgondolást a Naegele-féle felfogás uralja, épúgy begyökeresedett a kórosan fokozott aszinklitismusokkal kapcsolatban is az az álláspont, amely szerint a Naegele-féle obliquitas mindig ártatlan, illetve Sellheim értelmezése szerint, a lapos medence-bemenet alakjához történő kedvező alkalmazkodás csupán, amely éppen ezért önmagában nem is tekintendő szövődménynek. Eszerint elülső falcsonntartás esetében bármely elhárító beavatkozás e beigazodás miatt önmagában nem, csupán az ettől függetlenül fennálló, illetve még ezen aszinklitismus által sem compensálható térránytalanság következtében válhat csak jogosulttá. Tehát sohasem a Naegele-obliquitas, mint olyan, hanem csak a szűkület, illetve a térránytalanság a szövődmény, amely olyan nagy lehet, hogy még a Naegele-obliquitas útján sem tudja azt a szülőtevékenység ártalom nélkül, — vagy egyáltalában sehogy — leküzdeni. Ezzel szemben a Litzman-obliquitást főleg a német szülészek még kisebb fokú medenceszűkület alkalmával is —, ahol tehát a térránytalanság maga nem okozna súlyosabb zavart — nagyon kedvezőtlen és nagyjelentőségű „szerencsére ritka” szövődménynek tartják, amelynek elhárítása érdekében a legactívabb prophylactikus corrigáló és gyógyító beavatkozások jogosultak. Így Jaschke szerint „Principiell sind . . . vordere und hintere obliquität gleich zu werten. In praxi bestehen indessen doch gewaltige unterschiede . . . Während der Vorderscheitelbeineninstellung eher eine günstige Bedeutung zukommt, gilt das von der Hinterscheitelbeineninstellung durchaus nicht” etc. Martius szülészeti műtéttanában pedig ezt írja erről: „Der Unterschied zwischen der vorderen u. hinteren Scheitelbeineninstellung besteht daraus, dass

das Vorgehen des vorderen Scheitelbeines für die Überwindung der Enge günstig, das Vorgehen des hinteren Scheitelbeines aber weniger günstig ist . . . Dieser Unterschied ist für die Indikationstellung beim platten Becken zu Berücksichtigen”. Winter, Halbannal együtt írt műtéttanában (Lehrb. d. op. Geburtshilfe, 1934.) az elülső falcsonti beigazodásról szintén azt mondja, hogy „Eine behandlung dieser durchaus günstigen Einstellung ist unbegründet, nur allein der Grad des räumlichen Missverhältnisses zwischen Kopf u. Becken indiciert etwaige Eingriffe” s csak a hátsó falcsonntartás esetében, ha emellett kissé szűkebb medence is van, tartja a várakozást veszélyesnek (155. old.) Ilyen értelemben mind a prophylactikus lábrafordítás, mind a császármetszés stb. esetében, csupán a Litzmann obliquitást említik meg, mint különleges műteti javallatot, a térránytalanságon, valamint a fenyegető méhrepedésen stb. kívül külön, mint önálló javallatot; az elülső falcsonntartást, azonban nem. (L. Winter: Die Indication zum abdominalen Kaiserschnitt” c. könyvében is 1931, 3., 7., 15. és 77. old.)

E hivatkozásokat a német szakirodalomra Guggisberg, Bumm, Stoeckel, Weibel stb. idézésével szinte korlátlanul lehetne folytatni. Mi, magyar szülészek is fenntartás nélkül átvettük ez álláspontot, noha a franciák — Tarnier és Varnier után — ezzel szemben a hátsó falcsonntartást lapos medencék esetében nemcsak gyakoribb beigazodási módnak tartják az elülső falcsonntartásnál, de nem is tulajdonítanak annak különlegesen rosszabb kórjóslati jelentőséget. Az amerikai szülészet vezető egyénisége, Williams sem tartja indokoltnak ezt az éles megkülönböztetést a kétféle falcsonntartás jelentősége között; épúgy nem szerepel az ilyen értelemben az angol szülészeti irodalomban sem. (Beck: Obstetrical practice, London, 1935.)

Ezen ellentétes nézetek indokolttá teszik a kérdés tárgyilagos revisióját. Ez azonban nem könnyű feladat. Nyilvánvaló ugyanis, hogy még ugyanolyan méretű szűkület mellett is a falcsonntartás jelentősége rendkívül tág határok között változik a fej nagysága, a koponya képlekenysége, a szülőfájások minősége, a vajudó egyéni alkati adottságai (idős, vagy fiatal I. P., M. P., stb.) szerint; a medenceméretnek kisméretű, a durva klinikai méréssel alig regisztrálható különbségei is már nagy jelentőségűvé fokozódhatnak a többi társ tényező hatása következtében. De az intézeti anyag kritikai értékelését nagymértékben befolyásolja az intézetbe szállítás időpontja, elhanyagolt vajudás, láz, intézetben kívüli előző vizsgálatok, beavatkozási kísérletek, stb. is. Ezért csak olyan nagyobb anyagon szerzett tapasztalatok használhatók fel tanulságok leszűrésére, amelyben ezen eltérések az esetek nagy száma miatt kölcsönösen kiegyenlítik egymást.

Klinikánkon 8 év alatti (1932 január 1-től 1939 december 31-ig) 9824 szülés zajlott le (vetélések nélkül.) A szülönők közül csupán 289-nek = 2.9%-nak volt szűkebb értelemben vett szűkmedencéje; s ezek közül is csak 134-en volt valamilyen falcsonntartás megállapítható (l. 1. tábl.) A többi esetben részben egyéb fekvési (far, haránt), tartási, stb., rendellenesség volt, részben a



szülés az obliquitas kialakulása előtt fejeződött, illetőlen fejeztetett be (álló burok, mozgatható fej, stb. mellett), vagy olyan spontan szülés zajlott le, amelyben jellegzetes obliquitas a fejlapon feltüntetve nincs (kis fej, stb.).

I. táblázat.

Összes asynklitikus beigazodás=134							
Litzmann 45=33.5%				Naegele 89=66.5%			
Sponán		Műtétés		Spontán		Műtétés	
s z ü l é s							
7=15.5%		38=84.5%		42=47.6%		47=52.4%	
É.ő	Halott	Élő	Halott	Élő	Halott	Élő	Halott
m a g z a t							
5	2	34	4	39	3	35	12
összesen 45				összesen 89			

Az I. táblázat összeállítására szerint 2 elülső falcsonttartásra 1 Litzmann-obliquitas jut; tehát ez utóbbi ha nem is oly gyakori, mint a Naegele-obliquitas, de *semmi esetre sem olyan ritka, amilyenek azt a mi orvosi köztudatunk hiszi*. Míg pl. *Jaschke* szerint szűkmedencés szüléseknek csupán 1.5–2%-ában fordul az elő (*Stoekel: Lehrb. d. Geb. IV. kiad. 385. old.*), addig a mi szűkmedencés anyagunkban (289 eset) 15.5% Litzmann-obliquitas volt.

A kétféle beigazodás klinikai jelentőségének összemérése már sokkal nehezebb feladat. Az kétségtelen, hogy míg hátsó falcsonttartás mellett csupán 15.5%-ban, addig elülső falcsonttartás esetében 47.6%-ban zajlott le a szülés műtési beavatkozás nélkül, ami látszólag tényleg az utóbbi beigazodás lényegesen kedvezőbb volta mellett szólna. De egészen más képet nyerünk a dolgról, ha a magzatok élveszületési arányszámát vesszük összehasonlítási alapul. Hiszen a szülés nem öncélú történés és egy szülészeti szövödmény jelentőségének, valamint a helyes szülészeti elbánásnak az elbírálása az anya érdekének a szemelött tartása mellett, csakis a magzati mortalitás alapján lehetséges. Anyagunkban az elülső falcsonttartás halálózása (3+12 = 15) = 16.8%, míg a hátsó falcsonttartásé (4+2 = 6) = 13.3%. Vagyis a lapos medencékkel kapcsolatban egyenesen kedvezőnek tartott *Naegele-obliquitas* mellett 3.5%-kal több magzat pusztult el a szülés folyamán, mint az annyira súlyos jelentőségűnek minősített *Litzmann obliquitas* mellett! (Az abszolút számok helyes értékeléséhez megjegyezzük, hogy azokban bentfoglaltatnak az összes esetek, tehát az elhanyagolt, lázas állapotban, magánházakban történt eredménytelen szülésbefejezési kísérlet után, halott magzattal, sőt méhrepedéssel beszállított vajudók magzatai is; fel nem élezhető asphysiában élve született magzatok természetesen szintén a halva születettek közt szerepelnek.)

E látszólagos ellentmondás okairól a statistika részletesebb elemzése nyújt felvilágosítást.

A II. táblázatban feltűnik egyrészt az, hogy Litzmann-obliquitas esetében feltűnő gyakran (71%-ban) történt a szülés befejezése császármetszéssel az elülső falcsonttartáshoz viszonyítva (18% császármetszés); másrészt a fogónál ez a viszony éppen fordítva alakul (*Litzmann* = 2.2%, *Naegele* = 24.7% fogó.) E két szembeeszköz adatból joggal lehet arra következtetni, hogy a Litzmann-obliquitást, illetve az azzal kapcsolatos

II. táblázat.

Méhrepedéssel beszállítva [extrip]	Császármetszés			Fogó		Lábrfordul + extaktio	Symphysis + bemeneti fogó	Perforatis	Spontán	
	Transp. isthm	+ amp	extraperit	Bemeneti	Üregi					
Litzmann obl. ösz. 45	1	28	3	1	—	1	1	2	7	
		32=71%			1=2.2%					
Naegele obl. ösz. 89	—	15	—	1	8	14	4	1	4	
		16=18%			22=24%					
össz. 134	1	48			8	15	5	2	6	49

térránytalanságot egyrészt haramabb ismerték fel a magánházakban és a klinikán is, másrészt annak felismerése után éppen rossz híre miatt hamarabb adtuk fel a várakozást, a spontan szülés reményét. Viszont elülső falcsonttartás esetében a túlhosszú várakozás a fej áthaladására eredményezte a sok bemeneti és üregi fogóműtétet, a relatív fájáselégtelenség miatt veszélybe jutó magzat sokszor már sikertelen megmentési kísérlete céljából.

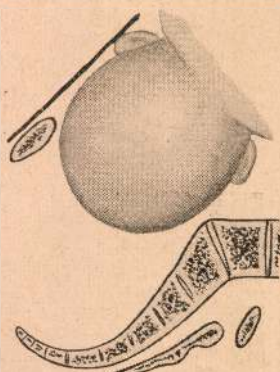
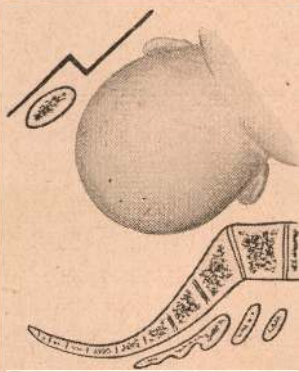
Ha azonban tekintetbe vesszük azt a tényt, hogy ilyen várakozó eljárás mellett elülső falcsonttartás esetében milyen lényegesen nagyobb (16.8%) a magzati halálózás, mint hátsó falcsonttartás mellett (13.3%) e két beigazodás jelentőségének, szülészeti prognózisának megítélésében érvényesített megkülönböztetést jogosulatlanul kell tartanunk. A magzati eredményeket csak úgy tudjuk megjavítani, ha az *elülső falcsonttartás iránti jóindulatú elfogultságot feladjuk* s ezen asynklitismus körjóslati jelentőségét ugyanolyan szigorúan minősítjük, mint a hátsó falcsonttartásét. *A túlhosszú várakozás helyett itt is nagyobb teret kell tehát adnunk az idejében végzett megfelelő műtési beavatkozásoknak.*

A *Naegele-obliquitas*-nál gyakorolt e tudatos, a fentiek szerint azonban nem nagyon indokoltan optimista várakozáson kívül, mint már említettük, még a térránytalanság mértékének és jelentőségének nehezebb, későbbi felismerése is szerepet játszik a rosszabb eredmények okai között. — Tankönyveink a térránytalanság gyakorlati megítélésére ajánlják a fej symphysis feletti részének és a symphysis külső felszínének kitapintását, lapon a felszínre fektetett kézzel. Eszerint, ha a fejre helyezett kéz mélyebb síkban fekszik, mint a symphysisre helyezett, vagy azzal egy szinten van, úgy a fej áthaladása várható. Ha ellenben a felső kéz síkja tülemelkedik az alsóén úgy nagyobb fokú térránytalanság van és ezért nem lehet arra számítani, hogy a fej a medencébe fog lépni. (I. 1. ábra; *Stoekel: Lehrb. d. Geb. IV. kiad. 455. old.*) Nem történik azonban említés arról, hogy ez a helyzet csak a kevésbé gyakori *Litzmann-obliquitas* eseteiben alkalmas a térránytalanság elbírálására, a jóval gyakoribban előforduló s így gyakorlatilag fontosabb elülső falcsonttartásnál azonban nem. Pedig ez utóbbiban époly leküzdhetetlen térránytalanság állhat fenn vagy fejlődhet ki éppen az obliquitas következtében, anélkül, hogy a fej az említett módon megállapítható prominenciát okozna (I. 2., 3. és 7. ábra). Ilyenkor ugyanis a prominencia a külső vizsgálat számára rejtetten, a promon-

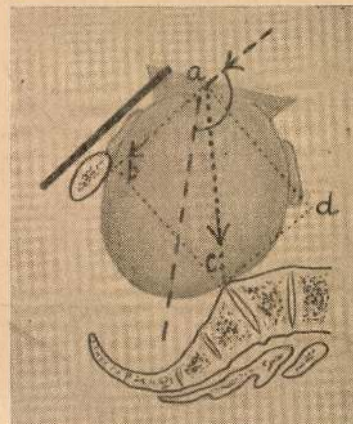
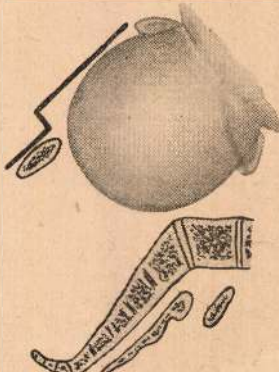


torium felett van. A kellő saját tapasztalattal nem rendelkező, a neki tanított elvekre és tankönyvismereteire támaszkodó észlelő orvos tehát nyugodtan várakozik abban a hiszemben, hogy promentia kifelé nem lévén, nem kell tartani a fej elakadásától. Csak akkor ismeri fel a leplezett helyzet veszélyességét, amikor az már többé-kevésbé elhanyagolódott a császármetszés számára s csak bemeneti fogóműtéttel, vagy symphysiotomiával, esetleg az üregbe elkésve mégis lejutott fejre alkalmazott fogóval kísérheti csak meg a súlyos veszélybe jutott magzat életének megmentését, ha ugyan nem perforációval kénytelen az anya életveszedelemét elhárítani.

Az elülső falcsonttartás az elülső fejfélnek a bemenetbe történő mély becsúszásával s így a fej harántfordulásával, a fej és a törzs tengelyének az anyai gerincoszlop felé nyitott erős tompa-szögű megtöretésével valóban a Litzmann-obliquitáshoz hasonlóan önmagában is súlyos beigazodási szövödményt jelenthet, amely annak ellenére, hogy a téraránytalanság csak egészen jelentéktelen, a legnagyobb műtéti beavatkozásokot javalhatja (1., 2. ábra). A szülőfájások ugyanis



1. ábra.



2. ábra.

— minél hegyesebbé alakul a fej és a törzs hossz-tengelye által alkotott szög, vagyis minél közelebb kerül a nyilvarrat az előfokhoz, annál inkább — excentrikusan az elülső falcsontot igyekeznek mindjobban belepréselni a medence-bemenetbe [a)—b) irányban]; ennek következtében pedig a fennakadó hátsó falcsontnak a nyilvarrathoz közeli része a symphysis visszaható ereje révén kialakuló erőparalellogram a)—c) átfogója irányában az előfoknak nyomódik neki. Így a szülőerők munkája szükségképen eredménytelen marad. Ez a hatás a fej erősebb oldalirányú elhajlása következtében még önmagában jelentéktelen téraránytalanság esetén is teljesen meggátolhatja a fennakadt falcsont lecsúszását s így a fej a bemenetben végleg megröckedhet, amint azt néhány alábbi, röviden ismertetett esetünk példája mutatja.

I. F. S.-né 36 é. V. P. 4 előző élő gyermekét otthon szülte. (Kettőt spontán, kettőt fogóval). V. szülésével a vajudás megindulása és a burokrepedés után 12 órával szállítják a klinikára. Külső vizsgálattal *prominentia nem található*; B. v. eltűnt méhszáj. C. diagon.: 10.5 cm, (egyszerűen lapos medence) lúdtójsányi fejdaganat, igen erős Naegele-obliquitás (a nyilvarrat egészen közel fut a promontoriumhoz) romló szívhangok. A teljesen fennakadt hátsó falcsont miatt nincs reményünk a fej áthaladására — legalább is a magzat pusztulása nélkül — s ezért, mivel a narkosisban még méhrepedés veszélye nélkül kimozdithatónak találtuk a fejet, lábfordítva extraháltuk a 2700 g-os élő magzatot. (1. 3., 4. és 5. ábra.)

A világrajott magzat fején talált erős configuratio, a nyilvarrat közvetlen szomszédságában található nagy de-

cubitus, melyet a promontorium hosszas nyomása okozott, igazolták a feltevés helyességét a spontan szülés reménytelenségére vonatkozólag (1. 4. és 5. ábra.) A nagy decubitus azt mutatja, hogy a fej a vajudás egész ideje alatt ugyanazon pontján volt fennakadva s továbbjutni nem tudott. Hogy pedig ezen elakadás nem a téraránytalanság, hanem a nagyfokú Naegele-obliquitás következménye volt, azt eléggé nyilvánvalóvá teszi egyrészt az előző 4 élő magzat szülése (részben spontan, részben üregi fogóval), másrészt a magzat kicsiny volta (2700 g.) és a c. diagonalis 10.5 cm mérete, valamint a lábfordítás után az utoljára jövő fej zavartalan áthúzási lehetősége. Ha az elülső falcsonttartás valóban olyan kedvező beigazodásnak volna minősíthető, mint az a mi orvosi köztudatunkba be van állítva, úgy ez esetben a nagy configuratio mellett a súlyos decubitus kifejlődése helyett a jelentéktelen téraránytalanságot le kellett volna a vajudásnak küzdenie. Ezzel szemben kétségtelen, hogy a további várakozás a magzat pusztulásához vezetett volna, vagy ennek megelőzése csak nagyobb, véres műtét (syphisiotomia, bemeneti fogóval?),

extraperitonealis császármetszés?, stb.) árán lett volna megkísérlelhető.

II. B. J.-né 33 é. I. P. 3 napos vajudás és 18 órával a burokrepedés után szállítják be a klinikára. *Prominentia nincs*. Conj. diagon.: 10.5 cm. Egyszerű, lapos medence. Eltűnt méhszáj, almányi fejdaganat; hátsó falcsont igen erősen az elülső alá nyomódott; nyilvarrat közvetlenül a promontorium szomszédságában (nagyfokú Naegele-obliquitás), erősen meconiumos magzatvíz, romló szívhangok. Élő magzatot csak a szülés gyors befejezésétől remélhettünk. Alsó isthmicus császármetszés: 3250 g-os élő magzat. A bal falcsonton pengős nagyságú, mély decubitus a promontorium nyomásának megfelelően. (1. 6. ábra.)

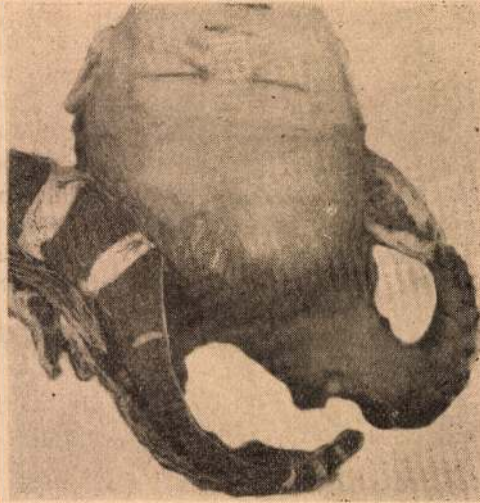
Itt is joggal elvárhattuk volna, hogy a rendes nagyságú fej (kisharánt átm. 8, nagyharánt 9. cm) a csak I. fokban szűk, lapos medence-bemeneten az ezen szempontból éppen kedvezőnek minősített beigazodási mechanizmus segítségével át fog spontan jutni. Ennek az elmaradása a hosszú vajudás ellenére csak a nagyfokú Naegele-obliquitás rovására írható.

III. S. B.-né 37 éves V. P. Előző négy gyermeke mind spontan született, otthon, élve. V. szülésével 19 órával a burokrepedés, 24 órával a vajudás után szállították be a klinikára. Temp.: 37.9. *Prominentia nincs*. B. v.: eltűnt méhszáj; nagy almányi fejdaganat; nyilvarrat igen közel fut a promontoriumhoz; Conj. diag.: 11 cm, hátsó falcsont mélyen az elülső alá nyomva. Erősen meconiumos magzatvíz; romló szívhangok. A magzat életét csak szülés gyors befejezésével lehet megmenteni. — Mivel az elülső falcsont erősen be van már ékelve s a császármetszéstől elkésztünk, viszont a fej fogóval való közvetlen áthúzása élve a bemeneten a hátsó falcsont igen erős fennakadása miatt



kilátástalannak látszik: először *symphysiotomiát* végzünk s a medencegyűrű megnyitása után végezzük el a bemeneti fogót, fronto-occipitalisan ragadva meg a fejet. 3910 gr-os élő magzat; a fennakadt falcsonton pengőnyi nagyságú mély decubitus a promontorium helyének megfelelően (l. 7-8. ábra). Kisfokú thrombosisból eltekintve zavartalan gyógyulás.

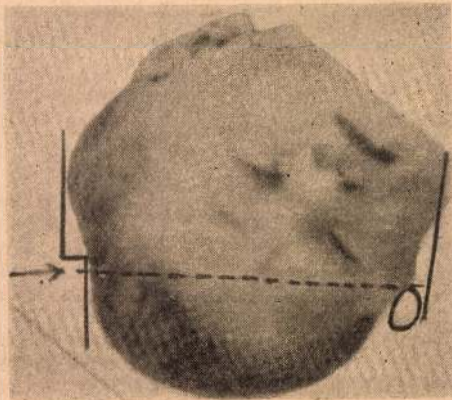
Az előző esetekhez hasonlóan itt is csak a nagyfokú elülső falcsonttartás lehetett a fej áthaladásának az akadályja az előző 4 spontán szülés után. Bár a magzat kissé nagyobb volt azonban a medence viszont alig szű-



3. ábra. I. eset. A fej közvetlenül a szülés után decalcinált medencébe illesztve a szülés alatti beigazodásnak megfelelően. (A medence kissé laposabbra van benyomva.)



4. ábra. Ugyanazon fej bal falcsontján a promontorium okozta decubitus.



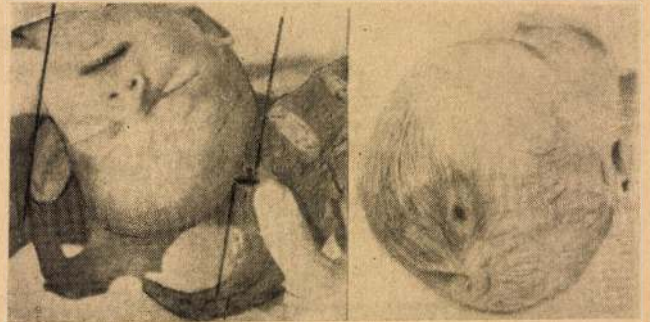
5. ábra. Ugyanazon eset. Az előfok (nyíl) felett nagy prominencia; a symphysis felett nincs.

kült. A nagy decubitus a hátsó falcsonton jelzi azt, hogy a fej egy ponton volt és az egész vajudás alatt maradt is fennakadva.

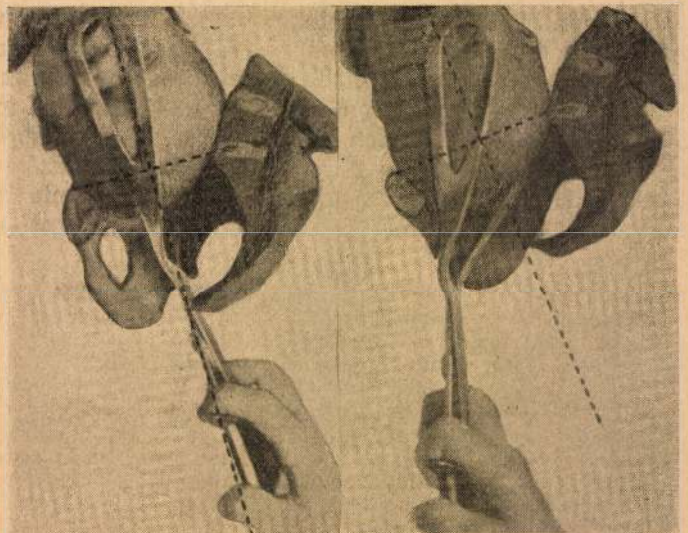
IV. Gy. M.-né. Előző négy otthoni spontan szülése közül háromnál szülés közben elhalt az érett magzat; a negyedik ma is él. Ötödik szülésével 36 órával a vajudás és burrokrepedés után szállítják be a klinikára. *Prominentia nincs.* Eltűnt méhszáj, nagy almányi fejdaganat, nagyfokú Nägele-obliquitas, koponya az elülső falcsonttal a bemenetbe ékelődve; erősen mekoniumos magzatviz. Romló szívhangok. Conj. diag. 10 cm. (Rachitikus lapos medence.) Otthon bába, orvos többször vizsgálta belsőleg. Ezért és a korai burrokrepedés miatt, a passzív szakasz további tulnyújtásának megelőzése és az életveszélyben levő magzat megmentése



6. ábra. II. eset. (B. I.-né). Fejdaganat és configuratio az előfok okozta decubitussal (nyíl.)



7. ábra. III. eset. (S. B.-né) a) A fej szülés alatti beigazodása (közvetlenül a szülés után decalcinált medencével rekonstruálva) b) Az előfok okozta decubitus. Rejtett prominencia az előfok felett; a symph. felett nincs.



8. ábra. Naegele-obliquitasban a bemeneti sík tengelye irányában a fogó nekihúzza a fennakadt falcsontot az előfoknak; az üregből síkjának a tengelye a helyes húzási irány. (III. eset.)



céljából *extraperitonealis császármetszés*. 3350 gr-os élő magzat. (Anya lázasan gyógyul.)

Ezen esetben is *nem maga a téraránytalanság* (rendes nagyságú magzat, első fokban szűkült med. mellett előző 4 spontán szülés, jó fájások), hanem a nagyfokú elülső falcsonntartás okozta a fej elakadását; tehát azon obliquitás, amelytől mint kedvező beigazolódástól, éppen várunk kellett volna tankönyveink szerint a csekélyfokú téraránytalanság megoldódását.

V. F. J. 29 éves. IV. P. Előzőleg 3 spontán szülés élő gyermekekkel. 4-ik szüléskor 24 órával a burokrepedés és a vajadás megkezdődése után, jó fájásokkal, eltűnt méhszájjal, kinyult alsó méhszakasszal szállították be. Conj. Diag.: 9.5 cm. (Rachitikus lapos med.) *Prominentia nincs*; nagy fejdaganat, igen erős elülső falcsonntartás. Alsó haránt császármetszés. 3800 gr-os élő magzat; zavartalan gyógyulás.

Itt a *nagyobb fokú téraránytalanságot a Nägele-obliquitás teljesen leplezte*; azt az otthoni orvos a *prominentia hiánya* miatt csak akkor vette már észre, amikor a szülés aggasztó elhúzódása az anyát és a magzatot egyaránt súlyos veszélybe döntötte.

VI. T. A-né 39 éves IV. P. Előzőleg 3 élő kivített magzatot szült otthon spontán. 36 óras vajadás után, repedt burokkal, eltűnt méhszájjal, bűzös, mekoniumos magzatvízzel, rossz magzati szívhangokkal (fájás szünetben is 100 alatt) szállították be. T.: 38.5. *Prominentia nincs*. Almányi fejdaganat, elülső falcsonntartás beékelve, erős *Nägele-obliquitás*, az egész hátsófalcsont az előtok felett. Conj. diag.: 11 cm. *Bemeneti fogó*. 4300 gr-os asphyxiás magzat; feléleszthető. Zavartalan gyógyulás.

Bár a magzat nagy volt, viszont a medence alig szűkebb s így 3 előző spontán szülés után itt is a nagy fokú hátsó asyklitismusnak tudhatjuk be a szülés elakadását; a súlyos elhanyagolódást pedig a *prominentia teljes hiányának*.

Ha az itt példaképpen kiragadott esetekből (több más hasonló helyszüke miatt nem ismertethettünk) tovább várakoztunk volna a spontán szülésre, vagy legalább is a fej üregbe jutására azon az alapon, hogy prominentiát okozó téraránytalanságot kívülről nem találtunk, előzőleg már spontán szülések voltak, a magzat nem nagy, illetve a medenceszűkület jelentéktelen, viszont az áthaladás számára annyira kedvezőnek mondott elülső falcsonntartás van jelen: úgy a magzatokat kétségtelenül elveszítettük volna a *Nägele-obliquitás*-nak előlegezett bizalom következtében.

III. és IV. esetünkkel kapcsolatban a *bemeneti fogó* alkalmazására vonatkozólag is volna megjegyezni valónk. Minden szülészeti tankönyvben és műtétanban az található a bemeneti fogó kivitelének szabályaként, hogy a fogó nyelét lehetőleg a *bemeneti sík tengelye* irányában kell húzni mindaddig, míg a fej le nem jutott az üreg mélyére. Ezt a célt szolgálják az Osiander és Pajot-f. tractiók, a Tarnier-f. tengely szerint húzó készülék, a Liepman-f. „kephalokataspastor”, a különleges Barton-f. fogó, mély episiotomia stb. Ezzel szemben a helyzet az, hogy csak *synklitikus beigazolódásnál és hátsó falcsonntartásnál célszerű bemenetben elakadt fejre a bemeneti tengely szerinti húzás, elülső falcsonntartásnál azonban nem.* — Itt ellenkezőleg csak úgy tudjuk a fennakadt hátsó falcsonntot lehúzni a promontorium előtt, ha a fogó nyelét inkább előre emelve, az *üregből síkjának a tengelye irányában húzzuk*, mert különben a hátsó falcsonntot nekihúzzuk az előfoknak s kísérletünk meghiúsul, vagy a magzat fejét törjük össze (l. 8. ábra.). A *bemeneti fogó általánosan tapasztalt igen rossz magzati eredményeinek kétségtelenül ez is egyik oka*. Erről a tapasztalataim szerint már csak a *Nägele-obliquitás* viszonylagos gyakoriságánál fogva is fontos körülményről a rendelkezésemre álló szülészeti tan-

könyvekben és szakirodalomban sehol említést nem találtam.

A bemeneti fogó legtöbbször éppen kisebbfokú téraránytalansággal kapcsolatban kerül alkalmazásba, amikor a fájások kimerültek az akadály leküzdésére irányuló törekvésükben, s a magzat vagy az anya, esetleg mindkettő érdekében be kell fejeznünk a szülést. Éppen az ilyen körülmények között végzett rossz tapasztalatok szorították teljesen háttérbe ezt a műtétet a császármetszés térhódításával egyidejűleg. De a császármetszés viszonylagosan kockázatmentes kivitele korai műtéthez van kötve, amikor a természetes szülőerők munkája, a fej konfigurabilitása nincs még kellőképpen kipróbálva s így azt esetleg feleslegesen végezzük. Ha pedig ezt kivárjuk, úgy a császármetszéstől igen sokszor már elkéstünk, vagy annak kockázata lényegesen nagyobb. Ilyenkor a bemeneti fogó kiváló szolgálatokat tehet; de csak akkor, ha egyrészt *szem előtt tartjuk a húzási irány fenti szabály-módosítását Nägele-obliquitás esetén*, másrészt nem idegenkedünk azzal kapcsolatban szükség esetén a *symphysiotomia előzetes elvégzésétől* se. Itt ismertetett anyagunkban mi két alkalommal végeztünk ilyen körülmények között symphysiotomiát (1. 2. táblázat) s az utána végzett bemeneti fogó semmivel sem volt nehezebb az egyszerű üregi fogónál. Egyiknél nagyfokú Litzmann-obliquitás mellett leküzdhetetlen téraránytalanság miatt 35 óras vajadás után egy másodsorú szülőnőnél (első magzat szülés közben otthon elhalt) végeztük a műtétet az anya és a magzat érdekében, bemeneti fogóval fejezve be a szülést. A második az itt ismertetett III. esetünk. Mindkét anya zavartalanul gyógyult és élő gyermekével egészségesen távozott. A symphysiotomia kivitele végtelenül egyszerű s *megfelelő* esetben szakszerűen végezve kockázatot alig jelent, a magzat életkilátásait is a legmesszebbmenően biztosítja. Valóban nehéz megérteni, miért adta fel a magyar szülészeti iskola csaknem teljesen ezt az áldásos, pár perc alatt ugyszólván veszélytelenül elvégezhető műtétet, amelynek effectusa annyira szembeszökően meggyőző, hogy aki megfelelő esetben egyszer megkísérelte, nem mondana le többé róla. Tudomásom szerint (bár erre vonatkozó körkérdéssel nem fordultam a szülőintézetekhez) hazánkban már sehol sem végeznek mendencetágitó műtéteket; legalább is a Szülészeti Rendtartás alapján 1931 óta beszolgáltatott kimutatásokban az egyáltalán nem szerepel. (A budapesti II. sz. női klinikán 13 évi otlétem alatt, emlékezetem szerint, egyszer sem végezték.) Pedig különösen vidéki intézeteknek nem szabadna ezen műtétet feladni, mert gyakran kapnak olyan vajudókat, kiken a császármetszés már nem végezhető el és különben le kell mondaniok a magzat megmentéséről. Kívánatos volna tehát elsősorban az intézet —, illetve osztályvezetésre hivatott szakorvosokat kiképző klinikáknak ezen műtét végzését is nevelő programjukba iktatni; mert különben az innen kikerülő vezető orvosok természetszerűleg idegenkedni fognak olyan műtétet végzésétől, amelyet maguk még sohasem láttak.

Tanulságainkat a laposan szűk medencések asynklitikus beigazolásával kapcsolatban a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A Litzmann-obliquitás sokkal gyakrabban fordul elő, mint, ahogy azt nálunk az orvosi köztudat véli.

2. Nem indokolt az elülső falcsonntartást kedvezőbb beigazodásnak tartani a Litzmann-obliquitásnál; helytelen és ezért corrigálandó azon szülészeti álláspontja, akik a kétféle asynklitismus kórjóslati jelentőségében különbséget tesznek.



3. A Naegele-obliquitas a hátsó falcsonttartásnál annyiban még veszélyesebb is lehet, hogy kifelé tapintható prominentiát nem okoz, s így a téraránytalanság, illetve a hátsó falcsont leküzdhetetlen fennakadása leplezve maradhat, gondos belső vizsgálat nélkül. Ezáltal a szülés könnyebben elhanyagolódhat (magzatelhalás, méhüri infectio, a méh alsó szakaszának túlnyújtása, stb.)

4. Bemeneti fogónál a bemeneti sík tengelyében történő húzás szabálya csak synklitikus beigazodásnál és Litzmann-obliquitasnál érvényes; elülső falcsonttartásánál azonban a legnagyobb kerületével a bemenet felett elakadt fej az üregből síkjának a tengelye irányában húzható csak le az üregbe.

5. Téraránytalansággal kapcsolatban a bemeneti fogó javallata jelentékenyen kibővíthető és magzati eredményei lényegesen megjavíthatók, ha megfelelő esetekben előzőleg kiterjedtebben alkalmazzuk a symphysiotomiát, mint gyakorlatilag veszélytelen és megfelelő feltételek mellett egyedül magzatmentő társ-műtétet.

## Az ú. n. sportszív elektrokardiographiája különös tekintettel a megterhelési próbákra.

Irta: Herzum Alfonz dr. főorvos.

A sportolók ekg-s tulajdonságainak tisztázása céljából először 78 olympikon és válogatott versenyző ekg-s felvételét dolgoztam fel. Magyar szerzők közül Hasenfeld és Csinády foglalkozott már sportolók ekg-jával és néhány értékes adattal bővítették ismereteinket. Az anyagomban feldolgozott versenyzők 20—30 év közötti férfiak voltak és legalább 4—5, de rendszerint még több éve erőteljes versenysportolást folytattak. Úszók, vízpolozók, közép- és hosszútávfutók, birkózók, boxolók és teniszezők szerepeltek közöttük. Az egyes hullámok viselkedését és gyakoriságát az alábbi táblázaton ismeretem.

### Válogatott versenyzők és olympikonok ekg-s felvételei:

Magas T <sub>1</sub> . . . . .	3 eset	( 3.8%)
„ T <sub>2</sub> . . . . .	6 „	( 7.6 „)
„ T <sub>1</sub> és 2 . . . . .	26 „	(33.3 „)
T <sub>3</sub> negatív, vagy negatív diphasisos . . . . .	27 „	(34.6 „)
S—T <sub>2</sub> depressio (kisfokú) . . . . .	2 „	( 2.5 „)
S—T <sub>3</sub> depressio . . . . .	16 „	(20.5 „)
R hullámok csomósok . . . . .	3 „	( 3.8 „)
S hullámok csomósok . . . . .	2 „	( 2.5 „)
S <sub>1</sub> és 2 mélyebb . . . . .	14 „	(17.9 „)

A leggyakoribb jelenség a magas T<sub>1</sub> és T<sub>2</sub> volt, ezzel párhuzamosan a negatív vagy negatív diphasisos T<sub>3</sub> gyakorisága is szembetűnő, ami a magas T<sub>1</sub>, illetve T<sub>2</sub>-vel jár karöltve. Ez a kép rendszerint csak normalis, vagy baltypusú görbe esetén látható. Mint gyakran előforduló elváltozást még az S—T<sub>3</sub> depressióját és a mélyebb S<sub>1</sub> 2 hullámokat kell megemlítenem. Az R és S hullámok csomósodása legalább két elvezetésben és az S—T<sub>2</sub> depressiója, mint látható, ritkábban fordul elő.

A versenyszerű sportolás hatásainak tanulmányozása céljából 164, húsz évnél fiatalabb versenysportoló adatait is összegyűjtöttem és szembeállítottam az előbbi csoport adataival. E húsz évnél fiatalabb csoport zöme

középkorú sportolókból állott, de van közöttük több elsőéves Testnevelési Főiskolai hallgató is. Legtöbbje csak 1—3 éve végez versenyszerű sportolást, de hozzávetőleg sem olyan mértékben, mint az első csoport tagjai. Az eredményeket a következő táblázat mutatja:

	Húsz éven aluli versenysportolók 164	Válogatott és olimpiai versenyzők 78
Pulsus átlag . . . . .	70	64
Bal typus . . . . .	19.5% (33 eset)	23.0% (18 eset)
Jobb typus . . . . .	15.8 „ (26 „)	8.9 „ (7 „)
Átvezetési idő (P—Q) 20 mp, vagy hosszabb . . . . .	14.0 „ (23 „)	20.5 „ (16 „)
Átvezetési idő (PQ) átlag . . . . .	0.171 mp	0.178 mp
QRS compl. átlag . . . . .	0.076 „	0.082 „
Q—T idő átlag . . . . .	0.362 „	0.373 „

A baltypusúak száma, mint látható, aránylag csak keveset emelkedett, viszont a jobbtypusú görbék száma erősen csökkent, aminek okát nehéz meghatározni, mert mint ismeretes, az életkor növekedésével nem sportolóknál is megszaporodott a baltypusú görbék száma. A versenysportolásnak gyakran nincs látható hatása az elektromos tengelyre, még akkor sem, ha nagyobb a szív, mert ilyenkor nemcsak balra, hanem jobbra is megnövekedett. Vannak azonban esetek, amikor a szív elektromos tengelyén jobbra, vagy balra eltérés következik be. — Megfigyelésem szerint például úszók aránylag több a jobbtypusú görbe, mint futók, akiken viszont a baltypusú görbe a gyakoribb. E megállapításoknál az alkat és az ekg-s típus közötti összefüggést is természetesen figyelembe vettük.

A Q—T távolság meghosszabbodása szorosan összefügg a pulszszám megkevesbedésével. Ezen időátlagok az Eb. Koch táblázatban szereplő és a pulszszámnak megfelelő normalis értékeknek megfelelnek.

Az átvezetési idő és QRS-complexum átlag értékei is a válogatott csoport tagjainál hosszabbak és olyan mértékűek, hogy sporthatásnak tekinthetők. A válogatott versenyzők QRS-complexum értékei 0.06 és 0.10 mp között mozogtak. Tapasztalatom szerint a 0.10 mp értéket azonban nem haladják meg és a 0.10 mp feletti értékek sportolókon sem tekinthetők physiologiasnak. Versenysportolókon azonban a QRS értéke legtöbbször magas és a 0.08—0.10 mp közötti érték nem ritka.

Az átvezetési időnek nemcsak átlag értékei magasabbak, hanem mint látható, a 0.20 mp feletti esetek száma is megszaporodik. Amint azt már egy régebbi közleményemben ismertettem, versenysportolóknál többször találunk 0.20, vagy ennél hosszabb, 0.22—0.23 másodperces átvezetési időt, anélkül, hogy ez a myocardium betegségeit jelentené, hanem fokozott vagus tonus következtében jön létre. Ennek igazolására több ízben elvégeztem ½ mg atropin injectio után az ekg-s felvételt, ami legtöbbször igen kifejező volt. A 0.22—0.23 mp-es átvezetési idő 0.16—0.17 mp-re és amint ezt egy kivételes esetben láttam 0.26 mp-ről 0.17 mp-re süllyedt, ami igazolta a vagus tonusnak a megnyult átvezetési időre vonatkozó fontos szerepét. Ezekben a kísérletekben atropin injectiora a QRS-complexum időtartama, amennyire szokásos papírsebesség mellett ez megfigyelhető, nem változott meg. Ebből az a következtetés vonható le, hogy míg az átvezetési idő meghosszabbodása sportolókon a fokozott vagus tonus következménye, ezzel szemben a QRS-complexum kiszélesedése vagus hatással nem hozható összefüggésbe és az valószínűleg a szív megnagyobbodásának következménye is lehet. Az átvezetési idő meghosszabbodásának kifejlődésében kétségtelenül alkati tulajdonságoknak is nagy szerepe van. Ezzel magyarázható, hogy nem minden versenyzőn látunk

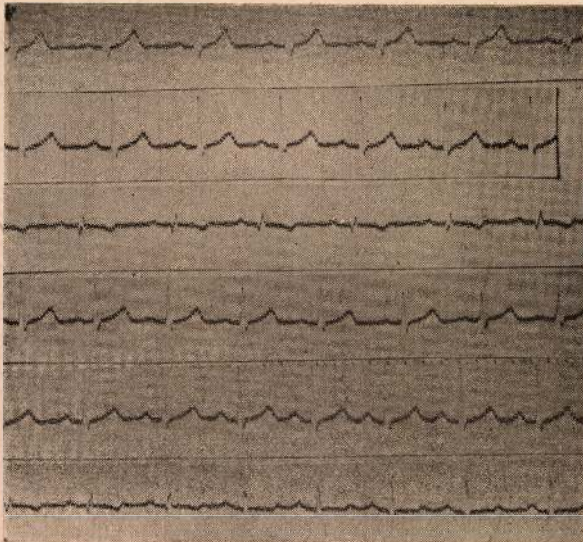
\*) A II. Magyar Sportorvosi Congressuson tartott előadás kivonata.



meghosszabbodott átvezetési időt. A pulusszám és átvezetési idő között nincs olyan törvényszerűség, mint a pulusszám és Q—T távolság között, annyi mindenestre megállapítható, hogy meghosszabbodott átvezetési idő csak a bradycardiás sportolókon lehet physiologiás, mert ugyanez tachykardia esetében már nem tekinthető sporthatásnak.

Mint látjuk tehát, versenysportolók esetében az ekg megváltozását két fő körülmény befolyásolhatja: az egyik a szív megnagyobbodása, a másik a fokozott vagus tonus. Az első az elektromos tengelyre és a QRS-complexum szélességére, a másik pedig az átvezetési idő hosszára lehet hatással. Valószínűleg a magasabb  $T_{1,2}$  is a megnagyobbodott szívvel, illetve a tömegében megnagyobbodott szivizommal lehet összefüggésben, mert a fokozott vagus tonus, mint ahogy magam is néhány atropin kísérletben meggyőződhettem, a T hullámok magasságát nemhogy fokozza, hanem csökkenti.

A gyakran előforduló negatív, illetve negatív diphasisos  $T_3$  jelentőségének tisztázására a következő vizsgálatokat végeztem. Sportolóknál készített ekg-s felvétel után külön-külön mindhárom elvezetésben, belégzés alatt, illetve közvetlen utána is elvégeztem a felvételt, ahogyan azt másirányú vizsgálataiban Tanne is tette. E felvételek célja az volt, hogy a rekeszállás, illetve elektromos tengely megváltozásának következtében létrejövő képet megkaphassam. E képeken elsősorban a szív elektromos tengelyének kisebb vagy nagyobb jobbra tolódása volt megállapítható. A legérdekesebb visel-

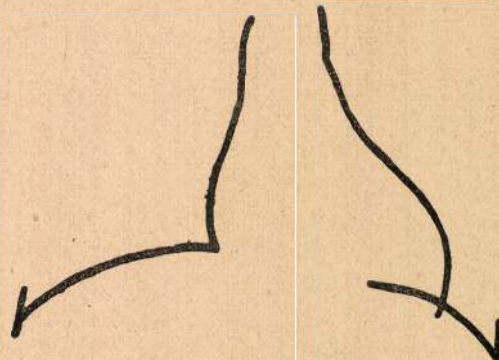
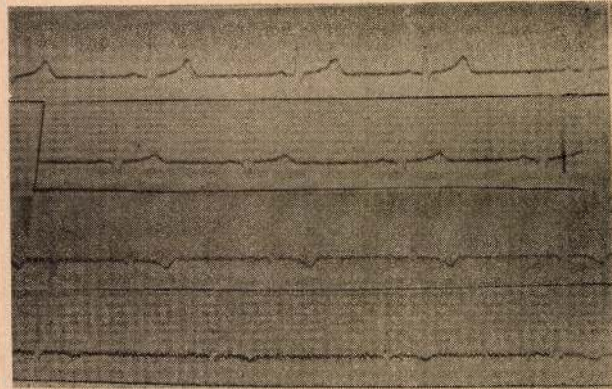


1. ábra.

kedést a  $T_3$  részéről láttam és ezért későbbiekben csak a 3. elvezetésben végeztem el belégzés alatt a felvételt. Belégzés után a negatív  $T_3$  vagy pozitív, illetve isoelektromos lett, vagy pedig negatív maradt, amit az alábbi két ábra szemléltet.

Az első felvételen mindhárom elvezetésben látható a belégzés hatása, a 2. ábrán a 3. normalis elvezetés után csak a 3. elvezetés belégzési helyzete látható. Az 1. ábrán a negatív  $T_3$  belégzésre pozitív lett, a 2. ábrán viszont negatív maradt. E vizsgálataimat röntgen átvilágítással és orthodiagraphias képpel egészítettem ki. A 2. ábra ekg-s felvétele mellett a hozzávaló kicsinyített orthodiagramm is látható. E párhuzamos vizsgálatok folyamán győződtem meg, hogy azon esetekben, amikor a szívesücs legömbölyödött és a bal kamraive kerek és magas, amikor tehát röntgen szerint a bal kamra dilatációja, illetve hypertrophiája volt felvehető, belégzés

után a  $T_3$  rendszerint negatív maradt. A  $T_3$  ilyen viselkedése legtöbbször a szív aortás konfiguráltsága mellett látható, de előfordulhatnak esetek, ahol a szív jobbra is, tehát egészében nagyobb, azonban ilyenkor is a bal kamra kerekése és ivének magassága szembevető és ezek azok az esetek, ahol a szív normalis elektromos tengelye mellett a negatív  $T_3$  belégzés után is negatív maradt. Ugy látszik tehát, hogyha sportolók normalis vagy baltypusú ekg-jánál a negatív  $T_3$  belégzés után is negatív maradt, az minden valószínűség szerint a bal kamra tágulatának, illetve hypertrophiájának jele.



2. ábra.

Csupán tágulás esetén a szív kevésbé formatartó és rekesz mozgásra könnyebben változtatja alakját, ezért a  $T_3$  ezen viselkedése véleményem szerint hypertrophia egyidejű jelenlétét teszi valószínűvé és mint ilyen a sportorvosi vizsgálatok során jól használható. E vizsgálataimat sok sportolón elvégeztem és néhányon 1—2 év alatt a negatív  $T_3$  fentebb leírt viselkedésének kifejlődését figyelhettem meg.

A megterhelési próbák kétféle célt szolgálhatnak: 1. hogy az ekg-képből a várható sportteljesítmény nagyságára következtetést vonhassunk. 2. hogy a szív kisebb, esetleg normalis ekg-n rejtve maradt kóros elváltozásait felismerhessük. Az előbbi célt kívánják szolgálni a Schlomka és Reindell, valamint Schlomka által leírt próbák. E próbák a T, R és S hullámok nagyságának megváltozásából igyekeznek a szív teljesítőképességére választ adni. Hasonló céllal Messerle különböző sportmunka után az R és S hullámok viselkedését használja fel a teljesítőképesség megítélésére.

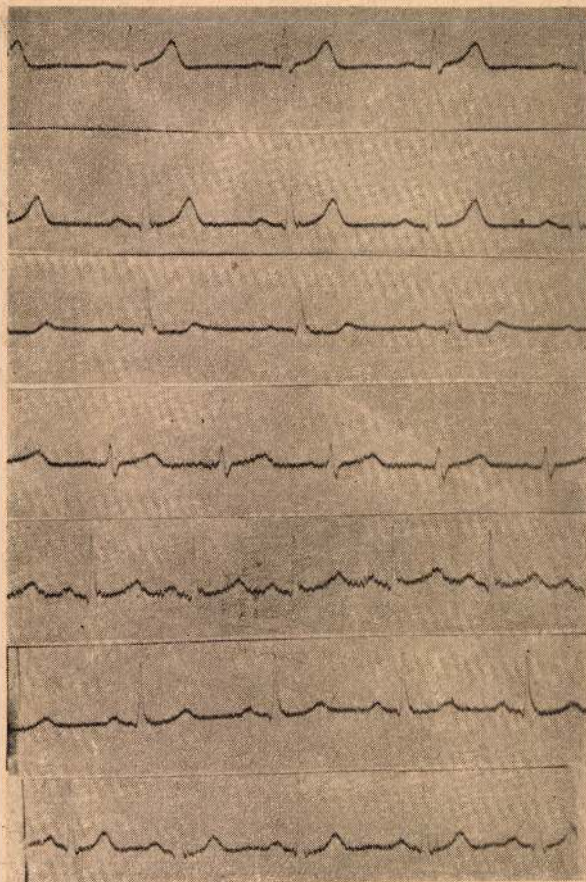
E megterhelési próbák gyakorlati hasznára vonatkozólag egyelőre még nem tudok határozott véleményt mondani. Annyi bizonyos, hogy nemcsak ezekben, hanem több megterhelési próbában kapott elváltozások értékelésekor is nagyon körültekintőknek kell lennünk.

Az I. számú Sportorvosi Tanácsadóban nagy anyagunkon kívántam az egyes próbák értékét tisztázni. A felvételek elkészítésében munkatársaim: Lehrner, Adreá-



nyi és Gyórfy collegák segédkeztek, akiknek köszönetet mondok. Sok esetben végeztem el az F. Kisch-féle megterhelést, ami abból áll, hogy belégzés után sokáig visszatartjuk a lélegzetet, de e próba eredményéből sportolókra nézve nem sok következtetést vonhattam. Vizsgálataimat Valsalva-kísérlettel és a mérőeszközzel regisztrálható Bürger-féle próbával folytattam.

A szokásos három normalis elvezetés után megfelelő közbeiktatott szünetekkel mindhárom elvezetésben elvégeztem a Bürger-féle próba folyamán az ekg-s felvételt a vérnyomás egyidejű mérése mellett. Fekvő helyzetben a 40—60 Hgmm ellen való fújás sokkal nagyobb megterhelést jelent, mint állva. Ezért vizsgálataink zö-



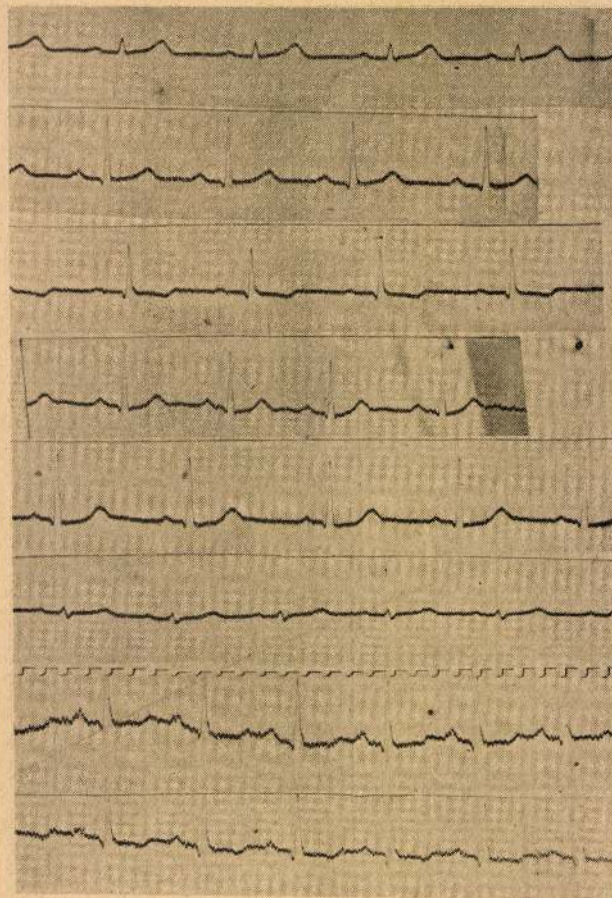
3. ábra.

mét 20—40 Hgmm közötti nyomáson végeztük. Látva, hogy a legjellemzőbb kép a II. elvezetésben van, később csak a II. elvezetésben végeztem el a próbát, annál is inkább, mert a háromszor egymás után való fújás, még több perces közbeiktatott szünettel is fáraszó.

A 3. ábrán látható egy ilyen Bürger-kísérlet. A három normalis elvezetés után következik mindhárom elvezetésben a Bürger-próba rögzítése. A hetedik sorral e helyen nem óhajtok foglalkozni. Amint látható, a pulsus megszorodása mellett a normalis elektromos tengely Bürger hatására jobbtípusú lett. A T-hullámok I. és II. elvezetésben kisebbek, a III-ban viszont kissé magasabbak, a  $P_2$  és  $P_3$  pedig tetemesen magasabbak lettek, ami Bürger észlelésével megegyezik. A  $P_2$  és  $P_3$  megnagyobbodása néha oly nagyfokú volt, hogy P pulmonáléra emlékeztetett, ami Winternitz szerint asthmában és emphysemában fordul elő, tehát a kis vérkörben fokozódó ellenállással magyarázható. Valószínű, hogy itt is a megnövekedett intrapulmonalis nyomás következtében létrejövő kisvérköri ellenállás fokozódása a P hullámok érdekes viselkedésének az oka. Egyébként a fenti eset a Bürger-reactionnak kb. normalis alakját

mutatja, ami véleményem szerint egyrészt a belégző állás következtében jobbraforduló elektromos tengely és az intrapulmonalis nyomás fokozódása következtében jön létre. Pár esetben azonban a görbék egyéb és megfontolásra készítő elváltozásait láttam.

A bemutatott kép egy úszóbajnoknő és első három sora a három normalis elvezetést, az utolsó három sor pedig a Bürger-reactio hatását mutatja mindhárom elvezetésben. Itt is nagyon jól láthatók az előbb leírt elváltozások. Ezekhez az előbb normalis reactionnak nevezett jelenségekhez egy újabb is társult. Az  $S-T_3$ , amely a normal elvezetésben is kissé deprimált volt, még lenyomottabb lesz, azonkívül az  $ST_2$  szakasz a normal  $S-T_2$ -től eltérően határozottan lenyomott és legnagyobb részben vízszintesen halad az isoelektromos vonal alatt. A vérnyomás a Bürger-reactio hatására 130 Hg mm-ről 145 Hg mm-re emelkedett. A Bürger-reactióhoz hasonlóan fokozódik az intrapulmonalis nyo-



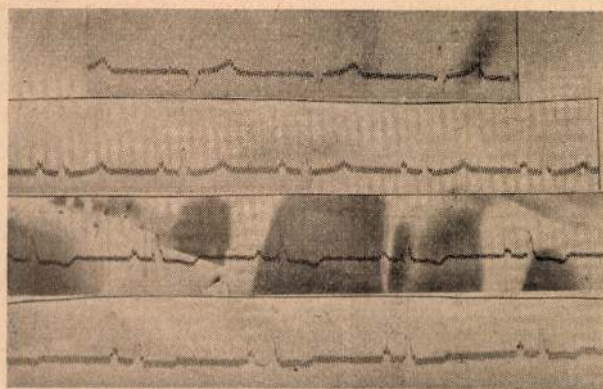
4. ábra.

más akkor is, ha egyszerű Valsalva-kísérletet végeztünk. Az ekg-s képek teljesen megegyeznek az előbb leírt jelenségekkel és éppen azért ott, ahol erre megfelelő segédszemélyzet nincs, ugyanolyan eredménnyel alkalmazható a Valsalva alatt végzett ekg-s felvétel. A szokásos reactio ugyanúgy az elektromos tengely jobbra deviálása, a T-hullámok lelapulása és a  $P_{2-3}$  megnövekedése. De ugyanúgy láthatunk a fentiekhez hasonló és a szokásostól eltérő képeket is.

Az 5. ábra Európa leggyorsabb úszójától származik. A három normalis elvezetés után a negyedik sorban a Valsalva-reactio hatása látható a II. elvezetésben. Itt is, mint a fenti úszóbajnoknő esetében láttuk az  $S-T_2$  lenyomott lett, az isoelektromos vonal alatt halad, a  $T_2$  egyidejű lelapulása és a  $P_2$ -hullám megnagyobbodása mellett. Az  $S-T_2$  szakasz depressiójának magyarázatául elsősorban a fokozott intrapulmonalis nyomásra is



az így megnövekedett kisvérköri ellenállásra kell gondolnunk. Fel kell tennünk, hogy bizonyos esetekben a jobb kamrára nehezedő nyomástöbblet ilyen módon befolyásolja a görbe képét. De gondolnunk kell arra is, hogy ez a jelenség a kamraizomzat hypoxaemiájának a jele, ami a préselés következtében a megváltozott keringési viszonyok miatt könnyen elképzelhető. Akárhogyan áll is a dolog, annyi kétségtelen, hogy a sportolók sportbeli tevékenysége, bár úszáskor az intrapulmonalis nyomás kisebb-nagyobb emelkedésével számolnunk kell, elsőrendű volt, amit egészen kivételes eredményeik is mutatnak. Ha azonban a sportteljesítmény fokára e reakcióból következtetés nem is vonható, mindenesetre a préselés hatására vonatkozóan értékes adatokkal szolhat. Mert olyan sportágakban, ahol a tüdőbeli nyomás hosszantartó és erősebb fokozódásával kell számolnunk, mint pl. birkózáskor, elképzelhető, hogy az ilyen S—T depressióval reagáló sportolón akár a jobb szív túlságos megterhelése, akár a szív oxygenellátásának csökkenése folytán gyakori és hosszantartó sportmunka hatására idővel maradandó elváltozások jöhetnek létre. Ezért a vizsgálat a megelőzés szempontjából jelentős.



5. ábra.

Továbbiakban fókuszálnunk kell azokkal az ekg-s képekkel, ahol megterhelésként valamely munka szerepel. E kérdéssel számos szerző foglalkozott. Ezekben a vizsgálatokban különböző munkával végezték a megterhelést, így a vizsgáló asztalon történt többszöri felülés, guggolás, lépcsőjárás és sportmunka, pl. 2500 méter futás után végezték el az ekg-s felvételt. Sajnos ezekben az észlelésekben sok ellentmondás van. Számos esetben végeztem el munka-megterhelés után az ekg-s felvételt és eredményeimről az alábbiakban számolok be.

Megterhelésként legtöbbször a vizsgáló asztalon végzett tíz felülést, tizenöt guggolást, vagy kétemeletnyi lépcsőjárást használtam. A felülés előnye a guggolás- és lépcsőjárással szemben, hogy a készülék a munka abbahagyása után csaknem közvetlenül bekapcsolható. Vizsgálataim során a munka abbahagyása után közvetlenül a II. elvezetésben elkészítettem az első felvételt és azt 1 és 2 perc múlva megismételtem fekvő helyzetben. Tekintettel arra, hogy az eredmények e három megterhelésben nagyjában azonosak, egy csoportban tárgyalom őket. 104 különböző sportmunkát végző sportolónak dolgoztam fel megterhelési ekg-adatait.

Az ekg-felvétel egyes részeinek időbeli viselkedése a következő volt. Az átvezetési idő az eseteknek csaknem felében megterhelés után megrövidült, két esetben pedig 0.02 másodperccel meghosszabbodott. Az egyik ifjúsági sportoló volt, aki a vizsgálat előtt három évvel myokarditisben, a másik pedig egy 33 éves már nem aktiv, de még két éve válogatott versenyző volt, aki közepes súlyos diabetesben szenvedett. Schellong a szív

functiók próbájának a QRS-complexum idejének mérését ajánlja. A QRS-complexum idejének viselkedéséről, mert az csak nagy papirsebesség mellett lehet pontos, nem számolhatok be. Néhány esetben azonban a QRS-complexum megrövidülése kétségtelen volt.

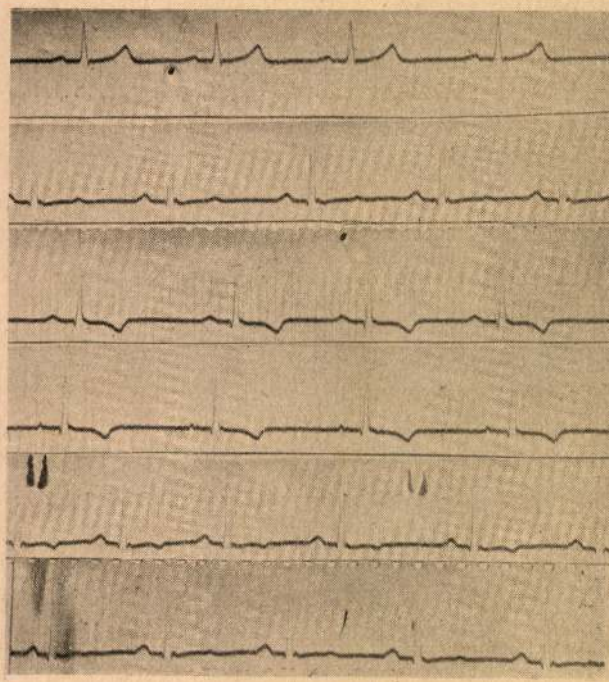
Megterhelési vizsgálataimban gyakran láttam az S—T<sub>2</sub> depressióját, ami akár csak Schwignel esetében nemcsak közvetlenül a munka után, hanem akkor is látható, amikor a pulsus már megnyugodott, viszont a vérnyomás még magasabb. A negyedik ábra negyedik sora közvetlen megterhelés után, az ötödik sor pedig egy perccel később és a második elvezetésben készült felvételt. Ezekben a képen is látható ST-depressióban az S—T szakasz az isoelektromos vonal alatt indul, vízszintesen csak keveset, vagy egyáltalán nem halad és egy felfelé concav ívben éri el a T-hullámot. Az említett 104 megterhelési próbában az S—T depressio alakulása munka után a következő volt:

S—T <sub>2</sub> depressio . . . . .	44 eset	(42.3%)
Ebből kifejezett . . . . .	20 „	(19.2 „)
„ kisfokú . . . . .	24 „	(23.1 „)

Az S—T depressio fellépésének ilyen gyakorisága és ilyen formája megterhelés után nem jelenthet kóros jelenséget és egyetértünk Schwiegellel, aki ezt a jelenséget az ütőtérfogát megnövekedésével magyarázza.

Megterhelési vizsgálataimban az U-hullám gyakorisága a következő volt.

Nyugalomban . . . . .	U hullám	12 eset	(11.5%)
Megterhelésre . . . . .	„ „	58 „	(55.7 „)
Ebből kifejezett . . . . .	„ „	25 „	(24.0 „)
„ kisfokú . . . . .	„ „	33 „	(31.7 „)



6. ábra.

Érdekes, hogy megterhelés után az S—T<sub>2</sub>-depressio és az U-hullám 35 esetben (33.6%) együttesen fordult elő és úgy látszik, hogy az U-hullám jelentkezése valamiképpen a megnövekedett ütőtérfogattal van összefüggésben.

Az R-, a T- és P-hullámok viselkedése változó volt és ezideig nem tudtam bennük határozott törvényszerűséget felismerni. A hullámok magasságának megítélésében az egyéb okokon kívül nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy munka után a légzés is rendszerint mélyebb



és ilyenkor a szív elektromos tengelyén is eltolódások jöhetnek létre, ami a szív adott helyzete és alakja szerint más- és más lehet. Az elektromos tengelyen létrejövő változás pedig minden más körülménytől mentesen is az egyes hullámok nagyságának megváltozását okozhatja. A T-hullám megterhelés után igen gyakran alacsonyabb, de néhány esetben magasabb lett. Azonban a T<sub>2</sub> negatívvá válását már komolyabb jelenségnek kell tartanunk.

A 6. ábra egy jeles tennisversenyzőnk ekg-s képét mutatja. Az 5. sor közvetlen tíz felülés, a 6. pedig két perccel utána mutatja a II. elvezetés képét. Közvetlen megterhelés után a T<sub>2</sub> negatív, de két perc múlva ismét pozitív és az eredetihez csaknem hasonló lett. A megterhelésre jelentkező negatív T<sub>2</sub>-hullámot nyilvánvaló góc-fertőzéstől eredő szívizomártalom okozta, amit az is bizonyít, hogy fogeredetű tályogjainak eltávolítása után a megterhelés normalis lett és a T<sub>2</sub>-hullám pozitív maradt. *Reindell* egyik leutóbbi közleményében rámutat néhány ritkán előforduló esetre, ahol megterhelésre negatív T-hullámot kapott. Góc-infectió kívül megfigyelése szerint túlzott training hatására is látható megterhelés után néha negatív T-hullám. Ha tehát megterhelésre negatív T<sub>2</sub>-hullámot látunk, az minden valószínűség szerint a szívizom hypoxaemiájára valló jel és mint ilyent komoly figyelemre kell méltatnunk. Az előidézhető okot fel kell kutatnunk és túltraining esetén megfelelő pihenéssel, focalis fertőzés esetén pedig a szükséges beavatkozással igyekezzünk a rendes viszonyokat helyreállítani. A megterhelés után végzett ekg-s felvételre nem közömbös, hogy fekvő-, vagy álló helyzetben történik-e. Mert mint *Janzen* és *Perschmann* vizsgálatai is mutatták az álló helyzetben végzett felvételen a T<sub>2</sub> lelapulhat, néha negatív is lehet. A megterhelés után álló helyzetben végzett felvétel, tehát már az álló helyzet következtében is megváltozott lehet, amit nem írhatunk a megterhelés rovására.

Kétségtelen, hogy a legigazibb megterhelés, amint azt néhányan végezték, a sportmunka lenne, de ennek keresztülvitele, sajnos, kevés helyen lehetséges, mert vagy a sporttelep, vagy a megfelelő idő hiányzik hozzá.

Az elmondottak tanulságait leszűrve, a sportorvosi gyakorlatban a következő ekg-s felvételeket ajánlom: Normal I., II., III. elvezetés. Közvetlen belégzés után a III. elvezetés. Valsalva vagy Bürger alatt II. elvezetésben. Thorax elvezetés. Tíz felülés vagy két emelet lépcsőjárás után II. elvezetés.

A Pesti Izr. Hitközség kórházai C belosztályának közleménye.  
(Osztaályvezető főorvos: Lévy Lajos.)

## Új eljárás a hypophysis gonadotrop működésének ingerlésére.\*

(Műmelléklettel).

Irta: Julesz Miklós dr.

A petefészek működési zavarainak kezelése nagy lépésekkel haladt előre az utóbbi években. A petefészek-kivonatok helyét az ovarium saját hormonjai: az oestrin és a progestin foglalták el. A kutatók egyöntetű véleménye szerint azonban a tüszőhormon és a sárgatesthormon nem ingerlője a petefészek működésének, sőt a velük huzamos ideig, vagy nagy adagokkal történő kezelés gátolja az ovarialis működést. Ez különben

minden substitúciós therápia hátránya, ha nem veszélye. Annak a fontos ténynek a felfedezése, hogy a hypophysis mellső lebenye a gonadok működéséhez elengedhetetlenül szükséges hormont termel, *Zondek* és *Aschheim*, valamint *Smith* és *Engle* nevéhez fűződik. A mellső lebeny gonadotrop hormonja révén az összes ivari functiók központi kormányzó, ellenőrző szerve. A gonadotrop hormon egyik fractiója a prolan A nőben a folliculusok érlelését, férfiben a spermiogenezist indítja meg, illetve siettet, míg a prolan B az ivarmirigyek kötőszövetes elemeinek ingerlője.

*Zondek* nagy érdeme abban áll, hogy a kóros ivari működés kezelését egy fokkal magasabbra emelte és az ovarialis substitutio mellé therapiás fegyvertársként odaállította az ovarialis stimulatiót.

Egyet nem szabad azonban szemünk elől tévesztetni. Az oestrogen anyagokkal történő kezelés substitutio a petefészek szempontjából. A gonadotrop hormonkezelés stimulatiót jelent ugyan az ovarium szempontjából, de csakis az ovariuméból, mert a hypophysis mellső lebenyét illetően ez is substitúciónak számít a substitúciós therápia minden hátrányával.

Egy fokkal ismét magasabb kezelést jelentene tehát egy olyan eljárás, mely a nemi mirigyek működésébe a hypophysis mellsőlebeny gonadotrop functiójának stimulálása útján nyúl bele.

Ilyen mellsőlebeny-ingerlő eljárás elérését tűztem ki célul, amikor 1937 októberében kísérleteimet megkezdtem.

Kiindulási pontul egy érdekes irodalmi adat szolgál. *Barborka* „Treatment by Diet” című könyvében megemlíti, hogy ketogen diétán tartott nők 30%-a elveszti menstruatióját. Ő ezt B-vitaminhiányra vezetvén vissza a ketogen diéta mellett sörélesztőt adott betegeknek és amióta ezt teszi, sohasem maradt el menstruatiójuk.

Az a körülmény, hogy egy tünet valamely szeradására eltűnik, még korántsem jelenti azt, hogy a tünet és a szer között oki összefüggés áll fenn. Arra gondoltam, hogy a ketogen diéta és az amenorrhoea között hormonalis és nem vitaminos az összefüggés.

Támpontot adnak erre *Burn* és *Ling*, valamint *Hoffmann* és *Anselmino* kísérletei, kik a hypophysis mellső lebenyéből olyan fractiót izoláltak, mely a vér ketontesttartalmát emeli. Ezt zsírsanyagcserehormonnak vagy ketogen-hormonnak nevezik. Feltehető tehát, hogy bármily eredetű ketosis létrehozásában a hypophysis mellső lebenyének szerepe van és a ketogen diéta hatására fokozott mértékben választ el ketogen hormont. Kérdés azonban, hogy csak ennek az egy functiónak serkentője-e? Erre a kérdésre adnak választ a következő kísérletek.

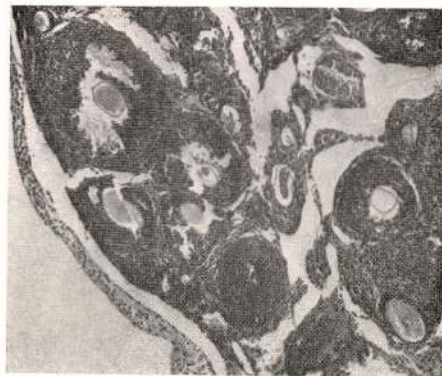
Azt vizsgáltam, hogy ketogen diétán tartott egyének vizelete hogyan hat ivaréretlen fehér egerek ovariumára és uterusára. Tehát tulajdonképpen a vizeleteket gonadotrop hormon-tartalmukra vizsgáltam. Olyan betegeken végeztem a kísérleteket, kik nem szenvedtek semmiféle tápcsatornabetegségben, másfelől pedig rajtuk endokrin zavarnak tünete nem volt kimutatható. A kísérleti egyének legnagyobb része idült izületi gyulladásban, vagy asthmában szenvedett. A ketogen diétán tartott betegek vizeletével *Aschheim-Zondek* technikájával oltottam infantilis fehér egereket, tehát e kísérletek 333 egéregység gonadotrop hormonra voltak beállítva. Az állatkísérleteket a kórház központi laboratóriumában végeztem. Volt egy olyan kísérletem, melyben hatszor 0.6 ccm vizeletet kapott az állat, ami pozitív reactio esetén 277 egéregységnek felel meg. Két esetet kitértettem 833, illetve 1666 egységre is.

\* ) A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1939. évi „Widder Ignác jutalomdíj”-ával kitüntetett dolgozat.





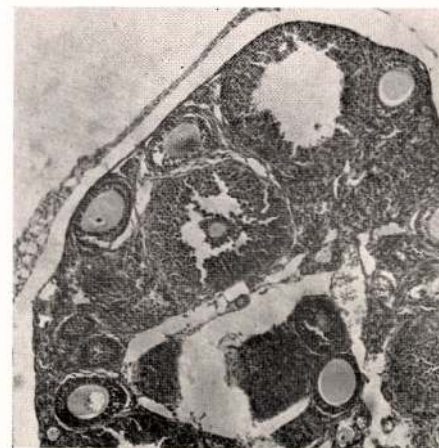
1. ábra.



2. ábra.



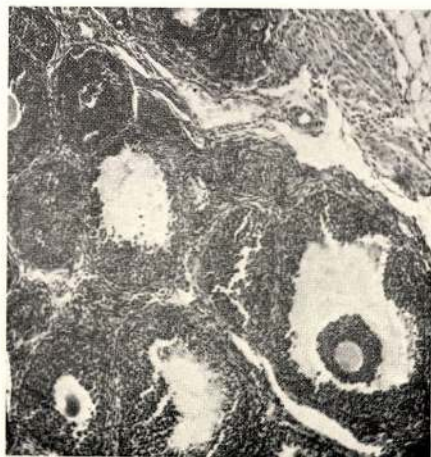
3. ábra.



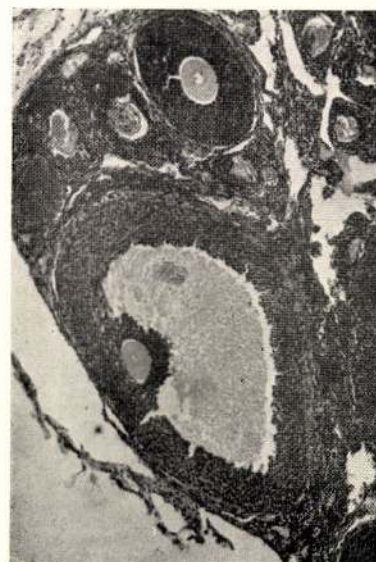
4. ábra.



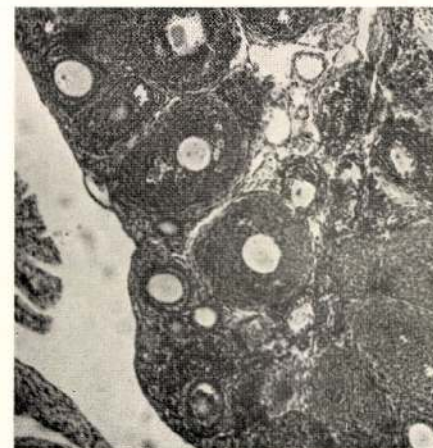
5. ábra



6. ábra



7. ábra.



8. ábra.







Néhány kísérleti jegyzőkönyvet vázlatosan ismertetek:

1. 29 éves ischiásos asszony. Nemi funkciói normalisak. Ketogen diatára fogtam. 6. napon jelent meg az acetone vizeletében. Ekkor kezdtem az állatok oltását. 72 óra múlva a ketogen diatán tartott nő vizeletével oltott állatok mind egyikén erősen duzzadt, vérbő ovariumokat és erősen megvastagodott, oedemás méhszarvakat találtam, vérpontot nem láttam. E lelet a mellsőlebens-reactio első szakának felel meg. A controllok negatív eredményt adtak.

2. 23 éves nő. Polyarthritiséből lábadozott. A ketogen diatára 4. napján nyomokban mutatkozott acetone. 7. naptól ++++. 10.-en kezdtem az oltást. Boncolási lelet: ovariumok, méhszarvak erősen duzzadtak, vérbőek. Kórszövet-tani lelet: a tüszők megnagyobbodtak, érőben vannak, 1—1 Graaf-féle folliculus. Az uterusban a járatok tágabbak, mélyebbek. Tehát a mikroskopi lelet is igazolta a teljes tüszőérést. Ettől kezdve — kettő kivételével — mindegyik kísérletet feldolgoztuk kórszövet-taniilag is. A kórszövet-tani vizsgálatok végzéséért, valamint a mikrophotogramok elkészítéséért ezúton mondok hálás köszönetet Kovács Endre dr. prosector főorvos úrnak.

3. 21 éves asthmás nő. Hat napig volt diatán. Már a 3. napon erősen pozitív acetone reactio. A makroszkopos lelet a normalisnál kissé vastagabb, vérbőebb uterusokat mutatott. Kórszövet-tani képen megnagyobbodott folliculusok. Az egyik tüszőben a granulosa sejtekben már degeneratio látszott és a peteüreig kialakult. Az uterus üre tágult, egy-egy mélyebb járat.

4. 48 éves nő. Deformáló arthritis. Utolsó menses két hónapja. E beteg 11 napig volt diatán, azonban ketosist nem sikerült elérnem. A kísérletet 333 egységen kívül 833., valamint 1666 egységre is beállítottam. Az első kettőben pamutvastag, oedemás, folyadékkal kitöltött méhszarvakat és kendermagnyi, vérbő ovariumokat találtam. Az utóbbiban a makroszkopos lelet negatív volt. A kórszövet-tani vizsgálat az első két kísérletben igen sok Graaf-féle tüszőt, az uterusban erős hámproliferatiót mutatott. Az utolsóban, amelyben az állatok mindössze hatszor 0.1 ccm-t kaptak, igen sok magoszlás, megnagyobbodott tüszők és peterés képződés volt észlelhető, de érett tüszőt nem találtam. Tehát a kísérleti egyén vizelete 833 egységénél több, 1666-nál viszont kevesebb prolan A-t tartalmazott. 14 esetem közül egyébként ez az egyetlen, ahol a kísérletet climaxban lévő nőn végeztem.

5. 34 éves férfi, lábadozó polyarthritises. 10 nap alatt nem tudtam rajta ketosist előidézni. Az ekkori oltásokból származó bonctani lelet: kissé duzzadt, vérbő ovariumok. Uterus változatlan. Mikroszkop alatt az ovariumokban néhány vérbő ér, minimalisan megnagyobbodott tüszők. Még nyolc napig folytattam a diatát, azonban csak egy ízben volt a vizeletben gyengén pozitív reactio. Az ekkori lelet már lényegesen eltért az előzőtől, amennyiben górcső alatt kissé tág uterusür, egy-egy nagyobb tüsző- és kezdetleges peterés képződés volt észlelhető. De teljes folliculusérést most sem találtam.

6. 56 éves asthmás férfi. A diatára 8. napján acetone mutatható ki vizeletében. A 11. napon acetone ++++, acetecet-sav pozitív. Hatszor 0.6 ccm vizelettel oltott állatokon a következő volt a bonctani kép: nagy, oedemás, áttünő, pamutvastag uterusok, kendermagnyi vérbő ovariumok. Mikroskopi kép: tágult uterus, mély járatok, megvastagodott méhfal, sűrű hámbélés. A petefészkekben nagy, tág Graaf-tüszők. E vizelet tehát legalább 277 egység prolan A-t tartalmaz 333 egységre beállítva a kísérletet csak peterés képződést látam, 833 egységre beállítva negatív leletet kaptam.

7. 28 éves asthmás nő. Diatára előtt is oltottam vizeletével állatokat. A boncolási lelet makroszkoposan negatív volt. A mikroskopi képen több helyen látható peterés képződés. Graaf-tüsző azonban nincsen, (2. kép.) A beteget ezután ketogen diatára fogtam; két nap múlva acetone +, négy nap múlva ++++. Ekkor oltottam. Boncolási lelet: erősen megnagyobbodott, vérbő uterusok és ovariumok. Az uterusok folyadékkal kitöltöttek. Kórszövet-tani kép: uterusban mélyebb járatok, mérsékelt proliferatio; az uterusában vacuolisált sejtek. Az ovariumban Graaf-féle tüszők (3. mikrophotogramm). A diatát elhagytuk. 2 nap múlva oltottam. A vizeletben acetone még mindig gyengén pozitív volt. A boncolásakor nagyobb, vérbőebb uterusokat találtam. Mikroskopi kép: kezdő üregképződések, megnagyobbodott tüszők, Graaf-tüsző nincsen (4. mikrophotogramm). A diatára

elhagyása után 12 nappal végzett kísérlet teljesen negatív makroszkopos és mikroszkopos leletet adott (5. mikrophotogramm.)

8. 29 éves asthmás asszonyt 8 napig tartottam diatán. Positív acetone-reactio mellett oltottam. Már makroszkoposan erősen pozitív reactiót láttam. A kórszövet-tani képen 2 Graaf-féle tüsző látszott. (6. mikrophotogramm.)

A kísérletek eredményét a következőkben foglalhatom össze: ketogen diatára vettem összesen 14 beteget. Ezek közül 10 nő, 4 férfi volt. A nők életkora a következőképpen alakult: egy volt 20 év alatt, hat 20 és 30 év között, egy 30 és 40 év között és kettő 40 és 50 év között. Egy kivételével valamennyi nő rendszeresen menstruált és sexualis hypofunctióra nem merült fel gyanu. Egy nő menses két hónapja maradt el. A férfiak életkora 28 és 56 év között, mind normalis nemi funkciókkal.

Teljes folliculusérést kaptunk 5 olyan nő vizeletével, akik climaxon innen vannak, tehát az esetek felében. Az egyetlen climaxos nővel végzett kísérlet is teljes folliculusérést adott. Hasonló az eredmény a férfiakon is: 4 közül kettővel kaptuk meg a teljes folliculusérést. Kifejezetten izgalmi állapotot, peterés képződést találtam egy nő és egy férfi vizeletével oltott állatokon. Gyenge, de szövet-tanilag megállapítható reactio volt két nő esetében. Teljesen negatív eredményt adott egy nő és egy férfi.

Nézzük most az eredményt a ketosis szempontjából! 7 nőn tudtam ketosist elérni, közülük teljes peteérést találtam 5 esetben. A másik két ketosisos esetben csak kezdetleges peteérést találtam. A ketosisos esetekben tehát sohasem volt teljesen negatív a reactio. Acetonuriát csak egy férfin tudtam elérni. Ebből a kísérletből teljes folliculusérést kaptam. Hogy állunk most azokkal a kísérletekkel, melyekben ketosist elérni nem sikerült? A 3 nő közül csak az egyik vizeletével oltott egér ovariumában találtam Graaf-féle tüszőket és ez az egy éppen a climaxos nőé. A másik kettő közül 1-ben gyenge és 1-ben negatív volt az ovarialis lelet. A 3 negatív acetone-uria férfi közül az egyikben teljes tüszőérést, másikban előrehaladó peterés képződést és a harmadikban negatív ovarialis leletet találtam. Megjegyzem még, hogy az utóbbi esetben szövet-tani vizsgálat nem történt.

Még egy szempontból csoportosítom az eredményeket: a menstruatio szempontjából. 10 nő közül 9 normalisan menstruált. Ezek közül 4-en végeztem az oltást az intermenstruum első, 5-ön a második felében. Az első csoportban kettővel, a másodikban hárommal kaptam teljes tüszőérést. Tehát az eredmény függetlennek látszik a menstruális periodicitástól.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy egyetlen kísérletben sem találtam vérpontokat, sem corpus luteumot.

Mielőtt eredményeimet fejtegetésébe kezdenék, összefoglalom egészen röviden mindazt, amit a hypophysis mellső lebeny gonadotrop hormonjának, nevezetesen a folliculusérlelő hormonnak elválasztásáról ezideig tudunk. A női vizelet normalis körülmények között is tartalmaz prolan A-t, melynek mennyisége periodikusan változik a menstruális cyclus alatt. Legkevesebb a postmenstruumban: 8 patkányegység és maximumát a praegravid stadiumban éri el: 29 patkányegység. A napi prolan A kiürítés átlaga a menstruális cyclus alatt 25 patkányegység. Hamburger szerint 1 patkányegység körülbelül 2 egységnek felel meg.

Mikor fokozott a vizelet prolan A kiválasztása? Edigi tudásunk szerint 2 esetben. A nemi működés csökkenésekor és tumorokban. Nőkön műtéti castratio után az esetek 87%-ában fokozott a prolan A kiválasztása és



pedig Zondek vizsgálatai szerint 111 egéregység. A castrálás férfiakon is hasonló eredménnyel jár.

A climaxban is fokozott a prolan A kiürítés és egészen a legkésőbbi öregkorig tarthat. *Österreich* 80—330 egéregységet talált literenként öreg nők reggeli vizeletében, míg *Saethre* 660 egéregységet. Öreg férfiak vizeletében nincs prolanszaporodás megfelelően annak, hogy a nőihez hasonló férficlimax sincsen.

Fokozott még a prolan-kiürítés éspedig főleg a prolan A-é genitális tumoros betegeken.

Az előbbieken 7 esetet ismertettem, amelyekben a vizelet prolan A tartalma tetemesen megszorodott. E betegek között volt ischiásos, polyarthritises, asthmás. Nem valószínű, hogy a prolan A kiürítés megszorodása e betegségekkel volna összefüggésben. De valamennyi esetben van egy közös componens, a ketogen diaeta. 14 beteget fogtam ketogen diatára és ezek közül 7-nek vizeletével oltott egér ovariuma mutatott teljes tüszőérést, holott ivarérett egyénben ilyen egyébként sohasem tapasztaltak. A 7. eset pedig világosan mutatja, hogy diaeta előtt nincsen folliculusérés, ketosisban van, utána ismét nem találunk Graaf-féle tüszőt. Ugyane kísérletet még két másik esetben megkíséréltem hasonló eredménnyel. Tehát a ketogen diaeta és a prolan A szaporodás között oki összefüggés áll fenn.

Kísérleteim között egy climaxban lévő nő is szerepelt. Ez a 8. pozitív eset. A climaxos prolan-szaporodás legmagasabb értékét *Saethre* találta 660 egéregységben. Az én ketogen diatán tartott climaxos betegem prolan A kiürítése több volt, mint 833 egéregység. Úgy vélem, hogy ezek szerint ezt az esetemet is a pozitívok közé sorolhatom.

Kísérleteim alapján tehát a prolan A kiválasztás fokozódására vonatkozó ismereteink kiegészítésre, részben revizióra szorulnak. Kiegészítésre, amennyiben ketogen diatán tartott egyének vizeletének prolan A tartalma is megszorodott, revizióra pedig, amennyiben azok a diagnostikus következtetések, amelyeket *Zondek* és mások a prolan A kiürítés fokozódásából levontak, nem állják meg a helyüket a maguk merevségében. Joggal lehet véleményemmel szemben ellenvetésül felhozni, hogy mindezek ellenére a diagnostikus megállapítások továbbra is fennállanak, mert azok érvényességén mit sem változtat az a körülmény, hogy ketogen diatára is fokozódik a prolan A kiürítés. Mint differentialdiagnostikus lehetőség a ketogen diaeta számításba alig jöhet. Kérdés azonban, hogy csak a ketogen diaeta feltételezte ketosis fokozza-e a prolan-elválasztást?

E kérdésre feleletet ad a következő két eset:

65 éves diabetikus férfi. Az osztályra felvétele előtt hetek óta acetonuriája volt. Vizeletével oltott infantilis egér-ovariumban 1 Graaf-tüszőt találtam. (7. mikrophotogramm.) A beteg acetonuriája 3 napi diatára, majd egy napig adott 3x10 egység insulinra eltűnt. Ekkor oltottam. Az állat ovariumán petecérésnek nyoma sem mutatkozott (8. mikrophotogramm.)

31 éves cukorbeteg nőt is végeztem vizsgálatot. A beteg kb. két hétig volt acetonuriás. A vizeletével oltott egerek ovariumaiban erősen lévő folliculusokat találtam Graaf-tüszőt azonban nem. A beteg még egy hétig volt acetonuriás. Az ekkor oltott állatban már találtam Graaf-féle tüszőt.

Elismerem, hogy 2 esetből még nem vonható le határozott következtetés. Annyit azonban mondhatok, hogy diabetikus ketosisban legalább 333 egéregység prolan A-t ürített 2 betegem.

Egy inanitiós acetonuriás beteg vizeletével oltott egér ovariumában is megtaláltam a teljes folliculus-érést.

Talán arra is gondolhatnánk, hogy a vizelet acetontartalma váltja ki a tüszőérést. Erről azonban nem lehet szó, mert az aetherrel történt kirázáskor az acetontűnik a vizeletből. Az oltásra került vizeletekben acetetsav nem volt kimutatható.

Vizsgálataim alapján nagy valószínűséggel állíthatom, hogy a ketosis a hypophysis mellső lebenyét fokozott prolan A-elválasztásra serkenti. A climaxos prolan-szaporodásra két theoria van: 1. az „Erfolgsorgan”, az ovarium működésképtelenné válván a gonadotrop hormont nincs, ami megkösse és így az változatlanul ürül ki a vizelettel; 2. Az ovariumok normalisan gátló hatást gyakorolnak a mellső lebenyre; a climaxban a gátló hatás elesvén, a mellső lebeny fokozott mértékben választ el prolant. E theoriák egyikét sem alkalmazhatjuk a ketosisos prolan-szaporodásra. Az ovariumok itt épek, működésük csökkenésére, vagy időleges felfüggesztésére támpont nincsen. Valószínűbbnek kell tartanunk, hogy a ketosis a prolan-képzés direct ingere.

Kérdés már most, hogy mi módon ingerli a ketosis a hypophysis mellső lebenyét fokozott prolan-elválasztásra. Az utóbbi évek során a mellső lebenyből izolált hormonok száma 12-re emelkedett. Ha meggondoljuk, hogy a mellső lebenyben mindössze 3 sejtféleség van, akkor vagy azt tételezhetjük fel, hogy egy sejtféleség kénytelen több hormont készíteni, vagy pedig arra kell gondolnunk, hogy nincs annyi mellsőlebeny hormon, mint amennyit a kutatók feltételeznek. Ha egy sejtféleség többféle hormont gyárt, akkor nagyon valószínű, hogy az egyik hormonproductiót ingerelve a másik funkciót is ingereljük. De meg a különböző sejtféleségek nincsenek egymástól izolálva a mellsőlebenyben, hanem diffuse összekeveredve találhatók a mikroszkopi képen. Tehát nagy a valószínűsége annak, hogy a mellsőlebenyre ható bármely inger az egész mellső lebenyre hatást fog gyakorolni.

Nyújt-e erre a theoriára támpontot a klinikum? Gondoljunk csak a climaxra! Az ovariumműködés kiesése a mellsőlebeny gonadotrop funkcióját ingerli; eredmény: fokozott prolanelválasztás. De csak azt ingerli-e? Climaxban aránylag gyakoriak a hyperthyreosisos tünetek, exophthalmus, tachykardia; tehát a thyreotrop functio is fokozott. Ezek a betegek nem Basedowosok, amit az is mutat, hogy gyakran kövérek. Az állon megjelenő durva szőrzet minden valószínűséggel arra mutat, hogy a corticotrop functio is fokozott. A Cushing-kórban is corticotrop hyperfunctio mellett a parathyreotrop functio, az erythropoetikus functio is izgalmi állapotot mutat. Egy régebbi dolgozatomban mutattam rá, hogy a mellékvesekéreg-kiesés nemcsak a corticotrop, hanem a gonadotrop functiót is ingerli. Külön kiemelném a terhességet, mint a legerősebb mellsőlebeny-ingert. A terhesség alatt nemcsak a gonadotrop functio fokozott, hanem a növekedési-hormon productio is; innen a gravid nő arcának akromegaloid elváltozása. Emellett a vér zsír- és ketontesttartalma is növekedett, sőt épen ez utóbbival hozzák egyeseke összefüggésbe a terhességi nauseaákat.

E pár példa talán elegendő annak bizonyítására, hogy a hypophysis mellsőlebeny egyes functiói nem szoktak izoláltan megváltozni. A ketogen diaeta minden bizonnyal erős ingere a ketogen hormon-productiónak. Azonban egyúttal aspecificusan a gonadotrop hormon-functiót is igen erősen ingerli.

Milyen practicus következtetések vonhatók le a kísérleteimből?

A ketogen diaeta jelenleg az egyedüli eljárás (a röntgent nem tekintve), mellyel a hypophysis mellső



lebenyét, nevezetesen a gonadotrop funkciót active ingerelni tudjuk. Tekintettel arra, hogy hatására a prolan A szaporodik meg, theoretikusan indicált olyan esetekben, ahol a gametokinetikus funkciót fokozni akarjuk. Érdeemes volna tehát kipróbálni azoospermia bizonyos eseteiben és általában mellsőlebenshypofunctio esetén, pl. hypophysaer törpeségben, kezdődő Simmonds-kórban.

Elképzelhető a ketogen diaeta diagnostikus felhasználása is olyan értelemben, hogy ha hatására erős prolan A szaporodás észlelhető, akkor bizonyos valószínűséggel kizárhatjuk a mellsőlebens nagyobb fokú diffus destructióját. Ha pedig egy kezdődő Simmonds-kórban ketogen diaeta hatására kapott teljes folliculusérés a betegség késői folyamán nem reproducálható többé, rossz prognosist jelent.

Tekintettel arra, hogy a mellső lebenyből előállított prolan A készítmények igen drágák, nagy előnyt jelentene, ha a vizeletből nagyobb mennyiségben léhctne prolan A-t előállítani. A vegyi gyárakra tartozik annak megítélése, hogy érdemesnek tartják-e ezen problémával foglalkozni.

Ezekután megkísérlem, hogy választ adjak arra a kérdésre: miért veszítik el a nők a ketogen diaeta tatarata alatt menstruációjukat. Ketogen diatára csak a prolan A szaporodik meg és így állandóan túlsúlyban van a prolan B-vel szemben. Ennek minden valószínűség szerint az lesz a következménye, hogy a méhnyálkahártya csak a proliferációs szakig tud eljutni és így vérzés nem következhet be.

**A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának (igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár) és gyógyszerészeti intézetének (igazgató: Dávid Lajos rk. tanár) közleménye.**

## A vizelet jódszáma

Irtta: Purjesz Béla dr. és Dávid Lajos dr.

A vizelet vizsgálata sok mindenre ad felvilágosítást. Igy a fehérje-, nuclein-, szénhydrat- és ásványi anyagforgalom zavaraira, az egyes szervek betegségeire. A zsírokra és lipidokra vonatkozólag azonban nagyon kevés adatunk van.

Egészségesek és különféle betegek vizeletében meghatároztuk az összes zsír, lipidok, cholesterin, phosphatidák mennyiségét s a jódszámot. Ez alkalommal a jódszám meghatározások eredményeiről számolunk be.

A vizeletben a jódszámmeghatározásokat az eredeti Winkler-féle eljárással hajtottuk végre a frissen ürített reggeli vizelet 10 ccm-ében. A vizsgálatokat vízfürdőn 20 C°-ra beállított vizelettel végeztük.

A hibák kiküszöbölésére vagy csökkentésére megkíséreltük fajsúly, szín, stb. tekintetében a vizeleteket egy nevezőre hozni. A vizsgálatok azt mutatták, hogy általában a vizelet jódszáma a vizelet fajsúlyának. pH koncentrációjának nincsen jelentős befolyása. A vizelet színe sem befolyásolja az adatokat. Az állati szénrel szintelenített vizeletek jódszáma a nem szintelenített felére csökkent.

Körülbelül 400 egészséges és beteg ember vizeletében határoztuk meg egyszer v. többször a jódszámot. Avizsgálatokat lehetőleg gyógyszer szedéstől mentes körülmények között igyekeztünk végrehajtani.

\*) E dolgozat a szegedi Természettud. Kutató Bizottság támogatásával készült.

18 egészséges egyén vizeletében állapítottuk meg a jódszámot egyszer v. többször.

Kor	Nem	Jódszám	Kor	Nem	Jódszám
21	f.	0.7742	38	f.	0.7620
31	f.	0.5544	38	n.	0.1016
47	n.	0.5155	23	n.	0.3780
32	f.	0.4826	30	f.	0.4153
26	n.	0.4826	45	f.	0.5796
49	f.	0.4572	35	n.	0.2413
16	n.	0.7686	22	f.	0.6350
25	n.	0.5504	59	f.	0.2159
49	n.	0.4699	15	f.	0.4826

Ez adatok szerint az egészségesek vizeletének jódszáma a megvizsgált esetekben 0.1016—0.7742 között mozog.

Ezután azt néztük, van-e a táplálék zsirtartalmának van-e befolyása az egészséges ember vizeletének jódszáma.

Máj	Fajsúly	pH	Jódszám
8	1018	5.8	0.4318
9	1020	5.8	0.9144
10	1016	6.4	0.5588
11	1019	6.4	0.5969
12	1017	5.3	0.7620
13	1017	6.2	0.4445
14	1013	6.2	0.4945
15	1015	6.2	0.3810
16	1017	6.2	0.5207
17	1016	5.8	0.6858
18	1016	5.8	0.5969
19	1009	5.8	0.2921
20	1020	5.8	0.6477
21	1017	6.4	0.4572
22	1027	6.2	0.6350
23	1019	6.2	0.4445

} 2 × 10 dg szalonna

Dolgozó egészséges ember jódszámaiban zsírmegterhelésre lényeges eltolódás nem mutatkozott.

A különféle betegek jódszámát mind nem tüntethetjük fel s ezért csupán néhány adatot sorolunk fel. A gyomor- és nyombélfekélyesek adatai a következők:

Kor	Nem	Jódszám	
41	n.	0.3402	
69	f.	0.4032	
61	f.	0.3906	
53	f.	0.3150	
27	f.	0.7747	
18	n.	0.8128	
29	f.	0.5418	melaena
62	n.	0.4158	melaena vvt. súly. 1 ó. 35 mm
52	f.	0.3024	melaena vvt. súly. 1 ó. 20 ..
64	f.	0.1560	vvt. súly. 1 ó. 25 ..
60	f.	0.3150	vvt. súly. 1 ó. 12 ..
45	f.	0.3302	ulcus penetrans
39	f.	0.8382	ulcus penetrans
40	f.	0.4572	ulcus penetrans
64	n.	1.1684	bismuth-kezelés
57	f.	0.5040	sten. pylori.

A szövödmény nélküli, v. szövödménnyel járó gyomor- és nyombélfekélyesek vizeletének jódszáma a vizsgált 16 esetben — egy esettől eltekintve — 0.3024—0.8382 között mozgott.

Hat achylia gastricás egyén jódszáma 0.3674—0.7740 között ingadozott.

A gyomor és egyéb szervek rákos, daganatos betegségeire vonatkozó adatok:



Kor	Nem	Jódszám			
60	f.	1.0669	C. eos. v. s. 1 ó.	31 mm	
65	n.	1.2222	C. v. v. s. 1. ó	40 „	
60	n.	1.2446	C. v. v. s. 1. ó.	60 „	
69	f.	1.0541	C. v. v. s. 1. ó.	56 „	
71	f.	1.4605	C. v.		
48	f.	1.0206	C. p. v. s. 1. ó.	75 „	
39	f.	0.7366	Sarc. m. v. s. 1. ó.	20 „	
53	n.	2.3562	Tum. verteb.		
41	n.	1.1718	C. u. v. s. 1. ó.	80 „	
40	n.	0.9954	C. u. kezeletlen		
51	n.	0.9779	C. u. kezeletlen		
23	n.	0.5796	C. u. Rg. és Rad. th.		
51	n.	0.6008	C. u. Rg. és Rad. th.		
40	n.	0.7560	C. u. Rg. és Rad. th.		
50	n.	1.3580	Myom. ut.		
12	n.	0.8890	Tum. ov.		
44	f.	1.1466	C. v. v. s. 1. ó.	50 „	
59	n.	0.9756	C. v. v. s. 1. ó.	105 „	
52	f.	0.5080	C. v.		
60	f.	0.9271	C. v. v. s. 1. ó.	11 „	
60	n.	1.5750	C. p. v. s. 1. ó.	40 „	
58	n.	0.6096	C. p. v. s. 1. ó.	50 „	Rg. th.
61	f.	1.2954	Lymphgran.		
58	n.	1.3230	Hyper neph.	50 „	
55	n.	1.7010	C. ut. kezeletlen		
62	n.	2.1082	C. ut. kezeletlen		
47	n.	1.2319	C. ut. műtét		
60	n.	0.9072	C. ut. Rg. és Rad. th.		
46	n.	1.0332	C. ut. Rg. és Rad. th.		
53	n.	0.7560	C. ut. Rg. és Rad. th.		
50	n.	0.3175	Tum. ov.		

Kezeletlen rákos, daganatos betegeink jódszáma 0.5080—2.3562 között ingadozott. A nőgyógyászati kli- nika kezeletlen rákosainak jódszáma 0.9779—2.1082, s a röntgen és radiummal kezelték 0.5796—1.2319 volt.

A többi vizsgálat adatait a következőkben említjük meg. Gastritis chr., colitis chr. eseteiben a jódszám az egészségesekével egyezően váltakozott. Egy subacut col- itisben nagyobb volt. A cukorbeteg vizelete kisebb érté- keket mutatott, az anaemia perniciosában és secunda- riában szenvedők vizeletében is ezt találtuk. A vitiumok, főként a szövödményesek kis számot adtak. Endo- karditis lenta, asthma kardiális esetekben magas értéke- ket találtunk. A máj- és epeutak betegségeiben általá- ban alacsony, cirrhosisban, de főleg ikterus jelenlétében magas értékek. A heveny és subacut vesebajok, nephro- sklerosis, nephrolithiasis alacsony középértékeket szol- gáltattak.

Heveny betegségek: tonsillitis follic., pneumonia crouposa, bronchopneumonia és influenza eseteiben 1.0458—2.9358 jódszámokat találtunk. Pleuritis exs., pe- ritonitis tbc. esetében 0.7560—2.2352 közti értékek for- dultak elő. Tbc. pulm. vérvárással, terhességgel kap- csolatosan 0.6604—1.6328 jódszámokat mutattak. Ba- sedow-kórosok vizeletében 0.6731—1.3986 közötti jód- számokat észleltünk.

A heveny ízületi csúzosak, valamint azok az idült ízületi csúzosak, akik natr. sal.-ot szedtek, úgyszintén az ischiában, lumbagóban szenvedők vizelete nagy jód- számot mutatott. Azok az idült ízületi csúzosak, kik sa- licyl-kurában, láztherápiában nem részesültek, alacsony értékeket szolgáltattak.

Az egészségesek, a különböző gyomorbántalmak és a rákosok, salicyl-kezelésben részesülők, sokizületi csú- zosak jódszáma között significans különbség van. Ami amellet szól, hogy a vizsgálati eljárás értékesíthető adatokat szolgáltat.

#### Adataink középértéke:

egészségesek középértéke	0.4756 ± 0.18
gyomor- és nyombélfekélyesek középértéke	0.5441 ± 0.43
achilia gastr. középértéke	0.5312 ± 0.16
hyperchlorhydria középértéke	0.8083 ± 0.48
polyarth. ac. rheum. középértéke	1.8530 ± 0.38
polyarthr. chr. középértéke	1.1760 ± 0.55
rákosok, daganatosok középértéke	1.0476 ± 0.43

Ugyanez állapítható meg a nagy lázú betegek vize- letének jódszámáról.

Több esetben párhuzamosan vizsgáltuk a vvt. súly- lyedési sebességét is, s azt láttuk, hogy az 1 óra alatti süllyedés mértéke s a vizelet jódszámának nagysága kb. egyező ingadozásokat mutat.

48 esetben egyszer v. többször, kisebb-nagyobb idő- közökben megismételtük a meghatározásokat.

A jódszámokban az esetek egy részében a gyógyulás- sal, a therápiával kapcsolatosan v. az esetleges szövöd- ményektől függően eltérések mutatkoztak.

Ezekután felvethető az a kérdés, amit talán már előbb kellett volna megtenni: vajon mi köti meg a jó- dot a vizeletben? A vizeletre vonatkozólag is érvényes *Hinsberg* és *Lange* megállapítása, mely szerint: „in bio- logischen Substraten niemals nur eine Fettsäure allein vorkommt, ist die Jodzahl ein Charakteristicum für die Menge der Doppelbindungen”.

A vizelet ilyen irányú vizsgálatáról nem találunk adatokat.

A vizelettel kiválasztott zsírok, lipidok minőségére, mennyiségére csak szórványos adatokat találunk.

*Fischbach*nak egészségesek és rákosok vizeletében az illózsírsavak mennyiségére irányuló vizsgálatai ered- ménytelenek maradtak. A régebbi *Strauss*-féle eljárás a máj méregtelenítő működése megállapítására 20 g vajsavas natr. elfogyasztásával jár. A kiválasztott illó zsírsavak mennyisége rákosok, cirrhosis hepatitis, cukor- bajosok s a magas lázasok vizeletében a vajsavas natr. megterhelésre felszaporodik. *Bloch* és *Sobotka* egészsé- gesek és különféle betegek vizeletének cholesterin- tartalmát határozták meg: egészséges ember 100 l. vize- letének cholesterintartalma középértékben 30 mg vclt., a szívbetegoké 50 mg, a gümőkórosoké 20 mg, s a rá- kosoké 400 mg.

De nemcsak a cholesterin, hanem egyéb sterin szár- mazékok is lehetnek kisebb-nagyobb mennyiségben a vérben, helyesebben választódhatnak ki a vizelettel. Ezek endogen eredetűek lehetnek, mint pl. a nemi hor- monok,  $\Psi$  exogének, a kb. e csoportba tartozó gyógy- szerek. Ezekon kívül azonban még más endogen és exogen reducáló anyagok is szerepelhetnek: a glutathion, cystein, ascorbinsav, salicylsav, stb.

A vizelet jódszámának megállapításán kívül számos olyan endogen és exogen anyagnak a jódszámát is meg- határoztuk, melyek a vizelettel ép és kóros körülmények között különböző mennyiségben kerülnek kiválasztásra.

Vizsgálati adataink, melyek 100 g vegytiszta Merck v. Schuchardt készítményre vonatkoznak, a következők:

bilirubin	184.01	kryptopin hydrochl.	95.50
fel. tauri. depur.	100	hydrocotarnin	157.40
acid. desoxychloric.	62.37	laudanosisn.	183.70
acid. dehydrochloric.	—	mekonsav	55.34
taurin	—	narcein puriss.	142.20
acid. glycocholic	70.63	narcein pur. cryst.	185.50
cholesterin	69.02	thebain hydrochl.	157.80
glandubolin (20.000 E.)	3.81	papaverin hydrochl.	108.66
morph. hydrochl.	156.90	metophosan (Richter)	76.77
codein phosph.	163.30	novatropin	100.70
cotarnin hydrochl.	183.70	acid. salicyl.	483.30



A különböző endogen és exogen anyagok jódszáma a Schoenheimer—Winkler eljárásával végzett meghatározásaihoz áll közel. A vizsgált anyagok közül kettő nem kötött meg jódot.

Egyforma étrenden tartott betegeknek belsőleg s bőr alá is adtunk ezekből az anyagokból; ekkor a vizelet jódszáma az előző napokénak háromszorosa v. még magasabbra emelkedett.

#### Összefoglalás:

1. A Winkler-féle jódszámmeghatározás a vizeletben jól alkalmazható;
2. A napi táplálékkal elfogyasztott zsír a vizelet jódszáma jelentősebb befolyással nincsen;
3. Az egészségesekek, lázzal nem járó idült betegségben szenvedők vizeletének jódszáma és a rákosok, daganatosak, heveny- és idült lázas betegek vizeletének jódszáma között significans különbség van;
4. A vizelet jódszámának nagyságára az esetlegesen elfogyasztott gyógyszerek, láz, röntgen—radiumgyógymód befolyással lehet;
5. Végül megállapítottuk, hogy számos endogen anyag és gyógyszer van, mely a jódot megköti;
6. Az első három pontban foglat megállapítás alapján ez a vizsgálati eljárás talán gyakorlatilag is értékesíthető adatokat szolgáltat.

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

### Paralyticusok malariás lázának megszüntetése.

Irta: v. Simon Tibor dr. alorvos.

Osztályunkon a paralysisben szenvedő betegek malariás lázát már régóta hypertoniás cukoroldatban oldott neosalvarsánnal szüntetjük meg, természetesen indiciók esetén mi is a chinint használjuk.

Álljon itt néhány eset például:

F. G. 30 é. nő. Almatlanság, fejfájás, ingerlékenység. Pupilla-reactiók renyhék. Helyenként szótagekzenés. Enyhe értelmiségsökkenés. A testfolyadékok és klinikai tünetek lues cerebri képét adták. 5 ccm. malariás vérrel oltjuk XII. 1-én i. v. 12 nap után tejjel provocalunk. 3 napon át intermittáló láz, 16-án jelentkezik az első malariás láz, minden láz előtt 5-70-es hidegrázás. A VIII-at a nagyfokú cyanosis miatt 0.15 g neosalvarsánnal 50 ccm dextroseban megszüntettük. Pestmalariás időszakos nyugtalanság és érzéksalódások. A naponta dextroseban, majd calc-ban adott neosalvarsán után nyugtalansága oldódott, a hallucinációk elhalványodtak. Kezelése folyik.

P. K.-né 47 é. nő. Évek óta lehangolt, bizalmatlan, kötekedő. Alkata astheniás. Igen renyhe pupillareactiók. Hangulata labilis, figyelme csökkent, gondolkodása elkalandozó, intelligentiája hézagos, kritikája csökkent. Kényszerselekedetek, üldözésem téveszmék. Affectiv incontinentia, Socialis depravatio. A Wa-r. 10 és 20-as higitásban negatív a liquor +, 1938 VIII. 11-én 5 ccm mal. vér i. v. VIII. 26-án az első láz. A harmadik láztól szívtonicumok a diastoles vérnyomás esése miatt. A 7-ik és 8-ik láz előtt 40-40 ccm. dextroset kapott, mind a két láz alacsonyabb volt.

Újabb diastoles nyomásesés miatt 0.15 g neosalvarsánnal (cukorban) megszüntettük a lázat. Malária után depressio, önvádlások. Téveszmeit kevésbé hangoztatja. 4 hét után enyhén emelkedett hangulat, ennek megfelelő közérzet, hypomániás viselkedéssel. Téveszmeit nem hangoztatja, belátó. 1939. VII. 27-én javultan elmosható.

F. P.-né 45 é. nő. Leptosom alkat. Elfajulási jelek. Renyhe pupillareactiók. Élénk patellareflexek, hiányzó hasreflexek. Részleges tájékozatlanság. Hyperthymia, euphoria. Tanácstalanság. Csökkent iniciatív és determináló képesség. Hypomotilitás. Szegényes érzéksalódások. Paralogia. Meglassubodott, összefüggéstelen gondolkodás. Perseverotio. Időnkénti félelemérzések. Badar és szertelen nagysági téves-

eszmék. Csökkent emlékezés és intelligencia, ugyanilyen kritika. Vér Wa-r. —, a liquor +. Cystitisének gyógyulása és testsúlygyarapodása után natr. thyosulf. előkezelés után, maláriával inoculáljuk. X. láz. Cyanosisára, extrasystolára való tekintettel a maláriát 0.15 g neosalvarsánnal (dextroseban) megszüntetjük XII. 14-én.

XII. 28-án testileg és psychésen is javult. A salvarsán kezelése után kb. három héttel az euphorián, a meglássubodott gondolkodáson valamint az emlékezetbeli gyengeségen kívül lényegesebb kórosat nem látunk.

A salvarsant hidegrázás alatt vagy ha ez nincs, a láz emelkedésekor adjuk. Ez a láz még gyakran eléri az előző lázak magasságát. Több láz nem szokott jelentkezni, legfeljebb néhány tizedfokos hőemelkedés, ami igen ritkán éri el az egy fokot, de ez is inkább csak akkor észlelhető ha a beteg nem a megfelelő időben kapta a salvarsánt.

Mivel indokolható, hogy a chininnel szemben a dextrose-salvarsant részesítjük előnyben?

A chinint befecskendezés formájában csak akkor adjuk, ha ez határozottan előnyös. Izomba fecskendezése fájdalmas, gyakoriak utána a beszűrődések, és ha valami belőle a kötőszövetbe kerül, nemcsak tályogok, de elhalások sem ritkák. Ugyanez az eset paravenásan adva is. Érbe adva, különösen ha kissé gyors a befecskendezés, ami elmebetegesen sokszor elkerülhetetlen, kellemetlen melléktüneteket — fejfájást, szédülést, szívdobogást, esetleg collapsust — okozhat. Sok embernél már aránylag kis adag is bőrvizketést, égést, csalánkiütés-szerű kiütést, vizenyős beszűrődést hólyagokat, dermatitist — esetleg 39° feletti lázat okoz, ami a malária által megviselt szervezetre ugyancsak nem közömbös, eltekintve attól, hogy súlyos salvarsán dermatitis útját készítheti elő.

Chininadagolás után — sok esetben már 5—10 cgr. után is — fejfájást, szédülést, fülzúgást, rosszulletet, máskor náthát, belővelt torokképleteket. Kötőhártyát észlelhetünk s ennek lezajlása néha órákig, máskor napokig tart. Gyakran minden túlérzékenység nélkül is 0.5—1.0 g chinin után fülzúgás, múló sükettség, fénypontok látása, remegés, szívdobogás, gyomorfájdalom, hányinger, aluszékonyság sőt öntudatzavarra emlékeztető állapot is észlelhető. Ezenfelüli adagok után ájulásszerű állapot, hasmenés, szívgyengeség, collapsus is előfordul. Ha a túlérzékenységet nem ismerjük fel vagy hosszú ideig, illetve túl nagy adagokat adunk, súlyos mérgezési tünetek állanak be, mint pl. a chininvakság, ami paralyticusoknál — tekintettel az esetleges szemfenéki elváltozásokra —, súlyosabban itélendő meg. A chininvakság után nem egyszer színvakság vagy körkörös látótérszűküllet marad vissza. A szívre vonatkozólag a chinin a nikotinmérgezéshez hasonló tüneteket is okozhat, szabálytalan szív működéssel, ami annál súlyosabb complicatio jelen esetekben, mivel az utóbbi évtizedekben mind több érrendszerbeli elváltozást okoz a lues.

Hosszabb chininadagolás után bőr és nyelkahártyavérzések jelentkezhetnek és többször a havi vérzést is rendtelenné teszi a chinin. Súlyos szövödmény maláriásokon chininadagolás után a hirtelen fellépő nagyfokú vörösvérsejtoldódás hidegrázással, magas lázzal, hányással, amikor a vörösvérsejtszám egymillióra is leeshet, máj- lépnyagobodással, vérnyomáseséssel, a vizeletüledékben hyalin-, szemcsés- és vérfestenyecylinderekkel, vizeletszineződéssel. Ezek az esetek nagy százalékban halállal végződnek, szerencsére azonban igen ritkák. Ismeretes, hogy a chinin a phagocyták mozgását bénítja s így a szervezet védekezését nagymértékben csökkenti.

Neosalvarsánnal végzett megszüntetés esetén is a paravenásan adott injectio kellemetlen beszűrődést okoz-



hat annyira, hogy még a szomszédos izületet is immobilizálhatja. Vannak betegek, akik az inj. adása alatt kellemetlen aetherszerű szagot éreznek, ami hányást is okozhat, ez azonban elkerülhető, ha jóval étkezések előtt adjuk az injectiót. Utána esetleg néhány órával 39°-ig emelkedő láz állhat be, ami másnapra már megszokott szűnni. Ezt a lázat a kezelés kezdetén, mint Herxheimer reactiót fogják fel és nem tartják veszélyesnek, de ha a kezelés későbbi folyamán lép fel, az ugynevezett anaphylactoid sok kíséretében, akkor már sokkal óvatosabbnak kell lennünk az adagolásban. Ismeretesek az igen ritka encephalitis haemorrhagica, nemkevésbé a következményes icterus, az ugyancsak igen ritka esetleges, de halálos májatrophíával, ismeretes a salvarsán dermatitis is. Az ugynevezett neurorecidivák, mint körülírt basalis lueticus meningitisek következményei, inkább a késői primaer vagy secunder szakban fordulnak elő, leginkább elégtelen salvarsán-adásra s így ezek könnyen elkerülhetők. Vesesérülés igen ritka, sőt vesebetegyek a salvarsánt jobban türik, mint a Bismuth, vagy Hg-kezelést, amiről folyamatos vizeletüledék vizsgálatok során győződünk meg.

Dextrose oldatnak érbe fecskendezését *Hahn, F. Ramsey* és *K. Kohlstaedt* 1922-ben alkalmazták először fokozott intrakraniális nyomás megszüntetésére azzal a megfontolással, hogy a vérnyomással együtt ez is csökken. A nyomáscsökkenést valamivel később vérnyomás-emelkedés követi, ami elmarad, ha dextrose helyett sucrosét alkalmazunk. A dehydrációs th.-t sem lehet természetesen tulásba vinni, mert olyan kellemetlen mellék-tünetekhez vezet, mintha túlságosan gyorsan becsátjuk le a liquort. *De Pay* azt találta, hogy előzőleg dextrose-val kezelt, beoltott maláriának hosszabb az incubatiója, legtöbbször provokálni kell a lázat s hogy sokszor a szív támogatására adott szőlőcukor megszüntette a lázakat, amit úgy magyaráz, hogy a koncentrált dextrose megváltoztatja a vér osmoticus egyensúlyát, a vörös vérsejtek egy része öszszesugorodik s így alkalmatlanná válik a malária-plasmodium táplálására. A gyengített plasmodiumokat azután a máj és a lép elpusztítja, ezért érthető, hogy a dextrose hatását csak a maláriával kapcsolatban fejti ki, más mesterséges lázban nem. Nagy jelentősége van ennek legyengült betegek átmeneti lázszüntetésére, azután az esetleges maláriás secunder anaemia továbbfejlődésének a megakadályozásában s esetenként szükségtelenné teszi a malária időelőtti megszakítását, amit már más szerzők is ismételtelen megerősítettek. A dextrose helyreállítja a szénhidrát anyagcserét s meggátolja a szervezet általános intoxicatióját, írja *P. Moretti*. A maláriás lázak alatti izzadással kapcsolatos folyadékvesztés egy részét pótolja. Az anaphylactoid sokot kiváltó anyagok kellemetlen mellék-tünetei nagyrészt elkerülhetők, ha azokat cukoroldatban adjuk, amit bizonyos kolloid védőhatáson kívül, az immunanyagok szaporodásának fokozódásával magyaráznak. *Kritschewsky* szerint is a cukoroldatok védő kolloidhatást fejtenek ki.

Már most tekintettel arra, hogy a neosalvarsán „C” vitaminnal és dextroséval adva, — amiről „a salvarsán-tűrési képességének fokozása „C” vitaminnal” c. közleményünkben az Orvosi Hetilapban már beszámoltunk —, maídnem veszélytelennek mondható a chinint pedig nem tudjuk ilyen kedvezően adagolni, a fent leírt megszüntetés látszik kedvezőbbnek.

A malariakezelés nemcsak az agyhártyák áteresztőképességét befolyásolja, hanem az azokban lejátszódó immunbiológiai folyamatokat is; valóságos immuntherapiás lökést ad — *Otto Kauders* szerint. A malariakezelés

legtöbbször hatással van a központi idegrendszer gyulladásos folyamataira, de feltételezhető az is, hogy a szürke állomány regenerációját is elősegíti s hogy az elpusztult motoros ducsejtek helyett más, megmaradt sejtek végzik ugyanazt a funkciót (ingertherápia). A malária megmozgatja, felrázza az egész szervezetet s ha erre vonatkozólag nincs is kézzelfogható bizonyítékunk, mégis biztosra vehető, hogy a nyirokutakban rejtett spirochéták, salvarsánnal ilyenkor könnyebben hozzáférhetők és szerintünk nem szabad egy perccet sem veszíteni a malária megszüntetését célzó chinin napokkal, hanem az eredmény miatt azonnal támadnunk kell a spirocheták legerélyesebb ellenségével a salvarsánnal.

Maláriarecidivát salvarsánnal megszüntetett esetekben egyszer sem láttunk, tehát a chininnek a plasmodiumok elpusztítása szempontjából sem adhatunk előnyt.

A malária az emésztő rendszert sem hagyja érintetlenül (étvágytalanság, hányás, hasmenés, stb.) s így a chinin csak rontja a helyzetet. Nem hallgatható másfelől el a salvarsán adása közben egyeseknél jelentkező kellemetlen szájiz és esetleges hányás sem, ez azonban nem olyan általános, mint a chinin ilyen hatása és sokkal ritkább is. A malária utáni másodlagos anaemiák esetében a chininnel szemben határozott előnye van a salvarsánnak, mint arsenszármazékú roboránsnak. A máj és a lép malária utáni bántalmazottsága szempontjából a chinin látszik előnyösebbnek, de ha a dextrose szénhidrát anyagcserét rendező és védő colloid hatását is figyelembe vesszük a chinin előnye eltűnik.

A dermatitis veszélye ha nem is gyakoriság, de súlyosság és tartósság szempontjából a chinin mellett szólna, mivel azonban mai módszereink mellett (calc. dextrose, „C” vitamint stb.) a salvarsán-dermatitis ritka s kevésbé veszélyes, nem látjuk még itt sem a chinin előnyét. Anaphylactoid sokot a „C” vitamin használata óta nem észleltünk osztályunk nagy paralytikus anyagán, legfeljebb egy-két esetben néhány tizedfokos hőemelkedést, míg a chinin esetleges vörösvérsejtoldását a maga súlyos közvetkezményeivel nem áll módunkba kiküszöbölni.

Az érrendszerbeli elváltozásokra vonatkozólag a következők említhetők meg. A chinin kis adogokban is okoz szívtáji nyomást, szorongatást stb. s ezért hasonló esetekben egyáltalán nem célszerű az adagolása. Salvarsán adáskor a cardiovascularis fájdalmakat nem tapasztaltunk s a salvarsánnal együtt adott dextrose a megviselt és kimerült szívizomnak kitűnő tápláléka, amellet, hogy a malária után étvágytalan betegek általános táplálására is jó hatású. A szívre legfeljebb vezetési zavarok esetén látszik jobb hatásúnak a chinin.

A maláriások bőséges izzadásával kapcsolatos folyadékvesztésüket is pótoljuk az i. v. adott dextroséval, ami egyuttal collapsusgátló is. Ezenkívül a dextrose, lázcsökkentő és — *de Pay* szerinti — osmoticus hatásával mint a plasmodiumok táplálását hátráltató tényező is szerepet játszik.

A chinin vérnyomáscsökkentő hatása miatt is — tekintettel az esetleges collapsusveszélyre — az elmondottak alapján — a dextrose-salvarsánnal szemben háttérbe szorul. A parenteralisan adagolt chininnek a veszélye nagyobb, a célszerűbb per os adagolás pedig elmebetegéken gyakran kivihetetlen, mert nem veszik be a gyógyszert. Fejfájás, szédülés, salvarsán után egymagában nem igen szokott előfordulni, de fülzúgás, sükettség, aluszékonyság sem, legfeljebb mint az esetleges basalis lueticus meningitis vagy encephalitis haemorrhagica következménye. Kötőhártyahurutot, torokképletbelőveltséget sem szokott a salvarsán okozni.



Bőr és nyálkahártyavérzések sem igen szoktak salvarsán után előfordulni. Arra sem találtunk adatot, hogy a salvarsán a phagocyták mozgáskészségét befolyásolná a szervezet védekezésének a rovására, mint a chinin. Az ikterus elkerülése a fentiek („C”, dextroseval való adás, stb.) alapján nem látszik túlságosan nehéznek.

Már a „C” vitamin használata előtt is minden lényegesebb kellemetlenség nélkül salvarsán-dextroseval szüntettük meg a paralyticus betegek maláriáját, azóta pedig — a fentiek meggondolása után — még inkább megengedhetőnek, sőt indokoltnak tartjuk ennek a módszernek a használatát.

Az O. T. I. központi kórháza sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Elischer Ernő egyet. magántanár.)

## Adatok az emlőrák kóroktanához.\*

Irta: ifj. Barla-Szabó József dr. orvos.

Orvosok és természetbúvárok erőt és fáradságot nem kímélve igyekeztek az ókortól napjainkig az emlőrák rejtélyét megoldani, de sajnos biztos siker nélkül. Tagadhatatlan azonban, hogy a szívós munka mégsem volt egészen eredménytelen, mert sikerült olyan adatokat kikutatni, melyek a rák kérdésére több-kevesebb fényt vetnek. Ezekről szeretnék néhány szót szólni idevágó esetek kapcsán.

158 kórtörténet közül 9-ben tett a beteg említést arról, hogy szülei is rákosak voltak. Egy esetben az anyának mellrákja, az apának gyomorrákja volt. 4 betegünknek csak anyja volt rákos (3 emlőrák, 1 májrák), 4-nek pedig apja halt meg rákban (3 gyomorrák és 1 végbélrák.). E néhány eset természetesen nem bizonyít az emlőrák öröklődése mellett, ami csak akkor volna valószínűbb, ha felmenő ágon, több nemzedéken át tudnánk rákos rokonokat kimutatni. Nem csoda azonban, hogy az örökölhetőség gyanúja felmerül akkor, amikor mindkét szülő halálát rák okozta és közülük az egyiknek szintén emlőrákja volt. Hasonlóképpen gyanusak mindazok az esetek, amelyekben csak az anya volt rákos, de daganata az emlőben fejlődött ki.

Az emlőrák örökölhetőségét számos megfigyeléssel igyekeztek bebizonyítani, de mindezek ellenére egy családon belüli halmozódását csak kevésszer látjuk, úgy-hogy ezeket az eseteket összevetve a betegség gyakori előfordulásával, az öröklődés elméletét nem látjuk még biztosnak. Persze nehézzé teszi az állásfoglalást az is, hogy a rendelkezésre álló családfákból csak 2—3 nemzedéket ismerünk és hogy emberen rendkívül bonyolultak az öröklődési viszonyok.

E nehézségek miatt számadatok gyűjtésével akarták megoldani az emlőrák örökölhetőségének kérdését, azonban ez a módszer sem vezetett biztos eredményre. Az összegyűjtött adathalmaz a kutatókat két táborra osztotta és ezért kísérleti úton próbálták a kérdéshez közelebb jutni. Amerikában alkalmas keresztezéssel olyan egérszaladékokat tenyésztettek ki, melyeknek minden nőtagja emlőrákban pusztult el, illetőleg úgy irányították a keresztezést, hogy a kapott törzsekben az emlőrák egyáltalán nem fordult elő. E két ellentétes család keresztezésével a daganat felléptét az utódokban tettség szerint tudták irányítani. A kísérletek során az is kiderült, hogy az öröklés nagy fontossága mellett lényeges szerep jut a kivülről ható ártalmaknak is, különösen a daganat kirobbanásában, phaenotypussá válá-

sában. Ezek szerint valószínű, hogy a daganat nem közvetlen átöröklés útján száll elődről utódra, hanem csak a rákra hajlamosság öröklődik, de ahhoz, hogy a daganat valóban létrejőjön, számos tényező alkalmas összeállítására van szükség.

Az állatkísérletek eredménye természetesen nem vihető át szószerint az emberre, már csak azért sem, mert az ember öröklődési viszonyai sokkal bonyolultabbak. Az egérrák öröklődését *genek szempontjából egységes* („genisch einheitlich”) törzseken vizsgálták, ami az ember esetében sohasem fordul elő. Minden emberi egyed öröklődési anyaga („Erbmasse”) rendkívül tarka képet ad, melyben a hajlamosság, vagy ellenállást jelentő tényezők tarka keverékben fordulnak elő. Ezenkívül az emberi élet sokoldalúsága számos olyan mozzanatot vet fel, amely az öröklött hajlamot, vagy ellenállást fokozni, illetve csökkenteni képes. Mindezekből világos, hogy valamely egyén rákos betegségét sohasem irányítja olyan döntően az öröklődés, mint a kísérleti állatét, bár szerepét tagadni nem lehet. Mint már említettük, a rákképződés számos tényező alkalmas együtthatásán múlik és így döntő szerepe az öröklésnek csak akkor lesz, ha az átöröklött anyagban („Erbmasse”) a rák létrejöttéhez szükséges valamennyi tényező bentfoglaltatik. Gyakorlatban ez akkor fordul elő, ha az apa és anyja egyazon szerv rákjában szenved (Fischer—Wasels).

158 betegünk közül 16 magyarázta emlőrákját az-zal, hogy hosszabb, vagy rövidebb idő előtt beteg mellét ütés érte. Két esetben ismételt sérülést panaszoltak, tízennegyszer pedig egyszeri sérülésről volt szó. Az ütés és a daganat megjelenése közti idő 3 hónap és 6 év között ingadozott, de a legtöbben ½—1 évről számoltak be. A sérülés mindig tompa tárgyval történt és a rendszer napi foglalkozás közben érte a mellét.

E kérdés elbírálása nagyon nehéz, mert a sérülésre vonatkozó adatok rendszerint csak a beteg elmondásán alapszanak. Már pedig a beteg gyakran észre sem veszi, hogy mellében már régóta valami keményedés van, hanem csak a sérülés elszívódása hívja fel figyelmét az emlőben lévő elváltozásra. Előfordulhat az is, hogy a daganat jelentkezése nem előzte meg a sérülést, de olyan rövid idő múlva követte azt, hogy összefüggésüket nem lehet elismerni. Gyakran anyagi előnyök reménye is vezeti a betegek elmondását, amint azt a társadalombiztosítási gyakorlatban nem egyszer látjuk.

Sokkal fontosabb szerepe van a sérülésnek a már meglévő daganat kiterjesztésében. Itt kell megemlíteni a nem elég gyökeres műtét szerepét is, mely gyors tovaterjedés és kiterjedt áttétképződés okozója lehet.

Az emlőrák keletkezését próbálták az *emlő gyulladós betegségeinek* alaján is magyarázni. 158 betegünk közül 24 említette kórelőzményében azt, hogy emlőgyulladás miatt már orvosi kezelésben részesült. Ezek közül 3 beszélt szoptatás kapcsán támadt genyes gyulladásról, a többiek csak azt panaszolták, hogy mellükben fájdalmas csomók, vagy kötegek jelentek meg, melyek ellen orvosuk borogatást rendelt. Amint látjuk a *heveny genyes gyulladás* csak ritkán szerepel az emlőrák keletkezésével kapcsolatban és valószínű, hogy csak az emlőgyenedés nyomán támadó heg az, amiből daganat fejlődhet.

Az emlő *idült gyulladásaival* kapcsolatosan említjük az ú. n. *mastopathia cysticát, v. Reclus-féle betegséget*. Ilyenkor az emlőben részint új lebenyek képződnek, részint pedig a mirigyjáratok hámsajtjei burjánognak. E burjánzás közben tömött hámsajtjegek képződhetnek, amelyeknek sejtjein különféle átalakulások

\*) A Magyar Sebész Társaság 1939-es nagygyűlésén tartott előadás alapján.



észlelhetők. Így a hám feltűnő halványan festődhet („blasses Epithel”), torz magvak jelenhetnek meg, sőt olyankor szabálytalan sejtoszlások is észlelhetők. A hámnak ez a fokozott burjánzása, valamint az emlő tömlős elfajulásának és a ráknak gyakori összetalálkozása magára vonta a kutatók figyelmét és manapság majdnem kivétel nélkül elfogadják azt, hogy a mastopathia cysticának szerepe van az emlőrák keletkezésében.

A sebész szempontjából igen fontos mármost annak eldöntése: mikor elégedhet meg csupán a kóros szövet-rész eltávolításával és mikor kell gyökeres műtétet végeznie. Az emlő teljes kiirtása ajánlatos:

1. Ha a hám határozott burjánzása mellett feltűnő a hámalatti kötőszövet daganatsejtes beszűrődése;
2. Ha a rendestől eltérő, változatos alakú hámsejteket látunk, sok magoszlás és szövetelhalás mellett.
3. Ha a kivezetőcsatornácskákon belül tömör hámkötegek alakultak ki.

Az emlő tömlős elfajulásának okát enyhe, de igen hosszantartó ingerekben kereshetjük. (pl. tej pangás). Kétségtelen szerep jut a tömlős emlő kifejesztésében a nemi mirigyeknek is. Ez már abból is kitűnik, hogy a mastopathia cysticában szenvedő fiatal nők közt gyakoriak a hős szám zavarai és hogy fehér egerekben folliculin-befecskendezéssel sikerült mastopathia cysticát előidézni. (Amerlinck, Wieser.)

Az emlőrák keletkezésében szerepet tulajdonítanak az emlő jóindulatú daganatainak is. Mi 3 esetben észleltük egyébként jóindulatú daganatban a rákos elfajulási jeleit. Az egyik esetben fibroadenoma pericanaliculáris írtottunk ki, mely mellett a szövettani vizsgálat velős rákot talált. A másik két esetben a szövettani lelet cystadenoma papilliferum volt, de egyes helyeken a hámsejtek korlátlan burjánzást mutattak és e területeken belül igen sok magoszlást lehetett látni.

Természetes dolog, hogy az emlő jóindulatú daganatai közül csak azok fajulhatnak el rákosan, melyek hámszövetet is tartalmaznak. Ide tartoznak tehát a tiszta adenomák, a fibroadenomák és a tömlős-szemölcsös adenomák, melyek közül leginkább az utóbbi alakul rákosan át. Ez a daganatféleség valószínűleg azért hajlamos a rosszindulatú elfajulásra, mert érzékenysége táplálási zavart, szövetelhalást és így állandó újdonszövetképződést okoz.

A fibroadenomák elrákosodása sokkal ritkább, sőt egyes szerzők szerint nem is valószínű. Úgy gondolják, hogy az egymás melletti előfordulás nem bizonyít még származási kapcsolatot, mert mindkettő elég gyakori ahhoz, hogy összetalálkozásuk csupán a véletlenen múljék.

Az emlőrák keletkezésében gondolni kell a szaporodással kapcsolatos működések szerepére is. A petefészkek működésével magyarázzák például azt, hogy az emlőrák nőknél sokkal gyakoribb, mint a férfiakon. Valószínű, hogy a rák kialakulásában főként a zavart működésű petefészkeknek van szerepe. Erre utal az a számos megfigyelés, mely szerint az emlőrákos nők gyakran szenvednek, vagy szenvedtek a hős szám rendetlenségében. Az emlőrák megjelenésének átlagos életkora az 50. év körül van, tehát abban az időben, amelyben a nők már koruknál fogva is hajlamosak a petefészkek működés zavaraira. Ez a zavar nem jelenti azonban az elválasztás teljes megszűnését, mert adatok vannak arra, hogy a castrálás bizonyos megnyugvást hoz a rák tovatérjedésében. Állítólag a petefészkek működés megszüntetése a műtét utáni kiújulásokat is ritkítja és közismert az a tény, hogy az öregasszonyok emlőrákja kevésbé rosszindulatú, mint a fiataloké. A petefészkek szerepét úgy

lehet elképzelni, hogy ez a belső elválasztású mirigy az egész élet folyamán nyugtalanságban, folytonos oda-visszafajlásban tartja az emlőszövetet. Ha már most a petefészkek működésében valami zavar támad, ennek hatása az emlőszöveten is nyomot hagy, aminek következménye az ép képződések egyensúlyzavara, felbomlása, fékevesztettség lesz. Itt kapcsolódhat be a terhesség és a szoptatás kedvező szerepe, ami az emlő négyhetes ingadozása helyett csendes kifejlődést és nyugodt visszafajlódást biztosít.

Meg kell említeni, hogy vannak, akik a terhességnek és a szoptatásnak ártalmas szerepet tulajdonítanak az emlőrák keletkezésében. A szoptatás tartamára vonatkozó vélemények még eltérőek, de valószínű, hogy a tej pangás a rák kifejlődésének kedvez.

Végezetül próbáljuk közös nevezőre hozni a felerősített adatokat és igyekezzünk összefoglalni belőlük azokat, amelyek az emlőrák eredetére mégis valami fényt vetnek.

Első pillantásra feltűnik már, hogy az emlőrák okát nem lehet egységes, souverain tényben keresni, hanem a daganatot számos körülmény kedvező összejátszása hozza létre. Ezeket a rák okozó együtthatókat összpontosítva kiderül, hogy nagyjában helyi és általános tényezőt lehet megkülönböztetni az emlőrák keletkezésében. Az általános tényező bizonyos egyén daganatképző hajlamosságát jelenti, míg a helyi okot olyan sejtcsoportok képviselik, melyeket burjánzási készségük jellemez. Ilyen sejtek az emberi szervezetben kétféle módon alakulhatnak ki. Az egyik esetben már a szülés pillanatában megvannak (elszórt ébrényi csírok, fejlődési rendellenességek), míg a másik esetben az élet során keletkeznek (ujdonképződés (regeneratio) kapcsán. (Fischer-Wasels.) Ha elfogadjuk azt, hogy elszórt ébrényi csírokból és fejlődési rendellenességekből daganat képződhet, már vonatkozásba jutottunk azzal a kérdéssel is, hogy milyen szerepe van az öröklésnek a rák keletkezésében. Tudvalévő ugyanis, hogy a fejlődési zavarok öröklődhetnek és családi előfordulásuk nem tartozik a ritkaságok közé. De nemcsak a helyi tényező öröklődhet, hanem az általános együttható, tehát a hajlamosság is. Feltéve azt, hogy a rákos hajlam az alkat, az anyagcsere vagy belső elválasztás különös alakulásától függ (J. Bauer, Warburg, Beneke, Cholewa, Paulsen és mások), máris alapos okot találtunk előbbi állításunk igazolására. Természetes dolog, hogy az öröklés nem egységes és egyedüli feltétele a rák létrejöttének, hanem csak ok-részlet, amely számos más tényező együtthatásával kapcsolatban tudja csak a daganatot megvalósítani. Mindezekből következik, hogy az utódot komoly veszély csak akkor fenyegeti, ha az átöröklött anyagban a rák keletkezéséhez szükséges összes indítók bentfoglaltatik. Ez gyakorlati nyelven azt jelenti, hogy az utód csak akkor örökli valószínűen a rákot, ha szülei egyazon szerv rákjában szenvedtek.

A rák okozó együtthatók az élet folyamán is megszereshetők. Szerzetten hajlamosítanak mindazok a mérgek, melyek a sejtlégzést gátolják és az erjedést fokozzák (As., kátrány). Hasonló szerep juthat az élet során támadó anyagcserezavaroknak, vagy a belső elválasztás megváltozásának is. Utóbbira éppen az emlőrák esetében találunk számos példát, mikor a petefészkek rendellenes működésének, a terhességnek, a szoptatásnak, vagy a kornak szerepét említjük. Még gyakoribb, hogy az emlőrák helyi okozót szerzi meg az élet során a beteg. Itt hivatkozunk a sérülésekre, a lobos eredetű kerges emlőhegekre, az emlős tömlős elfajulására, valamint a rákosan elfajuló jóindulatú daganatokra.



Végezetül újra azt kell hangsúlyozni, hogy az emlőrákot egységes okkal magyarázni manapság még nem sikerült. Számos tényezőt ismerünk, melynek a rák ki-robbantásában szerepe lehet, de ezek csak törnielekek, morzsák, melyek közül egy sem elégséges ahhoz, hogy egymagában daganatot hívjon létre. A kóroknak ez a szétföredezett volta elszomorító, mert megnehezíti a védekezést, de vigasztaló is, mert nem ejti kétségbe azokat, akiket az egyik vagy másik hajjamosító tényezővel terhelt meg az élet.

A székesfővárosi Horthy Miklós kórház II. belosztályának közleménye. (Főorvos: Balázs Gyula egyet. magántanár.)

## A Takata-reactio csapadékmennyiségének változása egyes betegségek folyamán.

Irta: Both Béla dr. alorvos.

Az eredetileg liquor diagnosztika céljára ajánlott Takata-reactiót (továbbiakban Tr.) vérsavóvizsgálatoknál Jezler módosításában használják és eleinte a májcirrhosis specifikus diagnostikumának tartották. Későbbi tömeges vizsgálatok bebizonyították, hogy nemcsak májcirrhosisnál, hanem mindazon betegségekben pozitív lehet a reactio, ahol a máj-működés zavara feltételezhető, sőt előfordult, hogy pozitív Tr. mellett a boncolásnál a máj épnek bizonyult (több multiplex myelomát közölnek, saját eseteink közül ilyen a glyoma cerebri és hypernephroma esetek).

Mechanismusának, illetőleg az ennek tisztázására irányuló vizsgálatoknak kötetekre menő irodalma van, mindazonáltal korántsem tekinthető tisztázottnak. E közlemény keretei nem engedik meg, hogy ezzel bővebben foglalkozzunk.

A reactio elvégzésének technikája meglehetősen egységesen elfogadott. Történtek ugyan kísérletek a Takata-Jezler eredeti módszerének módosítására, (pl. Macke-Sommer abgestufte Tr.-ja) azonban a vizsgálok tulnyomó többsége az eredeti módszert használja.

Kevesebb az egyöntetűség a reactio leolvasásában, illetőleg az eredmény értékelésében. Jezler eredeti közleménye szerint pozitív az a reactio, melynél legalább 3 csőben csapadék keletkezik, mások szerint, ha 4, vagy több csőben van csapadék, figyelmen kívül hagyva a csapadék mennyiségét, valamint azokat a reactiókat, ahol 1—2 csőben keletkezett csapadék. *Oefelein* már figyelemmel van a csapadék, illetőleg zavarodás intenzitására is, de ezt tisztán subjective, rátekintéssel határozza meg. *Recht* milliméter beosztású csövekben végzi a reactiót és a csapadék-oszlop magassága szerint jelöli +, ++, stb., pozitívnak a reactiót.

Vizsgálatainkat mi Jezler eredeti előírása szerint végeztük. Úgy a saját, mint mások által közölt azon tapasztalat alapján, hogy az oldatok koncentrációjának megváltoztatása lényegesen befolyásolja az eredményeket, különös gondot fordítottunk ezek pontosságára. (0.5 %-os szublimát és 10%-os natr. carb. exsicc. purum). Az eredményeket 24 óra múlva olvastuk le, úgy hogy a kicsapódást mutató csövek tartalmát 1/10 ccm-ekre beosztott, alul keskenyedő centrifuga csövekre öntöttük át és 5 percen keresztül, percnként 1000 fordulatszám-mal centrifugáltuk.

Az eredményeket tört szám alakjában jegyeztük fel, melynek számlálója a savó hígítása, nevezője pedig a csapadék mennyisége ccm-ekben. Így pl. 16/0.05, 32/0.15, 64/0.05 azt jelenti, hogy a 16-szoros hígítású csőben 0.05 ccm, a 32-szeresben 0.15 ccm, a 64-szeresben újból 0.05 ccm csapadék volt. Ezen módszer szerint fel-

jegyzett eredményeket szükség esetében coordináta rendszerbe rajzolhatjuk úgy, hogy a vízszintes vonalra a szerumhígításokat, a függőlegesre a csapadék mennyiségét vezetjük rá. Ha erre nincs szükségünk, akkor elegendő, ha a nevezők összegét, vagyis a csapadék össz mennyiségét jegyezzük be a kórlapba. Pl.: a fenti esetben Takata pozitív, 0.25. (Ezen eljárásról, valamint az addigi eredményekről első ízben a Közkórházi Orvostársulat 1937. III. 10-iki ülésén tartott előadáson számoltam be.)

A fenti módszer szerint 864 egyénen végeztük, több mint 2.000 Tr. végső eredményeit az alábbi táblázatban foglaljuk össze, megjegyezve, hogy az 1—1 egyénen sorozatosan végzett vizsgálatok eredményei közül mindig csak a legerősebben pozitívat vettük bele. Más vizsgálok adataival könnyebb összehasonlítás végett, — azon tapasztalatunk alapján miszerint ha legalább 3 csőben csapadék keletkezett, amikor az legalább 0.2 ccm volt, — eredményeinket 3 csoportba osztottuk: 0.2 ccm és annál több csapadékot adó esetek (más vizsgálok szerint csak ez pozitív) Tr. 0.2 ccm-nél kevesebb csapadékot adó esetek (nehány vizsgálok mint gyengén pozitív eseteket, ezeket is megemlíti) és végül teljesen negatív eseteket.

Ezen eredmények megfelelnek a más vizsgálok által közölt eredményeknek. Leggyakrabban és legerősebben pozitív a máj megbetegedéseiben, ideszámítva a keringési zavarokban keletkező májelváltozásokat is. A cholecistitisek közé felvett Tr. pozitív esetünk boncoláskor genyes cholangitisnek bizonyult, mely a májban nagy kiterjedésű genyes ellágyulást okozott. Májeredetű lehet a trichinosisban észlelt pozitív Tr. is. Ellenben az agytumor és a hypernephroma eseteinkben, mindkettőt többször is vizsgálva, mindig erősen pozitív (0.5 és 0.65 ccm) eredményeket kaptunk, ezzel szemben boncoláskor a májban egyikben sem volt kóros elváltozás.

Vizsgált egyének száma	Diagnosis	0.2 ccm v. több	0.2 ccm alatt	negat.
34	Cirrhosis hepatis	29	5	0
139	Icterus catarrhalis	10	9	120
40	Icterus toxica (arsenobenz.)	12	4	24
6	Atrophia hepatis flava	5	1	0
29	Cholelithiasis	0	1	28
10	Cholecystitis	1	0	9
4	Carcinoma hepatis	0	1	3
123	Vérkeringési szervek betegs.	15	8	100
16	Hévy veselob	4	2	10
15	Idült veselob	3	2	10
3	Nephrosis	0	0	3
9	Trichinosis	2	2	5
29	Tbc. pulmonum	2	3	24
42	Polyarthrit's ac. és chron.	0	1	41
74	Tüdő és mellhártyalob	3	1	70
20	Vérképző szervek betegségei	2	1	17
19	Cukorbetegség	1	0	18
1	Agytumor (glyoma)	1	—	—
1	Hypernephroma	1	—	—
250	Egyéb (ulcus, neurasth. climax, ischias, Basedow, stb.)	0	2	248

Vizsgálataink során a legmagasabb értéket a csapadék mennyiségére vonatkozólag májcirrhosisban kaptuk (1.15 ccm). Atrophia hepatis 2 esetében 1 ccm, 1 esetben 0.8 ccm volt. Toxicus icterus eseteink közül csak 1 érte el a 0.8 cc-t a catarrhalis icterusok közül egy sem volt 0.75 ccm-en felül. Szívbetegék maximalis értéke 0.8 ccm volt. Az egyes csövekben a legnagyobb mennyiségű csapadék 0.3 ccm volt, ugyancsak cirrhosisos betegek esetében. Egyéb esetekben egy csőben 0.25 ccm-nél több csapadékot nem észleltünk. A sorozat csövei közül a csapadék maximuma szinte kivétel nélkül a 32-szeres hígítású savót tartalmazó csövekben volt, az előtte levő és utána következő csövekben fokozatosan kevesebb



(sátorszerű görbe a coordinata rendszerben). Kivételesen észleltünk olyan reactiót, ahol a 8-szoros hígítású cső átlátszó maradt, a 16-szorosban 0.3 ccm, a 32-szeresben 0.25 és így tovább 0.15, 0.15, 0.15 (lejtős görbe).

Azokon a betegeken akik pozitív reactiót adtak, valamint ákiknél májelhálózásra gyanunk volt negatív Tr. mellett is, a Tr-t bizonyos időközökben (chronicus betegségeken pl. cirrhosis vitium stb. ritkábban, acut és subacut esetekben, gyakrabban) megismételtük. Ezen sorozatos vizsgálataink során a keletkező csapadék mennyisége és az egyes betegségek lefolyása közötti összefüggésre vonatkozólag a következőket észleltük:

Azokban az előrehaladt cirrhosis esetekben, ahol nagy ascites, subicterus és erősen pozitív Tr. jellemezték a kórképet, bizonyos fokú, még ki nem derített okból keletkező ingadozást észleltünk a csapadék mennyiségében (0.5—0.9 ccm közt) azonban a pozitív reactio sohasem vált negatívvá. Két esetben azonban, ahol csak az anamnesisben szereplő alkoholismus, a tapintható, kemény máj, az 1 mgr<sup>0</sup>/<sub>100</sub> körüli serumbilirubin és a közepesen pozitív (0.3 és 0.5 ccm) Tr. utaltak kezdődő májcirrhosisra, a hónapokon át ismételt Tr. csapadékának mennyisége fokozatosan csökkent, míg végül a reactio negatívvá vált. Ezzel párhuzamosan a májduzzanat és egyéb tünetek is fokozatosan elmúltak. Másik esetben viszont ugyanilyen tünetekkel jelentkezett beteg, kinél a Tr. 0.45 volt, távozása után 3 hónap múlva újrafelvételre jelentkezett, mikor is már kifejlődött ascitise volt. Az ekkor végzett Tr. 0.65 ccm volt és továbbra is ezen a szinten maradt (0.6—0.8).

A catarrhalis és toxicus icterusok eseteiben egyaránt 3 csoportot találtunk:

1. csoportban a Tr. negatív volt és mindig negatív maradt.

2. csoportban a Tr. pozitív volt, majd a tünetek javulásával párhuzamosan a Tr. pozitivitása is párhuzamosan csökkent úgy, hogy az egyes csövekben a csapadék mennyisége kevesebb lett, a teljes gyógyuláskor pedig a reactio teljesen negatívá vált (minden cső átlátszó maradt).

3. csoportban az eleinte negatív reactio a tünetek súlyosbodásával párhuzamosan pozitív lett, úgy, hogy a csapadék mennyisége hétről-hétre emelkedett és a legmagasabb értékeket akkor érte el, mikor a betegség többi tünetei is a legsúlyosabbak voltak. Innen kezdve a betegség javulásával párhuzamosan a csapadék mennyisége is fokozatosan csökkent és a gyógyulásnál a reactio negatív lett.

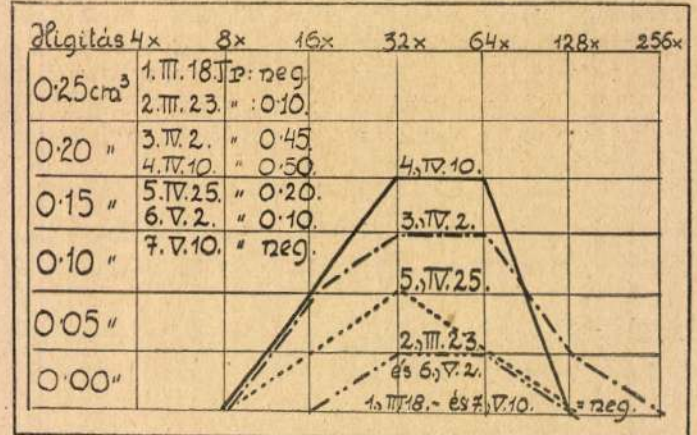
Az 1. csoportba tartozó betegek vonatkozólag azt tapasztaltuk, hogy ezeknél a betegség lefolyása könnyebb volt, a szokásos kezelésre az epeelválasztás gyors megindulásával reagáltak és az egyébként néha elég magas serumbilirubin érték néhány nap alatt lényegesen csökkent.

A 2. csoportba tartozó betegek vonatkozólag példaképpen a következő esetet ismertetjük: V. M. 22 éves nőbeteg. Felvétele előtt 2 héttel zsiros hus fogyasztása után rosszul lett, hányt, majd 4 nap múlva sárgasága kezdődött. Lues az anamnézisban nem szerepel. Wr. negatív. A Tr.-k sorozata a következő:

Hígítások	16×	32×	64×	128×
X. 14-én	0.25	0.25	0.15	0.10 ccm
X. 28-án	0.05	0.15	0.10	0.10 ccm
XI. 5-én	0.05	0.10	—	— ccm
XI. 13-án	—	—	—	— ccm

vagyis a felvételkor X. 14-én végzett Tr. 0.75 ccm csapadékot adott. Két hét múlva ez 0.4 ccm-re csökkent (bár itt is 4 csőben volt csapadék!), ugyanakkor a közérzet, étvágy és a serumbilirubin is körülbelül 50%-os

javulást mutatott. Ehhez 1 hétre a Tr. már csak 0.15, újabb 8 nap múlva pedig, mikor a beteg már teljesen gyógyult, a Tr. is negatív.



A 3. csoport betegei közül K. F. 43 é. toxicus (arsenobenzol) hepatitises férfi esetét ismertetjük, ki felvétele előtt 14 nappal fejezte be II. antilueses kúrját, melyben 15 bismuth injectio és 4 gr. Revivalt kapott. 2 napja sárga. Felvételkor a serumbilirubin 2.6 mgr. <sup>0</sup>/<sub>100</sub>, Tr. negatív. Étvágy és közérzet kielégítő, a duodenum sondán epe nem ürül. 5 nap múlva a Tr.: 0.10, közérzet változatlan, étvágy kissé csökkent, aduodenumból epe nem ürül. Néhány nap múlva subfebrilis lett és a láz maximuma napról-napra emelkedett, ugyanakkor étvágytalanság és hányinger kezdődött, a Tr. pedig 4 csőben vált pozitívvá, 0.45 ccm csapadékkal. Ezen állapota 8 napon keresztül fokozatosan rosszabbodott, mindent kihányt, a máj 4 harántujjnyira megnagyobbodott, kissé érzékeny, széklet teljesen acholiás, a beteg elesett, ágyából felkelni nem tud. Az ekkor végzett Tr.-nál, bár csak 3 csőben volt csapadék, ezen csapadék összmenyisége 0.5 ccm volt, vagyis értékelésünk szerint pozitívabb az előzőnél, amint azt a betegség súlyosbodásának megfelelően várható is volt. Pár nap múlva az epeelválasztás megindulásával a tünetek javulni kezdtek, a láz és a hányás csökkent, majd megszűnt, az étvágy és közérzet javulni kezdett. Ennek megfelelőleg a Tr. csapadékának mennyisége is csökkent, a 15 nappal az előző után végzett vizsgálatnál 0.2 ccm, újabb 7 nap múlva 0.1 ccm volt, végül is a beteg távozásakor teljesen negatív lett. (Vizsgálati eredményeinket szemléltetően tünteti fel a mellékelt grafikon, melynél a serumbilirubin értékeket a vízszintes, a csapadék-mennyiségeket a függőleges vonalra rajzoltuk fel.)

6 atrophia flava hepatitis esetünkben csak 1 esetben volt alkalmunk a reactio megismétlésére, itt a csapadék mennyisége növekedett.

A máj betegségeihez hasonlóan változott a Tr. csapadékának mennyisége a vesegyulladások és trichinosisok eseteiben is. Szívbetegknél azonban csak néhány esetben észleltük a keringés javulásával párhuzamosan a csapadék mennyiségének csökkenését, míg az esetek többségében az oedémák eltűnése után is változatlan maradt.

**Összefoglalás:** A Tr. leolvasásánál eddig hiányzó objectív értékelési eljárás gyanánt a csapadékot adó csövek számának meghatározása helyett a lecentrifugált csapadék ccm-ekben kifejezett mennyiségét használtuk jelzésül. Az eljárás használhatóságát igazolják az ugyanazon egyénekben különböző időpontokban végzett sorozatos vizsgálatok, melyek eredménye szerint egyes



betegségeknel párhuzam mutatható ki a betegség egyéb tüneteinek változása és a Tr. csapadékának mennyisége közt oly értelemben, hogy a betegség súlyosbodásával párhuzamosan a csapadék mennyisége növekedett, enyhülésével párhuzamosan csökkent.

## Dyspeptodermiák.\*

Irtá: Csillag Jakab dr.

„Dyspeptodermiák” az orvosi névtárban új szó. Sajátlagos dyspeptogen bőrelváltozások kóroktani keretnévül van szánva. Van-e létjoga, a jövő megmutatja. Egy évtizedes gyógykísérleteim eredményei ezt minden esetre igazolni látszanak.

Peroralis szénnel lichen Vidal eseteiben 1929-ben végzett gyógykísérleteim közben tett megfigyeléseim és szórványos irodalmi adatok, melyek szerint dyspeptogen anyagok *alkalmilag* szokatlan formájú bőrelváltozásokat okozhatnak, indítottak azon kérdés felvetésére; *nem okoznak-e dyspepsiás tápcsatorna-laesiókon differenciál felszívódó és a máj által le nem épített össze szobajöhető dyspeptogen származékoknak és termékeknek összetételükben minőségileg és mennyiségileg folyamatosan változó keverékei, mint különleges kórokozók rendszeresen is sajátlagos dyspeptogen bőrelváltozásokat — dyspeptodermiákat és ha igen, milyeneket és melyeket?*

A kérdést ebben a formában eddig — tudtommal — nem vetették fel.

Megoldására azt a módot választottam, hogy minden endogengyanus, gyulladáso, subacut és chronikus dermatosis gyógyítását az ezekkel egyidejűleg fennálló dyspepsia kezelésével kísérlem meg. Gyógyszerem anhypacid dyspepsia eseteiben pepsin-sósav, egyébként csak az általam már kipróbált és e célra erőlyesen adsorbens tulajdonsága révén alkalmasnak talált (I. O. H. 1930 I. 11.) peroralis szén volt — Richter-féle széntabletták alakjában. Miután meggyőződtem róla, hogy hyperacid esetek megfelelő kezelésével értékesíthető frappáns dermatotherapiás hatásokat nem kapok, ily esetekben is csak szén adtam. Positívna ott vettem az eredményt, ahol a dermatosis gyógyulása oly gyorsan következett be, hogy ez nem hagyott kétséget annak dyspepsiás eredetét illetőleg.

Ezt a módszert alkalmaztam 1930 óta évi 3000-nyi forgalmú ambulans bőrbeteganyagom megfelelő eseteiben. Az így kezelt számos betegen láttam többhónapos, — sok éves, igen különféle bőrelváltozásoknak fajlagos gyógyhatásokra emlékeztető gyors gyógyulását, közöttük olyanokét, kiken, ha e kísérleteket nem végzem rendszeresen, nem is gondolhattam volna tápcsatornabeli eredetre. Több ilyen beteg csak a kísérletek útján jutott annak tudatára, hogy évek óta szenved — főleg anacid — dyspepsiában.

Positív eseteim már ezidőszert is nyújtanak a dyspeptogen bőrelváltozások tulajdonságairól bizonyos tájékoztatást.

*Általános tulajdonságaik:* 1. klinikai formáik *változatosak* nemcsak esetenként, hanem néha egyazon egyén más-más, sőt recidiva esetén akár egyazon bőrtájékan is; 2. egyszer-másszor *alakváltoztatók* oly értelemben, hogy pl. egy kezdeti erythemaseru laesio átalakulhat tiszta lichenificatióvá; 3. rendszerint heves, folyamatos, vagy rohamokban jelentkező *viszketéssel* járnak; 4. *nem generalizálódók:* egyes góckban, egyes

bőrtájakon vagy egyes testrészek bőrfelületein mutatkoznak; 5. *felületi terjedésre nem hajlamosak*; 6. kóroktani kezelés nélkül, akár egy évtizeden túlra is *elhúzódók* lehetnek; 7. *elemi laesiók változatosak*, egyik részük túlszaruosodásra, finom szarucsapok képzésére hajlamos, egy másik részük — kiváltképen a hajlatokban — lichenificatio, elszórt lichenoid laesiók vagy a papillaris lécek élénkpiros, merev kiemelkedettsége alakjában mutatkozik; 8. helyi gyógyszeres kezelésre nem, sugaras kezelésre, ha gyógyulnak, könnyen kiújulnak; 9. megfelelő *antidyspepsiás kezelésre* rendszerint rohamosan gyógyulnak és *helyüket gyakran erős festenyzettség jelzi.*

Klinikai formáik szerint, nagy változatoságuk ellenére három csoportba oszthatók: I. a gyakrabban, vagy ritkábban, de mindannyiszor egyazon formákban mutatkozik: a *tipikus dyspeptodermiák* csoportjára; II. a *dyspeptogen erythemák és ekzemák* csoportjára; III. az egyazon formában több esetben általam még nem észlelt sajátságos, szokatlan, különös formájú: *atypikus dyspeptogen bőrelváltozások* csoportjára.

### Tipikus dyspeptodermiák:

*Lichen Vidal* (neurodermitis chr. corcumscr. Brocq). Ezen 1808 (Willan) óta klinikailag ismert dermatosist *Ehrmann S.* — több évtizedes kutatáson alapuló — megállapítása szerint az esetek többségében dyspeptogen fehérjészarmazékok okozzák. Ugyanilyen eredményhez vezettek az én vizsgálataim is. Nem láttam ugyanis 1929 óta a könyök- vagy térdárokban, e két kedvenc helyén, vagy ezek szomszédságában üllő I. V.-t, mely kizárólag szénre rohamosan ne gyógyult, tehát ne intestinogen lett volna. Voltak szén-refractaer eseteim is, de ezekben a baj nem e helyeken ült. Egyébként is dyspeptogen-gyanus dermatosis refractaer viselkedése antidyspepsiás kezelésre még nem bizonyít dyspepsiás eredet ellen, talán csak amellett, hogy az alkalmazott gyógyeljárás nem mindig tudja a kórokozó anyagok felszívódását meggátolni. Ezt bizonyítják legalább az oly esetek, melyekben a bőrbaj széntől gyorsan gyógyult, kiújulásakor azonban ugyanerre már nem reagált. Mindenesetre addig, amíg az ily refractaer, egyébként tipikus I. V.-esetekben a baj más eredete biztosan kiderítve nincs, az antidyspepsiás kezelésre gyógyulókkal együtt ezeket is a dyspeptogen bőrlenségek egyik — mégpedig leggyakoribb — jellegzetes változatának kell, szerintem, tekintenünk.

Elhatárolt klinikai egység-e a lichen Vidal, más-más eredetű-e pruritus és lichenificatiós készsége? Gyógykísérleteim folyamán megfigyelt klinikai tények (I. V. és más dyspeptodermia-formák egyidejű fennállása, egymást felváltása, egymásba átalakulása, helyhez kötött pruritusának következetes összetalálkozása a lichenificatiós készséggel, mindkettőnek megfigyelt egyidejű — szinte eruptív — felépése több helyen, míg más, ismert okú endo- és exogen, subacut és chron. pruritusok esetében utóbbinak rendszerinti hiánya alapján a két kérdésre nem kell felelnem.

*Prurigo dyspepticum faciei.* Három 24–40 éves nő arcán, egyiknek még a nyakán és melle felső részén is észleltem. Laesiói elszórt, különálló, nem nagyszámú, kendermag-borsónyi, ép bőr, vagy halványpiros színű, tömött, hevesen viszkető göbök. Az egyes göb többnapos fennállás után barna folt hátrahagyásával eltűnik, hogy másutt másnak adjon helyet. A baj hónapokig tarthat. Helyi kezelésre nem reagál, szénre elég gyors gyógyulását láttam, de két esetben kiújulását is.

*Erythema hyperkeratoticum dyspept. supraarticulare digitorum manus.* A Müller Ferencével („Causa pro diagnosi” a M. D. T. 1939. III. 11-i ülésén) együtt 5 középkorú egyénen, 2 férfin és 3 nön észleltem. Laesiói köröm-húszfillérnyi, halványlilas-pirosas, túlszaruosodott, repedésszerű felületű, viszkető erythemák, melyek előszeretettel a kezűjjak vagy az ujj-kézfej izületeinek feszítő felületén — de nem mindig ezek mindegyikén — foglalnak helyet. Müller esetében a könyökcsúcson és volt egy ilyen laesio. Mind az ő, mind az én egyik esetemben a tenyéren is előfordultak. A laesiók és a folyamat idült jellegűek. A bántalom csak az alapbajt képező emésztési zavar kezelésére gyógyul.

### Dyspeptogen erythemák és ekzemák:

*Dyspeptogen erythemák:* Itt csak subacut és chron. erythemákról van szó. Ezek kivétel nélkül az atypikus ery-

\*) Előadva a Magyar Dermatologusok Társulata XI. nagygyűlésén, 1939. X. 14-én.



themák közül kerülnek ki. Nem járnak lázzal. Nem generalizálódnak. Nincs kedvenc székhelyük. Rendszerint igen hevesen viszketnek, tehát gyakori felettük a nagyszámú, mély excoriatio. Elemi laesiók nem jellegzetesek: egyszer nehéz eldönteni, urticariák-e vagy erythemák, másszor, hogy erythemához állanak-e közelebb vagy ekzemához, vagy nem keverékei-e egymásnak. Ezeknek megfelelően klinikai formák is változatosak annyira, hogy eddig egyazon formájukat két esetben sem láttam. Tartamuk akár 4 óra is elhúzódhat. Oktani hátterük rendszerint gastritis anacida. Helyi kezelésre, alimentaris, desensibilizációs eljárásokra alig reagálnak. Az alapbaj pepsin-sósav kezelésére csodaszzerű gyorsasággal — már az első kanál gyógyszerre akár órák alatt is — javulnak és néha napok alatt teljesen gyógyulnak.

**Dyspeptogen ekzemák.** Viszonlag ritkák. Nem a foglalkozásbeli ekzemák helyein szoktak előfordulni. Kifejezetten idült jellegűek, nedvezésre kevésbé hajlamosak, helyhez kötöttek: felületileg vagy ugró módon nem terjeszkednek. Eddig plaque, felszínes kis góccok és ekzematosiso-lichenificatio alakjában láttam előfordulásukat. A *plaque-alakúak* egyetlen, ritkán két, kivételesen néhány góc alakjában fordulnak elő. Az egyes góccok tallér-gyermektenyérnyiek. Szinte sajátosságuk, hogy szokatlan helyeken (pl. a kulcsont, a könyökcsúcs alatt, a combon, a térdizület valamely felületén, stb.) található. A *felszínes kis góccokból állók* [Ehrmann „kleinflächengförmig“ ekzemája(?)] gócai köröm-húszfillérnyiek, kerekdedek és vagy gyéren elszórtak (egy esetben a két alkaron), vagy sűrűn egymás mellett helyet foglalók, egymásba folyók, (egy esetben az egész háton elterjedve éveken át dacolt a baj mindenféle helyi kezeléssel, míg azután széntől hetek alatt teljesen gyógyult, de később recidiválva erre már nem reagált.) *Ekzematosiso-lichenificatio* dyspepsiás eredetű két esetben állapíthatom meg. A folyamat mindkettőben az arcon, nyakon és felső végtagokon foglalt helyet, az egyikben napfényérzékenységgel együtt 15 év óta. Ennél a bőrbaj a napfényérzékenységgel együtt egy doboz Richter-féle széntablettára megszűnt. (Részletesen leírtam 1932-ben a Therapiában és a Dermat. Wschr.-ban.) A másikban ugyancsak szénre következett be a gyógyulás.

A dyspeptogen ekzemák közé kell még soroznom két középkorú férfibetegemnek évek óta ki-kiújuló, egyformán az alhas kétoldalát, a csípőtáját és a comb felső harmada mellső-külső felületét elfoglaló, sötétbarna alapon gyéren elszórt kölesnyi göbcsékből álló, igen hevesen viszkető dermatosisát, mely mindkettőn minden kiújulásakor semmi másra nem reagálva, *kizárólag széntől* szokott gyógyulni.

**Atypicus dyspeptogen bőrelváltozások.** Ezek annyira különböznek egymástól — és ismert típusú dermatosisoktól is —, hogy általános képet adni róluk nem lehet. Egyazon féleségüket ismételtén még nem láttam, egyik eset képe az ismerete nem vezet tehát egy másikénak a felismeréséhez. Szokatlan, különös, néha bizarr formájuk, chronicitásuk, a kisérő és rendszerint) heves viszketés lehetnek együttesen jelei a dyspepsiás eredet — a priori — gyanújának. Szemléltetőül szolgáljanak a következő rövidre-fogott eseteim:

I. eset 71 é. férfi 10 éves skrotalis, femoralis és poplitealis I. V.-gócaival egyidejűleg egy ugyancsak viszkető bőrelváltozás foglalta el az egész sakro-glutealis tájat, mely *barán alapon köles-kendermagnyi-borsónyi, follicularis és extrafollicularis, sötétbarna, többé-kevésbé conicus, részint sima, részint finoman recézett, részint pikkelyesen hámló felületű, csoportos és elszórt göbökből állott lichenificatio* nyoma nélkül. Ez és a scrotalis I. V. széntől 2 hónap alatt gyógyult.

2. eset. 52 é., 15 év óta I. V.-ban szenvedő férfibeteg, a I. V. egy hosszú szünetében *kizárólag az alhason* — ennek egész terjedelmét elfoglalva — *finoman korpázó alapon egy igen hevesen viszkető, monotonul egyenmően sűrű, köles-kendermagnyi göbcsékből álló bőrbaj* állott fenn egy éven át, minden helyi kezeléssel ellenkezve, míg a széntől 1 hó alatt teljesen gyógyult.

3. eset. 9 é. leány köldöke felett 5 év óta van női tenyérnyi follicularis (?) kölesnyi *elszarúsodott laesiókból álló, reszelőszerűen érdes felületű bőrelváltozás oly heves viszketéssel*, hogy a beteg csupán emiatt került rendelésemre. A baj egyetlen doboz széntablettára teljesen gyógyult és egy év múlva sem újult ki. — E három esetet a peroralis szén dermatoterapiás hatásának szemléltetésére a M. D. T. ülésén bemutattam.

4. eset. 16 é. leány *viszkető bőrbaja kizárólag mákszemnyi, halványpiros alapú, solid, kihegyezett sarúcsapszerű laesiókból állott mindkét könyökárkában és könyökcsúcán a bőrfelületet reszelőszerűen érdes kinézésűvé és tapintatúvá tévő sűrűségben*, alkarja hajlító felületén és kézhátán ritkábban. Előző egy- és két év előtt ugyanily bőrbaj tavasztól őszig. A megállapított hypacid dyspepsia ellen adott pepsin-sósavra a laesiók — lichenoid göbcsékké alakulás közben — rohamosan visszafejlődtek. —

5. eset. 21 é. férfi egyik könyökcsúcsa alatt tallérnyi, viszkető, sötétbarna foltból, másik könyökcsúcsa alatt gyermektenyérnyi hevesen viszkető, idült ekzémás elváltozásból álló, 1 éves, endogengyanus bőrbaja, szénre napok alatt subjective és objective javulásnak indult, de a továbbiak folyamán kizárólag arcán három szakaszban 3½ hó alatt a következő sajátságos bőrfolyamat zajlott le: Az *első három hetes szakasz végtelennül kínos, megszakítatlan viszketésből, diffus píróból, szárazság, feszülés érzéséből állott. Az ezt felváltó második szakaszt egy eruptive fellépett és 6 hétig tartott, kendermagnyi göbös, ugyancsak erősen viszkető exanthema képviselte. Az e szakasz alatt megállapított teljes anaciditás ellen adott pepsin-sósavra az erputio teljesen visszafejlődött, a közérzet feltűnően javult, az étvágy erősen fokozódott, súlygyarapodás állott be, de azért bekövetkezett a harmadik szakasz az egész arcbárt elfoglaló, ugyancsak viszketéstől kísért tiszta, diffus lichenificatio alakjában*, mely a gyógyszer szedésére javulva, meg-megszakításra fokozódva, végre 2 havi tartam után megszűnt. Ha e dyspeptogen dermatosis csak harmadik phasisában került volna elem, kórismém más, mint a lichen V. egyik atypikus formája = a Brocq-Pautrier-féle lichenificatio diffusa faciei nem lehetett volna. Mind ezen, mind az 1. és 2. esetem is azok közül valók, melyek érvül szolgálnak a I. V. „elhatárolt klinikai egység”-e ellen

Noha az e csoportbeli bőrelváltozások egyazon féleségét még 2 esetben sem láttam, bizonyosra vehető, hogy akadnak ilyenek, de mint oktanilag fel nem derítettek, elkallódnak. Ennek elkerülésére a jövőben minden szokatlan, különös, sajátságos formájú, subacut, vagy chron., endogengyanus bőrelváltozás dyspepsiás eredetre vizsgálendő és amennyiben ilyennek bizonyulna, nyilvánosságra hozandó volna, hogy így a hasonlók egybevetethetők, esetleg egymással azonosíthatók és e révén a „dyspeptodermiák” esetleges további tipikus formái megállapíthatók lennének.

Mi a magyarázata a dyspeptodermiák feltűnően nagy változatosságának és nem egyszer észlelhető lefolyásbeli változékonyságának? Ha figyelembe vesszük, hogy a dyspepsiás tápcsatornafalon, ahol arra lehetőség van, egyszerre nemcsak egyetlen egynemű anyag szivódhatik fel differensül, hanem vegyileg igen különféléknek a keverékei, melyek mennyisége és minősége a folyamatos felszivódás alatt még ugyancsak változik, úgy — azt hiszem — nem járok távol az igazságtól, ha ebben látom e két tulajdonság okát.

Az előadottak alapján a bevezetésben felvetett kérdésre, hogy a szervezetre differensül felszivódó dyspeptogen anyagok, mint specifikus kórokozók okozhatnak-e sajátságos bőrelváltozásokat = dyspeptodermiákat, azt hiszem, *igennel felelhetek*. Tudatában vagyok azonban annak is, hogy e munka a dyspeptodermiáknak csak keretet és ebbe csupán tökéletlen tartalmat adott. A hiányok pótlása, a keret teljes tatalommal kitöltése további vizsgálatok feladata. Gyógykísérleteim tapasztalatai alapján meg vagyok róla győződve, hogy minden újabb — az enyémhez hasonló irányú — vizsgálat sorozat az endogengyanus, homályos eredetű, atypikus bőrelváltozásféleségek még mindig igen gazdag csoportjából egy-egy hányadot, mint oktanilag tápcsatornabeli eredetüként tisztázottat mindig el fog szigetelhetni és ezzel a dyspeptodermiák teljes kiépítéséhez újabb és fog hozzájárulhatni.



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

## A személyiség szétesésének körlelektanához.\*

Irta: Bak Róbert dr.

Kronfeld szerint a kezdődő schizopreniás folyamat élményének jellegét adja meg az a küzdelem, mely az Én megtartása és egy kifejezhetetlen szorongás között folyik. Ez a szorongás visszahatás arra a veszélyre, mely a független személyiséget, az elhatárolt Ént azzal fenyegeti, hogy egy személytelen egyedde fog vissza-süllyedni. A drámai küzdelem előttünk zajlik le a schizopreniás tünetekben és az esetek nagy részében baljóslatúan a Krápelin-i lefolyás képében, egy személytelen, szinte anyagi létben végződik. De csak az esetek egy részében! A folyamat sorsszerű előrehaladása a végállapothoz nem törvényszerű, bármilyen fokon megállhat és részben vissza is fejlődhet. Azonban a megindult folyamatok legenyhébbje sem múlhat el anélkül, hogy a személyiség bizonyos fokú érintettségét, megváltozottságát ne hagyná maga után. Ebben a megváltozott új létben (In-der-Welt-sein, Storch) kell azután az Énnek újra tájékozódni, berendezkedni, kapcsolatait kiépíteni. Nem kell azt gondolni, hogy ez csak a lezajlott folyamatra vonatkozik. Minden folyamatphásis keresztmetszetében, formailag és tartalmilag esetleg gyorsan változóan vagy a processus tünetekkel ötvözöten érvényesül a törekvés az elvesztett kapcsolatok visszaszerzésére. A lelki munkamódotknak ezt az irányzatát nevezte el Freud öngyógyító kísérletnek, restructiónak. A betegség manifest tünetei tulajdonképpen az öngyógyítási törekvésből származnak, míg a folyamat maga csendben, legtöbbször észlelésünk előtt zajlik le. E szemlélet látszólagosan paradox jellegének tulajdonítható, hogy alkalmazása a psychotikus jelenségek széles területén nem következett be. A psychoanalytikus iskolán kívül Bleuler és Kläsi alkalmazták a téboly jelenségeinek finális értelmezésére. Holott ez a szemlélet még erősen magán viseli a pathologiai gondolkodás jellegét. Gondoljunk a fertőzést követő gyulladásra. A fertőzés maga észrevétlenül és zajtalan lehetett, a fájdalom, a duzzanat, a fehérvérsejtek localis felszaporodása, tehát a tulajdonképpeni betegségi tünetek már a gyógyító gyulladásnak, a reparationnak következményei. Hasonlóképpen a hangos schizopreniás tünetekben már az öngyógyítási törekvést látjuk, mely dinamikus viszonyban van a háttérre képező állapottal, mely a folyamat közvetlen következményének tekinthető. A restructio tehát a folyamatnak a személytelen léthez vezető irányát igyekszik feltartani, következésképpen a különböző folyamat, ill. leépülési phásisok, az öngyógyító tünetképzés változatait fogják felszínre hozni.

A francia iskola (de Clerembault, Lévy-Valensi, Nayrac) az „Automatisme mentale” keretében legrészletesebben foglalkozott azokkal a tünetekkel és lefolyásmódokkal, melyek a „Syndrom de Depossession”-on keresztül végeredményükben a lelki egyéniség, valamint a socialis egyéniség elvesztéséhez vezetnek. (Perte de l'individualité psychique et social.). A „Depossession”-t talán legmegfelelőbbben a „megfosztottság” fogalmával jelölhetnénk, mert magában foglalja azoknak a tartalmaknak széles skáláját, melyeknek alapját képező élmény lényege a lelki dispositiónak és functiónak az

Éntől elszakadásuk, leválásuk. (Desannexion, desappropriation du moi.) Klinikailag a „megfosztottság” tünetegyüttese legszorosabb kapcsolatban a befolyásoltatási téveseszmékkel áll, melyek mint magyarázó tévképzetek (Erklärungswahnvorstellung) a személyiség szétesésének élményét objectiválják. Ennek a folyamatnak mentén, melyben a lelki tények az Énhez tartozásuk subjectiv érzését elvesztik és azoknak okát magyarázó tévképzetek a külvilágba helyezik, az Én és külvilág között egy megváltozott kapcsolatforma jelenik meg. Ez a kapcsolat visszatérés az archaikus collectivbe, melyben az Én és külvilág közötti határ részleges vagy teljes feloldódása szerint különböző élményfokokozatok alakulnak ki, tetőpontjukon a misztikus egyesülésnek (unio mystica) megfelelően.

A német iskola is ezeknek a jelenségeknek okát az Én-zavar keretében tárgyalja. Gruhle különösen az akarati Énnek (Willens-Ich) a teljes bénulásig fokozódó zavarát látja középpontban és ebből vezeti le az ide tartozó tünetek különböző válfajait. Storch a fejlődés- és néplelektan szempontjából kiindulva vizsgálta a schizopreniások Én és külvilág közötti határátlépéseit, a schizopren identifiációkat, melyek a primitiv kozmikus és különösen a transzitivistikus élményformákban manifestálódnak. Szevinte a schizopren összeolvadási élményekben — melyek személyiség-integritását a leghiánytalanabban oldhatják fel — elsősorban az affectiv tényezők érvényesülnek. A közös érzelmi accentussal bíró tárgyak és személyek azok, melyek egy összeolvadásos collectiv kapcsolat létrejöttét elősegíthetik. A közös érzelmi alap azonban Storch szerint nem elegendő, hanem egy specialis gondolkodásirányt is feltételez, melynek keretében az érzelmileg összekapcsolt dolgok egy szétválaszthatatlan egészet alkothatnak. Ez a gondolkodásforma az ú. n. „átfolyásos gondolkodás”, melyet a magyar psychoanalytikus iskolából Hermann írt le s melynek fejlődéslelektani modelljét a primitiv hőérzékelés-tájékozódásban ismerte fel. Ez a gondolkodásforma nem számol a személyek és tárgyak közötti határokkal, miáltal misztikus kölcsönhatások, átáramlások, kicserélődések és végül összeolvadások állhatnak elő. Ezeknek a gondolkodás-élményformáknak szerepét a befolyásoltatásos téveseszmeképzésben, valamint katonai transzitivistikus élményekben számos schizoprenia esetében különböző fokozatokban sikerült kimutatnom.

Néhány rövid példával igyekszem illusztrálni az elmondottakat. Egy férfibeteg fejét nyitottnak érzi, fejéből a gondolatok kijönnek, azt mások kimondják, ő viszont mások gondolatát mondja ki. Ezt az állapotot, melyet „fejbeszéd”-nek nevez „transolás”-ra vezeti vissza. Érzi, hogy széjjel van, gondolatait nem tudja összefogni és azokra visszhangot kap. Fájdalmasan kell tudomásulvennie, hogy nem tud résztvenni a dologban.

Egy nőbeteg a katonai roham bevezető szakában elmondia, hogy környezetével, ill. családjával „összefüggéseket” érez. Az ő élete energiáit a családból vonta ki, minden a család rovására ment. Körülötte meghültek, köhögtek, ugyanakkor ő majd széjjelrepedt a hőségtől. Érzi, ami a betegekkel a kórteremben történik. A katonai roham tetőfokán hangoztatja, hogy a csövezés által az összes beteg egy egyéniséggé vált és az orvos szavai is megkevesbbedtek, mert csövezéssel átöntötte azokat.

Végül Storch egy beteget, aki egy nagy áramlásban lévőnek érzi magát, a fényből, az emberekből, a mindenségéből áramolnak hozzá energiák, gondolkodásával, érzéseivel erőáram sugárzik szét a világba. Ez emberi-ség minden szennyét orrán át felszívta s a váladék ki-köpésével szabadítja meg attól a világot.

\*) A Magyar Elmeorvosok Egyesületének 1939. november 5-i XV. értekezletén tartott előadás.



Ezekből a részletekből csak annyit szeretnék kiemelni, hogy a szétesés fogalma csak az Én, ill. a személyiség összetevőinek izolált szemléletéből adódik. Ha az egyének a külvilággal szembeni relációját is figyelembe vesszük, mely a szétesésből következik, akkor nyilvánvaló, hogy az implicite magában hordja a személyiségnek összefolyását a külvilággal. A szétesés jelenségei tehát az Én és a külvilág közötti határátfolyásnak különböző fokozataival járnak a személyiség leépülésének foka szerint. Az alábbiakban látni fogjuk, hogy nemcsak egy ilyen dinamikus viszonyról van szó, hanem a szétesés formáiban az öngyógyító működés is felismerhető, mely a collectivbe történő szétfolyást feltartani és a személyiség integritását visszaállítani törekszik. Mielőtt erre részletesen rátérnék, emlékezzünk újból Kronfeld meghatározására a folyamatnak a személytelen léthez vezető irányáról és arról, amit a személyiség elvesztéséről a collectivben lefolyó feloldódásról mondtunk.

Vajjon megakadályozhatja-e az Én ennek a folyamatnak az előrehaladását és ha igen milyen eszközökkel fogja azt megkísérelni? Olyan ellentétes irányra kell gondolnunk, mely a személytelenedéssel, a mindenben feloldódással ellentétes irányban működik. Az Én, határainak feloldódásával szemben, a határok megerősítését, a személyiségnek elhatárolását állítja oda gátnak. Azt hiszem, már látjuk is a schizophrén jelenségeknek azt a sorát, mely ennek a célnak elérésére törekszik. A schizophrén összeolvadási tendenciáknak öngyógyító kísérlete a modorosságban jut kifejezésre. A modorosság finalis értelme, az Énnek elhatárolása a közösségtől, a különbözőség kiemelése, végül az egyéni, egyedüli jelleg túlhangsúlyozása. Ez a törekvés legfeltűnőbb a magatartásban, de az egyén valamennyi lelki funkciójában, értékszemléletében és „indirect materialis személyiségében” (James kifejezését használva) egyaránt megnyilatkozik. Gruhle első között hangsúlyozta, hogy a schizophrén modorosságok, „Verschrobenheit”-ek egy akaratlagos „más lenni akarás”-nak a következményei. Ugyanúgy szerinte a schizophrén beszéd sem a közlés célját szolgálja. A modorosságban tehát az Énnek a bizarrba torzult erőfeszítéseit látjuk, melyekkel a személyiségnek összefolyását a collectivbe elhárítani törekszik. Természetes, hogy a modorosság lehet praeventív és reparatív, aszerint, hogy az Én elvesztésének elhárítását prophylaktikusan vagy a feloldódott Ént felépítő öngyógyító működésről van szó. A modorosságban is még a kapcsolatbalépési törekvés érvényesül, ha bizarr formákban is, csak a kapcsolatok eszköze a közlés, a kifejezés fokára esett vissza. Értelmezésünk a modorosság finalitását illetően egy a külvilágra irányított relációs-tudatot nem nélkülözhet. Hogyan alakul ki vajjon a személyiség elhatároló törekvése, amikor az Én egy archaikus nagyzás tetőfokán a mindenséggel olvad egybe? Amikor nemcsak a külvilággal kapcsolatok re-constructiója válik szükségessé, hanem a tárgyaké is, melyek beolvadtak a kozmikusra tágult Énbe? Egy paraphreniás téveszmerendszer részletei útmutatást nyújtanak feltett kérdéseinkre<sup>\*)</sup>. A beteg 60 nonnillio évesnek mondja magát, az emberiség ezt az időt nem vette észre, mert jégbe volt fagyva. Isteni üzenet folytán neki jutott „a napadás” feladata, neki kell az emberiséget a jégből kiolvasztani és a világegyetemet újból felépíteni. Az ő hatalma folytán az összes világegyetemek eggyé váltak, megsemmisíthetetlenek. Minthogy nála van a hatalom, a fény, a meleg, a nap, ha ő eltávozik az emberek he-

lyükön lefagynak. A kifagyott világot emberekkel is be kell népesíteni, ez az emberépítés, melyben ő mint centrifugális erő működik. Rajta keresztül találják meg magukat az úgynevezett lelkek. Munkáját magasfeszültségű delejjel végzi, melyet a körülötte lévőeknek meg kell érezniök. De mert nem lehet mindenütt, „transitálásra” van szükség. Ez az ú. n. „stancokon” keresztül történik, melyeket „másodlagossal” állítanak elő. A „stancokba” „transitál”, ezekkel kicserélődik, ha elszáll a világűrbe, vagy ha azok fenyegetve vannak, a „főlélekcsoportozat” száll beléjük. A „stancok”, „másodlagok”, az ő „typ”-je alapján készültek, ezektől csak a „vulgo H. I.” megjelölés (Homo Primus) különbözteti meg.

A beteg Énje a kozmikus nagyzásban visszatükrözi azt az archaikus fejlődési szakot, amikor az Én még nem választódott el a külvilágtól, hanem azt közvetlenül Énjéhez tartozónak élte meg. Az Én az egész kozmoszt magába foglalta, a világ elpusztult, csak az Én élte túl. De a beteg állandó kísérletet tesz, hogy a világegyetemet újból felépítse, a tárgyakat újból életre hívja. A világ benépesítése azonban csak az Énből történhet; ezek a „stancok”, a „másodlagok” az Én peripheria projectiói. A világ az ő alteregóival, saját kópiáival telik meg, mennél inkább törekszik a tárgyak re-constructiójára annál inkább lesz minden Énné a külvilágban. Saját kópiáival azután kicserélődik, azokba „transitál”, vagyis velük ismét egybeolvad. Az öngyógyítási kísérlet, az elvesztett világ felépítése örök sikertelenségre van ítélve. Ebben az archaikus phasisban, mint látjuk, az öngyógyító kísérlet az Én többszörös feldarabolásának útján történik. A külvilággal teljesen összeolvadt Én a tárgyakat csak a saját Énből, annak sokszorosításával és projectióival kísérheti meg. De a narcismusba visszaesésnek ezen az ősi fokán a levált Én-részek Én-jellegüket megtartják.

A személyiség feloldódását a schizophreniás folyamatban és az ellentétes irányba működő öngyógyítási munkamódokat egy hosszú skála kezdeti- és végpontjában ismertetem. E skálás belül vannak az Én és a lelki funkciók hasadásának átmenetei és változatai, melyek ugyancsak az Én leépülési fokainak dinamikus függvényei. Ezekre mind nem térhettem ki, de talán sikerült érzékeltetnem annak a heroikus küzdelemnek egyes phasisait, melyeknek célja az Én és a tárgyak megtartása. Ez a kísérlet a schizophrén világ tárgynélküliségében, a narcistikus regressión hiúsul meg és egy tragikus solipsismusban végződik.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

## A sugártest hámeredetű daganatairól.

Irta: Németh Lajos dr. egyet. tanársegéd.

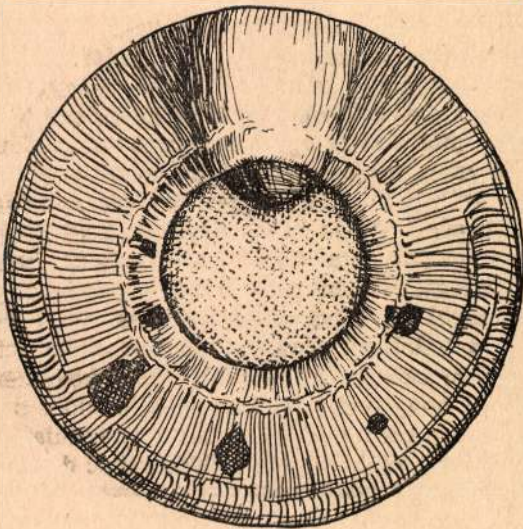
Ha az uveából kiinduló daganatok változatos és gazdag tömegét szemügyre vesszük, akkor feltűnik, hogy abban milyen szerény számmal szerepelnek a sugártest daganatai. Nem képzelhető, hogy az innen kiinduló daganatok gyakrabban kerülnék el a beteg, vagy az orvos figyelmét, mert a sugártest igen érzékeny és aránylag jól vizsgálható része a szemnek, megbetegedése vehemens tüneteket okoz. Annak dacára, hogy fejlődésánál komplikáltabb egység, mint az érhárta, daganatos betegségekre mégis kevésbé hajlamos. Ektodermális eredetű része különféle természetű hámdaganatoknak kiindulási helye lehet. Hogy mi okozza a hámsejtek

\* A beteget 1934-ben a Lipótmezei Elmeógyógyintézetben észleltem.

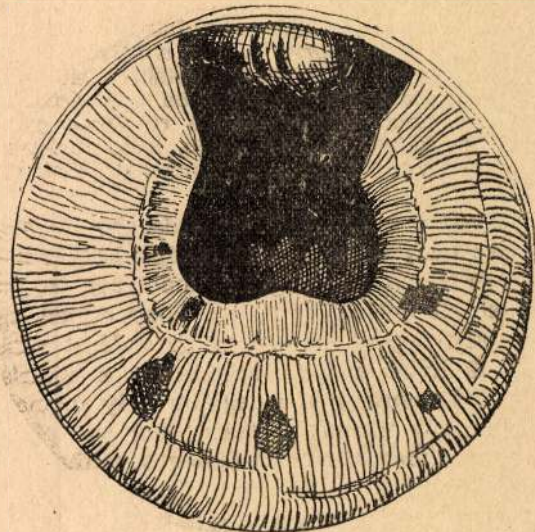


daganatos burjánzását, az még nagyjából eldöntetlen. Mindazonáltal a daganatok jelentkezési idejéből, valamint előző megbetegedésekből azt gondolhatjuk, hogy egyes esetekben a fiatalabb korban a szunnyadó embryonális csírok hirtelen növekedését gyulladással, máskor sérülés váltja ki. Idősebb korban pedig a hám-elemek senilis elváltozása, burjánzása lehet a daganatos burjánzás alapja egyéb izgató momentumok segítségével. A gyermekkorban jelentkező sugártesti hámdaganatok az embryonális ideghártya szerkezetéhez hasonló daganat szövet formájában mutatkoznak s az irodalomban *diktyoma* néven szerepelnek. A gyér számú közlések szerint a lemezes szerkezetet mutató hámdaganat kötegek, rosetták alakjában fejlődik és úgy a sugártest belsejébe, mint a szem belseje felé növekedik. A rosszindulatú daganat enucleatiót tesz szükségessé. Úgy idő-

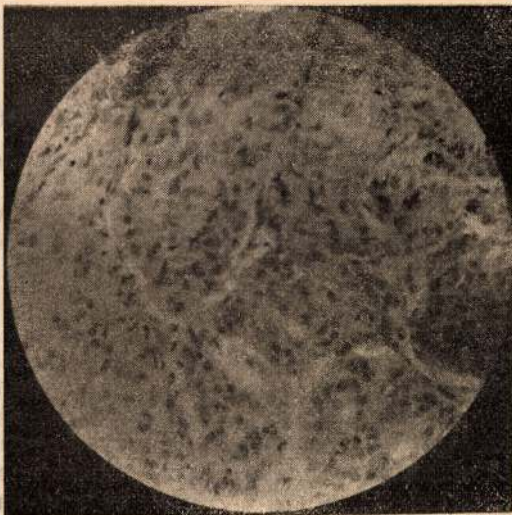
A sugárnyulványok végén mutatkozó kicsiny, 1—2 mm-es megvastagodás észlelhető és rendszerint egyéb okokból feldolgozásra került bulbusokban látható, mint melléklet. Szövettanilag a ciliaris epithel szabályos tulburjánzásából keletkező hámkötegek és lemezek jellemzik a daganatot, e mellett helyenként látszólagos lumen szerű üregeket fognak közre a hámsejtek. Jellemző, hogy a daganatban sem kötőszövet, sem erek nem láthatók. Egy ilyen esetet magyar szerző, *Szabó György dr.* is közölt az irodalomban. Utolsónak marad a sugártestből kiinduló rosszindulatú hámdaganat, amelyből az irodalomban csupán néhány fordul elő. A daganatok egy része gyulladás folytán megvakult szemekben fejlődött, ahol olykor még csontot is lehetett a szemekben találni. A ciliaris epithelből származó daganatsejtek a rosszindulatúság minden jelét mutatják, olykor még a szem-



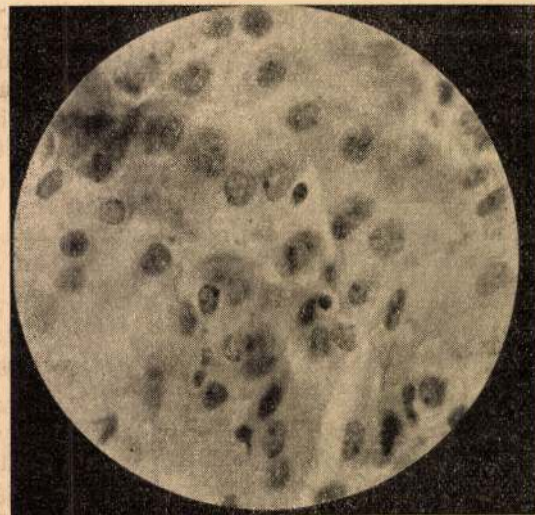
1. ábra. Műtét előtt.



2. ábra. Műtét után.



3. ábra. Kis nagyítással.



4. ábra. Nagy nagyítással.

sebb korban degenerációs jelenségképen, vagy gyulladás által okozott elváltozásként, mint fiatalabb korban az embryonális életből származó hibaként előfordulhatnak *cysták* a sugártestben. Ezek vagy az egymással szomszédos sugártesti nyulványok összetapadásából, vagy a ciliaris epithel két rétegének szétválásából s közöttük savós bennék felgyüleméséből származnak.

A felnőtt korban előforduló sugártesti hámdaganatoknak két fajtáját kell még megemlítenem. Az egyik a jóindulatúnak mondható *Fuchsféle daganat*, vagy *pseudoadenoma*, mely főleg idősebb korban jelentkezik és az irodalomban közölt esetek száma kb. 30—40-re tehető.

golyó burkát is áttörik. Két különálló eset *Merkelé és Fleischeré*, ahol a rosszindulatú hámdaganat teljesen békés szemekben fejlődött és enucleatio után történt a szövettani vizsgálat. Mindkét szerző a „sugártest *primaer carcinomája*” elnevezéssel illette a körképet. *Fleischer* szerint a daganat rosszindulatúsága enucleatiót tesz szükségessé addig, amíg sugaras kezeléssel való befolyásolhatósága beigazolást nem nyer. Mivel a klinikánk beteganyagában hasonló, szinte egyedülálló esetet figyelhettünk meg, legyen szabad azt röviden ismertetni.

*K. S.-né* 55 éves nő egy év előtt azzal kereste fel a klinikát, hogy a bal szemén pár hónap óta romlik a látása,



utóbbi időben kicsiny foltot lehet látni ezen a szemén. Sérülés nem érte a szemét, gyuladásban sem volt.

Látásélesség: o. d.: 5/50 + 5.0 D sph. = 5/6,  
o. s.: 1 méterről olvas ujjakat.

Jobb szem ép. Bal szem halvány, előlső csarnok felül sekélyebb, a zöldes-barna színű szivárványhártya felül előre van nyomva, ennek megfelelően itt kissé sorvadt a szövete és szürkésbe hajló színű. A szivárvány előreboltosulása egész a pupilláris szélig terjed, ahol egy barnás-szürke színű, kissé dudoros felszínű, gömbölyded térfogat nagyobbodás látható. Ez azonban a pupilláris szélen alig ér túl. Szivárványban szeplők láthatók, a lencse nagyrésze elszürkült, csupán a széli részeken nyerhető egyes helyeken elmosódott vörös reflex. A sugártest tájéka felül a tumornak megfelelően nem világítható át. Tensio normális. Az első gondolat a sugártestből kiinduló melanosarsoma volt, csupán a daganatnak barnás-szürke színe ejtett bennünket gondolkodába. Mivel a betegnek kataraktája volt, úgy határoztunk, hogy elvégezzük az extractiót s egyidejűleg a daganatból próba kimetszést csinálunk. Iridectomia után a szivárvány mögött elhelyezkedő daganat nagyobb részét egy kb. 6x6 mm-es darabot kivágunk, majd elvégeztük a sima tokos hályog extractiót. (op. Prof. Horváth). Már a hályog extractio után is feltűnt, hogy a coloboma területében felül jókora lencsényi daganatszövet domborodik be a sugártest tájékáról. Műtét után sima sebgyógyulás, a coloboma gyöki részén tükörrel jól látható a sötét színű, kissé dudoros felszínű laposan az üvegtest felé bedomborodó daganat. (l. 1. és 2. ábra.)

Időközben a kivágott tumordarabot szövettanilag feldolgozva a következő érdekes képet láttuk: tiszta hámszerű sejtekből álló daganat, amelynek sejtjei kisebb fészkeket alkotnak oly módon, hogy ezeket egymástól vékony sejtsejtszegény kötőszöveti gerendázat választja el. A fészkek külső sejtjei hengeresek, a ciliaris epithel sejtjeihez hasonlítanak, a legtöbb hely pigmentet nem tartalmaz, bár vannak fészkek, ahol sok pigment látható a sejtekben a ciliaris pigment epithelhez hasonló elrendeződéssel.

A fészkek közepén levő sejtek már igen polymorphok és különböző chromatin tartalmúak. Magoszlás csak elvétve látható. A daganat más helyein a sejtek meglehetősen szabálytalanul többsoros kötegek formájában rendeződnek. A sejtek itt is igen polymorphok, nagy maggal és nucleolussal bírnak. A protoplasmában helyenkint vacuolák vannak. Az elválasztó kötőszöveti gerendázatban helyenkint érkeresztmetszetek láthatók. A hámfészkekben helyenkint haematoxylin — eosinnal rózsaszínűre, Van Giesonnal sárgás-barnára festődő egynemű massa látható kis gömbök, vagy amorph kötegek formájában, (l. 3. és 4. ábra.)

Az eddig elmondottakból is látható, hogy úgy *klinikailag mint szövettanilag a corpus ciliare epitheljéből kiinduló rosszindulatú hámdaganatról van szó.*

Tekintettel arra, hogy a beteg jól ellenőrizhető volt, kísérletképpen az egyetemi Röntgenintézet irányításával röntgen besugárzásokat végeztünk a Coutard-féle fracionált protrahált besugárzás módjára. 16 egymásután következő napon kapott a beteg 180 R.-et (23.50 KW 4 MA 30 cm. focus távolság, 3 mm al. filt.) úgy hogy ilyen módon az összemennyiség 2880 r-et tett ki. Ezt a nagy dosist annál inkább meg mertük adni, mert a lencse hiányzott és a beteg tudatában volt szembenézésének. Eltekintve a szemhéj bőrén kifejlődött enyhe röntgen dermatitistől, a szem részéről semmiféle reactio nem jelentkezett. Feltűnő volt ezzel szemben a sugártesti daganat gyors megkisebbedése. A lencsényi daganat féllencsényi nagyságúvá és sima felszínűvé lett.

Az egy esztendő elteltével megejtett utolsó kontroll vizsgálat alkalmával:

Látásélesség: o. d.: 5/50 + 5 D sph. = 5/6,  
o. s.: 1 méterről ujjolvasás + 13 D sph. 5/10.

Valamivel gyengébben fejlett pillaszörök, kissé szűkebb szemrés, valamivel vörösebb kötőhártyák. Az erek a bulbaris kötőhártyán nem kanyargóbbak mint jobb oldalt. Mély csarnok, szabálytalan coloboma, nasalis szára becsipődött, pupillaris szél több helyen lenőtt az üvegtesti hátyára, e miatt a pupilla kissé öblözött és felhúzódott. Coloboma gyöki részén szemtükörrel, de focalisan is a sugártest laposan kiemelkedő, elég sima felszínű, féllencsényi daganata látható. Szemfenék ép.

Ha ezeketán összegezni kívánjuk az előzőket, azt mondhatjuk, hogy esetünk a *Merkel* és *Fleischer* által közöltékhez hasonlóan a sugártest carcinomájának gondolható. A daganat ép szemén fejlődött, az anamnesisben gyulladás, vagy sérülés nem szerepel. A szivárványhártját nem infiltrálta, hanem azt előrenyomta, közte, valamint a lencseközött növekedve megjelent a pupillaris szélén. Érdekes, hogy a daganatos szemén hályog fejlődött, ennek okát egyrészt a daganat nyomása a lencsere, másrészt megzavart táplálkozási viszonya magyarázzák. A beteg mindkét szeme nagyfokban hypermetropiás, ez a körülmény a szemek némi kisebbségére utal s mint egy alkati hiba talán előmozdíthatta a daganat kifejlődését megindító tényezők hatását. A fracionált protrahált röntgen-besugárzás a daganat megkisebbedését okozta és egy esztendő alatt progressio nem állott be. Ez arra enged következtetni, hogy a besugárzás legalábbis megfosztotta a hámszöveteket proliferatív képességüktől. Ugyanakkor érdekes volt megfigyelni, hogy a hatalmas röntgenosis semmiféle retinakárosodást nem okozott. Mindezekből az a következtetés vonható le, hogy a ciliaris hámból kiinduló e nagyon ritka daganatok nem mindég olyan rosszindulatúak, mint a szervezet egyéb helyein fejlődő rákos daganatok.

**A Pázmány Péter Tudományegyetem élettani intézetének (igazgató: Beznák Aladár ny. r. tanár) és az általános kórtani és bakteriologiai intézetének (igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár) közleménye.**

## A villikinin hatása a glykose felszívódására a bélből.

Irták: Kokas Eszter dr. és Ludány György dr.

Régebbi kísérleteink folyamán kimutattuk, hogy a boholyozgás intenzitása és a felszívódás foka között bizonyos párhuzam áll fenn. Egyes a boholyozgást erősen élénkítő fűszerek, valamint extraktív anyagok fokozzák a glykose felszívódását a bélből. Újabb kísérleteink viszont azt mutatják, hogy a kokain, amely lokálsan alkalmazva bénítja a boholyozgást, csökkenti a cukor felszívódását. Mindezen kísérleteinkben a boholyozgás befolyásolása úgy történt, hogy mind az ingerlő, mind a bénító anyagot a felszívódásra kerülő cukormennyiséggel együtt vittük be a bélkacsba, tehát helyben alkalmaztuk. A további kérdés az volt, hogy a boholyozgás hormonális úton befolyásolása révén kimutatható-e az összefüggés a boholyozgás élénksége és a felszívódás nagysága között. Régebbi vizsgálatok során megállapítottuk, hogy a boholyozgást valamilyen humoralis anyag ami a duodenumban a savanyú gyomortartalom vagy sósav hatására keletkezik, nagymértékben fokozza. Ezt az anyagot hatásának megfelelően villikininnak neveztük el.

*Frouin* és *Lalou* kimutatták, hogy a glykose aktívalólag hat a secretinre. Mivel a villikinin aktívalódása hasonló mechanizmus szerint történik, mindenképp el kellett dönteni, hogy milyen hatása van magának a glykosenak ezen hormon aktívalódására. Erre vonat-



kozó kísérleteinkhez 36—48 óra éhez, chloralose narkosisban levő kutyákat használtunk. A duodenumot a pylorusnál és a flexura-duodeno-jejunalisnál lekötöttük és a duodenumba kanült vezetünk. A boholyozgást a már több alkalommal ismertett módon egy jejunumkacson vizsgáltuk. A duodenumba pro kg 4—5 ccm 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os glykose fecskendeztünk. Három ilyen irányú kísérletben adott cukor a boholyozgás élénkségét egy esetben sem változtatta meg, holott ugyanazon kutyában a glykose kimosása után adott 0.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os HCl a boholyozgást igen erősen fokozta. Ez a kísérlet további bizonyítéka annak, hogy a villikinin nem azonos a secretinnel.

A kísérletek másik csoportjában ugyancsak éhez és chloralose narkosisban levő kutyákban a duodenum kiproeparálásával egyidejűleg egy kb. 25 cm hosszú jejunumkacsot izoláltunk és annak két végébe kanült kötöttünk. Ezen béldarabtól számítva mintegy 30 cm-el aboralisan megfigyeltük a boholyozgás élénkségét. Az izolált bélkacsot Ringer oldattal alaposan átmostuk, majd 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatból 2—3000 mg glykose fecskendeztünk. 20—30 perc múlva a bélkacsot kimostuk, a kapott folyadékot megszürtük, meghatározott térfogatra feltöltöttük és a felszívódott cukor mennyiségét *Benedict*-titrálással meghatároztuk. A kísérlet második részében a cukorral egyidejűleg a duodenumba testsúly kg-ként 3 ccm 0.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os sósavat fecskendeztünk és az előbbihez hasonló módon meghatároztuk a felszívódott cukor mennyiségét.

Hig sósavnak intraduodenalis befecskendezése fokozza a glykosenak felszívódását. Ez a fokozódás 12.7—30.8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>- között mozog, középértékben 20.8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. A boholyozgás is erősen fokozódik a sósav hatására s eredeti értékének 10-szeresét is elérheti. Ezek a kísérletek megerősítik azon régebbi megfigyelésünket, hogy a boholyozgás élénksége és a felszívódás mértéke között párhuzam áll fenn. Az elvégzett kontrollkísérletek azt mutatták, hogy a cukorfelszívódás mértéke 60—90 percen belül többször egymásután 20—20 perces kísérletekben meghatározva teljesen azonos.

Hogy a felszívódás fokozódása az élénkebb boholyozgás eredménye, mutatják azok a kísérletek is, melyekben úgy jártunk el, hogy a kísérleti állatnak intraduodenalis csak kisebb mennyiségű sósavat adtunk. Meghatároztuk a cukor felszívódást közvetlenül a sósav bevitele után, tehát erős boholyozgás mellett, majd megvártuk míg a sósav által aktivált villikininhatás megszűnt és a boholyozgás ismét normalis értékére csökkent és ebben az állapotban ismét meghatároztuk a cukorfelszívódás fokát. Kitűnt, hogy az említett kísérletek 2-ik szakaszában tehát alacsony boholyozgás mellett 13.6—16.9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-al nyertünk kisebb cukorfelszívódási értéket.

A további kérdés az volt, hogy a sósav hatása csak a vékonybélre irányul-e vagy pedig az egész béltraktusban jelentkező általános jelenség. Ennek tisztázására meghatároztuk a glykose felszívódás mértékét a colonban is intraduodenalis sósavbefecskendés előtt és alatt az előbbiekhöz teljesen hasonló methodikával. Amint 3 kutyán végzett kísérletünkben következik, intraduodenalis sósav injectio nem befolyásolja a glykose felszívódását a colonban. Ezen megfigyelés alapján valószínűnek látszik az a feltevés, hogy a glykose felszívódás fokozódása a vékonybélben a villikinin aktiválására vezethető vissza.

Már régebben rámutattunk arra, hogy a villikinin aktiválódását keresztezett keringésű methodikával is kimutathatjuk. Ugyanezt az eljárást alkalmazva, vizsgáltuk, hogy keresztezett keringésű kutyákban is meg-

figyelhető-e az intraduodenalis sósavbefecskendés felszívódást serkentő hatása. Két éhez kutyát „A” és „B” carotisát összekötöttük, „B” kutyán kiproeparáltuk a duodenumot, „A” kutyán viszont egy jejunumkacsot izoláltunk és ugyanezen állatban figyeltük a boholyozgást. Miután a kutyák vérnyomása állandósult, meghatároztuk az „A” kutyát izolált bélkacsában a glykose felszívódás értékét normalisan, majd a „B” kutyának intraduodenalis adott sósav injectio után.

Mind ezek a keresztezett keringésű kísérletek egyöntetűen azt mutatják, hogy intraduodenalis adott sósav a glykose felszívódását a másik kutyát vékonybélben 13.6—28.4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-kal fokozza, miközben a boholycontractio száma az eredeti értékének 5—10-szeresére nő.

A villikininre vonatkozó vizsgálatainkban rámutattunk arra, hogy a boholyhormont (a villikinint) a gyomor-béltraktus fermentumai nem támadják meg, és az a bélből felszívódva élénkítőleg hat a boholyozgásra. Ezen eredmények alapján megvizsgáltuk, hogy a bélbe adagolt villikinint tartalmazó nyálkahártyakivonat fokozza-e a cukor felszívódását. Amint az a kísérleti adatokból kitűnik a bélbe iniciált bélnyálkahártya kivonat is fokozza a cukor felszívódását mintegy 15—21.5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-al a boholyozgás élénkítésén keresztül.

Ezen kísérleti eredmények alapján felhívjuk a figyelmet arra a körülményre, hogy mindazon felszívódási kísérletben, amelyekben a kísérleti anyagot a gyomor megkerülésével viszik a bélbe, a felszívódás qualitativ viszonyairól nem kapunk tiszta képet, azonban a felszívódás foka mindig kisebb mértékű, mert kiesik a villikininnek illetőleg a boholyozgásnak a felszívódást mintegy 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-al fokozó hatása.

**Összefoglalás.** A nyálkahártyában levő provillikinint a glykose nem aktiválja.

Hig sósavnak intraduodenalis befecskendezése a glykose felszívódását csak a vékonybélből fokozza 12.7—30.8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-al, de nem befolyásolja a cukor felszívódási sebességét a vastagbélből.

A felszívódás fokozódása a boholyozgás élénkségének növekedésére vezethető vissza, mely a villikinin activálódása révén áll elő. Ezen eredményeket keresztezett keringésű kutyákon végzett vizsgálatok is igazolták.

A felszívódási sebesség a duodenumba vitt villikinint tartalmazó nyálkahártya extraktum hatására is fokozódik.

**A Pázmány Péter Tudományegyetem I. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)**

## A vörösvérsejtek átmérőjének növekedése rosszindulatú daganatos betegekben.

Irta: *Gorka Tivadar dr.*

Bár a rosszindulatú daganatok okozta vérelváltozásokról igen kiterjedt irodalom áll rendelkezésünkre, a vörösvérsejtek átmérőjének megváltozásával csak kevés közlemény foglalkozik. *Aub* rákos vérszegénységben nagyobb vörösvérsejtátmérőt (v. á.) talált, *Brugsch* szerint a daganatos betegek v. á.-je nem változik meg jellemzően, *Bock* a vastag- és végbél rákjában nagyobb v. á.-t mért, más szervek betegségekor normalisat. Gyomorrákban többen találtak nagyobbodott v. á.-t (*Bock*, *Griesbach*, *Cheney*, *Keller*). Legújabbban *Alder* és *Markoff* korán kifejlődő, a vérszegénység fokától független v. á. nagyobbodást talált, az átlagos átmérő 7.94  $\mu$  volt. A felsorolt vizsgálok közül csupán *Brugsch* mért oculomikrometerrel, a többiek mind diffractio-



elven alapuló készülékkel, holott közismert, hogy pontos adatokat legalább 200 sejt ocularmikrometerrel történő lemérése szolgáltathat. Megnehezíti az eredmények értékelését az is, hogy az egyes vizsgálok különböző értékeket tartanak szabályszerűnek. Érdeemesnek ítélem ezért újabb vizsgálatokat végezni, vajjon tényleg csak egyes szervek rákjai, vagy pedig általában a rosszindulatú daganat okozza-e a v. á. nagyobbodását. Ha ugyanis különböző elhelyezkedésű rákos és sarkomás betegeken egyaránt észlelhető az említett elváltozás, függetlenül attól, van-e vérzési anaemia, akkor az feltétlenül magára a daganatra jellemző.

**Eljárásmódom:** Vizsgálataimat 28 betegen végeztem, akik közül 3 sarkomásban, a többi rákban szenvedett. Összeállításomban csakis olyan betegek adatait ismertetem, kiken a jellemző klinikai képen kívül a kórismét röntgenvizsgálat, élőből vett szövet vizsgálata, több esetben pedig a boncolás biztosította. A v. á-t nativ készítményen ocularmikrometerrel lement 200 sejtől számítottam ki. Az irodalomban igen különböző v. á. értékeket mondanak szabályszerűnek. *Wirth* a 6.3  $\mu$ -os, míg *Collatz* a 8.52  $\mu$ -os átlagos v. á-t is normalisnak veszi. A különböző módszerek és az egyéni hibák lehető kiküszöbölésére 46 különböző szerző, különféle módszerekkel kapott normalértékeiből számított középértéket vettem szabályszerűnek. Az így kiszámított v. á. 7.61  $\mu$  volt, ezt vettem összehasonlításaim alapjául. Jól megegyezik ez az érték *Borosnak* saját mérései alapján megállapított 7.5  $\mu$ -os átiagértékével.

Diagnosis	Vörösvérsejt millió	Volumen $\mu^3$	Haemoglobín	Fehérvértst ezer	Süllyedés mm/óra	Vérzés	Vörösvérsejtszám		
							min.	közép.	max.
Cc. ventr.	4.3	100	—	9.0	75	+++	7.5	7.9	9.75
" " 1)	4.5	90	—	9.6	3	—	6.75	8.3	10.5
" " "	3.5	—	55	—	23	+++	6.5	8.4	10.25
" " "	3.1	—	65	—	12	—	6.75	8.4	10.5
" " "	2.6	—	58	4.2	45	+++	6.75	8.4	10.25
" " 2)	4.7	90	—	—	13	—	6.25	8.4	10.25
" " "	4.7	—	—	—	—	—	6.75	8.1	10
" " "	2.7	—	45	7.8	45	+++	5.5	7.4	10.75
" " "	2.7	—	62	3.9	85	+++	6.25	7.8	10
" " "	2.5	—	46	6.2	60	—	6	7.7	9.5
" " "	4.6	80	—	4.3	20	+	6.25	7.8	9.75
" " "	4.2	100	—	—	15	—	7	7.8	9.25
" " "	3.5	80	—	4.8	45	+++	6.25	8.3	10.25
" " "	5.4	80	—	9.1	14	+	6.5	8.3	9.75
" " "	2.7	86	—	18.7	83	—	6.25	7.7	9.75
Cc. oesoph.	4.7	90	—	6.8	17	—	7	8.3	9.75
Lyphosarc.									
jejuni	4.0	—	—	8.2	75	+++	6	8.6	10.5
Cc. prost. csontmetast. 3)	1.6	100	36	3	115	++	6	7.7	12.75
Cc. recti	4.7	80	86	14	75	—	6.5	7.9	9.75
" " "	4.5	—	—	4.4	15	++	6	8	9.5
" coli	3.6	100	78	6.8	23	+++	7.25	8.6	11
Csontsarc.	—	—	—	—	—	—	6	7.8	9.75
Sarc. metast.									
pulm.	5	80	—	7.7	14	—	6.25	7.9	9.5
Tum. mediast.	3.8	103	81	7.5	72	—	7	8.1	9.75
Cc. pulm.	3.3	114	82	7.2	—	—	6.25	8.2	10.75
" " 4)	4.6	81	—	4.1	70	—	6.5	8.4	10.25
" " 5)	5.8	71	—	17.9	85	+	6.75	8.5	11
Parotitis cc.									
oper. met.	4.6	71	—	12	62	—	6	7.85	9.5

1) Áttételek a máj-, pankreas- és csepleszben.

2) Régi perniciososa. Ambulans.

3) Néhány ovalis, sok töredezett sejt.

4) Lues.

5) Több töredezett és körtealakú sejt.

A táblázatbeli 28 beteg közül 24-ben jóval nagyobb volt a v. á., csupán 4-ben rendes. Az összesekből számított átlag v. á.  $8.15 \pm 0.13 \mu$ , ami  $0.54 \mu$ -nal nagyobb a szabályos értéknél, tehát bizonyosan kívül esik a hiba-

határon. A 15 gyomor- és 1 nyelőcsőrakban az átlag átmérő  $8.09 \mu$ , a többi (bél, tüdő, prostata, stb.) rákban, illetőleg sarkomásban szenvedő betegé pedig  $8.21 \mu$ . A vizsgált gyomorrákosok közül 10, a többiek közül 5 volt vérszegény, 4.5 milliónál kevesebb vörösvérsejttel. A vérszegények és nem vérszegények v. á. különbsége a hibahatáron belüli. Az ismertett irodalmi adatok szerint a gyomorrákos betegek közepes v. á.-je  $7.92 \mu$ , az én meghatározásaim szerint ennél  $0.17 \mu$ -nal nagyobb. Mint *Bock*, én sem találtam összefüggést a v. á. és a vérszegénység foka, a daganat helye, áttételei és az esetleges vérzések között. A sejtek volumenje egyszer sem volt nagyobb a rendesnél, néhány esetben inkább kisebb. A sejtek alakja kerek, az anisocytosis csak kevésbé fokozott, inkább a nagyobb, mint a kisebb sejtek irányába. Mindezekből kitűnik, hogy általában a rosszindulatú daganat, nem pedig különlegesen a gyomor daganatai okozzák a v. á. nagyobbodását. A sejtek térfogata nem növekszik a v. á.-vel arányosan. Ez a hatás már korán, a vérszegénység és a senyveség kifejlődése előtt észlelhető, s így alkalmasnak látszik arra, hogy a vörösvérsejtsüllyedéshez hasonlóan, a daganatos betegség gyanúját megerősítve, előmozdítsa a kórismézést.

#### Összefoglalás:

1. A vizsgált 28 rákos és sarkomás beteg közepes vörösvérsejtátmérője  $8.15 \pm 0.13 \mu$ , a 16 gyomorrákosé  $8.09 \mu$ , a többi daganatosoké  $8.21 \mu$  volt.
2. A sejtek alakja nem változott, az anisocytosis sem fokozódott számottevően.
3. A sejtek volumenje nem nagyobbodott az átmérőnek megfelelően, a sejtek aránylag laposak.
4. A makrocytosis független a daganat elhelyezkedésétől, áttételeitől, a vérszegénységtől, a vérszegénység fokától és a betegség előrehaladottságától.
5. Mint korán kimutatható tünet, a v. á. nagyobbodásának megállapítása hasznos lehet a rosszindulatú daganatok kórismézésekor.

#### TARTALOM:

- Kovács Ferenc:** Adatok az előző falcsonttartás szülészeti jelentőségéhez. (1—6. oldal.)
- Herzum Alfonz:** Az ú. n. sportszív elektrokardiographiája különös tekintettel a megterhelési próbákra. (6—10. o.)
- Julesz Miklós:** Új eljárás a hypophysis gonadotrop-működésének ingerlésére. (10—13. oldal.)
- Purjesz Béla és Dávid Lajos:** A vizelet jódszáma (13—15. o.)
- v. Simon Tibor:** Paralyticusok malarialis lázának megszüntetése. (15—17. oldal.)
- ifj. Barla-Szabó József:** Adatok az emlőrák kóroktanához. (17—19. oldal.)
- Both Béla:** A Takata-reactio csapadékmennyiségének változása egyes betegségek folyamán. (19—21. oldal.)
- Csillag Jakab:** Dyspeptodermiák. (21—22. oldal.)
- Bak Róbert:** A személyiség szétesésének kórlélektanához. (23—24. oldal.)
- Németh Lajos:** A sugártest hámeredetű daganatairól. (24—26. oldal.)
- Kokas Eszter és Ludány György:** A villikinin hatása a glykose felszívódására a bélből. (26—27. oldal.)
- Gorka Tivadar:** A vörösvérsejtek átmérőjének növekedése rosszindulatú daganatos betegeknél. (27—28. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Centrum Kiadóvállalat Részvénytársaság,  
Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.; 144—422.  
Felelős üzemvezető: Csontos Lajos.