

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.

telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.

(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

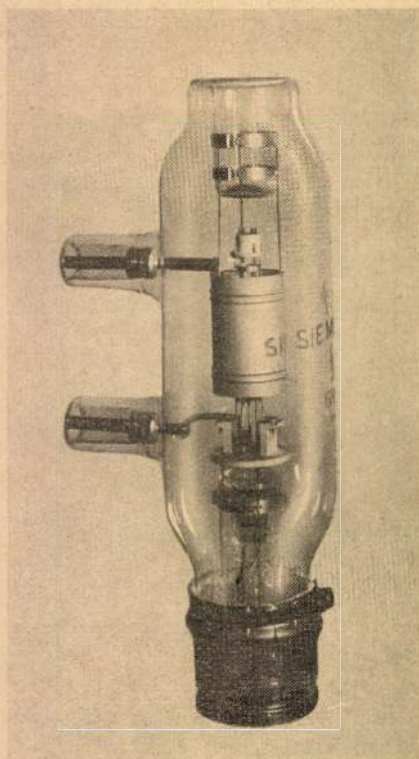
Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetőek: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. Szlovákiában: Eleőd Solt, O. H. Dunabank, Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az „Orvosi Hetilap”-ra az „Orvostudományi közlemények”-kel 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 összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2.50 P. A „Magyar Orvosi Archivum” egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Vaktában dozirozni...

bizonytalan hatás!



A gyogyeredmények javulását
akkor várhatjuk a rövid-
hullámú kezelésben, ha a
Siemens - RH - géppel
beépített RH - dózis-
mérővel
dolgozunk. Régebbi Siemens-
gépbe is beszerelhető.

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK RT.
röntgen- és orvostechnikai gépgyár
Budapest, VI., Nagymező-u. 4. Telefon: *224-860.

Digitális titer „Enterosolvrens Medichemia”

Csak a duodenumban oldódik, gyomortüneteket nem okoz.



CSOMAGOLÁS ÉS ÁRAK: 20 dragée à 0.05 gr. P 1.50 100 dragée à 0.05 gr. P 4.30

MEDICHEMIA GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNYEK GYÁRA R. T. BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, BALÓ JÓZSEF, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR,
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE,
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Blaszó Sándor: Új eljárás a toxikus vérhas gyógyítására. (619—621. oldal.)

ifj. Verebély Tibor: A műtéti eljárások értékelése a gastrocolicus sipoly kezelésében. (621—622. oldal.)

Barla-Szabó László: Asthmás rohamban elhaltak tüdőelváltozásai. (622—624. oldal.)

Irodalmi szemle: (624—626. oldal.)

Könyvismertetés: (626—627. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (627—628. oldal.)

Grósz Emil: A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Centennáriuma. (629. oldal.)

Lapszemle: (629—630. oldal.)

Vegyes hírek: (630—631. oldal.)

Hetirend: (631. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Horthy Miklós Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Kramár Jenő ny. r. tanár.)

Új eljárás a toxikus vérhas gyógyítására.

Irta: *Blaszó Sándor dr., egyetemi m. tanár.*

A csecsemő- és gyermekkori bacillaris vérhas egyszerű és lázas formáinak gyógyítása különösen a diétika fejlődésével sokban tökéletesedett. Annál nagyobb feladat elé állít bennünket a toxikus vérhas: ennek gyógyítása terén még nagy a bizonytalanság s a súlyos esetekben tehetetlenek vagyunk. Hogy a dysenteria e formája milyen mértékben szedi áldozatait, kiderül *Goldinának* az idén közölt s 205 toxikus dysenterias betegére vonatkozó adataiból. E betegek 64.4%-a halt meg s az egy évesnél fiatalabb csecsemők halandósága 71.8% volt. Ezek az ijesztő számok érthetővé teszik a toxikus vérhas gyógykezelésének javítására irányuló törekvéseket.

Hogy egy betegséget eredményesen gyógyíthassunk, ismernünk kell annak lényegét. *Toxikus dysenteriaról* van szó, mindenekelőtt tehát azt kellene tudnunk, hogy mi a toxikus tényező. Az első gondolat, hogy a kórokozó toxinja okozza a mérgező állapotot, de az is lehetséges, hogy a toxikus állapot a szervezet sejtjeinek működészavarával van összefüggésben. A serumkezelés kudarca, továbbá az a körülmény, hogy a toxikus tünetek gyakorisága egyforma, akár *Shiga—Kruse-*, akár *atoxikus törzsszel* történt a fertőzés, a bakterialis toxikosis ellen szól. Hasonló értelemben látszanak bizonyítani klinikánk vizsgálatai is (*Kramár és Blaszó*). Toxikus dysenteriaiban szenvedő betegek liquorában ú. i. sikerült olyan mérgező anyagot kimutatnunk, amelynek tulajdonságai a bakterium-toxinokéval egyáltalán nem egyeznek. E mérgező anyag egy része valószínűleg a bélben, talán a bélnyálkahártya pusztulása folyamán, másik része a szervezet sejtjeinek hibás működése folytán keletkezik.

Ebből kiindulva úgy láttuk, hogy gyógyító törekvésünknek is főleg kétirányúnak kell lennie: 1. meg kell akadályoznunk a vérhas kapcsán képződő mérgezőanyag keletkezését és felszívódását, 2. a lehetőség szerint közömbösíteni kell a már keringésbe került mérgeket.

I. *A mérgezőanyag felszívódásának megakadályozására* irányuló törekvésünkben az égési sebek kezelésének analogiája vezetett. Tudjuk, hogy az égett bőrből mérgező anyagok szívódnak fel, amelyek a közismert égési toxicosist idézik elő. Az égettek halálozási arányszáma azelőtt igen nagy volt. Amióta *Dawidson* ajánlatára az égési sérüléseket csersavnak koncentráltabb, 10—20%-os oldatával vagy abszorbens anyagokkal kezeljük, a halálozás sokkal csökkent. Ebből az analógiából kiindulva megkíséreltük, nem lehet-e a beöntéshez általában használatos tannin-oldat töménységét növelni. Kiderült, hogy az 5%-os oldatot a betegek még jól tűrik, viszont ez az oldat már, amint azt néhány boncolásra került esetünkben láthattuk, a bélnyálkahártya vérbőségét csökkenti, a hámfosztott területeket pedig valósággal cserzi. Természetesen gondosan kellett ügyelnünk arra, hogy az oldat a magas beöntés alkalmával lehetőleg a bél minden részét érje. A betegség legelején mindig hashajtás után végeztük csak az első beöntést, már néhány napja tartó betegség esetében a megfelelő diétán tartott betegnek hashajtót nem adtunk, hanem mindjárt beöntésekkel kezdtük a kezelést.

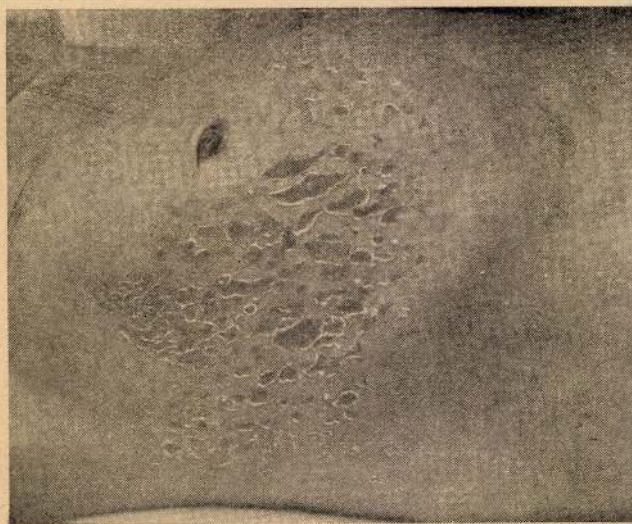
II. *A keringésbe jutott mérgező anyag közömbösítése* a nehezebb feladatok közé tartozott. Erre irányuló első próbálkozásainkat a különböző mérgezések kezelésében annyira hasznos natrium thiosulfáttal végeztük. Az eredménnyel azonban nem voltunk megelégedve.

Váradyval közösen végzett s a toxikus állapotok pathológiájával foglalkozó vizsgálataink azt mutatták, hogy toxikus dysenteriaiban a vér glutathion szintje sajátosan megváltozik. Megfigyelhettük ugyanis, hogy az összes glutathion, de főképpen a redukált glutathionszint e mérgező állapotokban erősen csökken. *Voegtlin* és *Thompson*, valamint *Waelsch* és *munkatársainak* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a redukált glutathion a szervezet méregtelenítésének hatalmas eszköze. Ez adatok alapján úgy gondoltuk, hogy talán glutathion segítségével a szervezetnek csökkent méregtelenítő képességét növelni tudjuk s ezzel a mérgező állapot is megszüntethető. Magával a glutathionnal, illetőleg egy glutathiont és sok szerves ként tartalmazó készítménnyel, az egyes betegségek toxikus formáiban már eddig is eredményesnek bizonyult detoxinnal próbáltunk. A glutathionból 3—6 mg-t, a detoxinból 3—5 ccm-t adtunk venába kevés physiologiás konyhasóoldatban oldva, illetve avval hígítva. E szerek hatása már meggyőző volt:

a toxikus állapot nem egyszer igen gyorsan oldódott, a szervezet ellenállóképessége megjavult, az aggasztó nagy súlyos megállt és különösen csecsemőkön a táplálék-toleranciának növekedését tapasztaltuk. Több olyan egészen súlyos állapotban lévő beteget is sikerült megmentenünk, akiket régebbi tapasztalataink alapján már elveszettnek véltük.

Bár ez a kezelési mód minden eddigi próbálkozásunknál hatásosabb volt, még egyre akadt szép számban eset, melyben segítségünk nem bizonyult elegendőnek.

Az eredménytelenség okát kutatva, érdekes jelenséget tapasztaltunk. A toxikus véchasban szenvedő gyermekeken több ízben feltűnt, hogy bőrük már a betegség első napjaiban barnásszürkésen pigmentált, hasonlított az Addison-kórosakéhoz. Később, a reconvalescenciában, ez még feltűnőbb lett, úgyhogy a bőr helyenként egészen bronzszínű volt, majd a gyógyulás előrehaladásával kiterjedt hámlás indult meg. A pigmentációs zavar ilyenkor különösen jól volt észlelhető, mert a már lehámlott területeken a friss bőr színe éles ellentétet adott a még le nem hámlott részletek színével (l. a mellékelt 2 ábrát). Ez a tény már magában is arra utalt, hogy a toxikus dysenteriában a mellékvese komoly működési zavarával kell számolnunk. Megerősítette gyanunkat a vér vizsgálata. Amint azt másutt már részletesen ismertettük, a súlyos mérgezéses vérhasbeteg véérére az alacsony chlor- és natrium-, a magas kalium-szint, a víztartalom s az alkalitartalom csökkenése s a glutathion szintjének fentemlített változása jellemző, melyek egyöntetűen a mellékvesekéregműködés csökkenésére utalnak. Boncolásra került eseteink kórbonctani lelete azután teljesen igazolt bennünket.



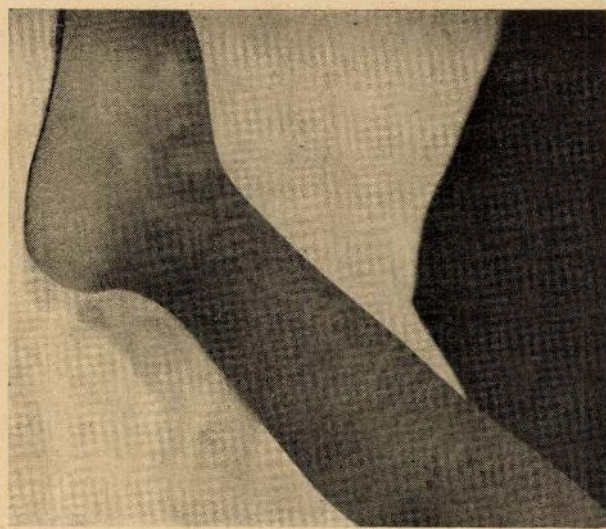
1. ábra.

Hogy a súlyos vérhas folyamán a mellékvese is megbetegedhet, a kórboncnokok előtt eddig sem volt ismeretlen, azonban eddig inkább csak néha előforduló lehetőségként tekintették a mellékvese laesióját. Poty-tyondy vizsgálataiban azonban azt mutatják, hogy ez a laesio a súlyos esetekben következetes.

Mindez most már megmagyarázza azt a fentemlített megfigyelésünket, hogy miért volt eseteinknek csupán egy részében hatásos a glutathion, illetve detoxin. A toxikus vérhasban a mellékvesekéreg működése zavart szenved. Ez a zavar nemcsak a bélből származó mérgező anyagok méregtelenítését nehezíti meg, hanem egyéb következményel is jár. Riml kutatásai szerint a mellékvesekiesés egymagában is endogen mérgező anyagok felhalmozódására vezet, melyek sajátosága, hogy az esetleg még fennmaradt mellékveseműködést tovább rontják.

A méregtelenítésben szerepet játszó s a mellékvesekéregben szintetizálódó glutathion egyre kevesebb lesz, a szervezet méregtelenítő képessége mindjobban csökken, végül teljesen kimerül. Világos, hogy a szervezetnek ilyenkor mellékvesekéregsubstitúcióra is szüksége van. Így jutottunk oda, hogy a fent ismertetett kezelést még kéreghormonnal is kiegészítsük. Ettől a kezelési módtól már meglepően jó eredményt láttunk. A jó hatás az idegrendszeri tünetek visszafejlődésében, a vízforgalom zavarának javulásában s a táplálék-tolerancia növekedésében nyilvánult. Érdekes volt egyes esetekben a kezelés befolyása a székletétre. Számuk nem egyszer már 2—3 nap múlva feltűnően megcsökkent, minőségük megjavult s főleg a vér tűnt el belőlük hamarosan. Csakhamar rájöttünk arra, hogy e hatás a mellékvesekéreghormonnak köszönhető. Megfigyelhettük ú. i., hogy a betegség kezdeti szakában a hormon kihagyására a székletek száma ismét több lett s minősége is rosszabb.

Természetesen hosszabb substitúció után az állapot már nem romlott s a beteg meggyógyult. A kéreghormon hatása a székletétre a következőképpen magyarázható. A mellékveseirtás, amint azt Rogoff és Stewart kísérleteiből tudjuk, gyakran súlyos, véres hasmenéssel jár. Az Addison-kórban szenvedőkön is gyakori a gyomor-bélzavar, a hasmenés. Úgy látszik tehát, hogy toxikus vérhas egyes eseteiben, melyekben t. i. a mellékvesebántalom különösen jelentékeny, a vérhas okozta bélfolyamat tüneteit a mellékvesefunkció csökkenése erősíti. Így érthető, hogy mellékvesekéreghormon hatására a béltünetek is javulnak, mert kiiktatjuk a tünetek azon részét, amelyért a mellékvesekéreg hibás működése a felelős.



2. ábra.

Összefoglalva tehát a toxikus vérhas gyógyítására kidolgozott eljárásunkat, a következő sémát állítjuk fel.

I. Az emésztőrendszer kiürítése (hashajtó).

II. 1. A bélben képződött mérgező anyagok lekötése és felszívódásának meggátlása (magas beöntés, a megbetegedés utáni első napokban naponta 1—2-szer 5%-os tannin oldattal).

2. A keringő vérben lévő mérgek megkötése (5—10 cg glutathion, vagy 2—5 ccm detoxin 10—50 ccm phys. NaCl-dal venába 2—3-szor napjában).

3. A szervezet méregtelenítő törekvésének támogatása. Az első két napon naponta 3—4-szer, további 6—8 napon át naponta 2-szer 1 ccm mellékvesekéreg-hormon izomzatba.

III. Folyadékbevitel és megfelelő táplálás.

Klinikánkon az ismertetett eljárást néhány esetben már 1938 nyarán kipróbáltuk. A kedvezőnek látszó eredményen felbátorodva az 1939. vérhasjárvány alatt már csaknem minden toxikus betegünket így kezeltük, csupán néhány könnyebb esetben kíséreltünk meg kontrollképen egyéb eljárást (pl. torantil-injectiókat) is s csak amikor az állapot rosszabbodni kezdett, indítottuk meg a fentvázolt kezelést. E gyermekek közül sem mindegyik részesült a teljes méregtelenítő kurában, ú. i. 7 csak lúthationt, 1 csak kéreghormont kapott, ami nem vált statistikánk előnyére.

Hogy eredményeinket helyesen ítélhessük meg, tájékoztatót kell adnunk arról, mik voltak tapasztalataink a régebbi járványok alkalmával. Az adatokat *Kramár*, *Miskolc* és *Csajághy* sajtó alatt álló monográfiájából vettük.

Az 1933—38. években összesen 915 vérhasbeteg kezeltünk a szegedi gyermekklinikán. Ezek között 143-nak volt toxikus vérhasa. Az összes vérhas esetek halálózása 15.62% volt, a toxikus csoporté 66.4%. Az 1939. évben kezelt 111 összes vérhasesetből 25 volt toxikus. Az összes halálózás 9.9% volt, a toxikus csoporté pedig 20%.

E magukban is beszélő számokhoz csupán két megjegyzést fűzünk. Az egyik arra a jogos aggályra vonatkozik, hogy öt esztendő összesítő statistikája nem hasonlítható össze egyetlen év adataival, mert így a különböző járványok mortalitásának spontán is mutatózó ingadozása nem jut kifejezésre. Erről azonban biztosan nincsen szó, mert amint az az említett monográfiában részletes feldolgozást s matematikai alátámasztást nyert, az egyes járványok halálózása ugyan elég nagy ingadozást mutatott, azonban még a legkedvezőbb esztendőben (1933) is messze felette volt (55.5%) az elmúlt esztendő halálózásának. Másik megjegyzésünkkel azt kívánjuk hangsúlyozni, hogy a 25 toxikus vérhasbeteg közül meghalt 5 betegünk elvesztését sem lehet kizárólag a kezelés rovására írni. Az egyik haldokolva került a klinikánkra, a másik 2000 g-os koraszülött, a harmadik 2400 g-os decomponált csecsemő volt, akik részben nem is magában a toxikus állapotban, hanem annak megjavulása után haltak meg. A negyedik gyermek boncolásakor mellékveseadenomát találtak. Az ötödik állapotát sajnos kezdetben nem ítéltük meg helyesen: könnyebbnek véltük s így a méregtelenítő kezelést elkésve indítottuk meg.

Összefoglalás: A toxikus vérhas kezelésére ajánlott új eljárás lényege: 1. a bélben képződött mérgezőanyagok közömbösítése s felszívódásuknak meggátlása nagy koncentrációjú cersav-oldattal, 2. a már felszívódott illetve intermediaer képződött mérgezőanyagok közömbösítése glutathion vagy detoxin segítségével, 3. a hibás mellékvesekéreg működés pótlása kéreghormonnal. Ezen eljárással sikerült a toxikus vérhas eddigi igen nagy halandóságát tetemesen csökkentenünk.

E helyen mondunk köszönetet a Glutathion készítményért a *Wander* a Detoxinért a *Wülfig* (Berlin), a Cortigenért a *Richter* és a Cortinért az *Organon* (Hollandia) vegyészeti gyáraknak, hogy a bőséges kísérleti anyagot szíves készséggel rendelkezésünkre bocsátották.

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

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

A műtéti eljárások értékelése a gastrocolicus sipoly kezelésében.*

Irta: ifj. Verebélly Tibor dr., egyet. tanársegéd.

A gyomor és vastagbél egymásközi közlekedése, a gastrocolicus, helyesebben gastrojejunocolicus sipoly valamely gyomron végzett műtét, a legtöbbször vastagbél mögötti gyomorbélösszeköttetés (GEA retrocolica posterior) kapcsán jelentkező fekély egyik legveszedelmesebb szövődménye. A betegség veszedelme, mert az emésztés teljes lehetetlensége mellett a gyógyítás kizárólag sebészi lehet csak, a műtét pedig a betegséggel együttjáró leromlott állapotban, valamint a bél és a gyomor súlyos gyulladással elfajulása miatt rendkívül kockázatos.

Minden műtéti beavatkozás célja a kóros összeköttetés megszüntetése. Ezt a célt a kérdéssel foglalkozó sebészek különböző utakon igyekeztek elérni. Mint legegyszerűbb megoldást — *Pólya*, *Rankin* és *Mayo*, *Israel* és *Kausch*, *Kotzaglu*, stb. — a sipoly szétválasztását és a nyílásnak mind az anastomosison, mind a vastagbélben külön elvarrását ajánlják. Ugyancsak *Kotzoglú*, valamint *Mac Lean* a vastagbélben a sipoly elvarrását, a gyomron pedig a bonctani viszonyok helyreállítását ajánlják, az ú. n. degastroenteroanastomosis útján, azaz az anastomosisnak a gyomorból leválasztását és a gyomor, valamint a vékonybél nyílásának elvarrását. *Detár* legújában *Hedry* két esete alapján a sipolyos vastagbélrészetnek vastagbélresectio útján kirekesztésével akart eredményt elérni. Ezzel szemben a mi álláspontunk az volt, hogy a gyomrot resecáljuk, a jejunum nyílásának elvarrásával, új anastomosis készítésével, a vastagbélben a sipolynyílást óvatosan kimetsszük és több rétegben elvarrjuk. *Clairmont* és *Hadjipetros*, valamint *Lahey*, *Frank* és *Swington* a gyökeres gyomor-, jejunum-, colon-resectio mellett foglaltak állást.

Nyilvánvaló, hogy ezek az eljárások egyrészt tüneti, palliatív műtétek, másrészt gyökeres, radicalis beavatkozások. Az összes tüneti műtétek egyedüli célja a kóros összeköttetés megszüntetése, úgyhogy az alapbetegség, a jejunalis fekély állapotán a műtét nem változtat. Előnyük, hogy a beavatkozás kisebb, ezért kockázatos a beteg leromlott állapotához mérve nem túl nagy. Viszont kétségtelenül nagy hátrányuk, hogy a műtéti beavatkozás ellenére megmaradt a jejunalis fekély minden egyéb fenyegető szövődménye, különösen a két legsúlyosabb, az átfúródás és a vérzés, nem is szólva a sipoly kiújulásáról. Ezzel szemben a gyökeres beavatkozás a tüneti gyógyításon kívül az alapsajt is gyógyítja, egyúttal az esetleg későbbi műtétek alól mentesíti a beteget, amit a palliatív műtétet ajánló sebészek csaknem kivétel nélkül szükségesnek mondanak.

Tapasztalataink szerint, melyek 11 operált gastrocolicus sipolyra vonatkoznak, a tüneti műtétek a következő nyomós indokok alapján nem vezetnek kellő sikerre.

1. Az egyszerű fekélykimetszés és sipolyelvarrás a baj megszüntetésére nem elég, eredménye nem tartós, gyakori a kiújulás. A jejunalis fekély legtöbbször vagy az anastomosis vonalában, vagy az elvezető bélkacsbán foglal helyet, elvarrása tehát az anastomosist becsúszkítene, ezáltal ürülési zavart idézne elő. A kóros

*) Megjegyzések *Detár Mihály dr.* az Orvostudományi Közlemények 1940. évi 11. számában megjelent cikkéhez.

összeköttetés bizonytalan megszüntetésének ára tehát a beteg gyomorpanaszainak rosszabbodása lenne.

2. A fekélykimetszés és az anatómiai viszonyok helyreállítása véleményünk szerint teljesen helytelen, sőt a legtöbbször lehetetlen is, mert a duodenalis fekély, ami miatt eredetileg a gyomor-bélösszeköttetést készítették, valamennyi esetünkben fennállott, sőt szűkületet is okozott.

3. A sipolyos vastagbélrészlet kirekesztése, véleményünk szerint igen kockázatos beavatkozás, egyrészt mert a vastagbél resectiójával éppen a gyökeres műtétek legnagyobb veszedelmét, a vastagbél varratainak elégtelenségét idézi elő (4 vastagbélcsomóvarrat, 1 vastagbél oldalanastomosis), másrészt a jejunalis fekély összes veszedelmeivel fennmarad. Nem is kell talán külön megemlíteni, hogy a kirekesztett vastagbélszakasz vér-ellátása igen problematikus. Ha pedig későbbi időpontban a beteg gyökeres műtetre kerül és amint ez igen gyakran előfordul — a fekély heges kötegébe ágyazott ütőeres íve a vastagbélnek sérül, a már egyszer operált vastagbélen újabb resectio nem vihető keresztül.

Az irodalom számszerű adatai ennek megfelelően azt mutatják, hogy 38 tünetileg operált betegből meghalt 4, 11 későbbi sorsa ismeretlen, 2-nek (*Detár* 2 esete) végleges sorsa még nem ítéhető meg, 2 esetben hamarosan kiújult a sipoly s a betegek az újabb műtét áldozatául estek, 11 esetben a panaszok kiújulása újabb műtéteket tett szükségessé és csak 7 beteg lett többé-kevésbé tünetmentes.

Ami a gyökeres gyomor-, jejunum-, colon-resectiót illeti, tapasztalataink szintén igen rosszak. A gyomor, valamint a bél fala a gyulladás következtében annyira törékeny, hogy a varratok tartóképesége erősen kérdésessé válik. Varrat pedig meglehetősen sok kell a gyomor és a duodenum-csonk elvarrásához, a jejunum újbóli egyesítéséhez a gyomorbél-összeköttetéshez, a vastagbél csonkjainak elvarrásához, valamint a vastagbél-összeköttetéshez. Tapasztalataink szerint a műtét után halálok ilyen esetben kizárólag a vastagbél varrat-élegtelenségéből származó hashártyagyulladás volt, ami mindenesetre óva int a gastrocolicus sipoly-esetekben a vastagbélresectiótól. Ez az irodalommal megegyező tapasztalatunk eredményezte, hogy *Detár* eljárását nem tudtuk olyan értékűnek elfogadni, amint ő ajánlja.

Minthogy a vastagbélresectiót ilyenkor veszedelmesnek találtuk, felfogásunk úgy alakult, hogy a műtétnek gyökeresnek kell lennie a gyomron és a vékonybélben, a resectióval és a jejunum összeköttetésével akár Y anastomosis, akár — helyesebben — körkörös jejunum-varrattal sarokanastomosis formájában, ezzel szemben a lehető legconservatívabban kell eljárni a vastagbélen, a fekély kimetszésével és egyszerű elvarrásával.

Természetesen a gyökeres beavatkozás halálozása magasabb, mint a tüneti műtéteké. Számszerű adatok ebben az esetben nehezen adhatók meg, mert a százalékos számításhoz nem áll elegendő eset rendelkezésre, s nem tartjuk helyesnek néhány eset százalékos halálozásából valamely beavatkozás jó, vagy rossz voltát eldönteni.

A mi 11 esetünkben (7 már előzőleg közlésre került) 1 tüneti műtét után azonnal meghalt, 2 esetben végzett gyökeres gyomor-, jejunum-, colon-resectio után vastagbélvarrat-élegtelenség és hashártyagyulladás volt a halálok.

8 esetben végeztük beavatkozásunkat a fent említett megfontolás alapján, 5 betegünk gyógyult, 3 meghalt és pedig 2 esetben az 5., ill. a 9. napon inanitio volt a halálok, 1 esetben pedig pulmonalis embolia.

Ha tehát az I. sebészeti klinikán szerzett tapasztalatakat vesszük figyelembe, kétségtelenül nem lehet túlságos okunk a pessimismusra a gyökeres műtétet illetően, de bizonyos óvatosságot ajánlunk a tüneti műtétek talán gyorsabb és könnyebb sikert adó, de múló eredményű és veszedelmes következményű voltával szemben.

A Pázmány Péter Tudományegyetem kórbonctani és kísérleti rákkutató intézetének közleménye.

(Igazgató: nemes Balogh Ernő ny. r. tanár.)

Asthmás rohamban elhaltak tüdőelváltozásai.

Irta: Barla-Szabó László dr. egy. tanársegéd.

Grimm Németországban $\frac{1}{2}$ millióra becsüli az asthmás betegek számát. Az asthmás roham alatt, illetőleg közvetlenül utána bekövetkezett haláletet azonban szerencsére ritka. Ezek közül is az igen hosszas lefolyás után elhaltakban az idősültté vált emphysema, bronchiectasiák, bronchitis elhomályosíthatja az alapbetegség tiszta bonctani képét. Ilyenkor természetesen a kórszövettani elváltozások is módosulnak, a rugalmas rostrendszer súlyos elváltozásai stb. nyomulhatnak előtérbe, mint pl. *Waweria* esetében.

A budapesti egyetemi kórbonctani intézetben boncolásra került, asthmás statusban elhalt két beteg kórtörténete szerint az asthmás rohamok mindössze $1-1\frac{1}{2}$ éven át tartottak, amiért is ezeknek az eseteknek a feldolgozása igen tanulságosnak ígérkezett.

I. eset. G. J. 57 éves nő, 19 évvel ezelőtt súlyosabb lefolyású influenzát állott ki, azóta légsző- és hörghurutja van. Egy év óta asthmás rohamai vannak. 1937. év augusztus 26-án pulsus nélkül, szederjesen, nagyfokú légszomjjal került kezelő orvosra szemé elé. Azonnal felvételre az I. sz. belklinikára. Betegségének fontosabb tünetei: nagyfokú expirációs dyspnoé, a tüdők felett kiterjedten sipolás, bugás, balra megnagyobbodott szív, tompa szívhangok, kiskokú boka-vizenyő. Klinikai diagnózis: Status asthmaticus. Emphysema pulmonum. Myodegeneratio cordis.

Még aznap este 18 órakor nagyfokú expirációs dyspnoéjának enyhítésére asthmolyint kapott bőr alá, majd cardiasolt és domatrint. — Ervesére jó volt, de expirációs dyspnoéja változatlanul nagy. A beteg másnap hajnali 4 órakor már alig légett, tonogent kapott, mind ennek ellenére rövidesen meghalt.

Boncoláskor feltűnő a tüdők nagyfokú puffadtsága melyek a mellüreget csaknem teljesen kitöltik. Széli részeik rendkívül halványak, a szívburkot elfedik, felszínük halvány, állományuk a habba vert szikkadt tojásfehérjére emlékeztető tapintatú. A zsigeri mellhártya sima, fénylő. Az átmetszett nagy és kis hörgőkből belvilágukat színültig kitöltő, sűrű, hengerdeden összálló nyákos-genyes csapok emelkednek elő. A főhörgőkben tapadós váladék van. A tüdők metszéspapjain egyes helyeken kb. fillérnyi, szürkés-fehér, apró mezőkre osztott, némileg tömöttebb tapintatú góccok tűnnek szembe. A légsző nyálkahártyája duzzadt, kissé vérbő, és felszíne tapadós, nyákos váladékkal bevont.

A szív 300 g súlyú, jobbkamrája mérsékelten tággabb, a belső szervekben nagyfokú heveny pangásos vérbőség jelei.

Kórbonctani lelet: Volumen adauctum pulmonum maximi gradus. Bronchitis mucosa-purulenta plastica diffusa. Dilatio ventriculi dextri cordis. Hyperaemia organorum interiorum majoris gradus. Mors suffocatoria.

A tüdők kórszövettani vizsgálatát nagyméretű (kb. 8×10 cm), fagyasztással, ill. beágyazással készült metszeteken ejtettük meg. Górcső alatt az alveolusok nagyfokú tágulata tűnik fel, sok helyen az alveolus-falak el-

vékonyodásával. A légürcséket — néhány látótérben — egynemű, eosinnal halvány pirosra festődő megalvadt savó tölti ki. A már makroszkoposan leírt szürkésfehér, tömörült tüdőszöveti góccok mikroszkopos képéről később lesz szó.

A bronchiolus respiratoriusokban helyenként csak a hám leválása látszik, belviláguk sokszor erősen tágult.

A legfeljebb 1 mm átmérőjű hörgőcskeágakban a hámsejtek csillangóikat megtartva rétegesen leváltak. Egyes helyeken a lumen lebonyozott magvú neutrophil leukocytákkal van kitöltve, melyekhez változó mennyiségben eosinophil szemcsézettű fehérvérsejtek és makrophagok keverednek, épúgy a szomszédos alveolusok üregében. A tágult bronchiolusok kötőszövetes fali rétege eosinophilos sejtekkel sűrűn infiltrált. Számos más hajszálhörgőn belül a hámsejtek nyákosan elfajultak és lelékődve a lument teljesen kitöltik. Az eosinophilos sejtek beszűrődése helyenként igen kifejezett, itt-ott 1—2 óriás sejt is észlelhető. Utóbbiak nem egyszer „endothelialis leukocyták” (*Mallory*) összefolyásából látszottak keletkezni. Belsejükben vagy közvetlen közelükben korom-, pigment-szemcsék mutatkoztak. Rugalmasrost törmelékeket azonban nem tartalmaztak és így a *Wawerla* ismertette óriási sejteknek nem feleltek meg, még kevésbé a *Bergstrand* által leírt óriássejteknek.

Az 1 mm-nél tágabb hörgőcskéik belvilágát örvényszerűen rétegzett nyákos tömbök töltik ki feszültségig. Ezek a nyáktömbök finom fonalas alapanyagból állanak, mely thioninnal metachromasiásan ibolyakékre színeződik, szeszélyes tekervényeikben haematoxylinnal festődő fonalas tengelyváz figyelhető meg. A hengerhámsejtek kehelysejtes átalakulást mutatnak. A hámréteg néhol hosszú, szalagszerűen levált és a nyákos örvények közé vegyült. A nyákban sokhelyütt elég nagy számmal láthatók még eosinophilos sejtek, makrophagok és típusos Charcot—Leyden-féle jegecek. Utóbbiak Azán-festéssel élénk vörös színben tűnnek fel a halványkékre festődő nyákos alapanyagban. A lument kitöltő, összeálló, alvadt nyáktömegek fibrinfestővel nem színezhetők, és végső összetételükben — az átmeneti képek tanúsága szerint — úgy látszik: a kehelysejtekből bőven ürülő sűrű nyákcseppekből s a fokozatosan széteső hám- és vadorsejtek egynemű nyákos beolvadásából alakulnak ki. A membrana basilaris hyalinoidosan megvastagodott, máshol pedig sejtesen beszűrődött, fibrinfestő oldatokkal nem színeződik. Az izomréteg összehúzódott szakaszain megvastagodottnak tűnik fel. Az eosinophilos sejtes fali beszűremkedéshez elszórtan plasma-sejtek is elegyednek.

A harmadrendű hörgőkben előbb vázolt elváltozások egytől-egyik még szembeütőbben mutatkoznak a középnagy hörgőkben. Sőt utóbbiakban továbbmenően még a fali izomréteg is jelentősen megvastagodott és a körkörös izomréteg nyalábjainak megfelelően a nyálkahártya durva, párnaszerűen beemelkedő magas redőket alkot. Egyes körülírt helyeken viszont a nyálkahártyának gurdélyszerű kítüremkedéseit is megfigyelhettük, amelyek mélyébe rendszeren egy-egy bronchusfali nyálkamirigy kivezető csöve nyílik. Feltűnő a membrana propria erős, hyalinoidos megduzzadása, amely széles csik alakjában követhető körkörösén. Maga a nyálkahártya is eosinophilos-sejtekkel bőségesen beszűrődött. A hámréteg nagyjában ép, de sokhelyen a tekervényes nyákgomolyagban levált hámsejtek is vannak. A hörgők falának nyálkamirigyait eosinophilos sejtes beszűremkedés övezi, hámsejtjeik fokozottan választanak el és sokhelyütt tetemesen felpuffadt, minden belső szerkezetet nélkülöző kehelysejt-vázakká

alakultak át. Minden valószínűség szerint tehát igen jelentősen kiveszik részüket a hörgői lumeneket kitöltő nyáktömbök kialakításában.

Az elsőrendű hörgők hámja a membrana basilarisig teljesen lelékődött. Utóbbi nem mutat hyalinus megvastagodást. A hám alatti rétegben kis számú eosinophilos sejt, plasmasejt, lebenyesmagvú leukocytá mellett a legnagyobb számban változatos alakú maggal bíró, kötőszöveti eredetű sejteknek látszó elemek jelennek meg és így az egész kép általában a súlyos bronchusfali sérülés következtében létrejövő sarjszövet kialakulásának benyomását kelti. A rugalmas rostok itt-ott körülírtan tömörülve, az alapi hártát kiboltoztatják. A körkörös izomréteg erősen túltengett. A bronchusfali nyálkamirigyek nem mutatják a felfokozott működés jeleit olyan nagy mértékben, mint a középrangú hörgőkben, kivezető csöveik sem olyan tágak, mint az utóbbiakban. Eosinophilos sejtek csak elvétve láthatók, akkor is tisztán a legkülső fali, kötőszövetes rétegben. A bronchusokat közvetlenül övező tüdőszövények, kötőszöveve vizenyősen duzzadt.

A légső nyálkahártyájának hámja többrétegű és henger alakú sejtekből épül fel. A hám alatti réteg vizenyősen fellazult, felszínes rétegében lymphocytákkal beszűrődött. A nyálkamirigyek hasonlóképpen viselkednek, mint az elsőrendű hörgőkben.

A makroszkopos leírásban jelzett szürkésfehér góccokban, mikroszkoposan atelektásiás területek mellett az alveolusjáratoknak és az alveolusoknak falát fesszaporodott és duzzadt kötőszöveti sejtek vastagítják meg, melyek között helyenként kéveszerűen szétágazó simaizomsejtcsoportok észlelhetők. Analogiába állíthatók utóbbiak Orsósnak egyes emphysemás tüdőkben észlelt, „hypermyosis”-nak nevezett leletével. A szövetyekben és az alveoluslumenekben igen sok az eosinophilos leukocytá. A kötőszövet fibrinoidos felduzzadását *P. Geiserrel* teljes összhangban sehol sem találtuk. Feltűnő, egyes alveolusokban a hámsejtek erős duzzadása. Más alveolusok és alveolusjáratok duzzadt, belső fali rétege egyneművé váltan, eosinnal intenzíven, van Gieson-festéssel sárgára, Azán-festéssel pedig élénk vörösre festődött. — Ezt, mint esetleges fibrinoidos felduzzadásnak látszó jelenséget, a *Klinge* által különösen a kötőszövetben annyira általánosítani kívánt jellegzetes allergiás szövetyi tünetnyként elkönyvelni nem akarjuk, mert tekintetbe kell venni azt, hogy hosszas haldoklás kapcsán, amint arra *Orsós* figyelmeztet, az alveolusok szűrődménye a fokozódó légtelenség kapcsán szinte besűrűsödve is alkothat hasonló megvastagodásnak tűnő szegélyeket az alveolusfalban. A finomabb respiratoricus elastica vázrendszer a most tárgyalt góccokon belül sem mutatott különösebb elváltozást.

A tüdőn kívül a többi belső szerv, (szívizom, vese, máj stb.) szövetytani vizsgálata révén említésre méltó elváltozásokat nem deríthettünk ki.

II. eset: V. J. 39 éves nő. Másfél év óta szenved asthma nervosumban. 10 napja status asthmaticusban folytonos nehézlégzéssel küzd. Vértkép: 9%-os eosinophilla. Felvételkor, a nehézlégzésben szenvedő beteg azonnal asthmolysint kapott, nehézlégzése azonban nem szűnt. A továbbiakban atropint és coderitet kapott tablettákban, majd pectolysint per os, kevert port, sevenalylt és asthmolysint injectiókban. A beteg állandó légszomjjal küzd. Altatók sem használnak. Végül a légzés felületes lesz, ritkul, a pulsus filiformis, es 14-én hajnali 6 órakor a nyújtott szíverősítők (coffein-cardiazol, tonogen intracardialis) és lobelin ellenére, kihagyó légzés mellett a beteg 7 órakor meghalt.

A boncolás alkalmával szembezőkő a tüdők rendkívül erős puffadtsága. Puffadt, szabad szélük a szívburkot majdnem teljesen elfedi. Zsigeri mellhártyájuk

sima, áttűnő. Metszéspapjukon a tüdők közepesen vérbővek. A nagyobb bronchusok nyálkahártyáján sűrűn összeálló tömeges nyák tapad. A metszéspapjukon az erősen tágult légürcsék kirajzolódnak. A kezdemirigy 10 g súlyú, részben parenchymás állományú. A szív 270 g bilentyűi épek. Az aorta kerülete 51 mm. A többi szerveken pangásos vérbőség jelei. Agy: a kemény burok feszes, a lágyburkok vékonyak, a lágyburkok között sok liquor szaporodott fel. Az agyállomány kissé vizenyős, metszéspapjain a kiserkenő vérpontok mindjárt szétfolynak. Kórbonctani diagnosis: Volumen pulmonum aductum. Mors suffocatoria. Hyperaemia organorum. Status thymo-lymphatic. Hydrocephalus externus. Oedema cerebri acutum. Aorta angusta.

A tüdők kórszövettani vizsgálata az első esetünkben észlelt elváltozásokkal nagyjában megegyező eredményeket szolgáltatott. A részletkülönbségek közül elsősorban a tüdő állományának vérbőségét emelnénk ki. Ebben a második esetünkben eosinophilos sejtek nem annyira a hörgőcskék falában, mint inkább a lumenüket kitöltő nyákos tömegekben halmozódtak fel. Utóbbiakban a jellegzetes kettős pyramisalakú Charcot-Leyden-féle kristályokat, valamint a haematoxilinnal jól festődő tengelyváz szálakat szintén fellelhetjük. Kifejezett volt a membrana basilaris hyalinoidos megvastagodása is. Óriássejteket nem észlelhetünk. Az első számú esetünkkel mindenben megegyező, legjelentékenyebb elváltozások ugyancsak a középnagy hörgőkben voltak.

Mindkét esetünk asthmás roham folyamán bekövetkezett fulladásos halál esete. A kórbonctani és kórszövettani kép a két esetben rendkívül hasonló. A legszembeszökőbbek a hörgi elváltozások, nevezetesen: fokozott nyálkaelválasztás és a hörgői falak görcsös összehúzódottsága. Hasonló jelenségeket idézhetek elő megfelelő kísérleti feltételek mellett Kallós és Pagel. Ők sensibilisált tengerimalacokkal ködszerűen finom cseppek, homológ antigent lélegeztettek be. A belélegeztetés hatására az asthmás rohamok klinikailag igen jellegzetes formában jelentkeztek. Roham alatt a hörgőket lipiodollal feltöltve, röntgenfelvételekkel kimutathatták, hogy valóban a középső bronchusok elzáródásával kell számolni. A feldolgozott tüdőkben a szövettani elváltozások az asthmás halálesetekben észlelttel lényegileg megegyeztek. Ezekben az állatkísérletekben az elváltozások egészen az eosinophylos sejtes tüdőgyulladásig menően fokozódva a tüdőszövetre is ráterjedtek, amire az emberi pathológiából példát eddigél csak egyetlen egy, a Bahrman által közölt esetben ismerünk.

Az asthma bronchiale-nak a klinikusok részéről méltán hangoztatott és ma már általánosan elfogadottnak mondható allergiás természetű kórszarmazása így kórszövettanilag is ellenőrzött, kísérleti kórtani igazolásra talált. — P. Geiser nemrég egy tízéves fiúnak asthmás roham alatt bekövetkezett halálesetét ismertette. Az ő fejtegetéseivel megegyezően, a mi fentebbi két esetünk kórszövettani tanulságai is azt példázzák, hogy az antigen-ellentestreactio a hörgi nyálkahártya mikro-anatomiai színhelyén játszódik le, ahol

maga a kórmező méreganyag rögzítődése és közömbösítődése is végbemehet. P. Geiser a kötőszövetnek a bőr allergiás reakcióiból különösen Klinge után jól ismert fibrinoidos felduzzadásával az asthmás hörgői elváltozások közül a membrana basilarisnak (szerintünk azonban: „hyalinoidos”) duzzadását véli analógiába állíthatni.

A világirodalomban 70 évre visszamenően eddigelé mintegy 50 asthmás halál kórbonctanilag többé-kevésbé feloldozott esete ismeretes. Leleteink, különösen a legutóbbi gondosan átvizsgált esetekével, teljes összhangban állanak. Az általunk alkalmazott Christeller-féle nagy fagyasztott metszetek használata egyedülálló áttekinthető mikroanatomiai módszernek bizonyult: pontos összehasonlító méréseink alapján bizonyoságot adta annak, hogy a leglényegesebb elváltozások a középnagy hörgőkön összpontosulnak.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.


Egyoldali vesebetegség következtében létrejövő magas vérnyomás és ennek operatív kezelése. F. Linder. (Klin. Wschr. 1940. 23.) A veseeredetű magas vérnyomás a vesekeringés zavara következtében jön létre; független az idegrendszertől, mellékvesétől, hypophysistól és humoralis úton hat. Minden valószínűség szerint a vérszegény vese megváltozott anyagcserezéjének következménye. A kísérleti renalis hypertonia klinikai tünetei egyeznek a Volhard-féle sápadt hypertonia tüneteivel. Oki kezelése a keringés javítása lenne; állatkísérletekben collateralis keringés létrehozására a vérnyomás valóban esik. Kétoldali vesebetegségben, ahol mindkét vese egészében vérszegény, csekély a lehetőség a keringés tartós és érdemleges javítására, de egyoldali vese-keringési zavarokban, pl. egyoldali pyelonephritiszes zsugorvase, hydronephrosis, vagy veseinfarctus, vesefejldési rendellenesség esetében a beteg vese elárolítása után a vérnyomás normalisra esik, ha a másik vese ép. (G. 50.)

Greiner Antal dr.

Aneurin és insulin hatása a vér cukor- és pyroszóló-savtartalmára. G. Nylin, H. v. Euler, B. Högberg. (Klin. Wschr. 1940. 19.) Az a már három évtizedes tapasztalat, hogy az élesztő (B-vitamin complexus) csökkenti a diabetesesek glykosuriáját, vezette a szerzőket arra, hogy a B₁-vitaminnak (aneurin) és insulin hatását és lehetőleg hatásmechanizmusát megfigyeljék egészséges és diabeteses embereken. Vizsgálataik azt mutatták, hogy egészséges embereken mind az insulin, mind pedig az aneurin lényegesen csökkentik a vér pyroszólósav-tartalmát, míg diabeteses betegen a csökkenés nem kifejezett. Az aneurin-hatás kétségtelenül cocarboxylase-megszaporodással magyarázható, míg az insulin más úton (szöveti oxydatio?) fejt ki hatását. A diabetesesek vércukra B₁-vitaminra nem változik, így az élesztő adására jelentkező jó eredmény az egész B₁-vitamin-complexus, hatására vezethető vissza. (G. 49.)

Kring Jenő dr.

Az allergia klinikai jelentősége. A deszenzibilizálás értéke és veszélyei. A. Sylla. (Klin. Wschr. 1940. 30.) Az allergént a támadó bakterium és a védekező szövetek együttesen termelik. Az allergének a szervezetet hatásosabb védekezésre teszik képesé. Az allergiás állapot nem specifikus és nem egyenlő az immunitással. Immunitás nincs allergia nélkül. Az allergia viszonya a serologiai reakcióhoz nem ismert teljesen. Egyes nem-specifikus anyagok fokozzák az



Standardizált növényi tabletták

Teep

készítmények

DR. MADAUS & CO. VEZÉRKÉPVISELET SZILÁGYI I. BUDAPEST

Belladonna Teep tbl.
Digitalis Teep tbl.
Salix Teep tbl.
Valeriana Teep tbl.

allergiát. Ilyenek a sexualis hormonok, melyeknek adagolása ez úton jól befolyásolja a chronikus, kevés gyulladással jellegettel járó izületi gyulladásokat. Az allergiás cutan reactio tuberculosis esetén a góchoz közelebb eső bőrfelületen élénkebb. Egyes szerzők az ismert allergiás betegségek közé sorozzák a rheumát is. A tuberculum és a rheumás góc histologiai képe is a rokonságot bizonyítja. A jó allergiás reactio véd a tuberculosis ellen. Régi megfigyelés, hogy asztmások betegen igen ritka az activ tbc. A tuberculotikus betegek desensibilizálása tehát nem kívánatos. A desensibilizálás javulást a kifejezetten túlérzékenységen alapuló betegségben hoz. (G. 48.)

Horány Mihály dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és
Fedele-Findeisen László.

Embolia conservativ kezelése. Schrimpl. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 6.) Az embolia tünettana két tényezőtől tevődik össze: 1. mechanikus elzáródás; 2. másodlagos görcsök. A sympathikus idegpálya-egység-elmélet értelmében a görcs jóval nagyobb területen érvényesül, mint a szigorúan vett elzáródás helye. Ebből a megfontolásból kiindulva nagy adag eupaverin adagolása helyénvaló. Toxikus tünetek még 0.36 g. i. v. alkalmazása esetén sem jelentkeztek. A szerző art. brachialis embolia esetében két óra alatt 0.30 g. i. v. adagolásával ért el teljes gyógyulást. (V. 29.)

Galambos József dr.

Glomustumor. Kullenkampff és Heilmann. (Zbl. f. Chir. 1940. 12.) A glomustumor nem valóságos daganat. Képzésében az érfal sejtjei vesznek részt. Az angioma, endothelioma és peritheliomától az „epitheloid media” sejtek jelenléte különbözteti meg. A glomustumorok valószínűleg gyakoribbak, mint az általában felteszik. Multiplex előfordulásuk ritka. 11 éves gyermek karjában lefelé sugárzó fájdalmak jelentkeztek. A neurofibroma gyanúja miatt végzett műtétkor az előzőleg tapintható csomót nem találták meg a helyi érzéstelenítés elvégzése után. Az ugyanakkor eltávolított kis, kemény köteg glomustumornak bizonyult. Egyéb előfordulási helye: bokatájék, végtagok, körömágy. (V. 30.)

Galambos József dr.

TÁBORIEGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: Lippay-Almássy Artur.

Az arc- és az állcsontok sérüléseinek ellátása. Schmidhuber. (Dtsch. Militärärzt. 1940. 10.) A korszerű háborúban az arc- és állcsontsérülések állandóan szaporodnak. Ennek oka főleg a fokozódó motorizálás, de sok a lórúgás és aknarobbanás okozta arcsérülés is. Ilyen esetekben a gondos sebrendezés épp úgy szükséges, mint más háborús sérülés esetén. Ellentétben a világháborús szokással, ma mindinkább arra törekszünk, hogy ezek a sérültek mielőbb egy sebészileg képzett fogorvos, a szájszész kezébe kerüljenek. Ez a közelmúlt nyugati háború rendezett német egészségügyi viszonyai között majdnem minden esetben sikerült is; az állcsontsebesültek rendszerint már sérülésük napján hátra kerültek a legközelebbi tartalékkórházban működő szájszészeti osztályra. (L. 43.)

Lippay-Almássy Artur dr.

A szem háborús sérülései és kezelésük. Kalbe. (Dtsch. Militärärzt. 1940. 10.) A zúzódásból eredő háborús sérülések

között leggyakoribb az érhártya repedése. Ha az nem fekszik a macula területén, a sebesültek eleinte észre sem veszik. A sklerarupturával azonban rendszerint együttjárnak a beiső szemhártyák súlyos sérülései; a lencse is ficamodhat a sklerarésbe. Sklerasérülések előidézhettek sympathiás szemgyulladást még akkor is, ha a kőtőhártya épek látszik. Veszélyesek az egészen apró akna- és gránátszilánkok okozta áthatoló szemsérülések, mert ezek kezdetben nehezen körismézhetőek. Ezért minden arcsérülés esetében gondosan vizsgáljuk meg a szemet is. A harctéren még látszólag lényegtelen szemsérülések is könnyen vezetnek intraocularisgyulladásra, orbitalis phlegmonera, mert az uvea és az üvegtest jó táptalaj a baktériumok számára. A szemsérülések kezelésében minden gondot arra fordítunk, hogy elkerüljük a sebfertőzést. A csapatorvos szorítkozzék arra, hogy megtisztítsa a szem környékét és a kötőhártyazsákot; annak öblítését, sőt a szembecseppentést is lehetőleg hagyja el, mert ez a művelet elősegíti az esetleg megnyílt bulbus fertőzését. (L. 44.)

Lippay-Almássy Artur dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

Dolantin a nőgyógyászatban a morphiom és származékai helyettesítésére. H. E. Soltmann, Mannheim. (Med. Welt. 1940. 13. 325.) A dolantin narkotikus és antipyreitikus mellékhatás nélkül analgetikusan hat. Az analgesiát kb. 200 operált női betegen vizsgálta, akik azelőtt morphiomot, vagy hasonló alkaloidokat kaptak volna. A műtét utáni első 24 órában 2—4-szer 1—2 ccm dolantint adtak i. m.; az analgetikus hatás jó volt és többnyire 4—6 óráig tartott. Más szerek hozzáadására nem volt szükség. A fájdalom csillapodása zavartalan alvást biztosított. Dolantin még nagyobb műtétek után is megszüntette az utófájdalmakat. Emellett még mint örvendetes mellékjelenséget észlelték, hogy az egyébként szükséges katheterizálást feleslegessé teszi. Ezen műtétekben a lumbalérvéstelenítést többnyire pantocainnal (liquir oldata) végezték. Különösen görcsös eredésű fájdalmakban, pl. spastikus dysmenorrhoea esetében dolantin, többnyire 1 db. 100 mg-os kúp naponta) gyors hatást eredményezett. Minden heveny fájdalmas betegségben, főként pelveoperitonitisekben, még heveny epikólikában is az i. v. dolantin-befecskendezés fájdalomcsillapító hatása — ellentétben a morphiomával — gyorsan bekövetkezett. Jó hatását a görcsös köhögésre bronchitis esetében véletlenül észlelték, azután codein helyett több ízben dolantint adtak. E szert alkalmazták még cystoskopiában fájdalomcsillapításra és a hasfal feszülésének megszüntetésére belsővizsgálatokban. Súlyos carcinomafájdalmakban, valószínűleg már a morphin megszokása miatt, a kielégítő hatás elmaradt. Az i. v. befecskendezéskor 20 Hgmm. vérnyomáscsökkenést észleltek, subcutan, vagy intramuscularis alkalmazásra azonban soha sem. Nagyon ritkán számoltak be dolantin alkalmazása után enyhe szédülésről. A megszokás és szenvedély veszélyétől nem kell tartani.

S.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Intravenás fluorescin, mint diagnosticum. Gifford. (Arch of Ophth. 1940. 7.) 10 ccm 10%-os fluorescin venás bevétele nem jár kellemetlenséggel. Mejjelenése a csarnokvízben első sorban a hajsálér-átjárhatóságtól függ; ép szemben átlag 3 perc múlva jelenik meg. Keratoconus esetén a festődés késik; ez parasymphaticus izgatószeresek adását teszi indokoltá. Az

Aranyeres bántalmaknál

Pasterisan

Á R P É S Á R N Ö C S

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 24

üvegtest csarnokbeli elhelyezkedését jól demonstrálja (filtráló műtét helyének megválasztása). Zöldhályogban annak elválasztásos és elzáródásos alakja különíthető el. Fokozott permeabilitással járó állapotok (terhességi toxikosis, migrain, stb.) vizsgálatára ajánlható. (G. 117.)

Grósz István dr.

Érzéktelen szarú védelme. Mac Donald. (Arch. of Ophth. 1940. 7.) Trigemini neuralgia elleni Gasser-duc-alkoholizálás 26%-ban jár keratitis neuroparalyticával. A torontói kórházban transtemporalis feltárás után az érző-gyökereket részlegesen vágják át. Éjjelre az operált oldalon a szemre hermetikusan kötés kerül, nappalra cellophan védópápaszem, a kiszáradás és sérülés ellen. Szarúfolyamat esetén blepharorrhaphia. Kötést nem adnak, mert meglazulásakor a beteg szemét kinyithatja. A beteg nyomtatott utasítást kap. A szarú érzékenységét calibrált selyemszállal végzik. A heves neuralgia ellen hypophysis hátsó kivonatot ad. (Sem parenteralis B-, sem localis A-vitamintartalmú olajról nem történik említés. Ref.) (G. 118.)

Grósz István dr.

Neuritis retrobulbaris. Carroll. (Arch. of Ophth. 1940. 7.) Daganatos nyomás és mérgezőes eredetű, B-vitaminra javuló neuritis kizárásával 100 esetről számol be. Eloszlás: sklerosis multiplex 37%, Leber-f. betegség 9%, enkephalomyelitis 8%, arachnoiditis 3%, érelváltozás 3%, sinuseredet 2%, lues 2%, lumbalérezéstelenítés után 1%, neuromyelitis optica 1%. Ismeretlen az eredet 34%-ban (focalis, vagy allergia). A kórelőreket különbözősége pontos vizsgálatot és hosszas megfigyelést tesz szükségessé. (G. 119.)

Grósz István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

A heveny orrmelléküreg-genyedések rövidhullám-kezelése. Prietzel. (Mschr. f. Ohrenhk. 74. 10.) Szerző tapasztalatai alapján — 63 eset kapcsán — előnyben részesíti a rövidhullámú kezelést az eddigi konservatív eljárással (orrsnyálkahártya anaemizálása, melegbesugárzás) szemben, mert: gyorsabb és tartósabb a gyógyulás; több kilitás van a műtét elkerülésére és e kezelési mód a beteg számára kellemesebb. Szerző a rövidhullámú kezelés lényegét a mély meleghatáson kívül, annak specifikus hatásában látja. (A. 40.)

Ajkay Zoltán dr.

Az otogen meningitisek sikeres kezelése sulfonamid-készítményekkel. Unterberger. (Mschr. f. Ohrenhk. 74. 10.) A bécsi I. számú orr-, gége- és fülklinika otogen meningitisek esetében az operatív beavatkozás mellett egy év óta sulfonamid készítményeket (prontosil, eupatin II.) adagolnak, per os, intramuscularisan, intravenásan és intralumbalisán. Az eupatin II. hasonló készítmény a prontosilhoz, de a liquorba még hatásosabb. Az eredmények bálmulatosan jók voltak, olyan súlyos esetekben is, ahol pl. a liquorban 5.000—40.000 sejtszám volt kimutatható, — sőt egy esetben streptococcus haemolyticus tenyésztett ki, — a betegek kivétel nélkül gyógyultak. (A. 41.)

Ajkay Zoltán dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Epithelzáradékok a húgycsőváladékban, különösen gonorrhoeás szövődeményekben. E. Musil. (Derm. Wschr. 111. 42.) A keratohyalin természetű (Schmitz) záradékok Spitzer szerint a váladékban a gonococcus (gc.) eltűnése után jelennek meg, 8—9 hónapig fellelhetők, visszaeséskor eltűnnek. De nem jellegzetesek a go-ra, mert más eredetű fluorban is talált a szerző. Férfiakban közvetlenül a váladék gc.-negativvá válása előtt találhatók, 3—6 napig a gc.-okkal együtt, majd 1—2 hét múlva a záradékok is eltűnnek. Go-s szövődeményekben sokszor bőségesen feltalálhatók. Ritkán nucleosusszerű elváltozásokat talált egyes hámszövetekben, melyek hasonló jelentőségűek volnának, mint a záradékok. Ezek jelentősége a complementkötési reakcióhoz volna hasonló. Különbségek: a compl. kötési reactio a fertőzés után legkorábban 2 hét múlva válik pozitívra, a záradék a gc-ok eltűnése előtt jelenik meg. A compl. kötési reactio go-s szövődemények eseteiben pozitív, de a záradékok nem go-s urethritis, balanitis, mellékhere-tbc eseteiben is kimutathatók. Ha a compl. kötési reactio negatív, a folyamat gyógyult, záradékok jelentkezésekor a folyamat gc.-negatívra válik, de még reversibilis. Go. után évekig észlelhetők záradéktestek. ((Sz. 97.)

Kertész Tivadar dr.

Az ulcus molle és szövődeményeinek sulfonamid-kezeléséhez. J. Lang. (Dermat. Wschr. 111. 36.) A coccus-fertőzések gyógyításában bevált sulfamid-készítmények közül Lepinay, Fields, stb. tapasztalatainak figyelembevételére után a p-amino-benzolsulfonacetylamidot, az albucidot (Schering) alkalmazta. 9 mollés beteg kezelt, közülük 6 szövődeményrel. A betegek lökészerűen 7 napon át napi 4—5 g albucidot kaptak, két beteg még vaccinát is (Cuti—Dmelkos, ill. ulcaren). 8 esetben elegendő volt egy ilyen lökés, helyileg közömbös kenőcs és élettani konyhasó-oldat. Az eredmények igen jók. A hatalmas bubo és láb már az első napon eltűnt egyik betegen, a többi genyes fekélye feltisztult és hámosodást mutatott. 5 beteg teljesen meggyógyult, az első lökés végére; a balanitis-szel, phymosis-sal, vagy buboval szövődött eset a lökés után egy héten belül gyógyult. A nemiszervek ulcus molléja szövődeményrel, vagy enélkül 7—10 nap alatt gyógyult albucid-kezelésre; bubo esetén max. 17 nap alatt. A kezelési idő, Storp, Petzold és Stümpke adataival összehasonlítva, kik carbolt, vaccinát, stb. alkalmaztak, jóval rövidebb. (Sz. 98.)

Kertész Tivadar dr.

Halálos kimenetelű psoriasis-kezelés sárga higanykenőccsel. W. Greuer. (Dermat. Wschr. 1940. 44.) Higanykenőccsös kezelést követően létrejövő, részben halálos kimenetelű ártalmakról tett említést már az irodalomban Taboeda Y Cuberto, Poiser és Eyckmans. Fleury és Aupérin veleszületett syphillisben szenvedő 14 éves kislány esetét közli, kit ismeretlen összetételű higanykenőccsel kezeltek és meghalt. Hasonló észleleteket tettek Alexander, Mandel, Adler is. Szerző 41 éves férfibeteg esetét közli, kinek psoriasisát orvosa évek óta időnként sárga higany-kenőccsel kezelte. 1939 végén kiterjedt bőrgyulladás jelentkezett a klinikán, hőmérséklete a felvételkor 38.4 C°, közérzet rosszabbodás, majd intoxicációs psychosis és szívgyengeség következtében beállt a halál. A klinikai kép, a boncolás és kémiai vizsgálat egyaránt higanymérgezésre utaltak, melyet a sárga higany-kenőcs hosszantartó és ellenőrzés nélküli használata okozott. (Sz. 99.)

Horváth Dénes dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A magyar nép dermatológiája. A bőr és betegségei népünk nyelvén, hiedelmeiben és szokásaiban. *vitéz Berde Károly* prof. (A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadása 170. kötet, 1940. 304 oldal 41 ábrával. Az úttörő és hézagpótló munka utolsó fejezetében azt olvassuk, hogy a hazai népi orvoslásnak a betegségek egész területén még mindig megdöbbentően eleven élete van s a nép és az orvos közt, — sajnos — még mindig fennálló lelki szakadék eredményezi, hogy népünk a maga soraiból való javást és kuruizót úgy fedezi és leplezi a hatóság s az orvosdoktor elől, mint hajdanában az országotakat járó szegénylegényeket. A kuruzslók ellen hozott törvényekkel (1879. évi XI. tc. 79. §. stb.) sokat lehet tenni, de korántsem mindent. A fő az volna, hogy az orvos tisztában legyen a nép lelki világával, igényeivel és a népi orvoslás lélektani s kultikus vonatkozásaival. Ez a könyv ennek az elgondolásnak a jegyében íródott. A tíz fejezetre osztott s jól magyarul megírt munkában szó van a bőrbajok okozóiról (a néphit szerint) a népi tünettanról, a bőrbajok megelőzéséről és terapiájáról, az idevágó betegségekről, a bőr- és nemikörtán magyar tájszólásáról és történelmi múltú kifejezéseiről, stb. A nagy körültekintéssel és fáradsággal feldolgozott, szinte csodálatos gazdagságú nyelvi és néprajzi adattömeg, melynek évekig tartó, országszerte történt összegyűjtésében a prof. tanítványai is résztvettek, nagyon érdekes és egyaránt lekötheti az orvos, nyelvész és folklorista figyelmét. Hogy ez az adatgyűjtés milyen akadályokkal és nehézségekkel járt, eléggé bizonyítja az, hogy a M. Orvosi Könyvkiadó Társulat tizenkétezer levelet küldött szét a kartársakhoz, adatok szolgáltatását kérve s e levelekre mindössze négy felelet érkezett; úgyhogy az orvosi, néprajzi, földrajzi, történelmi és nyelvészeti irodalom folyóiratait, monographiáit, a népköltés anyagát, babonák gyűjtményeit, boszorkánypereink oklevéltárát, a magyar orvostörténelem adattárát stb. egytől-egyig a szerzőnek kellett végignéznie. Ez a fáradság azonban nem volt hiábavaló, mert eredménye olyan munka lett, melyért általánosabb szempontból is hálás lehet a magyar irodalom. Kár hogy a könyvhöz nincs pontos tárgy- és névmutató, mely a további kutatók munkáját lényegesen megkönnyítette volna. A képek nagyobbára eredeti, máshol még nem közölt, érdekes fényképek.

Magyary-Kossa prof

Behandlung innerer Krankheiten. F. Hoff prof. (397 l. G. Thieme Verlag, Leipzig, 1940. Ára: 14, ill. 15 RM.) A würzburgi egyetem poliklinikusa könyvének alcíme: „*Irányelvek és tanácsok orvostanhallgatók és orvosok részére*”. A könyv tartalma teljesen megfelel ennek. Távol állott szerzőjétől a gyógyszerek lehető teljes felsorolása és elméleti fejtegetésekbe is csak ott bocsátkozik, ahol az a gyógyítás megokolásához szükséges. A munka egyetemi előadásokból indult ki és szerzője leginkább azokat a gyógyeljárásokat és gyógyszereket ismerteti, amelyeknek hatásáról saját tapasztalata alapján meggyőződhetett. Ez teszi különösen értékesé a könyvet, az olvasó valóban irányítást, tanácsost méríthet abból. A részletes részben foglaltak ismertetésére nem térhetek ki, csak a könyv első, bevezető részével foglalkozom. Ebben a gyógyítás általános alapjait, a szervezet védekező és gyógyító folyamatait, a természettudományon alapuló gyógyeljárásokat és a beteg lelkiállapotának jelentőségét tárgyalja. A causalis gondolkodással szemben állást foglal a conditionalis gondolkodás mellett, amelyet biológiai, de teljes joggal természettudományi gondolkodásnak is nevezhetünk. A természetgyógyászattal foglalkozva hangsúlyozza, hogy a jó orvos mindig alkalmazta az ú. n. természetes gyógymódokat, hogy a gyógyszerek nem természetellenesek, azonban ilyenek némely dogmatikus — egyoldalú tantételek. Ezek közé sorolja a psychoanalitikai irányt is, amely a német ember lényegétől idegen módon sexualis téren keresi majd minden lelki konfliktus és ennek testi következményeinek okát. Nagyon szükségesnek mondja a lelki és testi folyamatok szoros kapcsolata miatt a belső betegségekben is a pszichikai kezelést, a beteg bizalmának megnyerését, a beteg lelki irányítását és vezetését a gyógyulni akarásra. A könyv értékes vezető a therapiail gondolkodásban és cselekvésben, számos gyakorlati útmutatást is tartalmaz és ezért nagy segítségére lesz a hallgatóknak a tanulásban, az orvosoknak a gyakorlatban.

Herzog prof.

Közegészségtan. (III. kötet.) **Fertőző és népbetegségek.** (Járványtan.) **Darányi Gyula** prof. (Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, 1940.) A múlt év végén megjelent I—II. kötet után nem sokat késelt a III. kötet megjelenése. A 414 oldalra terjedő mű méltó folytatása az előző köteteknek. Külön értéke, hogy szerzője, mint a mikrobiológia kiváló művelője, ebben a kötetben még több, önálló, egyéni nézetét tárja elénk, mint az előzőkben. Megmutatkozik ez mindjárt az anyag felosztásában is. A behatóan tárgyalt általános járványtani rész után az egyes fertőzéseket a terjedési útjuk hasonlósága alapján csoportosítja, mert így könnyen rá tud vezetni a leküzdésük legcélszerűbb módjára. A légiutakon, a tápcsatornán, a köztakarón át behatóan fertőzések tárgyalása után külön csoportban foglalkozik az alacsonyabbrendű állatok által közvetített és az állati eredetű fertőzésekkel. Bő leírásokban ismerteti az egyes fertőző betegségek felismerésének történeti fejlődését, a szereplő kórokozókat, a fertőzések klinikai tüneteit, járványtanát, leküzdési módját. Kimerítően tárgyalja az élő kórokozók ártalmatlannátételét szolgáló eljárásokat (fertőtlenítés, stb.). Külön fejezetet szentel a népbetegségeknek (gümőkór, lepra, nemibetegségek, rák). A rágbetegség tárgyalása a járványtani részben: önálló felfogásra vall („protosoma-elmélet”).

Az egész műn meglátszik a nagy irodalmi tájékozódottság, a nagy tapasztalatú szakember helyes kritikája. A nagy gondal összeállított, kiváló értékű mű bizonyára nagymértékben hozzájárul majd a hazai járványok további sikeres leküzdéséhez.

Jeney Endre prof.

Die Appetitlosigkeit im Kindesalter. **Surányi Gyula** főorvos. (S. Karger Verlag, Basel 1940.) A gyermekorvos rendelőszobájában a leggyakrabban hallott panaszok egyike az étvágytalanság — írta **Heim Pál** prof. a gyermekek táplálkozásáról szóló könyvében. Hozzátehetjük azt is, hogy nem egyszer éppen ez a jelentéktelennek látszó panasz okozza a legnagyobb fejtörést a gyermekorvosnak. Szerző helyes érzéssel ismerte fel, hogy érdemes ennek a panasznak egyszer alaposan a mélyére nézni. — Célkitűzését világos és jól áttekinthető fejezetekben, a legkisebb részletkérdésben is alapos tudományos felkészültséggel s mégis könnyű, él-

vezetes stílusban kitűnően oldotta meg. — Könyve első fejezetében az alapfogalmakat tisztázza, második fejezetében az étvágytalanság gyakoriságáról ír. Harmadik fejezete kimerítően tárgyalja a körjelzés kérdését és szabatosan leírja az étvágytalanság esetén elvégzendő vizsgálómódszereket. A negyedik fejezet részletesen foglalkozik az étvágytalanságot okozó betegségekkel és állapotokkal. Különösen szép ennek a fejezetnek a lelki okokkal foglalkozó, gyakorlatilag igen fontos része. Az utolsó fejezet az általános és részletes therapiát tárgyalja. — A könyv tanulságos olvasmány gyakorló orvos és klinikus számára egyaránt. Az előbbi a világos és könnyen érthető stílus átsegíti a nehezebb fejezeteken, az utóbbi szívesen látja rendszeres feloldozásban ezt az eddig csak elszórt fejezetekben tárgyalt gyakorlatilag fontos kérdést. Még a leggyakorlottabb klinikus is minduntalan talál újat a lelkiismeretes gondal készült és bő tapasztalatokra valló, kitűnő munkáiban.

Lukács József dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 22-i ülése.

Bemutatás:

Borsos L.: *Sigmabél-daganatot utánzó ritka elváltozás.* 64 éves férfibetegnek hirtelen mozdulat után bal alhasi fájdalmak jelentkeztek, melyet néhány nap múlva hőemelkedés, erősödő görcsök és izomvédekezés követtek. A beöntés röntgenvizsgálat a sigmán határozott kiesést mutatott és daganat gyanúját keltette. Műtétkor a hasfalhoz nőtt sigmán dióryi megcsavarodott appendix epiploicát találtak, mely a bélfalba nyomódott. Könnyű eltávolítás után sima gyógyulás.

Kubányi E.: *Trigeminus neuralgia kezelése a Gasser-duc intracranialis elektrocoagulációjával Kirschner szerint.* Ismerteti a Kirschner-féle „célzőkészülék” technikáját; beszámol egy év alatt 12 betegen végzett elektropunctiójáról. Egy esetben 67 éves nőbetegen a punctiót nem tudta keresztülvinni, mert a röntgen nem mutatta tisztán a foramen ovalékat. Szövődményt három ízben látott, ami megfelel a keratitis neuroirritativa kórképének, ezt azonban megfelelő személynézi kezeléssel 3 hét alatt minden esetben sikerült gyógyítana. A műszerrelbántást Heidelbergben Kirschner professortól személyesen sajátította el. „Promt” eredményei teljesen megfelelnek az irodalomban ismertetett kitűnő megfigyeléseknek. Ez alkalommal egyéves tapasztalatairól számol be, de évek után ugyan-e helyen ismertetni fogja a késői eredményeket.

Horányi B.: A Kubányi által coagulált eseteket vizsgálta múltét után neurologiai szempontból. Egy eset kivételével minden esetben kimutatható volt az analgesia, illetőleg anaesthesia, inframandibularis coagulatio alkaimával főképpen a harmadik ág területén, supramandibularis coagulatiókor a második ág területén. Az anaesthesiás terület kiterjedése rendszerint nem felel meg teljesen az illető ág distribúciós területének, hanem átnyult a szomszédos ágak területére is. Az idegrendszer részéről 3 esetben észlelt coagulatiót: egy esetben oculomotorius-, egyben facialis bénulás, egyben pedig aluszékonyosság, valószínűleg a hypothalamus tájékának sérülése következtében.

Mező B.: Szerinte a neuralgiát a beteg ideggel összefüggő symp. ganglionok elváltozása okozza, azért a symp. ganglionokat ismételt érzéstelenítéssel kezelte. A szokásos kezelésre nem javuló 6 ischiast, 1 trig. neuralgiát kezelte így, ez utóbbi kezelése folyamatban van. Trig. neuralgia esetében a gangl. cerv. craniale érzésteleníti. Első betege minden érzéstelenítés után jobban lett és a IV. injectio (3 hét) után meggyógyult. Második betegét egy év óta kezeli, állapota azonban nem javult. Eredményei alapján valószínű, hogy a neuralgiát a symp. duock betegsége okozza s ezért a neuralgia ciklikus anaesthesiás kezelését ajánlja.

Ratkóczy N.: Felhívja a figyelmet a rég bevált röntgen-sugaras kezelésre, mellyel nemcsak átmeneti, de elég sok esetben végleges eredményt értek el. Ujabbán igen nagy sugármennyiséget tudunk a mélyen fekvő Gasser-duca is juttatni, anélkül, hogy a külső bőr az átmeneti hajhulláson

**IDÜLT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK
AZ ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN
KESERŰSŐS FÜRDŐK — ISZAPBOROGATÁSOK — FORRÓ ÖBLÍTÉSEK**

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszer
lag. orig. P 2-30, pénz. csom. P-96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

kívül valamit is szenvedne. Mielőtt a nagy beavatkozást végrehajtanák, megkísérlendőnek tartja a röntgensugaras kezelést.

Ádám L.: Akinek oly sok trigeminus neuralgiával van dolga, mint neki, az örömmel fogad minden új eljárást, mely a szörnyű fájdalmakon segíteni tud. Először gyógyszeres kezelést kísérel meg, majd röntgent, rövidhullámot, alkohol-injectiót a környéki ideghez, vagy a Gasser-ducba esetleg az ideg kicsavarását, s ha mindez nem segít, akkor Frasier-műtétet végez. Sok száz alkohol-injectio után egy esetben keratitist észlelt. *Kirschner* eljárását akarta kipróbálni, közben azonban olvasta statistikáját, mely szerint fejzetében az alapfogalmakat tisztázza, második fejezeté-308 eset közül 4 halálosan végződött s vagy 30%-ban eredménytelen maradt a beavatkozás. 12 esetből nem lehet végleges véleményt alkotni, már csak azért sem, mert ezek között is egy esetben, — ha múltán is — abducens benuálás jelentkezett.

Rósa L.: Kb. 120 rövidhullámmal kezelt ischias és trigeminus neuralgiás eset tapasztalatai alapján megerősítheti *Mező* feltevését arról, hogy a fájdalom a sympathikus rostok útján befolyásolható. A rövidhullámú tér szinte electiven hat a sympathicus rostokra, amit a térben észlelt érzékszítők és értágító hatások is bizonyítani látszanak. A therapiás eredményeket illetően észlelte az, hogy a trigeminus neuralgia jobban befolyásolható rövidhullámmal, mint az ischialgia, de jó hatást csak kis, óvatos adagolástól várhatunk.

Kubányi E.: Megköszöni *Horányi* prof.-nak az elektro-punctio utáni érzékvizsgálatokat, valamint *Mező*, *Ratkóczy*, és *Ádám* prof.-ok hozzászólását. *Kirschner* statistikáját, melyet *Ádám* prof. idézett, megtaláljuk *Zenker* „Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie” 1938. évi munkájában. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a *Kirschner*-féle célzó-készülék constructiójának mai példánya hosszabb fejlődés eredménye. Tudomása szerint ötszáznál több electrocoagulatiót végzett *Kirschner* és a Deutsche Gesellschaft für Chirurgie berlini nagygyűlésén az összes hozzászólók megbízható eljárásnak ismerték el. Ez alkalommal 12 „prompt” eredményéről számolt be. Betegait továbbra is figyelemmel fogja kísérni és évek múlva ugyan-e helyről a „késői” eredményekről kíván beszámolni.

Előadás:

Vajda K.: *Orvosi vonatkozások Nietzsche életében.* 40 esztendő előtt halt meg *Nietzsche* és az utolsó, 15 évig tartó betegsége körüli viták még ma sem jutottak nyugvópontra. Évekig paralysis progressivának tartották, ennek azonban ellene szól már a betegségnek szokatlan hosszú tartama is. Majd atypikus paralysisre tették a diagnosit, ami azonban nem más, mint contradictio in adjecto. A ma már óriási és maholnap át sem tekinthető *Nietzsche*-irodalom nemcsak nem tisztázza, hanem inkább még bonyolultabbá tette az egész kérdést. Főleg betegsége aetiologiája tekintetében nem jutottak a kutatók egységes álláspontra. Míg *Möbius* a legnagyobb határozottsággal luetikus eredetűnek tartja a betegséget, addig igen nagy azoknak a táborra, akik bizonyítottan tartják, hogy *Nietzsche* sohasem szenvedett syphillisben. Előadó az öröklési viszonyok alapos mérlegetése után, tisztán a kétségbe nem vonható tények alapján igyekszik világosságot deríteni a nagyon is bonyolult kérdés lényegére. Szerinte enkephalomalakiáról volt szó, amelynek létrejöttében igen fontos szerepe volt az álmatlansággal kapcsolatos chioralhydrat-abususnak, nemkülönben a kértégtelen psychopathiás constitutióknak, amely már a legzengőbb ifjúkorban migráenes rohamokban nyilvánult, annál is inkább, mert ezek mind gyakoriságban, mind intenzitásban folyton fokozódtak. A szokatlanul nagyfokú myopia és a velejáró astigmatismus szintén fontos aetiologiai momentumok. Mindezek bőveges magyarázatát adják a 45

éves korban jelentkezett agyvérzésnek, amely idő előtt végetvetett a kivételes genie csodálatos alkotásainak.

Ezután *Loeck V.* berlini mérnök tartott előadást: „Photographie in der Medizin: Infrarot- und Farbenphotographie” címen diapositívek és számos színes műteti film vetítésével.

A Közkórházi Orvostársulat október 30-i ülése.

Bemutató:

Telegdi I.: *Sinoauricularis block esete.* 59 éves nőbeteget mutat be, kinek 4 hete szívdobogása, szívűtáji szorongása van. Hallgatódzaskor és pulsusvizsgálatkor a szívűműködésben időnként nagy pausák észlelhetők. Wa.: negativ, tensio: 180/100 Hgmm. Ekg. lelete: sinus alaphrhythmus, P—P: 80”, P—k alakja változó, PQ: 0.15—0.18”, QRS: 0.10”, T₁, T₂ pozitív., T₃ biphasisós, S₁, T₁ isoelekt. vonal alatt, S₂, T₂ isoelekt., S₃, T₃ isoelekt. vonal felett. Legfeltűnőbb a görbén, hogy időnként hosszas pausákat találunk benne, amikor is sem pitvar, sem kamrai copl. nem látható. Ezek mindig az alaphrhythmusbeli szívűműködés egészszámú (2—3—4) többszöröse, a görbe tehát sinoauric. block II. típusának felel meg. Nitroglycerin, coffein, digitalis, tonogen, atropin, histamin adására átmenetileg megszűnt a block, digitalis cholinra nem. Ezután rendszeresen papaverin, theobromin, sevenal-os port kapott, 2 hét múlva a block megszűnt. Oka valószínűleg a sinuscsomó rossz vérellátása volt sklerotikus alapon.

Előadások:

Érczy L.: *A meningitis epidemica kezelése a gerinc-szarnak atmoszával.* Ismerteti a szájon át adott sulfamid-szarnakozék liquorbeli concentratióját ép és kóros viszonyok között, majd a meningitis epidemica eddigi gyógyeredményeit, hangsúlyozva, hogy a különböző chemotherapeuticumok alkalmazása óta a halálozás arányszám lényegesen csökkent. A belsőleg adott gyógyszer hatásának érvényesítéséhez azonban idő kell — legtöbbször két-három nap — és a súlyos esetek egy részét éppen az idővesztés miatt veszítjük el. *Lenhartz*, majd 1939-ben *Künzel* a gerinc-szarnakot steril physiologiás konyhasós vízzel mosták át a duralis serumbefecskendezés előtt. Előadó mosófolyadékul a chemotherapeuticum híg, vizes oldatát használta. Az átmosást mindig ülő helyzetben végezte, egyidejű cisterna- és lumbal punctio útján. A cisternába addig fecskendezett 0.08%-os sulfanyl-aminopyridint, vagy steril physiologiás konyhasóval hígított 10%-os sulfathiazol-oldatot, míg az ágyékcspaloló tűn tiszta mosófolyadék nem ürült. Ezáltal szándékozott elérni: 1. a fertőzött liquor eltávolítását a durazsákból; 2. a gerincfolyadék besűrűsödésének megállítását; 3. a fertőzött liquor helyettesítését híg gyógyszeroldattal s ezáltal a bakteriumok fejlődésének megállítását. Az eljárást csak súlyosabb esetekben alkalmazta; 43 így kezelt súlyos betege közül csak kettőt veszített el.

Kern T.: *A koszorúerek vérkeringési elégtelenségéről.* Ha a koszorú ütőerekben kevesebb vér kering, mint amennyit a működő szívizomzat igényel, akkor az a kóros állapot következik be, amely a szívizomzat oxygen-hiányából ered és amelyet a koszorúerek vérkeringési elégtelenségének (coronaria-insufficiencia) nevezünk. A szívizomzat részéről igényelt és a koszorúerekben rendelkezésre álló vér mennyiség közötti dysharmoniának objectív bizonyítékai: 1. jellemző kórbontani és kórszöveti elváltozások (hypoxaemiás nekrosis); 2. jellegzetes elektrokardiogramm és 3. subjectív és objectív klinikai tünetek. Élőben a koszorúerek vérkeringési elégtelensége legbiztosabban a jellegzetes elektrokardiogrammal állapítható meg, kiegészítve a mellkasi elvezetésben felvett görbével. Az adagolt munka után készített Ekg-mal (ü. n. munkakísérlettel) a koszorúerek vérkeringési elégtelenségének fokozódása vagy javulása is ellenőrizhető. Klinikai tünetek alapján a koszorúerek vérkeringési elégtelenségének heveny és idült alakját ismerjük. Annak bizonyítékát, hogy a heveny alak az angina pectoris és a koszorú ütőérelzáródás (szivinfarctus) klinikai körképében nyilvánul, a szívizomzat oxygenhiányából származó kórszöveti elváltozások keletkezése és a beteggy mellett az elektrokardiographia szolgáltatja. Az idült coronaria-elégtelenség szívizomelégtelenséget okoz, fokozatosan súlyosbodik (decompensatiós) tünetek előidézésével. De ezek kifejlődése az elektrokardiogrammon már a szívűműködés kiegyensúlyozott időszakában is felismerhetők.

A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlésének Centennariuma

1840 július 25-én *Bene Ferenc* a budapesti egyetem orvosi karának Dékánja „tudományosságunk előmozdítása ügyében” tett indítványa vetette meg a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének alapját. Az első nagygyűlést 1841 május 29., 30. és 31-én Pesten tartották.

Bene Ferenc kir. tanácsos, elnökgazgató „örömmel teljes szívvel jelentette kedves magyar orvostársainak s a magyar természetvizsgálóknak üdvözlését.” Ezután jelezte a gyűlés tárgysorozatát. Beszéde során a következőket mondta:

„Ohajtaná ugyan a magyar királyi egyetem orvosi kara, hogy minden magyar orvos és természetvizsgáló magyarul beszéljen és magyarul terjessze elő a tőle kifejtendő tárgyat. Ohajtaná a magyar orvosi kar, hogy az egész világon — minden nemzet — még mennyben az angyalok is, — ha beszélni tudnának — a legszebb nyelvet, a magyar nyelvet beszélnék. De mindenki átiátja, hogy ezen magyar kívánság, soha bé nem fog teljesedni; azért épen nem határozzuk meg a gyűlésben csupán a magyar nyelvvel való előlést, inkább szívesen fogunk fogadni minden orvosi és természet-tudományi illető értekezést, felvilágosítást, gyarapítást a tudósok nyelvén, a latinon, úgyszintén a velünk oly szorosán összesógorosodott német nyelvén”.

Kovács Sebestyén Endre „a vegytan szükségességéről, hatásáról általánosan s különösen honunkra” című értekezést tartott. *Eckstein Fridrik dr.* indítványt terjesztett elő Magyarország helyzetrajzának kidolgozásáról. *Tognio Lajos* az ásványvizekről értekezett.

A vándorgyűlés célját a rövid alapszabály a következőképp jelölte meg: „célja ezen gyűlésnek személyes ösmeretség, orvosi és természettani ösmeretek, tapasztalatok s új találmányok, mennyiben lehetséges élőszól általi rövid közlése és terjesztése, sőt a gyűlések helyének változtatásával a hazai vidékek helybeli ösmeretése is.”

A 25. vándorgyűlést 1890 augusztusában *Nagyváradon* tartották s ez alkalommal *Szabó József dr.* egyetemi tanár a vándorgyűlések 50 éves múltjáról számolt be s a jövő teendőit vázolta.

A vándorgyűlések történetét *Chyzer Kornél dr.*, akkor még Zemplén vármegye főorvosa s utóbb a belírta meg. Ez időszakban a gyűléseket csak három ízben tartották Pesten, a többit Besztercebányán, Temesvárt, Kolozsvárt, Kassán, Eperjesen, Sopronban, Marosvásárhelyt, Pozsonyban, Rimaszombaton, Egerben, Fiumében, Aradon, Herkulesfürdőn, Győrött, Előpatakon, Máramarosszigeten. Ez egyszerű felsorolás szívünkhöz szól s mélységes gondolatokat kelt.

Az ülések elnökei között *gr. Teleki József* (Erdély főkormányzója), *Scitovszky János*, *Haynald Lajos*, *Bartakovics Béla*, *Szabó Imre*, *Révész Imre*, *Brankovics György*, *Császka György*, *Schlauch Lőrinc* püspököket *gr. Andrássy Györgyöt*, *hg. Esterházy Pált*, *br. Vécsey Józsefet*, *gr. Dégenfeld Imrét*, *gr. Csáky Albint* s kit legelőször kell említenünk *József főherceget* találjuk.

A tagok száma az első huszonöt év alatt a 12.000-t meghaladta.

Az első összejevetel alkalmával arról volt szó, hogy ügyminisztériumban a közegészségügyi osztály vezetője évente két gyűlést tartsanak: egyet Pesten, egyet a vidéken. Később már csak évente egyet tartottak, sőt több ízben szünetelt az, a világháború után pedig újból nagyobb szünet következett. Időközben, 1917-ben *br. Korányi Sándor* indítványa az orvosok nagygyűlést tartottak, de ez nem pótolta a vándorgyűléseket. Éppen

olyan kevéssé az ugyancsak *br. Korányi Sándor* indítványa alakult Orvosi Nagy hét sem. Egy ízben a vándorgyűlés az Orvosi Nagy héttel egyidőben ülésezett, de ez a megoldás sem vált be.

Az idők folyamán az Orvosi Nagy hét és a vándorgyűlések feladatköre elkülönült. Az orvosi tudományos egyesületek szövetségének feladata az orvosi tudományok fejlesztése s a tulságosan széttagolt szakok *synthesis*e, ezzel szemben a vándorgyűlések feladata inkább az ismeretterjesztés. A természettudományok művelőivel együttműködés a száz év előtt kitűzött feladatot határozottan szolgálja. A német orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek súlypontja is a nagy összefoglaló előadásokban van.

Ilyen körülmények között a vándorgyűlések fenn tartása szükséges és pedig legcélszerűbben úgy, hogy egyik évben az Orvosi Nagy hét, a másikban a Vándorgyűlés, utóbbi rendszeren vidéki városban. A központi választmány hatáskörébe tartozik a kérdés meg tárgyalása és a szükséges intézkedések megtétele.

Kétségtelen, hogy a budapesti egyetem orvosi fakultása, a Budapesti Királyi Orvosegyesület s a Természettudományi Társulat a vándorgyűlések centennariumának előkészítésében a vándorgyűlések központi választmányát támogatni fogják s e tudományos és hazafias intézmény fejlődését elő fogják mozdítani.

A legközelebbi vándorgyűlés helyének megválasztása gondos mérlegelést kíván, de érthető, hogy elsősorban a hazatért városok, *Kassa*, *Nagyvárad*, *Marosvásárhely* s különösen kincses *Kolozsvár* városa jöhetnek szóba. *Gr. Teleki József* a 25. vándorgyűlés elnöke megnyitó beszédében „ezen vándortársulat üdvös hatásáról és eredménydús működéséről” szólott s többek között a következőket mondotta: „A rokon érzelmek és vágyak, a kölcsönös szeretet és hő ragaszkodás, a hajdani szorosabb kapcsolat és közös elődök, a nemzetiség és alkotvány, a közös fejedelem és viszontagságok által egymással a legszorosabb viszonyban álló két hazának, de egy nemzetnek a fiait a tudományok szeretetében egyesülve látom e tisztos körben. A gyászos mohácsi veszélytől fogva ez az első alkalom, mely a két hazalakosait barátságos egyesülésbe vonván, a közérdeknek kölcsönös erővel felfogására, az iránti szerény tanácskozásra módot nyújt.”

Bármilyen nehéz is a választás, de *gr. Teleki József* szavai nyomtatékosan szólnak *Kolozsvár* mellett.

Grósz Emil prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 46. sz. W. Thiele: Endogen eredetű A-vitamin deficit. — K. H. Hildebrand: A vérnyomásfokozódás physikalis alapja és kiegyensúlyozása a gyermekkorban. — G. J. Plaats: Metallikus idegentestek localizálása a boloskoppal és ennek jelentősége a hadisebészetben. — G. Habelmann: Csontvelőelváltozások allergiában. — Hummel: Egyszerű eljárás a vérsejtsüllyedés meghatározására okularmikrométerrel. — H. A. E. Dishoek és L. B. W. Jongkees: Új eljárás a vérzési idő meghatározására. — Schrank: Vena portae szűkület ritka esete. —

The Journal of the American Medical Association, szept. 21. T. M. Joyce: A lágsérvek fasciával történő gyógyítása. — B. S. Brochy: Az acut craniocerebralis sérülések kezelése. P. C. Bucy, V. T. Haverfield: Az acut sinusitis frontalis cranialis és intracranialis szövödményei. — S. C. Cullen, S. E. Ziffren, stb.: Anaesthesia és májsérülés. — K. M. Houser, E. H. Campbell, stb.: Idült sükettség kezelése prostigminnel. — E. L. Potter: Halálozások a magzati és újszülöttkorban. — J. W. Jordan, F. A. Dolce, stb.: Háziasszonyok kézdermatitise. — J. Elliott, G. F. Busby, stb.: A híg plasma készítése és conserválása. — Okt. 12.

HETIREND

Az idült gyomorfekély kezelése. Schafflernek a Kéthly-klinikán végzett vizsgálatai szerint (O. H. 1926. 8.) az idült gyomorfekély kezelésében utókúra gyanánt igen jó szolgálatot tesz a Mira gläubersós gyógyvíz. Főleg langyosan alkalmazott, tartós ivókúra ajánlatos. Hyperaciditással járó esetekben a savértékek csökkenését eredményezi és a subjectív panaszokat szünteti. Mintavízrel készséggel szolgálja a Mira Gyógyforrások budapesti központja.

L. D. Bristol: Ipari egészségügy és nemzetvédelem. — T. L. Shigsmán: Orvosok az iparban. — E. M. Miller, E. H. Fell, stb.: Gyermekek acut appendicitise. — E. S. Stafford, D. H. Sprung: Az acut appendicitis mortalitása a Johns Hopkins kórházban. — W. Barrow, A. Ochsner: Appendix eredetű peritonitis kezelése. — H. N. Culver: Egészségügyi tanácsadás. — F. Tice: A miniature röntgenfilm szerepe széleskörű vizsgálatokban. — R. E. Gross: Nyitott ductus arteriosus sebészi kezelése 10 esetben. — E. C. Eppinger, C. S. Burwell: Nyitott ductus arteriosus mechanikai hatásai. — G. E. Seegar, E. Delfs: Pregnandiól-kiürülés bilaterális oophorektomia után. — M. Dorne, T. B. Friedman: Derrisgyökér dermatitis. — Okt. 19. J. A. Sharkey, Használjuk-e a hypophysis hátsólebenyt szülés első és második stadiumában. — G. F. Pendleton: Visszaélés a hypophysis hátsólebeny használatával szülés korai stadiumában. — J. B. De Lee: Hypophysis hátsólebeny használata a modern szülészetben. — J. P. English, F. A. Willins, stb.: A dohány és a coronariabetegség. — J. A. Foley, E. R. Jasuna: Sulfanilamid az erisypelas kezelésében. — R. D. Brigant, J. G. Fleming: A veratrum viride az eklampsia kezelésében. — M. Cutler: Gégecarcinoma. — E. P. Alyea, L. C. Roberts: Chemoterapia a húgyutak nem specifikus fertőzésében. — B. Carrole, L. Cappel: Sulfathiazol: klinikai vizsgálatok. — H. M. Livingstone, S. A. Light, stb.: További tapasztalatok a divinyl-aether anaesthésiával. —

VEGYES HIREK

Halálozás: Justus Jakob dr. főorvos a „Dermatologia” c. folyóirat szerkesztője dec. 2-án, 74 éves korában elhunyt.

Neuber Ede prof. a budapesti bőr- és nemibetegségek klinikájának igazgatója, mint csereprofessor Németországban (Berlinben, Hamburgban, Lipcsében és Bécsben) a fertőző bőrbetegségek kórimézése és gyógyítása terén végzett kutatásairól tartott előadásait befejezte. A berlini és hamburgi dermatologiai társulat tiszteletbeli tagjává választotta, azonkívül a hamburgi egyetem nagy arany érdemjelével tüntette ki.

Korányi Sándor br. prof. ki öt év előtt vált meg klinikai tanszékétől, de tanítványai kérésére tovább folytatta tanácsadói működését, korára és gyengült egészségi állapotára tekintettel most ettől a munkakörétől is visszavonult.

Magyarországon a diphtheria-halálozás örvendetes módon csökken: 1931-ben 17.2; 1932-ben 18.3; 1933-ban 13.3; 1934-ben 9.6; 1935-ben 6.5; 1936-ban 4.7; 1937-ben 4.2 és 1938-ban 3.2 volt a 100.000 lakosra jutó halálozási szám.

Düsseldorfban 85.000 diphtheria ellen védőjött gyermek közül az utolsó hónapban csak 15 betegedett meg, de ezek közül egy sem volt halálos. Ugyanezen időben 787 nem védőjött diphtheria-beteg gyermek közül 28 halt meg.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen november 27-én: Kiss Endre Miklós, Lukács András, Gedeon Kálmán Miklós, Varga Gyula, Tóth László, Pajerszky József; — a budapesti Tudományegyetemen november 30-án: Bónizt Máttyás, Hevesi Imre, Kenézy Tibor, Kucharik Stefánia, Kulhanek Armand István Ede, Kollaritsch Ferenc Lajos, Száraz István, Tóth József, Válfy Frigyes Sándor, Vicsián Antal Zoltán, Zselényi Ilona (cum laude). Üdvözljük az új Kartársakat!

Hétfőn, 9-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. **Földváry F.:** A gyakorlat szempontjából fontosabb bőrbetegségek gyógyulása.

Kedden, 10-én, 6 ó.: a Magyar Gyermekeorvosok Társaságának ülése: **Lángné, Weinhandl E.:** Sphaerocytia anaemia; **Fekete A.:** Insulin-dextrose hatása toxikosisban; **Gérlóczy F.:** Cysta ovarii 8 éves gyermekben; **Hainiss E.:** Sérülésből keletkezett reticulobulbaris abscessus újszülöttn; **Brenner J.:** Világrahozott teljes pitvar-kamrai block; **Szymiczek A.:** Négyéves gyermek aplastikus anaemiája.

Kedden, 10-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. **Picker R.:** A chemoterapia értéke a kankó gyógyításban és a gonorrhoea elleni küzdelemben.

Szerdán, 11-én, 6 ó.: a Magy. Orvosok Röntgenegyesületének ülése: **Császár E.:** A sugárintensitás és dosis.

Csütörtökön, 12-én, 1/2 7 ó.: a Magyar Tüdőbeteg-gondozó és Gyógyintézeti Orvosok Egyesülete ülése (II. Belklinikai): **ifj. Kováts F.:** Caverna-assirált esetek bemutatása; **Kováts F.:** Caverna-szívás technikája; **Szüle D.:** Caverna-szívás eredményei; **Kiss L.:** A Monaldi-féle szívókezeléssel szerzett újabb tapasztalatok; **Nádor-Nikitist I.:** A röntgenvizsgálat feladata a caverna szívókezelésében; **Gyórfy B.:** A Monaldi-féle cavernaszívás morfológiája.

Pénteken, 13-án 6 ó.: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Sorozatos előadások: „Újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából”. X. előadó: **Imre J.:** A saruhártyaátültetés klinikai és szövettani tanulságai. (Betegbemutatóval és filmfelvétellel.)

Szombaton, 7-én, 6 ó.: a Magyar Szemorvos-társaság ülése. Bemutatók: **Majoros J.:** Keratitis pustuliformis profunda; **Németh L.:** Szemelváltozás Kerion Celsi kapcsán. Előadások: **Imre J.:** Keratoplastikával kapcsolatos szövettani és klinikai tapasztalatok; **Majoros J.:** Az internuclearis ophthalmoplegiák; **Tatár J.:** A belső szemzugi szalag hiányának örökletes esetei; **Csapodyné Mócsy M.:** Kísérletes vizsgálatok a szem mustárgáz-sérülésének kezelésére; **Miklós A.:** Keratitis ex exophthalmo gyógyítása teljes kötőhártyafedéssel.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik nov. 24—30. között. A hét közepén csaknem 70 óra hosszát tartó fagymentes időszak alakult ki. A többi napon a frontok száma nagyjában normalis volt. Erős fejlettségű frontok csak a hét első és utolsó napján érkeztek, az elsón egy erős betörési, az utolsón egy erős felsiklási front. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten	A front		Kisérő események*		
	hó	nap		óra	fajta
E	24	14	Felsikl.	Mérsék.	Felsikló borulás, néhány csepp eső
	24	15	Betörési	Erős	Fokozatos szélerecszés 16 m/mp-ig
D	25	12	Betörési	Gyenge	Kis záporos
	25	14	Betörési	Mérsék.	Kis zápor és új szélélénkülés 10 m/mp-ig
O	28	11	Betörési	Gyenge	Szélugrás, nimbostratus-felhőzet
	29	1	Betörési	Mérsék.	Ejeli szélrohamok
N	30	12	Felsikl.	Erős	Praefrontalis havazás 5.-tól
	30	14	Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés, lehülés

* A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorológiai Intézet önműszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi I. szám III. borítóoldalán.

Lapunk mai számához a Richter Gedeon vegyészeti gyár Rt. (Budapest, X.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeljük.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Ára: 1'13 P

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitérő spasmolitikum.

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

Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI.

Negyedik évtizede hanai „magaslati nap“

a klinikán, a kórházban, a magánorvosnál.

1. A kivitele elsőrendű. (Gördíthetőség, vízszintes karmozgás, kiellensúlyozás, védőbura stb.)

2. A sugárintenzitás a legnagyobb. (Méréssel ellenőrizhető!)

3. Gazdaságos üzem. (Kis üzemköltség, nagy teljesítmény!) Ha ezeket mérlegeljük, a döntés mindig csak egy lehet:

eredeti hanai „magaslati napot“!

A különböző típusokról ismertetést és szakirodalmat küld:

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R.T.
RÖNTGEN- ÉS ORVOSTECHNIKAI GÉPGYÁR
BUDAPEST, VI., NAGYMEZŐ-UTCA 4.
Telefon: *224-860



Jódtinktúra helyett **SEPSO**

A Sepso tinktura bizonyos fémeknek brómmal és rhodannal képzett complex vegyülete alkoholos oldatban. Koncentrációja megfelel a 10%-os jódtinktúrának és így fertőtlenítő ereje azzal teljesen egyenértékű. Mivel a Sepso tinktura jódmentes, jóderzékeny egyéneknél is használható.

Csomagolások:

20, 50, 250, 1000 g eredeti üveg,
3 g üvegcső, 5 és 10 kg kórházi csomagolás.

Ismertetőt és irodalmat készsággal bocsát rendelkezésre az előállító:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R. T.
BUDAPEST, X., HÖLGY-UTCA 14



Szabályszerűség helyreállítására: Eugastin mite et forte „Certa” a belműködést is szabályozza!

„Certa” Gyógyszerészeti Laboratórium Rt., Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.

242.031—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A budapest—magdolnavárosi m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetben megüresedett *tiszteletdíjas orvosi állásra* pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmazása havi 120 P. tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtok hozzájárult, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetéseknek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba (Bp., I., Uri-utca 49.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, minősítési táblázaton, fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Az állás betöltése alkalmaztatás útján egy évre történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmazás egy évre meghosszabbítható. A tiszteletdíjas orvosnak az intézetben kell laknia, természetbeni lakását csak saját személyére vehet igénybe s magángyakorlatot nem folytathat.

Budapest, 1940. évi november hó 29-én.

M. kir. belügyminiszter.

29.851—1940. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1936. évi IX. tc. és 950—1936. B. M. sz. rendelet alapján Jászberény m. városban elhalálozás folytán megüresedett, az állami rendszerű X. fiz. oszt. javadalmazással egybekötött *városi orvosi állásra* pályázatot hirdetnek.

A pályázók kérvényükben nyilatkozni tartoznak arra nézve, hogy az 1939. évi IV. tc. hatálya alá nem tartoznak, valamint a 920—1937. B. M. sz. rendelet 1. §-a értelmében afelől, hogy közhivatalban, közintézetben, vagy közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e, vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni. Az a pályázati kérvény, mely e nyilatkozatokat nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy c. lap „Szám-magyarázat”-ának 1—12. pontjai alatt felsoroltakat, valamint a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt kell csatolni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, minősítési táblázaton fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Pályázati határidő e hirdetéseknek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 nap.

A belügyminiszterhez címzett pályázati kérelmeket Jászberény m. város polgármesteréhez kell benyújtani.

Szolnok, 1940. november 11.

Alexander Imre s. k., alispán.

241.885—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A kassai állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtok hozzájárult, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetéseknek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba (Bp., I., Uri-utca 49.) nyújtják be.

A pályázati kérelemhez csatolandó okmányokat a Népegészségügy c. lap hirdetések rovatában megjelölt „Szám-magyarázat” 1—13. pontjai tartalmazzák.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve az említett iratok egyikével igazolhatják.

Az állás betöltése alkalmaztatás útján ideiglenesen történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmaztatás meghosszabbítható.

Az orvosnak az intézetben kell laknia s természetbeni lakását csak saját személyére veheti igénybe, s magángyakorlatot nem folytathat.

Budapest, 1940. november 25-én.

M. kir. belügyminiszter.

ad I. 60.462—1940. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Pestszenterzsébet m. városban lemondás folytán megüresedett *2 városi orvosi állásra*, továbbá a város normál létszámában a 202—1937. kgy. számú véghatározattal szervezett s a belügyminiszter 31.744—1939. évi IV. B. M. számú rendeletével betölteni engedélyezett *2 orvosi*, tehát összesen *4 városi orvosi állásra* pályázatot hirdetnek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti illetmény és a szabályrendelettel megállapított rendelési, beteglátogatási és műtétekért járó díjak.

Az állást elnyerni óhajtok a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e hirdetéseknek a „Népegészségügy” című hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül Pestszenterzsébet m. város polgármesteréhez — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Szám magyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Budapest, 1940. november 25-én.

vitéz dr. Endre László s. k. alispán.

VITAPLEX „D” forte injectio-CHINOIN

Angolkór és spasmophyllia lökéskezelésére

1 ampullás csomagolás (1 kcm) a 15 mg kristályos D₂-vitamin

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.

Telefon: 345-113.

Ingyenes lífhasználat.

(Kérje a portástól.)

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 csekkszámunk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. Szlovákiában: Eleőd Solt, O. H. Dunabank, Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az „Orvosi Hetilap”-ra az „Orvostudományi közlemények”-kel 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 összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2.50 P. A „Magyar Orvosi Archivum” egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

RICHTER-féle

organotherapiás készítmények:

Glandubolin

természetes kristályos tüszőhormon.

Luteoantin

serum gonadotrop hormon.

Cortigen

mellékvesekéreg.

Syntestrin

syntheticus, oestrogen hatású készítmény.

Insulin „Richter“

Glanduantin

chorion gonadotrop hormon.

Glanduitrin

izolált hypophysis hátsólebenyhormon.

Bitestin

biológiailag standardizált herekivonat.

Androfort

syntheticus him sexual hormon.

**RICHTER
GEDEON**
vegyészeti
gyár r.-t.
Budapest X.



ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

BALÓ JÓZSEF
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Polony Béla: Tapasztalatok az 5-vegyértékű arsennel a syphilis orvoslásában. (633—634. oldal.)

Ruzicska Gyula: Kétoldali genyes kürtzsák intrauterin terhesség mellett. (634—636. oldal.)

Irodalmi szemle: (636—637. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (101—104. oldal.)

Könyvismertetés: (637—638. oldal.)

Egyesületek ülésgyűlései: (638—640. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (640—642. oldal és a borítólapon III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMENYEK

A komáromi szab. kir. városi közkórház közleménye.

Tapasztalatok az 5-vegyértékű arsennel a syphilis orvoslásában.

Irta: Polony Béla dr., főorvos.

Minden bőrgyógyásznak az a főtörekvése, hogyluetikus betegének vérét negatívvá tegye annak ellenére, hogy nemcsak az irodalomból, hanem saját tapasztalatból is tudjuk, hogy negatív Wassermann és minden alapos kezelés mellett is látunk később harmadlagos és idegluest.

Ezért ma már elengedhetetlen, hogy minden gyógyult lueses betegünkön Wagner Jauregg szerint 5 évvel a fertőzés után liquorvizsgálatot végezzünk és erre nézve betegünknek javaslatot tegyünk, mert ennek elmulasztása majdnem műhibának számít. Az már természetesen mellékes, hogy ezt a liquorvizsgálatot intézetben lumbalpunkció alakjában végezzük-e el vagy ambulánsan a Dattner-féle kettős lumbális tüvel hajtjuk végre vagy méginkább a technikailag nehezebb, de minden melléktünettől mentes és ambulánsan is elvégezhető Ayer-féle közvetlen occipitalis punctióval.

Azon eseteket, amelyek a régen bevált Hoffmann-féle intermittáló vegyes kezelésre jól reagálnak, azokat nyugodtan kezeljük a gyógyulásig. A kezeléssel dacoló, makacsul pozitív eseteket minőségileg és mennyiségileg különbözőképpen kezeljük — nemcsak gyógyszereket, hanem módszereket is változtatunk. A neosalvarsan mellett a salvarsannatriumot, solusalvarsant, sőt az alt-salvarsant is megpróbáljuk, a bismut-készítmények sokaságából válogatunk, sőt vissza-visszatérünk a higanykészítményekre, a kenőkúrára, Zittman-főzetre, nem is említve a jódkészítményeket. Érdekes megemlíteni a Spiethoff-féle állandó, folytonos kezelési módot és a Schreuss-féle telítő kúrát.

A különböző gyógyító módszerek ellenére is Wassermann resistens esetekben használatos láztherápiát, (malária, pyrifer stb.), és csak a liquorpositív esetekben alkalmazom, tehát a 4—5. év után elvégzett punctio után. Ugyanis mindnyájunk előtt ismeretes az a tény, hogy a liquor a fertőzéstől számított 5 év alatt kap állandó jelleget és az időközben még pozitív liquorok a szabályszerű kezelés alatt a legtöbb esetben rendbejönnek. Természetesen kivételt képeznek azok a ritka esetek,

ahol már a legkorábbi szakban jelentkeznek klinikai tünetek az idegrendszer részéről s ahol a láztherápiá az egyetlen helyes gyógymód.

Mindezeket annak bizonyítására soroltam fel, hogy a syphilis gyógyítástana még nincs lezárva és így minden új mód- és gyógyszer ki kell próbálni, hogy a láztherápiát a legszűkebb körre szoríthassuk.

Az amerikai szerzők a 20-as években kezdtek foglalkozni a tryparsamiddal, egy az atoxylhoz közelálló 5-vegyértékű arsenvegyülettel, amellyel nemcsak paraitikusokon, hanem pozitív liquorú esetekben is kiváló eredményt értek el. Tőlük függetlenül francia szerzők is kísérleteztek az 5-vegyértékű szerves arsenvegyületekkel és kimutatták, hogy különösen az amino és phenolkötésű arsenvegyületek hatásosak és mentesek a mérgező, a nerv. optikusra káros mellékhatásoktól, amelyek Ehrlichet is arra kényszerítették, hogy az atoxylról a 3-vegyértékű szerves arsenvegyületek felé forduljon.

Igy született meg a francia stovarsol és a német spirocid, amelyet Leviditi és Oppenheim ajánlatára az ideglues kezelésére is felhasználtak és Dattner adatai szerint különösen az eddigi kezeléssel ellenkező esetekben láttak feltűnő javulást.

A peroralis kezelés megbízhatatlansága, az adagolás és felszívódás közötti egyéni különbségek egyrészt, másrészt az 5-vegyért. arsen kiváló tulajdonsága és nélkülözhetetlensége arra ösztönözték a laboratóriumokat, hogy stabil, oldott állapotban tartható és befecskendezésre alkalmas vegyületet alkossanak — így került a forgalomba a francia *acetylarsan* és a német *solvarsin*, mely egy paraoxymeta-acetylaminophenylarsinsavas aethanolamin 3 és 5 ccm-es ampullákban. A német solvarsinnal azonos magyar készítmény az Egger-féle *dynarsan*, amely szintén 3 és 5 ccm-es dosisokban kapható.

Az előállító gyárak és az irodalomban található adatok szerint friss esetekben nem pótolja a salvarsant, hanem főleg aortalues esetén és az ideglues késői alakjaiban indokolt, minthogy vasomotorikus zavarokat nem okoz. Kiemelik a Wassermann-reactióra való hatását, melléktünetektől, nitritoid kristóll mentes könnyű alkalmazását bőr alá vagy izomba.

Én a solvarsint főképpen azonluetikusok kezelésére alkalmaztam, akik a fertőzéstől számított 5 éven belül ismételt kúrák ellenére is pozitívak maradtak, továbbá világrahozott lues késői eseteiben vagy ott, ahol a neosalvarsan, solusalvarsan bőrlobot okozott. Mint min-

den antiluetikus kúránál a máj- és a veseműködés ellenőrzésén felül figyelemmel voltam a nerv. opticusra is a szer neurotrop hatása miatt, azonban kellemetlen mellék tüneteket megfelelő adagolás mellett egy esetben sem észleltem. 5 naponként adagoltam 3 ccm-t a nőknek, 5 ccm-t a férfiaknak, összesen 8—10 ampullával és ezenfelül a megfelelő bismuth-injectiókat.

Az eredményeket legyen szabad a mellékelt kémhatásokban bemutatnom, ahol 1938-ig kizárólag solvarsint használtam (17 eset), majd 1938 után dynarsant (13 eset).

1. táblázat.

Szám	Diag. (lues)	Neosalv. Bi kúra	Wa	Mei-nicke	Solvarsin Bi kúra	Wass.	Mei.
1	sec.	7	+	++	1	-	-
2	latens	6	++	+++	1	-	-
3	cong.	6	+++	+++	1	-	-
4	latens	6	+	+	2	=	=
5	1 sp.	6	+++	+++	2	+	=
6	latens	6	+++	+++	1	-	-
7	latens	6	+	+	3	≡	+
8	1 sp.	6	-	+++	2	=	=
9	sec.	4	+++	+++	2	=	=
10	latens	3	++	+++	1	-	-
11	latens	3	++	+++	2	+	=
12	sec.	3	+++	+++	3	≡	+++
13	latens	3	+++	+++	1	=	+
14	latens	2	+	++	1	-	-
15	latens	2	+++	+++	1	-	-
16	latens	1	+++	+++	2	=	=
17	latens	2	-	+	2	+	++

2. táblázat.

Szám	Diag. (lues)	Neo alv. Bi kúra	W	K	C	Dynarsan Bi kúra	W	K	C
1	atens	6	+	++	+++	2	++	+++	+++
2	latens	3	+++	++	+++	1	++	++	++
3	latens	5	+++	++	+++	2	+++	++	+++
4	latens	4	-	++	+++	2	=	++	+++
5	latens	4	-	++	+++	2	=	=	=
6	latens	5	++	++	+	2	=	=	=
7	latens	5	+	+	+	1	+	-	-
8	latens	8	+++	++	+++	2	=	++	=
9	latens	7	+++	++	++	2	=	+++	+++
10	sec.	4	+	++	++	2	++	+++	+++
11	sec.	4	+	+++	+++	2	=	+++	+++
12	cong.	1	+++	+++	++	1	++	++	+++
13	cong.	8	-	+	+++	1	-	+	-

Megjegyzem, hogy valamennyi Wassermann- és Meinicke-próbát nem a kórházi laboratórium, hanem idegen serologiai intézet végezte, amellyel csupán a betegek kezdőbetűit közöltem. Therapiára, vagy a betegségre vonatkozó adatot azonban sohasem, ennél fogva az adatokat minden befolyástól nemtesnek kell tekintenem.

Feltűnő a Wa.-reactio gyors negatívra fordulása és tartós jellege még a világrahozott esetekben is. Ebben a táblázatban nincsenek felsorolva az ideglues-esetek, valamint azok sem, amelyek a solvarsin kúra után nem

jelentkeztek és így Wa.-r.-juk nem volt ellenőrizhető. Az esetek száma végleges eredmény leszűrésére nem jogosít, azonban határozottan irányt mutat.

Külön érdekessége lesz ezen Wa.-resistens esetekben az 5 év után elvégzendő occipitálpunctiós liquorvizsgálatok eredménye és remélem, hogy az 5 vegyértékű arsenvegyületek sem maradnak el liquorgyógyítás szempontjából a 3 vegyértékűek mellett.

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

Kétoldali genyes kürtzsák intrauterin terhesség mellett.

Irta: Ruzicska Gyula dr., tanársegéd.

Fennálló, intact terhesség mellett csak igen ritkán található jelentősebb heveny méhfüggelékgyulladás. A felterjedő fertőzés a méhürnek a terhesség általi elzáródása miatt alig jöhet létre. Bár a méhür teljesen csak a terhesség III. hónapjában záródik el, a decidua parietalis és capsularis már korábban is elég szorosan összehúzózik. Ezért a nyakcsatornafelőli egyszerű felszálló fertőzés különösen genykeltő kórokozókkal alig fordul elő. Korai terhesség mellett szerzett kankós fertőzéskor azonban a nyálkahártya felszíneken tovakuszó gonococcus néha talán utat találhat a méhür és innen a kürtök felé is. Az ilyen esetek azonban rendszerint vetéléssel végződnek és ekkor már nem bizonyítható, hogy a kialakult adnextumor a terhesség alatt jött-e létre, vagy csak a már megindult vetelés kapcsán. — Terhesség és függeléklobosodás együttes előfordulása azért is igen ritka, mivel az utóbbi gyakran kürt-elzáródással és így meddséggel jár. Különösen kankó esetében rendszerint kétoldali a folyamat és ezért ritka a fogamzás. Petefészek-tályog is szövődhet terhességgel. Keletkezésében rejtett appendicitis is szerepelhet. De a terhesség bekövetkezése előtt is visszamaradhatnak genitális fertőzések és a terhesség alatt kiújulhatnak. A kiújulásra alkalmat a lenőtt kürtnek a terhesség alatti felszakadása és így a genyek a peritoneumra történő kikenődése ad okot. Ilyen formában természetesen csak féloldali kürt-lobosodásoknál jöhet létre terhesség. Blanc szerint (Idézet Döderlein: Handbuch der Geb. II. kötet, Küstner: Komplikation von Schwangerschaft.) az ilyen rejtett kürtlobosodás terhesség mellett 50%-ban kiújul, sőt a geny a hashártyára is kijut.

Bár a méhenbelüli terhesség mellett heveny függelék-lobosodás kétségtelenül ritkán fordul elő, mégis gyakoribb, mint azt az irodalmi adatok szórányosságából gondolhatnók. Járóbeteg-rendelőnk nagy anyagában elég gyakran kerül szemünk elé olyan eset, ahol a korai terhesség mellett érzékeny köteges adnextumok, megvastagodások, a méhnek féloldali rögzítettség található. Nem egyszer kiderül, hogy az előző években a vizsgálaton jelentkező nőnek a járóbeteg-rendelőben megállapított adnexlobosodása volt, azt kezeltük is és az fokozatosan javult. A terhesség első hónapjaiban pedig a megfelelő oldalon ugyanezeknél sokszor igen jelentékeny „összenövéses” fájdalmak jelentkeznek. Valószínűleg a terhességgel járó vérbőség és a terhesség hormonális hatása is igen kedvez a függelékgyulladások gyógyulásának és így azok csak igen ritkán okoznak nagyobb panaszokat és kerülnek észlelésre. A terhesség alatt ugyanazon a helyen ismételt jelentkező fájdalom ilyen környezeti, nevezetesen adnex-lobosodással függhet össze.

Burger (O. H. 1924.) a daganatok és terhesség szövdményeivel foglalkozó munkájában 55 ezernél több terhesség között csupán 3 adnextumorról szövedött terhességet talált a szegedi bábaképző és klinika anyagában. Terhesség mellett az adnexlobosodások pontos körismézése is igen nehéz. A heveny és félheveny folyamatok nyomásra érzékenyek, sőt hasfali izomvédekezés is lehet, ilyenkor geny-tömlőre van gyanú. Ha szükséges ez utóbbitól az elkülönítés, akkor altatásban végzett vizsgálattól sem szabad visszariadni. Minél előrehaladottabb azonban a terhesség, a tapintási lehetőségek annál nehezebbek. Heveny kürtgyulladás körülírt peritonealis izgalmi jelenségekkel heves tüneteket támaszthat, jobboldali folyamat esetében az appendicitistől való elkülönítés igen fontos és nagy jelentőségű. Az előbbinél a folyamat rendszerint megnyugszik, különösen, ha kankós eredetű, ellenben heveny féregnyulványlob esetén a műtét okvetlenül javalt. Appendicitisben a nyomásérzékenység feljebb helyezett, a Mac Burney-pont területére, vagy még feljebb; heveny függeléklobosodásban mélyen a medencébe nyulik az érzékenység és a Douglas felől mindig heves fájdalomérzést vált ki a vizsgáló ujj. A jellegzetes tapintási leleten kívül ez is útbaigazít. Periappendicularis folyamatokban az izzadmány lejtűhat a Douglasba és ott eltolódhat. Itt azonban a Douglas tályog képe mutatkozik.

Terhesség mellett azonban különösen gondolkodni kell az anatómiai képletek erős eltolódottságára, magasra és erősen oldalra helyeződésére mind a heveny appendicitisben, mind a heveny genyes kürtzsáknál. Ezért az érzékenység és izomvédekezés sem mindig a típusnak megfelelően jelentkeznek. Ilyen esetekben soha sem a tapintási lelet, vagy a localisatio dönti el a beavatkozás szükségét, hanem a fenyegető tünet és az általános állapot súlyossága, amit az áttörni készülő genyes folyamat mentén kialakuló heveny hashártyaizgalom okoz.

Heveny, feltehetőleg genyet is tartalmazó adnextumorokat a terhesség alatt, különösen ha a folyamat rosszabbodására, előrehaladására utaló jelek (peritonealis tünetek, láz) vannak, meg kell operálni. Ez az activ álláspont terhességgel szövedött adnextumorról kapcsolatban már régen fellelhető az irodalomban. E. Wertheim, Franqué, Martius, majd Heynemann és mások ezt a nézetet vallják (Halban—Seitz V. B. 1. 132.). A terhességgel, majd a méh kiürülésével együttjáró igen nagy térfogatváltozások a hasürben kedvezőtlenek, sőt megakadályozzák a genyes folyamatok megnyugodását. Ezért minden genyet tartalmazó adnextumort meg kell operálni, mert az egész terhesség alatt és különösen a szülés alatt és után a méh hirtelen térfogatváltozásával bekövetkező perforatio által állandóan fenyegeti a beteg életét. Burger hangsúlyozza, hogy „műtét közben lehetőleg conservative kell eljárni, de nem szabad a terhes méh kiirtásától sem visszariadni akkor, ha a beteg életének megmentése csakis ilyen áron látszik lehetségesnek”. Terhes méh melletti pyosalpinx legnagyobb veszedelem a szüléskor és még inkább a gyakori vetéléskor létrejövő repedés; beavatkozások esetében a genytömlő ugyanis igen könnyen megrepedhet. Burger által ismertetett 3 eset közül 2-ben a genyes adnextumor miatt a terhes méhet kényszerültek kiirtani. A 3. esetben a leválasztás közben megrepedt genyzsák miatt a hasfal felé szádoltak, a terhes méh megtartása mellett. Ez esetben nem lett volna célszerű a hüvely felé szádolni, mivel a vetélés esetén a méhür is fertőződne; ezt az óvatosságot igazolta a bekövetkezett vetélés. Mindhárom esetük simán gyógyult. Az irodalomban igen szóróványosan található néhány közlésből kiemeljük meg

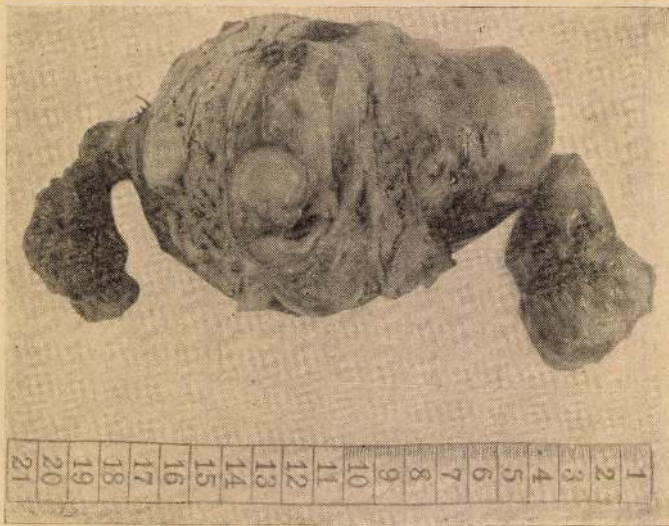
W. Wobker, (Zbl. f. Gyn. 1937. 5. ref.) által először terhesen, VIII. hónapos terhesség mellett észlelt ökölnyi, heveny jobboldali adnextumor esetét. A fenyegető hashártya-izgalmi jelenségek miatt hasmetszést végeznek, a beleket számos helyen lenöve találják a méh felszínéhez és az adnextumorhoz. A leválasztás bélsérülésre vezetett, ami miatt kénytelenek voltak a méhet kiirtani. A genyes adnextumor is megrepedt a műtét alatt és így ez is egyik oka volt, hogy a terhes méhet nem hagyhatták vissza, mert annak később bekövetkező kiürülése az esetleg letokolódó, körülírt hashártyagyulladás összenövéseit felszakította és általános hashártyagyulladásra vezethetett volna. Így azonban a beteg simán meggyógyult. A kórelőzmény régi kankót tett valószínűvé. W. Wobker is hangsúlyozza, hogy ilyenkor az azonnali műtét (hasmegnyitás) adja a legjobb gyógyulási kilátást. Heynemann nézete szerint is, ha kétség merül fel, hogy várakozásnak, vagy activ beavatkozásnak volna-e inkább helye, a várakozás nagyobb veszélye miatt az activ beavatkozás mellett döntünk. Laparotomiával tiszta helyzetet teremthetünk, sőt nem egyszer itt jutnak csak a helyes körisméhez. Magában az egyszerű hasmegnyítás a terhesség továbbviselésének csak igen csekély veszélyét jelenti.

Az általunk észlelt egy esetben, ahol kétoldali genyes kürtzsák derült ki a műtét alatt a fennálló terhesség mellett, hasonlóan igen komoly mérlegelés tárgya volt a műtétnek csonkítással való befejezése és ezért azt ritkasága és tanulságos volta miatt egyaránt érdemesnek tartjuk röviden ismertetni:

Huszonhat éves nőbeteg, 1933-ban egy rendes szülése; vetélése nem volt. 1936-ban 3 hétig tartó „méggyulladás” volt. Vérése hat hete kimaradt, a klinikát igen heves alhasi, deréktáji fájdalom miatt keresi fel. Hőmérséklete 37.8-ig gyakran emelkedik. A III. hónapos terhességgel megfelelő nagyságú, ezenkívül dudoros, myomás méh mellett mindkét oldalt jól körülírt, tojásnyi megkötött adnextumort találtunk. Otthoni kezelésre adunk utasításokat, a beteg azonban néhány nap múlva újra jelentkezik túrhetetlen alhasi fájdalommal, amelyet csillapítószerrel sem sikerült megszüntetni. A szünni nem akaró fájdalom miatt az igen csekély hőemelkedések mellett adnextorslóra gondolunk. A műtét előtti 12 napi megfigyelés alatt a beteg már teljesen láztalan, de a heves alhasi görcsös fájdalom időnként kiújul. Leukocytaszám: 7500, a vörösvérsejt-süllyedés 1 óra alatt 54 mm. Az időnként kiújuló heves fájdalom valósággal kikényszerítette a műtétet. A műtét során eredeti tervünk ellenére a kétoldali genyes adnextumor miatt, az asszony fiatal kora ellenére, csonkításokra kényszerültünk. (op. Kovács prof.). A II—III. hónapon myomagóctól torzított csecsemőfőnyi terhes méh mellett baloldalt kisökölnyi, jobb oldalt tojásnyi, környezeti lobos összenövésektől rögzített adnextumort találtunk. Mindkét kürt feszes, megvastagodott falú genytömlővé alakult át. Ezek felszabadításakor baloldalt a kürt genytömlője megrepedt és sűrű, sárgás geny buggyant elő. A műtét közben megvizsgált geny igen sok jöföstedős leukocytát és mérsékelt számban Gram negativ diplococcusokat tartalmazott, helyenként intracellularisan is. Ilyen módon a myomagóctok enucleatióval való eltávolítása igen veszélyes lett volna, de nem is volt remélhető, hogy a két genyes kürt eltávolítása és a myomagóctok enucleatioja után a terhesség továbbviselődjön, újabb terhesség pedig a genyes kürtgyulladás miatt amúgy is ki lett volna zárva. Ezért a méh csonkolását kellett választani a kürtök eltávolításával együtt, mint a betegre nézve legkedvezőbbet. (A betegnek egy élő gyermeke már volt.) A petefészekállomány egy részét mindkét oldalt sikerült megmenteni. Szádlást nem tartottunk szükségesnek. Az első napokban 37.5-ig terjedő hőemelkedés a 6. napon megszűnt. A műtét utáni 11. napon a beteg gyógyultan távozik.

A csonkolt méh kis csecsemőfőnyi, a megnagyobbodás részben a II—III. hónapos terhességtől, részben a méh elülső falában baloldalt elhelyezkedő kis almányi és jobb oldalt elhelyezkedő diónyi intramuralis myomagóctól származik. (L. ábra.) A méh hátsó felszínén, a serosa részben lapszerű részben szálagos, kötőszövetes lenövésekkel fedett. E területen a serosa belővelt. Mindkét kürt kb. 9 cm hosszú, fokozatosan

vastagadó, kolbász-szerű két ujjnyi vastag genytlömlő alakult át. A tömlő fala tömött, a kürt ampullaris része teljesen elzárt és a hasúri nyílást lapszerű kötőszövetes összenövés fedik. A szövettani vizsgálat mindkét petevezető nyálkahártyájának kiterjedt heveny, genyes gyulladást talált. A nyálkahártyaeredők bunkószerű és gomóformájú duzzadást mutatnak a keresztmetszeten és a nyálkahártya stromája genyesejtesen tömötten beszűrődött, ugyanitt sok plasmasejt is található. A kürtnyílásban nagy tömegű genyest és levedlett hámsejt. A megmaradt kürt-hámon keresztül is genyestek lépnek át és ezért a kürt-hám mindentüli erősen fellazult. A tágult öblös ampullaris részben a kürtnyálhártya az erős genyes beolvadás következtében tejjesen hiányzik. Itt a kürtfalban is kialakult kisebb tályogok találhatók.



1. ábra. Az amputált III. hónapos terhes méh kétoldali genyes kürtzákkal. A pete teljesen sértetlen. Az ébrány élétriss, a burkok területén bevezés nincs, a belső méhszáj zárt. A terhes méh izomzatában myomgócok.

Az általunk megfigyelt esetben az állandó heves fájdalmakat a lenövés vángálása okozta a növekvő méh által és tekintettel a nagytömegű bakteriumos genyett, a tályogokkal átjárt kürtfalat igen könnyen bekövetkeztetett volna a terhesség későbbi folyamán az átlukadás a hasür felé. Mégis nagy áldozatnak tartjuk az ilyen, rendszeren fiatal nők jóvátehetetlen megcsontítását és ezért bizonyos esetekben a canservatív kezelésnek is helyet kell adni, illetőleg azt meg kell kísérelni. Ilyen eset az, ha az adnexfolyamat valószínű oka kankó, a folyamat kétoldali és megnyugvára hajlamos és a nőnek még nincs gyermeke. A fennmaradó tartós meddőség veszélye itt ugyanis olyan nagy a folyamat kétoldali elhelyezkedése miatt, hogy a terhesség megőrzése nagyobb kockázattal is indokolt, bár szórványosan megemlékeznek olyan esetekről, ahol a kétoldali adnextumor után is gyógyulás és terhesség következett. Így *Balkányi M.* (O. H. 1925. 22. sz. 528 o.) kétoldali adnextumor és Douglas-tályog gyógyulása után tapasztalt kiviselt terhességet. *Ehrlich* III. hónapos terhesség mellett kétoldali adnextumor esetén a fokozódó fájdalmak miatt hasmetszést végzett, de nem ment tovább: megállapította a kétoldali adnextumort és a hasat zárta. A folyamat visszafejlődése mellett a terhesség kiviselődött. Felfogásunk szerint azonban a hasonló eljárás csak a beteg életét teszi indokolatlanul kockára, mert vagy nem áll fenn a fenyegető, hashártya tünetektől kísért perforatio veszélye és akkor fölösleges a műtét, vagy ezek a tünetek valóban megvannak, akkor pedig a műtét mellőzhetetlen. A terhes méh körül kialakuló letokolódás heveny féregnyulvány-lobosodással kapcsolatban azt a veszélyt rejti magában, hogy a méh növekedése mellett, vagy a bekövetkező vetélskor hirtelen kiürülése után a letokolódások megnyílnak és így a genyter-

talmú területet megnyitják a hasür felé. Előrehaladotabb terhességben, ha a heveny lobos folyamat (appendicitis, adnexitis) a méh körül képződött tályogra és összenövésre vezetett, a hasúri műtéttel egyidejűleg a méh kiürítését is szükségessé teheti, nehogy a később bekövetkező vetélés a méh hirtelen megkisebbedésével az eltolt területet leszaggassa és így az egész hasürt fertőzze.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál* és *Binder László*.

A K-vitamin és alkalmazása a gyógyításban. *H. Dann.* (Klin. Wschr. 1940. 29.) A K-vitamin zsírban oldódik, zöld növényekben, főzelékfélékben (K₁) és rothadó fehérjeanyagokban (K₂) fordul elő. A természetben két alakja ismeretes a K₁ és a K₂, de eddig csak a K₁-nek ismerjük vegyi szerkezetét (2-methyl-3-phytyl-1,4-naphthochinon). Hiánya általános vérzékenységet okoz, jelenléte a prothrombin-képzéshez okvetlenül szükséges. Hatását valószínűleg a májon keresztül fejt ki (vérzékenység, cirr. hep.-ban) és zsírban oldódó tulajdonságánál fogva felszívódásához epesavakra van szükség (vérzéses hajlam teljes elzáródás eseteiben). Újszülöttön az első hetekben K-vitamin szegénység észlelhető, mely később a bélflóra kialakulása és az epekiválásztás megindulása kapcsán lassankint megszűnik, (melaena neonat., intracranialis vérzések az első hetekben). Oiajos kivonatait izomba, vízben oldható derivatumaikat érbe is alkalmazhatjuk. Teljes hatás elérésére felnőtteken hetekint kb. 300.000 egységet (1 egység testsúly g-ként adva 3 nap alatt normalis véralvadást tart fenn) kell adnunk, i. v.-an 15.000 E-el is elérhetjük ugyanazt a hatást, mely azonban rövidebb ideig tart. (G. 46.)

Szerdahelyi László dr.

Setjmérgek kimutatása a vérben myelophthisis eseteiben és azok hatása a vörképzésre. *Ernst Francke.* (Klin. Wschr. 1940. 41.) Myelophthisises betegek vérplasmája in vitro mérgezőleg hat egészséges ember túléló fehérvérsejtjeire. Leukaemiások vérével és sternumpunctumokkal végzett kísérletek azt mutatták, hogy a mérgező hatás csaknem kizárólag a myeloid elemeken és pedig a legfiatalabb sejtetktől a legöregebbekig (myeloblast — segmentált magvú) haladva mindinkább erősbödő intenzitással érvényesül. A sejttag structuráját elveszti, chromatinja cseppekben kiválik, a protoplasmában vacuolák láthatók, granulatiója pedig alig észrevehetővé válik. E mérgezés a csontvelőben balratolódást, a vérben agranulocytosist okoz, az antitest-képzés, resistentia csökken, ami viszont elősegíti septikus-toxikus befolyások érvényesülését; természetes, hogy egyúttal a vörösvérsejt- és thrombocytaképzés is akadályozottá válik és lassankint kialakul a teljes, súlyos myelophthisis képe. (G. 47.)

Szerdahelyi László dr.

SEBÉSZET

Rovatvezető: *ifj. Verebélj Tibor* és *Fedeles-Findeisen László*.

Arthritis iliosacralis vastagbélkiirtás után. *Schmieden és Graff.* (Zbl. f. Chir. 1940. 1.) Három észlelt eset egyikének pontos körlefolását közli. Néhány héttel, az egyébként sima lefolyású rectum-amputatio után váltakozva egy- és kétoldali heves fájdalom jelentkezett az iliosacralis ízületben, láz és később kifejlődő atrophia kíséretében. A betegség furdó és helyi kezelés számára nehezen hozzáférhető, röntgenképen idült pusztulás jelei figyelhetők meg. A betegség néhány hét, esetleg néhány hónap alatt teljesen meggyógyul. (V. 31.)

Galambos József dr.

Lábamputáltak utókezelése. *Kurzweg.* (Med. Welt. 1940. 12.) A seb-, illetve a csontkezelés befejezte után az orvos elsőrendű feladata az amputált akaratteljesítmények felébresztése és megerősítése. A kezelés célja a botnélküli szabad járás, ettől csak kedvezőtlen csont és prothesis esetében szabad elállni. Különben a bothasználat csak különleges talajviszonyok (sima jég, stb.), s hosszabb távolságok esetén jogosult. A művégtag passiv voltát még fokozza az első járási kísérleteknél az amputált oldalon használt, a

testülyt teljesen a karra áttévő bot, mely tehát hacsak kezdetben is, de az ép oldal felé kerüljön. Az amputáltak kezdeti segítséggel meg kell tanulni a nagylépéstől félelmet leküzdeni; az ép láb kezdi a lépést, kövesse a prothesis. Szabályos járás elérésére a beteget hosszú gyékényen megfelelő távolságú, a láb tengelyállásának megfelelő papírtalpnymokon járassuk. — A gyékény végén lévő földigérő tükör a gyakorló ellenőrzésen kívül a földretéktetés gátlásának kikapcsolására is szolgál. A pálya végén fordulás kezdetben az ép láb körül, a forgási szöglet felosztásával történjék, ezt kövesse a művégtag apró lépésekkel. Az alszár- amputált gyakran már gyorsan megtanulja a prothesis körüli forgást, ami a combcsontkitottnál csak ritkán várható. Lépcsőjárásokról elvileg mindig az ép láb legyen felül, azaz felfelé az éppel, lefelé a prothesisel kezdje. A városi aszfalton járáskor gyakran bekövetkező kifáradás megelőzésére az amputált minél többet járjon göröngyös talajon (söder). Fenti utókezeléssel minden eset egyéni elbírálása, valamint gondos csonkkezelés és általános roborálás mellett rövid idő alatt jó járóképesség érhető el. (V. 27.)

Kaveczky Imre dr.

SZÜLETÉS ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

A gyulladásban lévő emlőt kiürítsük-e vagy sem? J. Klahn, Siloah. (Zbl. f. Gyn. 1940. 32.) A puerperalis mastitisek kezelésében a számos általános gyulladáellenes kezelésben főként két irányzat játszik szerepet: kiürítendő-e a gyulladt emlő, vagy sem? Kepp (Göttinga) utóbbi mellett foglal állást. A fenti intézet két év alatt 123 esetből kifolyólag, mikor is a mastitisek egy részét az egyik, a másik részét a másik irányelv szerint kezelték, ellenkező véleményre jutott. A kiürítéssel kezelt mastitisek ugyanis lényegesen gyorsabban gyógyultak, mint a teljesen nyugalombahelyezettek, azonkívül ritkábban ascendáltak és a későbbi tejelválasztást is kevésbé befolyásolták. (O. 65.)

ifj. Hortobágyi Béla dr.

Nőgyógyászati betegségek tünetei, mint testi kimerülés kifejezői. E. Schneider, Tübingen. (Münch. Med. Wschr. 1940. 32.) Gyakran fordulnak nőorvoshoz olyan nők, akiknek nőgyógyászati panaszai nem súlyosak (folyás, opstipatio, dysmenorrhoea) és mégis nagyon betegnek érzik magukat. Az anamnesisből azután kiténik, hogy túlsók és túl felelőségteljes munkát kell végezniük, amit nem bírnak el. Ez a kimerülés azután vagy direct úton létrejövő hormon-coelatio-zavar által, vagy indirect úton, a lelki élet dysnarmóniáján keresztül okozza a tüneteket. A therapiában az általános roborálás és fekvőkúrák mellett igen jól bevált a Chem. Werke, Albert Wiesbaden által előállított *neo-lubrocal*. (O. 66.)

ifj. Hortobágyi Béla dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A Kneise-Schober-féle abrodil-tócsa jelentősége a prostata-túltengés kórismézésében. Schober. (Ztschr. f. Urol. 1940. 4.) A szerző mint új diagnostikumot mutatja be eljárást, melyet különösen azokban az esetekben ajánl, ha a tükrözés pl. vérzés, szűkület, zsgorhólyag vagy súlyos hólyaghurut miatt kivihetetlen. Vékony katheteren át 20 ccm abrodil fecskendez a hólyagba, majd 100 ccm levegővel kitölti azt. A bedomborodó prostata — főleg intravesicalis vagy középlebeny —, mint negatív, a tócsába benyúló árnyék jelentkezik. Értékesíthető még ez az eljárás hólyagdaganat esetében, vagy árnyékot nem adó hólyagkövek alkalmával is, ha a tükrözés valamilyen okból akadályozott. (B. 23.)

Molnár Jenő dr.

A sav-basis kísérlet technikája és értékelése. Schneider. (Ztschr. f. Urol. 1940. 4.) Szerző a Rehn-féle sav-basis átcsapási reactio pontos leírását adja. 4000 vizsgálata alapján megbízható működési próbának tartja. Lényege: savat és alkali a glomerulusok választják ki, az alkali egy részét azonban a tubulushám resorbeálja. Savval és alkallal terheljük a szervezetet és a separált vizeletekben vizsgáljuk nitrophenollal a vizelet pH-jának változásait. Egészséges vesék egyazon időben egyenlő pH-jú vizeletet választanak ki. A glomerulusok betegsége teljes, vagy részleges savmerekvességgel jár, mivel csak kevés savat és alkali secernál és a kevés alkali a tubulusokban maradéktalanul felszívódik. A képet az alkali megterhelés nem változtatja

meg. Tubulusban a lúgos vegyhatás dominál, mert a normális, vagy terhelésre a fokozott mennyiségben kiválasztott alkali a tubulushám nem, vagy alig képes resorbeálni. Legeredményesebben alkalmazható ez a módszer a korai veségümőkór felismerésében. Ilyenkor a beteg vese abszolút, vagy relativ savmerekvessége áll elő. (B. 24.)

Babics Antal dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

Az egyvesejűség kérdése. Schatz. (Ztschr. Urol. Chir. Gyn. 1940. 45. 4.) A balesetkártalanítási gyakorlat mind gyakrabban hajlik abba az irányba, hogy egyik vese eltávolítása nem képezi tartós munkaképtelenség alapját. Kártalanításnak legfeljebb csak akkor van helye, ha a műtéli hegterületben jelentkeznek panaszok, melyeket külön kell elbírálni. Orvosilag is el kell azonban ismernünk azt, hogy ha a megmaradt egyetlen vese baleset, kövesedés, gümőkór, vagy daganat következtében beteggé válik, az ilyen beteg sokkal súlyosabb elbírálás alá esik, amennyiben a betegség könnyen végzetes kimenetelű lehet. (B. 19.)

Vízkelety Gyula dr.

Rectalisan adott mandulasavas ammonia terhességi vesemedencegyulladás kezelésére. Kunstmann. (Ztschr. Urol. Chir. Gyn. 1940. 45. 4.) Olyan esetekben, amikor a vesemedencegyulladásban szenvedő betegnek sem szájon át, sem injectióban nem lehet vizeletsavanyító gyógyszert adni, ajánlja a mandulasavas ammoniumot végbélcsőre alakjában. 100 ccm vízben 10 ccm „Astra”-féle mandulasavas ammoniát, 10 g szőlőcukrot, 5 ccm 2%-os pantocain-oldatot és 10 csepp opiumtincturát ad naponta 2–3-szor, amelyet előzetesen testhőmérsékletre melegít. Három súlyos, bakterium coli okozta terhességi pielitist sikerült így meggyógyítani olyan esetben, amikor a betegnek másképp gyógyszert adni nem tudtak. (B. 20.)

Vízkelety Gyula dr.

A húgykövek önoldódásáról. Cronau. (Ztschr. Urol. Chir. Gyn. 1940. 45. 4.) A húgykövek háromféleképpen töredezhetnek szét: mechanikus, vegyi és e kettő együttes behatására. A mechanikusra példa a felületes rétegek, sőt néha a sektorszerű szétesés, ami bakteriumok hatására keletkezik, úgyhogy azok a kő repedéseibe bejutva annak organikus anyagát bontják és szaporodásukkal, miként a test szöveteiben is, olyan nagy nyomást fejtenek ki, ami a követ darabolni képes. A vegyi hatás a vizelet összetételének, főleg pedig vegyhatásának megváltoztatása által érvényesül. Sokkal kisebb szerepe van a hólyag, illetve a vesemedence összehúzódásainak, ami a köveket egymáshoz dörzsöli és koptatja. (B. 21.)

Vízkelety Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Szerves kémia. Irta: Gróh Gyula prof. (IV. kiadás. Németh József könyvk. Budapest, 1940.) Ennek a kitűnő tankönyvnek, ami úgy látszik rohamosan fogy, IV. kiadását is olyan áldozatossággal szerkesztette meg írója, hogy bár a tudomány halad és bővül, a könyv nem dagad és nem bővül. Áldozatossággal, mert saját jól megírt munkákból törölni, kihagyni, elismerni, hogy nem fontos, — ahhoz nagy önmegtartózkodás kell. — De Gróh Gyula kitűnő pedagógus és irigyeljük tanítványait. Megírni egy szerves chemiát 197 oldalon, ahhoz mesteri ügyesség és hozzáértés kell és mindenekfelett bölcsesség és a tanítványok szeretete. Nagy értéket képvisel a sok szerkezeti képlet, mivel tele van szórva a munka, s ami annyira közelebb hozza a legcomplicáltabb vegyületet is hozzánk. Különös gonddal írta meg szerzője az orvosoknak fontos fejezeteket: a cukrok és polisacharidek, oxysavak és aminosavak, carbamid és sterinek. A heterocyclosos vegyületek, mint a purinszármazékok, indigo, B-vitaminok, ismertebb alkaloidok, végül ügyes összefoglalásban a fehérjékről szóló tudnivalók.

Vámosy prof.

Piaci és laboratoriumi húsvizsgálat. Semsey Géza. (233 lap, számos képpel. Szerző kiadása (Bp., VII., Rottenbiller-utca 23/25.) Ára: 10 P.) A közegészségügyi közigazgatásban működő gyakorlati higienikusok régóta érzik olyan szak-

munka hiányát, mely a húshygiene közismerten nehéz munkaterületén az eligazodást megkönnyítené. Míg a hatósági állatorvosok e munkakörben előképzettségük révén aránylag biztosabb tudás alapján állanak, addig hatósági orvoscollegáink sajnos gyakran nélkülözik azokat az ismereteket, melyekre szakértői működésük terén szükségük volna és e hiány következtében a téves hatósági intézkedések bizony nem ritkák, melyek enyhébb esetben zaklatásnak, súlyosabban nemzetgazdasági kárnak, de nem egyszer jogi bonyodalmaknak okozói lehetnek és kártérítési, hitel-sértési perekre vezethetnek, ami végül is a hatósági tekintély lerombolásával jár. *Semsey Géza* könyve módot ad arra, hogy belőle a kezdő is megszerezhesse a húshygiene alapos szakismeretét kívánó munkaterületén a kellő tájékozottságot. — A munka első fejezete a helyes mintavételről, a húspari és üzleti helyiségek egészségügyi követelményeivel foglalkozik. Második fejezete a gyakorlat követelményeivel számoló, de tudományos alapon álló áruismeret, mely magában foglalja a normalis és kóros állati szervek diagnosztikáját, részletesen kitérve a húsáruk minősítésére. Harmadik fejezetében a jogszabályokat ismerteti, a negyedik és ötödik a hús-készítmények előállításával, összetételével, a hús-neműek megengedett és tiltott tartósításának módjaival foglalkozik. A 6., 7. és 8. fejezetek a baromfi-hús, a vadhús, a halhús ellenőrzését és vizsgálatát ölelik fel, mindenütt kitérve a gyakorlatban könnyen kivihető vizsgálati módszerekre, másrészt az érvényes jogszabályokra. A 9. fejezetben a törvényes rendelkezéseket ismerteti és a kihágások jogi elbírálásával foglalkozik, szabatosan körülírva azt, hogy mely esetben illetékes a közegészségügyi és m. kor az állategészségügyi hatóság az ítékezésre. — A könyv második része (10—13. fejezetek) a laboratoriumi húsvizsgálat módszereit ismerteti. E fejezetekből a parasitológiai, szövettani és bakteriológiai húsvizsgálati methodusokat ismerjük meg és az utóbbi indiciót területét, valamint a bakteriológiai leletek értékelését is. Különösen tanulságos a hús- és ételmérgezések (11.) fejezete, mely sok e téren még ma is elterjedt elavult és téves nézetet dönt meg. Végül megtaláljuk a húsáru származásának meghatározására szolgáló biológiai módszerek leírását is. — A könyv tulajdonképpen tehát többet nyújt, mint amit a címe után váránk, mert valójában a húshygiene és az áruismeret tankönyve, commentár a kitiűnően megszerkesztett 100.000—1932. F. M. sz. rendelethez és Ariadne-fonala a húsparra, kereskedelemre vonatkozó rendszabályok labirintusában. Kezdeknek tankönyv, gyakorlati higienikusoknak nélkülözhetetlen segédkönyv.

Andriska Viktor dr., c. rk. tanár.

Grundsätzliches in der Kriegschirurgie. Läden. (Springer. 1940. Ára: 1.50 RM.) A 28 oldalas füzet tulajdonképpen az Archiv f. Klin. Chir. c. folyóiratnak különnyomata. Önálló kiadását bizonyára az tette szükségessé, hogy a németek továbbfolyó háborújában a harc-téren szolgálatot teljesítő sebészek rövid és tárgyilagos képet kapjanak a hadisebészet főbb kérdéseinek mai állásáról. A szerző, mint tanácsadó sebész résztvevett a német—lengyel háborúban, mely példátlan gyors lefolyásával kemény próbára tette a világháborús és békében gyakorolt baleseti sebészetben elfogadott elveket. A füzet gyakorlati értékét emeli az is, hogy a hírneves sebésztanár csak a tábortól intézetekben végzett és végzendő sebészi munkáról számol be. Többek között hangsúlyozza annak a fontosságát, hogy a lőtt sebet mielőbb rendezzük s utána nyitva tartjuk, hogy a sebfertőzésre gyanus sebesültet több napon át szorgosan megfigyeljük, hogy minden végtagsérülést csak megbízható rögzítéssel szállítsunk

sunk hátra, stb. Végeredményben a füzet tartalma teljesen igazolja a címet, mert minden felesleges elméleti fejtegetés elhagyásával csupán az alapelveit tárgyalja a korszerű hadisebészetnek.

Lippay-Almássy dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 29-i ülése.

Előadások:

Huzella T.: A mesterséges kötőszöveti rostanyag sebészi felhasználásának lehetősége. Saját és munkatársai vizsgálatának egyrészt a sebészi gondolkodásban, másrészt a sebészeti gyakorlatban érvényesíthető eredményeit ismerteti.

„Biológiai synthesis” útján sikerült a szervezet mesterségesen elkülönített sejtes és sejtközötti szövetlemeiből mind a szövettanilag, mind magában az állati szervezetben, összetételükben új és különböző szervekre jellegzetes szövetet kialakítani. Utal *Törő Imre* úttörő kísérleteire, amelyben hám- és kötőszöveti sejtek együttesítésével különbözősödött szövettanilag szervszerű kialakulást idézte elő. Ennek sebészi jelentősége abban domborodik ki, hogy lehetővé tette pl. az eltávolított szemlencse regenerációját a helyébe ültetett szivárványhártya-nyészett hámsejtjeiből, abban a korban, midőn az magasabbrendű állatokban természetes módon már semmiképpen sem következhetett volna be. Előadó ecetes vízzel kivont rostanyagból készített fonalakat, hártyákat és csöveket mutat be, amelyeket állatkísérletek tapasztalatai alapján varróanyag gyanánt, anyaghiányok, erek és vezetékek pótlására sebfelületek fedésére vél célszerűen felhasználhatni. E „műanyag” fajidegen sejtekkel benépesül, a szervezetben constructiv és mechanikai szerepet tölt be és szervülésében vegyi folyamatok mellett rugalmassága játszik nagy szerepet. Fajidegen volta ellenére is beilleszkedik a szervezet természetes szövettanába anélkül, hogy kiküszöbölésére irányuló visszahatást váltana ki, amit tanítványai kísérletekkel igazoltak. Előadó a rostanyag oldatából különböző fogásokkal a szervezeten kívül, a tüdő kötőszöveti vázrendszeréhez hasonló rostos hártárendszert állított elő. Szerinte a tüdő gázcserejében nem a „légzőhám”, hanem az alveolusfalat alkotó sejten kívüli rostos hártáráját játsza a lényeges szerepet. *Kiszely* a mesterséges rostanyagból készült hártárárt permeabilitására, *Kiszely* és *Simó* annak gázdiffúziójára vonatkozólag végeztek kísérleteket, amelyek előadó felfogását igazolták. *Hammersberg* és *Fazekas* patkány kiirtott tüdejének helyébe helyezte a borjúból származott mesterséges kocsonyás rostanyagot, amely 3 hét múlva a légzés erőművi hatása alatt, a tüdőcsont és a mellhártya felől sejtekkel benépesülve s a vérkeringésbe iktatva, festett és ezüsttel impregnált metszetein a természetes tüdő élethű képét mutatja, a bronchusokra emlékeztető, de nem hámmal, hanem kötőszöveti sejtekkel bélelt járatokkal, lapos sejtekkel bélelt alveolusokkal, az alveolusok vékony falában haladó, jellegzetes endotheliummal bélelt, vörösvérsejteket tartalmazó finom hajszálerekkel. E kísérleti eredmények a classikus sejt-tant kiegészítő „intercellularis”-tan, valamint az ő „elastomotoros” mikromechanismusra vonatkozó elméletének ténybeli alapját szélesítik ki. Az ez alapján levonható következtetéseket, amelyek a sebgyógyulás, a rákos beszűrődés, a regeneratio és a transplantatio értelmezéséhez már a multban adatokat szolgáltatottak, a sebészek figyelmébe ajánlja.

Horváth B.: A szövetek feszülésének biológiai fontosságát az orthopaedia észleléseivel alátámaszthatja. Mester-

MAGYAR GYÁRTMÁNY

Az asthma bronchiale szuvertén gyógyszere



Asthmolysin

injectio és Kup

Asthmolysin Asthmolysin Asthmolysin Asthmolysin

séges selyem-inak és -szalagok képzésének műtétekor azt tapasztalta, hogy a beültetés után jól feszülő selyemkötegeket a szervezet igen rövid időn belül teljesen átalakítja inná, ill. szalaggá. Ha viszont a selyemköteg a műtét után meglazult, akkor a szervezetben idegen anyagként megmaradva előbb-utóbb kilökődött. Az ilyen kilökődött selyemfonalakat sohasem bontották fel a szervezet sejtjei, ellenében a jól feszülő selymekkel, melyeket 1—2 év múlva görcső alatt sem lehetett felismerni.

Huzella T.: Örömeinek ad kifejezést, hogy Horváth prof. sebész tapasztalatai alapján igazolhatta kísérleti szövettani vizsgálataira alapított, a rostrendszer elastomotoros mikro-mechanismusára vonatkozó elméletét és a rugalmas feszülés morphogenetikai jelentőségét.

Kiss L.: Újabb megfigyelések a tüdőbarlangok Monaldi-féle szívókezelésével kapcsolatban. A tüdőbarlangok szívókezelését bevezető műtét, az ú. n. szádlóműtét, amikor magán a tüdőn keresztül is szűrési sebet ejt egész a gümős barlangig. A barlangot előzőleg próbaszűrővel és átvilágítással kell megkeresnünk. Ha óvatosan járunk el, csak véletlenül adódhat elő szövődés, mint nagy vérzés, stb. Az előlfekvő barlangot elől, a hátul fekvőt pedig hátul, vagy oldalt közelítjük meg. Fontos, hogy a műtétet fekvő helyzetben átvilágítással végzett állandó ellenőrzés közben végezzük. A sugaras irányítás feleslegessé fogja tenni az eljárást bonyolító célzó berendezéseket. Szádlózni csak olyan barlangot szabad, amelyiket átvilágítással magunk is biztosan látunk. A tüdőtagulással szövődött gümős folyamatok könnyen félrevezethetnek. A barlangbajutás egyetlen biztos jele, hogy a szádló(gumi)cső vége megjelenik az eresztőcső végén. Abbahagyandó egyidőre a szívókezelés csővérzés, vagy vérköpés esetén, láz jelentkezésekor, vagy nagykiterjedésű erőművi beszűrődés esetén. A szívópallack vizének esése meglással, vagy megáll, ha a barlangfal ráhúzódik a cső végére, vagy a szádlócső megtörik, ha a cső kijebb jött, ha a barlang zárodott. Palackvíz esésének meggyorsulása, vagy a szűrőcsatorna kitágulásában, vagy hörgelvezetés kialakulásában leli magyarázatát. Hörgelvezetéshez olyan vas-tag hörgő kell, amelyiken a palackszívóval elszívott levegő pótlódik. Ezért kell használni cséppszívót. A cséppszívás minden további nélkül nyugodtan használható, de közbekiktathatunk biztosítószélepet is. A barlangot addig kell szivatnunk, amíg biztosan nem záródik. A szűrőcsatorna külső nyílásának behúzódása a záródást látszik igazolni. Szívókezelés javalatai: összenőtt mellhártya, pótlásra elegendő környező tüdőállomány, világosan látható barlang, láztalanság, rostos beszűrődés, különösen lobitis óvatosságot kíván. Ha a környező állomány elégtelen a barlang záródására: tüdősipoly marad vissza, ez pedig végzetes jelenség.

Okolicsányi-Kúthy D.: 50 év előtt olvasta az ú. n. „Nagy belgyógyászat” tüdőfejezetében Navratil prof.-tól, hogy egy nemes úr törpárbajt vívott. Ellenfele a chronikus tüdőbajosnak véletlenül épen tüdőbarlangjába szúrt s utána az illető állapota jelentékenyen megjavult.

Szüle D.: Magyarországon hozzászólónak van legtöbb szívódrainage-al kezelt esete. 64 befejezett, illetve felfüggesztett kezelés közül 26 (40.6%) járt teljes eredménnyel. Ezek közül is azonban ötnek (7.8%) újból felnyílt a cavernája és ismételt szívókezelésre volt szükség. Tapasztalatai alapján a beavatkozást veszélytelennek és az eredményt kielégítőnek tartja. Természetesen akadnak olyan cavernák, amelyek nem alkalmasak a szívódrainage-ra de pontos indicatio még körül sem írható. Az eredmény sikere érdekében tekintettel kell lennünk a szervezet általán reactiók képességén kívül a caverna minőségére, illetve a környező tüdőszövethez viszonyára. A szívókezelés technikája is nagyban hozzájárul a kezelés sikeréhez. A további megfigyelések még rengeteg problema megfajtását és tisztázását hivatottak eldönteni.

Nádor I.: A röntgenvizsgálat 4 szakaszra osztható: 1. indicatio; 2. szűrés; 3. szívókezelés; 4. a gyógyulás ellenőrzése. Röntgennel kiválaszthatók az izolált, elsajtosodással nem fenyegető üregek. Meglátjuk, hogy a sonda bejutott-e az üregbe. A környéki beszűrődést, illetve egyéb szövődést elsősorban jelzi. Mutatja, hogy a cavum jól, vagy nem kielégítően húzódik-e össze, a szivatás befejezhető-e?

Bien Z.: Lobmayer Gézával 1936-ban végeztek kísérletet úgy, hogy 10 ccm, vagy több citrátos vért fecskendeztek be a cavernába (kevesebbet infiltrált területbe) hetenként egy-kétszer, több héten keresztül. Kellemetlen mellékhatást nem láttak.

A Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 6-i ülése.

Nemcskay T.: A női nemzőszervek többszörös daganatai. A szegedi női klinikán egy év leforgása alatt egymásután négy, a női nemzőszervekben aránylag ritkán jelentkező, többszörös, egyidőben többféle daganatot észlelt. Valószínűleg ilyen esetekben a daganatképződésre fokozottabb hajlamról van szó. Daganatos betegek esetében a jövőben többszörös daganatok után kell kutatni.

Batizfalvy J.: A többszörös daganatok aránylag ritkán észlelhetők. Daganatos betegeket még eredményes műtét után is hosszú ideig megfigyelés alatt kell tartanunk, mert ezzel nemcsak a beteg érdekeit szolgáljuk, hanem a daganatos hajlam ma még nem tisztázott kérdéséhez is értékes adatokat nyerhetünk.

Matolesy K.: A daganatokra hajlamossággal kapcsolatban felveti azt a kérdést, hogy myoma esetében kielégítő eredményt ad-e a méhcsomókás műtét, avagy az esetleg később jelentkező csomk-cc. veszélye miatt végezzünk-e mindjárt teljes méhkiirtást.

Batizfalvy J.: Myoma uteri mellett általában csak supravaginális amputatiót végeznek; az esetleges csomk-cc. veszélye ugyanis igen csekély.

Kulitz G.: Nőgyógyászati betegségeket utánzó urológiai elváltozások. A szegedi női klinika 8 éves nőgyógyászati anyaga alapján rámutat azokra az urológiai elváltozásokra (a dystopiás vese és a pelvinalis ureterszakasz betegségei, veleszületett és szerzett szűkületek, kövek), amelyek éveken át, mint nőgyógyászati betegségek eredménytelenül kezeltettek és amelyeknek helyes felismerése csak urológiai vizsgálattal válik lehetségessé.

Batizfalvy J.: A nőgyógyászatban a szakszerű urológiai vizsgálatnak fontos szerepét hangsúlyozza, mert ily módon sok téves kórismét elkerülhetünk.

Sipos K.: Gümőkóros túlérzékenység sikeres passiv átvitele. Gümőkórban ezideig főképpen az altuberkulin elleni érzékenység átvitelével foglalkoztak, de túlnyomórészt nemleges eredménnyel. Saját készítésű fehérjementes antigennel (ant.) kísérletezett ez irányban. Az ant. élettani konyhasós vízben ismételt elkevert igen nagy mennyiségű, élő, virulens Koch-bacillus rázattól állott, amelyet 6 napig költő-kemencében tartás után Berkefeld „W” jelzésű gyertyán szűrővel szabadított meg a benne lévő Koch-bacillustól. A phys. NaCl-os ant.-nal végzett Prausnitz-Küstner-módszerű passiv átviteli kísérlettel egyidejűleg mind a 27 tuberkulin-vizsgálati egyénben az 1:5000 higítási altuberkulinnal is végzett passiv átviteli kísérleteket összehasonlítás céljából. Az altuberkulinnal felüloltott helyeken a vizsgált egyének közül csak 8-on kapott fajlagosnak alig mondható bizonyítalan visszahatást. Ezzel ellentétben a phys. NaCl-os ant.-nal szemben minden esetben jelentkező visszahatás 6—8 óra múlva kifejlődő, 2 nap alatt teljesen elmúló enyhe gyulladási góccok képében.

Kanyó B.: Az előadottakból nem tűnt ki, hogy a steril sósvízben tartott gümöbaccilusok szaporodtak-e, vagy legalább is életbenmaradtak-e és az előadó feltevése szerint termeltek-e méreganyagot? A készítmény méreganyag-tartalma standard tuberkulin-készítménnyel összehasonlítva állatkísérletekben milyen fokban bizonyult hatékonyak? Vátsárhelyi és Gözsi tisztított tuberkulinnal foglalkozó idevágó kísérleteiről az előadó nem tett említést, de arról sem, hogy új készítmények fehérjementeségét és szűrletének bakteriummentességét milyen vizsgálat útján ellenőrizte?

Sipos K.: Gümöbaccilusok phys. NaCl-bani szaporodására vonatkozóan vizsgálatokat nem végzett. Az ant. toxicitását csak altuberkulinnal összehasonlítás útján (tuberkulinérzékeny börtüdőbajos betegek bőrére ojtva) határozta meg. Az ant.-ban sulfosalicylsavval fehérje nem volt kimutatható.

Armentano L.: Vizsgálatok az ascorbinsav oxydatiójáról. Az ascorbinsav (A.) oxydatióját cuprisók katalyzálják. Az oxydatio sebessége arányos a cupriionok mennyiségével. Az A. ezen katalytikus oxydatióját az egyes ionok különbözőképpen befolyásolják. Neutralis sók hatása függ az oldat koncentrációjától. Híg oldatban a KCl, NaCl oxydatio gyorsító hatását tömény oldatban gátló hatás váltja fel. Ez oly fokot is elérhet, hogy az A. spontan oxydatióját tökéletesen meg tudja akadályozni, sőt a jelzett sóoldatok még 0.05—0.1 mg CuCl₂ katalyzáló hatását is kivédik. Rendszeres kísérletekből, hogy ez a hatás a Cl-ionokhoz kapcsolódik, a Na-

ionoknak különösebb hatásuk nincs. Minthogy a híg oldatokban észlelt pozitív sóhatást váltja fel, a jelenség minden valószínűség szerint elsősorban kinetikai sóhatásnak fogható fel. A kérdésnek nagy gyakorlati jelentősége is van.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 48. sz. L. Stehr: A háborús szolgálat és a munkaképesség megítélése idült gyomorbetegségeknél. — F. Magg: A gyakori orvos feladatokról. — H. Cramer: A leukaemia, mint daganatproblema. — W.: Beckert A diabetes gyomorbetegsége és az ételmiszer-racionalizálás hatása a betegség lefolyására. — R. Tosetti: Tartós intramuscularis strophantin-kezelés coronaria-keríngési zavarokban. — H. Gärtner: Hol alkalmaztak először tehénhimlőt oltásra?

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 48. sz. Uhlenbruck: A keringési decompensatio prognosisa. — Nedelmann és Schaefer: Felnőtték járványos meningitisének eredményes kezelése eubasinál. — Stadler: Westphal-Wilson-féle pseudoklerosis, mint anyagcsereproblema. — Wirth: A postenkephalitis Parkinsonos tünetegyüttes kezelése ascorbinsavval. — Parade és Voegt: Diabetes renalis a terhességben. — Bauer: Adat a pneumothorax adagolásához.

Wiener Klinische Wochenschrift, 48. sz. F. Neureiter: Bűnözés és átöröklés. — T. Canigiani: Tövénnyulványtörések halmozott jelentkezése földmunkásokon. — H. Ratkovits: Mesoarthritis rheumatica. — H. Fuhs: Börelváltozások allergiás betegségekben.

Medizinische Klinik, 48. sz. I. Zikowski: Poliomyelitis. — C. Pechtel: Eubasinhatás ötnapos wolhyniai láz egy esetében. — F. Starlinger: Nem specifikus fertőzések elhárítása a háborús sebészetben. — H. Schuh Aranyérbetegség kezelése Bismolannal.

British Medical Journal, aug. 3. F. W. Fox, L. F. Dangerfield, stb.: Belsővitamin bányászok C-vitamin szükséglete. — A. R. Hodgson és G. K. Mc. Kee: Légutamatást követő bal- és jobbkezes kezelés. — J. S. Smillie: Tibia-szár törések. — R. T. Cooke: Fulminans Sonne dysenteria. — C. J. Cellan-Jones: Összetett hypertoniás sóoldat septikus sebek kezelésére. — S. A. Jaffe: Rosszindulatú gyomorfekély.

The Journal of the American Medical Association, okt. 26. C. P. Schlicke, J. A. Bergen, stb.: Bélelzáródás. — W. W. Waddell, G. Mcl. Lowson: Az újszülöttek haemorrhagiás diathesise. — J. Singer: Klíma és háborús felkészültség. — H. A. R. Kreutzmann: A férfiak sterilizációja. — S. R. Meaker, S. N. Vose: Emberi terméketlenség. — C. W. Charny: Testis próbaexcisio. — L. Bivings: Asthmás bronchitis. — E. F. Daily: Orvosi továbbképző kurzusok szülészetből és gyermekgyógyászatból. — T. A. Fox, G. L. Apfelbach: Decubitus töréseknél. — G. L. Maison: Gelatin és aminoecet-sav hatástalansága az ép emberizom munkaképességének növelésére.

VEGYES HIREK

Hirdetmény. A 7990—1940. M. E. számú rendelet alapján megalakított felvételi bizottság felhívja mindazokat, akik a marosvásárhelyi Orvosi Kamara tagjai sorába leendő felvételre jelentkezni óhajtanak, hogy eziránti kérvényüket a bizottság titkárához, Schmidt Béla dr., Marosvásárhely, Jókai utca 4., (vagy Vilmos-császár-út 20.), az orvosi kamara ideiglenes irodájába 1941. évi január hó 25-ig, azok pedig, akik már tagjai valamely hazai kamarának, átjegyzési kérelmüket abban a kamarában, amelyben a tagok sorába felvételre, 1941. évi január 25-ig nyújtják be. — A kérvénynek tartalmaznia kell: az orvos személyi adatait, nevezetesen: 1. az orvos nevét, 2. születési helyét és idejét, vallását, 3. állampolgárságának megjelölését; 4. az orvosi oklevél számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését, (nostrifikálás esetén az erre vonatkozó okirat számát, keltét és a kiállító egyetem megjelölését), 5. az orvos szak-képzettségének (szak-, tiszt, iskolaorvosi, stb. képzésének) megjelölését, az erre vonatkozó okirat számát, keltét, valamint a kiállító hatóság megjelölését; 6. lakhelyét és gyakorlatának helyét, 7. a kérvényező állásának (állásainak) megjelölését. — A kérvényező kijelenteni tartozik, hogy az 1936:I. tc.-nek kizárási okokat tárgyazó 22. §-át, valamint a kizárási okok elhallgatásának 24. §-ában körülírt jogkövetkezményét ismeri és hogy reá nézve a 22. §-ban említett kizárási okok nem állanak fenn. — A kérvényhez eredetben, vagy ha az nem magyarul íródott, hiteles magyar fordításban csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2.

állampolgársági bizonyítványt; 3. orvosi oklevelet; 4. szak-orvosi képesítést igazoló okiratot; 5. a 7990—1940. M. E. sz. rend. 2. §-ának (2) bekezdésében megkivánt, s 3. §-ának (2) bekezdésében megjelölt szempontokra vonatkozó 980—1940. B. M. sz. rendelet 7. §-a (1) bekezdésének 5. pontjában előírt igazoló okiratokat; 6. a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 12. §-ához mellékelte II. sz. mintának megfelelő, a 2., 3. és 28. kérdőpontok kivételével, szabályszerűen kitöltött bejelentést. — A kérvény 2 P illeték alá esik. A mellékletek illetéke —, amennyiben azokon az okirati illeték leróva nincs, ívenként 30 fillér. Az illetéket okirati illeték-bélyeggel kell leróni. — Ha az állampolgársági okiratnak az előző bekezdésben megjelölt határidőn belüli beszerzése nem volna lehetséges, a bizottság jogosítva van az állampolgárság ideiglenes igazolásául a 980—1940. B. M. sz. rendelet 7. §-ának (2) bekezdésében megjelölt helyhatósági bizonyítványt elfogadni. — A kérvény kiállítására a 980—1940. B. M. sz. rendelet II. sz. melléklete szolgál tájékoztatásul. A csatolt okmányokról két példányban kiállított pontos iratjegyzéket kell mellékelni. — A felvétel iránti kérvényeket vagy postán ajánlva kell a bizottság titkárának fenti címére megküldeni, vagy elismervény ellenében, személyesen a bizottsághoz benyújtani. Postai küldés esetén a kérvény borítékának előlapjára, annak felső részére a következő szavakat kell írni: „Jelentkezés az Orvosi Kamarába”. A boríték hátlapján a feladó nevét és pontos címét is fel kell tüntetni. Az átjegyzés iránti kérelemnek benyújtása tekintetében az előbbi rendelkezéseket kell alkalmazni, azzal az eltéréssel, hogy ezeket a kérelmeket a korábbi hazai kamarához kell benyújtani. — A közszolgálatban — ideértve a törvény alapján létesített intézeteket is — tisztviselőként alkalmazott orvosok, amennyiben nem tagjai valamely hazai kamarának, a felvétel iránti kérelemnek előterjesztésétől mentesek. Ez a rendelkezés természetesen csak azokra az orvosokra vonatkozik, akik orvosi képesítéshez kötött állást töltenek be, ezeknek az orvosoknak adatait felettes hatóságuk (1936:I. tc. 23. §. 4. bek.) fogja megküldeni a felvételi bizottságnak. Péterfy István dr., a bizottság elnöke.

Hirdetmény. A 7990—1940. M. E. sz. rend. alapján megalakított felvételi bizottság felhívja mindazokat, akik a Nagyvárodi Orvosi Kamara tagjai sorába leendő felvételre jelentkezni óhajtanak, hogy eziránti kérvényüket a bizottság titkárához, Henter Kálmán dr., Nagyvárad, Tisztifőorvosi Hivatal, Bazár-épület I. emelet, 1941. január 25-ig, azok pedig akik már tagjai valamely hazai kamarának, átjegyzési kérelmüket abban a kamarában, melynek tagjai sorába felvételre, 1941. január 25-ig nyújtják be. — A kérvénynek tartalmaznia kell: (Lásd a Marosvásárhelyi Orvosi Kamara hirdetményét.)

Verzár István dr., a bizottság elnöke.

Felhívás a Beszterce-Naszód-, Kolozs-, Szilágy-, Szolnok-Doboka-vármegyék, valamint Kolozsvár város területén lakó orvosokhoz. A belügyminiszter által kinevezett orvoskamara megalakító bizottság 1940. nov. 29-én tartott ülésének határozataiként felkérem a gyakorlatot folytatni óhajtó orvosokat, hogy az orvosi kamara tagjai sorába felvételük iránti kérvényüket f. hó 23-ig nyújtják be a kolozsvári kerületi orvoskamara felvételi bizottsága elnökségéhez (Kolozsvár, Fül-, orr-, gégeklinika, Mikó-utca 4—14.). A felvételi kérvénynek tartalmaznia kell: (Lásd a Marosvásárhelyi Orvosi Kamara hirdetményét.)

Gyergyay Árpád prof., a bizottság elnöke.

A Medikus Zenekar és a Műgyetemi Zenekar együttes játszik f. hó 17-én, kedden este 1/2 órai kezdettel a Zene-művészeti Főiskola nagytermében rendezendő zeneári hangversenyen. A hangversenyt a bálközi Block rendezi az Orvostanhangtatók Segítőegyesületévé. A több mint 40 év óta működő Műgyetemi Zenekar és a 20 éve fennálló Medikus Zenekar ez alkalommal szerepel először együttesen. A műsoron Rossini, Liszt, Csajkovszkij, Lehár, Künneke szerzeményei szerepelnek. A hangverseny szólólistái: Robonyi Ilona Mária operaénekesnő, és Korompai Tibor dr., vezényel Kolozsvárban. — Jegyek elővételben az Orvostanhangtatók Segítőegyesületében (Üllői-út 26. T.: 131—278) kaphatók.

Behring-émlékünnepély. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága a diphtheria-serum felfedezésének 50. évfordulója alkalmából dec. 18-án d. u. 6 órakor a Bp. Tud.-Egyet. Közegészségtani Intézetében (VIII., Eszterházy-u. 9.) Behring-émlékünnepélyt rendez. Az emlékünnepélyen Darányi Gyula prof.: „Behring és a serumtherapia jelentősége”; Hainiss Elemér prof.: „A serumkezelés gyermekorvosi kritikája”; és Tomcsik József prof.: „Behring és a diphtheria megelőzése” címen tart előadást.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Ára: 1'13 P

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum.

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P—96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

Argentínában a homeopathiás gyógyszerek elárúsítása tilos. Mexikóban, hol szintén tilos volt; az egészségügyi minisztérium rendeletére most ismét árusíthatók.

Dániában a tengeri algából szappant állítanak elő, amelynek természetes zöld színe, kellemes illata van és jól habzik. Megkísérlik ugyanebből a glicerin előállítását is.

A New-Yorki Rockefeller-Alapítvány elnöksége közli, hogy az orvosi kutatóintézetben sikerült egy új influenza-elleni serumot felfedezni. Az alapítvány elhatározta, hogy egymillió ampulla ojtóanyagot küld Angliába.

Tókióban augusztus végén álmokör-epidémia tört ki. A betegek 56%-a meghalt.

Würtemberg egész lakosságát tuberculosis-ellenőrzés szempontjából csoportonként röntgenvizsgálatnak vetik alá. Először a nagyüzemek alkalmazottai, majd a diákság, a szabadfoglalkozásúak, magánalkalmazottak, végül a házi-asszonyok és háztartási alkalmazottak kerülnek ellenőrzővizsgálatra.

Helyreigazítás: Lapunk 49. számában a Bp. Kir. Orvosegyesület jegyzőkönyvében Mező Béla dr. hozzászólásában „a második betegét egy év óta kezeli”, stb. helyesen: „Máodik betegét 4 nap óta kezeli, s máris lényegesen javult. Az I—II. ág fájdalmassága megszűnt s a III. ág fájdalmassága lényegesen csökkent” olvasandó.

Lapunk mai számához Vajna József gyógyszerészeti laboratóriumának (Budapest, IV., Váci-utca 34.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését mellékeljük.

CALCIHERBA-tea

Szerves mészsókat tartalmazó növények adagolt keveréke.

Egy adag elfogyasztása azonnal szünteti a légutak izgalmi állapotát, azonnal szünteti a köhögést. Szemléltető frappáns nyugtató és nyálkaoldó hatása van. 1 doboz (9 adag) ára P 2.—, 3 adagos csomag ára P. —.70. Kizárólag gyógyszertárban kapható.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában megüresedett 5 segédorvosi és 3 orvosgyakornoki állásra pályázatot hirdetek. A segédorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, az orvosgyakornoké havi 80 pengő tiszteletdíj, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti étellemezés.

Az állást elnyerni óhajtok szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket Baja város főispánjához címezve hozzám nyújtásuk be. Pályázati határidő: 1940. évi december 27 déli 12 óra.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a „Számgyarázat” 1—12. számjegyei alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt okmányok közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

A segédorvosi állás betöltése kinevezés útján 3 évre történik, melyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. A kinevezés három évre meghosszabbítható. Az orvosgyakornoki alkalmazás 1 évre szól és bármikor, minden jogigény nélkül felmondható. — Mind a segédorvos, mind az orvosgyakornok az intézetben köteles lakni. Természetbeni lakását csak saját személyére veheti igénybe s magángyakorlatot nem folytathat.

Baja, 1940. évi december hó 6-án.

vitéz Meződy Jakab dr. s. k., kórházigazgató h.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló

Társas rheuma-osztály, Téli-nyári rheuma-gyógyhely.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az Országos Egészségvédelmi Szövetség sátorlajújhelyi szülőotthona és nőgyógyászati kórháza (azelőtt Stefánia) alorvost keres. Javadalmazása havi 150 P tiszteletdíj, (mely a mellékjövédellel együtt eléri a havi 300—400 P-t), lakás és teljes ellátás. Az intézetben eltöltött idő szülészeti és nőgyógyászati szakképesítő vizsgára jogosít. Nemi szak tudás előnyt jelent. Az állást legkésőbb 1941. jan. 1-én el kell foglalni. Pályázati kérvényeket a fenti intézményhez címezve december 20-ig hozzám kell megküldeni.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy c. lap „Számgyarázat”-ának 1—12. pontjai alatt felsoroltakat kell csatolni.

Sátorlajújhely, 1940. évi november hó 20.

Pázmányi János dr. s. k., igazgató- főorvos.

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

Vezérképviselő, gyári raktár és bemutatótermeink:

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

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

Szabályszerűség helyreállítására: Eucastin mite et forte „Certa” a bélműködést is szabályozza!

„Certa” Gyógyszerészeti Laboratórium Rt., Budapest. IX., Szvetenay-utca 21.

2075—1940. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Vasvármegye és Szombathely város közkórháza *belgyógyász főorvosi* állására pályázatot hirdet. Az állás javadalmazása az állami rendszerű IX. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény. Az állásra csak azok pályázhatnak, akiknek legalább 5 évi klinikai, vagy kórházi gyakorlatuk és megfelelő szakorvosi képesítésük van.

A pályázók vitéz dr. Szücs István főispánhoz címzett pályázati kérvényüket 1940. évi december hó 31-ig hozzám nyújtják be.

A pályázati kérelemhez csatolandó okmányokat a Népegészségügy c. lap hirdetések rovatában megjelenő „Számgyarázat” 1—12. pontjai tartalmazzák.

Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Szombathely, 1940. december hó 2-án.

Pető Ernő dr., igazgató-főorvos.

14.335—1940. I. kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Kispest m. város Tüdőbeteg gondozó Intézetében megüresedett vezető főorvosi állásra pályázatot hirdet. Az állás ideiglenes jellegű s a képviselőtestület által megállapított tiszteletdíjjal egybekötött, mely ezidőszereint évi 2400 pengő. Rendelési órák jelenleg hétfőn, szerdán és pénteken 3-tól 7 óráig, ezenkívül az iskolai tanulók vizsgálata kedden és csütörtökön de. 10—12 óráig.

Pályázhatnak mindazok a magyar állampolgárok, akik a magyar állam területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevéllel rendelkeznek és a 237.600—1936. B. M. sz. rendelet értelmében a gümőkóros és belbetegségek szakorvosi képesítését igazolni tudják. Tüdőgondozó intézeti gyakorlattal rendelkező szakorvosok előnyben részesülnek. Amennyiben a rendelőorvosi állást elnyerő pályázó röntgenszakorvosi képesítéssel is rendelkezik és ezen teendők ellátására is megbízást kap, tiszteletdíja évi 3000 P.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Számgyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

A szabályszerűen felszerelt és állami, valamint városi okmánybéllyel ellátott pályázati kérvényeket f. évi november hó 30-án déli 12 óráig hozzám címezve, hivatalomhoz nyújtandók be. Elkészen érkező, vagy hiányosan felszerelt pályázati kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Kispest, 1940. november hó 8-án.

Molnár József dr. s. k., polgármester.

Expectin
cseppek

EXPECTORANS
Diachemia

Dr. FARKAS vizsgálógyintézet

V. BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438

Ultrarövid hullámú, diathermias, histamin, stb. kezelések. Félfürdők, szénsavas fürdők, stb.

8754—1940. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Nyitra-Pozsony k. e. e. vm. galántai járásához tartozó jókai közegészségügyi körben megüresedett *körorvosi* állásra pályázatot hirdet. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, természetbeni lakás és rendelőszoba, továbbá utiátalány. Az utiátalány ellenében a közegészségügyi körbe tartozó (Újhelyjőka, és Nagyfödemes) községeket hetenként kétszer meg kell látogatni, valamint járvány vagy más rendkívüli szükség esetén felmerülő kiszállásokat is el kell látni. Az állást csak azok nyerhetik el, akik a községi orvosi tanfolyam sikeres elvégzését igazolni tudják.

Az állást elnyerni óhajtók a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetésnek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám, — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy c. lap „Számgyarázat”-ának 1—12. pontjai alatt felsoroltakat, valamint a tisztiorvosi képesítést igazoló okmányt kell csatolni.

Közszolgálatban állók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton), fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Galánta, 1940. december hó 5-én.

Szenczy Géza dr. s. k., főszolgabíró.

5169—1940. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Tolnavármegye simontornyai járásához tartozó dióberényi közegészségügyi körben megüresedett *körorvosi* állásra pályázatot hirdet. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, lakáspénz és a rendelőszoba bére, fűtési és világítási költsége fejében havi 12 P külön járulék, továbbá 818 P utiátalány. Az utiátalány ellenében a közegészségügyi körbe tartozó három községet hetenként kétszer meg kell látogatni, valamint a járvány, vagy más rendkívüli szükség következtében felmerülő kiszállásokat is el kell látni.

Az állást elnyerni óhajtók a belügyminiszterhez címzett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetésnek a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított 15 napon belül hozzám, — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a Népegészségügy „Számgyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Ráber Tibor dr. s. k., tb. főszolgabíró.

A N A R A - C H I N O I N

gőzeinek beszippantása **azonnal enyhíti a nátha** tüneteit!

Használatra kész speciális tubus!

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Agydaganatok korai tünetei.

Az agysebészet haladása megkívánja a daganat korai felismerését. A legkitűnőbb idegyógyászati helymeghatározás és a legnagyobb részletet műtéti felkészültség sem képes segíteni pl. azon, aki a pangásos papilla hosszabb fennállása miatt megvakult. Az idegyógyászat azonban ma már olyan szövevényes tudományág, hogy senki nem kívánhatja az általános gyakorlatot folytató orvostól a finomabb részletek ismeretét, vagy a különleges vizsgáló eljárások elsajátítását. Viszont a gyakorló orvosnak rendkívül fontos és felelősségteljes szerepe van, mert ő az, aki a beteget daganatgyanúval a szakorvoshoz küldi. (L. közleményemet: „Az agydaganatok műtéti kezelésének indiciói”, Orvosi Hetilap 1933. 8. sz.)

Hogyan tud a gyakorló orvos nehéz feladatának megfelelni?

A legelső és legfontosabb, hogy *agydaganatra mindig kell gondolni*, éspedig úgy a legegyszerűbb panaszok esetén (fejfájás, szédülés, látászavar), valamint a különös és szokatlanabb kórképekben (szaglási érzécsalódás, rohamszerű elalvás stb.). E fontos tétel rögzítésére arra emlékeztetek, hogy az agydaganat, főleg az 50. évig a szervezet leggyakoribb daganata, sőt a leggyakoribb agybetegségek egyike.

A gyakorló orvos ne törődjön azzal, ha talán gyakrabban fogja az agydaganat gyanúját kifejezni, mint kellene. *Inkább 1—2 gyors diagnosis, amely a kellő helyesbítést ugys megkapja, mint hónapokig tartó habozás és kísérletezés.* Azt is fontos tudni, hogy a sokszor kísérletképpen alkalmazott antilueses kezelésnek az agydaganat tüneteire átmenetileg javító hatása lehet: a higanybedörzsölés, vagy injectio az agynyomás és oedema csökkentése által ugyanúgy hathatnak, mint pl. a hypertoniás konyhasó vagy dextrose injectiók.

Az agydaganat gyanújának felismeréséhez nem kell nagy idegyógyásznak lenni, ahhoz, mint a kitűnő amerikai agysebész W. Dandy helyesen mondja: „Elég a jó ítélőképesség és a józan ész” (Hirnrchirurgie 1938, Ambrosius Barth, Leipzig). Viszont azt Dandy is hangsúlyozza, hogy a pontosabb meghatározáshoz alapos felkészültség szükséges, amit többek között azzal is igazol, hogy az elkülönítő kórismében 16 agybetegséget sorol fel.

Gyakorlati szempontból leghasznosabb, ha azokat a tüneteket csoportosítom, amelyek tapasztalatilag az agydaganat gyanújának felkeltésére leginkább alkalmasak.

Fejfájás: egyike a leggyakoribb u. n. általános agynyomási tüneteknek, Pussepp csak másfél százalékban nem találta. Lehet állandó vagy szakaszos, sőt rohamszerű, vagyis migrain típusú. A fejfájást bizonyos egyszerű fogásokkal, mint a fej passiv helyzetváltásával, köhögéssel, a hasi-aorta leszorításával fokozni lehet, ezt Kehrer a panaszok „objectiválásának” nevezi. Különösen a makacs, kórokiilag tisztázatlan fejfájás gyanus agydaganatra. Közbevetőleg a fejfájás helye egymagában nem nagy jelentőségű, így a hátsó koponyagödör daganatai gyakran járnak homloktáji fejfájással. Viszont a suboccipitalis fejfájás helyi nyomási érzékenységgel a kisagy vermisének daganatára lehet jellemző!

A különböző lelki zavarok az agydaganatnak leggyakoribb általános tünetei. Ezzel a kérdéssel különösen Baruk foglalkozott behatóan (Psychiatrie Médicale, physiologique et experimentale, Masson 1938), és sze-

rinte az a jellemző, hogy a beteg megőrzi személyiségét és szemmel láthatóan küzd tompasága (torpora) ellen. A tompaságot jó megfigyelő már a beteg arcáról leolvashatja (agydaganatos vagy tumoros arckifejezés), amely csak egyik feltűnő tünete a közömbösségnek, meglassult képzettársításnak (vontatott, nehézkes válaszok), esetleg emlékezetzavarnak. A kép tulajdonképpen megfelel az egyszerű elbutulásnak (dementia simplex) vagy az ú. n. személyiség-szint-csökkenésnek, azzal a különbséggel, hogy agynyomáscsökkentő szerek (hypertoniás konyhasó intravenás) alkalmazására a tünetek feltűnően javulnak, a beteg arckifejezése és magatartása élénkebbé válik. Ez tehát csak *pseudodementia*. Ez a tünetcsoport bármilyen helyen székelő daganatban előfordul, nem úgy, mint a ritkábban észlelhető moria (élcélődési hajlam jellemváltozással), amely a homloki lebeny sérüléséhez van kötve.

Fontos, hogy vannak tisztán elmekórtani kórképek, amelyeknek agydaganat az alapjuk. Így Baruk egyik paranoiás betegének hatalmas gliomája volt a bal halánték lebenyében. Gyakori a Korsakoff-tünetcsoport (kóros meseszövés, tájékozatlanság, emlékezetzavar) és a paralysis progressiva-szerű kórállapot, de schizophrénia-szerű kép is előfordul. *Mindezek a tünetek, az agydaganat „prodromalis-szakát” képezve, hónapokig, sőt évekig fennálhatnak.*

Epileptiformis rosszullétek. Sokszor az agydaganatnak egyéttlen, legkorábbi, évekre, sőt évtizedekre visszanyúló tünetei. Így egyik betegemnek 13 éven át voltak „genuin típusú” eszméletvesztéses rohamai és ehhez csak a legtutolsó időben csatlakoztak agydaganatra jellemző tünetek. Ez az adat is mutatja, hogy az agydaganat nemcsak kérgi, vagyis Jackson típusú, hanem genuin, vagyis idiopathikus jellegű rohamokat is okozhat. Sőt vannak egészen atypusos, pl. ájulás-szerű, narcolepsia-szerű rosszullétek is, aminthogy az atypiat egyébként is jellemzőnek találtam az agydaganatos epilepsia tünettánára. Ilyen lehet pl. Jackson-ban a korai eszméletvesztés (t. i. még mielőtt a görcs a túldaira áttérjedne), a roham tartóssága, genuin epilepsia esetén a roham lefolyásának különössége, (pl. egyik esetemben minden jellemző tünet megvolt, kivéve a tonusos-cloonusos görcsöket). Egészen atypusos az ú. n. *uncinatus roham* (uncinate fits, elnevezve a gyrus incinaturól), amelynek lényege kellemetlen izlési, vagy szaglási érzécsalódásos aura a görcsös rohamot megelőzően. Továbbá a cerebellaris, vagy *tonusos roham*, amelyben nincs görcsös rángás, csak tartós (tonusos) kifeszülés, eszméletvesztés, cyanosis és pupillatágulat. Végül a ritka Penfield-féle *autonom-roham:* hirtelen kivörösödés az arcbán, a vegetatív tünetek egész sora, mint könnyezés, nyáladzás, ásítás, csuklás, borzongás, tachykardia, bradypnoe, és vérnyomásemelkedés.

Az epileptiformis rohamok gyakorisága saját adataim szerint 41.1%, külföldiek szerint 20—30% közt ingadozik. A százalékos gyakoriság miatt a 25—30 évnél idősebb egyén rohamszerű rosszullétei esetén mindig gondolni kell agydaganatra (luesen és arteriosclerosis kivül).

Szédülés és hányás, gyakran együtt fordul elő és rohamszerűen is megnyilvánulhat. Mindkettő főleg a hátsó koponyagödör (kisagy, agykocsány stb.) daganataiban kifejezett, de egyébként is (pl. parietalis táj daganata) előfordul. A szédülés vagy forgástypusú vagy

általános bizonytalanság; sokszor hirtelen helyzetváltáshoz csatlakozik. A hányásra jellemző, hogy minden külső ok nélkül ismétlődik, táplálkozástól független, megelőző hányinger nincs, a hányás „zuhatagszerű”, az étvágyat nem befolyásolja (3—6 éves gyermekek ciklikus hányása tisztán ideges lehet!). A két tünet közt a különbség: a szédülés korai, a hányás késői tünet, amidőn t. i. az agnyomásfokozódás a foramen magnum körül a nyultvelő nyomtatását idézi elő. A szédüléshez nystagmus is csatlakozhat, amely önálló tünet is lehet, minden localisatiós jelentőség nélkül.

Fejtartás: a fej állandó kényszerhelyzetben lehet egyik oldalra, vagy előre (kisagyi daganat), olykor hátra hajlítva (thalamus és III. kamra hátsó része). A kényszerített passzív megváltoztatása igen fájdalmas és erős fejfájást, hányást, érlökési és lélegzési zavart okozhat.

Hőmérsék: láz ritka, gyakoribb a subnormalis hőmérsék. **Érlökés:** ingadozása vagy gyorsulása korai tünet lehet.

Glykosuria a IV. kamra, *diabetes insipidus* a III. kamra alapjának sérülésekor fordulhat elő (tuber cinereum, infundibulum). **Kóros elhízás** vagy enyhe akromegaliás tünetek helyi vagy távoli hypophysis sérülésre utalnak. **Incontinentia urinae:** vagy a paracentralis táj daganataiban fordul elő, (ilyenkor diplegia is van a kétoldali kérgi lábközpont sérülése miatt), vagy a gyrus centralis anterior középső része, a thalamus, a striatum és a subthalamikus vidék sérülése esetén. **Hasüri tünetek:** mint heves fájdalom (appendicitis, vese-, epekő roham gyanúja) előfordul a praefrontalis táj daganataiban (*Wechsler*). **Aluszékonyság** polyuriával, és polydipsiával, együtt a hypothalamus, vagy a III. kamra alapjának tünete. Rohamszerű elalvás, ásítás, csuklás ugyane vidék ritkább tünete.

Járászavar: tántorgó járás (cerebellaris ataxia), főleg a kisagy középső részének (vermis) daganataiban; eldülés előre, hátra, vagy oldalra is előfordul. Fontos, hogy az ataxia behunytt szemmel nem fokozódik és a beteg megfordulva, nem tud kiindulási helyére visszatérni (Babinski-féle csillagjárás). Homloki és kerges test daganatokban is van ataxia, amely egészen állásijárási képtelenségig fokozódhat (astasia-abasia).

Érzészavar; rohamszerű zsibbadás, hangyamászás egyes végtagokban vagy testrészekben, gyöki kiterjedésű fájdalom és zsibbadás, ritkábban meningealis tünetsoport. A tünetek részben valószínűleg a gerinvelői liquor-térrel tova-vezetett nyomásfokozódás következményei.

Szaglászavar: egy-kétoldali szaglászűkülést vagy hiányt okozhatnak a homloki lebeny alsó, vagyis orbitális felszínén növekvő daganatok.

Egyoldali hallászavar: az acustikus daganat korai tünete. míg ha kétoldali, a corpus quadrigeminum inf. sérülésére utal.

A teljesség kedvéért meg kell említenem a *pangásos papillát*, amely főleg a koponya hátsó részében székelő daganatnak lehet korai tünete, és amely régebbi adatok szerint 90%-ban. újabban szerint 65—70%-ban észlelhető. Ennek megállapítása nem a gyakorló orvos feladata.

A felsorolt tünetek legtöbbször lassan, fokozatosan, olykor szakaszosan fejlődnek, és ez a lassú kifejlődés jellemző agydaganatra, bár esetenként hevenyen kezdődő kórképek is előfordulnak (bevérzés, ventilszerű daganat stb.).

Végül még külön felhívom a figyelmet az anamnesis fontosságára, amelyben a legelső tünet a legfontosabb, amint arra *Cushing* óta minden agysebész és ideggyógyász súlyt helyez. Ennek oka, hogy kifejlődő daganat

olyan kiterjedt tünetekkel jár, amelyeket már nem lehet értékesíteni. Ezt a tapasztalati ténytet minden gyakorló orvos ismeri, a helyi és általános hashártyagyulladásal vonható párhuzam alapján. Az első tünet főleg az ideggyógyász számára fontos, mert rá hárul a daganat helyének pontos meghatározása és ezzel a sebész késének irányítása.

Látjuk, hogy az agydaganat gyógyítása sokféle ágazó feladat, amely kitünő összmunkát, szervezethez kíván. Kétségtelen azonban, hogy a legfontosabb, t. i. első lépést a gyakorló orvos van hivatva megtenni és ez az agydaganat gyanújának felismerése!

Lehoczky Tibor dr.
egyetemi magántanár,

A sigmoiditisről.

A sigmakacs mind a felső, mind az alsó határán éles szögben különül el a többi vastagbélrészről, s több tekintetben önálló viselkedést mutat. Hosszúsága, vastagsága igen különböző lehet. Hosszú hashártyafodra folytán szabadon mozog, s így alakja erősen változhat. Izomzata nagyon kifejezett. Belüreg aránylag szűk, s csaknem állandóan telt kiürülésre váró, kemény bélsárdarabokkal. Gyakran fordulnak elő kis rések a körkörös izomzatában, amelyeken keresztül a bértartalom nyomására a nyálkahártya mind jobban kiöblösödve, algurdélyokat képez. Székrekedés, fertőzés esetén e gurdélyokban igen könnyen keletkezik gyulladás, amely gyorsan ráterjedve az izomzatra, annak kiterjedt beszűrődését okozza. Ha a folyamat továbbterjed, a környező hashártya gyulladása fejlődik ki. Sigmoiditisben nem is annyira a nyálkahártya, mint inkább az izomfal és a környező hashártyaburok betegsége játszsa a főszerepet.

A heveny sigmoiditis néha teljes egészség közepette, gyakran székrekedés, vagy hasmenéses folyamatok kapcsán jelentkezik. A has bal alsó részében heves görcsös fájdalmak mutatkoznak. A szék a betegség alatt is vagy rekedésre hajló, vagy hurutos, híg, nyákos, esetleg véres-gegyes. A láz mérsékelt remittáló. A közérzet rossz. A beteg gyenge, elesett, és fejfájás, végtagfájdalmak kínozzák. Ha perisigmoiditis is kifejlődik, a fájdalmak erősbödnek, a bal comb és a hólyag felé sugároznak ki. Vizeleti zavarok jelentkezhetnek. A beteg hány, csuklik, igen kimerült, súlyos esetben colapsus is keletkezhet.

A vizsgálat alkalmával a hasat puffadtnak találjuk. A bal hypogastriumban gyakran dífense észlelhető. Legjellemzőbbek a tapintási viszonyok. A sigmának megfelelően hurka-alakú, több cm. vastag, meglehetősen tömött, s igen fájdalmas, csak kissé mozgatható terimenagyobbodást találunk. A csak görcsösen összehúzódott, különben ép, legfeljebb ujjnyi vastag sigmakacstól a terimenagyobbodást kifejezetten vastagsága különbözteti meg. Ha kiterjedtebb, s határai is elmosódottak, úgy izzadmány kifejlődésére kell gondolnunk. A Rovsing-tünet mintájára néha azt tapasztalhatjuk, hogy a távolabbi vastagbélrészekre gyakorolt nyomás a daganat táján vált ki fájdalmakat. Tekintve, hogy a lázat fehérvérsejtszaporulat is kíséri, könnyen gondolhatjuk, hogy situs inversus kapcsán baloldalt fekvő féregnyulványgyulladással állunk szemben.

A betegség lefolyása az esetleges szövődeményektől függ. Ha hashártyaizzadmány nem vagy csak kis mértékben mutatkozik, úgy a terimenagyobbodás 1—2 héten belül fokozatosan visszafejlődik, a fájdalmasság, láz, stb. elmúlik, s csak a beteg bélrész kisfokú meg-

vastagodása marad vissza hosszabb ideig. Nagyobbfokú izzadmány felszívódása már hosszabb időt vesz igénybe, s akkor sem tűnik el maradék nélkül. Összenövések fejlődhetnek ki, amelyek később idült szűkületeket, bél-elzáródást okozhatnak. A bélfodorban végbemenő zsugorodási folyamatok volvulus keletkezésére adhatnak alkalmat. Más, súlyosabb szövödmények, mint bélát-fúródás, phlegmone, hasúri tályog képződése, stb. aránylag ritkábbak.

A betegség kezelése belgyógyászati. Kezdetben csak folyékony, majd folyékony-pépes salakmentes étrendet írunk elő. A terimenagyobbodásra kezdetben jégtömlőt, majd hideg borogatást tétetünk. A betegség első napjaiban a vastagbél kiürítésére szájon át ricinust, keserűvizet, vagy kamillateás beöntést adtunk. Kifejezett hashártyatünetek mellett azonban a hashajtók adagolásával szemben óvatossá kell lennünk. Erősebb görcsös fájdalmak atropin, opium adagolását teszik szükségessé. Ha a gyulladási folyamat már megnyugodott, de a terimenagyobbodás még nem fejlődött vissza, ennek felszívódására — sohasem túl korán! — meleg borogatást alkalmazunk.

Az idült sigmoiditis tünetei lassan fejlődnek ki. A beteget mind nehezebben befolyásolható székrekedés, gyakori székelési inger kínozza, amely időnként hasmenéssel, híg-pépes-, véres-, nyákos-, genyes-székekkel váltakozik. A has bal alsó részében időnként kisebb-nagyobb fokú fájdalmak jelentkeznek, amelyek néha erős görcsös rohammá fokozódnak. A beteg egyre fogy, gyenge, ideges. Néha kisebb hőemelkedés észlelhető.

Vizsgálatkor a sigmatájon alig mozgatható, igen tömött, göbös, s többé-kevésbé fájdalmas terimenagyobbodás tapintható. E daganatot, ha nincs nagyobb hashártyaizzadmány, nagyrészt a subserosus kötőszövetben létrejövő nagyfokú sarjadzás, s a bélizomzat erősen túltengett volta okozza. Jellegének megállapítása sokszor igen nehéz. Az elkülönítő kórismében számításba jön a bélfal gümös, vérbajos és sugárgombás betegségén kívül elsősorban a rákos daganat. A rectosigmoidoskopiával — amelyet minden ilyen esetben el kell végezni, — észlelhető nyálkahártya-simaság, a duzzanatnak csekély mozgathatósága inkább sigmoiditis mellett szól, míg kemény, göbös nyálkahártyaburjánzás, vizenyős beszűrődés, livid elszíneződés inkább rák mellett bizonyít. Ha polyposus, karfiolszerű, barnás-szürkés-sárga, kenőcsszerű váladékkal bevont képleteket találunk, úgy a rák kórisméje biztosított. Ha a sigmoidoskópiát a kóros elváltozás fölé, ép területre tudjuk felvezetni, ez sigmoiditisre mutat. Kétes esetben próbakimetszést végezhetünk a baj kórszöveti tisztázására. A beöntéses röntgenvizsgálat is értékes felvilágosítást nyújthat a ráktól elkülönítésre. A sigma álgurdélyai néha kerek, borsónagyságú kiöblösödések alakjában jól ki-
vehetők.

A belső kezelésben az étrend a legfontosabb. Salakmentes, áttört, pépes ételeket rendelünk, amelyek rothadásra nem hajlamosak. Inkább a szénhidratokat, zsiradékokat, tejet adjunk szívesebben, ha ez utóbbi székrekedést nem okoz. A terimenagyobbodásra száraz, meleg borogatást alkalmazunk. Időnként 50—100 ccm-es olajos, vagy kamillateás beöntéseket végeztetünk. Atropin- és opium-készítmények jó hatásúak. Sebészi kezelés csak akkor indokolt, ha oly szövödmények (szűkület, megtöretés, tályogképződés, stb.) jelentkeznek, melyeket belsőleg kezelni lehetetlen, vagy ha a betegség minden ilyen kezeléssel ellenkezik

Vándorfy József dr.,
egyetemi magántanár.

A bőr némely fontosabb elszarusodási rendellenességéről.

Hyperkeratosishnak nevezük tágabb értelemben azokat a bőrelváltozásokat, melyek legjellemzőbb sajátosságát a száru felhalmozódása képezi. Az idetartozó bántalmak nagyrészt örökletesek, de a behatás erőssége különböző: néha törvényszerűen bekövetkezik a baj megjelenése születéskor vagy a későbbi években, más-kor külső tényezők is szükségesek a megnyilvánuláshoz. Az öröklött hajlam részben a hám csírasejtjeiben determinált, részben közvetetten a belső elválasztású mirigyrendszer útján fejt ki hatását az elszarusodásra és tereli azt kóros irányba. Az említettek miatt az idetartozó bajok gyógykezelése is csak szűk keretek között mozoghat és sokszor csak tüneti kezelésre szorítkozhatunk.

Callusnak nevezük a bőr szarurétegének lapszerű megvastagodását a nyomásnak kitett helyeken. Ritkábban kémiai izgalomra, meleg behatásra is jelentkezhet, de keletkezéséhez hajlam is szükséges, mert azonos körülmények között az embereknek csak egy része válik betegg. Feltételezhető, hogy a nyomás megszüntése utáni tartós, reactiv hyperaemia az, mely a száru fokozott termelésére és felhalmozódására vezet. Leggyakoribbak a foglalkozással összefüggő callusok olyan egyéneken, akik nehéz kézi munkát végeznek pl. evezősök, napszámosok, építőmunkások. Egy-egy eszköz behatása oly jellegzetes lehet, hogy a callusok elhelyezkedéséből következtethetünk az egyén foglalkozására. A nyomás megszüntével a callusok rendszerint visszafejldnek, de néha még hónapokig is fennállanak, sőt kiújulhatnak. Jelenlétük finomabb munkára alkalmatlanná teszi a kezét, viszont bizonyos védelmet is nyújt a nyomással szemben. A callusok eltávolítása csak akkor szükséges, ha panaszt okoznak. Ilyenkor legjobb meleg kézfürdővel, pára-kezelésekkel puhítani azokat, majd azután keratolytikus szereket alkalmazni: zöld-szappant, 10%-os salicylszappant, vagy kenőcsöt, káliclúgot. A feilágyult szarutömegeket azután éles kanállal könnyen lakaparhatjuk. Kötésekkel, vastag kesztyűvel csökkenthetjük, illetve egyenletesen eloszthatjuk a nyomást. A kiújulás megelőzésére a nyomás kiküszöbölése mellett próbálkoztak röntgentherápiával is.

Míg a callusok időnkénti erős behatásra keletkeznek, addig a *clavusok* kiemelkedő csontbüttyök felett körülírtabb alapon ülnek és állandó közepes nyomás következményei. Szűk cipő használata, vagy a láb hibás statikai felépítése mellett a kiugró csontrészek felett a bőr állandóan nyomódik és túlszaruosodik. Leggyakoribbak a lábujjak dorsalis oldalán, de előfordulnak az ujjak között is. Különösen fájdalmasak a köröm alatti clavusok előlről jövő szorítás esetében. A tyúkszemek közepét áttetsző szarúcsap képezi, mely köré szarúgyűrűk helyeződnek. Spontán, de különösen, ha tisztátlan eszközökkel kezelik őket, elfertőződnek és fájdalmas nyirok-érgyulladás társulhat hozzájuk. A kifejlődött tyúkszemek ellen 20%-os salicyltapaszt, 10%-os salicyl-collodiummal fellágyítás, vagy forró szappanos protrahált lábfürdő után a szárunak kaparókanállal, késsel történő eltávolítása ajánlatos. Ez azonban nem véd a kiújulástól. Ha maradandó eredményt akarunk elérni, úgy a tyúkszemképződés okát kell elhárítanunk. Szűk cipő esetén egy, a láb formájának teljesen megfelelő cipőt ajánlunk, ha azonban a láb statikai viszonyaiban van az ok, úgy ennek orthopaed, conservativ, vagy operativ úton történő javítása szükséges.

A tövis-, vagy szarvalakú túlszarúsodás neve *cornu cutaneum*. Ezeknek egyik csoportja rendszerint egyes számban és idősebb embereken jelentkezik, kiváltképpen a fejen, az arcon és a férfi-genitaliakon. Növekedésük szinte korlátlan, észleltek 20—30 cm hosszú szarvakat. Az esetek kb. 10%-ban rákosan elfajulnak. A másik, fiatalokon észlelhető, ritkábban előforduló csoport képletei nagyobb számban és rendszerben helyeződnek el és ezért a naevusokhoz sorozzuk őket; rákos elfajulásuk nagy ritkaság. E két említett csoportot el kell választanunk azoktól a *cornu cutaneumoktól*, amelyek csak klinikailag hasonlítanak az előbbiekhöz, valójában azonban más, jól definiált bántalmak megnyilatkozásai. Így közönséges szemölcsök, callusok, fibromák, siphilis is képezhetnek ilyen pseudoszarvakat. Kezelésük késsel, diathermiás kaccsal, éles kanállal eltávolításban és az alaponak diathermiás roncsolásában áll. Különösen fontos az alapos eltávolítás rákos elfajulás esetén.

A bőr képleteihez kötött túlszarúsodások leggyakoribb és az emberek 60—70%-án előforduló alakja a *keratosis suprafollicularis rubra et alba*. Keletkezésében rávilágítanak a veleszületett hajlamra saját ikervizsgálataimban talált számadatok, melyek szerint egypetéjű ikerpárokból 31 egyezést és csak 5 különbözőséget, kétetéjűekben viszont 29 egyezést és 33 különbözőséget találtam. Az öröklött hajlam mellett, mint kiváltó ok korai tbc-s fertőzés is szerepelhet és az ilyen egyénekben a keratosis gyakran látjuk hypertrichosissal, anaemiával és renyhe vérkeringéssel szövődni. A gombostáhegynyi göbcséket különösen a végtagok feszítő oldalán és a gluteustájon látjuk nagy számban; a bőrön végigsimításkor érdesnek érezzük a felületet. Mint részjelenséget jól körülírt kórképekben is megtalálhatjuk őket: így ichthyosis-ban, lichenoid tbc., syphilis és trichophytia eseteiben, sőt kivételesen salvarsan- és aranydermatitisekben is.

A keratosis pilaris egyik főtünetét képezi a pityriasis rubra pilarisnak is, de erre az egész testfelületre kiterjedő bántalomra jellemzők a gyulladáshoz tartozó jelek, továbbá az erős viszketés, a hajzat kihullása, a körmök letöredezése, a tenyerek és talpak bőrének megvastagodása és az arc seborrhoeaszerű sárgás-vörös, zsírosan fénylő, finoman hámló jellege.

E keratosis-csoport kezelése a túlszarúsodott göbök ellágyításában áll, melyre szappanos fürdők mellett különösen kén, salicyl és kátránytartalmú kenőcsök, szappanok alkalmasak.

Elég nagy számban találunk olyan follicularis hyperkeratosisokat is melyek szőrös testfelületen a szőrzet elcsenevezésére, kihullására vezetnek.

A kopaszra vezető keratosisok egy ritka esetét volt alkalmam észlelni 56 éves férfin, akinek homlokán fél év alatt, a sternum felett és a nyakon jelentkeztek vérbő alapon a szarúcsapok és tüskék. A homlokon és arcon szabálytalan, minimalis atrophíát mutató foltok s a hajjas fejbőrön egyenetlen szélű atrophias kopasz területek mutatkoztak.

A follicularis hyperkeratosisnak egy másik faja a hajzat megritkulásával, elszürkülésével jár, a legfeltűnőbb azonban a hajszálak vastagságának szabályszerű váltakozása. E bántalom (*monilethrix*) kifejezetten örökletes és gyakran észlelték több generáción előfordulását ugyanabban a családban.

A *keratosis spinulosa* conusai nem lekerekítettek, hanem tüskeszerűek. A nyakon, vállon és végtagokon sokszor arányosan elhelyezett mezőkben jelentkezik, a hajas fejbőrön pengőnyi-ötpengőnyi területekben, melyek lassan megnagyobbodva és összefolyva kiterjedt kopaszodásra vezethetnek.

A *trichostasis spinulosa* a törzsön elszórva okoz comedoszerű képleteket. Mikroszkop alatt, mint a tegezen a nyilakat 10—15 letöredezett hajszálát látunk egy-egy folliculusban összeszorulva, melyeket szarúmaradványok tartanak össze; az elszarúsodás a folliculus környékére is kiterjed. (*Thysanothrix*.)

Mindezen betegségekben, a baj alkati mivolta miatt csak kevés lehetőség nyílik gyógyszeres javításra. Általában forró fürdők, beszappanozások, enyhe keratolytikus anyagokkal készült kenőcsök alkalmazása enyhíti a tüneteket. Nagyobb eredménye van a gyógyításnak, főleg pedig a megelőzésnek azokban az esetekben, ahol a fenti tünetek oka kimutatható. A fémekkel lakkokkal, terpentin-, benzín- és petróleummal foglalkozókon látunk néha keratosisokat, pustulákkal, genyes szőrtűző gyulladásokkal szövődve. A fedetlen testrészekben, de a ruhák átívódása miatt a törzs bőrén is keletkezhetnek. Ha sikerült az okot megtalálni, úgy enyhén desiniciens kenőcsökkel és borogatásokkal, főleg pedig a kiváltó ok kerülésével szüntethetjük meg a tüneteket.

A folliculusok hyperkeratosisát scorbutban is megfigyelték és ilyen esetekben sikerült C-vitamin adagolással minden külső kezelés nélkül visszafejleszteni a tüneteket.

Míg az előbbi szarúfelhalmozódások csak a folliculusokat érik, addig a *prokeratosis (Mibelli)* kezdeti göbcséi a veritékmirigyek kivezetőcsöveiben keletkeznek. Újabb conusok összefolyásából sáncszerű vonalak képződnek, melyek körkörösön nagyobbodva középen atrophias területet hagynak. E ritka bántalom főleg fiugyermekeken jelentkezik a végtagokon. A körök száma százon felül is lehet. Solitaer esetek mellett gyakran észleljük a szabálytalanul dominans öröklésmódozatot. A prokeratosis therapiásan csak nehezen befolyásolható betegség. Egy esetben a szarúsáncok kitégetése és a göbcséknek kaparókanállal eltávolítása célszerűnek bizonyult. Actonnak sikerült thyreoida adagolásával rövid idő alatt gyógyulást elérni oly esetben, ahol az alapanyagcsere alacsony volt.

A körülírt túlszarúsodásnak még egy alakjáról emlékezünk meg, mely főleg következményei miatt nagy jelentőségű. A *senilis keratosisok* rendszerint oly idősebb emberek bőrén észlelhetők, kik gyakran voltak az időjárás viszontagságainak kitéve. Ilyenkora fedetlen testrészekben, így az arcon és kezeiken barnásszürke, lapos, érdes felületű, piros udvarral körülvett foltok jelentkeznek. El kell választanunk ezeket a seborrhoeás öregkori verrucáktól, amelyek gyakran a törzsön is jelentkeznek, zsírosak, kiemelkedők. Míg a senilis verrucák sohasem mutatnak rákos elfajulást, addig a senilis keratosisok elfajulhatnak. E kifejlődési lehetőségre utal a keratosisok szövettani szerkezete is: a basalis hámsejtek oedemásak, atypusos burjánzásokat mutatnak a kötőszövet felé; a stratum spinosumban nyugtalanságot észlelünk; óriás és zsugorodott egy és többmagvú, pigmenttartalmukban különböző sejteket látunk egymás mellett. A stratum corneumban hyperkeratosis és parakeratosis váltakoznak. A kötőszövet, melyben a collagen és rugalmas rostok degeneráltak, kereksejtesen beszűrődött. Az átmenet a rákba néha egészen hirtelen történik.

A már említett keratolytikus szereket csak előkészítésre használjuk. A túlszarúsodott hám ellágyítása és kaparókanállal eltávolítása után az alapot galvanokauterrel vagy elektrocoagulatio útján elpusztítjuk. Kosmetikailag jó eredményt ad a szénsavhó-kezelés és a radium.

ifj. Nékám Lajos dr.
egyet. tanársegéd.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.

Telefon: 345-113.

Ingyenes líthasználat.

(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetőek: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. Szlovákiában: Eleőd Solt, O. H. Dunabank, Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az „Orvosi Hetilap”-ra az „Orvostudományi közlemények”-kel 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 összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2.50 P. A „Magyar Orvosi Archivum” egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

PHYLAXIA

Szérumtermelő R.-T.
BUDAPEST, X., Szállás-utca 3.

Human-laboratórium és városi megrendelőhely: VII., Rottenbiller-utca 26.

Távbeszélő: 424-383; 137-809.

„PHYLAXIA” Diphtheria-szérum 1—20.000 I. E. (lóból) tisztított, koncentrált alakban is.
Diphtheria marha szérum 1—3.000 I. E.
„PHYLAXIA” Diphtheria-anatoxin folyadék és csapadék védőoltáshoz.
„PHYLAXIA” Meningococcus-szérum meningitis cerebrospinalis epidemica kezelésére.

„PHYLAXIA” Schick-toxin Diphtheria fogékonysági bőrpróbákhoz.
„PHYLAXIA” Vörheny elleni szérum és Dick-féle védőoltóanyag.
„PHYLAXIA” Tetanus elleni szérum.
„PHYLAXIA” Serotyp vércsoportmeghatározó savó.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr
Ára: 1'13 P

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum.

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

VOMISAN KUP

hányinger ellen
mindenkor megbízható

Főraktár: DR. BAYER ANTAL gyógyszerháza. Budapest, VI., Andrásy-út 84.

STERIL-KUHN-KATGUT

MAGYAR KATGUTÜZEM KFT.
Budapest, VII., Vilma királynő-út 33

Tökéletesen megbízható!
Magyarországon évtizedek óta
ismerik, használják, becsülik!



ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHALY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, BALÓ JÓZSEF, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BERDE KÁROLY
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, MÉHES GYULA
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Ratkóczy Nándor: Röntgenképek olvasása és értékelése a csontok diagnostikájában. (643—647. oldal.)

ifj. Verebély Tibor: A kéz- és alkar-sérülések elsődleges el-látásának jelentősége. (647—651. oldal.)

Dósa András: A dyshidrosis kezelése különféle gombafajtá-
kat tartalmazó ojtóanyagokkal. (561—653. oldal.)

Melzer Miklós: A méhbeli életben szerzett úgynevezett con-
genitalis lymphogranuloma inguinale kérdése. (653—654.
oldal.)

Papp János: Az idült sokizületi gyulladás B₁-vitamin-keze-
lése. (654—656. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (103—160. oldal.)

Irodalmi szemle: (656—657. oldal.)

Könyvismertetés: (658. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (659—660. oldal.)

Pekánovich István: Három tuberculosis-tanulmányút. (660—
664. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek: (665—666. oldal.)

Röntgenképek olvasása és értékelése a csontok diagnostikájában.

— Klinikai előadás. —

Irta: *Ratkóczy Nándor dr.*, egyet. rk. tanár.

A röntgenképek *árnyképek*, melyek akkor keletkez-
nek, ha a röntgensugarak útjába a sugarakat át nem
bocsátó, azokat elnyelő tárgy kerül. Ez árnyképeket —
ellentétben a közönséges fény okozta árnyképekkel —
puszta szemmel épügy nem látjuk, mint a röntgensuga-
rakat. De jól látjuk az árnyképet akkor, ha a sugarakat
ba. pt. cyanür ernyőn fogjuk fel, vagy ha a sugarak-
nak kitett fényképezőlemezt a szokásos módon előhív-
juk és rögzítjük. Az árnyképek *teljes árnyékok* akkor,
ha olyan test kerül a sugarak útjába, mely azokat tel-
jesen elnyeli, *félárnyékok*, ha a sugarak útjába eső test
azokat részben elnyeli, részben átbocsátja, *vegyes árnyé-
kok (complex-képek)*, ha az útbaeső, nem egynemű test
egy részében egészen, más részeivel részben, vagy
egyáltalán nem nyeli el a sugarakat. Az emberi test át-
világításakor, illetve felvételekor nyert képek nagyrészt
ilyen vegyes (complex) képek, mert az egyes szervek,
elsősorban a csontok, nem egynemű anyagból állnak.

A röntgenképek megértéséhez, értékeléséhez fel-
tétlenül ismernünk kell azokat az alapvető physikai tör-
vényeket, amelyek a röntgenképek keletkezésében sze-
repet játszanak. Nem célom, hogy ez előadásom során
physikai képleteket magyarázzak, de néhány törvényre
fel kell hívnom a figyelmet, mert azok nemismerése a
röntgenképek helytelen értelmezését vonja maga után,
azok nemtudását hosszú gyakorlati tudás sem pótol-
hatja. Minden röntgenkép olvasásakor figyelemmel kell
lennünk arra, hogy 1. a röntgenkép a sugár egyenes-
irányú terjedése s véges focusból kiindulása folytán a
centralis projectio (központi vetítés) szabályai szerint
keletkezik; 2. A complex-röntgenkép keletkezésének
alapja a sugárnak *különböző elnyeletése*; 3. A röntgen-
képek készítésében nagy szerepe van a *másodlagos (sec-
undaer) sugárzásnak*.

1. A *centralis projectio* szabályai szerint a keletkező
árnyékképek *nagyítottak és torzítottak*. A nagyítás
egyenes arányban áll a tárgy és lemez közti távolság-
gal, fordított arányban a focus—lemeztávolsággal. Ha

tehát lehetőleg kevésbé nagyított képet akarunk kapni,
a felveendő testrészt a lemez közelében kell elhelyezni
(csigolyafelvételek alkalmával pl. a beteg háta alá tesz-
szük a lemezt), másrészt a focus—lemeztávolságot lehe-
tőleg nagyra (pl. tüdőfelvételnél 150—200 ccm) vesszük,
aminek már technikai akadályai alig van. A lemez köze-
pére merőlegesen eső, centralis fősugarak nem torzíta-
nak, csak azok, amelyek a lemezre (szélére) ferdén ese-
nek. A torzítás legkevésbé zavar, ha a vizsgált test-
részt a fősugár irányába, a lemez közepére helyezük;
a széli részek torzulását, elrajzolódását pedig tudva, szá-
mításba vesszük. A képek értékelésekor (különösen csont-
felvételek esetében) nagy szerepe van a képek *élességé-
nek*. Az a körülmény, hogy a röntgensugarak nem pont-
szerű gyújtópontból (focusból) indulnak ki, a képek
élességének rovására megy. Csontfelvételek alkalmával
különösen ügyelnünk kell arra, hogy a kis, finom, vagy
vonal-gyújtópontos csővel dolgozzunk s mivel az élesség
a gyújtópont—lemeztávolsággal fokozódik, hogy a fel-
vételeket aránylag nagy (60—80 cm) gyújtópont—lemez-
távolsággal készítsük.

2. A *sugárelnyeletés* függ a sugár útjába eső tárgy
atomsúlyától. Mivel az elnyeletés az atomsúly negyedik
hatványával arányos, érthető, hogy az egymáshoz arány-
lag közelálló atomszámmal bíró anyagok között az el-
nyeletés különbsége igen nagy. Ha figyelembe vesszük,
hogy pl. a lágyrészeket alkotó C (6), N (7), O (8), mellett
a csontban Ph (15), Ca (20) van, a csont- és lágyrészek
árnyéka közti különbség nyilvánvaló. A sugárelnyeletés
egyenes arányban van a test sűrűségével, *fajsúlyával*
s természetesen a test *vastagságával* is. De függ az el-
nyeletés a *röntgensugár minőségétől* is. A hosszú hullá-
mú (ú. n. „puha”) sugarak sokkal nagyobb mértékben
nyeletnek el, mint a rövidhullámúak („kemény suga-
rak”). Mivel pedig a röntgenképeken éppen az elnye-
letésen alapuló árnyékmilyenségekből ítélünk, a dia-
gnostikában általában olyan sugárzásokkal dolgozunk,
melyekben túlnyomóan lágysugarak vannak. — Ha az
elnyeletésre vonatkozó szabályokat röviden össze aka-
rom foglalni, s a test atomsúlyát Z-vel, sűrűségét, faj-
súlyát d-vel, vastagságát D-vel s a sugár-hullámhosszát
λ-val jelzem, akkor ez egyszerű képlet fejezi ki az el-
nyeletés arányát:

$$A \sim Z^4 d D \lambda^3$$

Az emberi test alkatrészei között három szövettípus és a gázok mutatnak különbséget sugárelnyelési szempontjából: 1. *a csontszövet*, mely Ca- és Ph-tartalma következtében a környezeténél jóval több sugarat nyel el s így a röntgenképen a legfeltűnőbb rajzot adja; 2. *A lágyrészek*, melyeknek sugárelnyelőképesége kb. a vízével egyenlő; 3. *A zsír*, mely az előbbieknél valamivel sugáráteresztőbb. (Ha a víz sugáráteresztőképességét 1-gyel jelezzük, akkor a zsíré kb. 0.90). 4. *A levegő* illetve *gázok*, amelyek a sugarakat gyakorlati értelemben teljesen átengedik.

3. *Másodlagos (secundaer) sugárzás* keletkezik minden testben ott, ahol a testet röntgensugár éri. E secundaer-sugarak az eredeti, elsődleges sugarak irányától eltérően a tér minden irányában haladnak, (szórt sugarak). Amilyen hasznos a szórt-sugárzás a terapiában, olyan káros az a diagnosztikai képekben. E másodlagos sugarak azok, amelyek minden irányból érvén a lemezt, a képet elhomályosítják, mintegy fátyollal borítják be. Minden felvételkor küzdünk ellene. Mennyiségük csökkentésének legrégebben ismert és ma is gyakorolt módja a tubusokkal dolgozás. A *tubussal* (ólom, vagy ólomüvegcső) a testet érő sugár mennyiségét oly kis területre szoríthatjuk, amennyit a felveendő tárgy nagysága megenged. A kisebb sugármennyiség kevesebb secundaer-sugarat termel, a kép élessége, tisztasága fokozódik. A második mód az összenyomás (compressio). A testet oly keskenyre szorítjuk — rendszeren a tubus segítségével — amennyire csak lehetséges, s így a másodlagos-sugarat termő területet megkisebbitve, kapjuk meg a kívánatos tisztaságát a képnek. A másodlagos sugárzást hatásosan tartja vissza a *Bucky-féle fényrács*. A sűrűn, egymásmellé — a hasznos sugárzás irányával párhuzamosan — állított ólomlemezkek csak az elsődleges sugarakat engedik át réseiken a lemezre, a szerte-szétmenő szórt-sugarak ellenben beleütközve a fémlémezkekbe, elnyeletnek. Ha a rács egyenletes mozgásban van, nem rajzolódik ki a felvevő lemezre s így a képet nem zavarja. Áttekintő — nagy — felvételek esetében a Bucky-rács ma már nélkülözhetetlen.

Csontok és ízületek diagnosztikájában csak a felvételnek van jelentősége. Átvilágítással csont-izületi elváltozást diagnosztizálni önámítászámba megy, (hacsak nem durva törésről, ficamról, vagy hasonlóról, igen durva elváltozásról van szó.) Felvételeket ma már majdnem kizárólag filmekkel készítünk. A *filmnek* finoman szemcsézettnek, érzékenynek kell lennie. A ma forgalomban lévő filmek a követelményeknek megfelelnek. A megvilágítás (expositio) idejét tetemesen megrövidítik az erősítőernyők. Hatásuk magyarázata az, hogy a fluorescáló anyaggal bevont lapok fluorescálásukat a sugárzás megszűnte után is bizonyos időre megtartják s így chemiai hatásukat a filmre az expositio befejezte után is kifejtik, a filmet tovább megvilágítják, exponálják. Használhatóságuknak főfeltétele, hogy finoman szemcsézettek legyenek, hogy a részleteket el ne sikkasszák. A ma forgalomba kerülő erősítő-ernyők a követelményeknek tökéletesen megfelelnek s ezért még a legfinomabb csontstruktúrás felvételekben sem indokolt azok mellőzése. A kettősrétegű filmek használatakor két (esetleg ú. n. kombinált) ernyő használata lehetséges, ami az expositio idejét $\frac{1}{10}$ -re csökkentheti. A már elkészített, előhívott és rögzített filmet legcélszerűbb diffúz áteső fényben, homályos, tejüveggel fedett nézőszekrényben nézni. Meg kell jegyezni, hogy a már megszáritott filmen a részletek jobban láthatók, mint a nedvesen. Árnyék-különbségek sötét szobában, jól adaptált szemmel jobban észlelhetők, mint világos helyiségben. Ha nézőszekrény nem áll rendelkezésünkre, a nem napos ég felé

tartott filmet kissé ferdén magunk elé tartott helyzetben nézzük, esetleg fehér ívpapírt tartva alatta, mely egyenletes fényt reflektál a filmre.

Ha egy felvételen finomabb részleteket akarunk tanulmányozni, akkor a filmnek jól exponálnak kell lennie. *Helyesen exponált filmen* a lágyrészek körvonalai épen láthatók, a csontok finom szerkezetet mutatnak. A testtől nem takart, de exponált filmrészlet koromfekete. Az elégtelenül exponált (vagy túpuha) felvételen a lágyrészek részletei jól láthatók ugyan, de a csontnak csak külső körvonalai láthatók. A finomabb szerkezet helyén egyenletes, világos képet kapunk. A testtől nem fedett filmrészlet lehet fekete, de rendszeren nem teljesen fedett, esetleg áttűnő sötétszürke. A *túl-exponált* (vagy túlkemény) felvételen a lágyrészek körvonalai alig, vagy nem láthatók. A csont belső szerkezete elmosódott, az agyonexponáltakon szerkezet egyáltalán nem látható. A nem fedett filmrészlet nem áttűnő, piszkosszürke. Elégtelenül és túlexponált filmek diagnosztikai értéke: semmi.

A röntgenkép tulajdonképpen számtalan testfelületnek, metszetnek, egymásra, egy síkba vetített képe. Ha ez egymásra vetített képeket képzeletünkben szétválasztani és egymás mögé helyezni tudnók, a röntgenképen testszerűen — stereoskoposan — kellene látnunk a felvett tárgyat. Ezt a *stereoskopos* látást nagy gyakorlattal bizonyos fokig el is tudjuk érni. Ha az egymásra vetített vonalakat képzeletünkkel szétválasztjuk s az anatómiából ismert testszerű képbe igyekszünk elhelyezni, a tulajdonképpen sík képet is stereoskopos módon tudjuk bizonyos fokig látni. Segít bennünket a stereoskopos nézésben az a körülmény, hogy a röntgenképek, — amint azt már fentebb említettem —, a centralis projectio szabályai szerint keletkeznek. Azon részek képei, melyek lemezhez, filmhez közelebb fekszenek, kevésbé nagyítottak (a képen tehát kisebbek) s élesebbek, mint a filmtől távolabb fekvő részek. Ha már most a képet félszemmel, esetleg a kezünkkel alkotott tölcserén át olyan távolságból nézzük, ami a lemez-gyújtópont-távolságnak felel meg, az anatómiai képzetképünk s a röntgenkép említett sajátosága figyelembevételével —, mint mondtam, igen nagy gyakorlattal — sikerül is a stereoskopos látást bizonyos fokig elérni. A tökéletes stereoskopos látást a *stereofelvételekkel* megfelelő nézőszekrényvel érjük el. E stereoskopos felvételeknek igen nagy jelentősége van, elterjedésüknek egyetlen akadálya az eljárás drágább, bonyolultabb volta.

A *röntgendiagnostikának határai* vannak, melyeket ismernünk kell, ha nem akarjuk magunkat túlzott várakozás folytán csalódásnak kitenni. Röntgenfelvételen csak akkor látunk meg kóros eltéréseket, ha azok az alak, a szerkezet, vagy a sugárelnyelési változásaival járnak. Ha egyszerű felvételen ilyen elváltozást kimutatni nem tudunk, akkor sugárfogóanyagok bevitelével kísérletezhetünk. A *sugárfogó anyagok* közül a *negatív* contrastanyagot, (vagyis olyan anyagot, amelynek sugárelnyelőképesége a környezeténél kisebb, pl. levegő, O. N) az ízületek röntgendiagnostikájában akkor használjuk, ha a porcok sérülését akarjuk műtét előtt megállapítani. Az ízület felfűvése nem egészen kockázatmentes s azért azt ritkán alkalmazzuk. *Positiv* sugárfogóanyagot (Ba, J, Br, stb.) a fistulákba szoktunk juttatni abból a célból, hogy a sugárfogó a sipoly útján végighaladva a gyenedés helyét megmutassa.

A röntgenkép értékelésekor, a lelet adásakor arra kell törekednünk, hogy a *röntgenkép leletezése* leíró legyen. Egyszerűen számba kell vennünk azokat a tényleges elváltozásokat, amelyeket pl. a csont szerke-

zetében, alakjában, mézst tartalmának változásában észlelünk. Minden leletezés alkalmával ügyelnünk kell arra, hogy 1: vajjon a talált elváltozások nem az expositio, az előhívás, vagy a lemeznek valamilyen hibájára irandók-e? 2. Vajjon nem valamilyen ruha, vagy kötés, a testen lévő sugárelnyelő-anyagot tartalmazó kenőcs, stb. okoz-e idegenszerű árnyékot? 3. Az elváltozás vajjon kórosnak tekinthető-e, vagy milyen anatómiai változatnak (varietás) felel-e meg? 4. A talált elváltozás milyen kórbonctani elváltozás következménye? 5. A talált elváltozás elégséges-e a beteg tüneteinek magyarázására s vajjon kizárólagosan magyarázza-e a panaszokat. (Grashey).

II.

A) Ha valamilyen csontnak vagy ízületnek kóros elváltozását akarjuk felismerni, elsősorban ismernünk kell a csontoknak és ízületeknek *szabályszerű röntgenképeit*. A centralis projectio szabályaiból tudjuk, hogy a csontok és ízületek a röntgenképen megnagyítva, bizonyos fokig torzítva jelennek meg. Minden más beállítás más röntgenképet eredményez s ezért első szabály az, hogy minden csontról és ízületéről meghatározott optimalis, ú. n. *typusos felvételt* készítsünk. A typusos felvételen mutatózó nagyítást és torzítást ismerjük, megszokjuk s a lelet értelmezésekor figyelembe vesszük.

A csontok, ízületek röntgenképe a macerált csontok metszetének képéhez áll legközelebb. 1. A typusos felvételen legelsőben a csontnak az anatómiából ismert *alakját* látjuk meg. A csont alakját a kéregállomány (corticalis) éles, szabályos, sohasem megtörő, határozott vonalakkal rajzolja meg. 2. A *corticalis*nak a lemezen fekvő és az azzal párhuzamos felszíne nem rajzolódik ki, csak azon részen, melyet a sugarak érintőleg (tangentialisan) érintenek. A corticalis az epiphysisen finom, keskeny vonal alakjában rajzolódik ki, mely vonal a diaphysis felé fokozatosan szélesedik, erősödik s homogén, teljes árnyékképnek felel meg. 3. A *csonthártya* nem ad röntgenképet, mert a sugarakat a lágyszövetekhez hasonlóan, úgyszólván egészében átengedi. 4. A corticalison belül finom, rácsszerű, szerkezetes rajzolatot látunk, mely a *szivacsos állomány* (spongiosa) meszet tartalmazó csontlemezekéinek, csontszálcáinak felel meg. A rendkívül finom és éles rajzolatnak magyarázata az, hogy a finom csontgerendák a másodlagos sugarakat épűgy visszatartják, mint a már ismertetett Bucky-féle fényrács. A csontszerkezet határozott képet mutat, mely egyes csontokra jellegzetes. A *csontgerendák* az *erővonalak* irányában helyezkednek el a statikai viszonyoknak megfelelően. Az egész csontszerkezet nemcsak a fejlődés, hanem az egész élet folyamán folytonosan változik, átépítődik. Élettani (physiologias) viszonyok között ezt az átépítési folyamatot nem áll módunkban követni a röntgenképen sem; de annál inkább látjuk a csontgerendák *alkalmazkodását* akkor, ha kóros folyamatok következtében a statikai viszonyok megváltoznak. A csontgerendák a megváltozott viszonyoknak megfelelően az újonnan adódó erővonalaknak irányában helyezkednek el, a structura a röntgenképen is láthatólag megváltozik. 5. Az egyenletes szerkezetű, finom rajzolon belül néha egyes *compactaszerű szigeteket* láthatunk, melyeknek azonban kóros jelentősége nincsen. E compacta-szigetek a porcfejlődés folyamán elhalt s a továbbburjánzó ép porctól körülzárt kis szigeteknek maradványai, melyekben a méz az idő folyamán egyenletesen, szerkezet nélkül rakódik le. 6. Az *izületi vonalakat* az ízületeket alkotó csontoknak finom corticalisa és az izületi porc alján elhelyezkedő rendkívül finom, ú. n. subchondralis mézsréteg adja. 7. A

porcok maguk a sugarakat át bocsátván, nem rajzolódhatnak ki. 8. A porcoknak megfelelő helyen találjuk a röntgenképek „*izületi réseit*”. Ez izületi részek tágassága a projectio szerint változik. Typusos felvételeken az egyes ízületekre jellemzően állandó izületi rés szélessége 2—5 mm. Ajánlatos a kórosnak jelzett csontnak, illetve ízületnek alakját, a corticalisnak, a szivacsos állomány szerkezetének, az izületi rés tágasságának minőségét az ellenkező oldali (contralateralis) ép oldal hasonlóan typusos felvételével összehasonlítani. Finomabb elváltozások csak az *összehasonlítás* útján észlelhetők. Ha egyik oldal sem tekinthető épnek, hasonló korú és lehetőleg azonos nemű egyén megfelelő izületéről készült felvételével történik az összehasonlítás.

B) A csontban lefolyó *kóros elváltozások* a csontvelőállományában játszódnak le. A csontszálcák csak secundaer módon vesznek részt a kóros folyamatokban. A csontsejtek maguk elhalhatnak, de helyzetüket csak ritkán változtatják meg. A velőállományban történő kóros elváltozásokat a röntgenképen nem látjuk, változást a röntgenkép csak akkor mutat, ha a folyamat következtében a csontszálcák állományában (a tela ossea-ban) történik változás. Ha az osteoklastok túlsúlyra jutása következtében a tela ossea állománya megkisebbedik felszívódásról (resorptióról), ha az osteoblastok fokozott tevékenysége folytán a meszes csontállomány megszaporodik, fokozott felrakódásról, (appositióról), a csontgerendázat elpusztulásakor csontelhalásról, ha a csontállományt más szövet pótolja, átépítésről beszélünk. E folyamatok következménye 1. csontritkulás (osteoporosis); 2. csonttömörülés (osteosklerosis); 3. csontelhalás (osteonekrosis); 4. átépítődés (heteroplasia). Minden csontbetegségben a folyamatok egyikével, vagy másikkal, esetleg mindegyikkel találkozunk. E folyamatoknak combinációja az egyes csontbetegségekre jellegzetes s a combinációk milyenségéből tudjuk a körismét felállítani. Mivel egész diagnosztikai tevékenységünk az egyes folyamatok felismeréséből adódik, azok mindegyikével külön-külön foglalkozunk.

1. *Csontritkulás (osteoporosis)*. Csontritkulás alkalmával felszaporodott osteoklastok a csontgerendázatra rakódnak és rajtuk kis gödörszerű kimélyedéseket okoznak, a csontléceket megvékonyítják, részben el is pusztítják. A velőállomány a csontállomány rovására nagyobb tért foglal el, öblei tágabbak lesznek, az egész csontállomány ritkábbá válik, lacunarisálódik. A kéregállományban a Havers-féle csatornák kitágulnak, a kéregállomány velőür felé eső részén felrostozódik, a szivacsos állományhoz hasonló lesz. Maga a compacta ezáltal megkeskenyedik, a szivacsos állomány szélesebb lesz. E felszívódással párhuzamosan, vagy azt hamarosan követőleg *reactiv folyamat* is indul meg, mely abban nyilvánul, hogy az egyes megmaradt csontgerendákon az osteoblastok fokozott tevékenysége folytán megvastagodás lesz észlelhető. A csontok szerkezete a reactiv szakban tehát ritkább, durvább, határozottabb szerkezetet mutat. A felszívódási folyamatnak végeredményét klinikailag *csontatrophiának* nevezzük. Ez atrophia többnyire *excentrikus*, a velőállományból kiinduló, a csont alakját, nagyságát általában nem változtatja meg. A csonthártya felől is terjedő atrophia fiataloknál, növényben lévő csontokon is ritka; a *concentrikus* atrophianak következménye az egész csontnak egyenletes megkisebbedése.

A röntgenkép a kórbonctani folyamatnak megfelelő. A felszívódás első szakában, melyben a csontgerendák száma megkisebbedik, a rendes szerkezet helyén elmosódott, nem intenzív rajzolatot kapunk. A csontlécek Bucky-hatása megszűnt, a secundaer sugarak a képet

elmosás. A röntgenkép olyan, mint a fényképezési technikából ismert *gumminyomat* képe. Az egyes vonalak elmosódottak, határozott conturt nem mutatnak. A kéregállomány eredeti vastagságát még megtarthatja, de néha a diaphysisen már annak elvékonyodását is észlelhetjük. A második szakban, amikor a felszívódás még nagyobb mérvet ölt, a csonton belül szerkezetet egyáltalán nem láthatunk. A csont teljesen áttűnő, *üvegszerű*, olyan, mint az alulexponált képeken. A harmadik szakban az egyes megmaradt, megvastagodott csontlécek éles, határozott vonalakkal rajzolódnak ki. A röntgenkép olyan, mint egy *tussrajz*, kevés számú éles vonallal. A kéregállomány vékony, viszonylag sok meszet tartalmaz, erős árnyékot ad. Az ízületi vonal az egész folyamat alatt nem változik, mert a felszívódási folyamat e vékony kéregállományra és a subchondralis mészállományra nem terjed ki. Feltűnő, hogy a rendes viszonyok között már nem látható csontosodási vonal a benne újlag lerakódó mészállomány folytán ismét láthatóvá válik. Ugyancsak előtűnnek az ilyen atrophias csonton a régi, gyógyult rachitisek *ú. n. évggyűrűi*.

Ha a felszívódási folyamat gyorsan játszódik le, heveny, ha pedig lassan fejlődik ki, idült atrophiaról szólunk.

a) *Heveny, vagy Sudeck-féle atrophia*. Heveny atrophiaival találkozunk 1. az összes heveny ízületi folyamatokban (traumás, osteomyelitises, kankós, valamint az egyes fertőző betegségeket — typhus, kanyaró, vörheny, stb. — követő ízületi gyulladásokban). 2. Az idült ízületi gyulladások közül a gümös és polyarthritises ízületi gyulladásokban, azok heveny szakaszaiban. 3. Sudeck-féle atrophiaát látunk olyan phlegmonekban, melyek csontok, vagy ízületek környezetében folynak le. 4. Olyan *égési, fagyási* sérülésekben, amelyek a csontok elhalásával járnak. 5. Egyes (petyhüdt) *idegbénulások* s oly *ideggyulladások* esetén, melyek igen nagy fájdalommal járnak.

A Sudeck-féle atrophia nagy ízületeken csak az ízületeket alkotó csontokra terjed, a kis ízületeken azonban az ízülettől distalisán eső csontokon is fellelhető. Különösen jellegzetes ez az atrophia a kéztő, valamint a lábtő ízületeinek betegségeiben, amelyekben az atrophia az ízülettől proximalisan eső radius és ulna distalis végeire, illetve a tibia alsó részére, valamint az összes kéz-, ill. lábtőcsontokra és ujjpercekre is ráterjed.

Az atrophia megjelenésének lappangási ideje van, mely a lehevenyebb folyamatokban sem rövidebb 2—3 hétnél. Az atrophia bizonyos sorrendben jelentkezik. Elsősorban az ízülettel közvetlenül szomszédos csontokon látható. A heveny folyamatok során ugyanebben az időben a porc alatt közvetlenül keskeny atrophias sáv, az *ú. n. subchondralis atrophias zóna* jelenik meg. Distalisán először a vékonyabb csontokon vehető észre az atrophia, elsősorban a finomabb szerkezetű fejecsen s csak jóval később a sokkal ellenállóbb izvápában. A reactiv folyamat először a vastagabb csontokon mutatkozik s csak jóval később a vékony csontokon, az ujjpercekben.

b) *Idült atrophia*ban a reactiv folyamat párhuzamosan halad a felszívódással s ezért az idült atrophia röntgenképen hiányzik a második és harmadik szaknak megfelelő elmosódott, illetve üvegszerű rajzolatot mutató kép. Az idült atrophiaiban a csontszerkezet ritkább, de határozott, élesvonalú, olyan mint a heveny atrophiaának utolsó szakában.

A mészállománynak megkevesbedése felszívódási folyamat nélkül is bekövetkezhet akkor, ha a mészállomány a csontból kilügződik. E *halisteresist* látjuk az osteomalakiában, melyet azonban rendszeren osteo-

porosis is követ. Osteomalakiát nagyrítján férfiakon, sőt serdülőkön is észlelhetünk. (O. virilis, senilis, juvenilis).

2. *Csonttömörülés*: Osteosklerosisban az osteoporosisal éppen ellenkező folyamat játszódik le. Az osteoblastoknak túlsúlyra jutása következtében azok nagy tömegben rakódnak rá a csontszálkákra, azokat megszelesítik, sőt számukat is szaporítják. A velőüregek ennek következtében természetesen *megkisebbednek*, egyes, vagy számos helyen meg is szűnnek: a szivacsos állomány a kéregállományhoz hasonló, tömött szerkezetű lesz. A kéregállomány maga is megvastagodik, a csontok velős állományának rovására. A röntgenképen ez elváltozások természetesen igen jól követhetők. A finom hálózatszerű szerkezet helyét épen látható hálószerkezet mutató sűrűbb rajzolat foglalja el, a struktúra rajzolat maga egészében keskeny, a corticalisnak compact rajzolata főleg a diaphysisek közepe felé majdnem összeér. Ha a sklerosis nagyfokú, a szivacsos állomány rajzolata teljesen eltűnik s a csont egészében egynemű, rajzolat nélküli képet ad, úgy mintha tisztán compactából állna. Ez az osteosklerosis lehet *általános*, amikor is úgyszólván az összes, egyébként szivacsos állományú csontok teljesen homogen, szerkezet nélküli képet adnak. (Ilyen általános osteosklerosist látunk az igen ritka, veleszületett „*márványbetegségben*”, továbbá az áttéti rákok osteoplastikus alakjaiban.) Egyes helyekre szorítóköző *ú. n. localizált sklerosist* találunk számos csontgyulladás körül, mint a gyulladásnak reactiv sklerosisát. (Legjellegzetesebb a localis osteosklerosis az osteomyelitisekben, luesben, legkevésbé kifejezett a polyarthritisek ulcerosás formáiban, ritkább és mindig kisfokú gümőkórban, de előfordul a granulomatosisos és leukaemiás csontelváltozásokban is.)

3. *Csontelhalás* (osteonekrosis): A csontelhalás valamely körülírt csont részletnek helyi táplálkozási zavar következtében bekövetkező elhalása. Ha az elhalás lassú, a mindig jelenlévő osteoklastok, valamint az osteoklastokhoz hasonló tevékenységet kifejtő genyesejtek phagocytái elpusztítják, felszívják az elhalt csontléceket. Ha azonban a csontelhalás gyorsan következik be, vagy nagyobb csontdarabokra terjed ki, az elhalt csont környezetétől elhatárolódik (demarkálódik). Az elhalt csont (sequester) hosszú ideig maradhat udvarától körülzárva a csontban, míg végre az osteoklastoknak és a genyesejteknek a környezetben kifejtett pusztító hatása következtében a compacta felé s azon áttörő, majd a lágyrészeket is átfűrő *sipolyjáratok* nem keletkeznek, melyeken át a holtcsont esetleg darabokra törve kilöködhet. A röntgenképen az elhalási folyamat jól látható: az elhalt csont részletnek megfelelően világos szerkezetet nem mutató, gyakran egyenletlenszerű *felritkulást* látunk, melyet egyes folyamatokban finomabb, vagy durvább *osteosklerotikus szegély övezet*. Ha a sequester nem szívódott fel, az mint alaktalan, szerkezetelen kemény árnyékot adó tömeg a világos felritkulási udvarban jól látható. Természetesen jól láthatókká válnak az esetleg képződő sipolyok, sipolyjáratok is, ha nem fedik őket a kéregállománynak reactiv gyulladás következtében gyakran megvastagodott rétege. Az elhalás nagysága egyes folyamatok szerint nagy különbséget mutathat: rizsszemnyi, mogyorónyi felritkulások mellett nem ritka egy-egy csöves csontnak egész hosszára kiterjedő nekrosis is. (Kicsiny nekrosisokat látunk, rendszeren osteosklerotikus szegély nélkül gümőkórban, nagyobbakat a jellegzetes osteosklerotikus szegéllyel luesben; a legnagyobb kiterjedésű csontelhalások osteomyelitisekben keletkeznek s az elhalt csontot a csonthátya felől növekvő hatalmas csontláda, koporsó zárja be. E fertő-

zésem alapuló csontelhalások mellett jellegzetesek az ú. n. aseptikus csontelhalások, melyeket az osteochondritis juvenilisben és az öregkori osteoarthritis deformansokban, valamint az arthrosis haemorrhagica-ban találunk.) Elsőleges és áttéti daganatok esetén tulajdonképpen szintén találkozunk az osteonekrosissal, ilyenkor azonban a csont helyét a daganatszövet foglalja el.

4. *Átépitődés (heteroplasia)*: A heteroplasia esetében tulajdonképpen azon átépítési folyamatokra gondolok, melyet a csontszövet az *ostitis deformans Pagetben* és az *ostitis fibrosa cystica Recklinghausenben* szenved. A Paget-kórban a zsíros, lymphoid velőállomány helyét rostos velőállomány foglalja el. E velőállomány a fiatalkor kötőszövetes csontjához hasonló fonatszerű szerkezettel bíró fibrosus szövetet termel. A csontvelő ez átépítésével egyidőben, vagy azt megelőzően, a csontgerendák, valamint a kéregállomány mézstartalma kilúgozódás (halisteresis), vagy az osteoporosishoz hasonló felszívódás útján eltűnik. A csont egészben megvastagodik, de a mézstartalom hiánya miatt deformálódik, idomtalan lesz. A rostos kötőszöveti csontban idővel ismét méz rakódik le, de szerkezet nélkül, tömegesen, alaktalanul. Az *ostitis fibrosa cystica*-ban a fibrosus tömeg egyes helyein ellágyul, folyóssá válik; ez ellágyulások helyén tömlőszerű, gyakran rekeszre tagolt ürök, cysták keletkeznek. A cystákat folyós, nyúlós csirizszerű szerkezettel tölti ki. Az Ewing-daganatokban óriássejtű sarkomákhoz hasonló sejtömegek töltik ki az üreget. Utóbbiak tömlőtartalma barna-vörös színezetű (barna-daganat).

A röntgenkép e folyamatokban jellegzetes. Az átépítés első szakában a mézstelenedés következtében a csontok képe szerkezettelen, áttetsző. A *kéregállomány* feltűnően *vékony*, de — hacsak nem tört meg a csont — *sohasem megszakított*. A csont alakja megváltozott, resdesen vastagabb, gyakran meghajlott. A kép e szakban hasonlít az osteomalakiás csont képéhez. A mézlerakódás után Paget-kórban a röntgenképen a megvastagodott, alakját vesztett csonton szabályos szerkezetet nem látunk, a spongiosa helyén is corticalisszerű, de gyakran csikoltságot mutató majdnem homogen árnyékot kapunk. E kép az osteomyelitis csontképéhez hasonló. Felritkulási, cystikus folyamatokban a felritkulásnak megfelelően cystaszerű, világos területeket látunk az egyébként masszív árnyékú csontban a cystákban a rekeszeknek rajzolata mindig élesen kitűnik. Jellemző, — a daganatos cystáktól gyakran eltérő értékkel —, hogy a corticalis, habár vékonyan, gyakran papirlapszerűen, de mindig megtartott, kivéve, ha a csont a tömlő helyén trauma következtében eltört. Átépitési folyamatot láthatunk az arthrosis deformans esetében is; ez az átépítési folyamat azonban csak a csont alakját változtatja meg ajakszerű kidudorodások, vagy csörszerű osteophyták képzésével. Maga a csont szerkezete alapjában nem változik.

A csonttritkulás, tömörülés, elhalás, valamint az átépítés azon elváltozások, amelyeket a röntgenképen mindenkor észlelni tudunk s amelyeknek megfigyelése és felismerése által vagyunk képesek csontról, illetve ízületi elváltozásról röntgendiagnosztikát csinálni. Még csak az ízületi merevség (ankylosis) fogalmát óhajtom ismertetni, mint amellyel a csont- és ízületi diagnostikában gyakran találkozunk. Az ízületi merevség vagy olyan módon keletkezik, hogy az ízületi tokok, esetleg szalagok, vagy lágyrészek zsugorodása folytán az ízület mozgásra képtelen lesz, vagy oly módon, hogy valamilyen kóros folyamat következtében a porcok elpusztulása után az egymással érintkező csontok egymásba nőnek. Előbbi az *ankylosis spuria* utóbbi a *vera*. Röntgenképen

e kétféle ízületi merevséget egymástól többnyire meg tudjuk különböztetni. Álmerevség esetében az ízületet alkotó csontok eredeti szerkezete megtartott, csak többnyire atrophizál. Az ízületi vonalak egymáshoz ugyan közel esnek, de megtartottak, ha egyes projectiókban egymásra is vetülnek, többnyire elkülöníthetők. Valódi ízületi merevség alkalmával ízületi vonal nincs. Az eredetileg ízületet alkotó csontok egymással épüggé nőttek, mint a törést követő callosus gyógyulás folyamán. A csontszerkezet egyik csontból a másikba folytatódik, eredeti rajzolatától az új statikai viszonyoknak megfelelően eltér, az erővonalak az új követelményeknek megfelelően helyezkednek el. Ha a merev ízület ferdeszögű, a belső és hegyesebbszögű oldalon az erővonalak sűrűbbek, a külső, nem megterhelt oldalon pedig egészen ritkák. A csontok az ép oldalhoz viszonyítva általában kissé atrophiasok.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A kéz- és alkar-sérülések elsőleges ellátásának jelentősége.

Irta: ifj. Verebélly Tibor dr., egyet. tanársegéd.

Minden nagyobb sérülés az elszennvedő szervezetet három főszempontból veszélyezteti. A sérülés következtében létrejött szövetpusztulás, valamint szövetrázkódás az egész szervezet egyensúlyát megzavarva, a központi működéseket, úgymint a keringést és idegrendszert többé-kevésbé bénítja és az ú. n. sérüléssel járó jelenségei közt közvetlenül *veszélyezteti az életet*. A sérülés a szervezetnek a külső világ felé védelmező szerződését, a bőrt folytonosságában megszakítva, a külvilág ártalmas tényezőit, így a kórokozó baktériumokat a mélyebben fekvő szövetrészek közé juttatja és ezzel a sérült szervezetet súlyos *fertőzés* veszélyének teszi ki. Végül a sérülés okozta szövetpusztulás, valamint az esetleges fertőzés okozta hegesedés a sérült szövet, vagy testrészt a gyógyulás *után működésében* bénítja, vagy használhatatlanná teheti. A sérülésnek e hármas veszedelméből adódik minden gyógyító beavatkozás hármas célja: a sérüléssel járó sokk leküzdése, a fertőzés veszedelmének elhárítása, végül a sérült testrész működőképességének helyreállítása.

1. A sérüléssel járó sokk leküzdése általános sebészeti feladat. A cél elérésére kétirányú beavatkozás szükséges. Elsősorban a megszártott keringés egyensúlyának a helyreállítása a lényeg. Ez elérhető gyógyszerekkel a szív izomerejének és így működőképességének fokozásával, a körzeti érrendszer bénulásos tágulásának megszüntetésével, másrészt pedig az elvesztett, vagy keringésből kikapcsolt folyadékmenyiség pótlásával, aminek egyik lehetősége a bőr alá, vagy érbe adott konyhasóoldat-infusio, vagy még jobban bevált lehetősége a vérátömlesztés. Az idegrendszeri rázkódás leküzdésében a sérült feltétlenül nyugalombahelyezése és a sérüléssel járó fájdalom leküzdése a főcél.

2. A fertőzés veszedelmének elhárítására legbiztosabb mód a lehető korai sebészeti beavatkozás. Ennek a beavatkozásnak alapjait *Friedrich* és *Bárányi* tették le annak a tételnek hangsúlyozásával, hogy a friss sérülés fertőzésének elkerülésére a legbiztosabb mód a roncsolt, valamint a külvilággal érintkezett szövetrészek pontos kimetszése után a sebek elsőleges zá-

rása. Ezt a tételt a gyakorlatban Böhler tökéletesítette, hozzáfűzve, hogy az elsöleges sebzárás elsöleges gyógyulásának feltétele a nyugalom és a jó vérátáramlás.

3. A sérülés okozta működési kiesés lehető legkisebb határok közé korlátozásának alapfeltétele egyrészt a fertőzés elkerülése, ami elsősorban a sebellátás, másodsorban a sebutókezelés célszerű keresztülvitelének feladata, másrészt a lehető legaprólékosabb bonctani helyreállítás.

Az emberi szervezet munkaképességének egyik legfontosabb szerve a felsővégtag, amely mozgásainak kifinomultságával az ember elhatározásait a külvilág felé közvetítő pontos, de nagyon bonyolult eszköze. A felsővégtag, de különösen a kéz éppen működéséből kifolyóan számtalan sérülésnek kitett. Bonctani adottságainál fogva sérülés okozta fertőzéseknek nehezen, vagy egyáltalán nem tud ellenállni, a sérülés, vagy fertőzés okozta szövetpusztulások pedig a működésképeség többkevesebb csökkentésével a szervezetet önmagával és a külvilággal szemben többé-kevésbé tehetetlenné teszik és ezáltal az ember értékét munkaképesség szempontjából lényegesen befolyásolhatják. A sérülések sebészetiében éppen azért a felsővégtag, különösen az alkar és a kéz sérülései külön elbírálás alá esnek.

A felsővégtag sokirányú használhatóságának feltétele elsősorban a bonctani felépítettség. A csontos váz, mely az alkar két párhuzamos csontjának egymás mellett elforgásával a pronatio-supinatio lehetőségét adja, a csuklóizület, a kéztöcsontok sok apró izületének: a kézfejnek bármely helyzetben biztos és szabad mozgását eredményezi, a kézközépcsontok és ujjpercek csontjai az ujjak finom mozgásának biztosítanak támasztékot. Az izületek, mint számtalan csapágy, a mozgások sima, könnyű, de biztos és irányított voltát eredményezik. Az izmok inakba fűződve, hosszú kötegben húzódnak az eredés és a tapadás között a mozgások erőtelepei és áttételei. Az idegek a működés irányítói és ellenőrzői, a tapintással a szervezet fontos ingerfelvevői. A bőr pedig szerkezeténél fogva a kéz kifinomodott működésének egyik legfőbb biztosítója, az egész kényes szerkezet rugalmas és alkalmazkodó burka. Az alkar és a kéz idomának a célnak megfelelő karcsúsága, valamint a sokféle működést biztosító szerkezeti bonyolultsága eredményezik, hogy a szerkezet alkotóelemei aránylag kis területen vannak összezúfolva, de ennek ellenére egymástól teljesen függetlenül működhetnek.

Éppen a bonctani szerkezet e különös adottsága teszi érthetővé, hogy az alkart, a kezét ért sérülés, ha még oly kicsiny is, helyrehozhatatlan veszteséget jelenthet a különben tökéletes harmóniában.

A kéz- és alkar nyílt sérülései osztályozhatók a sérülést elszennvedett szövetféleség alapján. A sérülést előidéző erő behatásának módja és nagysága szerint a sérülések érhetik egyedül a bőrt, a bőr alatti kötőszövetet, az inakat, az izmokat, az ereket, az idegeket és végül a csontos vázat. A sérülést létrehozó erő behatása szerint lehet a seb szurt, metszett, vágott, zúzott, nyúzott, szakított és lött. Az ilyen megkülönböztetés a körjóslat szempontjából fontos, mert minél tompább és nagyobb az erőbehatás, annál több a szövetpusztulás. annál nehezebb a sebllátás, annál rosszabb a körjóslat a működés szempontjából.

A kéz és alkar sérüléseinek ellátásában általában érvényesek az eredeti Friedrich—Bárány-féle sebkimetszés elveinek szabályai. A különleges bonctani felépítettség azonban nagyobb sérülések esetén a szabályok betartásának bizonyos mértékig határt szab. Kétségtelenül helyt áll az a tétel, hogy minden külvilággal érintkezett szövetrészt a sebből el kell távolítani, mert a

fertőzés különben nem távolítható el. De a nagyobb kéz- és alkarsérülések szabaddá teszik, sőt beszennyeznek az izmokat, az inakat, melyeknek kimetszése és eltávolítása a végtagon súlyos működéskieséssel járna. A szennyezetségnak kitett inak és izmok tehát csak igen óvatosan és pontosan betartott javallat alapján távolíthatók el, egyébként feltétlenül megtartandók. Hasonlóképpen fontos szabály, hogy a kimetszett és összevarrt sebte öltéseket a szövetek közé betenni, vagy érelkötéseket alkalmazni nem szabad, mert ezek, mint idegentestek a fertőzés gócpontjai lehetnek, a körülöttük támadó szövetelhalás pedig az esetleg visszamaradt csiroknak lehet táptalaja. A másik oldalon azonban az insérülések mégis pontosan összevarrandók, a nagyobb erek leköntendők, mert egyrészt az átvágott inu izom zsugorodik, s a későbbi helyreállítást lehetlenné teszi, másrészt nagyobb erek sérülése vérömleny képződéséhez vezet, ami az elsöleges sebgyógyulás egyik legnagyobb veszedelme. Fontos szabály az, hogy minden sérülést feltétlenül és pontosan bőrrel kell fedni, mert a fertőzés és kiszáradás csak így kerülhető el. Viszont az alkar és a kéz bőre nagy sérülések esetén alig egyesíthető a kimetszés után. A csontsérülések, a nyílt törések, nem varrhatók a fertőzés miatt, viszont a gyógyulás alapfeltétele, a rögzítés, elég gyakran másképp alig oldható meg.

Ezek és hasonló tapasztalatok alapján a sebllátás szabályait az alkar és kéz sebfelületeire különlegesen kellett alkalmazni s a beavatkozásokat úgy végezni, hogy a fertőzés biztos elhárítása mellett a későbbi működés lehetősége a legmesszebbmenően szemelőtt tartassék.

A bőr különálló sérüléseit kimetszés és pontos egyeztetés után teljesen össze kell varrni. A helyesen kimetszett és pontosan egyeztetett seb megóvja a seb mélyét a fertőzéstől, az elsöleges sebgyógyulás pedig a kiterjedtebb, tapadó hegek képződését előzi meg. A sérült bőr kimetszése a leghelyesebben a seb szélének köröskörül kb. 2 mm-es csikjának kimetszésével történik, természetesen úgy, hogy az egész seb szennyezett felülete eltávolíttassék, a seb minden kicsiny tasakja, a benne lévő esetleges szennyezéssel feltárossék és kitisztíttassék. A kimetszés után új, tiszta eszközzel az így felfrissített sebet úgy kell összevarrni, mint műteti sebzést, kerülve természetesen a feszülést. A sebszélék feszülés alatti egyeztetése az elhalás és így másodlagos fertőzés veszedelmét vonja maga után. Ha az összevarráskor feszülés áll elő, úgy azt fesztelenítő segédmetszéssel kell megszüntetni. A vázolt eljárás minden további nélkül alkalmazható az olyan esetekben, melyekben a sérülést létrehozó eszköz éles s így a bőr sérülése többé-kevésbé élesszélű volt. Ezek a sérülések az összevarrás után minden további szövödmény nélkül gyógyulnak még akkor is, ha a sebllátás a sérülés után néhány órával történik csak. Az alkar és kéz bőrének sérülése az ellátás szempontjából csak akkor jelent sokszor igen nagy nehézséget, ha a sérült bőr roncsolódott, — tompa, de főleg szakító erő hatása folytán és különösen akkor, ha az ujjak bőre sérült. Az ellátás nehézsége ilyenkor onnan származik, hogy a roncsolt és életképességében megtámadott bőrrészletet el kell távolítani, de az eltávolítás után a seb fedésére nem áll elegendő bőr rendelkezésre. Ha ez az eset adódik az alkaron, vagy a kézen, a bőrhiány pótlása történhetik a szomszédságból vett bőrlcbeny nyeles átültetésével, vagy szabad bőrátültetéssel, pl. a has bőréből. Az ujjakon a környezetből bőrt átültetni nem igen lehet. Itt tehát a sérült bőrrészletek legmesszebbmenő megtartására kell ügyelnünk. A seb fertőzött volta azonban sajnálatosan szűk határt szab az elsöleges sebllátásban a bőrátültetés lehetőségének, bár

kétségtelen, hogy elvértve siker koronázza alkalmazását. Egészen különös problémát jelentenek az alkar és kéz nyúzott sebei, melyek bizonyos iparágakban használt gépek kezelőszemélyzetén üzemi baleset kapcsán eléggé gyakran mutatkoznak. Ilyen esetekben a hengerlőmunkát végző gép-mángorló, vagy kaucsukhengerlő-gép két szembenforgó hengere kapja be a hengerlendő anyaggal együtt a munkás kezét, legtöbbször a csuklójig, itt a bőrt harántul, körül elszakítva az egész kézfejről, sőt az ujjakról is kifordított kesztyű módjára lenyúzhatja.

Ilyen sérülést szenvedett el egyik betegünk, kaucsukfinomító hengergép kezelése közben. A sérült végtag — esetünkben a jobb kéz — ijesztő képet adott. A csuklón az alkar bőre körkörösön rongyos széllel végződik, a kézhát és a tenyér inai, szalagjai teljesen szabadon fekszenek, az ujjak — éspedig II., III. és IV. ujj első és második perce, az V. ujj első perce — teljesen lenyúzva, bőr nélkül állnak és a kesztyűszerűen kifordított bőr a körömperceken megtapadva lóg, a balesetkor végzett munka természetének megfelelően súlyosan szennyezve. Ezenkívül a III. ujj csontváza teljesen összepréselődött, a II. ujj második perce, az V. ujj első perce eltört. A hüvelykujj bőre a tenyéri oldalon hosszant a hüvelypárnáig felrepedve, az összes tenyéri inak szabaddá téve. Az ilyen esetek ellátása csak külön megfontolások alapján eszközölhető. Kétségtelen, hogy a lenyúzott, bőrnélküli lágyrészek egész felületükön súlyosan fertőzöttnek tekinthetők, hasonlóan fertőzött a kifordított bőr belső felszíne. Viszont sebkimetszésről szó sem lehet, hiszen a sebkimetszés ilyen esetekben az amputációval lenne azonos. A lenyúzott végtagot azonban be kell borítani bőrrel, mert egyébként a lágyrészek beszáradván feltétlenül elhalnak s így a végtag másodlagos amputációra kerül. A lenyúzott bőr alapjától, így tápláló ereitől megfosztva feltétlenül egész terjedelmében elhal, de elsőleges transzplantációval sem pótolható, mert a fertőzés miatt az sem kecsegtet eredménnyel. Betegünkön tehát kettős volt a feladat. Elsősorban elejét kellett venni a kiszáradásnak, hogy a végtagot megtarthassuk. Másodsorban a fertőzést kellett leküzdeni. E kettős feladatot úgy váltjuk megoldhatni, hogy a nyúzott bőrt, valamint a csupasz kezét a szokásos külső jóddesinfeció után igen nagy mennyiségű physiologiás konyhasóoldatban lemostuk, úgy hogy az oldatot a sebfelületre fecskendeztük, közben minden durvább látható szennyezést eltávolítva. Ezután a lenyúzott bőrt óvatosan visszafordítva, mint kesztyűt, az ujjakra és kézfejre visszahúztuk. A bőr elszakadásának, valamint felrepedéseinek helyeit kimetszve, az összes sebzéseket gondosan egyeztetve összevarrtuk. Végeredményben körkörös varratsor futott a csuklón, két hosszanti varratsor a hüvelyk- és kisujj párnán, s számtalan apró varrat egyesítette a bőr repedéseit az ujjakon. Az egész kezét sterilén becsmagolva, sinre tettük, s magasán felpolcolva állandóan melegítettük. A fertőzés elkerülését jelezte a beteg lázmentes állapota. A műtét utáni 4. napon ismét teljesen aseptikus körülmények között végzett kötészváltáskor kiderült, hogy az átültetett bőr a tenyéren megtapadt, hasonlóképpen élőknek mondhattuk a II., IV., és V. ujj bőrét. A III. ujj bőre egész körkörösön, a kézhát bőre teljes egészében elhalt, a III. ujj második és harmadik perce mumifikálódásnak indult, a kézhát elhalt bőre azonban, mint beszáradt hártya az egész sebfelületet betakarta. A 14. napon a III. ujj két demarcált perce lelékődött és levált a kézhát elhalt bőre is. Az elhalt bőr alatt fertőzés nem jelentkezett, ellenben a friss sarjak a kézhát lágyrészeit teljesen beborították s az elhalt bőr lelékődése után az egész terület számtalan apró központból rövid tíz nap alatt behámosodott. Időközben a II. ujj háti oldalán is elhalt a bőr, úgyhogy ennek gyógyulása tartott a legtovább, de 8 héttel a sérülés után a beteg gyógyultan hagyta el a klinikát. Végző eredményképpen tökéletesen mozgó hüvelykujja, mérsékelten korlátozott mozgású IV., V. ujjja, lényegesen korlátozott II. ujjja, részben hiányzó III. ujjja kezének használhatóságát kielégítővé teszi, úgy hogy három hónappal a sérülés után munkáját is el tudja látni.

Kétségtelenül nagy eredmény ez, ha meggondoljuk, hogy a végtag amputációja kiszáradás esetén elkerülhetetlen lett volna. Böhler teljesen hasonló esete alapján ugyanilyen végeredménnyel, ugyanezt az ellátást ajánlja. Végeredményben tehát a visszavarrt bőr, ha elhalt is, megakadályozta a kiszáradást, amíg a sarjak a sebet védőborítékkal látták el, s talán az elhalt bőrből

visszamaradó hámszigetek még siettették is a seb hámosódását. Nem vitás, hogy nagyobb veszély ilyenkor a kiszáradás, mint a fertőzés, tehát a bőr replantációjával inkább a kiszáradás, mint a fertőzés veszedelmét kell elhárítani, a fertőzés esetleges későbbi beavatkozással még mindig leküzdhető.

Az izmok sérülése esetén lényegesen kevesebb a felvetődő kérdés. Minthogy a roncsolt izom a lehető legjobb táptalaja minden fertőzésnek, különösen földdel szennyezett sérülések esetén az anaerob fertőzéseknek, nem lehet kétséges, hogy a sérült, roncsolt izomszövet a leggyökeresebben, teljesen az épig kimetszendő. Ezt a szabályt csak erősíti a tapasztalat, hogy a roncsolt izom hegesedik, működőképessége többé vissza nem tér, tehát megtartása semmi előnyt nem jelent. Izmok sérülése esetén tehát eljárásunk abban áll, hogy a sérült, roncsolt, szennyezett izmokat, helyesebben izomszövetet eltávolítjuk, egészen odáig, amíg az egész visszamaradó izomzat épnek látszik. Az izmokat összefektetve, a sebet gondosan egyeztetett bőrrel fedjük, ügyelve, hogy vérömleny ne képződhessen.

Az inak sérülései viszont megint megfontolásra készítetnek. Hibás lenne, minden külvilággal érintkezett inat eltávolítani, mert ezzel a kéz és ujjak mozgathatóságát is károsan befolyásolhatnánk, viszont az inaknak és különösen az inahüvelyeknek a fertőzést tova vezető szerepe közismert. A tapasztalatok azt eredményezték, hogy az ellátás szempontjából meg kell különböztetni az éles eszköz okozta sérüléseket a tompa behatásoktól, a szakítástól és a kitépéstől. Másszóval: míg a metszett, vágott sebek sérült inai a megszokott sebellátás elveinek betartásával, nyugodt lélekkel összevarrhatók, addig a kiszakított, kitépett, különösen a sebből kilógó és szennyezett inak nem varrhatók vissza, hanem kiméletlenül eltávolítandók. A megkülönböztetés nagyon fontos, mert az éles tárgyjal ejtett sérülés fertőzöttsége legtöbbször nem nagy, olyannyira, hogy még az invarrathoz használt varróanyag is legtöbbször begyógyul. Ezzel szemben a kitépett inak fertőzöttek, visszahelyezve feltétlenül elhalnak, tehát a seb elsőleges gyógyulását olyan nagy mértékben veszélyeztetik, hogy a végtag megtartása, sőt a beteg élete is kockán foroghat.

Magától értetődik, hogy nagy kiterjedésű insérülések ellátása gyakran igen nehéz műtét lehet, s a legtöbbször szükségessé teheti a kimetszett sebek hosszan felfelé meghosszabbítását, hogy az átvágott inak központi csomkjá fellelhető legyen. Az összevart inak működése csak úgy lesz tökéletes, ha a helyreállítás a bonctani követelményeknek teljesen megfelel. Az in varrásához vékony, erős selymet használunk.

Halatmas sérüléssel jelentkezett egyik betegünk, 26 éves cigányzenész, akinek bal alkarját a tenyéri oldalon ablaküveg csontig vágta, közlekedési baleset kapcsán. A harántmetszés 2 ujjnyival a csuklóizület felett átvágta a m. palmaris longus, a flexor carpi radialis, a flexor digitorum sublimis valamennyi inát és az arteria radialis. A seb szennyezve nem volt, igen erősen vérzett az átmetszett ütérből. Sebkimetszés után a metszést felfelé meghosszabbítva az alkar közepéig az átmetszett inak központi csomkjait pontosan felkeresve az egész inrendszer bonctani szempontban tökéletesen helyreállítjuk, az ütérrel leköttjük, majd a sebet elsőlegesen zárjuk. A gyógyulás a várakozásnak megfelelően elsőlegesen zajlik le, úgyhogy a beteg sérült végtagját sinen felpolcolva tartjuk 2 hétig. Ez idő elteltével lassan megindulnak a mozgási gyakorlatok, melyek három hó múltán a kéz tökéletes mozgékonyágát visszaadják. Az eset különös érdekessége, hogy a tökéletes gyógyulás ellenére eredeti foglalkozását, a hegedülést folytatni nem tudja, a sérülés következtében II., III. és IV. ujjhegye érzéstelen. Minden egyéb munkát tökéletesen végez.

Erek sérülése a vérzés pontos csillapítását teszi szükségessé. Abból a tapasztalatból kiindulva, hogy az érlekötések az elsölegesen összevarrt sebek elgenyedésének leggyakoribb okozói, érlekötést Böhler felfogásával egybehangozva csak üterekre alkalmazunk. A kisebb ereket ércsípővel megfogva megzúzzuk, az ércsípőt a műtét idejére az éren hagyjuk. Ennyi idő az ér be-rögösödéséhez legtöbbször elég.

Idegsérüléseket a sebzés kimetszése után pontosan össze kell varrni, sérült ideget, ha mégoly szennyezett is, eltávolítani nem szabad. Ez megint arra késztet, hogy idegsérülés esetén inkább kell vállalni a fertőzés kockázatát, mint az idegműködésnek végleges és változathatatlan kiesését.

Valamennyi sérülés között a legkényesebb sérülések a nyílt csontsérülések, a nyílt törések. Kényesek nemcsak azért, mert a nyílt törés hajlama a fertőződésre közismert, de azért is, mert a kéz és alkar csontos vázá-
nak különleges, mozgékony felépítettsége miatt a legkisebb alakeltérés is súlyos működésbeli kiesést eredményezhet. A nyílt törések ellátása gyakran igen nagy nehézséget jelent, mert a törés gyógyulásához szükséges feltétlen nyugalom és pontos helyzetétel a lágyrész-sérülések miatt sokszor csak nehezen vihető keresztül. Az ellátás általános szabálya, hogy minden nyílt csont-törést a sebllátás kínos pontossággal és körültekintéssel keresztülvitele mellett zárt töréssé kell alakítani és mint ilyent kell helyretenni és nyugalomba hozni. Mint-hogy a csontsérülések a fertőzésre annyira hajlamosak, érthető, hogy csontsérülés esetén a sebkimetszésnek a fertőzött sebterületet illetőleg nagyon gyökeresnek kell lennie. Ha a szükség úgy parancsolja, a sérült és szennyezett lágyrészeket kíméletlenül fel kell áldozni, hogy a csontseb elsöleges gyógyulása biztosítható, mert a csontsérülés fertőződésének legtöbbször a végtag egész terjedelmében áldozatul esik, az életveszély miatt. A lágyrészekkel ellentétben nagyon óvatosan kell bánni a sérült csonttal. A letört, lemeztelenített csontszilánkokat el kell ugyan távolítani és a törvégeket a gyógyulá-
sra legalkalmasabb alakra kell formálni, mindamellet gondosan kell ügyelni arra, hogy a csontthártya a legmesszebbmenő kíméltségű. A csontthártyától megfosztott és elhaló csont a fertőzés legbiztosabb táplálója. Fontos szabály, hogy a sérült csont közelébe ídegen anyag, varrat ne kerüljön. Lehetőleg kerülni kell a csontvégeknek varrat, vagy más idege nanyaggal történő egyesítését is. A csonthelyretétel is csak nagyjából történhetik véres úton. A finom és pontos beállítás csak a teljes sebllátás után végzendő, úgy mintha a törés zárt törés lett volna. Hasonló elvek szerint történik a nyugalombahelyezés és rögzítés is. Bármennyire súlyos kórjósallat jár a csontsérülés, helyesen elgondolt és véghezvitt eljárás az esetek túlnyomó többségében kielégítő eredménnyel jár. Bizonyítja ezt egyik esetünk:

18 éves fiu kerékpárjával nagy sebességgel haladó gépkocsival ütközött össze. Az autó szélvédőüvege súlyosan felvágta arcát és vállát, legsúlyosabb sérülést azonban jobb alkarján szenvedett, amennyiben az alkar tenyéri oldalán a bört és lágyrészeket felhasználva minkét eltört hosszú darabon szabaddá tette. A sérülés után 4 órával szállították a klinikára, ideiglenes, nem kifogástalan tisztaságú kötéssel ellátva, országúti sárral, szalmával szennyezve.

A sérülés a nagy kiterjedésű lágyrészsérülést az arcon és a jobb vállon nem tekintve, a jobb alkaron ijesztően súlyosnak látszott. A tenyéri oldalon a csuklótól az alkar felső harmadáig húzó hasadás van, melyen át két átmetszett inú izom, a flexor carpi radialis és a palmaris longus teljes egészében kilóg. Az orsócsont alsó ízvége a csukló felett 2 cm-re letört, a felső törési vég kb 5 cm-re szabadon kilóg a sebből, a singsont az alkar közepe táján harántul törött, az alsó törvég ugyancsak kiáll a sebből. A helyzetnek megfelelően az alkar alsó harmadán kb. 40°-os kézháti szöglet-

törés van. A seb mélyén az összes inak teljesen szabadon vannak, közöttük szalma, sár és egyéb szennyezés.

A műteti ellátás során a két említett kilógó szennyezett izmot teljes egészében eltávolítottuk, kimetszettük a felületen közös ujjhajlító izom hasának egy részével, mert roncsolt és szennyezett volt. A sebből a szennyezést gondosan eltávolítva, a csontvégeket lecsipkedve és a szilánkokat eltávolítva a bört kimetszettük, a seb mélyére vékony draincsövet helyeztünk és a sebet elsölegesen zártuk. Sebzáras után az alkartörést pontosan beillesztve háti sínre tettük. A sérülés súlyosan fertőzött voltát tekintve, gyógyulásra kevés kilátásunk volt. A teljes nyugalom betartásával a draincsövet 48 óra múlva eltávolítva a sebgyógyulás a továbbiakban egyre inkább azt mutatta, hogy a fertőzést sikerült elkerülni, a sérülés után 8. napon a beteg láztalan, sebe reakciómentes. Három hét után a sánt eltávolítva a csontokat összegyógyultaknak találtuk. A hamarosan megindított tornáztatás rövid 2 hónap alatt a kéz és alkar tökéletes mozgékonyásával visszaadta a beteg teljes munkaképességét.

A sérülés kielégítő gyógyulása mellett sem biztosítható mindig a tökéletes működés, ha izület sérült. Az izületi porcogó sérülése az esetek legnagyobb részében több-kevesebb mozgáskorlátozóddással jár. Különösen kellemetlen ez az ujjak kis izületein, melyeknek sérülése rendszeren az inak sérülésével jár együtt s így az activ mozgás csak későn kezdhető el. Mindamellet a sérült izület ugyanúgy látandó el, mint a nyílt csonttörés.

A sebllátás szempontjából külön kell említeni a löfegyver okozta sérüléseket. Nagy általánosságban ezek a sérülések két csoportra oszthatók, az egyszerű, sima átlövésekre, amelyek származhatnak pisztoly-, vagy puszkagolyótól és robbantó hatású lövedékekre, amelyek békében szerencsétlenségekkel, háborúban a földi- és légi-bombázásokkal kapcsolatban fordulnak elő, a sérülések ilyen megkülönböztetése nagyon fontos, mert az ellátás a sérülés keletkezésének módja szerint elvben különbözik.

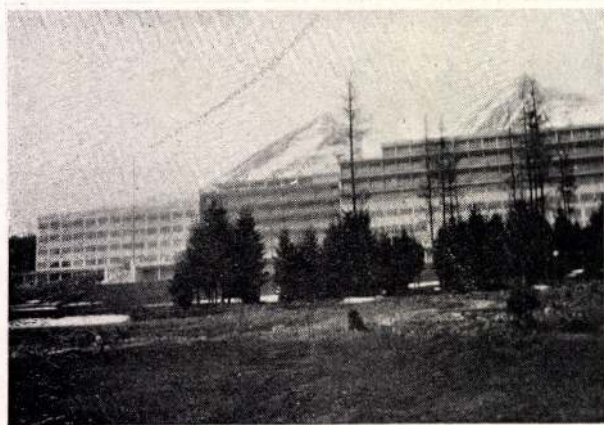
A sima átlövések bármilyen roncsolással is járnak, különleges ellátást nem igényelnek és kezelésük a lehető legkonzervatívabb. A seb steril kötéssel és rögzítéssel ellátása után semmi különösebb beavatkozást végezni nem kell, sőt a másodlagos fertőzés veszélye miatt nem is szabad. A legmesszebbmenően kerülni kell a löcsatorna sondázását, esetleg lövedék keresését és a löcsatorna kitamponálását. A sima átlövések az esetek túlnyomó többségében ilyen kezelésre összegyógyulnak és így a másodlagos fertőzés elkerülhetővé válik. A lövés következtében a legtöbbször sérült csontok a teljes nyugalombahelyezés és jó helyzetétel következtében minden további következmény nélkül meggyógyulnak, úgyhogy a végtag működése sem mutat a gyógyulás után nagyobb kiesést. Magától értetődő, hogy a jó működési eredmény elérése szempontjából a csontsérülés gyógyulása után erélyesen keresztülvitt tornáztatással kell a végtag használhatóságát helyreállítani.

Hogy a leírt eljárás milyen messzemenően biztosítja az eredményeket, bizonyítja többek között egyik betegünk, akinek bal alkarját kabáton keresztül közvetlen közletről érte pisztolylövés. Az alkaron keresztülhalott lövedék a singsont közepét szilánkosan eltörte. A seb elfelátásakor abban ruhacafatokat találtunk, tehát a seb meglehetősen fertőzött volt. Ennek ellenére a helyzetelt és rögzített alkar sebe elsölegesen gyógyult és 5 héttel a sérülés után a szilánkos csonttörés is megszilárdult. A csonttörés helyén keletkezett csonttheg azonban nagy kiterjedése következtében az alkar pronatióját, supinatióját teljesen megakadályozta, a hosszú rögzítés következtében pedig a rövid kézizmok bizonyos fokú sorvadást mutattak. A megindított és erélyesen keresztülvitt tornáztatás azt eredményezte, hogy az alkar működőképessége 5 hónap alatt tökéletesen visszatért.

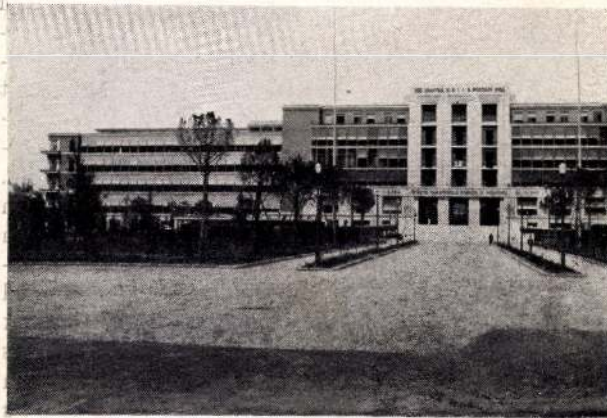
A vázoltakkal szemben minden roncsoló, vagy robbanó hatású sérülés ellátása közben a seb kimetszésének a legmesszebbmenően gyökeresnek kell lennie. A



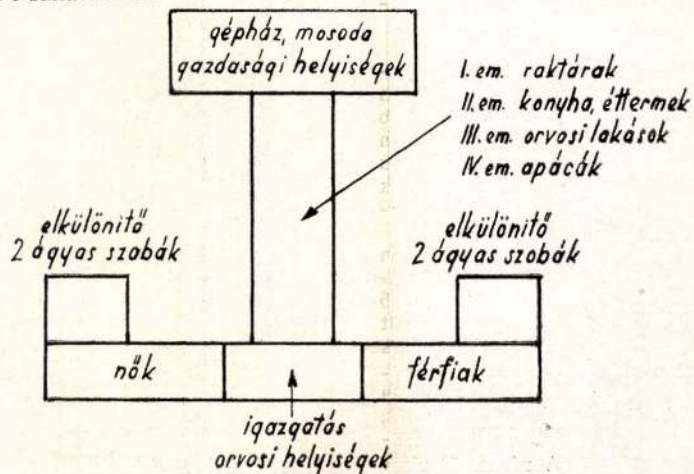
A sondalói sanatorium-város betegpavillonjai. (Jobb oldalt alul a fehér épület a sebészet).



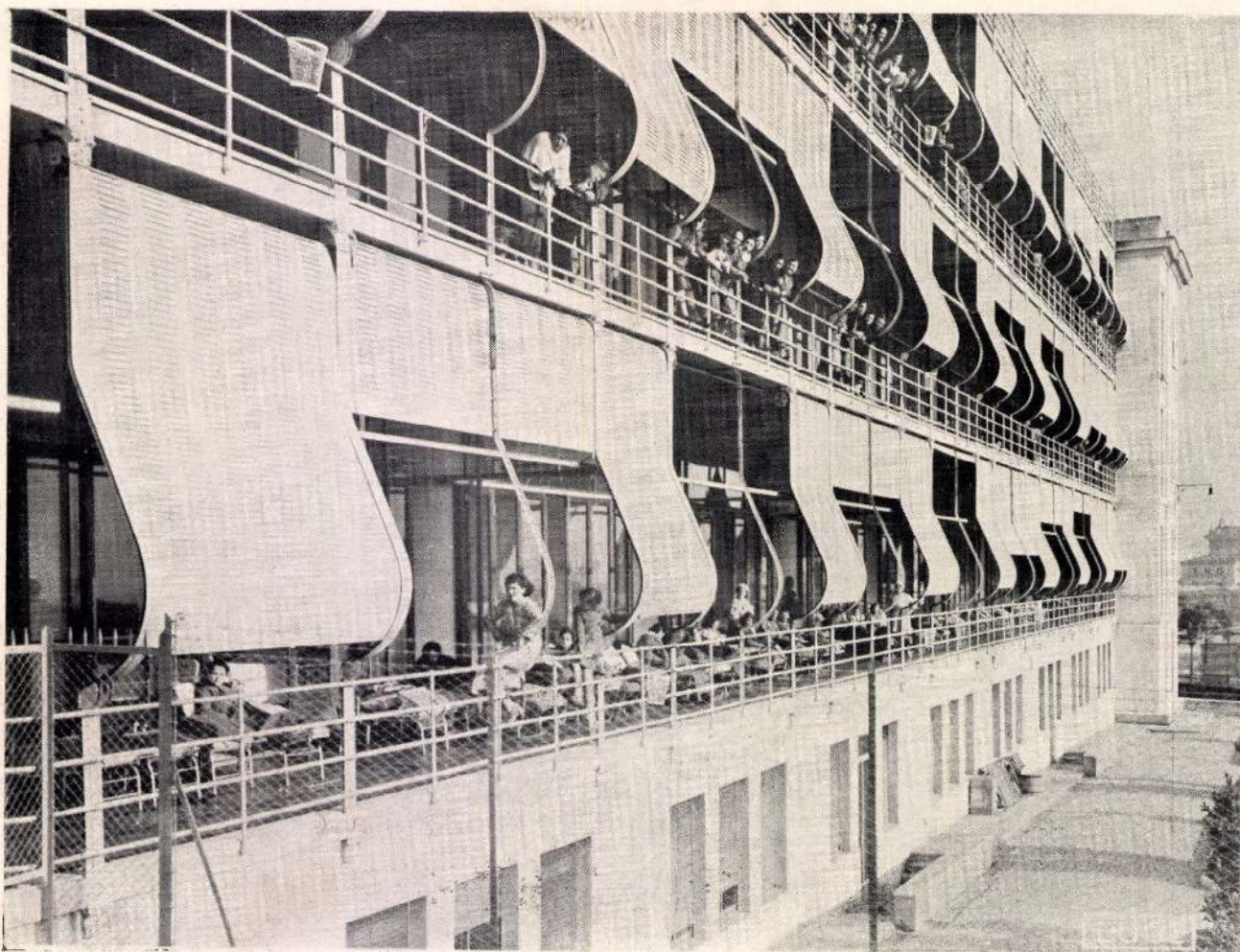
A felső hági-i sanatorium.



A nápolyi Ospedale-Sanatoriale.



Kisebbsz. sanatorium típus vázlatos elrendezése



A kórtermek előtti fektető-terraszok a jellegzetes redőnyzettel.



A római Forlanini intézet látképe.

roncsoló, vagy robbanó hatású lövedék ugyanis kis bőrseben keresztül is a mélyben olyan hatalmas szövetpusztítást okozhat, hogy a sérülés után keletkező nagy kiterjedésű szövetelhalás a másodlagos fertőzésnek semmiképpen sem tud ellenállni. Ezek a sérülések azok, amelyek súlyos, sőt életveszélyt jelentő fertőzések miatt az esetek legnagyobb részében csonkítással végződnek. A roncsolt és így elpusztított szöveteknek megtartásából előny semmilyen téren sem származik, mert a roncsolt és elhaló szövetekből működő szövetelem amúgy sem lesz. Éppen ezért a roncsoló- és robbanó-lövedék okozta sérülések ellátásában — természetesen jelenlegi tapasztalataink békeállapotokra vonatkoznak — eljárásunk úgy alakult, hogy a sebet a lehető leggyökeresebben feltárjuk, a roncsolt, elpusztított, életképességében megtámadott szövetrészeket, tekintet nélkül a későbbi esetleges működéskiesésre, kimetsszük. Ezekben az esetekben mindig kisebb a későbbi működéskiesés veszélye, mint az a fenyegető veszedelem, amit az ilyen roncsolt sebeknek elgenyvedése a sérült életét illetően jelent. A kimetszett és így helyreállított sebet a mélybe drainezve bőrrel fedjük és a bőrt elsősorosan zárjuk. A drain eltávolítása csak akkor engedhető meg, amikor a fertőzés veszedelme biztosan elhárítottnak tekinthető.

A sebellenítés alatti érzéstelenítés helyi akkor, ha a sérülés nem nagy kiterjedésű, vezetési (plexus brachialis anaesthesia), vagy általános (aether narkosis), ha a sérülés nagy terjedelmű. A vezetési érzéstelenítés, ha sikerül, elsőrangú, ha azonban véghezvitele nehézségbe ütközik, habozás nélkül aether-altatást alkalmazunk.

Az ellátott sérült végtag utókezelése éppen olyan fontos, mint a műtét. Az utókezelés két alaptétele *Böhler* szerint a jó vérellátás és a nyugalom. A jó vérellátás úgy érhető el, ha a végtag magasra polcolt és ha az activ vérbőséget a végtag melegítése biztosítja. A melegítést a legcélszerűbben thermophorokkal lehet eszközölni. A nyugalom a teljes mozdulatlanságot jelenti. Minden legkisebb mozgás a fertőzés elleni védekezést akadályozza, ezért minden alkar- és kézsérülés feltétlenül pontosan rögzítendő. A legalkalmasabb erre a célra a gyps-sín, amit még kis lágyrészsérülés esetén is alkalmazunk.

A sebgyógyulás biztosítására helyes sebellenítés mellett gyógyszeres kezelésre különös szükség nincs. A fertőzés megelőzésében a vegyi gyógymódokat *Böhler*rel egybehangzóan nem tartjuk nagy jelentőségűnek, bár az esetleg jelentkező sebfertőzések alkalmával sulfamid készítményeket rendszeresen adunk. Jó hatásuk csaknem kizárólag streptococcus-fertőzések esetén mutatkozik.

A savós gyógykezelést ezzel szemben fontosnak tartjuk. Minden sérülés esetén, ami a mélybe hatolt, tetanus-védősavót alkalmazunk. Bár helyes sebellenítés mellett a tetanus veszedelme is csökken, a védősavó alkalmazását mégis elengedhetetlennek tartjuk *Böhler*rel szemben, aki ezt feleslegesnek ítéli. Eljárásunk magyarázata az, hogy betegekünk legnagyobb része vidéki és így megzavart állapotban lévén, a fertőzésnek fokozott mértékben van kitéve. A magyar föld az intenzív lótenyésztés miatt tetanus-sal erősen fertőzött.

Hasonlóképpen fontosnak tartjuk az anaerob gázfertőzések ellenes savót, melynek nagy jelentősége, a termőfölddel szennyezett izomsérülések esetén van. Ez a savó azonban nem annyira a megelőzésben, mint a már beállott fertőzés leküzdésében válik be.

Bármilyen sebfertőzés gyanúja esetén a sebet szét kell nyitni, ami az egyetlen lehetőség a tovaterjedés megakadályozására. A seb szétnyitása a fertőzés útját kifelé irányítja és a szövetfeszülést megszüntetve a szervezet védekezőképességét fokozza, a kifelé meginduló

nedváramlás a sebet mintegy kimossa. A seb szétnyitásának kedvező hatása azonban csak akkor érvényesülhet, ha idejében történik, amikor a fertőzés még nem okozott súlyos ártalmat. Ennek feltétele az állandó és lelkiismeretes sebellenőrzés.

Összefoglalás:

1. Az alkar és kéz sérüléseinek ellátásában az elsősorban sebgyógyulás mellett a jó működés biztosítása a cél.
2. Az elsősorban sebgyógyulás a sebkimetszéssel legtöbbször biztosítható.
3. A működésileg jó eredményt az elsősorban sebgyógyulás mellett a legmesszebbmenő szövetkimelés adja.
4. Az ellátás mellett a zavartalan sebgyógyulást a feltétlen nyugalom, jó véráramlás biztosítja.
5. Az alkar és kéz alkata a sérülések ellátásában a sérült szövetféleségek szerint különleges elbírálást tesz szükségessé, hogy a végtag működése helyreállítható legyen.

A Horthy Miklós Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczér Miklós ny. r. tanár.)

A dyshidrosis kezelése különféle gombafajtákat tartalmazó ojtóanyaggal.

Irta: Dósa András dr.

Tilbury Fox, a dyshidrosis első leírója (1873) a baj eredetét a verejtékmirigyek tisztán pangásos eredetű zavarával magyarázta. E felfogáshoz később többen csatlakoztak.

Szövet-tani vizsgálatai alapján *Sicoli* is azt állította, hogy a dyshidrosis hólyagocskák közvetlen összeköttetésben állanak a verejtékmirigyek kivezető részeivel. Ezekben hólyagos tárgulatokat talált, melyek szerinte összeköttetésben voltak a tüskés rétegben fekvő többkamrás dyshidrosisos hólyagocskákkal. A dyshidrosist ezt a formáját azonosnak találta a *Tilbury Fox* leírta alakokkal és a többi más eredetű áldyshidrosissal ellentétben valódi dyshidrosist nevezte el. Szerinte a valódi dyshidrosist tisztán pangásos eredetű, míg az áldyshidrosist gyulladáshoz spongiózis miatt keletkező. A valódi dyshidrosist a verejtékmirigyek röntgenbesugárzása révén éppen ezért gyógyítani lehet.

Marchionini szerint is dyshidrosist verában az ekkrimírigyek pangását mutathatjuk ki. A dyshidrosist hólyagtartalom pH-ja 5 körüli, ami megfelel az ekkrimírigyek elválasztotta veriték pH értékének. Fertőzéssel dyshidrosistban a hólyagok tartalmának a pH-értéke 7, dyshidrotikus dermatitisben, ekzemában és epidermophytidben 7.2—8.2 között ingadozik. A valódi dyshidrosist hólyagocskáinak nedve a kék lakmust megvörösíti, fertőzéses dyshidrosistban betegségben közömbös ez a visszahatás, dyshidrosistban dermatitisben, ekzemában és allergiás gombamentes epidermophytidben ellenben a piros lakmus megkékül. Hasonló eredményekről számol be *Neuber* és *Oláh* is.

Kreibich azt állítja, hogy erősen izzadó egyének könnyebben kapják meg a bajt. *Sézary-Miget* szerint azonban az izzadás nem elég a baj keletkezéséhez, mert a meleg (kemence, kovácsműhely, pékműhely, stb.) is izzadást okoz, sokszor dyshidrosist kiváltása nélkül. Sőt egyes dyshidrotikus egyének éppen kevésbé veritékének (*Volk*). *Sézary-Miget* szerint a veritékkezés csak elő-

ségíti a folyamatot, mert a szöveteket felpuhítván a kórokozó csírák benne könnyebben megtelepedhetnek és a meleg hatására ezek szaporodásnak indulhatnak.

Tilbury Fox és hívei felfogásának sok ellenzője is akadt. Szöveti képen először Neisser, majd Jadassohn döntötte meg, hogy a dyshidrotikus hólyagocskák vonatkozásban lennének a veritékmirigyekkel. Később mind többen nyilatkoztak hasonló értelemben. E szerzők szerint a hólyagképződés elsősorban a szemölcsös testek exsudatív gyulladásának a következménye, amely a szomszédos szövet savós átívódására és a sejtek pusztulására vezet. A verejtékmirigyek szerepe körül folyó vita a baj igazi okának lényegét sajnos még egyáltalán nem oldotta meg. Hutchinson mindjárt az elején neurosisnak tartotta a bajt, azóta még ma is elég eltérők a vélemények. A kutatók szerint igen sokféle külső vagy belső úton ható gyógyszer előidézheti a bajt, melyekkel véletlenül kerül érintkezésbe az ember. Ilyenek a salol, jodóform, salicylsavat tartalmazó sör és herbatea fogyasztása, kékfa anyagával festett kesztyű viselése, fügefalevélfőzet alkalmazása, fuchsinos ecsetelés, salvarsan-befecskendés, keményvíz, stb. Említést tesznek bizonyos működészavarokról, mint amilyen az angioneuritikus-, vegetatív-, vasomotorikus-működészavar. Egyesek felteszik, hogy huzamos gyaloglás, napfény a baj oka. Mások ideges alkatban, egyéni hajlamban, évszaki-, meteorologiai hatásban, vérbajban, vagy más heveny, illetőleg idült fertőző betegségből, vagy rheumatismusból eredő focalis gócnak, menstruációs zavarban vélik látni a baj okát. A dyshidrosist igen sokan gombás, vagy bakteriumos fertőzésnek tartják.

Ilyen sokféle nézet miatt a dyshidrosis-féleségek csoportosítása igen nehéz. Általában beszélnek valódi (közönséges, egyszerű, idiopathikus, focalis, stb.) és ál(gombás, bakteriumos, gyógyszeres, stb.)-dyshidrosisról. (Ballagi, Berde, Garnier, Kémeri, Neuber, Szentkirályi, stb.). Nem csoda, ha e tekintetben nincs még egységes felfogás és még ma is igazat kell adnunk azoknak, akik a bajt tünetnek tartják (Berde, Neuber, Zingale, Volk, stb.). A múltban az ekzémához sorolták. Kaposi Sézary-Miget azt mondja, hogy a dyshidrosis az ekzémának, az általa támadott bőrtájék miatt, enyhített alakja; oka hol külső, hol belső. Berde a dyshidrosist a végtagok alsó szakaszainak különleges reakcióképessége miatt módosult heveny ekzémának tartja, ami átterjedhet a csuklóra, kézhátra, alkarra is, amikor lényegbevágó eltérést az ekzémától már nem is mutat, sőt néha ellepheti az egész kültakarót (Müller). Alexander szerint az ekzémához közelálló s talán azzal azonos általános fertőzés, valamely rendellenes légköri hatásra kiváltott ekzema, mely különösen a hőség okozta veriték által feláztatott területeken helyezkedik el, mely az illető terület helyi sajátága miatt vesz fel az ekzémától eltérő alakot, noha Volk szövettani vizsgálatai szerint lényegesen nem különbözik az ekzémától.

A kórok és kórszármas bizonytalanságának megfelelően természetesen a gyógyítás is igen elágazó utakon haladhat. Az egyszerű borogatáson, kenőcsös kezelésem, röntgenbesugárzáson (Berde Károly prof.) kívül még igen sokféle eljárást próbáltak már ki. Így ajánlják a salicylátokat szájon át (Kémeri forró füröztést, periarteriás sympathektomiát, Kromayer-lámpával történő besugárzást, antilueses kúrát, a gerincvelő, illetőleg a beteg részek sympathikus központjának diathermiás melegítését, intravenás ojtásokat Yatrenes-dyshidrosisos hólyagsavóval (Orsós), jódtincturás cseleléseket. A kezelés ilyen változatos volta kétségkívül amellől szól, hogy az igazi oki orvoslás hiányzik. Még

mindég igazat kell adnunk Selleinek, amikor azt mondja: „az összes parasitaölő-szereink és eljárásaink, valamint a röntgenkezelések elég gyakran cserbenhagynak bennünket a biztosan mykotikusnak minősített, mint az amykotikus esetekben és fordítva, a nemparasitaölő szerek a biztosan mykotikus esetekben célhoz vezethetnek.

Klinikánk dyshidrosisos betegeinek gyógykezelése közben hasonló bizonytalanságban voltunk mi is, s az igazi oki gyógykezelést legtöbbször nem sikerült végrehajtani. Egyszer-másszor valamilyen külső, vagy belső vegyi ártalomban véltük megtalálni a baj okát. Ugyanis a focalis góc (Kémeri) eltávolítására néhány esetben gyógyulás következett be. Ezzel kapcsolatban sajnos meg kell jegyeznünk, —, ahogy azt Berde, Neuber és Rajka is találta —, hogy az esetek elég nagy számában, hiába szüntettük meg az elsőleges gócnak sejtett betegséget, a dyshidrosis továbbra is virult, vagy kiújult. Rheumatikus fájdalmat is észleltünk néhány esetben, de a dyshidrosis a csúz-kezelés ellenére is megmaradt.

Sézary-Miget szerint a dyshidrosis családban, táptintézetben járványszerűen jelentkezhet. Ilyenkor egyesek nem kapják meg a bajt, amit azzal magyaráztak, hogy az ilyen egyének vagy kikerülték a fertőzést, vagy szervezetük megakadályozta a csírák kifejlődését. Szerintük az ilyen esetek egymagukban még nem szólnának a parasitálás-elmélet ellen, mert hasonló esetek előfordulnak fertőző betegségekben is. Darrier azt mondja, hogy talán a veriték pH-ion töménysége játszik szerepet a kórokban.

A dyshidrosisos fertőzéses elméletének hívei közül kevesen vannak olyanok, akik a tisztán bakteriumos fertőzés mellett foglalnak állást. Fonalas gombát ellenben többen mutattak ki az esetek elég nagy számában, sőt vannak olyanok, akik gombát nagyobb százalékban tudtak kimutatni, mint bakteriumot, (Ballagi, Neuber, Ragab.).

A fertőzéses elmélet ellenzői közül Grund, Simon a gombát csak másodlagos fertőzésből származtatja. Legrainnak a kórokozó kitenyészése sohasem sikerült. Walthard pedig a kitenyészett gombát a beteg gócon kívül az egészséges bőrön is megtalálta. Orsós szerint, ha nem mutatható ki az elváltozásból a fonalas, vagy hasadó gomba, a dyshidrosist nem lehet fertőzéses eredetűnek tartani. Greenbaum csíramentes hólyagtartalommal végzett ojtási kísérletei nemleges eredménnyel végződtek, az ellenőrzésre használt trichophyton- és mikrosporon-gomba bőrbeajtása ellenben bőrlöböt okozott. Egyedül Taniguchinak sikerült 5 esetben a dyshidrosissból kitenyészett gombával emberben ugyanolyan dyshidrosisos bőrelváltozást előidézni.

Valamennyi esetünkben a hólyagocskák fedeléből és tartalmából Sabaroud-féle merev táptalajra ültetést végeztünk. Elég kis százalékban sikerült a kórokozó kitenyészése. Az igenleges esetek kisebb részében bakteriumot (staphylococcus aureus, -albus, streptococcus, stb.), a nagyobbik részében azonban többféle fonalas, tömlős- és penészgombát sikerült kitenyésztenem (monila, oidium, debaryomyces, saccharomyces, trichophyton gypseum, epidermophyton Kaufmann—Wolf, alternaria, hormodendrum, scopulariopsis, stb.) Néha fonalgomba mellett hasadó gombát is találtam, (Benedek: „synergikus dupla infectio”), mint ahogy azt Gougerot is találta. A kéz elváltozásai közül többször bakt. és schizomyceta, a láb elváltozásai közül gyakrabban magasabb rendű gomba tenyészett ki. A kéz és láb együttes betegségekor is a szerzők általában jóval kisebb számban találtak gombát a kezeken, mint a lábakon (Neuber). Emiatt sokan a kéz-

elváltozást a lábelváltozás allergiás mykidiének tartják. Bloch esetében a kéz elváltozása csak akkor gyógyult meg, ha egyidőben a lábat is kezelte. Eseteinkben külön-állón csak lábelváltozás gyakrabban fordult elő, mint külön csak kézelváltozás. A kettő együtt gyakran találkozott.

Körismezés céljából többen végeztek már gomba- ojtóanyaggal intracutan ojtásokat. Dyshidrosiskor Kémeri és mások trichophytinre, Benedek pedig sarjadzó gombákivonattal erős igenleges visszahatást nyert. Szentkirályi szerint a fonalgombás eredet meghatározására különösen elhúzódó esetekben alkalmas a gombakivonattal végzett intracutan ojtásra nyert allergiás visszahatás.

Érdemesnek tartottuk betegeink gombával szemben tanúsított allergiáját részletesen megvizsgálni. Eleinte saját ojtóanyaggal csak gombára igenleges esetekben végeztünk intracutan ojtásokat. Minthogy elég sokszor gombára nemleges esetekben is ugyanolyan igenleges allergiás visszahatást nyertünk, feltehető volt, hogy ilyen esetekben is gomba okozza a bajt. Valószínű, hogy a gomba kitenyésztése valami oknál fogva nem sikerült. Ezért további ojtásainkat az előzetes gombavizsgálat eredményétől függetlenül igen sokféle gombából saját magunk készítette kevert gombaojtóanyaggal végeztük, melyből 0.1 ccm-t adtunk intracutan a beteg alkarjába. Igenleges esetben az ojtás helyén 24, néha 72 óra múlva ötpengősnyi, gyermektenyérsnyi, igen élénk-vörös, éles határú pír képében jelentkező, néhány napig tartó, olykor gombostüfejszerű vesiculákat, papulovesiculákat tartalmazó, sokszor helyi fellángolást, sőt ritkán lázat okozó allergiás visszahatás keletkezett. Ellenőrzésre ojtott egyéneink nemleges eredményt adtak. Bakteriumrázattal végzett ojtásaink csak jelentéktelen számban adtak igenlő eredményt. Vizsgálataim alapján megkíséréltem dyshidrosisos betegeinket kevert gombaojtóanyaggal ojtani, még gombára nemleges esetekben is, ha az allergiás ojtás eredménye igenleges volt. Mert hiszen lehet, hogy betegeink dyshidrosisos hólyagocskáinak tartalma csak azért volt gombamentes, mert már azzá vált. Rajka szerint ugyanis „a parasítás csoportban a gomba, vagy coccus csak ritkán, esetleg a korai szakban mutatható ki, mert a hólyag már a csírák allergiás lebontásának, a gomba toxinja, illetve coccus és túlélékeny bőr egymásra történő hatásának a következménye. — Ilyen elgondolás alapján érthető talán, hogy csak ritkán sikerül gombát kimutatnunk betegeink elváltozásából. Ebből magyarázhatjuk azt is, hogy gombára nemleges eseteink is gyakran adtak igenleges allergiás eredményt. Walthard is azt mondja, hogy nem minden fertőzőes eredetű dyshidrosist lehet gombavizsgálattal és tenyésztéssel igazolni. Gyógyító ojtásaink sikerét mások eredményei alapján is remélhettük. Benedek, Lilienstein, Neuber, már próbálkoztak vaccina-kezeléssel és elég jó eredményt láttak tőle. Ballagi szerint pedig a dyshidrosis orvoslásában a súlypont a vaccinára helyezendő.

Eljárásomat az allergiás jelenségek figyelembevételével mindig a beteghez alkalmazkodva végeztem. Az ojtások közötti időtávolságot, az ojtóanyag mennyiségének növelését mindig az egyéni érzékenységtől tettem függővé. Az esetleg bekövetkező túlérzékenységi shock miatt a kezelés megkezdésekor a legnagyobb óvatossággal jártam el. Eleinte ritkábban, majd az érzékenység aláhagyásával átlagban 3—4 napos időközökben adtam az ojtásokat, 0.1 ccm-el kezdve, fokozatosan ugyanannyival emelkedve egész fel 2 ccm-ig, mely mennyiséget, hogy a túl nagy feszülés okozta bőrelhalást elkerüljem, több szúrásán át juttattam a comb

bőrébe. A syphilisellenes kezeléshez hasonlóan, — szűnetek közbeiktatásával —, szakaszosan megismételve, sorozatokban végeztem az ojtásokat; egy sorozatban 25—30 ojtást. Ilyen eljárással számos dyshidrosios betegem meggyógyult. A kezelés sikerét azzal magyarázhatom, hogy az ojtásokat az eddigi alkalmazási módoktól eltérően huzamosabb időn át végezvén, nagyobb mennyiségű gombaojtóanyagot juttattam a szervezetbe.

A Horthy Miklós Tudományegyetem bőr és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Melczer Miklós ny. r. tanár.)

A méhbeli életben szerzett úgynevezett congenitalis lymphogranuloma inguinale kérdése.

Irta: Melczer Miklós dr. és Sipos Károly dr.

A méhbeli életben szerzett ú. n. congenitalis lymphogranuloma lehetősége, mely néhány évvel korábban Dick két észlelése kapcsán vetődött fel, ma még nem teljesen tisztázott.

Dick egy heges végbélszűkületes rendes szüléssel világra hozott jól fejlett leánygyermeken a születés utáni 14. napon, majd az 5. hónapban elvégezte a Frei-próbát. Mindkét ízben igenleges eredményt kapott. Egy másik heges végbélszűkületes s a bajhoz csatlakozó has-hártyalob miatt meghalt nő leánygyermekében pedig, ugyancsak heges végbélszűkületet talált. Az első esetben Dick az 5. hónapban is igenleges Frei-próba miatt inkább a congenitalis fertőzést tartotta valószínűnek, mint a túlérzékenységet adó anyagok méhlepényen keresztül a gyermek testébe jutását. A második esetben azonban nem tudta eldönteni, hogy a gyermek a fertőzést honnan szerzte, s ha az anyától származott a fertőzés az intrauterin, intra partum, vagy post partum következett-e be.

Dicknek a congenitalis lymphogranuloma lehetőségét felvető észlelését azonban későbbi szerzők nem erősítették meg.

Ferrari esetében az anya négy hónappal a szülés előtt fertőzte magát lymphogranulomával, a gyermekben azonban klinikailag nem sikerült a lymphogranuloma tüneteit megtalálni s a Frei-féle próba szerint is mentes volt a bajtól. Michelson-Crotty-Kasselberg néger-nője elephantiasis genito-anorectalis ellenére is világra hozta gyermekét, s a gyermek a legkülönbözőbb ojtóanyaggal történt vizsgálatok szerint lymphogranulomától mentesnek bizonyult. — Coultts Monetta súlyos esthionemében szenvedő betegének újszülött leánygyermeké nem mutatkozott a Frei-próba szerint túlérzékenynek.

Amint ismeretes a lymphogranuloma nem is olyan ritkán gyermekekben is előfordul. Ezek legnagyobb részében a baj forrásaként asexualis extragenitalis fertőzést vették föl.

Az első ilyesféle esetet Chevallier—Moricaud—Bernard észlelte. A 3 éves leánygyermek baja 14 hónapos korában kezdődött bal lágyéki, a kezelésre makacsul ellenálló, feltörő dobbal. 3 éves korában a gyermek inguino-vulvaris területében s a bal nagy ajkon is többszörös sipollyal feltörő tályog alakult ki. Mivel Koch-féle csírákat sem ként készítményben, sem tenyésztéssel, állatojtással nem sikerült kimutatni s a tuberculinpróba is nemleges volt, a gümőkóros eredetet kirekeszthették. Viszont a Frei-próba igenlő volta lymphogranulomát bizonyított. Sajnos a szerzők a fertőzés módja felől nem nyilatkoztak.

Ugyanezen időben Luján—Rotter is észlelt egy 6 és 7 éves nővért korai tünetekkel. Szerintük e két esetben, a fer-

tőzés asexualis módon, valószínűleg a gyermekek egyik nő-rokonától származott.

Ilyen valószínűleg asexualis extragenitalis fertőzést számosan észleltek.

Az irodalomban előforduló ilyesféle eseteket Levy összegyűjtötte. Szerinte 1932 óta a bajt 10 gyermekben észlelték. Ezek közül 7 ízben a fertőzés családtagoktól származott asexualis úton.

Újabban Sonck 6 lymphogranulomás leánygyermeket észlelt, akik közül a bajt egyik sem szerezhette a méhbeli életben, mert mindegyik anyja a szülés után szerezte a lymphogranulomát.

Levy maga is észlelt egy 6 éves leánygyermeket kétoldali dobbal. A gyermek eleinte nem adta a Frei-féle próbát; később azonban a túlérzékenységi bőrpróba, akárcsak a szülőknél, a gyermek bőrén is igenleges eredményt mutatott.

Mint ezekből a nem is teljes számban felsorolt adatokból is látható, a méhbeli életben szerzett ú. n. világrahozott, vagy veleszületett lymphogranuloma kérdése vitás. Dick említett észlelését a kérdést utánvizsgálók nem tudták megerősíteni s a gyermekkorban előforduló tünetes lymphogranulomát is, majdnem mindannyian a születés után szerzett asexualis fertőzésben látták.

A méhbeli életben szerzett lymphogranuloma nagyon is vitatható volta miatt tartottuk szükségesnek egyik esetünk közlését, mely arra mutat, hogy a kérdés tisztázására minden egyes idevágó adatot szükséges ismertté tenni.

Sch. J.-né 39 éves jól fejlett, gyengén táplált asszonynak 1933. táján végbélzavara jelentkezett. A szék ürítése fájdalmasá vált, széke vérel, nyákkal kevert volt. Baja miatt két hónapon át rendszeres végbéltágításban részesült. 1933. végén végbélzavara fokozott mértékben mutatkoztak. Azóta székevel bőségesen távozik geny s egy kevés vér is.

Megvizsgálásakor 5 cm-rel a végbélnyílás felett kb. 19 Charrière átjárhatóságú részben heges, részben hámfosztott felületű szűkületet találtunk, melynek tágításakor a szűkület feletti részből gyermekkanálnyi higan folyó, törmelékkel kevert geny ürült.

A méh és a petefészkek nyomásra kissé érzékenyek. A középtág hüvelybe a kétajkú tömött portio előre felé tekint; méhe tömött, retroflexio-versióban, környezetétől mozgatható. A hüvely felső végét a végbél felől tömött beszűremkedés domborította ki.

Vörösvérsejtsz.: 4.100.000, fehérvérsejtsz.: 5.600 (neutrophil szemcsés f. v. 57%, fiatalmagvú 4%, pálcamagvú 1%, eosinophil szemcsés f. v. 2%, monocyta 7%, lymphocyta 29%). A vörösvérsejtek süllyedési sebessége 1 óra alatt 97 mm. Ito-Reenstierna-próba nemleges, Gaté-Papacosta-féle formalinpróba, Frei-féle két különféle emberi eredetű ojtóanyaggal erősen igenlő. A syphillis kimutatására szolgáló savópróbák nemlegesek.

A genyben kevés vörösvérsejtet, sok és különféle hasadó gombán kívül karélyosmagvú fehérvérsejtet, monocytát, kevés lymphocytát, plasmasejtet találtunk. Az azur-eosinnal festett kent készítményekben sejten belül Giemsa szerint festődő elemi testeknek megfelelő képződményeket sikerült találnunk. A kevert fertőzésű genyet részint tengeri malac bőraljába, részint fehéregerek agyába ojtottuk.

Az állatkísérletek tanúsága szerint is a beteg heges végbélszűkülete lymphogranulomás eredetűnek bizonyult.

A beteg végbélbajának jelentkezése után egy ízben zavar nélkül szült. Leánygyermekje jól fejlett és táplált rajta lymphogranuloma klinikai tüneteit nem sikerült találnunk. A különféle emberi ojtóanyagokkal kététi időközben két ízben elvégzett próba azonban erős igenlő visszahatást adott. Lappangó lymphogranulomás fertőzést, vagy erre utaló tüneteket azonban sem klinikai, sem pedig a lymphogranuloma kimutatására felhasználható segéd eljárásokkal, mint a vérsejtsüllyedési, a Caté-Papacosta-féle formalinpróbával nem sikerült kimutatni. Az igenleges allergiás Frei-próba s a nemleges labilitási próbák miatt ezért kénytelenek voltunk arra gondolni, hogy a gyermek immáron gyógyult lymphogranulomás fertőzésen esett keresztül; a gyermek már 3 éves múlt, s ezért nem látszott valószínű-

nek, hogy a túlérzékenység nála védőanyagok passiv átjutásán alapult. Mivel a klinikai vizsgálatkor s a kör-előzékenyben elsősleges elváltozás, vagy tájéki nyirok-csomóduzzadás nyomára nem találtunk, az igenleges Frei-próba miatt a méhbeli életben szerzett fertőzésre kellett gondolnunk.

Öt hónappal később alkalmunk nyílt a gyermeket újra megvizsgálni. Öt különböző emberi eredetű antigennel végzett bőrpróba mindegyike ekkor csak nemleges eredményt adott, s ezért kénytelenek voltunk a megelőző igenleges próbákat nemfajlagosaknak tartani. Tudjuk ugyanis azt, hogy a fertőzés után bekövetkező lymphogranulomás túlérzékenység évtizedekig, talán az egész életen át megmarad.

Esetünkben tehát a méhbeli életben szerzett ú. n. világrahozott vagy congenitalis lymphogranulomának a lehetősége ellen szól s arra mutat, hogy ilyen lymphogranulomának a kórisméjét egyedül az igenleges Frei-féle próba alapján csak a legnagyobb óvatossággal lehet felállítani.

Mindezek alapján a congenitalis lymphogranulomának lehetőségét csakis nagyobb anyagból leszűrt észlelések alapján lehet eldönteni. Kívánatos volna minden egyes biztosan lymphogranulomás nő gyermekét közvetlenül a születés után, majd későbbi időpontokban a Frei-féle bőrpróba és a vérsavó labilitását kimutató segéd eljárások elvégzése útján megvizsgálni arra vonatkozólag, hogy ezek a gyermekek mutatnak-e allergiát, s ha igen, maradandó-e az allergia, s nincs-e lappangó fertőzése a gyermeknek.

Szegedi 5. sz. honvéd helyőrségi kórház közelménye.
(Parancsnok: nyiraljai Vén Ferenc 2. o. főorvosorvos.)

Az idült sokizületi gyulladás B₁-vitamin-kezelése.

Irta: Papp János dr., ezredorvos.

A szinte megszámlálhatatlan bakteriologiai vizsgálat ellenére a „csúzos” megbetegedések specifikus kórokozók által keletkezésének magyarázata mindez ideig nem helytálló. Ma sokkal nagyobb azok száma, akik a betegség lényegét allergiás reakciónak, a szervezet megváltozott immunbiológia állapotának, belső setetiós zavarának, illetve ezek következményeinek tartják. (Dzsinih, Klinge és munkatársai és mások).

Ezen utóbbi időben mind gyakrabban jeleztköző betegség, mondhatni „népbetegség” keletkezésének oka tehát még ma sem egységes, olyannyira, hogy „egyetlen” okról nem is lehet beszélni. Érthető ezek után, hogy a gyógyításnak is változatosnak kell lennie s bár e tekintetben is nagy a haladás, mégis a gyógyítás és a gyógyulás szempontjából legnagyobb fontosságú az „ok”, legyen az akár endogen, akár exogen.

Nem célozom sem a csúzos izületi megbetegedések mai felosztásának taglalása, sem a kóroki, sem a jelenlegi gyógykezelés ismertetése, csupán arra szorítkozom, ami a megérthetőség céljából szükséges. Ismert tény, hogy tavaszkor mind a hormonális, mind az anyagszere tévékenység fokozott. Ugyancsak ismert, hogy a csúzos megbetegedések nagy számmal történő megjelenése is erre az évszakra esik. Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a körülményt sem, hogy tavasszal legnagyobb a szervezet B₁-vitamin szükséglete. Ez önkéntelenül is arra tereli a figyelmet, hogy vajjon e két jelenség között nincs-e valamely összefüggés, magyarázati lehetőség?

Kühnau szerint köszvényben a vér adenylsav tartalma fokozott. Birch—Mapson szerint hiányos B₁-vitamin bevitel esetén a szervezetben adenylsav felhalmozódása mutatható ki, míg B₁-vitamin hatására fokozott adenylsav kiválasztása mellett csökken az. Ezek alapján Lecoq a köszvény aetiológiájában a B₁-vitaminhiánynak kiváltó szerepet tulajdonít.

Stepp—Kühnau vizsgálatai szerint csökkent B₁-vitamin táplálás esetén a gyomorban kifejezett achylia van korán beálló étvágytalanság mellett. E tüneteknek részben neurogen eredetét lehetségesnek tartják Hill és Carrison, a plexus myentericus Auerbachiban talált degeneratív elváltozásokkal magyarázva azokat.

Kürthy és Györgyi szerint az acidozok több húgysavat tartanak vissza. Kelling viszont köszvényesek között 33%-ban talált achlorhydriát. Stepp, Kühnau és Schroeder a rheumatismusban szenvedők étvágytalanságtól kísért gyomorpanaszaira hívják fel a figyelmet.

Többek szerint elégtelen B₁-vitamin bevitel esetén a normalis gyomor-productio csökken vagy megszűnik. A gyomor-bélhuzam atóniássá válik, mely leghamarabb az étvágytalanság jelentkezésével vonja magára a figyelmet. Tehát a bél normális resorptív folyamatokra, a táplálék kihasználására kezd meg nem felelővé lenni. Fletscher szerint ez arra vezethet, hogy a bélből arthritist produkáló toxinok és diéta salakok kerülnek felszívódásra s így tulajdonképpen egy alimentaris B₁-vitamin szegénységi alapon izületi elváltozások, idült sokizületi gyulladások keletkeznek. Amerikai szerzők pedig annyira mennek, hogy a gyomor-bél affectiók és idült izületi rheumatismus közötti combinatiót egyenesen lényegesnek tartják s ezért B₁-vitaminban dús táplálkozást ajánlanak ilyen esetben. Cerulli B₁-vitaminban szegény táplálással állatkísérletekben deformáló izületi elváltozásokról számol be. Moltke, Ohlsen felhívják a figyelmet a parenteralisan adagolt B₁-vitamin hatásának megfigyelésére a rheumás megbetegedésekben. Az angolok pedig ajánlatosnak tartják B₁-vitamin kivonatokat adagolását.

A B₁-vitaminnak a gyomor elváltozására gyakorolt hatásának vizsgálata közben nekem is alkalmam volt észlelni, hogy az anyagomat szolgáltató, úgynevezett „savszegény gyomorhurutok” nagy százalékát képezték az idősült sokizületi gyulladásban szenvedő betegek. Már akkor feltűnt, hogy egyesek a B₁-vitamin után határozottan „könnyebben” érezték magukat, bár a javulást részben suggestívnek is gondoltam.

Később rendszeres vizsgálat tárgyává téve a különböző sokizületi gyulladásos betegek gyomornedvét azt találtam, hogy az elsődleges, másodlagos idősült, főleg deformálódáshoz vezető sokizületi gyulladások, valamint spondylarthritis ankylopoëtika eseteiben csaknem következetesen an-, illetve hypochlorydriával találkozom. A heveny sokizületi gyulladásban ez a tünet csak ritkán volt észlelhető.

1939-ben végzett kísérleteim azt mutatták, hogy a B₁-vitammal a koncentratio és mennyiség szempontjából a gyomornedv elválasztást fokozni lehet. Ezt szem előtt tartva, rendszeresen kezdtem adagolni a B₁-vitamint (naponta 1 amp. Betaxin fortet) legfeljebb három héten át. Az adagolás közben, befejezésekor, valamint a befejezés után hetek múlva ellenőriztem a gyomornedv savértékeit s azok egybehangzóan az an-, illetve hypochlorhydria megszűntére mutattak. Igen érdekesek voltak azok a megfigyeléseim, amelyeket az izomfájások tekintetében tehettem. Nem beszélek itt a heveny sokizületi gyulladásokról, mert azokat csak a gyomor secretio, valamint a B₁-vitamin adagolásával kapcsolatos secretiós eltérések szempontjából észleltem. De már itt megemlíthetem, hogy a B₁-vitamin hatására a betegség

lefolyásában a szokásostól eltérő semmiféle vonatkozásban sem figyeltem meg. Nem ez volt azonban megfigyeléseim eredménye az idősült elsődleges előrehaladó deformáló sokizületi gyulladás eseteiben. E betegségben Schmidt szerint az alkati hajlamosság mellett „a szervezet autonom egyensúly rendszerének valamely hiányossága” észlelhető, melynek alapja a belső secretio, illetve annak valamely zavara: a szervezet oxydatiós metabolismusának csökkenése, a vegetatív idegrendszernek a vago-tonia felé eltolódása.

Feltűnő e betegségben a fájdalmak szimmetrikus segmentális jelentkezése. Ez izomfájások tulajdonképpen a megfelelő segmentek fájdalomérző rostjaira átvédött reflex fájdalmak az érző rostoknak vagy végkiszülékeknek mechanikus insultusa vagy anyagcsere termékek (húgysav, homogentisinsav) kóros felhalmozódása által kiváltott izgalma útján. Ez utóbbit főképp a contracturákkal járó esetekben látjuk, hol a sorvadtt izomcsoport a kedvezőtlen statikai viszonyok miatt túlerőltetési állapotban van a benne képződött anyagcsere-termékek felhalmozódása következtében, mit a chronaxia értékeinek megnyúlása is meggyőzően bizonyít. Nem utolsó szerepük van azonban a fájdalmak szempontjából úgy az általános, mint a bőrkeringés zavarainak: lassult, szabálytalan keringés, capillaris szűkületek, alacsony bőrnyomás, későn jelentkező reactiv bővérőség, valamint a hőregulációnak is. Hiányzik tehát itt az egészséges szervezetre annyira jellemző reactiót kiegyensúlyozó képesség, mely miatt a környezet hőmérsékleti ingadozásaival szemben való érzékenység annyira szembetűnő.

Ha ezek mellett megemlítem még az izületekhez tartozó izmok két tárgyilagos elváltozását is 1. atrophia petyhüdtséggel, 2. fokozott és fokozódó feszülés, mely izomrövidülésre, izületi contracturára vezet, — az izomizületi fájdalmak elég éles megvilágításba kerülnek.

A B₁-vitamin adagolása mellett észleléseimet a következő megfigyelések képezték:

1. általános közérzet, 2. hőmérsék, 3. vérnyomás, 4. gyomornedv, 5. fájdalom, 6. izületek, izmok.

1. Az általános közérzet a legtöbb esetben már a 5.—7. injectio után javult, a harmadik hét után csaknem kivétel nélkül jó volt.

2. A hőmérsék az esetek többségében a kórházba felvétel alkalmával 35.7—36.1° körüli volt. Két hét után kivétel nélkül ez az érték 36.2—36.7°-ra emelkedett.

3. A systolés nyomás átlagban 25—40 Hg. mm-el emelkedett. Itt említem meg, hogy a szívműködés percenkénti száma is a felvételi állapothoz viszonyítva emelkedett. Feltűnő volt sok esetben, hogy a vérnyomás és pulsus emelkedéssel egyidőben a vizelet mennyisége is megszorodott.

4. A gyomornedvben mind a szabad, mind az összes savanyúság értéke emelkedett, a mennyiség megszorodott. E jelenségekkel csaknem egyidőben az étvágy határozott javulása is megfigyelhető volt.

5. A fájdalom már az első hét után enyhült, három hét után csaknem megszűnt, de nedves, szeles idő beálltával, bár csökkent mértékben és átmenetileg újra, jelentkezett.

6. Ugyanekkor az izmok feszülésükből kifejezetten veszítettek, a petyüdt izmok kezdtek tömegesebbekké válni, az izületi deformitás is veszített súlyosságából s az izületi mozgások korlátozottsága is határozottan csökkent. (Eseteim között volt egy olyan is, kit mint magávat tehetetlen, mozogni is csak segítséggel tudó beteget szállítottak be a mentők s öt hét után saját lábán távozott.)

7. A testsúly minden esetben emelkedett.

Beteganyagom kivétel nélkül csendörök és határvaszok szolgáltatták, tehát olyan egyének, kiknek „foglalkozása” a cirkálás, portyázás. A katonai szolgálat ezen fajánál két határozott ártalomról tehetünk említést. Egyik alimentaris, lényegében tehát endogen, a másik az időjárással összefüggő, exogen ártalom. Ezeknél, eltekintve az étkezési idők be nem tarthatásától, valamint az ételek hőmérsékletétől, a táplálékot főképp fehérjék, kisebb mértékben szánhidrátok, zsír és alkohol képezik. Hiányzik tehát táplálékukból a növényi ételek dús B₁-vitamin tartalma. Ezzel tehát már megnyílik a B₁-vitamin szegénység lehetőségének kapuja, a hiánytünetek kifejlődésére.

Ha ehhez hozzávesszük még az alkati hajlamosságot is, melynek megnyilvánulását az exogen tényezők olyan hamar felszínre hozzák, a csaknem állandó ártalmak eredményeképpen kifejlődött és fentebb említett tünetek „circulus vitiosus”-a könnyen belátható.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Vörösvérsejtszétesés veszés vörösvérsejtszegénységben. C. D. de Langen prof. (Klin. Wschr. 1940. 41.) A veszés vörösvérsejtszegénységet kísérő jelenségek, (sárgás-fakó bőrszín, glossitis, neuritises fájdalmak, psychés zavarok, fokozott urobilin-kiválasztás), melyek májtherápia hatására pár nap alatt megszűnnek, ill. normalissá válnak, nem magyarázhatók csupán a vörösvérsejtképzés akadályozott voltával. Feltűnő, hogy a beteg közérzete is már a 2–3. napon ugrásszerűen megjavul, még mielőtt a reticulocytakrisis bekövetkeznék. Ezek a betegágy mellett szerzett tapasztalatok inkább arra engednek következtetni, hogy a vörösvérsejtszétesésnek van, ha nem is elsőleges, de kiváló fontossága a veszés vörösvérsejtszegénység kórképének kialakításában. Feltehető, hogy az az ok, mely a vörösvérsejtképzést gátolja, idézi elő ezek fokozott pusztulását is. Emellett szól többek között az az elgondolás is, hogy a fetalis és csecsemőkori vörösvérsejtképzés és pusztulás is egy rendszerhez, a reticulo-endothelhez, (erek endothelje, lép, máj) kötött és a sejtképzést csak később veszi át teljesen a csontvelő; továbbá egészséges egyénben a vörösvérsejtképzés és pusztulás állandó egyensúlyban van, ami csak úgy képzelhető el, hogy egymástól és közösen egy harmadik tényezőtől függenek. Nem valószínű tehát, hogy a kórképet kiváltó noxa a rendszernek csak egyik componensét támadja meg, a másikat pedig érintetlenül hagyja. (G. 45.)

Szerdahelyi László dr.

Új felfogás a csontvelő plasmocytomájáról, az ú. n. multiplex myelomáról. K. Apitz prof. (Klin. Wschr. 1940. 40.) Az összes myelomaféleségek tulajdonképpen plasma-sejtekből, azoknak érettebb, vagy éretlenebb alakjaiból állanak. Ezt az újabb felfogást bizonyítja az eddig ismert 50 eset, amelyeket előben sternum-punctióval diagnosztáltak. Az ilyen módon nyert készítmények ugyanis pontosabban vizsgálhatók, mint a hullából veit szövetrészek. A myeloma elnevezés helyett indokolt a plasmacytoma elnevezés. A diffus myelomákat ennek megfelelően plasmacytosisnak nevezi a szerző. A plasmacytoma megjelenési alakjai a következők: solitaer-, multiplex-, diffus- és leukaemia-szerű (extraossealis). A göcos alak legtöbbször a plasmacytosis talaján fejlődik ki, ezért minden esetben ajánlatos a sternum-punctio elvégzése. A leukaemiás alak a vérpályán terjed és ebben hasonlatos a valódi daganatok elterjedési módjához. (G. 51.)

Horányi Mihály ur.

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebély Tibor és Fedeles-Findeisen László.

Lövési sérülések utáni gázoedema megelőző kezelése. Güleke (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 13.) A gázoedema a világháború legrettegettebb fertőzése még ma, az orvostudomány óriási haladásával sem vesztett veszélyességéből. Ma már biztos, hogy az akna és gránátzilánkok okozta sérülések gyakrabban járnak gázoedemával, mint a gyalogsági lövedékek. Bebizonyosodott az is, hogy a nagy izomtömegű lágyrészekben jelentősebb előszeretettel a fertőzés: üldözomzat,

comb, alszár, válltájék. Ellátásában legfontosabb a fertőzött terület széles kimetszése, feltárása, ellenyilásokkal ellátása és tamponálása. Az első sebellenyíláson dől el a beteg sorsa. Ezeket a sebeket sohasem varrják, még ha kimetszés után teljesen épnek látszó szövetek maradnak is vissza. A kezelésben igen fontos tényező a gázoedema-serum. Mielőtt korábban adandó s tekintettel a bőr alá adott anyag lassú felszívódására (csak 48 óra múlva éri el hatása csúcspontját) a legújabb tapasztalatok szerint megelőzés esetében is i. v. adandó, mert egészen heveny esetekben már az első napon belül halálhoz vezethet a fertőzés. Az anaerobok ellen helyileg ismételtelen a sebbe öntött H₂O₂-al küzdünk. Kivérzett betegek természetesen transfusiót alkalmaznak. Figyelmeztet végül a szerző, hogy gázoedemagyanus betegek ne szállítassanak el, egyazon orvos kezei között maradjanak, aki azokat az első pillanattól kezdve észleli. (V. 36.)

Rhorer László dr.

Az anaerob sebfertőzés elleni küzdelem mai állása. Zeisler. (Dtschr. Med. Wschr. 1940. 13.) A világháború sebfertőzéseinek három veszedelme volt: a tetanus, a gázüszök és az oedema malignum. A tetanus-fertőzéseket az 1915-ben bevezetett védőoltások erősen csökkentették. Egyébként is tisztázottak a fertőzés körülményei. Nem egységes azonban a gázoedema kórtanáról vallott vélemény. (Gázoedema elnevezésen a klinikailag és bonctanilag sokszor megkülönböztethetetlen és gyakran kevert fertőzésből keletkező gázüszök és oedema lignum értendő). Az emberi gázoedema kórtanában a legnagyobb szerepet a Fränkel-féle bacillus viszi (b. Walchii), ezt követi a Novy-bacillus (kb. 40%) és a vibrión septique (20%). Ritkábban szerepelnek a bacillus oedematis sporogenes (Sordelli), a bac. haemolyticus (Wawter és Records) és a bac. gigas (Zeisler és Rassfeld). A mai gázoedema serum lényegesen hatásosabb a világháborúban használatnál, mert ma már ismeretes a különböző bakt. féleség gyakorisága és ismertek toxinjaik is. A gázoedema bac. toxinjai a sérült szövetekben gyorsan terjednek szét és a sérüléstől a fertőzés kitöréséig eltelt idő két óra—két nap, a halál idejéig öt óra—pár nap között mozog. Átlagban a gázoedema betegek sorsa az első 40 órán belül eldől. A segítség eszköze a gondos sebtörlés, valamint az i. v. adott gázoedema-serum. 300—500 ccm az adag, amelyet ceppinfúzióban adnak érbe. A ma használt német gázoedema-serum a következő bac. féleségeket tartalmaz anti-toxinokat: Fränkel-féle bac., Novy-bac., Wibrión-septique és bac. hystolyticus. (V. 37.)

Rhorer László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

Szülésvezetés köldökzsinór előesés esetében. H. Siegmund prof. Wien. (Zbl. f. Gyn. 1940. 32.) A köldökzsinórelőesés a placenta praevia után a magzat szempontjából legsúlyosabb complicatiója a szülésnek. A magzat megmentése érdekében a szülés lehető leggyorsabb befejezését ajánlják. Mégis nem sokkal több gyermeket mentenek így meg, mint amennyi beavatkozás nélkül is életben maradna. Ennek oka, hogy a köldökzsinórelőesés legtöbbször nem sui generis complicatio, hanem kísérője a szülőutak tökéletlen tömítésének, ami főleg harántfekvésben, vagy szűk medence esetében fordul elő. Azonkívül az előesés idejében rendszerint a szülőutak nem elég tágak ahhoz, hogy a szülést akár fogó, akár fordítás és a magzat kihúzása útján az anyára és a magzatra nézve veszélytelenül be lehessen fejezni. Ezért indokolt volna a császármetszés relativ indicióját a köldökzsinórelőesésre is kiterjeszteni. Természetesen az utolsó pillanatig gondosan ellenőrizendők a magzati szívhangok. Felhozhatják a császármetszés ellen, hogy az előesett köldökzsinór veszélyezteteti az asepsist. Azonban, ha a köldökzsinór csak a hüvelybe jutott, ez nem veszélyesebb, mint a császármetszés indiciójának felállításához amúgy is mindig szükséges belsővizsgálat, ha pedig a szeméremnyílás elé jutott; lementszhető a köldökzsinór, amint azt már Martius ajánlotta. (O. 64.)

Hortobágyi Béla dr.

Időelőtti burokrepedés befolyása a szülés időtartamára. Metz A. Wuppertal, Eberfeld. (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 121. 2.) Az időelőtti burokrepedés időpontjától a fájások megindulásáig terjedő ú. n. latens időszak előszörszülőknél átlagosan 11 óra 7 perc, többszörszülőknél 12 óra 20 perc; előszörszülők tágulási időszaka 9 óra 15 perc, többszörszülők 5 óra 20 perc, vagyis sokkal rövidebb, mint a többi esetekben. A kitolási és a lepényi szak időtartama mind

előszörszülőkön, mint multiparákon valamivel hosszabb (néhány perccel), mint más szülések esetében. Az egész szülés átlagos időtartama időelőtti burokrepedés után primiparák esetében 10 óra 40 perc, multiparákéban 6 óra. A lappangási (latens) időszak és a kitolási időszak olyan viszonyban állanak, hogy hosszabb lappangásnak rövidebb tágulás, rövidebb lappangásnak hosszabb tágulás felel meg. Az idős előszörszülők szülése általában elhúzódó. Időelőtti burokrepedéssel kapcsolatban az elhúzódás kisebb, mint egyébként. Az időelőtti burokrepedés a legtöbb esetben nem hátrányos, hanem jelentőség nélküli esemény, idős előszörszülők esetében azonban kimondottan előnyös. Szűk medencéjű előszörszülők időelőtti burokrepedése hátrányosan befolyásolhatja a szülés lefolyását. (O. 67.)

Rohonyi István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Activ védőoltás a bacillaris dysenteria ellen. Prigge. Klin. Wschr. 1940. 15.) A Shiga—Krusse-bacillusból az ETA-principium szerint előállított oltóanyaggal (endotoxin-toxin-antiserum, vagy az előbbi helyett egy nem specifikus adsorbens) immunizálás céljából végzett kísérleteiről számol be. Szerinte az ilyen módon előállított oltóanyaggal állatkísérletekben és emberben immunizáló áthangolást lehet létrehozni a Shiga—Krusse-bacillus mérgeivel szemben. Ez a zimmunizáló áthangolás abban nyilvánul meg, hogy a beoltott kísérleti állat a normalis individuumra biztosan halálos mérgezőhatásnak kétszeresét elbírja. Emberben végzett serológiai vizsgálatok pedig azt mutatták, hogy a beoltottak vérében specifikus védőanyagok jelennek meg. Hogy ez az áthangolás elég-e a bacillaris dysenteriaival szemben határos védelem előérésére, ezt az TEO-oltóanyaggal végzendő további vizsgálatoknak kell eldönteni. Biztos véleményt csak kiterjedt klinikai tapasztalatok alapján lehet majd mondani. A védőoltások gyakorlati keresztültviteléhez olyan polivalentis, kevert oltóanyagok alkalmazása kívánatos, amelyek a Shiga—Krusse-bacillus antigenjein kívül a legfontosabb „mérgezőanyag” bacillusoknak, Flexner- és Kruse—Sonne-bacillusnak antigenjeit is tartalmazzák. (K. 110.)

Tamási Gyula dr.

Az allergia és klinikai jelentősége. A deszenzibilizálás értéke és veszélyei. Sylla. (Klin. Wschr. 1940. 30.) Magyarazza az allergia, parallergia s panallergia fogalmát és kifejlődését. A bőrön azonnali és késői allergiás reactio lehetséges és annál erősebb a reactio, minél finomabb a bőr s minél közelebb van a beteg területéhez. (Baloldali tüdőfolyamatban a bal karon erősebb). Utal az allergiának az immunisatióval összefüggésére, mert immunisatio allergia nélkül nincs. Erős tuberkulinallergia a szervezet erős védekezőképességéről tanuskodik, ilyenkor haematogen szóródás, bacillaemia nem fordul elő s így az allergia a tuberculotikus beteg szempontjából kedvező. Ezért elhibázott tuberculosishban a deszenzibilizálás. (K. 111.)

Cziglány Flóris dr.

Scarlat-prophylaxis. Schultz. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 15.) A scarlat-prophylaxis legfontosabb követelménye a beteg tökéletes izolálása és a scarlatot kiállottak kiderítése. A scarlaton még át nem esettek passiv immunizálása célszerű. A reconvalescenset hazabocsátás után 1—2 hétig különítsük el, illetve ez elkülönítést hosszabbítsuk meg, ha a betegen complicatiókat észlelnénk (fül, vese). Az először Amerikában használt magas titerű lóserummal jó eredményt értek el. Reconvalescens serumot legjobb a betegség 4—6. hetében venni, ha ez nem áll rendelkezésünkre, scarlatot kiállott felnőt vért használjunk. Az idősebb egyének serumát immunbiológiailag vizsgálva erősebbnek találták, mint a reconvalescens serumot. Az activ immunizálást is igen célszerűnek találja a scarlat megelőzésére. A kombinált immunizálást kivizsgálásra ajánlja. (K. 112.)

Volni Gyula dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A periorificialis eosinophil granulomáról és a tápcsatorna hypertrophiás sarjadzásairól. M. A. Nanta. (Arch. Derm. Syph. 11. I. 41.) Az eosinophil granuloma a foghúson és perianalisan előforduló igen ritka idült sarjadzás, mely főleg reticularis és eosinophil sejtekből áll. A nyirokcsomók nem duzzadtak és a baj nem venereás úton keletkezik. Egy, a szerző által megfigyelt és egy a Pautrier által leírt másik

Laxoptin Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerház, IV., Váci-utca 1.

esetben a gingiván és a bélnyílás körül papulotuberosus burjánzások jelentkeztek, míg a vérkép, nyirokcsomók és a lép nem mutattak elváltozást. A sarjadzás a fenti sejtekből tevődött össze, míg gyulladási jelenségeket csak kisebb mértékben észlelték. E sajátságok alapján a körképet el lehet választani a tuberculosis-, syphilis-, pyodermák-, mykosisok-, lymphogranulomatosis maligna-, és a Nicolas—Favre-kórtól. Bory és Henry macskákon egy klinikailag és szövettanilag is rokon bántalmat írt le „syphiloide du chat” néven. A syphiloide azonban nyirokcsomónagyobbodással, a burjánzások nekrosissal jár együtt és gyors cachexia útján halálhoz vezet. A bélnyálkahártyán is leirtak fibrosus, részben erekben, monocytákban, nagy lymphocytákban és eosinophylekben gazdag granulomákat, melyeknek változatos kiváltó okai vannak, pl.: idegentestek, fekélyek, diverticulumok, stb. (Sz. 94.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Korai syphilitikus elváltozások összetéveszthetősége dermatophytosissal. E. W. Thomas és S. M. Blaufarb. (Arch. of Derm. and Syph. 1940. 42.) A másodlagos syphilis legközönségesebb elváltozásai közé tartoznak a nedvező papulák, melyek rendszerint a nemi-szerveken és az anuson található. Ritkább előfordulási hely a lábujjak között. Ez téves diagnózisra adhat alkalmat, különösen, ha a syphilitikus jelenség dermatophytosissal társul. A nedvező, kocsányos bőr macerált szembenfekvő felszínei gombás elváltozásra jellemzők, ideális talajt nyújtanak a spirochaeta pallida számára és némelykor a condylooma latum typusos képét mutatják. A kenőcsös kezelés eredménytelensége esetén mindannyiszor sikerült a sötét látóterben a spirochaeta pallidát kimutatni és a Wa.-r. is pozitív volt. A szerzők három esetet ismertettek. Az elsöben mindkét láb ujjai közt jellemző dermatophytosis volt, a 4. és 5. ujj közti mély fekélyből spirochaeta pallida pozitív, Wa.-r. szintén. A második esetben szintén a lábujjak közt nedvező papullák voltak, spir. pallida és Wa.-r. pozitív. A harmadik eset annyiban különbözött, hogy az initial affectio és a másodlagos jelenségek megjelenése között 4 év telt el, melynek első felében járt a beteg csak kezelésre, akkor is rendetlenül. (Sz. 93.)

Horváth Dénes dr.

UROLOGIA

Rovatvezető: Babits Antal.

Atmeneti hám jóindulatú burjánzása prostatahypertrophiában. Torman Elton. (T. U. Cut. R. 1940. jan.) Gyakran fordul elő hypertoniás férfiakon, hogy a prostataba a hypertrophiás hólyagnyálkahártya benyomul. Ezt megkönnyíti a basalis membrana hiánya. Ugyanígy látunk csökevényes, részben tömör mirigyeket és sejtfészkeket a prostata alsó dorsalis felszínén és a hátsó húgycsőben, melyek rosszindulatúság látszatát keltik. Még nincs bizonyítva, hogy e sejtfészkek malignusan elfajulhatnak. (B. 22.)

Vízkelety Gyula dr.

Prostatektomia, vagy resectio? Kneise. (Ztschr. f. Urol. 1940. 4.) Szerző a két szakaszban végzett prostatektomia mellett foglal állást, de csak akkor végez műtétet, ha idült vizeletrékedés vagy javíthatatlan vizeleti ingerek a beavatkozást szükségessé teszik. A korai, mintegy prophylaktikus műtétit indicatiót nem ismeri el még resectio alakjában sem. Ajánlja az időleges hólyagfistula képzését és azt találta, hogy vannak, melyek erre javulnak és spontán vizelet indul meg. (Rovatvezető: A sipoly vagy egyáltalán nem gyógyul be, vagy csak időlegesen és újra kinyílik. Ezért ez eljárást csak igen ritkán végezzük.) A resectio indicatióját nagyon beszűkíti, még izolált középlebenynél is célszerűbbnek tartja a sectio alta útján történő beavatkozást. A supra-pubicus prostatektomia mellett foglal állást és nem osztja Wildbold nézetét, hogy a visszamaradt prostata később carcinomásan elfajul és ezért a perinealis műtét mód — a teljes eltávolítás — volna a legjobban megbízható eljárás. (B. 25.)

Molnár Jenő dr.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű meniholos lacto-kreosot-syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszeres
lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P —'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

KÖNYVISMERTETÉS

Blutdruckmessung und Kreislauf in den Arterien des Menschen. H. v. Recklinghausen. (IX. + 532 lap, 197 ábrá-Th. Steinkopff Verlag Dresden u. Leipzig, 1940. Ára 30, illetve 31.50 RM.) Ebben az alapvető és hosszú időre iránytadó munkában a hivatott szerző, aki a vérnyomásmérés fejlődésében és gyakorlati alkalmazásában jelentékeny szerepet vitt, ismerteti az arteriás vérnyomásmérés történetét és kérdésének mai állását. A könyv első részében az állaton végzett vérnyomásméréssel és az ember érverésének felírásával foglalkozik, a következő hét fejezetben az indirect vérnyomásmérés durvább és finomabb módszereit tárgyalja, a negyedik fejezetben az indirect mérés elméleti alapjával, az ötödikben a készülékek és a görbék kritikájával foglalkozik, a hatodikban pedig az emberen végzett véres és vértelen direct mérést ismerteti. Az utolsó két fejezetben a haemodynamika alapjait és mások eltérő mérési eljárásait tárgyalja (sphygmobolometria, enorgometria, tonoscillo-graphia, stb.) A könyv függelékében összehasonlítja a sphygmo- és a tachogramot, munkájának összefoglalását adja és ehhez tabellákat csatol. Az igen nagy anyagot összefoglaló könyv nagyon jó kritikai áttekintés ad az arteriás vérnyomásmérés különféle eljárásairól, az e tárgyra vonatkozó elméletekről és ezért mind az orvos, mind a physiologus érdeklődésére számíthat és nélkülözhetetlen lesz mindazoknak, akik e kérdéssel behatóbban kívánnak foglalkozni.

Herzog prof.

Zur Situation der Medizin der Gegenwart. Simon Bol-lag, Basel. (33 oldal Benno Schwabe et Co, Basel. Ára: 0.75 RM.) A XIX. század második felében az orvostudomány terén olyan irányzat kerekedett felül, amely tisztán és egyedül természettudományi alapon csakis érzékileg észrevehető tényekre támaszkodott. Ilyen módon az ars medici a szó-legszebb értelmében alkalmazott természettudományá vált és soha nem sejtett haladása ez új irányzat jegyében folyt le. Szerző négy rövid fejezetben vázolja e fejlődés menetét és rendkívül érdekes előadása folyamán megismerteti minket az orvostudomány romantikus korszakával, a lefolyt század orvostudományi rendszereinek fejlődésével és a XX. század eleje óta nagyon is megváltozott orvosi gondolkodás alapelveivel. A kis könyvecske világos okfejtésével, eleven és élvezetes stílusával mindvégig leköti az olvasó érdeklődését.

Vajda Károly dr.

Magyar orvosi emlékek. Értekezések a magyar orvostörténelem köréből. Irta: Magyary-Kossa Gyula c. rk. tanár. (IV. kötet. Az adattár II. fele. 1700-tól 1800-ig és pótlás: 57 képpel. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, 1940.) Miután minden betűjét elolvastam szerző életműve utolsó kötetének, a felmérhetetlen irodalmi kincs és a búcsúszavak láttára a gondolatok és emlékezések tömege rajzik fel bennem. Ökénytelenül is a hegytetőn álló hatalmas tölgy jut eszembe, mely hosszú évtizedeken keresztül az elemekket dacolva nemcsak koronáját terebélyesítette, hanem lombjátára alatt biztonságot nyújtott az időközben ágba szökken csemetéknek is. Hisz a fiatal magyar orvostörténelmi írók mind az Ő útmutatása mellett vágtak neki göröngyös útjuknak. Tőle kaptak biztatást, ha elkedvetlenedtek és nem egyszer az Ő segítségével oldották meg nehéz feladatukat. Évek során tanszék nélkül is iskola létesült körülötte s Európaszerte

ismerik és becsülik nevét. Ez a vitathatatlan tény az igazi értékmérője 50 éves orvostörténelmi munkásságának — Hanyagszorgalmú élete kutatásainak csak egy töredéke az, amit négykötetes életművében a magyar orvosi rendnek ajándékozott. Csaknem 300 kéziratot fűzetben még kb. 10.000 olyan magyar orvostörténelmi adat van felhalmozva, melyeknek feldolgozása — a későbbi idők orvostörténelmi íróira vár. — Ha számbavesszük, hogy mi tette Magyary-Kossa Gyulát ilyen emberfeletti munka elvégzésére alkalmassá, akkor azt látjuk, hogy legelsősorban törhetetlen haza- és tudomány szeretete. Azután pedig az a kitartó kutatási vágy, mely mellett még a legfontosabbak is csak másodrangú tényezőkké váltak. És nem utolsó sorban örökös jókedve, bámulatos nyugalma és szigorú önmérséklete. — A most megjelent IV. kötet dióhéjban a XVIII. század közegészségügyének történetét tartalmazza. 741 rövidebb-hosszabb adatból, értekezésből megismerhetjük a magyar fizikusok, gyógyszerészek, sebészek, bábák, fürdősök életének és anyagi helyzetének változásait. Előttünk bukkannak fel a hazai földből gyógyító ásványvizeink és fejlődnek a melléjük épített kunyhók hírneves fürdőkké. A köztisztasági intézkedések végeláthatatlan sora, a kórházak fejlesztésére vonatkozó törekvések, a kuruzslók üldözése, a különböző járványos betegségekre vonatkozó rendelkezések, a törvényszéki orvostan ismereteinek gyarapodása, stb., mind helyet kaptak ebben a kötetben. A könyv tartalmának értékesítésére csak annyit jegyzek meg, hogy enélkül a magyar orvostörténelmet megírni nem lehet.

Dayay dr.

Allgemeine Elektrokardiographie. E. Koch. (5. részletesen átdolgozott kiadás, függelékkel E. Koch—Momm-tól. Th. Steinkopff Verlag Dresden u. Leipzig, 1940. 53 o. 44 képpel. Ára fűzve: 2.25 RM.) A főleg tapasztalati tényeken nyugvó ekg-könyvekkel ellentétben Koch prof. a biophysikai és kóreltani törvényszerűségekre építi fel az elektrokardiographiát és korszerűen szigorú következetességgel a mai Németországban egyedül uralkodó differentia-elmélettel igyekszik a kóros jelenségeket megmagyarázni. Ezen 5. kiadásban gyümölcsözően használja fel az 1939-ben tartott nomenclatura-vita eredményeit. A ma szokásos túlzásokkal szemben nagyon időszerű az a többször hangoztatott figyelemztetés, hogy az ekg-diagnózis ne tartalmazzon soha aetiologiai vagy morphologiai magyarázatot; ne mondjunk az ekg-ból egymagában többet, mint amennyi a görbéből kétséget kizáróan felismerhető. A függelék — irányelvek az ekg értékelésében — igen ügyes 10 oldalas vezérfonal: nem volna-e érdemes erre a gondolatmenetre felépíteni egy teljes ekg-tankönyvet?

Zárday dr.

Hepatolienographie mit Jodsol. F. Beckermann. (Georg Thieme Verlag, Leipzig. 1940. Ára: 8 RM.) A hepatolienographiát kezdetben thorium-készítményekkel végezték, az eljárás azonban a szer ártalmassága miatt a gyakorlatban nem vált be. Kitért ugyanis, hogy a thorium a lépben és a májban elraktározódik és ott idővel a parenchyma sérülését okozza. Egyesek a thoriumnak rákot előidéző hatást is tulajdonítanak. A szerző hepatolienographiához a thorium-készítményeknél kevésbé ártalmas jód-készítményt (jodsol) használ. Bár a jódos contrastanyag alkalmazása a thoriumhoz képest valóban haladást jelent, a hepatolienographia gyakorlati alkalmazását még sem oldotta meg. Nem tekinthetjük ugyanis teljesen ártalmatlan eljárásnak azt, melynek kapcsán egyszerre hatalmas mennyiségű jód (20 g, sőt néha ennél is több!) kerül a szervezetbe. Szerző különben a mellékártalmakról hűen beszámol és az ellenjavallatokat pontosan körülírja; különösen a jódérzékenység előzetes kivizsgálását hangsúlyozza. — A 88 oldalas könyvecske hasznos összefoglalása annak, amit a hepatolienographiáról tudni érdemes. Először a normalis hepatolienographiát tárgyalja, majd a kóros elváltozásokat saját változatos és bő beteganyaga kapcsán ismerteti. A tanulmány elsősorban a szakorvost érdekli, de haszonnal forgathatja a gyakorlóorvos is.

Leszler Antal dr.

LEUKOPLAST | HAN SAPLAST | ELASTOPLAST

ragtapasz

gyorskötés

rugalmastapasz-kötés

MAGYAR GYÁRTMÁNY! GYÁRTJA: BEIERSDORF RT., BUDAPEST, XIV., KOMÓCSY-U. 41

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 4-i ülése.

Bodosi M.: *Alsóvégtagok teljes bénulásával járó, reclinatio után gyógyuló gerincoszloptörés esete.* 16 éves fiút mutat be, ki 7 hét előtt VI—VII. háti csigolyán kiskokú ficammal párosult compressió gerinctörést szenvedett. Teljes harántbénulás, amely a hólyagra és végbélre is kiterjed. A beteg hat hete reclinációs gypságban fekszik s bénulásai a massage és torna egyidejű alkalmazása mellett fokozatosan csaknem teljesen megszűntek. Ismerteti a compressió gerinctörések kórtanát kiemelve az idegleletek mellett a csontelváltozások értékelésének fontosságát. A conservatív és activ gyógykezelés irányelveinek és kiviteli módjainak ismertetése után bemutat 3 hetes gerinctörést. Bénulások hiányában gyógykezelése Neuber prof. készítette gyps-körsetben történik, amelyben járva tanulmányait is folytathatja. Az activ kezelés technikájának ismertetése kapcsán felhívja a figyelmet a gypság- és a corset-kezelés alkalmazásának a szükséges időre korlátozására.

Petényi G.: *A hypophysis-készítmények és a hypophysis-transplantatio alkalmazása a gyermekkorban.* A növekedési hormon ma még nem kellőleg izolált formában kerül forgalomba. A mellékesen jelenlévő egyéb anyagok (gonadotrop- és diabetogen-hormon) miatt használata meggondolandó. Nem kívánatos mellékhatások jelentkezhetnek (artificialis pubertas praecox, glykosuria). Kétségtelenül hypophysaer eredetű esetekben, elsősorban a pubertashoz közeledő időben megkísérélhető. Kryptorchismus alkalmával az esetek egy részében hatásos a hormonkezelés. Az említett esetleges mellékhatások miatt, legfeljebb a pubertas előtti időben alkalmazható. Egyszerűbb bevárni a pubertas bekövetkezését. Az esetek jó részében spontán megtörténik a descensus. Simmonds-kór könnyű és középsúlyos esetekben indokolt a hormontherapia általában jó eredményt ad. Refractaer, vagy nagyon súlyos esetben, ahol nem lehet várni, a hypophysis transplantatio (borjú-hypophysis) a helyénvaló eljárás. Az eredmények jók és tartósak. Utóbbi jelenség mutatja, hogy a hatás lényege az, hogy a transplantatio következtében a beteg hypophysisének működése javul. Diabetus insipidusban a transplantatio igen jó hatású, de rövid tartamú (2—4 hét). Egyes esetekben részleges eredmény — hosszabb időn át is észlelhető.

Ángyán J.: A pubertas korában észlelt hypophysis-prae-paratumoknak hatása nem értelmezhető könnyen. Nemcsak növekedésbeni visszamaradást lehet észlelni betegséggel kapcsolatban, hanem a hossz-növekedésnek néha igen szép példáit is láthatjuk. A displasiák nem alkalmasak a hormonalis kezelésre. A Simmonds-ismus különböző kórfolyamatok kapcsán alakulhat ki. Reversibilis a graviditás után fejlődik.

Scipiades E.: A rejtett herék levándoroltatására csak a tüszőt serkentő prolan A, illetőleg a petefészki folliculin szolgálhat. A serdülttség kora előtt azonban nem helyes a gonade levándoroltatására prolan A-t adni, mert ebben a korban ez a hormon még nem hat az ivarmirigyre. Helyes a rejtett herék lehúzására a műtéttel is várni a serdülttség kora utánig, azért, mert a here a serdülttség korában az agyfüggeléki mellsőleány A. prolanjának hatása alatt még magától is levándorolhat. A hasürben tartózkodás pedig a serdülttség koráig nem árt a herének, hanem csak utána, mikor már benne a termékenyítésre hivatott ondófonálsejtek vannak. A növekedést serkentő hormon az acidophil sejtek által elválasztott tüszősárgító hormonhoz van tapadva

s az a lactotrop s a diabetogen hormonról is leválaszthatatlan. Ezért hiszi Severinghaus és Bomskov, hogy az acidophil sejteknek csak a prolan B. a szabványos hormonia, a másik három ellenben csak hajszolt működéskor keletkező termék. Innen érthető, hogy szabványos körülmények között a növekedési hormonnal eredményeket elérni nem lehet. Simmonds-kórban más a helyzet. Itt az inplantált agyfüggelék nem functiót pótol, hanem az elpusztult szervet. Ezért hat előnyösen. Itt sem lehet azonban a hatás tartós, mert a borjúból vett ojtvány heteroplastikus, tehát fajidegen.

November 11-i ülés.

Mansfeld G.: *A pajzsmirigy eddig ismeretlen hormonjai.* Ismerteti újabb vizsgálatait, amelyek a chemical hőszabályozás humoralis átvihetőségét bizonyítják és azt mutatják, hogy nagy hidegben vagy melegben tartott nyulak vérsavója rendes hőmérséken tartott állatokba fecskendezve, azok izmában folyó égési folyamatokat közvetlenül a beadás után peripheriás támadási ponttal fokozza, illetve csökkenti. Hogy a savók hatóanyaga a pajzsmirigyből származik azt az bizonyítja, hogy a hőhatásnak kitett, de pajzsmirigy nélküli állatok vérsavója hatástalan. Hideghatásra a pajzsmirigy thyroxint juttat a vérbe úgy, hogy az állatok vérsavója, akkor is hatásossá válik, ha hűtés helyett thyroxint fecskendezünk a vérükbe és a thyroxin secretiót az is bizonyítja, hogy a test erős lehűtése a thyroxin-hatásnak megfelelően a zsigeri szervekben 24 óra múlva fokozza az oxydatiót, aminek a hideg megszokásában van jelentősége. Viszont a hideg-savók hatásosságát nem thyroxin okozza, ameyről tudjuk, hogy 24 óras latenciával és akkor sem az izomban, hanem zsigeri szervekben hat; hanem az, hogy thyroxin hatására a hypophysis egy eddig ismeretlen hormont juttat a vérbe. Hypophysisüktől fosztott nyulakon ugyanis sem hűtés, sem thyroxin-befecskendezés nem teszi hatásossá a vérsavót A melegben keletkező égéstcsökkentő hatóanyagot egymagában a pajzsmirigy szolgáltatja. Ezt az eddig ismeretlen oxydatiót gátló pajzsmirigy principiumot sikerült a pajzsmirigy hydrolysatumból leválasztani, melyet *thermothyrinnek* nevezett el. Hatása abból áll, hogy izolált szerveken, valamint egész állatokon és pedig patkányokon és kutyán nemcsak a thyroxinhatást tudja megsemmisíteni, hanem az alaganyagforgalmat is mélyen leszállítja. A hatóanyag további tisztázása közben kiderült, hogy a hatásos fractio két egymástól különválasztható égéstgátló hatóanyagot (thermothyrin A és B) tartalmaz. Végül marhák és disznók nyáron összegyűjtött pajzsmirigyeiből *Mansfeld Anna* vegyészdoktornak sikerült mindkét hatóanyagot kristályosan előállítani. Ezek a vegyületek tizedmilligrammos adagokban 30%-os, milligrammos dosisokban 75%-os csökkenést okoznak az égésben. A vizsgálatok rámutattak arra is, hogy e hormonoknak az égéstgátló hatásukon kívül fontos szerepük van a tápanyagok elraktározásában és pedig a thermothyrin A-nak a zsirraktározásban, a B-nek pedig a glykogen-felépítésben.

Scheffer L.: Anyagcsere-serkentő hatású új hormon felfedezése igen nagy jelentőségű mind a pajzsmirigy élettana mind pathológiája szempontjából. Mint az előadottakból kiténik, ez az új hormon — a thermothyrin — ellenlábasa a pajzsmirigy már ismert másik hormonjának, a thyroxinnak. E két hormon antagonismusának kiemelésével kapcsolatban rá kell mutatni arra, hogy a legújabb kísérletes vizsgálatok adatai szerint (*Kendall, Harrington, Salter*) a pajzsmirigy activ hormonia nem a thyroxin, hanem a peptidkötésű magasabb molekula, sőt kérdéssé vált, hogy prae-

MAGYAR
GYÁRTMÁNY

Az asthma bronchiale szuverén gyógyszere

Asthmelysin
infectio és kup

formált thyroxin a szervezetben egyáltalán előfordul-e? Eppen ezért felmerül a gondolat hogy a thyrothyrin a nagyobb hormonmolekula hasadásának egyik terméke s ezt az új hormon előállításának menete is valószínűvé teszi.

Ángyán J.: Scheffer azon állásfoglalását, hogy a thyroxin nem tekinthető hormonnak nem érti meg. A thyroxin és a *Mansfeld* felfedezte thyrothyrin oly élettani hatást kifejtő anyagok, amelyek a mirigy által termelt hatóanyag komplexusában együtt foglaltatnak, — úgy, mint pl. az opiumban az opium egyes alkaloidái. Ily körülmények között előbb azt kellene vitatni, hogy mit nevezünk hormonnak?

Három tuberculosis-tanulmányút.

Irta: *Pekanovich István dr.*, egyet. magántanár,
az OTI pestújhelyi kórházának igazgatója.

(Műmelléklettel.)

Az Országos Társadalombiztosító Intézet biztosított tagjai között, mint ismeretes, a tuberculosis nagymértékben elterjedt. Az intézet táppénz, gyógyintézeti és sanatoriumi ápolás címén igen nagy összegeket — évente több milliót — fordít, illetve fizet ki. Mivel az országban a gümőkóros betegek befogadására ma sincs elegendő férőhely, az intézet vezetőségének egyik főtörekvése, hogy megfelelő gyógyintézetek létesítésével szolgálja tagjainak érdekeit. — Ezzel egyben országos érdeket is szolgál, mert jól tudjuk, hogy ma még a feltétlenül megkívánt ágylétszámnak is kb. csak egyharmadával rendelkezünk. A jelenlegi helyzet javítására irányuló törekvés vezette az intézetet akkor, amikor két új tüdőbeteg-gyógyintézet felépítését határozta el, amelyek közül az egyik Budapesten, a másik Pécs mellett a Mecsek-hegységben épülne, az utóbbi mintegy 10 millió költséggel. Hogy az építendő gyógyintézetek minden tekintetben korszerűek és megfelelők legyenek, továbbá, mind az építkezés, mind a berendezés legújabb vívmányait felhasználhassuk az intézet szakembereit külföldi tanulmányútra küldte. A kiküldött bizottság vezetője *Barla-Szabó József* az OTI főorvosigazgatója, tagjai pedig az intézet orvosi, mérnöki és gazdasági szakemberei, akikhez később egyik pályadíjnyertes építész és az építési bizottság néhány tagja csatlakozott.

*

Az utazási tervet úgy állítottuk össze, hogy lehetőleg azokat a tüdőgyógyintézeteket látogassuk meg, amelyek az utolsó tíz esztendőben épültek, tehát a legkorszerűbbek. Az utiprogramm összeállításánál figyelemmel kellett lenni arra is, hogy a legkönnyebben elérhető intézményeket keressük fel. Ezért elsőnek még a múlt év folyamán meglátogattuk a *Bécs-melleti lainzi kórházat*, amelynek tuberculosis-pavillonja kb. tizenkét éve épült s annakidején Európa egyik legjobban sikerült tüdőgyógyintézetének számított. Bécsi látogatásunk meggyőzött arról, hogy ez a gyógyintézet korszerűség szempontjából ma is minden tekintetben megállja a helyét, sőt több olyan, a gyakorlatban jól bevált és praktikus berendezést és építkezési elvet láttunk, aminek új építkezésünknel mi is hasznát vehetjük.

*

Második utunk a Magas-Tátrába vitt, ahol *Alsó-tátrafüred*, *Újtátrafüred*, valamint *Felső-Hági* tuberculosis-gyógyintézeteit tanulmányoztuk. Tanulmányi célunk szempontjából erről az útról egyedül az 500 ágyas *felső-hági-i* sanatoriumot emeljük ki. Ez a gyógyintézet 1200 méter tengerszintfeletti magasságban, kitűnően megválasztott helyen, mintegy 70 kat. holdon terül el s valóban mintája lehet a minden tekintetben korszerű tüdőgyógyintézetnek.

A sanatoriumot még a csehek építették, de berendezni és üzembehelyezni már nem volt alkalmuk. Ma a szlovák Társadalombiztosító Intézet tulajdonában van, de még nem helyezték üzembe, noha a berendezés nagyrésze becsomagolva a raktárban fekszik*). Úgy látszik a fiatal szlovák állam Társadalombiztosító Intézete még nem rendelkezik olyan anyagi erők felett, ami egy ilyen hatalmas és páratlan luxussal létesített gyógyintézet üzemeltetéséhez és állandó alimentálásához szükséges. A gyógyintézet grandiózus benyomást kelt a szemlélőben s valamennyien azzal az érzéssel hagytuk el, hogy a tervezőknek és építőknek legjobban sikerült megközelíteni nemcsak a gyakorlati, hanem az ideális célt is. Ennek a célnak elérésére nem is kímélték a pénzt, mert közel 120 millió cseh-koronát költöttek rá. Azt hiszem azonban, hogy túl is löttek a célon, mert ez a munkásság részére szánt gyógyintézet olyan luxussal létesült, hogy pl. a szovjetország kiküldöttek —, akik még a cseh uralom idején tekintették meg az intézetet —, nem akarták elhinni, hogy a munkás-betegek részére épült. Nekem az volt a benyomásom, hogy az építkezés sokhelyütt túlméretezett (pl. óriás-konyha, 31 lift, stb.), aminek hátránya majd csak az üzembehelyezés után derül ki. Az is bizonyos, hogy gazdaságosság szempontjából sem előnyös, mert az üzemeltetési költségek pl. a nagy személyzet, stb. miatt igen magasak lesznek. Mindezek mellett azonban mind az építkezésben, mind a berendezési tárgyak között igen sok figyelemreméltó és praktikus újítást láttunk, úgyszólván ezekre a mi gyógyintézeteink felállításakor is gondolni kell. Ezeknek a gyakorlatban ugyan fontos újításoknak részletes leírását helyszűke miatt e helyen közölni lehetetlen, de mint érdekességet felemlítem a földszinten — az étteremmel szoros kapcsolatban álló — nagy konyha szellőzőberendezését, amely a konyhában állandóan depressziót idéz elő, ami a konyhaszagnak az épületben elterjedését hivatott megakadályozni.

A diéta betegek a nagy étterem egyik oldalába épített magasan fekvő erkélyen étkeznek, aminek célja az, hogy a rendes ételmezésben részesülő betegektől elkülöníthessenek s hogy ne is lássák egymást.

A betegek szórakoztatásáról messzemenő gondoskodás történt, így pl. hatalmas színház- (mozi)-terem készült, amelybe még a fekvőbetegek is ágyastól betolhatók. Külön sötétkamrákat készítettek az amatőr-fényképezők használatára, stb., stb.

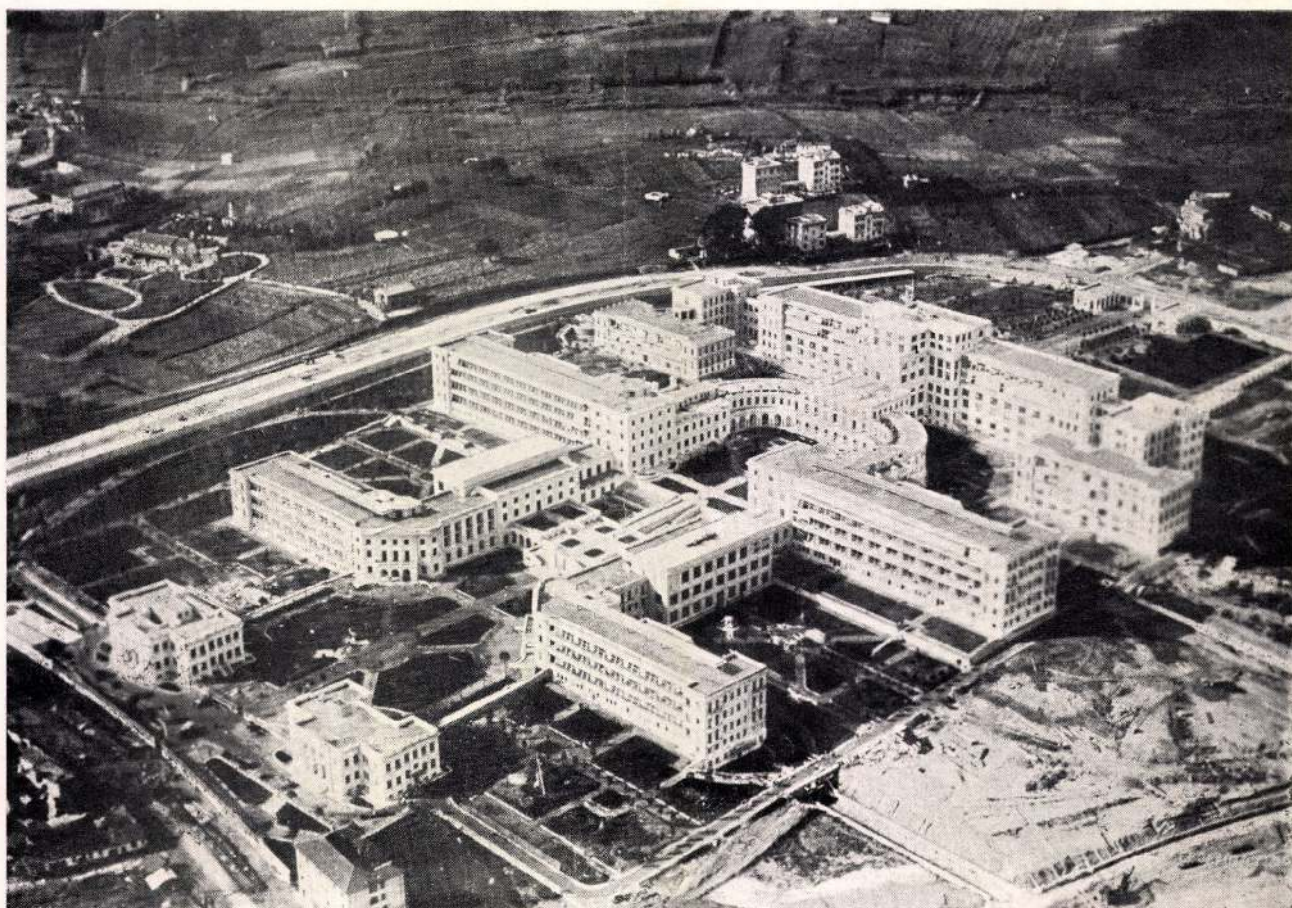
*

Harmadik tanulmányútunk volt a leghosszabb és legtartalmasabb, mert a legtöbb tanulni- és látnivalót nyújtotta és ez Olaszországba vezetett. Ez év májusában, mintegy háromheti tervvel, indultunk az appenini félszigetre. Tanulmányi útunk e részét különös alapos-sággal készítettük elő. Máricusban ugyanis az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívása folytán *Eugenio Morelli* professor, az olasz tuberculosis elleni küzdelem, illetve socialis biztosítás orvosvezetője Budapesten járt és itt két előadást tartott. Régi kapcsolataink ittartózkodása alatt őszinte barátsággá kovácsolódtak, úgyhogy azt a páratlan szívéllyességű vendéglátást, amelyben bizottságunk Olaszországban részesült, első-sorban neki köszönhetjük. — Az „*Istituto Nazionale Fascista della Provvidenza Sociale*” — az olasz tuberculosis elleni biztosító intézet — és ennek kitűnő elnöke *Lantini*, valamint *Morelli* professor voltak azok, akik olaszországi tartózkodásunkat nemcsak felejthetetlen élménnyé, hanem minden tekintetben tanulságossá is

*) Időközben már megnyitott.



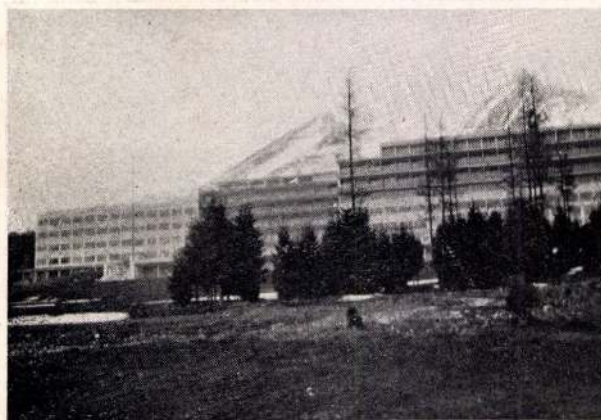
A kórtermek előtti fektető-terraszok a jellegzetes redőnyzettel.



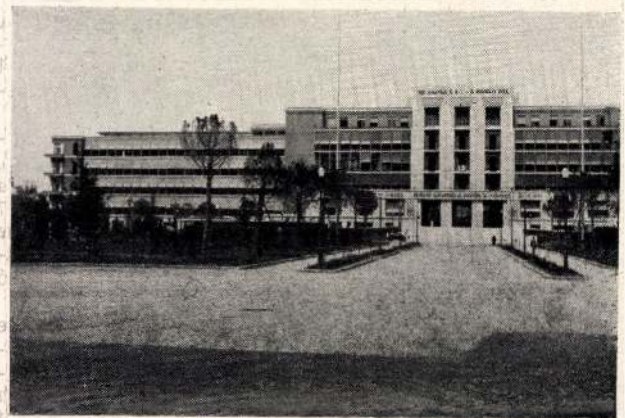
A római Forlanini intézet látképe.



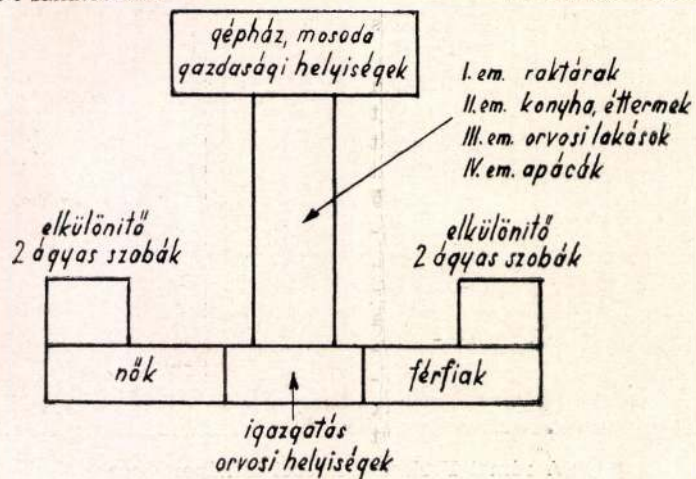
A sondalói sanatorium-város betegpavillonjai. (Jobb oldalt alul a fehér épület a sebészet).



A felső hági-i sanatorium.



A nápolyi Ospedale-Sanatoriale.



Kisebbsz. sanatorium típus vázlatos elrendezése

tették. Minden elképzelhető módot és eszközt rendelkezésünkre bocsátottak, hogy minél többet lássunk és tapasztaljunk. Legkedvesebb kötelességem, hogy nekik és munkatársaiknak e helyen is bizottságunk hálás köszönetét fejezzem ki.

A továbbiak megvilágítása céljából szükséges, hogy egészen röviden kitérjek az olasz tuberculosis elleni küzdelem lényegére. Az olasz küzdelem forrása a tuberculosis elleni kötelező biztosítás, melynek első alapköveit 1927-ben rakták le és amit azóta a törvények és rendeletek egész sorával építettek ki a mostani hatalmas tbc.-elleni küzdelemmé. A küzdelemnek két alappillére van: a *védekezés* és a *gyógyítás*. A praeventio állami feladat lévén, kiterjed az egész lakosságra és végrehajtása az ú. n. conzorciumok kezébe tétetett le, amelyek az egyes megyékben (provinciákban) működnek s számuk 94. A gyógyítást pedig az *Istituto Nazionale Fascista della Providenza Sociale* végzi. A tuberculosis elleni socialis biztosítás 800 lira, (kb. 200 P.) havi jövedelemig mindenkire kötelező és 20 millió emberre, tehát az anyaország lakosságának mintegy felére terjed ki. Gondoskodik a betegről mindaddig, míg él, illetve, míg meg nem gyógyul vagy teljes munkaképességét vissza nem nyeri. Mind a conzorciumok, mind a biztosító intézet a legszorosabb munkaközösségben dolgoznak egymással, sőt egyik a másik munkáját irányítja és ellenőrzi. Mindkét szervezet irányítását a „*Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta Contro la Tuberculosis*” végzi, ez pedig a belügyminisztérium felügyelete alá tartozik.

A tuberculosis elleni küzdelem részére ma már 660 intézetben mint egy 66.700 ágy áll rendelkezésre, ez a szám 1941-ben még 4000-rel szaporodik. Az olasz küzdelem fő bázisát az eddig bevált és egyedül helyes elv: *a betegek elkülönítése és gyógyítása képezi*. Ennek bizonyossága nemcsak a fent említett, kerekszámban vett 70.000 ágy felállítása, hanem az is, hogy míg pl. az 1938. évben csupán 51.617 ember állott gondozás alatt, addig a gyógyintézetekben elhelyezettek száma ennek több, mint háromszorosa, pontosan 181.184 ember volt. A biztosító intézet az utóbbi 10 esztendőben kerekben 22.000 ágyat állított a tbc. elleni küzdelem szolgálatába. Ezt a feladatot *Morelli* professor oldotta meg. Az Ő elgondolásai alapján és irányítása mellett épült fel a gyógyintézetek egész sora. Mi ezeket a legújabb gyógyintézeteket néztük meg s így alkalmunk volt megmegismerni mindazokat az építkezési és berendezési újdonságokat, amiket a korszerű és specialis ilyen építkezéseknél, mint leginkább beváltakat lehet alkalmazni. Háromhetes útunk alatt néhány más intézményt is alkalmunk volt — megfelelő szakszerű vezetés mellett — alaposan megtekinteni. Itt csak felsorolom azokat, anélkül, hogy mindegyikről részletesebb beszámolót nyújtanék. Inkább a követett irányelvek és útunk folyamán szerzett általános benyomásaink ismertetésére szorítkozom.

Első állomásunk *Róma* volt, ahol *Morelli* prof. vezetése alatt álló *Forlanini* Intézetet, majd a *Bochetti* prof. vezetése alatt álló *munkatherapiás* gyógyintézetet, az *Ospo. Sanat. „B. Ramazzini”*-t tekintettük meg. A ma már világhírű *Forlanini* Intézet leírását sem kíséreltem meg; nem óhajtván ismétlésekbe bocsátkozni, mivel e lap hasábjain már többen ismételtlen foglalkoztak leírásával. *Róma* után *Nápolyba* a *Zorini* prof. vezetése alatt álló 1600 ágyas s a piemonti hercegről elnevezett *ospedale-sanatorialet*, majd *Genuában* az 500 ágyas *Santa Tecla* gyógyintézetet tekintettük meg, amelynek *Sivori* prof. a vezetője. Ugyanitt volt alkalmunk a híres *Giannina Gasslini* gyermekkórházat megtekinteni. Ezt

a mintaszerű gyógyintézetet egy philantrop olasz nagykereskedő építtette 55 millió lira költséggel és páratlan nagyvonalúsággal. Nem tagadom, hogy meglehetősen irigységgel, sőt keresésséggel jutott itt eszembe, hogy nálunk a *Batthyány-Strattman dr.* herceg által alapított és fenntartott köpcsényi kórház kivételével —, amely jelenleg elcsatolt területen fekszik — ilyen jótékony, magányosok által alapított kórház alig van. Lehangoltságomat még csak fokozta, a Milánóban látott és újonnan felépített *Ospedale Maggiore*. Ezt az 1600 ágyas monumentális hatású, csodálatosan szép kórházat ugyancsak jótékony adakozásból állították fel.

Az olasz rivierán meglátogattuk a *San Remo* közelében fekvő *San Lorenzo* tengerparti gyógyintézetet. Ez az intézet két egymástól elkülönített részből áll. Egyik a 240 ágyas ú. n. solarium, a másik a könnyű tüdőbetegek számára épült 250 ágyas felső rész. Építkezésben és berendezésben ez az intézet is a többiekhez hasonlóan az egységes typushoz tartozik.

Különösen felejthetetlen élmény volt mindnyájunknak az a pompás kirándulás, melyet az I. N. F. della P. S. Milánóból — körülkerülve a remek Como-tavat, — *Sondaloba*, a sanatorium-városba rendezett. *Sondalo*, a Comot-tó északi oldalától keletre húzódó nagy völgy végében, hatalmas hegyláncoktól körülvéve a schweizi határ közvetlen közelében fekszik. Alpesi vidék, alpesi klíma, ahol májusi kirándulásunk napján is esett a hó. A három oldalról zárt s csak nyugati felén nyitott völgykatlan alján terül el *Sondalo*, a kis alpesi falú s felette 1100 méter tengerszín feletti magasságban a sanatorium. Leírhatatlan az a benyomás, melyet a fenséges hegyóriásokkal körülvett s a hegyoldalba varázsolt sanatorium-város reánk gyakorolt. Ez a hegyoldal déli lejtőjére épített 3000 ágyas, tizenegy 6 és 8 emeletes, továbbá 5 kisebb épületből álló, 50.000 négyzetméter területen fekvő, hatalmas, 8 kilométer hosszú viaduktokkal keresztül-kasul szőtt város kiáltó bizonyítéka az emberi teremtmény eleveenségének, a minden akadályt legyőző törhetetlen akaratnak! Itt, ebben a környezetben rendíthetetlen optimizmussal arra kellett gondolnunk, hogy íme, az emberi civilizatio irányva, szinte az egész földkerekségen dúló világegés ellenére sem, vezethet a mindent elbusztító rombolásra, hanem csakis az alkotás felé. *Sondalóhoz* fogható nagyarányú egészségügyi alkotást alig találtunk Európában. Hozzá legfeliebb a schweizi *Leusin*, vagy a francia *Clairvivre* hasonlítható. Erre a nagyszabású építkezésre jellemző, hogy mintegy 20 km-t kitevő út vezet rajta keresztül. Másán a telepen csak a betegek nvernek elhelyezést a kórház vezetőiének kivételével. Mintegy 150 orvos és 1000 alkalmazott részére 600 lakóház épül a községben. A családorvosok részére különálló villák. A biztosító-intézet sanatoriauma mellett még három nagy magán-gyógyintézet is van. Az építési költségek ágvanként 50 000 lirát, (kb. 13.600 pengőt) tettek ki, s teljes berendezéssel egy ágv 65.000 lirába, azaz kb. 17.500 pengőbe került. *Sondalónak* az olasz kultúra e legújabb páratlan alkotásának, hatalmas benyomásait csak a Comotó természeti szépségei és partián elterülő pompásabbnál pompásabb üdülőtelepei voltak képesek ideig-óráig gvingíteni, de ma, hónapok múltán is azoknak a gigászi arányoknak hatása alatt állok, amit *Sondalóban* a természet és az emberi kéz együtt alkottak.

Utunk utolsó állomás *Bologna* volt. Innen kerestük fel a sík területen épült 500 ágyas *Forli-gyógyintézetet*, mely a hasonló nevű község határában fekszik. Ez a gyógyintézet a *Duce* szülőfalújának szomszédságában épült s az újabb alkotások egyik legelső építkezése volt. Pavillon-rendszerű, gyermekek és könnyű betegek be-

fogadására szolgál. Egyik nevezetessége, hogy külön nagy pavillon szolgál a munkatherapiában részesülő betegek részére, a különböző munkaágaknak megfelelő felszerelésekkel és berendezésekkel. A munkatherapia értékére és céljaira nézve az olaszok, illetőleg a biztositóintézet véleménye némiképen eltérő a régi felfogástól. Szerintük „munkával nem lehet a tuberculosist gyógyítani, hanem csupán a gyógyuló vagy már gyógyult beteg munkaképességét emelni vagy helyreállítani”. Ez a felfogás kétségkívül igen rationalis. Az intézet munkaprogramjában fontos szerepet játszik a betegek átképzése megfelelőbb és egészségesebb foglalkozásra. Nem lehet vitás, hogy a munkatherapiának ebben az értelmezésben igen nagy jelentősége van nemzetgazdasági szempontból is. Az a meggyőződésem, hogy egy ilyen irányú szervezésre nálunk is, elsősorban a Társadalombiztosító Intézetnél igen nagy szükség volna. Forli megtekintése után *Mussolini* szülőfajújába, *Prediloppióba* látogattunk el, itt a temető mausoleumában, a Duce szüleinek sírjánál kegyeletünket róttuk le. E kis város minden köve világhíres szülöttjének nagyságát és nemes gondolkodását hirdeti, leginkább pedig a falusi kovács háza —, a Duce gyermekkori otthona —, a maga puritán egyszerű dísztelenségében. A *Mussolini*-család lakása ma kis múzeum, a régi berendezési tárgyakkal, az apa maga kovácsolta ágyaival, amelyben a Duce is született s a kis szobával, amelyben *Benito*, fivérével *Ansaldoval* lakott s egy ágyban aludt. A vakolatlan, dísztelen ház másik lakásában ma is egy egyszerű munkás lakik családjával s a ház olyan, mint annakidején, a Duce gyermekkorában. — *Mussolini* puritánságára és nagyvonalúságára jellemző, hogy a városka polgársága diadalkapúszerű építményt

emelt a házhoz vezető úton. *Mussolini* ezt, első látogatása alkalmával, lebontatta és mindent a maga szegényes egyszerűségében hagyott meg. Egyedül szülei sírja felett emelt díszes kápolnát. Amikor pedig Rómában a díszes és ma már világhírű, nagy tuberculosisklinika és gyógyintézet megnyílt, mint az ő alkotását, természetesen róla nevezték el. Ő azonban elhárította magáról ezt a megtiszteltetést, — mondván —, méltóbb, ha az olasz tuberculosis elleni küzdelem központja, *Forlanininek*, a halhatatlan páviai klinikusnak, a pneumothorax-kezelés megalapítójának, nevét viseli. Ez a két kis mozaik-törödékek a nagy államférfi életében talán jelentéktelen epizód, de mégis jellemző adat.

*

Ezekután megkísérlem összegezni azokat az általános benyomásokat, amelyeket a látottak bennem keltettek, levonvám ráknézve becses tanulságait.

A legelső, ami feltűnt, az volt, hogy Olaszországban a legújabb gyógyintézetek túlnyomó részét, az egy Sondalo kivételével nem az ú. n. klimatikus gyógyhelyeken építették, hanem inkább a nagyobb városok szomszédságában, vagy pedig olyan helyeken, amelyek az ország általános éghajlatának megfelelnek. Ha a rendelkezésre álló összes ágyak számát tekintjük (70.000), azt látjuk, hogy az ágyak számának aránylag kis hányada, — Sondaloval együtt csupán 10.000 ágy, — van klimatikus helyen, míg a többi felállításakor e tényezőket figyelmen kívül hagyták. Ebből teljes joggal arra lehet következtetni, hogy annak a nálunk is régen hangoztatott elvnek gyakorlati megvalósítása történt, amely szerint „minden tuberculosisnak azon a klímán kell meggyógyulnia, ahol az keletkezett.” A gyakorlat s a tapaszt-



Valeriana „Teep”
Digitális „Teep”

tabletta

tabletta és kup

**Teep készítmények =
Standardisált friss növényi tabletták**

Belladonna Teep	1 tabletta	mite = 0.5 mg atropinnal aequivalens öszszalkaloidák.
	1 „	forte = 1.0 mg atropinnal aequivalens öszszalkaloidák.
Digitalis Teep	1 „	0.05 g fol. Digit titr. pulv.
Scilla Teep	1 „	0.15 „ friss Scilla mar. öszszhatóanyaga.
Valeriana Teep	1 „	0.12 g friss Valeriana öszszhatóanyaga. Belladonna, Digitalis, Scilla Teep-kúp formájában is!

Dr. Madaus & CO
vezérképviselet Szilágyi I. Budapest

Szorbárisegyensúly helyreállítására: Eugastin mite et forte „Certa” a bélműködést is szabályozza!

„Certa” Gyógyszerészeti Laboratorium Rt., Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.

talat csak megerősíti ennek a tételnek a helyességét s azt hiszem, minden hosszabb tapasztalattal rendelkező phthisiologus egyet ért velem abban, hogy a klimatikus gyógyhelyeken, különösen pedig az alpesi klimán szerzett gyógyulás, igen sok esetben nem az az állandó és tartós gyógyeredmény, amit a megszokott környezetben elért gyógyulás ad. Mindez azonban nem jelentheti azt, hogy klimatikus gyógyintézetre ezentúl nincs szükség, hanem pusztán azt, hogy ide csak megfelelően kiválogatott esetek küldendők.

Egy másik ugyancsak szembeszökő és érdekes tény az, hogy az olaszok a nálunk elég élesen elkülönített kórházi és sanatoriumi típusal szemben megalkották az ú. n. kórház-sanatoriumi típust, amit ők „*ospedale-sanatoriale*” névvel jelölnék. Ezek pedig a nagy városok mellett fekvő, rendszerint nagyobb ágyszámot magukba foglaló gyógyintézetek. Ezzel elejét vették annak a ma már teljesen meddő vitának, hogy melyik beteg való sanatoriumba és melyik kórházba. A sanatoriumok és kórházak beteganyaga között ma már nincs meg az a nagy különbség, ami régen meg volt és valóságban nem is lehet a betegeket teljesen ilyen szempontok szerint osztályozni. Legfeljebb könnyebb és súlyosabb betegekről lehet ilyen értelemben szó. Úgy látszik, az olaszok ezzel az elnevezéssel a gyakorlati cél mellett a betegek körében azt a ma is nagyon etlerjedt téves és babonaszerű közhitet akarják kiirtani, hogy a tüdőbeteg gyógyulása csak sanatoriumban várható, mert az többet és jobbat nyújt, mint a kórház.

Ami a kórháztypust illeti azt láttuk, hogy inkább a blokkrendszer részesítették előnyben. A nagyvárosok környékén épült intézetek nagyobbak, rendszerint 1000 ágyon felüliek, a vidékiek általában 500 ágysak. Van köztük pavillon, de van trabant, azaz vegyes rendszerű is. A sondaloi intézet a maga nemében egyedülálló s inkább vegyes rendszernek felel meg. Ott, ahol pavillonrendszer van, a nagy pavillonok a túlnyomóak. Egy-egy ilyen épületben rendszerint 300 ágy van elhelyezve. Az épületek osztályokra tagozódnak. Egy-egy betegosztály 80—100 ágys (pl. sebészet, belosztály) s az osztályok helyenként stációkra tagozódnak, Bécsben, Szlovákiában 50—60, Olaszországban 60—80 ággyal. Az alaprajz szempontjából is több érdekességet látunk s a kisebb 500 ágys egységeknél jól bevált, kiforrot típust találtunk.

Minden gyógyintézetben van egy megfigyelő és egy elosztó-állomás, ahonnan egy heti megfigyelés után a betegek a nekik megfelelő osztályra kerülnek. Ez a rendszer kitűnően bevált.

Valamennyi gyógyintézet megegyezik abban is, hogy nincs külön fekvőcsarnoka, hanem a betegszobák előtt futnak végig a nyitott teraszok és az épületek teteje van fektetőkké és napozókká kiképezve. Úgy látszik az újabb építkezési irány már külön fekvőcsarnokokat nem épít. Újításszámba megy az északi elhelyezésű fekvőterasz, amit ugyancsak minden olasz gyógyintézetben megtaláltunk. Az északi fektetőnek nálunk néhai *Ambrosius József dr.* volt a szószólója, anélkül, hogy azt itthon bárhol is gyakorlatilag megvalósították volna.

Minden gyógyintézetben szigorúan keresztülvitték a férfiak és nők, — mondhatnám — tökéletes elkülönítést. Az épületekben úgy, hogy az egyik nem a bal, a másik a jobb szárnyban van elhelyezve, rendszerint külön étkezőjük is van s csak az adminisztratív és orvosi vizsgáló- (pl. röntgen)-helyiségeket használják közösen, de azokat is felváltva. Némely helyen még a templom és a szórakozásra szolgáló helyiségek (mozik) is párosak, hogy az elkülönítés annál tökéletesebb legyen. A szabadban magas kerítések választják el a nők és férfiak kertjeit, de ezek még távol is fekszenek egymástól.

Szórakozóhelyiségeket, templomot kivétel nélkül minden gyógyintézetben találunk. Különösen nagy gondtal és bőkezűséggel épültek a szórakozóhelyiségek. Ezek mindenütt pompásan felszerelt kis színházak, amelyek mozielőadások tartására is felhasználhatók. A betegek részére hetenként 1—2-szer, a személyzet részére szintén hetenként tartanak mozi- és egyéb előadásokat.

A legfőbb vezetés mindenütt orvoskézben van s a nagyobb intézetek orvosigazgatói mellett technikai vezetők működnek. A nagyobb városok gyógyintézetének vezetői egyszersmind a város egyetemének tanárai is (pl. Róma, Nápoly) s így az intézet nemcsak a gyógyítás, hanem a tanítás és orvosi továbbképzés szolgálatában is áll.

Az olasz biztosítóintézet igen megbecsüli orvosait, ami az orvosi lakásokban, az orvosoknak nyújtott kényelmi berendezésekben és a fizetésben jut kifejezésre. A lakások mindenütt tágasak, a betegektől elkülönítettek, a vezetők pedig díszesen felépített villákban laknak. A főorvosok rendszerint bejárók. A vezetők fizetése az intézet nagyságával van arányban. Pl. az egyik 500 ágys intézet vezetője havi 4000 lira fizetést kap, a főorvosok 1800—2000 lirát kapnak és ellátást. Magángyakorlatot minden orvos folytathat, kivéve a bentlakó assistenseket.

Az építkezésre vonatkozólag meg kell említenem, hogy bármerre járunk, az olasz építészek páratlan jóízűségét, kitűnő vonalérzékét, mind az építkezésben, mind

Influenza és meghűléses betegség esetén **nélkülözhetetlen**

PANAFLU-CHINOIN

10 és 20 tableta

5 suppositorium

pedig a berendezésben alkalmam volt tapasztalni. Az építmények egyik-másika valóban luxusos, találtunk ugyan egyszerűbbeket is, de valamennyi nagyszerű hatást vált ki a szemlélőben. A helyiségek mindenütt feltűnően tágasak és világosak, bizonyosságul annak, hogy a kubaturák szempontából a nem kórtermek céljaira szolgáló helyiségek egyikénél sem takarékoskodtak.

Általában azt tapasztaltuk, hogy nemcsak a berendezés, hanem az építkezés tekintetében is bizonyos, eddigelé jól bevált és kikísérletezett elvekhez és formákhoz ragaszkodtak. Ez inkább az építmények alaprajzában és egyes részleteiben, mint pl.: fektetők, konyhák, éttermek, folyosók, stb. elhelyezésében nyilvánul meg. Emellett azonban a tervező építész egyéni elgondolásai is érvényesültek. Már a kórtermek kiképzése, berendezése szigorúan megszabott egységes elvek szerint történt. Az intézet vezetősége, elsősorban az orvosvezető *Morelli* professor, bizonyos normákat állított fel, amiket minden gyógyintézetben részletekbe menően betartottak. A kórtermek, orvosi célt szolgáló helyiségek berendezési tárgyai szabványosítottak, de ez csak az az Istituto gyógyintézeteire vonatkozólag kötelező, tehát nem állami szabványosítás. Ennek ellenére néhány bevált elvnek, vagy bútordarabnak bevezetését nem az intézethez tartozó kórházban is volt alkalmunk látni.

Az összes gyógyintézetekre az egységes típusú kórtermek különösen jellemzőek. Ezek általában 6 ágyasak; 3—3 ágy az egymással szembenfekvő oldalfalához van a fejrészel támasztva. Az ágyak tehát három oldalról közelíthetők meg. A fenékfalán van a bejárati ajtó, ettől jobbra a hatrészes falbaépített ruhaszékény és balra három db. lábbal nyitható hideg-melegfolyóvízes mosdó. Minden két betegre egy-egy mosdó jut. Általában nemcsak az olasz, hanem mindegyik külföldi gyógyintézetben különös gondot fordítanak arra, hogy a beteg lehetőleg ne mosdókagylóban, hanem folyóvízben mosakodjék, a fertőzés továbbhurcolásának megakadályozása végett. — Felső-Hágiban meg egyenesen olyan mosdókat szereltek fel, melyben a víz meg sem állhat, hanem azonnal lefolyik, (ú. n. Finn-typus).

A mosdók és szekrények előtt 1—1.5 méternyire az ágyakat védő kb. 130—150 cm magas falat, ill. védőlemezt építettek be. A kórterem ablakfala teljes szélességében üveggel fedett, amely szétnyitható, sőt ivalakú pályán a kórtermek előtt végighúzódo fektető folyosóra is kitolható, miáltal az egyes kórtermek betegei egymástól a folyosókon is elválaszthatók. A szekrények, ill. a mosdó melletti falon kis fali ajtók nyílnak a szomszédos kórtermekbe. E kis ajtókon át végig lehet járni az egy stációhoz tartozó összes kórtermeket, anélkül, hogy a folyosóra ki kellene menni.

A kórtermek előtt széles fektetőterasz vonul végig, ahová természetesen ki lehet minden betegágyat tolni. A fektető a külvilág felé a nálunk használatos esslingeni rendőnyökhöz hasonló, alól hasasan kidomborodó redőnyzettel vannak ellátva, ami a nap, szél és eső ellen kitűnő védelmet nyújt. A redőnyöket elmés szerkezet segítségével villanyos erővel lehet emelni, vagy süllyeszteni, sőt ugyanezek a kórterem elülső részének elzárására is felhasználhatók. A kórterem egyéb berendezései, az ágyak, éjjeli szekrények, stb. mindenütt szabványosított formák, úgyhogy pl. a Forlanini intézet kórterme pontosan olyan, mint bármelyik más gyógyintézeté.

Általában minden 6—12 ágyra jut egy 1—2 ágyas elkülönítő szoba. Ezek az épületszárnyak végén, kétoldalt helyeztetek el. A kórtermeket a legtöbb helyen mennyezetfűtés melegíti, mely igen jól bevált és gazdaságos.

A beteg elhelyezésére vonatkozóan említésre méltó *Morelli* professor felfogása. Az, t. i., hogy az intézetben nem szabad külön súlyos- és külön könnyűbeteg osztályt létesíteni, hanem ügyes csoportosítással együtt kell mindkét típust elhelyezni. Megerősítve látom azt az elvet, amit eddigi működésem alatt intézetemben követtem. Érdekes a színes csempék egyöntetű felhasználása is, míg pl. a műtőkben fehér, vagy szürke, addig az előkészítőokban vörös, az éttermekben barna, a konyhákban pedig kék csempét és ablaküveget találunk. Ez utóbbit a legyek távoltartása miatt.

A betegek és az orvosi célt szolgáló helyiségek rendszerint a főépületben nyertek elhelyezést. A mellék-helyiségek az északi oldalon vannak. A folyosók mindenütt szélesek, északról kapják a világosságot és beépített szekrényeikben fehérneműeket raktároznak. Az adminisztrációs helyiségek, a konyha, ebédlők, raktárak, stb. a főépületre merőlegesen épített szárban találhatóak, s a konyhákat pedig mindenütt az éttermek mellé helyezték. Az épületeket mindenütt az egyenes vonalvezetés jellemzi, a könnyebb áttekinthetőség és ellenőrzés végett. (L. a vázrajzot.)

Az olasz intézmények általában olajtűzelésű kazánokkal termelik a szükséges melegenergiát, ami tüdőgyógyintézetek füstmentes melegellátására ideális megoldásnak mondható; a hőkövetítés az egyes papíllonokba magasnyomású forróvíz segítségével történik, amelyből az összes célokra (tisztálkodás, fűtés, fertőtlenítés, főzés) szükséges víz, illetve gőz átalakítás útján könnyen nyerhető. A kórtermek fűtésére kiterjedten alkalmazzák az ú. n. Crittali-(menyezet)-fűtést.

Még oldalakon keresztül folytathatnám annak a sok praktikus elrendezésnek és felszerelésnek leírását, amelyeket szinte kivétel nélkül, páratlan gyakorlati érzékkel és nem kevesebb hozzáértéssel alkottak meg és alkalmaztak, hogy ezáltal az orvosok munkáját megkönnyítsék és a betegek gyógyulását előmozdítsák. Azt hiszem azonban, hogy a túlságos részletezés itt felesleges.

Még csak annyit, hogy tudományos kutatómunkára valamennyi intézetet a legmesszebbemenően felszerelték, s bármerre mentünk is, mindenütt pompás könyvtárakat, laboratóriumokat és röntgenfelszerelést találtunk. Bár a reprezentációs helyiségek, elsőcsarnokok, stb. mindenfelé grandiózusak és impozánsak, azonban az épületek kiállításában mégis kerülték a felesleges luxust. Ez az összhang ilymódon még jobban kiemelte az intézetek nemes célját és komolyságát.

Tapasztalatokban és élményekben gazdag útunk végeztével azzal a határozott meggyőződéssel hagytuk el az olasz földet, hogy egy igen magas kultúrájú, hatalmas birodalomban jártunk, amely valami csodálatos harmóniában egyesítette az ősi, évezredek kultúrát a modern haladás eszközeivel. Olaszország ma második reneszánszát éli s rohamléptekkel halad a világhatalom felé, amit genialis Duceja vezetésével kétségtelenül el is fog érni.

Azt tartják, hogy minél alaposabb egy idegen ország értékeinek ismerete, annál tökéletesebb a sajátunk megbecsülése. Mi is arra törekedtünk, hogy minden a feladatunk körébe vágó kérdést minél alaposabban ismerjünk meg. Hogy ezt a célt elértük, azért vendéglátó olasz barátainknak — kik páratlan előzékenységgel álltak rendelkezésünkre — örökre hálásak maradunk.

Lápunk mai számához a Certa gyógyszerészeti laboratórium Rt. (Budapest, IX., Szvetenay-utca 21.) gyógyszerkülönlegességeiről szóló ismertetését melléltük.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 49. szám. A. *Greifenstein*: A hallószerv sérülései és ártalmi robbanás és hanghatás által. — *F. Nádosy*: Járványos agyhártyalobbal szerzett tapasztalatok az 1940-es magyarországi járvány folyamán. — *F. A. Busch*: Az ulcusproblema. — *M. Lindlau*: A gyomor- és nyombélfekély öröklésének kérdéséhez. — *F. Neufeld*: A zephyrol, mint kézdesinficiens. Hibaforrások a kézfertőtlenítési vizsgálatokban. — *F. Hamburger*: Strophulus. — *A. Eppenauer*: „Eldoral” jelentősége a vidéki orvos számára. — *H. Lipp*: Higanyoldatok meglepő alkalmazása diagnosztikus célból. — 50. szám. *M. Ernst*: Sebesültek szállításra előkészítése az arcvonalhoz közeli kórházakból. — *Tauchert*: Fogeredetű gócfertőzés. — *G. Schmelz*: Traumás kóilyonchia esete. — *W. Rippel*: A csonttörések Böhler-féle kezelése a gyakorló orvos kezében. — *P. Kraft*: Gyakorlati tapasztalatok a rákbetegség plenosal kezelésével. — *H. Gebauer* és *G. Schweder*: Cukorbetegség és népközösség. — *W. Leun*: Luxatiós lábközépcsonttörés fel nem ismerése ferdeirányú röntgenfelvétel folytán. — *L. Kroeber*: Orvostudomány és gyógyszerian a választáson. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 49. sz. A. *Gundel*: Behring Emil. — *M. Gundel*: Haladás a bakterialis fertőzések specifikus prophylaxisa és gyógyítása terén. — *A. Pillat*: Allergia és szembetegségek. Adat az allergiás szaruhártyabetegségek kérdéséhez. — *F. Lucksch*: C-vitamin és schizophrénia. — *T. Bajkay*: A nyelöcső idegentestjei. — *A. Wydrin* és *A. Powalajewa*: A véráram sebessége a légzőszervek idült betegségeiben. —

VEGYES HIREK

Albrich Konrád prof. tízéves tanári működése ünnepelésére emlékkönyvet adtak ki tanítványai. A szép gyűjteményt a mester, *Imre* prof. szavai vezetik be s résztvesznek abban értékes munkáikkal *Röth András*, *Nónay Tibor*, *Boros Béla*, *Schmidt Jenő*, *Rudnót Magda*, *Győrffy Sándor*, *Brand Imre*, — a régi s a jelenlegi tanítványok valamennyien. Az Orvosi Hetilap is elismeréssel gratulál csendben jubiláló munkatársának.

Halálozás. *Jakab László dr.* nov. 23.-i elhunytáról csak most értesülünk. Nem mehetünk el emlékezés nélkül e gyászir mellett. Vele érdekes ember és a beteg szenvedéseit melegen átérző orvos távozott az élők sorából. Sokat köszönhetünk neki a sanatoriumi kezelésre szoruló magyarok itthon-tartása tekintetében: három nagy sanatorium alapítása is fűződik nevéhez. Merész vállalkozásai tönkretették, de megtörni nem tudták. Zokszó nélkül viselte a szegénységet és a mindennapi kenyerért végzett munka terhét. Egy referálóról orvosi lapot is indított, mi lehetővé tette volna irodalmi adataink kartotékrendszerbe foglalását; a sors ezt is kicsavarta kezéből. A vigaszt és lelki derút a fásori ref. egyházában találta meg, melynek presbitereként halt meg.

Behring-jubileum. December első napjaiban ünnepelték a diphtheria-serum feltalálásának 50 éves évfordulóját. *Behring* professor 1890. december 4-én közölte világjelentőségű felfedezését. Különösen a marburgi egyetem, amelynek *Behring* 20 éven át tanára volt, ünnepelte meg az évfordulót. Az ünnepélyen 400 vendég, köztük 75 külföldi jelent

meg. Képviselve voltak: Olaszország, Spanyolország, Svédország, Dánia, Japán, Kína, Románia, Jugoszlávia, több délamerikai állam, Szlovákia stb. — Magyarországot hivatalosan *Darányi Gyula* professor képviselte, aki üdvözlő előadásában rámutatott arra, hogy *Behring* nagyszerű felfedezésében Magyarországon *Fodor József*nek is kimagasló érdemei voltak, aki 1885-ben elsőnek írta le a vér bakteriumölő hatását. Ezt a bejelentést, amellyel *Darányi* professor egy magyar tudósnek majdnem elfelejtett nagyjelentőségű felfedezését emelte ki és amellyel az mintegy *Behring* előfutárának tekinthető, a Marburgban összejött egész tudományos világ nagy figyelemmel vette tudomásul és utána sokan érdeklődtek *Darányi* professortól *Fodor* munkásságának közelebbi részleteiről. — *Fodor József* budapesti Egyetemi Közegészségtani Intézete az egész világon az első ilyen intézmény volt, ami élénken mutatja, hogy Magyarország mennyire egy vonalban halad a kultúra élén haladó nemzetekkel.

Mellékesen említjük itt meg, — bár szeretnénk, hogy megjegyzésünket illetékes helyen észrevegyék —, hogy bár *Fodor József*nek, az első nagy magyar higienikusnak a Sándor-téren szobra van, mindezt ideig lehetetlen volt elérni a Közmunka-Tanácsnál és a Fővárosnál, hogy a Sándor-tér nevét *Fodor József-térre* változtassák.

Felsőbb gyógymasszage tanfolyam. A Budapesti Gyógyhelyi Bizottság a Szt. Gellér Gyógyfürdő és a Pázmány Péter Tudományegyetem elméleti intézetei- és klinikáinak bevonásával elméleti és gyakorlati **felsőbb gyógymasszage tanfolyamot** rendez. Vezető: *bilkei Pap Lajos* egyet. magántanár. Tantárgyak: anatómia, élettan, kórtan, egészségügy; továbbá előadások a belgyógyászat, sportsérülések, orthopaedia, sebészet, nőgyógyászat, gyermekgyógyászat, idegyógyászat, bőrgyógyászat fontosabb fejezeteiből, rheumás betegségek, gyakorlati balneologia, physikalís gyógy módok, gyakorlati betegápolás s elsősorban a gyógymasszage elmélete és gyakorlata, amire kb. 150 órát irányoztak elő. A tanfolyam ideje d. u. 4—7-ig az egyetemi elméleti intézetekben és a Szt. Gellért Gyógyfürdőben, 10 hónapon át, melynek első felében az elméleti és technikai kiképzés, második felében pedig a gyakorlati kiképzés folyik, mozgásszervi betegségeken, az egyes intézetekbe beosztva. Felvételre jelentkezhetnek intelligens, lehetőleg érettségizett férfiak és nők, naponta d. e. 9—2-ig a Szt. Gellért Gyógyfürdő orvosi rendelőjében.

Fürdősképző tanfolyam. A Gyógyhelyi Bizottság 1941 januári kezdettel *Berczur Gyula* prof. vezetésével öthónapos fürdősképző tanfolyamot rendez, mely elsősorban a kiképzést nyújt a fürdős-zakma összes ágazataiban. — A felvételi kérelmet *Benczur Gyula* prof. címére, (Gyógyhelyi Bizottság, V., Vigadó-tér 3.) kell beadni. Melléklendők: rövid életrajz, hatósági erkölcsi bizonyítvány. A tandíj 100 pengő. A tanfolyam sikeres elvégzői oklevelet nyernek.

A német egyetemeken 1939-ben 8824 egyént avattak doktorrá. Ebből 5232, azaz 59% jut az orvosi fakultásokra.

Milánóban a typhusmegbetegedések nagymértékben csökkentek. Míg az 1920—29 közti években 1280 betegséget észleltek, addig 1930 óta csak 334-et. A visszaesést a tej pasteurizálására vezetik vissza.

Tókióban november végén ünnepelték a Kítasató-intézet 50 éves fennállását. *Kítasato Behring* munkatársa volt.

C-hypovitaminosisban, fertőző betegségekben az immunanyagok fokozására, normális fognövekedés és egészséges foghús biztosítására, fémmelegzésekben, stb.

VITASCORBIN SYRUP.

C-vitamintartalma állandó. Kellemes íze miatt kivált a gyermek-praxisban igen ajánlatos.

A szervezet oxydo-reduktív és méregtelenítő folyamataiban nagyfontosságú aminosavat, *cysteint* is tartalmaz.

1 üveg 4.20 pengő.

REX gyógyszervegyészeti gyár és gyógyárukereskedelmi r.-t.

BUDAPEST—DEBRECEN

UJDONSÁGI!
VILÁGSZABADALOM!
ERSZA ELEKTROKARDIOGRAF

beépített fonokardiograffal.

Aramforrása: teljes egészében a világítási hálózat, ezért állandóan használatra kész;

Oscillográfja: katódsugar, így az elektrokardiogramm teljesen torzításmentes.

Arányla: kis súlya és terjedelme folytán könnyen hordozható!

Elsőrendű referenciák.

Dr. Zárday-féle Axonometer.

Egyszerű, gyors és olcsó vizelet-cukor-százalék meghatározás a

DR. BANETH-féle SACCHAROKONTROLL készülékkel
KLINIKAILAG KIPRÓBÁLVA

Egy vizsgálat 2 perc és 20 fillérbe kerül.

Készülék komplett aP. 12. 1 üvegreagens külön aP. 4-50.

GYÁRTJA:

ERDÉLY ÉS SZABÓ
tudományos műszergyár, Budapest, IX., Liliom-u. 46

Telefon: 13-35-74. és 13-23-95.

621—1940. okt. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Sopron sz. kir. thj. város Erzsébet-kórházában megüresedett 1 segédorvosi és két kisegítőorvosi állásra pályázatot hirdetnek. A segédorvosi állás javadalma az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. intézeti élelmezés. A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű, bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás egy évre terjed. Javadalma havi 80 P tiszteletdíj, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtok szabályszerűen felbélyegzett kérvényüket a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — Sopron sz. kir. thj. város főispánjához címezve, hozzám nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a Budapesti Közlöny f. évi dec. 14., 15. és 17.- számaiban közzétett hirdetményben felsorolt okmányokat kell csatolni.

Sopron, 1940. évi december hó 9-én.

Király Jenő dr. s. k., kórházigazgató.

Az epeutak és epehólyag betegségeiben, legyen az kő, vagy gyulladás, nagy jelentősége van a Mira glaubersós gyógyvíz alkalmazásának. (Schaffler O. H. 1926. 8.) A belgyógyászati kezelés ugyan nem mutat fel oly gyógyeljárást, mely a kő feloldását és kiürülését eredményezi, de a gyulladást megszüntetésével az epeutak átjárhatóságát visszaállítja. A Mira glaubersós gyógyvízzel tartott vízkúra hurutcsökkentő hatása kétségtelen.

242.631—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az ungvári állami kórházban megüresedett alorvosi állásra pályázatot hirdetnek. Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtok hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba (Budapest, X., Uri-utca 49. sz.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a „Népegészségügy „Szám-magyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közzolgáltatásban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve az említett iratok egyikével igazolhatják.

Az állás betöltése alkalmaztatás útján ideiglenesen történik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasztható. Az alkalmaztatás meghosszabbítható.

Az alorvosnak az intézetben kell laknia, természetbeni lakását csak saját személyére veheti igénybe s magán-gyakorlatot nem folytathat.

Budapest, 1940. december hó 10-én.

M. kir. belügyminiszter.

242.614—1940. XVI. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A rimaszombati állami kórházban megüresedett belgyógyászati osztályvezető intézeti orvosi állásra pályázatot hirdetnek. Az állás javadalma az állami rendszerű IX. fiz. oszt. III. fokozatának megfelelő illetmény.

Az állást elnyerni óhajtok hozzám intézett, szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetménynek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt harmadízbeni közzétételétől számított 15 napon belül — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — a belügyminisztériumba (Budapest, I., Uri-utca 49. sz.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez a „Népegészségügy” „Szám-magyarázat”-ában 1—12. szám alatt megjelölt okmányok csatolandók.

Közzolgáltatásban álló pályázók a felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével igazolhatják.

Budapest, 1940. december 11-én.

M. kir. belügyminiszter.

Frontátvonulások és kisérőjelenségeik dec. 8—14. között.

Ezen a héten elég sok front érkezett és a felsiklási frontok számának a betörési frontokéhoz viszonyított arányszama ismét sokkal nagyobb volt a normalisnál. Különösen dec. 11-én és a 11.-ről 12.-re virradó éjszakán feltételezendők heves felsiklási reakciók. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapestben	A front		Kisérő események*
	hó/nap/óra	lejtése	
8/3	Felsikl.	Erős	Nagy légnyomásnyugtalanság, 23 ó-tól eső
8/4	Betörési	Gyenge	Éjszakai szélénkület és
8/6	Betörési	Mérsék.	Erősebb szélrohamok
8/10	Betörési	Mérsék.	Kis hózaporok
9/3	Betörési	Gyenge	Éjszakai szélrohamok
10/7	Felsikl.	Gyenge	Légnyomásnyugtalanság, praefrontális kód
10/13	Felsikl.	Mérsék.	Kis havazás
10/19	Felsikl.	Mérsék.	Kis havazás
11/18	F.-sikl.	Erős	Légnyomászuhanás estétől, havazás 13 ó-tól
12/3	Felsikl.	Erős	Első nagy praefrontális havazás, 10 mm
12/5	Betörési	Mérsék.	Szélénkület
12/9	Betörési	Mérsék.	Szélénkület, gyenge havazás
12/21	Felsikl.	Mérsék.	Erősebb havazás 19 óráig
12/22	Betörési	Mérsék.	Szél lenkület
11/11	Betörési	Mérsék.	Hó-áporok erősebb szélrohamok

* A táblázat utolsó oszlopán szereplő számok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorológiai Intézet óriási műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi I. szám III. borítóján.

FELELOS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A magaslati éghajlat jelentősége a bőrgyógyászatban.

Már Hippokrates 2000 éves, a levegőről, a vizekről és a tájékokról szóló 6. könyvében megtaláljuk annak a gondolatnak a csíráját, hogy az éghajlati viszonyok befolyásolják a betegségek terjedését, gyakoriságát és gyógyulását.

A külvilágból szakadatlanul érkező ingerek egyik legfontosabb érzékelője a bőr. A környezet s így az éghajlat természettani és vegyi hatásaival szemben főképpen a bőr védi meg a szervezetet. Ennek ellenére az éghajlat hatásmódjának a vizsgálatát és az éghajlat alkalmazását a bőrbetegségek gyógyításában a dermatologia eddig meglehetősen elhanyagolta.

A bőr életnyilvánulásai, a különféle ingerek hatására lejátszódó változások ma még nem kellőképpen ismertek, úgyhogy a magaslati helyek javallatait főleg az empiria alapján kell megszabnunk.

Az éghajlati behatások mindannyian, mint ingerek hatnak a bőrre. Az éghajlat szervezetünkre gyakorolt hatása felette sok tényező összegeződéséből alakul ki. Befolyásolja azt többek között a napsugárzás, a levegő hőmérséklete, párateltsége, a szél, a légnyomás, az oxygen partialis nyomása, a levegő ionisatiós foka, a talaj radioaktivitása. Nagy a jelentősége a kellemetlen tüneteket kiváltó klímaváltozások: a frontátvonulások, a hegyi fön, a klimaperiodusok, az inversio gyakoriságának is. Ma már megkívánjuk, hogy magaslati gyógyhelyek területében ilyen légköri zavarok aránylag ritkán forduljanak elő. De éppúgy megkívánjuk, hogy a napsugárzás, a levegő nedvessége se legyen túlságosan nagy s a gyógyhely szélétől is védett legyen. *Bacmeister* szerint gyógyfürdőknek jogosan csak azokat a helyeket nevezhetjük, melyek izgató, vagyis gyógyító hatásúak. Ez az izgató hatás a subalpin, magaslati helyeken az ott-tartózkodás harmadik hetén, alpin magaslaton már a 3—10. napon eléri tetőfokát s nagyjában hasonlít a fürdőzési visszahatáshoz, mely rossz közérzetben, levertségben, esetleg a betegségi tünetek súlyosbodásában nyilvánul meg. Feltűnő különben az is, hogy a különféle éghajlati ingerek és gyógyhelyek hatása nagyjában egyezik: az anyagcsere fokozódik, a felvett fehérje nagyobb részét visszatartja a szervezet, a haemoglobin és a vörösvérsejtek száma megnövekedik és súlygyarapodás következik be. A tünetek egyező volta annak a téves gondolatnak a felvetődésére is vezetett, hogy nem is maga az éghajlat, hanem a klímaváltozás az, ami gyógyítólag hat.

A bőr egyik legfontosabb működése a szervezet hő- és vízanyagcserejének szabályozása. Éghajlati ingerek hatására megváltozik a bőr anyagcsereje, ami kihatással van az egész szervezetre is. Viszont a szervezet egyensúlyának a változása, változást idéz elő a bőr működésében is. Ilyenkor megváltozhat a bőr hőmérséklete, vérrel teltsége, víztartalma, vegyi anyagainak a mennyisége. Hogy a bőr saját hőmérséklete miképpen befolyásolja a bőr anyagcserejét, pontosan nem ismerjük. De kétségtelen, hogy alacsonyabb hőmérséklete *sympathikotoniás*, magasabb hőmérséklete pedig *vagotoniás* viszonyokat teremt. Általában a bőr hőmérséklete annál nagyobb, minél nagyobb a környező levegő hőmérséklete, minél nagyobb a szervezet hőtermelése és minél kisebb a bőr légzése, perspirációja, valamint az elvezetés útján bekövetkező hővesztésége.

Alpin és subalpin helyeken a levegő hőmérséklete alacsony, ami nyáron a forróságot, télen a nagy hideget enyhíti. A hőszugárzás ugyan nagy magaslaton, de nagy a napsütéses órák évi száma is. Magaslaton a hővisszaverődés fokozott voltával is számolnunk kell. Viszont a szél okozta hőelvezetés magaslaton aránylag igen kicsiny. A bőr légzése magaslaton fokozott, ennek megfelelően az energiaforgalom is megnő. Érdekesen változik a bőr vérteltsége subalpin magaslatokon. A bőr perctérfogata ugyanis a bőrben egy perc alatt keringő vér mennyisége, kb. a szív perctérfogatának az egytized része. Magaslaton a bőr perctérfogata csökken; ezzel a változással magyarázzák egyesek a magaslat gyógyító hatását gümőkórban. A bőr magaslaton a vérteltség csökkenése révén simábbá, feszesebbé válik és hatására gyulladós bőrbaj gyorsan javulni kezd. Magaslaton, akár csak a tenger mentén a gyermekek bőralatti zsírpárnája feltűnően vastagodik; valószínűleg a bőr hőmérsékletének a csökkenése miatt nagyobb a hővesztés, ami ellen a szervezet a szigetelés megjavításával igyekszik védekezni. *Stiegler* szerint a huzatnak nincs, ellenben a hűvös hegyi szélnek van reactiv vérbőséget kiváltó hatása. Vagyis a huzat csökkenti az időegység alatt átáramló vérmennyiséget s ezért izom-myalgiát okozhat, a magaslati szél ellenben edző, frissítő hatású s az izomzat jobb vérellátását biztosítja. A bőr nedvessége magaslaton csökken. Míg a perspiratio kisebb-nagyobb voltát egyedül a hőszabályozás szabja meg, addig a bőrrel távozó vízgőzök nyomása a bőrrel érintkező levegőréteg, tehát már a klimatikus tényezők egyikeként is nagymértékben függ. A levegő vízgőznyomása magaslaton kisebb, emiatt a párolgási lehetőség fokozódik. Az alpin és subalpin éghajlat tehát a bőr abszolút nedvességének a csökkenését válthatja ki. A kiszáradás ellen a szervezet ezután a perspiratio csökkentésével védekezik. *Schultze* szerint a magaslati száraz levegőn, — ha szükséges — a szervezetből több vizet választathatunk ki s ily módon a szomjaztatás helyett számbajöhet a magaslati helyen tartózkodás is.

1925-ben az I. nemzetközi klimatologiai nagygyűlésen *Bernhard* sebész hívta fel a figyelmet arra, hogy a különféle bőrbetegségek milyen feltűnő módon javulnak magaslaton. *Bernhard*, *Rollier*, *Jesionek* és *Hammer* nyomán a magaslatot már századunk első tizedében kiténő eredménnyel alkalmaztuk a különféle bőrgümősödések kezelésére. Ismeretes például, hogy a Magas-Tátrában mintegy 50%-kal nagyobb a napsugárzás évi mennyisége, mint pl. a szegedi bőrgyógyászati klinika 93.5 m. magas területében. Magaslaton a bőrgümősödés gyógyítására a napfény közvetlen sugárzását használjuk fel.

Ma tudjuk már, hogy a 300 m μ alatti rövid ibolyántúli sugarakat a szaruréteg és a bőr hámja teljesen elnyeli, a 300 m μ hullámhossz felett a bőr fényelnyelő képessége mindinkább kisebbé válik, s a 900—1200 m μ hullámhossz közé eső vörösöntúli hősugarakat már csaknem teljesen átterszti az epidermis. Eszerint a rövidhullámú ibolyántúli sugárzásból csak töredék jut az irhába, a 300 m μ hullámhossz feletti s a látható fény 30—60%-a ellenben akadálytalanul bejut az irhába. A fény okozta gyulladást *Hausser* és *Vahle* vizsgálatai szerint a 320 m μ alatti rövid hullámhosszú ibolyántúli sugarak váltják ki. Ezeknek a sugaraknak a hatását a classikus, lappangással járó gyulladásnak a jelentke-

zése mutatja. Ezeknek köszönhetjük a szövet ergosterinjéből kialakuló D-vitamin keletkezését, a fény baktericid hatását, a gyulladáskeltő histamin és acetylcholin lehasadását, de ezeken kívül ezeknek a sugaraknak a hatására hydrogen-donatorok szabadulnak fel, melyek a histamint és acetylcholint tovább bontják. Kétségtelen azonban, hogy a 320 m μ feletti sugarak is bírnak biológiai- és gyógyhatással. Bizonyítja ezt pl. a Finsenfény kiváló hatása lupus ellen; köztudomású, hogy az ívfény főleg hosszú hullámú ibolyántúli sugárzásban gazdag. Érdekes, hogy a fény ellen jelentkező megszokás nem is annyira a bőrfesték felhalmozódásában, mint a szaruréteg megvastagodásában rejlik.

1919 táján Hoffmann részint a népies gyógyítás, részint Bloch és saját vizsgálatai alapján bevezette a dermatológiába az *esophylaxia* fogalmát. Esophylaxia alatt a bőr hyperfunctióját, a bőr fokozott, a szervezet védő tevékenységét értjük, ami a bőrt érő külső- és belső ingerek hatására, főleg e felfokozott működésű hám-, reticuloendothel-sejtek és bőrdegek együttműködésére következik be. A bőrt érő ingerek fokozzák a hámsejtek átjárhatóságát, s ezért e sejtekből a szövetnedvbe, a nyirokba és a véráramba más szerveket ingerlő anyagok, amilyen pl. a histamin, az acetylcholin, juthatnak. Ezen elgondolás szerint éghajlati ingerekre is a bőr esophylaxiája fokozódik s ilymódon elsősorban a bőr az a szerv, amely a gyógyulási folyamatot megindítja.

A magaslat gyógyhatása az extrapulmonalis gümőkór s ilyenképen a különféle börgümösödések kezelésében oly annyira ismert, hogy arról nem is szükséges hosszabban beszélnem. Magaslati helyeken a besűrűsödés főgyógytényezőjét a bőr vértelenségének a csökkenésén kívül, a jól kivihető heliotherapiában kell megjelölnöm.

Annak ellenére, hogy az ekzema különféle fajait ma egyesek domesticálódási jelenségnek tartják, az ekzema gyógyítása a szabadlevegőn tartózkodással, általános fénykezeléssel s így általában klimás behatásokkal nagyon elhanyagolt. Fehr, továbbá Schultze tapasztalatai szerint, noha a gyermekkori bőrbetegségek, így az ekzema *seborrhoicum* különféle megnyilvánulásai, a *strophulus* és a csalánkiütésre hajlamosság nagy része alimentaris eredetű, e bajokban a klimaváltozás kitűnő hatású. *Asthm*ás, *ekzem*ás betegek baját is kitűnően befolyásolja a magaslat.

Közismert, hogy a *thyreotrop* hormon hatása magaslaton csökkent. Érdekes volna a Basedow-kóros betegekben olykor jelentkező *myxoedema circumscriptum* esetében kísérletet tenni hormonkezeléssel a magaslaton. Feltétlenül javallható ellenben a magaslaton diabéteszsel járó *nekrobiosis lipoidica diabetorum* esetében. A magaslati napfény, fürdőkezeléssel együttesen kitűnően megjavítja *ichthyosissos* betegek bőrének renyhe működési képességét s a bőr javulásával együttesen javítja e betegek rendszerint komorságra hajló lelkiállapotát is. A magaslati tartózkodás más vegyi kezeléssel együttesen alkalmazva javallt *pikkelyes sömör*, *lichen ruber planus*, *seborrhoea*, *akne vulgaris*, *furunculosis* esetében.

A subalpin éghajlati ingerei kitűnően a bőr vegetatív idegrendszerének megnyugtására. Öregkori, *climakterialis* viszketés, *neuroderma*, *pruritus vulvae-ani et scroti*, *prurigo Hebrae* esetében szóbakerülhet, mint segédeszköz a másfajta kezelési módjaink mellett a magaslati tartózkodás is.

Melczer Miklós dr.,
egyet. ny. r. tanár, Szeged.

A tüdőcsúcsok sebészi leválasztása.

(Apicolysis Extrapleuralis pneumo- et oleothorax.)

Sokszor hangsúlyoztam már, hogy a tüdőtuberculosis legtükéletesebb gyógymódja a légmellkezelés. Azt is említettem, hogy azoktól az eljárásoktól várhatunk legtöbbet, amelyek a pneumothorax hatás tökéletesebbé tételét szolgálják. Ezt a régi álláspontomat támasztják alá a sebészi therapiának újabb irányú törekvései is, amikben eddigi felfogásom helyességét látom beigazoltnak. Ha a tüdőgümőkór mechanikai therapiájának történeti fejlődésére egy pillanatra visszatekintünk, megállapíthatjuk, hogy a sebészi gyógyítási kísérletek sokkal távolabbi multba nyúlnak vissza, mint a légmellkezelés. Ennek gyakorlati alkalmazása kb. 30 esz tendje indult meg, akkor, amikor Forlanini genialis elgondolását Spengler és Brauer alapvető munkájukkal közismertté tették. A pneumothorax-kezelés világszerte történt nagy elterjedése természetszerűen egy időre gátat vetett a mindig nagyobb és súlyosabb sebészi beavatkozást jelentő sebészi therapia kibontakozásának. Ez az oka annak, hogy a tulajdonképeni sebészi therapia csak akkor kezdett a megérdemelt elismeréshez jutni, amikor mindinkább bizonyossá vált, hogy pneumothorax-al nem lehet minden tüdőtuberculosisist meggyógyítani. A modern sebészi therapia elterjesztőjének, azt is mondhatnám; megalapítójának, Sauerbruchot tartjuk, aki a róla elnevezett thorakoplastikával a további fejlődés alapjait rakta le. Azonban mindnyájunk előtt ismeretes az is, hogy a thorakoplastika mennyire nagy beavatkozás s hogy az idők folyamán kialakult nagyszerű műtéti technika ellenére is eléggé bizonytalanok az eredeti plastikával elérhető gyógyeredmények. Ez a körülmény készítette a sebészeket arra, hogy új utakat keressenek s kíméletesebb, de egyben nagyobb gyógyulási valószínűséget nyújtó eljárásokat dolgozzanak ki. A plastikák veszélyeit enyhítő vagy kiküszöbölőn akaró sebészi eljárások egész sorát ismerjük. Ezeknek egyik legújabb elterjedő hajtása az ú. n. *extrapleuralis apicolysis*. Bár a műtét csak újabban terjedt el, alap gondolata nem új, mert már 1898-ben Tuffier végzett hasonló műtétet. Ez azonban feledésbe ment. 10 évvel ezelőtt pedig a vezetésem alatt álló gyógyintézetben Sebestyén ugyancsak ilyen alap gondolatokból kiindulva, több, mint 40 esetben incomplet pneumothoraxok hatásfokának emelésére apicolysist végzett extrapleuralisan, majd az így keletkezett üreget, a pleurák átmetszése után, a fennálló intrapleuralis légmellel összekötötte. 1935-ben pedig Graf és Schmidt dolgozták ki a műtétnek napjainkban elterjedt alakját.

A beavatkozás lényege a nevében van s nem egyéb, mint az erre alkalmas esetekben a tüdő csúcsi részletét fedő és odanőtt pleuráknak a fascia endothoracica-ról leválasztása. A leválasztás után a tüdő szabaddá tett része összeesik, felette pedig üreg képződik. Az így képződött üreget zárják és levegővel töltik meg, hogy a tüdő collapsusát továbbra is fenn lehessen tartani. A műtét utáni sima lefolyást azonban rendszerint több szövödmény akadályozza meg. Első ezek közül a keletkezett üregbe történő utóvérzés, ami gyakran életveszélyes alakot is ölthet. A vérgyülem a különböző baktériumoknak jó táptalaja lévén, könnyen fertőződhet és empyema következik be. Magának a vérnek a leszívása sem könnyű, mert a vér — ellentétben a pleurák közé jutott vérrel — könnyen megalvad és emiatt nehezen távolítható az üregből el. Az alvadék elfolyósítására, vagy az alvadék megakadályozása céljából kísérleteznek ugyan különböző anyagok — így pl. presojud, —

befecskendezésével, de még nem vagyunk képesek a vérzés okozta complicatiókat megakadályozni, mert a sikeres leszívás után is újabb vérzések jelentkezhettek, a gyakori punctiók következtében pedig secundaer fertőzések állhatnak elő. Ha azonban az első 2—3 hét alatt az újabb bevérzéseket sikerül elkerülni, azután már az empyema képződésének a veszélye is lényegesen csökken, mert az extrapleurális üreg falára fibroblastok rakódnak le ez azonban nem hámosodás, mint sokan gondolják. A lerakódott fibroblastok a lerakódott hámbhoz hasonlóan viselkednek s ellentétben a pleura-ür érzékenységgel, különösen az 5—6. héten túl elég magasfokú védelmet nyújtanak az extrapleurális üreg fertőzésével szemben. Egy másik figyelemreméltó és gyakori szövödmény a műtét útján létrehozott üreg fokozatos és aránylag gyors beszűkülése. Ha pedig ez megtörténik, akkor hiába végeztük el a műtétet. Az obliteratio ellen legsikeresebben úgy védekezhetünk, hogy levegő helyett olajjal töltjük meg az üreget. Viszont az olajfeltöltés azzal a veszéllyel jár, hogy az olaj esetleg évek múlva a bőr alá, vagy a tüdőbe tör be, esetleg minden kimutatható ok nélkül empyemává alakul át. (Sebestyán).

Mindezek felül az ily módon operált beteg a várható szövödmények miatt rendkívül gondos felügyeletet és folytonos ellenőrzést követel, mert nagyon könnyen megtörténhet, hogy ezek hijján a műteti eredmény problematikussá válik.

A műtét indicióit illetően ma még nincsenek kiforrott vélemények s ha áttekintjük a kérdés irodalmát, elég gyakran ellentétes véleményekkel találkozunk. Kétségtelen, hogy a plastikákkal szemben letagadhatatlan előnyei vannak, így a műteti shock elkerülése, a póstoperatív, sokszor érthetetlen halálozások csökkentése, a plastikák bizonytalan gyógyeredményei, inkább az apicolysis felé billentik a mérleget. Leginkább azért, mert ezt a műtétet a betegek általában jól tűrik. Ez a beavatkozás a physiologiás körülményeknek is jobban megfelel, mint a plastika. (Domokos). Általános vélemény, hogy szívgyengeség, collapsus ritkán tapasztalható a beavatkozás után. Legalkalmasabbak erre a műtetre az izolált első- és másodrangú cavumok, ha azok nem túlságosan nagyok, s nem fekszenek túl közel a tüdő felszínéhez. Rigid, vastagfalú cavernák nem alkalmasak. Graf szerint ez a műtét a plombot és a plastikát hivatott kiküszöbölni, tehát az indiciói is részben azonosak lennének e két beavatkozás javallataival. Curschmann pedig nagy felsőleány cavumok esetében plastika helyett és a részleges plastikák helyett végzi. Mások viszont nagy cavumok esetén elvetendőnek tartják ezt a beavatkozást. Az amerikaiak inkább a kisebb, 2,5 cm-nél nem nagyobb átmérőjű cavumok esetében végzik, míg acut esetekben nem alkalmazzák. Némelyek hilustáji basalis caverna esetén is ajánlják, sőt Geary erősen toxikus heveny progrediáló folyamatokra is javallja. Én azonban azt tartom, hogy ezek a javallatok erőszakoltak és nem eléggé indokolhatók. Talán rationálisabb Gearynek a gyermekekre vonatkozó javaslata, akiken thorakoplastikát végezni a fejlődés korában tudvalévőleg nem szabad.

E rövid áttekintésből is kiderül, hogy a műtét abszolút indiciója a csúcsban lévő fiatal, másodrangú, lehetőleg izolált cavernára vonatkozhat, míg a többi javaslat inkább csak a kísérletezés stadiumának tekinthető és semmi esetre sem fogható fel véglegesen kiforrott véleménynek.

Az eljárás mindössze 5 esztendő múlva tekinthet vissza, mert legfeljebb öt éve, vagy még kevesebb ideje

van annak, hogy nagyobb arányokban végzik. Több sebész már pár száz esetről számolt be, de ezek az eredmények sem tekinthetők véglegesnek s még sokkal több esetre s jóval hosszabb időre van szükség, hogy teljesen tárgyilagos véleményt mondhassanak a gyógyeredményekről.

Az az egy bizonyos, hogy az eddig használatos bordacsonkolási eljárásoknál jóval enyhébb eljárás s éppen ezért igen figyelemre méltó. Azonban csak a jövő fogja megmutatni, hogy az indiciós terület tágítható-e, avagy csak a csúcsban fekvő kisebb és fiatal cavernák elég szűk területére fog korlátozódni. Kétségtelen továbbá az is, hogy a beavatkozás és utókezelés technikájának javulásától fog függeni szélesebb körbeni elterjedése, mert ma még csak a kitűnő technikával rendelkező tüdősebészek végezhetik eredménnyel.

Pekanovich István dr.,
egyet. magántanár, igazgató-főorvos.

A mellékpajzsmirigy sebészi vonatkozásai.

A szervezet mézanyagcseréjét a mellékpajzsmirigyek szabályozzák. Ezeknek amugy is kicsiny állományában beállott csökkenés súlyos kiesést eredményez, amely betegség tetania néven ismeretes. Legjellegzetesebb a mézanyagcsere megváltozása. A vérsavó calcium-tartalma 9—11 mg %₀-ról 5—7 mg %₀-ra csökken. Legszembeötlőbb tünete a tetaniás görcs, mely fájdalmas tonikus görcs. Elsősorban a felsővégtagokon szimmetrikusan jelentkezik. Az izomzat összehúzódásának eredménye a kéz és ujjak jellegzetes özfajartása. Az arc izmainak görcse merevíti meg a mimikai izmokat és teszi nehezzé a beszédet. Légzési nehézségek, rectus görcs, laryngospasmus csak súlyos esetekben fejlődik ki.

A tetaniák felosztása több szempontból történik. Van elsődleges és másodlagos, viszonylagos és teljes mellékpajzsmirigy elégtelenség. A keletkezés okát figyelembe véve most csak a műtétekkel kapcsolatosan keletkezett tetania érdekel bennünket, amely mindig elsődleges és sokszor teljes. A sebészi gyógyítás szempontjából valamennyi tetania szóba jöhet.

A pajzsmirigy műtéteknél van meg leginkább a lehetősége annak, hogy a mellékpajzsmirigyek sérüljenek. A technika javulása erősen lecsökkentette ezen szövödmény előfordulását, de teljesen az el nem kerülhető. Rosszindulatú daganatok, utóvérzések, genyedések esetén számolni kell a tetania kialakulásával. A tonogenes novocain érzékítő hatása is okozhat muló természetű táplálkozási zavart és így tetaniát (Milkó). A golyva kiemelése, az ékkimetszés, a zuzás, a vérzéscsillapítás, nagy átöltések sérüléseket hozhatnak létre a mellékpajzsmirigy állományában. A totalis vagy subtotalis pajzsmirigy kiirtások után gyakrabban és könnyebben, mint az enucleatio és ékresectiók után. A sérülés állhat egy vagy több mellékpajzsmirigy eltávolításából és állhat abból, hogy a mellékpajzsmirigyek száma megmarad, csak az állománya roncsolódik, zuzódik eszköz nyomása vagy bevérzés folytán. Az utóbbi esetben gyorsan és tartósan fejlődik ki a tetania. A műtétek utáni tetania régen 59% (Mikulicz) volt, ma 1—2%. Ez az alacsony szám is állandó javulást mutat. A leggondosabb technika mellett is ajánlom a kiirtott pajzsmirigy gondos átnézését, még műtét közben, amíg az steril, amíg a sebész kezében van. Az ilyenkor felismert mellékpajzsmirigy visszaültethető (reimplantatio) a nyakizmok kis hasadékába vagy a pajzsmirigytokrészlettel együtt rávarrjuk a pajzsmirigy csontokra.



A tetania kezelésében igen jó eredményt értünk el a conservatív gyógyszeres kezeléssel. A hiányzó mész vagy mellékpajzsmirigy hormon rendszeres adagolása megszüntet minden kiesési tünetet és átsegíti a szervezetet azon az időn, amíg a sérült mellékpajzsmirigyek regenerálódnak. Kétúton hat az A. T. 10. nevű készítmény, amely kis elővigyázat mellett állandóan szedhető. Az A. T. 10. ultraviolett sugarakkal kezelt D-vitaminmentes ergosterin. Makacs esetekben mégis szóba jön a mellékpajzsmirigy mennyiségének pótlása: az átültetés (transplantatio). Ezzel kapcsolatosan számos kérdés merül fel, amelyek kell, hogy szigorú megfontolás tárgyát képezzék. Az első kérdés: honnét vegyünk mellékpajzsmirigyet. A legtöbb kilátást nyújtja az azonos vércsoportbeli emberi mellékpajzsmirigy. De nincs jogunk ahhoz, hogy ezen fontos képlettől bárkit is megfosszunk és emiatt esetleg az adón fejlődjék ki a tetania. Elvégezhető az átültetés emberről-emberre, ha az szabályos alkú tárgyát képezte és a golyvaműtetre kerülő beteg önzetlenül vagy megfizetve beleegyezik az átültetésbe. Vérébajos, gümőkóros egyén erre nem alkalmas. Embertől legfeljebb egy mellékpajzsmirigyet vehetünk el. Felhasználhatók a szülés közben elhalt új szülöttek mirigyei.

Nagyobb mennyiségű mellékpajzsmirigyet kap a tetaniás beteg akkor, ha a mirigyet állatból vesszük. A szarvasmarha, borjú, ló, birka alkalmasak e célra. A sterilen kihámozott mellékpajzsmirigyeket azonnal ültessük át a tetaniás betegbe, ezért az állatot a műtő közelében kell levágni. Ez máris kizárja azt, hogy nagyobb állatot válasszunk. Egy alkalommal teljes sikerrel ültettem át a műtő előkészítőjében leszurt birka mellékpajzsmirigyét.

A másik kérdés, hogy hová ültessük a rendelkezésre álló mellékpajzsmirigyet. Védett, vérrel jól ellátott helyre van szükség, ahol a mellékpajzsmirigy jól megtapad és az eredeti körülményekhez megközelítően hasonló környezetbe kerül. A nyakat feltárni, különösen ahol már golyva műtét történt, nem érdemes. A tibiát vagy humerust felvésve és a mellékpajzsmirigyet a velőbe ültetve, jól ellátott környezetbe juttatjuk a mirigyet, de a beavatkozás tulságosan nagy és bonyolult. Hosszú ideje kedvenc helye az átültetésnek a musculus rectus abdominis. Az izom könnyen hozzáférhető és a rectus hüvely meghasítása után az izomrostok közt könnyen készített tasakba helyezzzük el a mirigyet. Fontos, hogy vérzést ne kapjunk, mert a haematomában a mirigy elpusztul. A sikertelen átültetés oka legtöbbször technikai hiba, vagy, hogy idővel az átültetett képlet elsorvad.

Ennyit a mellékpajzsmirigy hiányáról és annak sebészeti gyógyításáról.

A mellékpajzsmirigy fokozott működésének eredménye azon elváltozás, amely a csontrendszeret betegíti meg és amelyet leírója után „Ostitis fibrosa generalisata Recklinghausen”-nek neveznek. Sokáig a csont elváltozások nagy csoportjába sorolták, míg néhány év előtt vált nyilvánvalóvá, hogy ezen csontelváltozások oka a mellékpajzsmirigy túltengése, ill. valamelyik mellékpajzsmirigy adenomája. A csontrendszerben — különösen a hosszú csöves csontokban a velő elfajul, a kéreg elvékonyodik és a mész tartalom csökken. A csontokban

üreges és barna daganatok keletkeznek. A mellékpajzsmirigy adenomás elváltozása csak generalisált ostitis fibrosa esetén található meg.

Az ostitis fibrosa lényege a nagy mennyiségben termelt új csont, mely mész nélküli osteoid szövet. A csontszövet és az elpusztult csontvelő helyét rostos kötőszövet foglalja el. A tömlők és barna daganatok rendszeretlenül foglalnak helyet a csontrendszerben. A betegség a 4.—6. évtizedben lassan fejlődik és évekig tart, amíg tüneteket okoz. A beteg végtagon rheumaszerű, hasogató, csavaró fájdalom hívja fel a figyelmet, és teszi indokolttá a röntgenezést. A csontrendszer átvilágítása megadja a helyes kórismét. Röntgen felvételeken általában, vaskos, gyenge árnyékot adó csontokat látunk, melyek kéregállománya elvékonyodott. A velőüregnek megfelelő kép foltos, helyenkint világosabb, márványozott, egy-vagy többrekeszű üregeknek megfelelő, másutt az egyenletesebb, tömöttebb területek a barna daganatoknak felelnek meg. A csontthártya csak a berepedések helyén vastagodott meg, itt gyűrődések is láthatók. Az ostitis fibrosában is van spontán törés, amely a fájdalmas végtagon, jelentéktelen behatásra az üregek vagy a barna daganatok által elvékonyított helyen következik be. Az ostitis fibrosa generalisatában a mész-tűkör igen magas (12—16 mg%).

Az ostitis fibrosa kórtanában lényeges változást idézett elő az a megismerés, hogy a betegség a legszorosabb összefüggésben áll a mellékpajzsmirigy megnagyobbodásával. Itt felvetődik a kérdés, hogy melyik az elsődleges. A vizsgálók egyrésze a megnagyobbodást valódi hyperplasiának, munkahypertrophianak tekinti és ezért a csont elváltozást tartja elsődlegesnek, a mellékpajzsmirigy elváltozást másodlagosnak. A másik tábor — különösen a sebészek — a mellékpajzsmirigy megnagyobbodást tekintik elsődlegesnek és a csontelváltozásokat másodlagosnak. Ezen elgondolás alapján végezték el az eddig ismert esetekben a mellékpajzsmirigy kiirtását igen jó eredménnyel. Ez a jó eredmény bizonyítja a második felfogás helyességét. Az én véleményem az, hogy a mellékpajzsmirigy túltengése nem lehet egyszerű munkahypertrophia, mert akkor az összes mellékpajzsmirigyek résztvennének a túltengésben és nem egy nagyobodna meg eredeti súlyának százszorosára. Ez a hormonbőség, amit az adenomás mirigy ont a véráramba, mozgósítja a szervezet mész tartalmát, emeli a vércalcium tükret és a csontok mész mennyiségét is úgy befolyásolja, hogy azok mészszegények lesznek.

A gyakoribb ostitis fibrosa localisata és a solid barna daganat esetén sem mészanyagcsere zavarokat, sem mellékpajzsmirigy daganatokat nem találtak.

A mellékpajzsmirigy adenomákat az ostitis fibrosa mellett a kórboncnokok találták meg, anélkül, hogy ebből a gyakorlatilag értékesíthető helyes következtetést levonták volna. 1926-ban Mandl végezte az első adenomakiirtást igen jó eredménnyel. Azóta az esetek száma állandóan szaporodik, ma már meghaladja a 130-at.

A mellékpajzsmirigy adenomák kiirtása megállítja a csontuhító folyamatot, visszafejlődik az osteoporosis, a fájdalmak, a járási zavarok megszűnnek. Az üregek és barna daganatok vagy eltűnnek, vagy mész rakódik le bennük, vagy megmaradnak. A mellékpajzsmirigy adenoma kiirtása után sok esetben fejlődik ki muló természetű tetania. A túlméretezett mészanyagcsere-t a megmaradt mirigyek nem képesek szabályozni. Kezelése ugyanazon elvek alapján történik, mint minden más eredetű tetaniáé.

Czeyda—Pommersheim Ferenc dr.
egyetemi magántanár, közközházi főorvos.



ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26. IV. em.
Telefon: 345-113.
Ingyenes lífthasználat.
 (Kérje a portástól.)

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 csekkszámunk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. *Romániában:* Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában:* Eleőd Solt, O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az „Orvosi Hetilap”-ra az „Orvostudományi közlemények”-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belső díjak + portóköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2.50 P. A „Magyar Orvosi Archivum” egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

Narcoticum- és barbitursavmentes fájdalomcsillapítás.

DITONAL - KÚP

MITE ÉS FORTE

Analgeticum — sedativum — spasmolyticum — antipyreticum

Súlyosabb eseteknél, spasmusoknál, rheuma és ischiásnál

DITONAL-FORTE

Magyar gyártmány

Készíti: **Vajna József gyógyszerészeti laboratoriuma**
 Budapest, IV., Váci-utca 34.

Fejfájás,
 fogfájás,
 neuralgiák,
 meghülés
 esetén:

Antalgin

Gyors hatás — kiváló tolerancia

Olcsó! Megbízható! Magyar!

Antalgin scat. orig.
 20 tabl. — P 1-80

MEDICHEMIA r.-t. Budapest, X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, BALÓ JÓZSEF, GORKA SANDOR, HÜTTL TIVADAR, BERDE KÁROLY
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDA KOVITS KAMILLO, REUTER KAMILLO, JENEY ENDRE, MÉHES GYULA
FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN. SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Ádám Lajos: Az emlő daganatairól. (667—668. oldal.)
Vándorfy József: A gyomortartalom sósavtartalékáról. (668—670. oldal.)
Rehák Pál: A nyak rákos daganatai által okozott maródásos vérzések. (670—672. oldal.)
Szentkirályi Zsigmond és Hajnal Mária: A leánycsecsemők és leánygyermek kankóájának kezelése. (672—673. oldal.)

Irodalmi szemle: (673—674. oldal.)
Könyvismertetés: (674—675. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (675—676. oldal.)
Heinrich Emil: A szegénybetegellátás korszerűsítése. (676—679. oldal.)
Vegyes hírek: (679—680. oldal.)

Az emlő daganatairól.

Írta: *Ádám Lajos dr.*, egyet. ny. r. tanár.

— Klinikai előadás. —

Mikor a III. sebészeti klinikán operált emlődaganatok adatait átnéztem, meglepett, hogy magánbetegeim közül egy sem halt meg közvetlen a műtét következtében, a klinikai betegek közül ellenben 10. A legtöbb statistika 1—4.5% műtét halálozást említ a régebbi 15—25%-kal szemben.

Magánbetegeimet egészen kikapcsolom, pedig nagyon csábítana egy másirányú statistika, hogy ezen betegek mennyi ideig éltek még a műtét után, tekintve, hogy *Krecke* magánbetegei közül 23.3% még 10—14 évet és 18% még 30—32 év után is élt. Elsősorban e 10 haláleset okát igyekeztem kideríteni s minthogy 9-et felboncoltak, pontos adatok álltak rendelkezésemre. 237 esetet operáltunk, ez 4.2% halálozásnak felel meg. E 10 közül azonban csak 5 halt meg 1—2 napon belül, (2.1%) a többiek 1—2 hónap múlva, de még a klinikán. Az egyiknek súlyos cukorbetegsége volt, az összes többiek pedig kifehélyesedett rákban szenvedtek s a boncolás minden esetben távoli áttételre talált. Felmerült ennél fogva az a kérdés, miért kell ilyen eseteket megoperálni s meg lehet-e állapítani a műtét előtt, hogy a betegnek már távoli áttételei vannak. E kérdés annál fontosabb, mert ha *Steinthal* felosztása szerint osztályozzuk a betegeket, akkor az I. szakban operáltak 75%-a marad életben 5 év után, a II. szakban 25%, a III.-ban lévőknek pedig legfeljebb 10%-a. Fontos volna tehát, hogy az I. szakban operáljunk, mikor még a hónalj mirigyekben nincsen áttétel. Ezt csak úgy érhetjük el, ha igyekezünk felvilágosítani a népet, mint *Dollinger* tette s ha minden kétséges daganatot eltávolítunk az emlőből s azonnal szövettanilag megvizsgáljuk, s ha rosszindulatú, azonnal gyökeresen megoperáljuk. *Próbakimetszést soha nem végzek. Véleményem szerint nem szabad a daganatból kivágni egy darabkát s napok múlva a gyökeres műtétet elvégezni. Az egész tapintható daganatot el kell távolítani s azonnal szövettanilag megvizsgálni s ha rákosnak bizonyul, a gyökeres műtétet is haladéktalanul el kell végezni.* Ezt nemcsak pszichikus okokból ajánlom, de gondolkodóba ejtett egy esetem. A daganat kiirtása megtörtént s a szomszéd szobában *Buday* prof. végezte a szövettani vizsgálatot.

5—10 percen belül rendesen választ adott, ebben az esetben azonban újabb és újabb metszeteket készített, míg kimondta, hogy gyökeres kiirtás szükséges. Összesen kb. 30 perc telt el, míg az emlőt a hónalji mirigyekkel együtt eltávolítottuk. A hónalj mirigyek vizsgálatakor azok telve voltak vörösvérsejtekkel, melyek az először kiirtott daganat helyén keletkezett vérömlenyből jutottak oda. Ki állhat jót, hogy a felvágott daganat sejtjei ép oly gyorsan nem jutnak-e távolabbi mirigyekbe el az alatt a néhány nap alatt, míg a szövettani vizsgálat megtörténik?

Az összes 325 emlődaganat közül 18 rosszindulatú már nem lehetett megoperálni. 237 rosszindulatú gyökeresen s 70 jóindulatú daganatot operáltunk. A daganatok nagyrészt a klinikai tünetekből sikerült kórismézni, de kétségtelenül az emlődaganatok különleges helyet foglalnak el, mert gyakran előfordul, hogy ha minden körülményt a daganat növekedésére, kiterjedésére, stb. vonatkozólag is tekintetbe veszünk, nem lehet biztosan megállapítani, hogy jó-, vagy rosszindulatú daganattal van-e dolgunk s ilyenkor van helye az azonnali szövettanilag vizsgálatnak. Ha a hystogenetikus alapot vesszük tekintetbe és cysta és cystaszerű daganatokat, tipikus, vagy atypikus epithelialis, tipikus, vagy atypikus kötőszöveti daganatokat különböztethetünk meg, a cysták elhatárolása az involútiós állapottól, gyulladásoktól néha nehéz. A tiszta epithelialis, vagy kötőszöveti daganatok ritkák, általában vegyes daganatokkal fibroepithelialis daganatokkal találkozunk s kezdő szakban sokszor még a szövettani lelet sem ad biztos felvilágosítást. Bizonyos, hogy az évtizedekig fennálló cystaszerű daganatok vannak, melyek később már elrákosodhatnak. Az epithelialis daganatok, amint az adenoma és a leggyakrabban előforduló fibroadenoma (fibroadenoma pericanaliculare, -intra-canaliculare, cystadenoma papilli ferum, -phyllodes, vagy -arborescens), melyek néha carcinomává, vagy myxofibroma cc.-vá minden feltűnőbb tünet nélkül elfajulhatnak.

A 70 operált jóindulatú daganat közül 55 fibroma, illetve fibroadenoma, 9 adenoma s 5 cysta. 1 férfi és 69 nő közül 4 esetben kétoldali volt a fibroma. Nagyrésztük a 20—50 év között, 4 esetben 60—70 év között fordult elő. Jobb- és baloldalt kb. egyformán észleltük.

A jóindulatú daganatok műtete is javult és indokolt, elsősorban ha jóindulatúságuk kétséges, de különben is, mert egyrésztük előbb-utóbb úgyis elfajul. Két-

ségtelen, hogy a corpus luteum hormonalis befolyása a praemenstrualis időben az emlőben szövettani elváltozásokat hoz létre, melyek néha fájdalmas csomók alakjában klinikailag is kimutathatók. (A mirigyek stomájának fellazulása és rostozódása, majd a kötőszövet duzzadása). Elképzelhető *Dietrich* következtetése, hogy amenorrhoeával ovarialis hormonalis hatásra létrejövő involutióban is elváltozások keletkeznek az emlőben s ha még hozzávesszük *Moskovits* vizsgálatait, melyekből az tűnik ki, hogy az emlőnek mind az epithelialis, mind kötőszöveti része éretlen állapotban van és különös növekedési készséggel bír. Ha már most öröklődési, constitutionalis foglalkozással járó ártalmak is közrejátszanak, érthető, hogy éveken át jóindulatú daganat rákosan elfajul. Ha ez okokból a jóindulatú daganatokat is operálandónak tartjuk, nincsen kétség afelől, hogy az operálható risszindulatú daganatokat, mai tudásunk szerint minél előbb meg kell operálni.

A női emlőrák 80-szor gyakoribb, mint a férfiemlőrákja, a sarcoma ellenben kb. 16-szor gyakoribb férfinn, mint nőn; a bal emlőben gyakoribb, mint a jobban; — idült mastitis, mint praecarcinomás betegség szerepel, kb. 29%-ban trauma az előidéző ok. Prophylaktikusan az emlőbimbók tisztántartásán, a mastitis megelőzésén, a vérző emlő okának kikutatásán, a jóindulatú daganatok eltávolításán kívül egyebet nem igen tehetünk. A rosszindulatú daganatot el kell gyökeresen távolítani, bármily kicsiny legyen is az, a nagyság nem mutatja a súlyosságát. Alig tapintható daganatok mellett is észleltek már áttétet. A szöveti leletről nem lehet az élettartamra következtetni, leggyakrabban cc. solidum simplex, majd cc. solidum medullare, cc. solidum scirrhum fordul elő, de a kórjóslatot leginkább a kiterjedésből állíthatjuk fel. A rák gyógyításában számításba jöhet műtét, vagy tisztán sugaras kezelés, műtét előzetes és utólagos, vagy csak utólagos besugárással. A tisztán sugaras kezelés, mint *Wintz* végezte nem tiszta sugaras kezelés, mert a kezelés után a daganatot szövettani vizsgálat céljából eltávolította, a mirigyeket azonban nem. Ez eljárásnak meg van az az eredménye, hogy bebizonyosodott, miszerint sugaras kezelés után a daganat helyén mindig maradnak vissza ráksejtek melyeknek, ha életképességük erősen gyengült is, de nem tudni meddig, az adenocarcinómát pedig egyáltalán nem pusztítja el. Gyógyíthatatlan rákot okvetlen röntgennel kell orvosolni. *Holfelder* szerint a kezelték 5.5%-a még 3 év múlva tünetmentes volt, 41.8%-a javult, 52.7%-ára pedig a röntgennel nem volt semmi hatása. *A korai műtét még mindig az egyedül gyökeres gyógyulást ígérő eljárás.* Hogy az eredményt javítsuk, mindig radicalisabbak lettünk. Az eredmények javultak is, de a radikalismusként is van határa. A bőr nyirok-utak és csomók a nagy mellizom külső szélén haladnak, tehát a bőrt ettől ki- és befelé szélesen el kell távolítani a mellizommal együtt, el kell távolítani a m. subscapularist és serratus anterior fasciáját a serratusok tapadásával együtt, hogy a thoracalíst, nyirokcsomókat és a Barthel-mirigyeket is eltávolítsuk. Nem szoktam eltávolítani a rectus hüvelyét, mint *Handley* ajánlja, sem a m. subclaviust, mint *Duvad—Redon* ajánlja, a kulcsalatti és feletti árok jobb áttekinthetése végett. E gyökeresebb műtéttől sem *Halsted*, sem *Küttner* nem látott jobb eredményt. A kulcsosott átfűrészelését sem végzem, amit már *Küttner* és *Rotter* is elhagytak, annak ellenére, hogy ők ajánlották. A supraclavicularis mirigyek kiirtását *Halsted* ajánlotta, de csakhamar maga is abbahagyta. A bőrkimetszést úgy kell végezni, hogy a bőr-nyirokpályákra is tekintettel legyünk, ezt a célt szolgálják *Weinert*, *Rotter*, *Czirer*; a bőrrrel nem kell takarékos-

kodni, a hasbőrből vett nyeles lebennyel mindig fedni lehet az esetleges bőrhiányt. (*Heidenhain*, *Kleinschmidt*.) Kimélni kell a plexus brachialisból a n. thorakodorsalist, mely a m. subscapularist, teres majort és latissimus dorsit látja el, (ha ezen izmok hűdöttek, a köteny megkötése lehetetlen). A n. thoracalis longát, mely a m. serratus anteriort látja el (haját nem tudja rendbehozni).

Az emlőrák műtétének késői eredménye elsősorban a baj korai felismerésétől függ. Rendszerint a beteg tapint valami idegen göböt az emlőjében. Fájdalmak eleinte alig 20%-ban jelentkeznek, a bimbó magasabb állása, behúzódnása, behúzódnott, esetleg narancshéjszerű bőr, esetleg tapintható mirigyek azok, melyek felhívják a figyelmet. Műtét nélkül az élettartam legfeljebb 32 hónap. Az operáltaké 6 hónaptól 18 évig s még tovább tart, az átlagos élettartam 49 hó. A stockholmi Radium Hemmet kimutatása szerint a röntgennel utókezelteké 61 hónap. Néhány év előtt kétségtelenül rövid élettartamot mutattak a röntgennel utókezeltek, bizonyos azonban, hogy nem elég a beteget csak besugározni, a hosszú ideig kis adagokkal kezeltéké ügylátszik jobb, mint a nem kezeltéké. *Holfelder* szerint gondos utókezeléssel meg lehet szerezni a kiújulástól mentességet, viszont *Greenough* tisztán gondosabb, gyökere-sebb eljárással 43% javulást ért el, úgyhogy a második eljárásról még nem lehet végleges véleményt mondani.

Az előzetes besugárzás helyett minden műtét előtt világtassuk át a tüdőket, csigolyákat, vállövet és a medencecsontokat. Ha áttételeket találunk akkor csak röntgensugárral kezeljük, kivéve ha kifehélyesedett daganattal van dolgunk, mint 7 exitussal védződött esetünkben volt. Az ilyen kifehélyesedett eseteket először elpörkösitjük s azután diathermiás késsel kiirtjuk. Tekintettel az áttételekre ilyen műtétektől nem az élet meghosszabbítását várjuk, hanem csak a beteget és környezetét akarjuk megszabadítani a nyitott rák szörnyű kellemetlenségeitől.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A gyomortartalom savtartalékáról.

Irta: *Vándorfy József dr.*, egyetemi magántanár.

A mult század második felében, a gyomortartalom (gy. t.) savviszonyainak tanulmányozása kezdetén alakult ki a szabad sósav fogalma. Az akkori felfogás szerint bizonyos jelző anyagok (indikátorok), ha oly közegbe kerülnek, amely szabad savat tartalmaz, jellemző színt vesznek fel s ha a szabad savat luggal közömbösítjük, a jelző anyag színe megváltozik. A közömbösítésre elhasznált lúg mennyisége tehát azt mutatja, hogy mennyi szabad sav volt az illető közegben.

A gy. t. szabad sósav tartalmának illetően meghatározására hosszú időn keresztül változtatták a jelző anyagokat, míg végül a dimethylamidoazobenzol $\frac{1}{2}\%$ -os alkoholos oldata, a *Töpfer* reagens (1894) terjedt el általánosan. Az akkori felfogás szerint ez szabad sósav jelenlétében karmazsinvörös színt mutat a gy. t.-ban. Amikor a luggal való titrálás alatt e szín lazacvörössé, majd narancsszínűvé változik, az összes szabad sósav közömbösítőddött. Az így nyert értéket $n/10\%$ -ban fejezzük ki. A szabad sósav érték tehát azt mutatná, hogy a kérdéses gy. t. 100 ccm.-ében hány ccm $n/10$ lúgnak megfelelő szabad sósav van jelen.

Physicális-chemiai ismereteink kibővülése felfogásunkat a titrációs értékek s így a szabad sósav fogalmáról is lényegesen megváltoztatta. Elsősorban ismertté

vált, hogy a jelző anyagok színváltozásai a közeg hydrogen ion (H^+) sűrűségével függenek össze. Az átcsapási pont tehát minden egyes jelző anyagra jellemző p_H mellett van. Ha a közeg H^+ -kon kívül más, főleg fehérje-természetű anyagokat és sókat is tartalmaz, mint a gy. t., a színváltozás a jelző anyagra jellemző módon eltolódhatik. A jelző anyag másképp fog tehát viselkedni, ha próbareggeli utáni gy. t.-ban alkalmazzuk, amely aránylag kevés fehérjét és só-t tartalmaz, mint olyan próba-étkezés utáni gy. t.-ban, amelynek fehérje és só tartalma a bevitt hus és más ételek folytán jóval nagyobb. Az első tanúság tehát, amelyet szerezhettünk, hogy a szabad sósav értékek csak u. a. próbaétkezés utáni gy. t.-ban nyújtanak összehasonlításra alkalmas eredményeket. De u. a. próbaétkezés mennyiségi és minőségi összetételének is változatlanoknak kell lennie, hogy a kikapott értékeket egymással összehasonlítani tudjuk.

A Töpfer reagens színváltozása próbareggeli utáni gy. t.-ban 2.6—3 p_H mellett következik be. 3.4 p_H ig marad narancsszínű s 3.4—4.1 p_H között aransárga színt mutat (*Michaelis*). A congópapír átcsapási pontja próbareggeli utáni gy. t.-ban 4.5 p_H mellett van. *Günzburg* reactio eredménye szintén a közeg H^+ sűrűségétől függ. *Lanz* szerint próbareggeli utáni gy. t.-ban a pozitív-negatív eredmény határa 2.4 p_H -nak felel meg. Ezen eredmények által megdőlt az a régebbi felfogás, hogy a színjelző anyagok a gy. t. szabad sósav tartalmát mutatják. Hiszen a Töpfer reagens narancsszínűvé válása után is marad még bizonyos mennyiségű szabad H^+ a gy. t.-ban.

Teljesen tarthatatlanná válik azonban a „szabad sósav” elnevezés, ha részletesen átgondoljuk azokat a vegyi folyamatokat, amelyek a gy. t.-ban a titrálás alatt végbemennek. A próbareggeli utáni gy. t. a sósavat részben szabad, tehát disszociált, részben fehérjékhez kötött, tehát nem disszociált alakban tartalmazza. A szerves savaktól és savanyú sóktól most eltekintünk. A szabad és kötött sav mennyisége a gy. t.-ban egyensúlyi állapotban van. Ha azonban a gy. t.-hoz pár csep lúgot adunk, ezen egyensúlyi állapot felbomlik. A szabad sósav egy része közömbösödik s így a kötött sav mennyisége jut az előbbi helyezethez viszonyítva túlsúlyra. Emiatt a kötött sav egy része felszabadul addig, amíg újabb egyensúlyi állapot létre nem jön. Tekintve azonban, hogy az így szabadabbá vált H^+ -ok mennyisége nem éri el a közömbösítés által elvesztett H^+ -ok mennyiségét, a gy. t. H^+ sűrűsége csökken. Ha most ismét adunk pár csep lúgot a gy. t.-hoz, ez a folyamat ismétlődik, amíg a gy. t. H^+ sűrűsége el nem éri a jelző anyag színváltozási határát.

Minek felel meg tehát pld. a próbareggeli utáni gy. t.-ban Töpfer reagenssel titrálva az elfogyott lúg mennyisége? Természetesen nem az eredetileg jelenvolt szabad sósav mennyiségének. Ennek csak egy része használódott el. Ezen kívül azonban az eredetileg kötött s a titrálás alatt felszabadult sósav egy része is elhasználódott. Hogy az eredetileg szabad és kötött sósavból mily mennyiség, és milyen arányban fogy el a titrálás alatt, amíg a gy. t. p_H ja 2.7—3-ra száll alá, azt pontosan megmondani nemigen tudjuk. Nagymértékben függ ez azonban attól a viszonytól, amely a gy. t. szabad és kötött sósav mennyisége között eredetileg fennállt. Ezt egy példával világítom meg. Vegyünk két gy. t.-at amelyek H^+ sűrűsége ú. az. Az egyikben sok kötött sósav van, a másikban kevés, a savkötő anyagok különböző mennyisége folytán. Az első titrálásakor sokkal több kötött H^+ szabadul fel a színváltozás eléréséig, mint a másikban. Az elsőnél tehát a szabad sósav sokkal magasabb is lesz, dacára az egyező H^+ sűrűségnek.

Mindezen körülmények világossá tették, hogy a „szabad sósav” elnevezésnek semmi értelme nincsen. E kifejezés teljesen hamis. Némely szerző emiatt odáig ment, hogy az egész titrálási eljárást értéktelennek mondta s mint ilyent elvetette. Szerintük teljesen elégséges, ha különben is hamis mennyiségi adatok helyett csak minőségileg vizsgáljuk a gy. t.-at úgy, hogy 1—2 ismert átcsapási ponttal bíró jelzőanyagot adva hozzá, a fellépő színváltozásokat, esetleg azok erősségét figyeljük meg. Így nagy vonásokban megmondhatjuk, hogy az illető gy. t. magas, közepes vagy alacsony H^+ sűrűséggel rendelkezik e. Az aktuális aciditás pontos meghatározása ugyanis már csak körülményes eljárásokkal viheto keresztül s gyakorlati értéke úgy sincs.

Ha e felfogás általánossá válik, a gy. t. titrálásának teljes elhagyásához vezetett volna. A „szabad sósav” értékek eltűntek volna az orvosi gyakorlatból. S mégis mit látunk? A fenti megállapítások óta évek teltek el s a „szabad sósav” értékek az orvosi gyakorlatban változatlanul megtartották azt a helyüket, amellyel azelőtt is rendelkeztek. Mi ennek az oka? Hiszen a fenti megállapítások megcáfolhatatlanul helyesek. Az ok csak az lehet, hogy a nyert értékek gyakorlatilag jól használhatók voltak, csak az értelmezésük volt helytelen. Ennek a felismerése után tehát nem az a feladatunk, hogy magát az eljárást mellőzzük, hiszen ennek gyakorlati hasznáról az évtizedek folyamán meggyőződünk, hanem hogy megtaláljuk annak helyes lényegét, értelmezését s így a gyakorlati hasznát tudatosan alkalmazzuk.

A „szabad sósav” meghatározásánál a gy. t.-nak nem egy minőségi tulajdonságát állapítjuk meg, mint a H^+ sűrűség meghatározásakor, hanem a gy. t.-ban lévő savmennyiségből egy részt határozunk meg, választunk külön, tehát mennyiségi meghatározást végzünk. Mi a jelentősége e savmennyiségnek?

A pepsin emésztőképessége a gy. t. H^+ sűrűségével függ szorosan össze. A pepsin emésztéshez egy bizonyos H^+ sűrűség okvetlen szükséges. Az alsó határ, amelynél a pepsin hatás már kifejezetten csökken, 2.7—3 p_H nak felel meg. 4 p_H nál a pepsin emésztés megszűnik. Mint látjuk, a H^+ sűrűségnek az az alsó határa, amelynél a pepsin hatás kifejezetten csökkenni kezd, összeesik a Töpfer reagens átcsapódási pontjával a próbareggeli utáni gy. t.-ban. Ha tehát a titrálást e pontig végezzük, azt a savmennyiséget kapjuk meg, amely akár szabad, akár kötött alakban, az emésztéshez okvetlenül szükséges savon felül a kivétel pillanatában a gy. t. rendelkezésére áll.

A gy. t. tehát az emésztés tetőfokán bizonyos tartalék savmennyiséggel rendelkezik. Mi a célja e savtartaléknak? Ha a gy. t.-nak az emésztés tetőfokán csak a pepsin emésztéshez okvetlen szükséges savmennyiség állana rendelkezésre, úgy mindazok a tényezők, amelyek a savmennyiségét csökkentik, vagy a H^+ sűrűséget a gy. t. felhígításával leszállítani képesek, az emésztést hosszabb-rövidebb időre felfüggesztenék. A gyomorműködés szempontjából ez természetesen nem lenne közömbös.

A gy. t. savtartalmát az emésztés alatt leszállíthatja az ujonnan felvett táplálék, a lenyelt nyál s a bélkapun át a gyomorba visszaáramló nyombélbennék. Fontosabb azonban azon vegyi folyamatok, amelyek az emésztés alatt a gy. t.-ban végbemennek. A fehérjeemésztés kapcsán itt állandóan újabb és újabb bomlási termékek lépnek fel, amelyeknek savkötő képességük igen nagy. Ha tehát a gyomor csak annyi sósavat választana el, hogy a pepsinemésztéshez okvetlenül szükséges mennyiséget a gy. t.-ban létrehozza, úgy e bomlási termékek

nagy savkötő képességük folytán az emésztést folyton megszakítanak. A savtartalék tehát az emésztés folytonosságának a biztosítására szolgál.

De más jelentősége is van a gy. t. H⁺ sűrűségét az emésztőképesség alsó határától feljebb emeljük, úgy a pepsinémésztés is fokozódik. Az optimum 1.7 p_H-nak felel meg. Hogy tehát a savi közeg szempontjából a gyomoremésztés a legelőkétesebb fokot érje el, ezen H⁺ sűrűségekre kell törekednie. Ezt azonban csak úgy érheti el, ha több sósavat választ el, mint amennyi a pepsin emésztéshez okvetlenül szükséges.

Mi a gyakorlati jelentősége a gy. t. savtartalék meghatározásának? Mint azt több évtizedes tapasztalat sok ezer és tizezer esetben megmutatta, ú. azon próbaátkezelés után az emésztés tetőfokán a gy. t. savtartaléka normális emésztési viszonyok mellett bizonyos határokon belül marad. Ez próbareggeli után $\frac{3}{4}$ órára kivett gy. t.-nál 20–40 ccm n/10%-nak felel meg. Ha 40-nél magasabb értékeket nyerünk, úgy ez azt bizonyítja, hogy a gyomor több sósavat termelt, mint amennyire az adott viszonyok között szüksége volt. Ezt nevezzük, nem egészen helyesen superaciditásnak. Ha 20-nál alacsonyabbak az értékek, úgy kevesebb sósav választódott el a szükségesnél. Ezt nevezzük, nem egészen helyesen subaciditásnak.

Úgy a superaciditás, mint a subaciditás természetesen csak működési eltérést jelez, amelynek a létrejöttét és jelentőségét minden egyes esetben az összes többi leletekkel együtt az eddigi kórleltani megfigyelések és klinikai tapasztalatok alapján kell értékelnünk. Mindenestre igen fontos vizsgálati leletünk, amelyet gyomor-betegeinknél nehezen nélkülözhetünk.

Célszerű volna azonban a helytelen és félreértésre alkalmas „szabad sósav” elnevezést kiküszöbölünk s helyette a savtartalék elnevezést alkalmaznunk.

A Pázmány Péter Tudományegyetem orr-, gége- és fül-klinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

A nyak rákos daganatai által okozott maródásos vérzések.

Irta: *Rehák Pál dr.*, egyetemi tanársegéd.

A nyakon a rák a gégeből, a nyelvgyökből, a garatból, a pajzsmirigyből, branchiogen csirákból, a bőrből, továbbá gyakran áttéti uton a nyirokmirigyekből, olykor a csigolyákból indulhat ki. E daganatok, ha gyökeresen ki nem irtjuk őket, növekedésük folyamán áttörhetnek a bőrön, betörhetnek a garatba, nyelőcsőbe gégebe, légcsőbe és itt kifeléyesedve maródásos vérzést okozhatnak. A daganatok által előidézett maródásos vérzéseket a nekrobiosis hozza létre: a tumorsejtek korlátlan növekedése beszűremíti és eltömeszeli az ereket, elsősorban a vékonyabb folú vénákat, később az arteriákat és így saját szövetének táplálását megakadályozva a daganat egy része elhal, sokszor másodlagos fertőzés kíséretében szétesik és lelekedik a jobban táplált szövetekről. A bántalmazott érfal beszakad és megindul a vérzés. Az első klinikai tünet, a kifeléyesedett területen a kis vénákból eredő szivárgó vérzés, amelyet rövidebb-hosszabb szünet után a nagyobb vénákból meginduló vérzés szokott követni; ez a vénás nyomás fokozódásával a nyakon különösen erős lehet, amikor a beteg erőlködik, vagy köhög. A nagyobb vénás vérzések az életet sokszor közvetlenül fenyegetik, de a veszályos beavatkozással gyakran elhárítható. A kisebb arteriákból származó vérzéseket is sikerülhet elállí-

tani, ellenben a nagyobb arteriák (carotisok) maródásos vérzése rendszeren percek alatt halált okoz. A kifeléyesedett daganatban a vérző ér — különösen, ha előzetesen nagyobb vérvesztés érte a beteget — alig található fel, a vénás vérzések sokszor elállanak, úgy, hogy semmi sem árulja el helyüket és a következő percben egy köhögés hirtelenül heves vérzést indít meg. Még nehezebb a helyzet, ha a vérzés a garat vagy gége felé indul meg: ilyenkor az elvérzés szempontjából esetleg számba sem jövő mennyiségű vér a beteg megfulladását okozhatja.

Hogy milyen alattomos lehet a gégevérzés, azt Lénárt professor egy betegének esete mutatja, akin hangszálagrák miatt thyreotomiát és chordektomiát végeztek. Egészen sima kórlefolyás mellett a műtét utáni 10. napon percek alatt elvérzett a beteg a chordektomia sarjgázl sebéből. A boncolás alkalmával a leggondosabb vizsgálattal sem lehetett megtalálni az elvérzést okozó eret.

Az egyetemi orr-, gége- és fülklinikára változatosan nagy tumoros beteganyagán elsősorban a gégerák és szövődményei (nyirokcsomóáttételek, áttérjedés a nyelvgyökre, ezenkívül garatrak, pajzsmirigyak stb. által okozott maródásos vérzéseket van alkalmunk észlelni.

A beteganyag általában a következő maródásos vérzéstypusokat mutatja:

1. A vérzés a gégekiirtás után keletkező recidivákból indul ki. A kiújulások jelentkezésében sokszor az a körülmény szerepel, hogy a klinikára az egész országból, sőt külföldről is számos, az operálhatóság határán lévő eset kerül, ezek egy részében még jó eredményt nyújt a műtét, de természetesen több kiújulást észlelünk, mint ha a betegség korábbi szakában kaptuk volna a betegeket.

Tekintetbe veendő továbbá, hogy a klinikán megoperált rákos betegeket távozásuk után is legtöbbször folyamatos ellenőrzés alatt tartjuk, úgy, hogy a daganatkijúulásban szenvedő betegek jórésze ismét a klinikára kerül.

A teljes gégekiirtás utáni kiújulás esetében a vérzés a következő helyeken szokott keletkezni:

a) a műtéli hegben keletkező recidivákból a vérzés a nyelvcsont alatti, vagy feletti tájékon indul meg. Ilyen esetekben a daganatos fekély többnyire a garatba is betör és a vérzés a felület felé, vagy a garatba, vagy mind a két irányba történhetik.

b) A nyak oldalán, a fejbiccentőizom mellett — rendszeren nyirokmirigyekből fejlődő recidivákból maródásos vérzések, a felület felé, ritkábban a garat felé indulnak meg.

c) A tracheostoma közelében keletkező, vagy a légcsőbe beleterjedő kiújulásokból elinduló maródásos vérzések.

2. A nem operált és csak sugárkezelésben részesített gégerákban jelentkező maródások. Ilyen esetekben a sugárkezeléstől erősen elszineződött, rugalmasságában csökkent bőrön, melyet sokszor perichondritis is lobossá tesz, nagyjából szintén a fent vázolt helyeken szoktak a maródásos vérzések jelentkezni. Legtöbbször a betegeken a sugárkezelés megkezdése előtt a légzés biztosítása végett légcsömetszés történik, ami a befelé való vérzések ellátásában is nagy előny. Egy esetben a betegségnek aránylag korai szakában következett be a végzetes kimaródás: a 60 éves férfi daganata a sinus piriformisokra és a gyűrűporc hátsó felületére terjedt ki, 2 heti röntgenkezelés után egy kevés véres köpet jelentkezett, néhány óra múlva a gégeben meginduló heves vérzés néhány perc alatt megölte a beteget.

3. A többi nyaki rák — a nyelvgyök rákját nem tekintve (amely mind a garat, mind a bőr felé tör át és a középvonal tájon okoz kimaródást), a nyak oldalán, a fejbiccentőizom mellett a bőrön, vagy befelé a hypopharynx lateralis falán tör át és itt okoz vérzést (garatrák, branchiogenrák).

4. A nyiroksomókban mutatkozó áttételek a nyak oldalsó részén okoznak kimaródást.

A nyaki maródásos vérzések ellátása sokszor nehéz, néha lehetetlen. A classikus vérzéscsillapítási eljárások (lekötés, aláöltés a vérzés helyén, a főer lekötése) többnyire csődöt mondanak.

A széteső, sokszor másodlagosan fertőződött daganszövetben ugyszólván lehetetlen az eret lekötni, az aláöltés is többnyire átvág. A nyak oldalsó részén eredő vérzések esetén a carotis externát sokszor nem lehet lekötni, mert a környező szövetek többnyire egészen a kulcscsotig infiltráltak és lobosak, úgy, hogy az ütőeret lehetőleg gyorsan szabaddá tenni nem sikerül. A carotis externa lekötése azért is bizonytalan eredményű, mert néha a truncus thyrocervicalis valamely ágából ered a vérzés (art. cerv. asc.), amire volt eset klinikánkon. A nyak középvonalához közel eső vérzések pedig a bő anastomosisok miatt hiába kötjük le az egyik oldalon a carotist.

A nyak oldalsó részén keletkező vénás és kisebb arteriás vérzések ellen rendszeren csak tamponálással tudunk eredményt elérni. Ha a környező szövetek nem tulságosan szakadékonnyak, meg lehet kísérelni a tömeges (anmasse) aláöltést, oly módon, hogy a selyemfonalat a fekélyre helyezett jodoform gaze henger felett csomózzuk.

A nyakon, a nyelvcsont táján meginduló maródásos vérzés esetén, rendszeren gégekiirtás utáni recidivában, vagy inoperabilis gégerákban, a nyelvgyök felől áttört rákban, legtöbbször kifelé és befelé indul meg a vérzés. E vérzéstypusban igen jól beválik a Bellocque féle elven alapuló, Réthi által ajánlott tamponálás. Mi a klinikán a következőképpen járunk el: a vérző daganatos fekélyen át meggörbített gégesondát vezetünk a garatba, illetőleg a szájba, melynek segítségével erős kettős selyemfonállal felszerelt, megfelelő nagyságú jodoform gaze gombolyagot húzunk be a nyelvgyök, illetőleg gége tájékára. A két fonalat azután a nyakra helyezett gombolyag felett csomózzuk. Ez ilyen esetekben a leg-hatékonyabb, egyszerű vérzéscsillapító mód. A gége üre felé irányuló vérzéseknél, még ha nem is nagyfokúak, az első feladat a vér-aspiratio megakadályozása. Ezt leggyorsabban a meglevő, —vagy sürgősen elkészítendő tracheostomába helyezett Trendelenburg f. tamponcanullal érhetjük el. Így a megfulladás veszélyétől mentesítve a beteget, hozzáláthatunk aztán a vérzés további ellátásához (tamponbehúzás a gégebe).

Teljes gégekiirtás után a tracheostoma körüli, vagy a tracheostomában ülő kiújulásokat okozta maródásos vérzések csillapítására hatásosnak bizonyult a jodoform gézzel vastagon körülcsavart és bezsirozott gégecanüle. Ezt Lénárt professor sok évi tapasztalattal kialakult módszerrel egyébként is rendszeresen alkalmazza a gégekiirtás műtétén átesett betegeken utókezelésében.

A vérzéscsillapítás változatos módjainak szemléltetésére röviden ismertetem az alábbi kóreseteket:

E. L.-né 65 éves. Első felvétele alkalmával nyaka bal oldalán férfikölnyi, daganat foglalt helyet, mely a gége bal felével látszott, összekapaszkodott. Röntkenkezelésben részesült, összesen 10.200 R-t kapott 1937. VIII. 27-ig bezárólag. A daganat csaknem teljesen eltűnt.

1937. szept. 16.-n újrafelvétel, nyelési- és légzési panaszok miatt. A gégebemenet nagyon vizenyős, a nyelés csak tápláló sondával lehetséges. Fokozódó légszomj; IX. 22-én

légszomyszés. X. 4-én erős vérzés a hypopharynxból; orrán, száján ömlik a vér. A tracheostomából gégesondát vezetünk a szájába és a leírt módon tyuktojásnyi jodoform gaze csomót húzunk a gégebemenetbe, illetőleg hypopharynxba, melynek fonalait a légszó canüle felett elhelyezett gaze-hengeren csomózzuk. A vérzés elállt. A hypopharynxot kitöltő daganat miatt gastrostomia céljából áttesszük az I. sz. sebészeti klinikára, ahol elkészítik a gyomorsipolyt. Két nap múlva eltávolítják a garattampont, amely addig kitűnően tömített, azután néhány órával újabb maródásos vérzés keletkezett, mely néhány perc alatt megölte.

M. L. 39 éves férfi. Gégerák miatt, melyet nem akart operáltatni, Bécsben 1938. dec. és 1939. jan.-ban protrahált, fractionált Rtg. kezelésben részesült. Akkor gyógyultnak nyilvánították. Klinikánkra 1939. júl. 13-án vettük fel, igen leromlott állapotban: a gége belseje és az epiglottis petiolusa vérzékeny, bűzös fekélyé alakult. Nehézlégzés miatt azonnal légszomyszést végzünk. Tekintettel a beteg fiatal korára, dacára a daganat nagy kiterjedésének és az előző Rtg. besugárzásnak, elvégezzük a teljes gégekiirtást (VII. 24-n). A nyelvgyököt is resecálni kell, itt nem sikerül egészen megnyugtató módon kiirtani a daganatot, tekintettel a nyelvgyökre az előző besugárzás okozta vizenyős voltára. Augusztus 10-én a nyelvgyöknek Rtg. besugárzás után elhaló részéből erős maródásos vérzés indul meg, melyet a kis helyen szétvált garatplastica nyílásánál bevezetett gégesonda vezetésével behuzott Bellocque—Réthi tamponnal elállítunk. Következő napon ismét erős vérzés a nyelvgyökről. Most nem boldogulunk a Réthi f. tamponnal, ezért a nyak gyógyult műtési hegét kb. 3 cm-es darabon felvágjuk és a sebet feltárva megkíséreljük aláölteni a vérző eret. Ez nem sikerült, de a sebcsatornába a vérzés helyére szoros jodoform gaze tampont sikerül behelyezni. A vérzés megszűnt és az igen erősen kivérzett és leromlott beteg állapotát javulni kezdett, a nyelvgyök elhalt részei lassan lelikódtak, a nyak sebe kívülről gyógyult, csak ludtollszár nagyságú sipoly állandósult a nyelvgyök felé, amely nem záródott el. Ismét Rtg.-kezelésben részesült és állapota annyira javult, hogy reménykedni kezdtünk, hogy a vegyes gyógy mód (műtét + röntgen) mégis tartós javulást fog eredményezni. Azonban a nyelvgyöki daganat kiújult, a nyelv nagyfokban vizenyössé vált, a tápláló sonda levezetése is nehézségeket okozott, 1940. jan. 12-én a carotis kimaródása a beteg halálát okozta.

M. J. 39 éves utazó. 1937. aug. 14-én jobb hangszálag-rákja miatt thyreotomia + subperichondralis resectiót végeztünk rajta. Sima gyógyulás. Öt hónap múlva, 1937. XII. 10-én kiújulás miatt teljes gégekiirtást kellett végrehajtani. 1938. I. 31-én gyógyult sebbel távozik a klinikáról. Félév múlva, 1938. VII. 7-én nehézlégzés miatt újra felvesszük. A tracheostoma mellett a bőrön j. o. mogyorónyi fájdalmas elődomborodás tapintható. A beteg még hosszú Luer-canüle behelyezése után is nehezen kap levegőt. Tracheoskopia directával a trachea nyílásától 7 cm-re a jobb fal felől bedomborodás látható a tracheában, mely felett a nyálkahártya erodált, fibrinnel fedett. Canüle helyett megfelelő hosszúságú és vastagságú gumiszádlót vezetünk a légszóbe és azt ott rögzítjük. Így jól kap levegőt. Két hét múlva a trachea j. o. kimaródott daganatrészéből közepes vérzés indul meg. Hogy a véraspiratiót megakadályozzuk és a vérzést elállítsuk, a légszóbe vezetett gumiszádlót kb. 10 cm hosszúságban megfelelő vastagon jodoform gazeval csavarjuk körül és bőrkenőccsel kenjük be, így sikerül a vérzést megszüntetni. A vérzések 2 héten át, kb. 2—3 naponként kisebb mértékben megismétlődnek, minden alkalommal sikerült azonban jodoform gézzel megfelelően körülcsavart gumiszádló behelyezésével csillapítani a vérzést. Később a vérzékenység megszűnik, nem visel állandóan gummicsovét a tracheában, ezt csak naponta 2—3-szor néhány percre helyezzük be, hogy a felgyülemlett pörkös nyálkát könnyebben kiköthőgessze. VIII. 29-én tracheoskopia directával a trachea hátsó falán mélyen a mediastinumba hatoló fekélyt észlelünk, mely megkerülni látszik a nyelősövet és így a hátsó mediastiumba vezet. Később ismét vérzések indulnak meg a tracheostoma fekélyéből, míg X. 3-án a trachea mélyében levő fekély áttör az aortába s a beteg néhány pillanat alatt elvérzik. Csaknem bizonyos, hogy a beteg élete utolsó 2 hónapját nagyrészt a tamponáló gumiszádlónak köszönhette, mert különben, ha nem a vérzés, aspiratiós pneumonia biztosan hamarabb végzett volna vele.

Mint a fenti esetek mutatják, kellő gondossággal lehet — bár szerény — eredményeket elérni a nyak rákos daganatai által okozott maródásos vérzések csillapításával.

Felmerül az a gondolat, hogy ezeket a teljesen atypusos vérzéscsillapítási eljárásokat nem lehetne-e több reményre jogosító kóresetekben alkalmazni. Elsősorban a hadisebészetre, a gége és garat penetráló roncsolt sérüléseire kell gondolnunk, ahol a szennyezett, nekrotizáló fertőzött szövetekben esetleg jó szolgálatot tennének a fent vázolt eljárások és a válságos napokon áttevően a betegeket (septikus utóvérzések), hozzájárulhatnának felépülésükhöz.

A kassai állami kórház bőr- és nemibetegosztályának (Főorvos: Szentkirályi Zsigmond egyet. magántanár) és a kassai állami gyermekmenhely (Igazgató: Balázs Dezső) közleménye.

A leánycsecsemők és leánygyermek kankójának kezelése.

Irta: Szentkirályi Zsigmond dr. egyet. m. tanár és Hajnal Mária dr.

Az utóbbi két év irodalmi adatai szerint a leánycsecsemők és leánygyermek kankós hüvelygyulladását főleg két újabb módszerrel, a tüszőhormon kezeléssel és sulfamid készítményekkel igyekeznek gyógyítani. A beszámolók szerint mindkét módszer tetemesen meg rövidíti a gyógyítás időtartamát és a gyógyulási eredmények jobbakként, mint bármelyik eddigi eljárás nyomán.

A két gyógyszer hatása között lényegbeli különbség van. A parenterálisan adott tüszőhormon hatását a talajviszonyok megváltozásával magyarázzuk. A hormonkezelés alatt a leánycsecsemő és kisgyermek leváló hüvely-hámsejtjei glikogent bontó fermentet tartalmaznak, mely a glikogennek tejsavra hasadását teszi lehetővé. A savanyú közeg a gonococcus tenyésztésére nem előnyös és a szervezet saját gyógyító tevékenysége azután könnyen elbánik a meggyengült kórokozóval. A sulfamidkészítmények részben a kórokozó szénhidrát anyagcseréjét bénítják, részben a szervezet ellenanyagtermelését serkentik.

Dobszay szerint a tüszőhormon eredményességéhez szükséges még a Döderlein-flora mesterséges beoltása a sterilé vált, már átalakuló és a glikogen bontására alkalmassá vált nyálkahártya.

A tüszőhormon kezelés — különösen kiegészítve Dobszay eljárásával, valódi biológiai gyógymód, a sulfamidkezelés pedig a klasszikus vegyi gyógyeljárás.

A tüszőhormonnak ép úgy, mint a sulfamidnak az előnyük mellett meg vannak a hátrányai is. A sulfamidkészítmények kisebb jelentőségű mellékhatása a gyógyszeres kiütés, sokkal súlyosabb a vérképzés megzavarása. A kifejlett szervezet ezt a zavart könnyebben heveri ki, a nagyon ingatag csecsemő és kisgyermek szervezetre azonban végzetessé válhat. A tüszőhormonkezelés eddig ismert mellékhatásai a hüvely-nyálkahártya vérzése és az emlők megduzzadása. Tapasztalat szerint ez a duzzanat eléggé hamar eltűnik, azonban jelentőségét még nem tudjuk kellőképpen értékelni. A tüszőhormonkezelés — legalább is olyan nagy adagolásban, mint ahogy az ma szokásos — még nem tekint vissza hosszú múltra és még nem ismerjük az ilyen kezelésben részvett leányok későbbi sorsát, nem tudjuk, hogy nem lesz-e káros következménye a belső elválasztásos mirigyrendszer egyensúlyi zavarának, melynek jelzője az emlőduzzanat.

Ez a gondolat vezette egyikünket (Szentkirályi dr.) arra, hogy a tüszőhormon kezelésnek olyan módját keressék, amely nem ingatja meg láthatóan a belső elválasztás

tásos rendszer egyensúlyát, amely azonban ugyanolyan mennyiségű hormon adagolása mellett ugyanolyan viszonyokat teremtsen a gonococcus által megtámadott nyálkahártyán, mint a parenterális adagolás.

Az új eljárás a tüszőhormonnak kenőcs alakjában helyi alkalmazásából áll. *) A Chinoin gyár akrofollin kenőcsét használtuk. A kenőcs alapanyaga eucerinből, lanolinból, olivajból és kb. 50 %-nyi vízből áll és grammonként 0.2 mg oestradiol — 17 — monopropionátot tartalmaz. (A régebben szokásos jelölés szerint tehát 2000 decigrammát). Az eredeti kenőcs-tubus csavarmenetes végére vékony félselyem katheter darabot, illetőleg csavarmenettel ellátott conikus fém-illesztéket szereltünk és ezen keresztül akkora kenőcs hengerként juttattunk a hüvelybe, amely azt egészen kitöltötte. Ezzel úgyszólván egyénileg adagoltuk a kenőcsöt, mert a nagyobb csecsemő vagy gyermek a hüvely hosszúságának és tágaságának — tehát a beteg fejlettségének és korának megfelelő mennyiséget kapott. Ez a mennyiség 3—5 grammtól 10 grammig változott, tehát 0.6 mgrammtól 2 mgrammig terjedő tüszőhormonnak felelt meg. (6000 decigrammától 20.000 decigrammáig).

Az akrofollin kenőcs alapanyaga olyan, hogy majdnem teljesen elolvad a hüvelyben. Naponta az újabb kenőcs-mennyiség behelyezése előtt vettük a váladékot és egészen híg, langyos tejsavoldattal a hüvelyt vékony gummikatheteren át kiöblintettük. A váladék vizsgálata methylenkék- és Gram-festéssel történt. Megfigyeléseink 20 esetre, mégpedig tizenhat 2 héttől 10 hónapig terjedő életkorú csecsemőre és négy 2 évtől 9 évig terjedő életkorú leánygyermekre vonatkoznak. Bár az új eljárással kezelt anyag nem nagy, mégis érdemesnek tartottuk tapasztalatainkról beszámolni, hogy módszerünk szélesebb körben és nagyobb beteganyagban ellenőriztesse.

Tapasztalatainkat a következő szempontok szerint csoportosítottuk:

1. Hány napig kellett a kenőcsöt alkalmazni?
2. Milyen volt a hüvelyváladék átalakulása?
3. Hány nap alatt tűnt el a gonococcus a váladékból?
4. Milyen volt az ellenőrző vizsgálatok, provokációk eredménye, milyen arányban volt visszaesés?
5. Volt-e szükség a tüszőhormon mellett más helyi vagy általános kezelésre?
6. Volt-e jelentősége a paragenitális fertőzésnek?
7. Voltak-e mellékhatásai a kenőcskezelésnek?

Ad. 1. A kenőcsöt 12—17 napig adtuk.

Ad. 2. és 3. A kezdetben sok genyesejtet, hámsejtet, igen sok gonococust és emellett változatos egyéb florát tartalmazó váladék 5—7 nap alatt tetemesen csökkent, a gonococcus csak sejtkenyéi elhelyezkedésben volt található. Öt-kenec napi kezelés után a gonococcus eltűnt, a váladék mind kevesebb kenyesejtet és mind több és több hámsejtet tartalmazott, végül teljesen sterilé és csak hámsejtekből állóvá vált. Ezután a váladék általában a tizennyolcadik-huszedik napon kezdett olyaná válni, mint az egészséges hüvelyváladék, illetőleg a jelentéktelen mennyiségű váladékot termelő nyálkahártya kaparéka.

Ad. 4. A kezelés befejezése után kb. két-három héttel híg lúgoldattal több provokációt végeztünk. Nem tekintve a provokációt követő egy-két napot, a váladék minősége megegyezett az egészséges csecsemő vagy kis-lány hüvelyváladékkal. Betegeink többségét már több, mint hat hónap óta tartjuk állandó ellenőrzés alatt és tőlük időnkint váladékot veszünk. A 20 beteg közül 1 csecsemő, akit először 1940. III. 6.-án vettünk kezelésbe, és aki tiz napi kezelés után gonococcusra negatívvá vált, 1940. VII. 13.-án újra pozitív lett. Ekkor újabb ak-

refollin kezelést kezdtünk és a váladékból a gonococcus hét nap alatt eltűnt. Azóta többszöri provokáció mellett állandóan negatív a váladéka és semmiféle gyulladási jelenség nem észlelhető.

Ad. 5. Az egy éven aluli életkorú betegeknek csak Akrofolint adtunk, egyéb kezelésre nem volt szükség. A Döderlein-flóra beoltását nem láttuk feltétlenül szükségesnek, mivel a hüvely flora rendessé válása enélkül is megtörtént. Az egy éven felüli betegek közül háromnak ultraseptyl adtunk, mivel gyógyulásuk nem folyt le eléggé simán. A híg tejsavas-öblítést minden betegnek végeztünk.

Ad. 6. A paragenitalis fertőzés (végbél stb.) nem gyógyul meg a kizárólagos tüszőhormon kezelésre. A három nagyobb leányka, akiken ultraseptyles kezelést végeztünk, paragenitalis betegségben is szenvedett, amely azután sulfamidra meggyógyult.

Ad. 7. A tüszőhormonnak kenőcs alakjában való helyi alkalmazása után semmiféle általános jellegű mellékhatás sem jelentkezett.

A húsz betegre vonatkozó észlelésünk szerint a leánysecsemők és gyermekek kankójának helyi kezelése tüszőhormont tartalmazó kenőccsel kielégítő eredménnyel járt. Ezzel az eljárással éppen olyan nagy mennyiségű hormont lehet a beteg szervezetének nyújtani, mint a parenteralis alkalmazással. Eredményeink feljogosítanak arra, hogy a figyelmet eljárásunkra felhívjuk. Továbbiakban a gyógyhatás mechanizmusával foglalkozunk.

*) Amint azt utólag megállapítottuk, tüszőhormont helyileg olajos oldatban és más kezelési módokkal egyidőben két gyermek betegén Telegdi már alkalmazta és egyik beteg meg is gyógyult.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

Három echinococcus tömlő a lépben. Xanthophilides. (Zbl. f. Chir. 1940. 6.) Az echinococcus tömlő a máj- és a tüdő után a leggyakrabban fejlődik a lépben, ahová vérpálya útján, vagy valamely hasúri echinococcus-tömlő megpukkadása alkalmával kerülhet. Görögországban különösen gyakran észlelték. Három ilyen érdekes esetét közli a szerző. Ezek közül egyik a lép hylusában, a másik kettő pedig a lép alsó, illetve felső részében növekedett. Húzó helyi fájdalom kívül semmi panaszt nem okoztak és csak a daganat növekedése alkalmával váltak ismeretessé. A daganat a légzőmozgásokat a léppel együtt követi, minden egyéb-irányú mozgatási kísérlet heves fájdalommal jár. Legbiztosabb jel a vérben található eosinophilia, valamint a Casoni- és Weinberg-reactiók pozitív volta. Gyökeres gyógyulást csak a tömlő sebészi eltávolítása hozhat. Számításba jöhet a tömlő: 1. kihámózása; 2. a hasfalhoz kivarrása; 3. a lép-eltávolítása. Az első eljárás csak a lép felületén található daganat esetén alkalmazható, mélyebben ülő tömlők esetében az utólagos vérzés veszélye miatt nem ajánlatos. Nagy tömlők esetében alkalmazzzák azoknak a hasfalhoz történő kivarrását, de a hónapokig tartó kezelés költséges és a beteget a hosszú gyógyulás legyengíti. Több-szörös vagy elgenyvedt tömlők esetében legalkalmasabb eljárás a lép kiirtása. Utóvérzés nincs és a kezelés rövid ideig tart. (V. 33.)

Debreczeny Zsigmond dr.

Gyomor invaginatio polypok útján. Ziegler. (Chirurg. 1940. 3.) A gyomorban rendkívül ritka polyposus folyamat érdekes szövödményeiről számol be a szerző. Pylorusszűkület tüneteivel került felvételre egy 16 éves leány, akinek pár hónap óta az étkezéstől függetlenül jelentkező gyomortáji fájdalom van, kínzó szomjúsággal, hányással, állandó súlycsökkenéssel. Két nap múlva a röntgenvizsgálat teljes pyloruselzáródást mutatott. A kiscsőbület függőlegesen feküdt, elülső falán a duodenumba leterjedő árnyékkiesés. A gyomorban a napokkal előbbi bismuthpép található, felette nagy secretiós réteg. A köldök mellett jobboldalt nagyfokú érzékenység, ennek megfelelően a mélyben elmozdítható

ökölnyi daganat tapintható. Állapota igen súlyos, arca beesett, sápadt, mindent kihány. A műtéti beavatkozás meglepő eredményt hozott. A kishajlas felső részén, a gyomor nagy befűződés látható s a duodenumban az áthajlásig terjedő köteg végén tyúktojásnyi nagyságú polyp tapintható. Az elülső falon ülő kocsányos daganatot a peristaltika a pyloruson át a duodenumba vitte, miáltal a gyomornak csaknem a cardiáig terjedő befűződése következett be. A polyp óvatos visszahelyezése után a gyomorfallal érintett óvális metszéssel a daganatot eltávolították s mellette a gyomor nyálkahártyáján számtalan babszemnyi polypot találtak. (V. 34.)

Debreczeny Zsigmond dr.

A functio és munkaártalom pathológiája orthopaediai vonatkozásban. Maier. (Med. Welt. 1940. 13.) Az orthopaediai betegségek közt több betegségcsoport van, melyeknek keletkezése egészen, vagy részben a megfelelő testrész működésével és munkájával hozható összefüggésbe és munkaártalomnak tekintendő. Az epicondylitis, teniszkönyök nemcsak teniszezőkön fordul elő, hanem másokon, munkásokon is, kiknek sokáig erősen kell szoritaniok a kezükkel, így alkarizomzatuk megfeszül és húzást gyakorol az epicondylusra. Ehhez hasonló elváltozásokat találhatunk az olecranonon a triceps inának húzása következtében, a sarokcsont hátsó részén az Achilles-in húzása révén és a calcaneus alsó részén, mint sarkantyút. Az arthritis deformans előidézésében igen különféle okok szerepelhetnek, de ha más okot kimutatni nem lehet, az ízület túlzott igénybevételét kell előidézőjének tekinteni. A csontok helyi fellágyulási esetében (a Perthes-féle malum cuxae juvenile, kyphosis juvenilis, morbus-Köhler I. és II. apophysitisek a tuberositas tibiae, Morbus Schlatter), az V. lábközépcsonton a calcaneus apophysisén, a trochanter majoron és az olecranonon a túlzott igénybevétel kiváltotta csontosodási zavarokról beszélünk. Az inakon a stenotizáló tendo-vaginitis, az izmokban a myogelosisok vezethetők vissza túlzott igénybevételre. Ezen betegségek közös jellemvonása, hogy az igénybevétel idejében csökkentése, illetőleg teljes kikapcsolása után gyógyulhatnak egyéb gyógykezelés, hormonok, vitaminok alkalmazása nélkül. Csak akkor kell más beavatkozáshoz is nyúlnunk, ha már nagyon előrehaladott az elváltozás. (V. 35.)

Mester Zoltán dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

Égészséges nemzőszervű nők kürt-endometriosisának gyakorisága. Rintelen. (Zbl. f. Gyn. 1940. 25. 1042.) A kürt-endometriosis gyakoriságának megállapítására teljesen egészséges nőknél vizsgálta a kürtcsővek interstitialis és részben isthmicus részét. 513 kürtpárt vizsgált meg, amelyekből sorozatos metszeteket készített. 21 esetben 4%-ban volt kürt-endometriosis kimutatható. Teljes kürtelzáródást nem találtak, de szűkületet gyakran. 5 esetben talált salpingitis interstitialis nodosát. A vizsgálatok nem erősítették meg azt a tényt, hogy az endometriosis gyakorisága az életkorra arányosan nő. Felmerül a kérdés, vajon a kürtendometriosis okoz-e meddőséget? 21 endometriosisos nő közül 7 volt férjnél, 9 szült. Ezek közül 1 kétszer, 7 egyszer szült, 1 pedig egyszer szült és kétszer vetélt. A születek és vetéletek legálabb két évvel a műtét előtt folytak le. A meddőség feltűnő gyakoriságát eseteiben nem tudta kimutatni. (R. 38.)

Feder Ferenc dr.

Vér-phosphatase és ikerterhesség. Ebbs-Scott. (Amer. Journ. of Obst. and Gyn. 1940. 1043.) Vizsgálataik szerint a csontképzésben fontos szerepet játszó enzim, a phosphatase terhesek vérsavójában 6.4 átlagegységnyi mennyiségben fordul elő. A vérsavó phosphatase-szintjének emelkedését, egy súlyos vérszegénységgel szövődött, egyes terheségtől eltekintve, ikerterhességekkel kapcsolatban észlelték. A vérsavó phosphatase-meghatározása értékes segédeszközöknek ígérkezik az ikerterhesség kórismézésében. (B. 39.)

Kriszt József dr.

A lepény barázdáinak keletkezése. Flämrich. (Arch. f. Gyn. 1940. 170. 258.) A méhben lappangó lepényen barázdák nincsenek, tehát cotyledok sincsenek, amint azt műtéti készítmények bizonyítják. A barázdák csak a vízszintes helyzetű lepényen találhatók meg, ami pedig nem felel meg a lepény helyzetének a méhben. A barázdák a lepény megszületése után hullamerevség következtében rögzítődnek és többé el nem tüntethetők. A barázdák felületesebbek, vagy

mélyebbek, a decidua mindenütt leterjed a barázdá mélyére. A gyorsan és a Duncan-mech. szerint megszületett lepényen felületes, a lassan és a Schultze-mech. szerint távozott lepényen mély barázdák találhatók. A barázdák a leválás alatt keletkeznek és nagyjából megfelelnek egy boholyrendszer szélének. A barázdák a megszületett lepényen azáltal keletkeznek, hogy a vér az intervillusos úrból a leválás alatt kifolyik és helyébe a lepényszövet benyomul, ahol a legkisebb ellenállást találja, tehát a boholyrendszer széli részén. Ezzel tehát a cotyledok keletkezése is magyarázatot nyer. Ha a lepényt folyadékkal feltöltjük, a barázdák kiegyenlítődnek, viszont ha a folyadék kifolyik, ismét megjelennek. Tehát a barázdák megjelenése attól függ, mennyire vértett ki a lepény. A barázdák mélységét viszont az irányítja, hogy a két szomszédos boholyrendszer mennyire folyik át egymásba. Legmélyebbek a barázdák, ha két szomszédos boholyrendszer ágai alig érik el egymást és legfelületesebb akkor, ha a boholyrendszer II. és III. rangú ágai is keresztezik egymást. (B. 41.)

Thaisz Kálmán dr.

Hét-hónapos csecsemő méhnyakrákja. Waters. (Amer. Journ. of. Obst. and Gyn. 1940. 1055.) Szövettani vizsgálat után a petefészek hasfali átültetését végezték el, majd radiummal kezelték a beteget. Átmeneti javulás után helyi kiújulás támadt, majd a gyermek 1 éves és 10 hónapos korában rákos áttételek következtében meghalt. A betegség folyamán több ízben szövettanilag megállapított méhnyakrák és az áttételek azonos szöveti szerkezetűek voltak. Az irodalomban eddig csak egy hasonló eset ismeretes. (B. 40.)

Kriszt József dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A meningitis epidemica chemotherapiája. Koch. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 31.) A legjobb eredményt a sulfapyridin eubasinummal ért el. A közölt 14 eseből (2 és 30 éves betegek) csak 2 halt meg. A betegek közül 10, aki meggyógyult, nem kapott gyógysávit. A kezelési időtartam átlagosan 19 napot tett ki. A betegek közül 12 teljesen meggyógyult. A szer hatásosságának ellenére a gyógyszer adását nagyon melegen ajánlja. (K. 113.)

Wirth József dr.

Milyen legyen a jövőben a rachitis-prophylaxis? Riet-schel—Horster—Misslbeck. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 6.) A D-vitaminlökés therapiás és prophylaktikus kedvező hatására vonatkozólag a vélemények megegyeznek. Vizsgálataikban 5—7, 5—10 és 15 mg D-vitamint adtak peroralisan. A legjobb eredményeket 7.5—10 mg-os adagtól látták. (Eddig a csecsemők protraháltan 6 mg D-vitamint kaptak). A D-vitaminlökés célszerűbb, gazdaságosabb és egyszerűbb eljárás, mint az eddigi protrahált D-vitamin adagolási mód. A D₃-vitamin hatásban felülmúlja a D₂-t. Rachitis-prophylaxis céljára D₃-vitaminlökést ajánlanak október—november hónapban, 7—8 mg mennyiségben. (K. 114.)

Dudás Pál dr.

Acut pneumonia serumkezelése. Wiele és Ibeling. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 5.) 870 acut pneumoniás beteg kóroktanának birtokában kimutatták, hogy az utolsó 5 évben feltűnően gyakran jelentkezett acut-, toxikus-jellegű pneumonia. A számos, kedvező eredménnyel beszámoló közlemény hatására kísérletet tettek a serumtherapia alkalmazásával. 50 esetben typus-azonos serumot adtak, 50 esetben pedig a régi bevált therapiát alkalmazták. Az eredmények a serumtherapia előnyösebb voltára nem voltak meggyőzőek, amennyiben a mortalitás mindkét therapiás csoportban kb. egyformán 30% volt. A körlefolysban és a betegség időtartamában sem láttak feltűnően kedvező hatást a serumtherapiától. (K. 116.)

Dudás Pál dr.

A gyermekkori subcutan urographiáról. Siegl. (Arch. f. Khk. 120. 2.) Ajánlja a subcutan végzendő urographiát azokban az esetekben, ahol az intravenás methodus technikai okokból nem kecsegtet eredménnyel. Egy esetet közöl, ahol ezáltal a helyes diagnosist pontosan felállíthatta. Az eljárás-hoz az intravenásan adandó anyagot destillált vízzel 4%-os oldattá hígítja s ebből 2—3-szoros mennyiséget ad subcutan. A kiválasztás az injectio után 10 perccel már megindul. (K. 117.)

Voltay Béla.

Összehasonlító vizsgálatok a D₂- és D₃-vitaminlökéses rachitis prophylaxisáról. Hartenstein. (Dtsch. Med. Wschr. 1940. 6.) Vizsgálatait 1938—39 telén és tavaszán a kb. 79%-ban rachitises lipcsei csecsemőkön végezte. Vizsgálataiban kimutatta, hogy a D₃-vitamin hatásosabb, mint a D₂ Ki-hordott csecsemők rachitis-prophylaxisa számára 6 mg dosisú D₃-vitaminlökés elegendő. Koraszülöttek számára a fenti dosisban adott D₃-lökés nem megfelelő. (K. 115.)

Dudás Pál dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Az Osler-féle betegség pathogenesiséhez. D. Cicovacki. (Wiener Klin. Wschr. 53. 5.) Két eset kapcsán a vegetatív idegrendszer és a máj zavarainak fontosságára utal az Osler-kór keletkezésében. Az első sporadikus esetben májsérülés, histamin-túlérzékenység, akroasphyxia és a vállizomzat trophikus atrophijája volt kimutatható, a második — már 4. generációban dominansan öröklődő esetben fejfájás, időnkénti látás- és vasomotoros zavarok, központi láz kísérték az Osler-kór börtüneteit. A baj kóroktanában a capillarások alkati gyengesége mellett a májból kiáramló toxinok fontosak, melyek a vegetatív idegrendszer útján spastikus-atonias állapotokat hoznak létre a kis erekben, melyek aneurismák, majd értágulatok képződéséhez vezetnek. A máj- és teleangiectasiák kapcsolatát az Eppinger által máj-cirrrososokban a bőrön leírt capillaristágulatok is bizonyítják. A szerző 26 májcirrhosis beteg közül 15-ön észlelt értágulatokat. A szövettani vizsgálatok arra utalnak, hogy meglévő erek kitágulásáról és nem érújképződésről van szó, valamint a kötőszövetben talált elfajulási jelek (a rugalmas rostok hiánya, mag-szegénység, központosított szerkezet) is ennek következményei. Lehetséges, hogy a májsérülés és vasomotoros zavarok mindketten mellérenditek és örökletes eredetűek. (Sz. 95.)

ifj. Nékám Lajos dr.

Fonálgombabetegség és epithelioma. A. G. Kochs. (Derm. Wschr. 111. 42.) Két esetet ír le, mindkettő idősebb férfi, kiken az alsó ajak és az áll elváltozása több év előtt kezdődött. Kórjelzés, szövettani lelet és gomba-kitenyésztés alapján: trichophytia profunda és epithelioma. Therapia: röntgen. Szerző szerint az elhúzódó fertőzés mint idült helyi izgató tényező váltotta ki az epitheliomát. Fonálgomba és rák egyidejű előfordulását a szerző az irodalomban leírva nem találta. (Sz. 96.)

Kertész Tivadar dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Erkrankungen der weissen Substanz des Gehirns und des Rückenmarkes. Baló József prof. (50 szövegközti ábrával, J. Ambrosius Verlag, Leipzig, 1940. Ára: 10 P.) Baló prof. ez alapvető munkájában, az evolutio törvényén nyugvó Herbert Spencer elmélet szerint, a desintegrálás után az integrálás folyamatát követte, mikor is a központi idegrendszer ama különböző bántalmait tárgyalja, melyek kizárólag a fehérállományt, vagyis az idegrendszert illetik. Mind a belföldi, mind a külföldi irodalomban szolgáltatva adatokat szigorú bírálatban tárja elének és ismerteti e bántalmak elkülönítő jeleit. Sorra veszi a vészes vérszegénységhez társuló gerincvelői köteges elfajulásokat, a postvaccinalis enkephalomyelitist, a foltos és concentrikus agyvelői keménykedést, a kiüreszaki behatásokra előálló electiv agyvelői rostelfajulásokat és végül az állati agy-gerincgagy fehérállomány bántalmait. Önálló kutatásai útján egy új sajátos jellegű bántalom felismeréséhez jutott el, melyet ugyan ezideig csak kórszövettanilag határolt körül és amelynek klinikai felismerhetőségének lehetősége még a jövő feiadata. Új megállapításának fontosságát legjobban jellemzi az, hogy az általa először leírt kórszövettanilag elváltozásokat feltűnő agyi bántalmat külföldi szerzők Baló-féle betegségnek keresztelték el. A fehérállománybeli elváltozások megjelölésére Baló a leukomyelosis, a leukoencephalosis elnevezéseket ajánlja. A leukoencephalosis két megjelenési formáját ismerjük ú. m. 1. diffusa (Schilder-féle bántalom) és 2. concentra (Baló-féle bántalom). Rendkívül tanulságosak a fehérállomány kizárólagos bántalmainak kóroktanára vonatkozó megállapításai. A myelosis funicularis biztosan, az agyi sklerosisok minden valószínűség szerint, nem lobos eredetűek, hanem a lipid anyagcserezavar következményei. Tanulmányában felhívja a figyelmet a központi idegrendszernek a szürke- és fehérállomány vegyi összetételében ki-

mutatható különbözőségeire; az anaemia perniciosával együttjáró myelosis funicularisban a vér cholesterintükrének alacsony voltára, a B-vitaminhiányra. Az emberi foltos sklerosisban az agyvelő chemismusa változik meg, míg az állapotban a véreker körüli velőtlenedés összefolyása útján pusztul el a fehérállomány. Az emberi velőtlenedésben a liquorkeringés viszi a főszerepet. Az állati sklerosisban a velőszétesés perivascularisban az emberiben pedig periglicocellularisan megy végbe. Külön emeljük ki a szülési traumák következményeivel foglalkozó fejezetet, melyben a kórszövettani elváltozások mellett, az agyvelő vérellátásának electiv szerepére hívja fel a szerző figyelmét. E rövid ismertetésben sok lényeges pontra helyhiány miatt nem térhettünk ki, de felhívjuk mindazok figyelmét Baló prof. könyvére, kiknek hivatásuknál fogva kötelességük tudásunk haladását követni. Baló József könyve nem az egyoldalú beállítottság jegyében, hanem kórszövettani, kórbontani, élettani, klinikai, vegytani és összehasonlító biológiai szempontok figyelembevételével jött létre és ezáltal forrásmunkaként szolgálhat mindazoknak, akik ez új terület kiépítésén munkálkodnak.

Sarbó prof.

Spital und Arzt von einst bis jetzt. Richard Goldhahn. (Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1940. 188 oldal, 40 ábrával. Ára fűze: 6.40 RM.) Könnyed, elbeszélő modorban megírt érdekes munka, mely a hajdani kórházak és xenodochiumok mineműségét, berendezését (alaprajzokkal, stb.) változja, kezdve a görög, a római és a keleti kórházakon, folytatva végig a középkoron. Külön fejezetek jellemzik a régiek általános orvosi, sebészeti és gyógyszerészeti gyakorlatát, a nagy járványok (lepra, ergotismus, pestis, syphilis, himlő, cholera) orvostörténelmi vonatkozásait, az elmebajosok kórházi kezelését (érdekes, egykorú képekkel). A könyv végéhez csatolt függelék a fürdőgyőről és hydrotherapiái kezeléséről szól. Egyik fejezet hosszasan beszél a bécsi iskoláról és Semmelweis tragédiájáról is, kit a német tanárok egy része csak a „Pester Narr” epitheton ornans-szal emlegetett és akiről még a nagy Virchow is azt mondotta, hogy „ein Kerl, der spekuliert”. A minden tekintetben érdekes kis könyvet szívesen ajánljuk olvasóink figyelmébe. Egyetlen hiánya, hogy nincs hozzá részletes tárgy- és névmutató.

Magyary-Kossa prof.

Die Werke des Hippokrates. H. Kapferer. 23. rész. (Die Krankheiten der Jungfrauen. 136 oldal. Ára: 6.50 RM; 24. rész: Die Unfruchtbarkeit 138 oldal. Ára 6.50 RM; 25. rész: Die Natur der Frau. 156 oldal. Ára 7.50 RM. Hippokrates Verlag, Marquardt et Co, Stuttgart, 1940.) Az előttünk fekvő három kötettel teljessé vált az évek előtt megindult kitűnő gyűjtőmunka, mely nemcsak tartalmával, hanem külső alakjával is méltó emléket állított az orvosi tudomány atyjának. A hippokratési iskola nőgyógyászati és szülészeti ismereteit tárja elének ez a három kötet, amelyeknek elseje a leányoknak, illetve a férjhez nem ment nőknek és a fiatal özvegyeknek betegségeivel foglalkozik. Mindezeknek aetiológiájában fontos szerepet tulajdonít a ki nem elégtett sexualitásnak, mely teljesen ellentétben áll a nő természetével és hivatásával. Ezáltal olyan disharmoniát teremt, amelynek csak egyes tüneteit tudjuk némileg elviselhetővé tenni. A második kötet a női sterilitás okaival és gyógyításával, a harmadik a nő természetével foglalkozik. Mind a háromban érvényre jut a hippokratési iskola terapiájának az az alapelve, hogy minden gyógyító eljárásnak összhangban kell állania a vis mediatrice naturae-vel. Az orvos csak akkor áll hivatása magaslatán, ha a természet „szolgájává” válik és soha nem felejtí el a beteg szervnek a test többi részeivel összefüggését. Ezért a beteg szerv működésének helyreállítását mellett nagy gondot kell fordítani az egész szervezet erősítésére, a külső és belső tisztaságra; az elsőt eléri a legkülönbözőbb fürdőkkel, lemosásokkal, öblítésekkel, az utóbbit a sokféle vértisztító, izzasztó, hashajtó-szerekkel, valamint a tüszentő és hánytató eljárásokkal. Mindezekkel elsősorban a fogamzási és szülési képesség fenntartását, illetve az elvesztettnek helyreállítását igyekeznek elérni. Már ezen rövid áttekintésből is láthatjuk hogy e három kötet méltó befejezése a kitűnő gonddal és alapos körültekintéssel szerkesztett gyűjtőmunkának, amely minden orvosi könyvtár díszévé válik.

Vajda Károly dr.

A Debreceni Orvosegyesület november 14-i ülése

Bemutatók:

Széky A.: Koponyaüregi lymphogranulomatosis. Az általános lymphogranulomatosis kapcsán a központi idegrendszer laesiója mutatható ki. A j. o. popillitis, az V., VI., VII., VIII. agyidegek hűdése és bénulása, a j. oldali pyramis-pálya-laesio jeleivel, a b. oldali pontocerebellaris tájék részben beszűrődéses, részben daganatszerű elváltozására mutatnak. Peripheriás hypoglossus laesio is áll fenn és a kórfolyamattal összefüggésbe hozható herpes zoster. A lymphogranulomatosisban nagy százalékban mutatható ki a központi-agy környéki idegrendszer bántalmazottsága, sőt az irodalmi közlések szerint kifejezetten agyvelői lymphogranulomatosis is észleltek. A sorozatos röntgenbesugárzásokra lényeges javulás mutatkozott.

Borsos-Nachtnébel Ö.: A bemutatott eset nyirokcsomóit kétizben vizsgálta. Először két év előtt s akkor a szöveti kép alapján nemtypusos, s a vizsgált nyirokcsomókban kezdődő lymphogranulomatosis kórismézett. Jellegzetes Sternberg-sejteket nem talált, csak a reticulusejteket erős burjánzása volt megállapítható s emellett még sok eosinophil-sejt is mutatkozott. Most, két évvel az első vizsgálat után, majdnem tisztán a reticuloendothelialis sejtek erős daganatos burjánzása uralja a szöveti képet, nagyszámú, sokszor szabálytalan magoszlással. Jellegzetes Sternberg-sejtek most sem voltak észlelhetők. E szöveti lelet alapján a folyamatot most inkább daganatos jellegűnek tartja. Amennyiben a folyamat kezdetben tényleg lymphogranulomatosis volt, úgy azt most Ewing szerint Hodgkin-sarkomának lehetne nevezni. A lymphogranulomatosis sarkomás átalakulásának lehetőségét egyébként több vizsgáló lehetségesnek tartja. — Welch sarkomás átalakulás alkalmával a spinalis durán észlelt áttételt következményes bénulások jelenségeivel. Ezzel kapcsolatban a bemutatott esetre vonatkozólag felferülhet az a lehetőség, hogy a sarkomás átalakulás folytán a koponyaalap pontocerebellaris tájékának kemény burkán keletkezett áttételes góc és ez okozhatta az észlelt klinikai tüneteket.

Széky A.: Traumás neurosis háttérében meghúzódó lapangó malaria és paralysis progressiva. Baleseti sérülés után 1 hét múlva a traumás neurosis körképére jellemző remegések és rángatózások jelentkeznek rohamszerűen, eszméletvesztések nélkül. A teljesen negatív körelőzmény ellenére a vérben malaria-plasmodiumot mutatnak ki, a serológiai vizsgálatok pedig typusos paralysis progressivára jellemző eltéréseket mutatnak. Chinin-kúrára a neurotikusnak látszó remegések és rángatózások teljesen megszűntek. A malaria és paralysis progressiva együttes előfordulása azt az észlelést támogatja, hogy a malariainfertőzés a paralysis progressiva keletkezését nem akadályozza meg.

Sántha K.: Paradox oldalkamra-telődés agydaganat esetében. Baloldali alsó homloktekervényben ülő tyúktójasnyi glioblastoma-esetben, ahol biztosan értékesíthető klinikai góctünet nem volt, az enkephalographiás képeken a bal kamra jobbra erősen eltoltak és összenyomottak mutatkozott, míg az ép-oldali kamra a fej különböző mozgása ellenére sem telődött. A paradox jelenségre az agyboncolás derítette fényt: a kamrarendszer és a fornix alakváltozása következtében a plexus chorioideus átjárható része az ép-oldali foramen Monroi-t csaknem teljesen elzárta, míg a kóros-oldali foramen tágan nyitva maradt. Az enkephalographiás telődést sokszor egészen véletlen alaki rendellenességek zavarhatják. Ezekre a lehetőségekre mindig gondolni kell.

Sántha K.: Klinikailag érthetetlen asymmetriás pangásos papilla bonctani magyarázata. A IV. agykamrát kitöltő nagydiónyi medulloblastoma b. o. egészen enye, j. o. pedig igen súlyos pangásos papillát okozott. A ventriculographia a III. kamra és az oldalkamrák symmetriás hydrocephalusát mutatta. Az agy bonctani vizsgálata folyamán kiderült, hogy a subtentoralis daganatok esetében szokatlan asymmetriás pangásos papillát a látóidegek sajátságos elhelyezkedése okozta. Míg ugyanis a j. o. látóideg rendes helyén feküdt, addig a b. o. a két féltéke közötti hasadékban foglalt helyet és így a nyomás elől inkább kitérhetett. A szövettani vizsgálat szerint a rendellenesen futó b. o. látóideg ép volt, míg a szaglóideghez szorosan hozzáfekvé j. o. látóidegben zsíros degeneratio volt kimutatható. Ismeretes, hogy nagyfokú myopia, valamint sorvadt látóideg esetében a pangásos papilla kifejlődése elmaradhat és így hátsó koponyaüregebeli daganatokban is előfordulhat asymmetriás pangásos papilla. Arra azonban nem talált példát, hogy az esethez hasonló topographiai rendellenesség okozott volna asymmetriás pangásos papillát.

November 21-i ülés.

Bemutatók:

Rákos R.: *Invaginatio haustri coeci.* (Egész terjedelmében megjelenik).

Dzsinich A.: *Páncélszív.* A 42 éves nőn az adh. perikarditisre jellegzetes szív és hasi tünetek mutathatók ki. A röntgenfelvételen a szív vetületében kb. 3–6 mm vastagságú meszes árnyék látható, mely a szívet félkör alakban veszi körül. Ekg.: pitvarlibegés, myokardium laesio.

Előadás:

Fazakas S. és Szauder B.: *Szemfenéki érköri kötőszöveti kötegek kórismei jelentősége, különös tekintettel az eskórra.* A szemfenéki érköri kötőszöveti kötegek főként olyan esetekben észlelhetők, mikor az agyi gliosis feltételezhető. Az eltérés 118 eskóros átvizsgálása után 37%-ban és ugyanannyi vegyes kórházi betegen 20%-ban volt kimutatható. A tünet értékelési lehetőségét e számadatok magukban foglalják. Eskórosokon a szemfenéki eltérés általában kifejezettebb, a kötegek durvábbak, gyakran szinte több rétegben egymásba hüvelyeződőek. A roham után és a roham alatt két észlelt esettel kapcsolatban az egyik papilla hyperaemiája a másikkal pedig halványsága volt megállapítható. A szemfenéki hegek, mint az agyi gliosis peripheriás tünete szemléltethetők. Az agyi gliosis szerzők véleménye szerint hasonló az allergiás betegségekben észlelhető parenchyma-pusztulást pótló hegesedési folyamathoz és egyéb tünetek mellett ez is alátámasztja az eskór allergiás genesisére vonatkozó elméleteket.

Sántha K.: Tisztán szemészeti szempontból nem tartja jellemzőnek a szemfenéki kötőszövet szaporodását, mert a legkülönbözőbb betegségekben megtalálható, sőt, mint előadók is említik egészséges egyéneken is előfordul. Nem tartja helyesnek azt sem, hogy az ú. n. agyi gliosisal hozzák közös nevezőre, mert az előbbi esetben ektodermás, az utóbbiban mesodermás elemekről van szó. Ha az epilepsiás egyéneken aránylag gyakori is a szóbanforgó lelet, az csakis következményes lehet. A leghatározottabban visszautasítja azt, hogy a kötőszövet szaporodást önmagában diagnosztikus értékűnek fogadják el. Nyomatékkal utal arra, hogy az „epilepsia” nem betegség, hanem tünet, amelynek hátterében a legkülönbözőbb betegségek szerepelhetnek.

A Szegedi Egyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 20-i ülése.

Előadás:

Rapcsányi J.: *A nagyszombati orvosi facultás.* Hazánk évszázadokig nélkülözte az orvosképzést. Csak az újabb korban akadtak e kérdésnek szószólói. Így *Moller Károly Ottó* és *Bácsmegyei Pál*. Továbbá *Perliczy János* Nógrád-megyei tisztifőorvosa, kinek a trón elé juttatott emlékirata a magyar orvosi facultás felállításának nemzeti és közegészségügyi fontosságát tárgyalta. Mária Terézia királynő a honi orvoslás jogosultságát elismervén, udvari orvosát, *van Swient* bízta meg az orvostudományi kar megszervezésével. 1770 november 29-én nyitlak meg a nagyszombati orvosi facultás kapui. A kar berendezése alkalmával öt tanszéket rendszeresítették. Tanárai voltak: *Schoretich Mihály* a kör- és gyógytan, *Prandt Ádám* az élet- és gyógyszer-tan, *Winterl Jakab* a vegy- és növénytan, *Trnka Vencel* a boncolás-tan, *Plenck József Jakab* pedig a sebészet és szülészet tanárai. A tanulmányi rend négy tanfolyamot különböztetett meg; orvosdoktori, sebészi, szemézi és szülésmesteri tanfolyamot.

Petrányi Gy.: *Tuberculosis elleni küzdelem helyzetképe és újjászervezésének problémái.* A tuberculosis elleni küzdelem országos átszervezése 1936-ban az OKI tuberculosis-osztályának felállításával kezdődött meg. Ez az osztály a meglévő gondozóintézetek átszervezését, intenzívebb munkára beállítását, valamint új gondozók létesítését tűzte ki feladatául. A felkutató munka és a korai gyógykezelés érdekében megteremtették a balatonkenesei congressust és a szaksajtót. Az új tudógondozókat hordozható röntgenkészülékkel látták el s ezáltal a szűrővizsgálatokat rendszeresítették. A betegek elhelyezésének érdekében felemelték az ágyak létszámát és ezekre központi beutalással helyezték el a betegeket, ezenkívül tüdőbetegothonokat és gyógyintézeteket létesítettek.

Korányi A.: *A peritonitis tuberculosa prognosistáról.* Előadó rámutat arra a sajátos tényre, hogy a savóshártyák és így a hashártya gümös betegségével foglalkozó közlemények milyen ritkák, bár ez a betegség igen gyakori. Különösen gyakran fordul elő az Alföldön és így a szegedi belgyógyászati klinika anyagában is. Előadó szerint sajátságosnak kell tartani, hogy a betegség prognosisa körül — bár különösen a régi szerzők ezt rosszabbnak tartották — nincs kialakult vélemény. Előadó 85 beteg sorsát kísérte figyelemmel, akik közül a legrégebben észlelt beteg 12 évvel ezelőtt, a legfrissebb pedig másfél évvel megelőzőleg állott gyógykezelés alatt. A beteganyag újbóli átvizsgálásakor kiderült, hogy a hashártya gümös betegsége aránylag jó prognosist (eseteinek 81%-a gyógyult). Ez, a régi felfogásnak ellentmondó tapasztalat valószínűség szerint a modern gyógyító eljárások röntgen aranykezelés) javára írható.

A szegénybeteg-ellátás korszerűsítése.

A szegény beteg bajával a városi, községi, vagy körörvosnál jelentkeznek. Ha intézeti kezelésre van szüksége, kórházba, klinikára utalják. Ott az orvosi tudomány legkiválóbbjai vizsgálják és gyógyítják. Első tekintetre tehát feleslegesnek látszik, hogy e téren valami változás történjék, vagy hogy az említett fórumok mellé még újabbat is létesítsünk.

A kérdés behatóbb vizsgálatok azonban a helyzet másképp alakul. Mi történik akkor, ha a kórházban kijelentik, hogy nincsen hely, ami ma mindennapos dolog.

Különösen nyugtalanítóvá és fájdalmassá válik pedig ez akkor, ha a beutalás épen azért történt, mert a baj bonyolult volta miatt otthon tisztázni nem lehetett. Mert hiszen a rendelkezésünkre álló eszközök fogyatékosak és tudásunknak is meg vannak a maga határai s ha lehetne, mások tanácsát is kikérnénk.

Természetesen nem arra gondolok, hogy ezt a fogyatékosságot az egyetemi tanulási lehetőségek kiaknázásának elmulasztása okozza. Vagy a kórházi gyakorlat elégtelensége, a folyóiratok és szakmunkák állandó olvasásának mellőzése, a továbbképző tanfolyamokon részvétel hiánya. Erre az együttműködésre, a jogcímeket semmi esetre sem adhatja az orvos saját hibájából eredő tudatlanság.

Mindezen előfeltételek fennforgása esetén is azonban sokszor kívánatos, hogy a beteget ne kizárólag egyetemes gyakorlattal foglalkozó orvos egymagában lássa el véglegesen, még akkor sem, ha az állapot nem teszi sürgősen szükségessé a kórházi elhelyezést.

Hogy néhány példát soroljunk fel, senki sem fogja felismerni röntgen nélkül, hogy betegének állandó fejfájását a homloküregben levő osteoma vagy bizonytalan hasi fájdalmait duodenum diverticulum okozza. Ha most azt olvassuk, hogy a most gyakoribb splenohepatomegáliák okának megfejtése fejtörést okoz a belklinikának hogy ne okozna az azt a falusi orvosnak. És az ezzel kapcsolatos különböző lehetőségek latolgatása között csak egy körülmény látszik bizonyosnak és ez az, hogy nem tekinthető megfelelő elintézésnek, ha az ilyen beteget minden további megjegyzés nélkül azzal kapjuk vissza a gyógyintézetből, ahová beutaltuk, hogy gyógyíthatatlansága miatt nem vehető fel. Különösen nem akkor, amikor folyóiratunkban azután el olvashatjuk, hogy különleges vizsgálati eljárással, ez esetben sternum-punctióval, a splenohepatomegáliák egy részében larvált maláriát lehetett kideríteni és ezzel a betegeket meggyógyítani.

Kiragadott esetekből messzemenő következtetéseket levonni nem lehet. De okulva mások tapasztalataink önként felmerül a kérdés, vajon két halálosan végződött ilyen esetben is nem ez áll-e a háttérben? Vajon

megmenekültek volna-e, ha az egyik esetben a hosszasan intézeti kivizsgálás eredménytelensége, a másokban az elutasítás után mód lett volna arra, hogy diagnosztikai tekintetben csúcshintézménynek tekinthető forum segítségét is igénybe vegyék? Ilyen és hasonló kérdések azok, melyek felvetik a szegény betegellátás korszerűsítésének problémáját.

De felveti ezt az a körülmény is, hogy a vidéki kórházak nagy része mai összeállításban nélküli az összes orvosi szakmák képviselőit. Sok vidéki kórházban nincsen szemész, fülész, urologus, orthopaed, röntgenes, serologus. Az ilyen osztályok és rendelések csak költséges utazással érhetőek el. Célzerű-e, ha a mindennapos falusi szegény beteg ellátásában ezeknek igénybevétele elmarad? Helyes-e, hogy csak a legsúlyosabb esetek kerüljenek szakképzett kézbe, miután ismételt és nyomatékosan kellett latba vetni minden befolyást az utazási költségek előteremtésére, illetve előlegezésére?

Az orvosi tudomány haladása és széjjel ágazása ugyanis nagyon megváltoztatta a beteg ellátását. Csak egyszerű és könnyen felismerhető eseteket intézhet el, egy orvos egymagában. Bonyolultabb esetek felderítésében — ha szabad ezt a kifejezést használnunk — az iparban meghonosodott futószallagrendszer a beteg ellátásban is nélkülözhetetlen. Ilyen esetben nem egy ember végzi el az összes felmerülő teendőket. A beteget ugyanis orvosa megvizsgálja és ennek megtörténte után a beteg akár intézetben, akár azon kívül a vizsgálatok egész során esik át. A diagnosis és a therapiás javallat pedig akkor készül el, amikor a vizsgálatokra ily módon elindított beteg a szakembernek és laboratoriumnak leleteivel megrakottan hozzá visszatér. Ez az együttműködés az, ami hiányzik a szegény betegellátásban. Itt sokszor a beteg nem leletekkel felszerelve, hanem azzal az egyetlen negatívummal jelenik meg újra nálunk, hogy a kórházba nem vették fel.

A korszerűsítés kérdésének megoldását abban látjuk, hogy olyan szervezetet kell életre hívni, mely a kórházban elhelyezést nem találó, de mégis különleges vizsgálatokra szoruló szegény beteget végig viszi ezen futószallagszerű rendszeren, amelyet ez esetben az említett különböző szakmák szakorvosai szolgálnak ki.

Követve ezt a gondolatmenetet Budapesten ezt a rendszert, megvalósítva látjuk: a különböző poliklinikák és egyetemi klinikák nyilvános rendeléseinek áldásos működésére gondolunk. Működésüket azonban szorosabbra kellene fűzni a szegény betegeket gyógyítani hivatott hatósági orvosok tevékenységével.

Vidéken ezt a kérdést olyan módon lehetne megoldani, hogy az egyes kórházak mellett rendelő orvosokból álló külön szakorvosi testületet kellene szervezni. Ez a testület lenne megbízandó azzal, hogy a hozzá beosztott területről a hatósági orvosok által hatósági szegénységi bizonyítvánnyal beküldött szegény betegeket ellássa, illetőleg, hogy megvizsgálja és eldöntse, vajjon kórházi ápolásra van-e szüksége vagy sem. Utóbbi esetben a diagnosis felállítására szükséges összes leleteket, a gyógyításra vonatkozó észrevételekkel egyetemben közli a beküldő hatósági orvossal és szükség esetén meghatározza azt az időpontot is, amikor további észlelésre újból jelentkezni kell.

Szándékosan emeltem ki, hogy ez a szervezet döntene a kórházi felvétel tárgyában. Mert ez a kérdés ma nincsen megnyugtató módon rendezve. Hiszen volt olyan esetünk, amikor az appendicitissel beküldött beteget visszaküldték azzal, hogy nincs appendicitise. És amikor egy hét múlva perforációval újra be lett utalva, méltatlankodva kérdezte a főorvos, nincs maguknak orvosuk, hogy ilyenkor hozzák a beteget? Mire azután a hozzá-

tartozók megjegyezték, hogy már egy héttel azelőtt beküldte az orvos a beteget, de visszaküldték. A keményen dolgozó osztályorvos főorvosoktól azt követelni, hogy a felvételre jelentkezők rostáló vizsgálatát is ők végezzék el, nem lehet. De viszont kezdők kezében sem hagyható ennek elintézése. Rendelő orvosok, menten a kórházi osztály gondjaitól, és terheitől ezt a kérdést közmegnyugvásra jól intézhetnék el.

Actualissá teszi ezt a kérdést az a körülmény — és ezt a kórházak méltán kiérdemelt dicséretére kell megemlítenünk, — hogy a kórházi ápolás egyre eredményesebb volta a betegek oly tömegét vonzza, hogy azt teljes egészében felvenni képtelenek és abban erős selectiót kell gyakorolniok.

Ha azonban e célra egy szakorvosi testület állana rendelkezésünkre, a falusi orvos szegénybetegével nem lenne magára hagyatva. Mert vagy elhelyezné betegét kórházban vagy visszaküldené, de akkor már korszerűen megvizsgálva, lelettel és kezelési utasítással ellátva.

Hogy a korszerűsítés mit jelent, annak ragyogó példáját látjuk az O. K. I. működésében. Mennyivel más képet mutat ma a fertőző betegségek elleni küzdelem általában és a diphtheria, typhus elleni védekezés specialisan, az ivóvíz ellátás, a gyógyszerek ellenőrzése, a hatósági orvosok és védőnők kiképzése, mint azelőtt! És milyen eredmények várhatók, ha most ugyanazzal a felkészültséggel és lelkes fáradhatatlansággal veti rá magát az idült fertőző betegségek elleni harcra!

Korszerűek az új szabványos vényminták is, amelyek szerfelett megkönnyítik a közgyógyoszerellátás terhére rendelő orvosok munkáját és egyben biztosítják a szegény betegeket, hogy mindazt megkapják orvosságban, amit a tudomány mai állása szerint nyújtani lehet. Hála és köszönet érte mindazoknak, akik megszerkesztésükön és közkinccsé tételükön fáradoztak! A mindennapi gyakorlatban használatos reagenseknek, festék-oldatoknak, vércsoport-meghatározásra használt szereknek reagensi normák címén felvétele oly csekély kivánság, hogy annak teljesítése nem fog akadályokba ütközni.

Amíg a megelőzés és egészségügyi igazgatás terén működő szervezet, a városi községi és körorvos, tisztiorvos és főorvoson át az O. K. I. a belügyminisztériumig érő hiánytalan egységet alkot, amelyet kapcsolt és mellé rendelt szervezetek, mint Zöld Keresztes szolgálat, gondozó intézetek, különböző tanácsok csak szorosabbra fűznek egymáshoz, de meg nem bontanak: addig mint már kifejtettük a szegénybeteg gyógyító szolgálat túlnyomóan két forumból áll. A városi, községi és körorvos az egyik, a kórház és klinika a másik. De ezen két forumú szervezet korszerűtlen azért, mert az egyik különböző okokból gyakran kikapcsolódik, miáltal az egész elégtelenné válik. És ezen az említett módon létesítendő szervezettel kellene segíteni.

Ezzel kapcsolatban azonban nem gondolunk költséges poliklinikai épületek emelésére. Mindössze néhány helyiségről lehet itt szó a kórházakkal szoros összefüggésben. A segédeszközöket (röntgen, laboratórium) pedig némi bővítéssel a kórház és rendelő orvosi testület közösen használhatná.

Nagyobb kórházzal bíró városokban a különböző szakmák szakorvosokkal képviselve vannak. A személyi kérdések megoldása tehát nem ütköznék lehetetlen feladatba. Csupán tágitani kellene a szegénybeteg ellátásban résztvevők keretét, hogy olyanok is beleférjenek, akik szakképzettségüknél fogva beleillenek, de akik ma a kérdés rendezésének és megszervezésének hiánya miatt abban részt nem vesznek. Természetesen ez

némi anyagi áldozatba kerülne, de ennek révén egymásra találnának azok, akiknek egymásra szükségük van: a kellően át nem vizsgált szegény betegek és a kellően nem foglalkoztatott szakorvosok.

Hogy a korszerűsítés kerettágitással jár, annak példáját éppen a közgyógyyszerellátás új vénymintái mutatják. A nagy kórházak mellett létesítendő rendelő szakorvosi testület nem jelenti nagyobb bővítését a szegény beteg ellátás mai keretének, mint amilyen tágitást jelentett minden újabb, valóban értékes, gyógyszer rendelésének lehetővé tétele az új szabványos vénymintákkal.

Miután a szolgálat zavartalansága érdekében azt a mögöttes területet, ahonnan a szegény betegek az ilyen rendelő intézetekbe beutalhatók, pontosan ki kellene jelölni, így lassan *orvosi központok alakulnának ki*, ami egyébként honvédelmi szempontból is kívánatos akkor, amikor a közlekedésben zavarok támadhatnak és a nagy távolságra szállítás akadályozottá válhatik. Hogy az így beosztott területeken belül az orvosok ugyanazon kamarához tartozzanak, az részletkérdés. Mégis ilyen képen lenne rendezendő ez már csak azért is, mert meg kellene adni a lehetőséget, hogy a *consultáló testület tagjai* be nem szállítható szegény betegekhez ritka, *indokolt esetben consilium céljából ki is hívhatók legyenek*. De ezenkívül mint tanácsadó, véleményező, vagy vizsgálatokat teljesítő testület szerepelhetne az iskolás gyermekek, leventék vizsgálatában, bizonyos foglalkozási ágak, települések átvizsgálásában, a nyomorékok, szívbetegek, diabetesesek gondozásában.

Meg vagyok győződve az ilyen módon szervezendő testület szükséges és hasznos voltáról. Vitatható azonban, hogy a már úgyméglevő intézmények mellett hasznos lenne-e egy minden ilyen gyógyító és véleményező hatósági intézmény felett álló *Országos Orvosi Felülvéleményező Intézetet szervezni?* Úgy véljük, igen. A belgyógyászati volt és meglevő diagnostikai klinikákat kellene e célra megszervezni. És amint az O. K. I. közvetlenül is igénybe vehető, szintazonképp az O. F. I. is minden formalitás mellőzésével közvetlenül állhatna rendelkezésére a hatósági gyógyító apparatusnak.

Az egyetem feladatkörébe kerülne ezzel egy olyan tudományág kifejlesztése, amelynek elveit ugyan már régóta alkalmazzák, de amelynek jelentősége a socialis gondoskodás mai korszakában egyre fokozódik. Ez a tudományág a fennforgó betegségnek és annak az *összefüggésnek a megállapítása, amely a megállapított betegség és az egyén munkaképessége között fennáll.*

Meggyőző módon ennek szükségességét nehéz indokolni. De ha visszagondolunk az olyan esetekre, amikor munkaképesnek nyilvánított karjának gyengeségéről panaszokodó asztalossegédet, akinek gyengeségét mint később kiderült tbc.- és nyaki spondylitis okozta vagy arra a munkaképesnek minősített mellkasi fájdalmak miatt jelentkező napszámosra, ki nemsokára a kórházban nyelőcső cc-ben pusztult el, avagy --horribile dictu -- 3 nappal halála előtt munkaképesnek kiírt aortitisben szenvedő, dyspnoés, járni képtelen szakácsnőre: akkor nyilvánvalóvá lesz e kiragadott példából, miért merül fel egy minden mástól független diagnostikai és felülvéleményező intézet létesítése iránti óhaj. Egy olyan intézmény iránt, melynek véleményét minden előzetes engedély nélkül a szegény beteget ellátó orvos kikérhetné akkor, amikor -- sine ira et studio az addig kapott véleményeket és döntéseket nem tartja kielégítőnek.

Ez pedig a falusi orvosgyakorlatban gyakran felmerülhet. Mert ismeri a jelentkezőket, azoknak munkára készségét és munkával ellátottságát és sokszor éppen az az ellentmondás fogja benne komoly megbetegedés fejlődését gyaníttatni, mely az ismert dolgozni akarás mellett a jelentékeny subjectiv panaszok és alig kimutatható objectiv elváltozások között fennáll.

Újlag hangsúlyozom, hogy néhány eset messzebb menő következtetésekre nem jogosít. De megadja az alkalmat annak a kérdésnek feltévéására, mily erkölcsi kárt jelentenek az ilyen esetek a különböző biztosítóknak és nem kellene-e mindent megtenni ezek kiküszöbölésére egy azoktól teljesen független intézmény megteremtésével?

Ha nézzük, hogy az orvosi rend tagjai milyen hivatást töltenek be, — a csekélyszámú kizárólag elméleti szakon működő orvostól eltekintve, — azt látjuk, hogy tekintélyes számban helyezkednek el az egészségügyi igazgatás és azzal kapcsolatos praeventio ellátásának terén, túlnyomó részük pedig főleg beteg gyógyítással foglalkozik. Ezek mellett azonban állandóan növekedik azoknak a száma, akik a betegség megállapítással és a megállapított betegségnek a munkaképességre gyakorolt kihatásának vizsgálatával töltik be hivatásukat. A különböző biztosító intézetek fő és ellenőrző orvosaira gondolunk itt, kik közül soknak ez fő, vagy kizárólagos munkakörét jelenti. Szerepük a szegény beteg ellátás terén látszólag semmi, valójában azonban igen jelentős.

Jól tudjuk, hogy más a biztosítottak orvosi ellátása és más az ú. n. szegénybeteg ellátása. A jogi különbség a kettő között éles. Orvosi szempontból nézve azonban az átmenet önként folyik. A ma még a biztosító által ideiglenesen, vagy tán az egész életre szólóan ellátott egyén, holnap már tán egy végérvényes orvosi vélemény alapján szegény beteg lesz vagyis olyan, aki anyagi körülményeinél fogva képtelen magát gyógyíttatni és nem tartozik egy róla gondoskodó biztosító kötelékébe sem. Távolról sem akarjuk azokat a szerveket támadni, akiktől ez az utolsó orvosi vélemény elhangzása függ. Értékes tapasztalataikat, éles judiciumukat a jövőben sem lehet nélkülözni. Csak arra akartunk rámutatni, hogy amikor a betegség és munkaképesség korszerű elbirálása olyan sokakat érint — tisztviselőket, hadirokkantakat, táppénzigénylőket, baleset által sérülteket, pályaválasztás előtt állókat, — amikor ennek a megelőző és gyógyító orvosi tevékenységtől oly különböző gazdasági, foglalkozásbeli, társadalmi, pénzügyi vonatkozásai vannak: kívánatos lenne oly csúcsintézmény életre hívása, amely egyetemi színvonalon, egyetemi székhelyen, az egyetemen képviselt orvosi ágazatok között egy helyen, külön e célra megteremtett munkaközösség révén, legfelső teljesen független orvosi forumként mondaná ki az utolsó szót e kérdésekben, fejlesztené e tudományágat: az orvosi felülvizsgálatot, mint külön szakorvosi ágat és a személyzetéből kikerülő szakorvosokkal látná el a különböző biztosítókat. Felülvizsgálattal rendeltetésszerűen foglalkozván rendelkezésére állna egyben a szegénybeteg gyógyítással foglalkozó hatósági orvosnak, amikor nem tudnak megnyugtató véleményhez vagy diagnosishoz jutni.

Gigantikus harcok közepette vajúdik ma a világ. De bármily mély szakadékok tátonganak is áthidalhatatlanul az emberek egyes törzsei között, elkülönülten és lelkiségéhez mérten különböző utakon mindegyik küzd a maga kebelén belül a pauperismus ellen. Valóban szegény azonban csak az, aki legnagyobb kincsét, egészségét veszítette el. Mindaz, ami ezt megakadá-

lyozza, ami az elvesztett munkaképességet helyre hozza vagy a helyrehozhatatlant megérdemelt támogatáshoz segíti, szorosan odatartozik a pauperismus elleni küzdelemhez és ezzel részt vesz a sok könny és vér árán kialakuló új világrend megteremtésében.

Egészségügyi centrumok és csúcshintézmények ilyen formán a pauperismus elleni küzdelem fellegvárai. Amikor ilyenek létesítését célozzák e sorok, láncszemként igazodnak a kor uralkodó eszméihez.

Heinrich Emil dr.
községi orvos Tószegen.

VEGYES HIREK

A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlései. Az Orvosi Hetilap 49. számában megemlékeztünk a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűléseinek első ötven évéről. Az 1890 óta eltelt 50 év alatt Brassóban, Pécsen, Budapesten, Trencsénben, Szabadkán, Bártfán, Kolozsvárott, Szegeden, Pozsonyban, Miskolcon, Keszthelyen, Sopronban, Veszprémben voltak ülések. Az elnökök nevei között Berzeviczy Albert, gr. Esterházy Kálmán, gr. Apponyi Albert, gr. Andrássy Gyula, br. Hornig Károly neveivel találkozunk. — Az idők során a vándorgyűlésen Bene Ferenc, Bugát Pál, Kovács József, Chyzer Kornél és Tóth Lajos emlékének megörökítésére emlékérmeket alapítottak. Ez érmeiket az utolsó, 1933-ban tartott budapesti gyűlésen Dollinger Gyula, Entz Béla, Dégén Árpád kapták. Ez ülés elnöke: Hóman Bálint volt, kit Szily Kálmán alelnök helyettesített. Ez ülés munkálatait Baitz Géza és Tomor Ernő intézik.

Tuberkulózis nagygyűlés Balatonkenesén. A Magyar Tüdőbeteg gondozó és Gyógyintézet Orvosok Egyesülete 1941. január 3–6. között tartja meg Johan Béla belügyi államtitkár elnöklelte alatt nagygyűlését. A congressus fő tárgyai a gyermekkor tuberculosisának kérdése, a munkagyógyászat és utógondozás problémái, valamint a tuberculosissal és a terhesség viszonya. A congressus előadói sorában szerepel Brügger (Wangen) főorvos is. A congressus előkészítő munkálatait Baitz Géza és Tomor Ernő intézik.

Téli akció a gyógyfürdők érdekében. A központi bizottság, miként az elmúlt esztendőben is, nagyobb szabású téli akciót kezdeményezett a budapesti gyógyfürdők érdekében. Budapest gyógyfürdői télen is teljes üzemben vannak és kitűnő felszereléssel és gyógyberendezésekkel módot nyújtanak arra, hogy télen is lehessen rheumakurákat tartani. Ebben a tekintetben Budapest egészen egyedülálló lehetőséggel rendelkezik. Ez az akció szervesen illeszkedik be az Idegenforgalmi Propaganda Munkaközösség által szervezett téli akció keretébe, mert az a cél, hogy Budapestnek nagyobb szabású téli akciójára hívjuk fel a vidék figyelmét és hogy újból visszaállítsuk azt az állapotot, amikor a vidék a szé-

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-kreosot-syrup

Idealis enyhe expectorans

Légszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P -'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33.

keszfővárost nagyobb arányban kereste fel éppen a téli hónapokban. Az Idegenforgalmi Propaganda Munkaközösség igen gazdag és változatos programot állított össze, ami még vonzóbbá teszi a vidéki kúrázóknak számára a téli Budapestet. — Ebben az időszakban a Magyar Államvasutak megfelelő kedvezményeket biztosítanak a fürdőzőknek és a gyógyfürdők is mérsékelt árakkal teszik lehetővé a közönség számára a fürdőkúrákat.

Az Orvosi Nagyhét előkészítő Bizottsága dec. 19-i ülésén úgy határozott, hogy ha külpolitikai helyzetünk azt megint lehetetlenné nem teszi, az Orvosi Nagyhétet 1941. május 26 és 31-ike közötti héten okvetlen megrendezi valamennyi taggyűlés részvételével.

A Medikus Zenekar és a Műgyetemi Zenekar együttes hangverseny szépszámú közönség előtt folyt le 17-én, kedden a zeneakadémián. A fiúk régi karmesterük, Kolonits Barna dr. tanársegéd kitűnő vezénylete alatt nagyon kitétek magukért. Robonyi Ilona Mária művészi énekbetéte meglepetés volt és nagy tetszést aratott. Reméljük, hogy a sikerült koncert a jólékony célra is hozott valamit.

Előadás Szófiában a budapesti gyógyfürdőkről. Novembren havában nagyszabású magyar estet rendeztek Szófiában, amely alkalommal Boris Nikoff, a Bolgár Külkereskedelmi Hivatal igazgatója Budapest gyógyfürdőit ismertette. Ebből az alkalomból bemutatták a „Budapest Fürdőváros” filmnek bolgár nyelvű változatát is.

Orvosdoktorrá avattak a budapesti Tudományegyetemen december 14-én: Halmos Milán, Harsányi Gyula Béla, Somogyi Ernő, Szűcs László, Zsótér Andor Dezső. Üdvözljük az új Kartársakat!

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A veszprémi m. kir. állami gyermekmenhely igazgató főorvosa az intézetben megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdet.

A teljes szövegű pályázati hirdetés a „Budapesti Közlöny” c. hivatalos lap 1940. évi dec. 27., 28., 29.-i számában található meg.

Veszprém, 1940. évi december hó 17-én.

vitéz Szenttornyay Sámuel dr. igazgató-főorvos.

Expectin
cseppek

EXPECTORANS

Diachemia

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1.

MAGYAR
GYÁRTMÁNY



Az asthma bronchiale szuwerén gyógyszere

Asthmelysin

injectio és kup

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr
Ára: 1'13 P

Általános hatású psychikus meg-
nyugtató, kitűnő spasmolitikum.

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

243.054—1940. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A rimaszombati m. kir. állami kórházban egy *bőr-
gyógyász osztályvezetői*, a losonci állami kórházban egy *bel-
gyógyászati osztályvezetői*, a gyulai és az ungvári állami
kórházban *egy-egy fül-, orr-, gége osztályvezetői* intézeti
orvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állások javadalmazása
az állami tisztviselők részére megállapított IX. fiz. oszt.
III. fokozata szerinti illetmény.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabály-
szerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetem-
nek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt har-
madizbeni közzétételétől számított 15 napon belül — köz-
hivatalban lévők hivatali főnökük útján — a m. kir. bel-
ügyminisztériumba (Budapest I., Uri-utca 49.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles máso-
latban a Népegészségügyi c. lap „Számgyarázat”-ában
1—12. szám alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények
közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táb-
lázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével
igazolhatják.

Budapest, 1940. december 17-én.

M. kir. belügyminiszter.

243.055—1940. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A gyulai, az ipolysági és aknaszlatinai állami kórházak-
ban egy-egy, a rimaszombati, a nagyszőlősi és munkácsi
állami kórházakban két-két *alorvosi állásra* pályázatot
hirdetek.

Az állás javadalma az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3.
fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló
lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50%-ának
megterítése ellenében I. oszt. intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók hozzám intézett, szabály-
szerűen felbélyegzett kérvényeiket e pályázati hirdetem-
nek a Budapesti Közlöny c. hivatalos lapban történt har-
madizbeni közzétételétől számított 15 napon belül — köz-
hivatalban lévők hivatali főnökük útján — a m. kir. bel-
ügyminisztériumba (Budapest I., Uri-utca 49.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles máso-
latban a Népegészségügyi c. lap „Számgyarázat”-ában
1—12. szám alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

Közszolgálatban álló pályázók a felsorolt követelmények
közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táb-
lázaton) fel vannak tüntetve, az említett iratok egyikével
igazolhatják.

Az állás betöltése alkalmaztatás útján ideiglenesen tör-
ténik, amelyből végleges kinevezésre jogigény nem támasz-
tható. Az alkalmazás meghosszabbítható.

Az alorvosnak az intézetben kell lakni, természetbeni
lakását csak saját személyére veheti igénybe, s magán-
gyakorlatot nem folytathat.

Budapest, 1940. december 17-én.

M. kir. belügyminiszter.

Az epeutak és epehólyag betegségeiben, legyen az kő,
vagy gyulladás, nagy jelentősége van a Míra glaubersós
gyógyvíz alkalmazásának. (Schaffler O. H. 1926. 8.) A bel-
gyógyászati kezelés ugyan nem mutat fel oly gyógyeljárást,
mely a kő feloldását és kiürülését eredményezi, de a gyulla-
dás megszüntetésével az epeutak átjárhatóságát visszaállít-
ja. A Míra glaubersós gyógyvízzel tartott vízkúra hurut-
csökkentő hatása kétségtelen.

2649—1940. fp. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Az 1934. évi XII. tc. 13. §-ában biztosított jogomnál
fogva nyilvános pályázatot hirdetek a székesfőváros köz-
kórházaiban megüresedett egy *sebész-főorvosi* és egy *bel-
gyógyász-főorvosi állásra*.

Felhívom mindazokat, akik eme állások egyikét elnyerni
óhajtják, hogy szabályszerűen felbélyegzett kérvényeiket
1941. január 2. napjának déli 12 órájáig hivatalomhoz (IV.,
Váci-utca 62—64. szám I. em. 11.) nyújtják be.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles máso-
latban a Népegészségügyi c. lap „Számgyarázat”-ában
1—12. szám alatt megjelölt okmányokat kell csatolni.

Mindazok a pályázók, akik közbenjárásokat és magán-
ajánlásokat vesznek igénybe, a hasonló megítélés alá eső
pályázatok érdemleges elbírálásánál utolsó sorba kerülnek.

Budapest, 1940. évi december hó 11.-én.

Karafiáth Jenő dr. s. k., főpolgármester.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik dec. 15—21. között.
Ez a hét frontokban *rendkívül szegény volt*. Betörési frontok
reactiói csakis 15-én délelőtt és 16-án hajnalban, felsiklási re-
actiók pedig csak 18-án estétől 19-én délutánig feltételezen-
dők. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapestben	A front		Kísérő események*			
	hó	nap		óra	fajtája	fejlett- sége
Dec.	15	8		Betörési	Mérsék.	Gyenge havazás egész délelőtt
	16	1		Betörési	Gyenge	Ejszakai szélrohamok
	19	16		Felsikl.	Mérsék.	Erős praefrontális nyomássüllyedés és köd

* A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak
és a m. kir. Meteorológiai Intézet önró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot
ad az 1940. évi 1. szám III. borítóján.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Lithiumtartalmú, káliummentes
Libron pezsgő bróm-készítmény
Az általános bróm-therápiát tökélete-
sen és a legkellemesebben szolgálja
25 tablettá 2'30 pengő
„NAGY KRISTÓF” gyógyszeriar, IV., Váci-utca 1.

CHOLPARIN-CHINOIN

cholin-tartalmú értágító combinatio

20 tablettá

magas vérnyomás, climacteriumi érlabilitás esetén

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.

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

Felelős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, VIII., Üllői-út 26. sz.

Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

A budapesti magyar királyi Bábaképző Intézet közleménye.
(Igazgató: vitéz Szathmáry Zoltán egyet. magántanár.)

A szülésznői hüvelyi vizsgálatok megszüntetéséről.

Irta: vitéz Szathmáry Zoltán dr.

A bábák belsővizsgálata régóta vajudó kérdése a szülészetnek. Hogy e kérdésben ezideig még nem alakult ki végleges vélemény, annak egyik legfőbb oka, hogy nem volt hozzá elég elfogadható adatunk. Eddig csak véltük, de nagyobb számadatokkal nem bizonyíthattuk azt, hogy a szülésznői belsővizsgálatok milyen káros következményekkel járnak.

A szülészeti rendtartást megvalósító *Tauffer* professor nagy érdeme, hogy ma már rendelkezésünkre állanak az egész ország szülészeti viszonyaira vonatkozó adatok, amelyek nagyságuknál fogva kétségtelenül döntő bizonyítékot szolgáltatnak e kérdésben. Amíg csak egyes klinikai adatok voltak birtokunkban, addig csupán néhány ezer szülés tapasztalatait vonhattuk le. E kisebb számadatokkal szemben ma már csaknem millió szülés eredményeit vehetjük bírálatunk alapjául. Az intézeti adatok alig egynegyedét tették az egész országban lefolyó szüléseknek s a szülészeti rendtartás életbeléptetéséig a nagy gyakorlatban, a vidéken s főleg az eldugott kis falvakban és tanyákban lefolyó szülések körülményeiről, eredményeiről nem volt tökéletes, áttekinthető képünk.

A gyakorlatot folytató bábák működésébe csak azóta látunk bele jobban, mióta a szülészkerületi főorvosi hivatalokat felállították s mióta a szülésznők kötelesek minden szülésről és vetelésről írásbeli jelentést tenni. Csak az elmúlt évek összesítő jelentései és a szülésznői munka számonvétele után derültek ki azok a hibák és mulasztások, amelyekről eddig alig szerezhettünk tudomást s amelyek a vidéken működő szülésznők munkájára és ennek eredményére fényt derítettek. Az így nyert képet még jobban kiegészítették a bábátovábbképző tanfolyamokon szerzett tapasztalatok.

A szülésznők általános értelmiségi csoportosítása kapcsán kiderült, hogy 5583 szülésznő közül teljesen használhatatlan volt 30% s átmenetileg is csak 42% volt használható (*Tauffer*).

A debreceni szülészkerület szülésznőinek fele 6 hónapos, vagy még ennél is rövidebb tanfolyamot végzett. A kiképzésre kerülő, 6 elemít végzett növendékeknek műveltségi foka még ma is olyan alacsony, hogy egyes bábaképző intézetekben még most is alkalmaznak írásmestert, aki a növendékeknek az írást, olvasást, számolást, az óra megismerését, stb. tanítja.

A továbbképző tanfolyamok orvosi vizsgálataiból derült ki, hogy a működő szülésznők 50%-a beteg; 17.6%-nak betegsége, vagy szellemi rokkantsága olyan fokú, hogy emiatt hivatásának megfelelni nem tud! Hogyan ügyelhesen fel egy szülésznő a magzati szívhangokra, ha nagyothall, vagy teljesen süket (pedig ilyenek találta a vizsgálat 15%-ukat!). Hogyan vegye észre a szülésznő a lágyrészsérülést, lepényrészhíányt, ha rosszul lát és nem hord szemüveget! Miképp vezessen szülési jegyzőkönyvet, bábanaplót az, akinek látása teljesen

megromlott? (az összes szülésznők 11%-a). Milyen következménye lehet az olyan belsővizsgálatnak, ahol a szülésznőnek genyes, kankós folyása, kifehélyesedett méhelőesése, méhrákja, lábszárfekélye (összesen 7.5%) vérbaja van? (8—11%)! Hogy az előbb felsorolt betegségek mellett és a bábák alacsony műveltsége miatt milyen az a munka, amit végeznek, arra a legjobb bizonyítékot nyújtja a szegedi szülészkerület szaksegédének közlemények, amely szerint „nehezen tudják értékelni a magzati szívhangokat, pedig enélkül nem veszik észre a magzat veszélyeztetését a szülés alatt; a külső vizsgálatban kevésbé járatosak s külső vizsgálattal ennek következtében nem igen tudják megmondani, hogy halad-e a szülés, pedig ez volna a bába szüléskörüli segédkezelésének egyik legfontosabb teendője. Ellenben a tilalom és az ismert veszedelem ellenére is gyakran végeznek felesleges módon belsővizsgálatot. Noha valamennyi szokta a gátat szüléskor védeni, egyetlen egy sem tudja, hogy két kezével a gát védekező mit, hogyan és miért csinál; nincsenek tisztában a gátvédelmezés lényegével. A bábátáskák megvizsgálásakor kitűnik, hogy csaknem valamennyi bábának ismétlődő tanfolyamra bejövetelek új hőmérője van, ami annyit jelent, hogy érkezésük előtt vették s így azelőtt nem használták. Percmutató órával csak igen kevesen rendelkeznek, tehát érverést nem is tudnak számolni. A szülészeti tisztaság szabályait elméletben nagyjából ismerik, de a gyakorlatban lehetőleg elmelelőzik, nem is lehet tőlük követelni, hogy a régebbi öthónapos kiképzés alatt egy ilyen egyszerű nő az a sepsis és antisepsis, valamint a noninfectio elvével úgy tisztában legyen, hogy az a vérbe menjen át és azt a falusi házakban, nehéz körülmények között alkalmazza is. Természetes, ha a szülés észlelésében hiányok vannak, akkor az orvost sem tudja kellő időben hívni. De az orvos hívásában más szempontok is közrejátszanak; egyik a bába részéről áll fenn, aki mértéktelen örteltségében azt igéri a szülőnőnek, hogy ha ő szerepel a szülésnél, akkor nem kell orvos, a másik a szülőnő részéről jelentkezik, aki fél az orvostól egyrészt, mert esetleg pénzbe kerül, másrészt, mivel az orvos beavatkozni kényszerül szükség esetén. A bába és a szülőnő ilyen esetben nagyon megértik egymást és a szülőnő nem mindig veszi a bábától rossz néven, ha esetleg szövdmény jelentkezésekor nem hív orvost. Azt látjuk, hogy ez az orvos-ellenesség oda fajul, hogy némely bába a szülés során elszennvedett lágyrészsérüléshez soha orvost nem hív s így az ellátatlan marad” (*Polgár: Orvosképzés, 1940. 2. sz.*)

Míg az intézeti, illetőleg klinikai hüvely-gátvarráskor arányszáma egyik régebbi munkám kimutatása szerint átlagosan 51%-ot tesz ki, addig az intézeten kívüli szülések kapcsán, vagyis ott, ahol legnagyobb részben csak szülésznők segítkeznek a szülésnél, mindössze 7%-ot tett ki a lágyrészsérülések ellátásának arányszáma. Mivel bizonyos, hogy a kint működő szülésznők sem tudják a gátat jobban védeni, mint a nagy gyakorlattal bíró intézeti szülészobás bábák, kétségtelen, hogy az alacsony, 7%-os arányszám kizárólag abból származik, hogy a bábák nem hívnak orvost a gátrepedés elvarrásához, vagy ami kisebb számban fordul elő — maguk a szülőnők vonakodnak a lágyrészsérülés elvarrásától. *Hogy a szülésznők hány esetben mulasztják el az orvoshívás*

szükségességét ily esetekben, azt legjobban bizonyítja az, hogy az összes halálosan végződő gyermekágyi lázas eseteknek csaknem 70%-ában a halál oka az el nem varrt gátrepedésből kiinduló fertőzés volt (Matusovszky).

Az ismétlődő tanfolyamok gyakorlati tapasztalata alapján bebizonyosodott, hogy az idősebb asszonyok a továbbképzésre teljesen alkalmatlanok. Ezeknek a megélhetés küzdelmeiben szellemileg és testileg elfáradt, elcsigázott asszonyoknak továbbképzése teljesen lehetetlen, mert ezek a nők olyan környezetben nőttek fel, ahol a higiéné, az általános egészségvédelem sohasem került szóba, akiknek nincs meg az a legalacsonyabb műveltségük sem, hogy az előadottakat megértsék; az ilyen asszonyokon — mint azt Polgár hangsúlyozza — „az ismétlődő tanfolyam nem sokat változtat s hazamenetelük után maradnak olyanok, amilyenek voltak s ott és úgy folytatják, ahol és ahogyan abbahagyták”. Ezekben a szülész nőknél természetesen a belsővizsgálatra vonatkozó tanácsok és utasítások sem változtatnak s nem vezetnek eredményre.

Annak ellenére, hogy a bábanaplók összesítése szerint a szülész nő aránylag ritkán végeznek belsővizsgálatot, bizonyos, hogy igen sokszor végzik olyankor is, amikor erre egyáltalán nincs szükség. Ilyenkor legtöbbször — mint azt Raics írja — a főök a nagyképűség.

A tapasztalat is igazolja, hogy az ilyen túlbuzgó, ok nélkül belsővizsgálatot végző szülész nőt a tudatlan nép nagyobbra értékeli, többre becsüli, mint a felesleges belsővizsgálatoktól tartózkodó bábát. Hányszor panaszkodik szülész nő, hogy a községbe telepedett új baba teljesen tönkretette gyakorlatukat, mert oktalan és gyakori belsővizsgálataival elhitette, hogy képzettsége magasabb fokú. Habár bizonyos, hogy ilyen esetekben a művi vetelés vállalására a hajlandóság fontosabb szerepet játszik, mint a belsővizsgálat, mégsem zárható ki, hogy egyes esetekben a terhesnők elcsábításában, illetőleg a másik szülész nő gyakorlatából elvonásában az előző is szerepelhet. A facultatív belsővizsgálati oktatási elv tehát már csak azért sem tartható fenn, mert „amíg lesz baba, aki büntetlenül végezheti a belsővizsgálatot, az a konkurrenca erejével kényszeríti a környéken dolgozó többi bábát is arra, hogy azok is rátérjenek a belsővizsgálatra még az esetben is, ha attól önkritikájuk, intézeti nevelésük és lelkiismeretük különben visszatartotta volna őket” (Raics: Népegészségügy, 1940. 12. sz.).

Az intézeti szülésekkel kapcsolatban gyakran látjuk, hogy a súlyos szövődémmel szülőintézetbe szállított esetek többségében a késői komoly szövődmények oka csak részben hozható összefüggésbe a kint, vagy az intézetben végzett szülészeti műtétekkel; az esetek többségében a súlyos fertőzés alapja és oka itt is a tisztátalanul végzett szülész női belsővizsgálatokra volt visszavezethető.

Habár a szülőintézetekben belsőleg vizsgált esetek rosszabb eredményt mutattak, mint a belsőleg egyáltalán nem vizsgáltak csoportja, a különbség még sem nagyobbmértvű; ez elsősorban azzal magyarázható, hogy e vizsgálatokat megfelelő körülmények között, kellő tisztasággal, szabályszerű mosakodás és kézfertőtlenítés után végzik. Tornay, Johannsen, Schroeder, Ahlfeld, vitéz Sövényházy és mások ilyirányú vizsgálatai kimutatták, hogy a klinikai szigorú tisztasági és kézmosási rendszabályok betartásával végzett belsővizsgálatok, bár nem közömbösek, általában mégis veszélytelenek. Ez alapon Tóth professor régebben minden szülész nőt rendszeresen megvizsgáltatott belsőleg, a vajudó felvételekor és a burok megrepedése után. E vizsgálatoknak nemcsak a tájékozódás volt célja, hanem a tanítómód-

szer is, amellyel az orvostanhaligatókat a gyakorlati belsővizsgálat elsajátítására oktatta. Sajnos, ma sem hangsúlyozhatjuk eléggé, hogy mind az orvostanhallgatók, mind a szülész nővendékek szülészeti kiképzésének gyakorlati része még bizony messze mögötte marad a jogos szakorvosi kívánalmaknak.

A belsővizsgálatok következményeivel foglalkozó dolgozatok és adatgyűjtő összeállítások száma elég tekintélyes. Külföldi munkák alig vehetők e téren számításba, mert a más országokban működő szülész nő és hazai szülész nőink általános műveltségi foka között igen nagy az eltérés. Számos hazai szerző szolgáltatott értékes adatokat a belsővizsgálatokra és következményeikre nézve.

Kubinyi kimutatta, hogy a klinikán kívül orvosok által belsőleg vizsgált szülész nőknél csak 13.2%-a, a szülész nő által belsőleg vizsgált asszonyoknak azonban 22.1%-a lett lázas a gyermekágyban (Rigler emlékkönyv, Szeged, 1926.). Schürger, vitéz Sövényházy, Fürst és Koller adatai szerint a szülőintézetekben belső vizsgálat után keletkezett gyermekágyi betegségek (a műteti esetek kizárásával) 35—40%-kal gyakoribbak, mint a végbélen át végzett vizsgálatok után. A méhkörüli gyulladáshoz elváltozások pedig belsővizsgálat után 4—6-szorosát teszik a végbélvizsgálat után észlelt periuterin betegségeknek. Ezek alapján ma már a legtöbb szülőintézetben áttértek a végbélvizsgálatra s hüvelyi vizsgálatot csak akkor végeznek, ha a végbélvizsgálat nem tájékozott kellőleg, vagy ha valamilyen hüvelyi szülészeti műtét válik szükségessé.

Tornay „A belsővizsgálat befolyása a gyermekágyra” című értékes közleményében (Bársony emlékkönyv 1927.) az I. sz. női klinika 10 évi anyagából kimutatja, hogy míg a belsőleg nem vizsgált esetekből csak 5.45% s az intézetben vizsgáltakból 10.23%, addig az intézetben kívül vizsgált asszonyok közül 17.32% lett lázas a gyermekágyban. A gyermekágyi súlyosabb fertőzéseket is magábanfoglaló ismételt lázas esetek aránya az előbbi három csoport szerint 1.90%-, 3.80% és 8.10%. — A kint vizsgált esetek után keletkezett lázas gyermekágy tehát az intézetben vizsgált esetek számának több, mint kétszerese. Még nagyobb eltérést mutatnak a súlyos gyermekágyi fertőzést feltűntető számadatok, amelyeknek aránya a belsőleg nem vizsgáltak, intézetben vizsgáltak és intézetben kívül vizsgáltak esetében úgy aránylik egymáshoz, mint 1:3.5:17! Ugyanilyen csoportosítás szerint a belsőleg nem vizsgált lázas gyermekágyas esetek közül 3.90%, az intézetben vizsgáltak közül 7.45% és az intézetben kívül belsőleg vizsgáltak közül pedig 21.01% kapott sepsist, vagy peritonitist! Még feltűnőbb a klinika halálozási kimutatása:

	19.273 szülész nő	Belsőleg nem vizsgált	Intézetben vizsgált	Int.-en kívül
		12.981	5.762	797
		közül meghalt		
Összesen:	108=0.55%	29=0.22%	48=0.73%	31=3.88%
Sepsis + peritonitisben:	46=0.23%	11=0.08%	19=0.33%	16=2.00%

Tornay közleményének számadataiból az alábbi következtetést vonja le: „Tapasztalatainkat összegezve kimondhatjuk, hogy a puerperalis fertőzés szoros kapcsolatban van az előző belsővizsgálattal. A nem vizsgált és intézetben vizsgált spontán szülések morbiditása és mortalitása között nagy különbséget nem találunk; ez amellyel bizonyít, hogy a gondos asepsissel végzett belsővizsgálatnak a gyermekágyi lázra nagyobb befolyása nincs. Az intézetben kívül vizsgált és spontán szülő asszonyok gyermekágyi morbiditása és mortalitása az intézetben vizsgáltakéval szemben is igen nagy, ez a

körülmény tehát csakis a gondatlanul végzett belsővizsgálat következménye lehet. Nagyobb jelentőséget tehát csak az intézeten kívül és elégtelen asepsissel végzett belsővizsgálatnak tulajdoníthatunk." *Bársony* professor nézetét is visszatükröző befejezésében az alábbiakat találjuk: „A belsővizsgálat és a műtét befolyásának tulajdonítható az a szomorú tény, hogy az intézeten kívül vizsgáltak esetében a műtéttel befejezett szülések után 23.25%-ban lázas volt a gyermekágy s hogy a gyermekágyasoknak 6.97%-a oly súlyos általános gyermekágyi fertőzésnek esett áldozatul, minek következtében a sepsis és peritonitis halálózása 4.35%-ot ért el. Az intézeten kívül vizsgált műtétes szülések morbiditása és mortalitása, bár klinikai anyagunkban a göttingai klinikán észlelték arányát nem éri el, mégis oly megdöbbentően nagy, hogy okvetlenül fel kell hívja figyelmünket a gyermekágyi fertőzés megelőzésére, a belsővizsgálatnak teljes asepsis mellett minél szűkebb körre szorítására”.

Vitéz Sövényházy adatai szerint a Bakács-téri szülőosztályon spontan szülések eseteiben végzett végbélvizsgálatok után a gyermekágyas asszonyoknak 5.98%-a lett lázas, szemben a hüvelyi úton vizsgált vajudókkal, akiknek 9.21%-a lett lázas a gyermekágyban. 10 nagy szülőintézetnek 40.000 spontan szülésből álló anyagában a csupán külsőleg vizsgált asszonyoknak 7.85%-ában, a végbélen át vizsgált szülőknek 7.8%-ában és a hüvelyi úton vizsgált vajudóknak 13.18%-ában volt láz a gyermekágyban (*vitéz Sövényházy: Orvosképzés, 1927, Frigyesi-különfüzet.*)

Habár az előbbi közleményekben nem találunk részletesebb utalást arra, hogy a kint vizsgált esetekből hány asszonyt vizsgáltak csak szülésznők s hány esetben vizsgálta ugyanazt a beteget orvos is, mégis valószínű, hogy a belsővizsgálattal fertőzött esetek nagyobb többsége a szülők vizsgálta betegekre esik. E feltevés helyességét *Kubinyin*ak már idézett számadatai bizonyítják.

Ezekkel az egyes kisebb számmal bíró intézeti kimutatásokkal szemben *Raics* a debreceni női klinika, illetve szülészkerület 9 évi anyagát dolgozta fel. Míg más szerzők intézeti adataiban a szülésznők és orvosok által belsőleg vizsgált betegek az eseteknek csak egy részében különíthetők el, addig *Raics* a két csoport éles elhatárolásával csupán a szülésznők által belsőleg vizsgált vajudóknak gyermekágyi fertőzéséről számol be.

Az intézeten kívüli szülésekből 352 gyermekágyi lázas esetet vizsgáltak ki, melyek közül 63 alkalommal, tehát 17.89%-ban a helyszíni hatósági orvosi vizsgálat a fertőzés előidéző okaként a baba által végzett belsővizsgálatot jelölte meg. Ugyancsak a „baba által végzett belsővizsgálat szerepel a kórelőzményben a gyógyult esetek 17.18%-ában és a halállal végződött esetek 19.20%-ában”. Ha most e számokhoz még hozzávesszük azt, hogy 122 esetben, vagyis az esetek 34.68%-ában a szülés alatt intézetbe szállított és az ottani eredményeket nagymértékben rontó eseteknek is jórésztében (lásd: *Tornay* idézett adatait), a kint működő szülésznők belsővizsgálata tehető felelőssé, úgy azt hiszem, jóval magasabbra becsülhető azoknak az asszonyoknak száma, akik a szülésznő belsővizsgálata miatt kaptak gyermekágyi lázat s pusztultak el. A debreceni szülészkerület előbbi adatai fényt derítettek az intézeten kívüli lázas gyermekágyas eseteknek azokra az okaira, amelyek a szülésznők belsővizsgálatainak rovására írhatók és amelyeknek szomorú következményeit az említett számadatok meggyőzően bizonyítják.

Még nagyobb számokból kaphatunk áttekintést *Matusovszky*nak a gyermekágyilázás betegségek okait ku-

tató értékes közleményeiből. Utolsó munkájában az ország 7 évi (1931—1937) vetélések nélküli szülőanyagából 1189 halálosan végződött gyermekágyilázás esetet gyűjtött össze. Ezekből a halálosan végződött esetekből 6.9%-ban szaksegédlet nélkül folyt le a szülés. A betegek 36.1%-a intézetben szült, 15%-a otthon szült ugyan, de a baba segítsége mellett orvosi beavatkozás is történt, 42%-ban azonban csak szülésznő volt jelen a szüléskor.

Matusovszky adataiból kitűnik, hogy azokban a halálos gyermekágyilázás esetekben, ahol kizárólagosan baba volt csak a szülésnél, az esetek 67%-ában nem volt megállapítható a halálos fertőzés oka. 23%-ban szülésznők tevékenysége, 12.4%-ban pedig a szülésznői belsővizsgálat okozta a gyermekágyas asszony halálát. *Bizonyos, hogy e szám jóval nagyobb, mert az orvosi segítséggel szült, vagy intézetbe szállított betegek között bizonyára még igen sok asszony van, akin a halálos fertőzés okát a tisztátalan szülésznői belsővizsgálat okozta (lásd: Kubinyi és Tornay adatait).*

Ha a távolabbi lehetőségeket nem tekintjük és csupán a legkisebb számadatokat vesszük figyelembe, akkor a szülészeti rendtartás adatai szerint a halálosan végződő gyermekágyi lázas betegségek 12.4%-ában, a debreceni szülészkerület anyagában pedig 17.89%-ban a szülésznők belsővizsgálataiban lehetett megtalálni a halálos fertőzés okát. Ha meggondoljuk, hogy a felderítetlen és intézetbe szállított eseteknek még egy tekintélyes részében azonos okra vezethető vissza a fiatal, fogamzási korban lévő gyermekágyas asszony pusztulása, akkor e számok elég nagyok ahhoz, hogy a legkomolyabban foglalkozunk a szülésznői belsővizsgálatok kérdésével, s azokkal a módokkal, amelyekkel az előbbi halálokok elkerülhetőek lennének.

Hogy a szülésznők belsővizsgálatainak kérdésébe jól betekinthessünk, szükségesnek tartom kiképzésüket és a gyakorlati működésüket előíró bábautasításokat ismertetni.

A növendékek gyakorlati kiképzése, mint azt minden bábaképzőintézeti tanár hangsúlyozta, igen csekély. Az önálló bábaképző intézetekben még aránylag több szülés jut egy-egy növendékre (a budapesti bábaképző intézetben 30—40), a bábaképzéssel foglalkozó egyetemi klinikákon azonban az orvostanhallgatók kiképzése miatt sokkal kevesebb szülés jut egy-egy növendékre.

A gyakorlati kiképzés fokozására már évekket ezelőtt — mint előttem többen — a kiképzési idő 2 évre meghosszabbítását ajánlottam mind a vallás- és közoktatásügyi-, mind a belügyminisztériumban. Javasoltam, hogy a budapesti növendékek az elméleti oktatás után a gyakorlati időre osztassanak szét a nagyobb budapesti szülőintézetekbe, hogy így megfelelő szülőanyaghoz jussanak. Csak ez alapon volna elérhető, hogy a gyakorlati kiképzéshez szükséges 80—100 szülés vezetéséhez minden növendék hozzájuthasson.

Mivel a növendékek műveltségi foka és gyakorlati kiképzése a jelenlegi körülmények között nem felel meg a szakorvosi kívánalmaknak, így a belsővizsgálatra szóló kiképzésük sem lehet olyan, mely a legalacsonyabb mértéket megüthetné. A növendékek hiányos előképzettsége és alacsony műveltsége miatt több bábaképző intézetben a belsővizsgálatok gyakorlati oktatását teljesen elhagyták. A debreceni szülészkerület körkérdése és az erre beérkező válaszok alapján csak 3 bábaképző intézet tanítja a növendékeknek a belsővizsgálatot. Két intézet a belsővizsgálat helyett a végbélvizsgálatot tanítja, a többi intézetekben hüvelyi vizsgálatokat nem végeztenek a növendékekkel, sőt egyenesen eltiltják a belsővizsgálat végzését. Amíg e kérdésben nem jutnak a hivatalos szakkörök egyező eredményre, addig e téren

— a fentiek alapján — nem is várhatjuk, hogy az oklevelet szerzett növendékek az előírásnak, vagy oktatásnak megfelelő módon járjanak el. *Jelenleg tehát az a helyzet, hogy amíg egyes oktatók a növendékeket a belsővizsgálatról eltiltják, addig az érvényben lévő bábautasítások alapján fennáll az a lehetőség, hogy a belsővizsgálatra nem tanított és gyakorlatilag ki nem képzett növendékek végezhetnek és végeznek is hüvelyi vizsgálatokat.* E tarthatatlan helyzet elkerülésére és az egységes álláspont kialakítására beadványban kértem a szülész-növendékek szakoktatását irányító felettes hatóságokat, hogy az illetékes szakemberek összehívásával és meghallgatásával döntsenek e rendkívül fontos és eddig össze nem egyeztetett kérdésben. Eljártam egészségügyi kormányzatunknál is ez ügyben; hangsúlyoztam, hogy a *belsővizsgálat gyakorlati tanításának felhagyása csak akkor jöhetne szóba, ha egészségügyi kormányzatunk a gyakorlatot folytató szülész-nők részére a belsővizsgálatot miniszteriumi rendelettel eltiltaná.*

Amíg szülészeti rendtartásunk eredményei nem voltak ismeretesek s amíg az intézetben kívüli szülések vezetésének eredményeit és számadatait nem ismertük, addig még nem tudhattuk azt, hogy a *belsővizsgálat megengedésével túlnagy cselekvő szabadságot adtunk szülész-nőinknek, olyan cselekvő szabadságot, amellyel sokan és igen gyakran visszaélnék.*

A vázoltakban rámutattam azokra a módokra, hogy miképp élnek vissza a belsővizsgálat végzésével s milyen károkat okoznak a felesleges vizsgálatokkal az intézetben kívüli szülések vezetése kapcsán. Rámutattam arra, hogy a vezető intézetek a régi rendszeres hüvelyi vizsgálat helyett mind áttértek a kevésbé veszélyes végbélvizsgálatra. Külön hangsúlyoztam, hogy a belsővizsgálat oktatását és gyakorlati tanítását csak megfelelő, általános orvosi képzettségű és műveltségű, kellő önkritikájú egyéneknek, vagyis orvostanhallgatóknak lehet előadni *s e műveletre —, amelyet nőorvosi szempontból komoly beavatkozásnak tartunk — jelenlegi szülész-növendékeink hiányos előképzettségük és alacsony műveltségi fokuk miatt nem alkalmasak,* mert a most szabadon végezhető belsővizsgálatokat a szülészeti rendtartás adatai szerint nem mindig arra a célra használják fel, amelyre azt a bábautasítások erre vonatkozó előírásai megkövetelik.

A szülész-nők értelmi színvonala messze van attól a foktól, hogy belsővizsgálatokat eredményesen és hasznosan végezzenek, mert nincs elegendő önkritikájuk s gyakorlati szaktudásuk is oly alacsonyfokú, hogy a vizsgálatok alkalmával talált helyi leletet nem tudják kellőképpen értékelni s így a *hüvelyi vizsgálat téves eredményeivel legtöbbször sajátmagukat is félrevezetik.* Ha megkérdezzük a szülész-nőket, miért végeztek belsővizsgálatot, legtöbbször azt a választ kapjuk, hogy „szertették volna tudni, hogy mennyi a méhszáj”, hogy „mikorra várható a szülés”, hogy „mennyire van elől a fej s elmehetnek-e még közben gyermekágyast ápolni, keresztelni, vagy otthoni munkájukat elvégezni”. A javalló tényezők között tehát a legritkábban hallunk olyan okot, amely valóban szükségessé tette a belsővizsgálatot.

A szülészeti hüvelyi vizsgálat nagy tisztaságot követelő, komoly következményekkel járó orvosi beavatkozás, mely a szülész-nők szempontjából korántsem közömbös. Amikor a sterilitás elveit szemelött tartó szakorvos részéről sem közömbös a belsővizsgálat, miképp követeljük meg a megfelelő és szükséges tisztaságot a mostoha egészségügyi viszonyok között felnövekedett és ma is ebben a környezetben élő bábáktól! Miképp mossa meg tisztára kezét, mikor ennek még a lehető-

sege sincs meg? Hogyan vizsgáljon belsőleg olyan kérge, összeroppedezett, a nehéz házi, vagy mezei munkától megvastagodott, elnehezdedt, a finomabb tapintásra alkalmatlan kezével? Mit tapinthatnak s mennyi érezhetnek az ilyen esetben, durva ujjak? Mit értékelhet az ilyen szülész-nő az esetek többségében végzett esetleges belsővizsgálattal? Jóformán semmit. A belsővizsgálatok értékelése legtöbbször csak annyira terjed, hogy koponyatartás esetén megállapítják az előlfekvő fejlet s annak esetleges magasabb, vagy mélyebb fekvését, üregbe szállását. A nyílvarrat lefutásáról és a kutacsok helyzetéről, a méhszáj tágasságáról, az esetleges téraránytalanságról, a medence szűkebb voltáról, a tartási, vagy forgási rendellenességekről, az előlfekvő lepényről, előlfekvő aprórész és köldökzsinór felismeréséről természetesen szó sem lehet. Még a puha far tapintásában is a legtöbbször bizonytalanok. Mi értelme van tehát az ilyen belsővizsgálatnak s mennyire értékelhető az ilyen vizsgálati eredmény?

Bizonyos, hogy vannak szülőintézetben működő, hosszú szülőszobás gyakorlattal bíró, jól képzett s belsőleg, vagy végbélben át nagyon jól, sőt kifogástalanul vizsgáló szülész-nők; ezek száma azonban oly kevés, hogy a fenti kérdés elbírálásában szerepet nem játszhatnak. Az ilyen jól képzett, rendszerint nagyobb műveltségű és kiválóan használható munkaerők csak a legkritikább esetben mennek vidékre s így a külső gyakorlatot folytató szülész-nők hüvelyi vizsgálatainak mérlegetekor alig jöhetnek számításba.

A külső gyakorlatban végzett szülész-női belsővizsgálatoknak lényegesebb haszna tehát nincs, mert még ha felismernék is belsővizsgálataik kapcsán az egyes külsőleg észre nem vett, vagy elnézett rendellenességeket, úgy az orvoshíváson kívül maguk semmit sem tehetnek, mert a Bábautasítások szerint a szülész-nők műtétet nem végezhetnek.

A hüvelyi vizsgálat idejének megállapítása s a belsővizsgálat eredményének megfelelő értékesítése meghaladja a szülész-nők elméleti és gyakorlati képességeit; ez már orvosi munka. Amíg a debreceni szülészkerület adatai szerint (Raics) szülész-nőinknek csaknem 80%-a a földműves-, napszámos- és munkásosztályba tartozik, amíg iskolai végzettségük 84%-ban csupán az elemire szorítkozik, amíg 5.5% írástudatlan van közöttük, addig alig hiszem, hogy bárki is felelősséget vállalhatna a gyakorlatot folytató szülész-nők belsővizsgálataiért.

Kétségtelen, hogy az egyszerűbb asszonyok között is vannak igen jó, természetes bírálóképességű, helyesen gondolkodó és munkájukat tisztességesen ellátó szülész-nők, azonban a belsővizsgálatok használhatóságának eredménye még ezekben az esetekben is legtöbbször kérdéses.

Kérdés, megtaníthatók-e egyáltalán a jelenlegi szülész-növendékek a belsővizsgálat végzésére és a talált leletek helyes értékelésére. Ezirányú kísérleteink és gyakorlati tapasztalataink azt mutatják, hogy a mostani növendékek az átlagosnál jóval nagyobb szülési szám mellett, sőt még 60—80 szülés vezetése kapcsán sem közelítik meg azt a fokot, hogy belsővizsgálataik csak némiképp is elfogadhatók legyenek. Ugyanezt tapasztalták az ismétlőtanfolyamok során a szülészkerületi főorvosok. Hasonló meggyőződésre juthatunk azokban a szövődményes, intézetbe szállított esetekben is, amikor a vajudót maga a szülész-nő szállította be. Ilyenkor arra a kérdésre, hogy vizsgálta-e betegét belsőleg, legtöbbször azt a választ kapjuk, „hogyne kérem, négyszer, hat-szor is megvizsgáltam”, mintegy igazolva azt, hogy mennyire „gondos és lelkiismeretes” volt szülész-nőjével szemben.

A kint végzett belsővizsgálatok jelentősége az intézeti operatív szülészetben közismert. Igen gyakran előfordul, hogy a magzat életét megmentő és az anyára nézve legkíméletesebb műtéttől — pl. császármetszéstől — csak azért állunk el, mert a szülő nő által végzett belsővizsgálatok s a talált hőemelkedés miatt a szülőcsatornát már fertőzöttnek kell tekintenünk. Ha ilyen esetekben mégis belekényszerülünk a súlyos, az anya életét megmenteni igyekvő műtétekbe, akkor — mint a tapasztalat — mutatja — az eredmények sokkal rosszabbak, mint tiszta esetekben. Közismerten veszélyesek a szülésznők által előzetesen vizsgált előlfekvőlepény esetek, hol a gyakorlatlan és tisztátalan vizsgáló kéz nemcsak a fertőzés veszélyét növeli, hanem igen gyakran az előlfekvő lepényrész leválását is fokozva, a szülő nő kivérzését segíti elő. Hány méhen belül elhalt magzat és hány anya fizette meg életével ilyen esetekben a szülésznő által végzett ok nélküli és szükségtelen hüvelyi vizsgálatot! (Tornay összeállítása szerint 301 intézeten kívül vizsgált, beszállított, majd megoperált szülő nőből 23.23% lázas lett és 6.97% meghalt!)

Nem a baba kötelessége annak megállapítása, hogy milyen nagyfokú a medence szűkülete, milyen mérvű a téraránytalanság s ezzel kapcsolatban annak a kérdésnek eldöntése, hogy spontán szülés várható, vagy hogy előreláthatólag műtéti beavatkozásra, intézeti beszállításra lesz-e szükség. Nem a baba feladata annak eldöntése, hogy a terhességben, vagy szülés alatt jelentkező vérzés miből és honnan származik. A szülésznőnek csupán az a kötelessége, hogy szövődmény, vagy rendellenesség gyanúja esetén azonnal orvost hívjon, vagy ha ez lehetetlen volna, a beteget intézetbe szállíttassa. A gyakorlat azt mutatja, hogy az ilyen orvoshívással, vagy intézetbe szállítással gyakran elkésnek. E késelemnek nem ritkán az az oka, hogy a szülésznő a szövődmény megállapítására belsővizsgálatot végez s az erre szolgáló előkészületekkel, mosakodással annyi időt veszít, hogy közben a magzat már elpusztult s az anya is esetleg komoly veszedelemben került, (lásd a nagyobb szülőintézetek statisztikai kimutatásait). Közismert, hogy „az orvoshívás mértéke arányban áll a hívás, illetve az érkezés időpontjával; minél hamarabb érkezik az esethez, annál hasznosabb lehet jelenléte, míg a késelem veszedelmes lehet” (Raics).

Az 1902. évi 95.000 sz. rendelet, — melyet a közoktatásügyi- és a belügyminisztérium közösen adtak ki, — a 15. §-ban még a következő utasításokat írja elő: a szülésznő a „szülés alatt szabályszerűen csak 2 ízben végezzen belsővizsgálatot; először a szülő nőhöz való megérkezésekor tájékozódás okáért, másodsor burokrepedés után azonnal”. Az utasítás 17. §-a a következő rendelkezést tartalmazza: „Ha szülő nőhöz hívják a bábát, haladéktalanul menjen el és végezzen a 15. §-ban leírt szabályok szigorú betartásával pontos külső- és belsővizsgálatot”, majd „burokrepedés után azonnal tegyen belsővizsgálatot”. A régebbi bábautankönyv és utasítás tehát két belsővizsgálatot tett kötelezővé, amelyhez csak mint megjegyzés társult az a határozatlan intelem, hogy „ahol lehet, igyekezzék a baba az ártalmatlan külsővizsgálattal tájékozódni és tartózkodjék minden felesleges belsővizsgálattól, mert ez könnyen veszedelmessé válhat”. Az előbbi rendelkezések egymással egyenesen szembenálló utasításokat tartalmaznak.

A szülésznői belsővizsgálatok veszélyeinek felismerése készítette felsőbb hatóságainkat arra, hogy Kubinyi tanár és mások javaslataira a régebbi Bábautasításokat bizonyos mértékig megváltoztassák.

A régebbi bábautankönyv idézett rendelkezéseit 1929-ben olyképpen módosították, hogy a kötelező két belső-

vizsgálatot eltörölték és csak egyetlen hüvelyi vizsgálatot engedélyeztek. Sajnos az így meghagyott belsővizsgálat is sok nehézséget okoz, mert lenetőséget nyújt arra, hogy büntetlenül visszaéljenek vele.

A N. M. M. 43.000—1929. sz. rendelete értelmében a most is használatos hivatalos magyar bábautankönyv utasítási részének 15. §. 1. pontjának utolsó bekezdése, valamint a tankönyv 43. §-ának 1. pontja a következőket írja elő: „A baba igyekezzék egyedül az ártalmatlan külsővizsgálattal elgázodni, ameyet bármikor és a szűkseghez kepest ismeretlen végezhet. A belsővizsgálatot, amelyet csak kivételesen szabad végeznie, a lenetőségig kerüjje, különösen a szülés alatt, mert ilyenkor a nő nemi részei már sebzettek és a fertőzés veszélye fokozott.” E rendelkezés utal a belsővizsgálat veszélyeire, s így azt csak kivételesen engedélyezi. A két mondat egymással bizonyos fokig ellentétben áll, mert az elsőben az „egyedül” szó értelmét lerontja a második mondatnak az a lehetősége, hogy a belsővizsgálat — habár csak kivételesen — mégis végezhető. E rendelkezéseket a tankönyvi rész (72. oldal) bizonyos magyarázattal látja el: „A baba a külsővizsgálattal nemcsak a rendes viszonyokat, de amint tanulni fogja, a legtöbb rendellenességet is felismerheti. Vannak azonban rendellenességek, amelyeket biztosan csak belsővizsgálattal lehet felismerni. Ily kétes esetekben hívjon a baba orvost; ha pedig a rendellenesség megállapítása akár a szülő nő, akár a magzat érdekében sürgős, egy belsővizsgálatot végezhet.” Ez a magyarázat sajnos nincs benne a miniszteri rendeletben; így sok félreértésre, nehézségre ad alkalmat s a bábák jelelősségrevonása esetében mindig kibúvóul szolgálhat.

Az utolsó idézetben foglalt magyarázat is ellentéteket tartalmaz. A szöveg szerint a szülő nő csak olyan rendellenességek kapcsán végezhetne hüvelyi vizsgálatot, amelyek csak belsővizsgálattal ismerhetők fel s ezt is csak akkor, ha „a rendellenesség megállapítása akár a szülő nő, akár a magzat érdekében sürgős”. Mivel a szülési rendellenességek nagy többsége külsővizsgálattal is megállapítható, vagy legalább is gyanítható (utóbbi esetben a baba köteles orvost hívni), a csupán belsővizsgálattal felismerhető rendellenességek száma elenyészően kevés. E csupán belsőleg felismerhető rendellenességek közül a fej forgási rendellenességeit a bábautankönyv egyáltalán nem tanítja, ezekről tenát a szülésznő nem is tudhat; a másik rendellenesség, amely csak belsőleg ismerhető fel, az előlfekvő és részben az előesett köldökzsinór és aprórész. Míg az előesett köldökzsinór az esetek egy részében a szeméremrészben is látható, addig az előlfekvő köldökzsinór megállapítására alig hiszem, hogy szülő nőink, vagy növendékeink képesek lennének; a vizsgálat eredménye legfeljebb az volna, hogy a burok esetleges megrepedésével a köldökzsinór előesne s így a magzat közvetlen életveszedelemben kerülne.

A köldökzsinórelőesés Raics 170.000 szülésére számított adatai szerint mindössze 0.25%-ban fordul elő s csaknem 72%-os magzati halálzással jár. Mivel e szövődmény kapcsán a magzat csak gyors orvosi segítséggel, illetve beavatkozással volna megmenthető, aig képzelhető el, hogy a lassubbodó szívhang és a köldökzsinórelőesés gyanúja miatt belsővizsgálatot végző szülésznő a magzat életét a köldökzsinór visszahelyezésével megmenthetné. A visszahelyezést a bábautankönyv egyenesen tiltja, de erre nem is igen kerülhetne sor, mert a magzatok többsége már a mosakodás hosszú ideje alatt elpusztul. A köldökzsinórelőesés, vagy annak gyanúja miatt végzendő belsővizsgálat amúgy is feles-

leges, sőt szükségtelen, mert a romló szivhangok miatt a szülésznő köteles azonnal orvost hívni.

A köldökzsinóreléshez teljesen hasonló módon bírálható a szülésznő belsővizsgálata szempontjából a még ritkábban előforduló kezelés; a vizsgálat itt is teljesen felesleges, meddő, sőt a fertőzés lehetősége miatt egyenesen ártalmas.

A bábautasításokban még egy olyan rendelkezés van, mely a felesleges belsővizsgálatokkal kapcsolatos felelősségrevonás alól teljes kibúvót nyújt a szülésznőnek. A 20. §. 3. bekezdése (333. oldal.) előírja, hogy „orvost kell hívnia a bábának akkor is, ha nem tudja megállapítani, vajjon rendes, vagy rendellenes esettel van-e dolga”. E rendelkezés nem jelöli meg pontosan, hogy a rendellenesség megállapítása csak külső-, vagy külső- és belsővizsgálat útján döntendő-e el? — E kétféle magyarázati lehetőség miatt elesnek és értéktelenné válnak a felesleges belsővizsgálattal szemben megtorlást nyújtó 21. és 22. §-ok. A szülésznő védekezésére a 15. és 17. §-ok idézett rendelkezései egyenesen feltárlják a halálos fertőzés vádjával szemben nyújtott kibúvás módját. A bába bármikor felhozhatja védekezésül azt, hogy mivel külsővizsgálattal eligazodni nem tudott, kénytelen volt belsővizsgálatot végezni. Mivel a felhozott indok csak a belsővizsgálat idejében volna ellenőrizhető, elesik annak lehetősége, hogy még azzal a szülésznővel szemben is eljárassunk, akiről közvetlenül tudjuk, hogy vajudóit rendszeresen, gyakran és minden komoly ok nélkül vizsgálja belsőleg.

A bábautasítások tehát utasítási része, amely hivatva volna a szülésznők működését pontosan előírni, a belsővizsgálatokra vonatkozó rendelkezésekben határozatlan, sőt ellentétes utasításokat tartalmaz. A Bábautasítások, amelyekhez a gyakorlatot folytató szülésznőknek igazodniok kellene, olyan lehetőségeket rejtenek magukban, melyek a bűnös manipulációkkal szemben nem nyújtanak kibúvó nélküli megtorlást.

A fentiek után felmerül az a kérdés, nem járna-e káros következményekkel a gyakorlatot folytató szülésznők belsővizsgálati jogának eltörlése? Elképzelhető például, hogy a harántfekvés fel nem ismerésével megvádolt szülésznő az eltiltott belsővizsgálatot hozná fel mentességül. E válasz természetesen nem volna elfogadható, mert akinek a külsővizsgálatokban való jártassága oly csekély, hogy e szövödményt a részletesen tanított és begyakorolt fogások ellenére sem ismeri fel, annak a belsővizsgálat sem nyújtana több kórismézési lehetőséget. Ugyanez a helyzet a többi szövödményekkel kapcsolatban is.

A másik felmerülő kérdés: végezzenek-e a szülésznők az ártalmas következményekkel járó belsővizsgálatok helyett végbélvizsgálatot? A két vizsgáló eljárás körüli harc, melyet 1925-ben a bécsi német nőorvosok nagygyűlésén is megvitattak, ma már eldőlt. A nőgyógyászati klinikák és a szülészszakorvosok nagy többsége teljesen áttért a rendszeres végbélvizsgálatokra s a hüvelyi vizsgálatot csak kivételesen végzik. Kétségtelen, hogy a végbélen át vizsgáló eljárás a hüvelyi vizsgálatokhoz viszonyítva sok tekintetben előnyösebb. Legnagyobb előnye, hogy a fertőzés szempontjából szinte veszélytelen. További előnye, hogy gyakran végezhető, s így egyrészt a szülés haladása jobban ellenőrizhető, másrészt a nagyobb számú vizsgálat miatt a gyakorlati ismeretek elsajátítására sokkal alkalmasabb, mint a belsővizsgálat. A többi részletre, mint pl. a vizsgálat közben jóval ritkábban előforduló burokrepedésre, stb. nem térhetek ki, ezt külön közlemény keretében ismer-tjük.

Habár a végbélvizsgálat a hüvelyi vizsgálatot csekélyebb kórismező értéke miatt nem pótolja tökéletesen, mégis igen nagy nyereség annak a szakembernek, ki e vizsgáló eljárást jól elsajátította. Azok az eshetőségek és helyzetek, melyek végbélvizsgálattal nem állapíthatók meg, a szülésznő szempontjából nem bírnak nagyobb jelentőséggel. A szüléssel kapcsolatos méhszáj-repedés, az előlfekvő lepény, a szülés alatti vérzés okának megállapítása mind olyan elváltozások, amelyeket végbélvizsgálattal még a legjobb vizsgálónak is nehéz eldönteni. Ezek a szövödmények azonban olyan tünetekkel járnak, melyek miatt a bábának minden vizsgálat nélkül amúgy is kötelessége orvost hívni.

Nem akarom a végbélvizsgálat kérdését szülésznői szempontból részletesebben tárgyalni, mert hazai viszonyainkban erre vonatkozó bővebb tapasztalata csak kevés embernek van s így a kérdés még nem bírálható el egyöntetűen. A szülésznők a gyakorlatban nem végeznek végbélvizsgálatot, mert a bábaképző intézetek közül a végbélvizsgálat gyakorlati oktatását csak két intézetben vezették be rendszeresen s így még nem dönthető el, hogy mennyire válik majd be a gyakorlatban.

Amennyire előnyös volna a hüvelyi vizsgálat eltörlése, annyira kérdéses még, hogy a végbélvizsgálat bevezetése beválna-e a szülésznői gyakorlatban s hogy a növendékek mennyire taníthatók meg a vizsgáló eljárásra. Magam közel két év óta végeztem és gyakoroltam rendszeresen a növendékekkel a végbélvizsgálatot. Ez idő alatt arról győződtem meg, hogy 30—40 szülés vezetése és a terhesrendelésen végzett számos vizsgálat ellenére a végbélvizsgálat begyakorlása igen nagy nehézségbe ütközik, mert a növendékek általános művelési foka annyira alacsony, hogy sem a hüvelyi, sem a végbélvizsgálatok elsajátítására nem tartom alkalmasnak a jelenlegi növendékek csaknem felét. Habár végbélvizsgálatot eleget végezhetnek a növendékek, a nehézségek alapja az előbb említett főok mellett az, hogy a végbélvizsgálat elsajátítása általában nehezebb, mint a hüvelyi vizsgálaté, mert a tájékozódást a közbeső szövetek bizonyos mértékig megnehezítik.

A régi módszer helyett most új rendszerrel próbáljuk a növendékek által végzett végbélvizsgálatok eredményét javítani. Meggyőződésem azonban, hogy e téren sem fogunk mindaddig lényegesen jobbat, kedvezőbbet elérni, amíg a hatósági és intézeti szülésznők fizetését, valamint a biztosító intézetek által fizetett szülésznői díjakat megfelelően fel nem emelik. Csak a díjazás növelésétől várható, hogy e pályára jobb, műveltebb, alaposabb előképzettségű nők is jelentkezzenek s csak így volna elérhető, hogy a jobban kiképezhető növendékek vizsgálatait a tényleges helyi leletnek megfelelő eredményt adjanak.

A hüvelyi vizsgálatoknak végbélvizsgálattal helyettesítését, illetőleg a végbélvizsgálatok rendszeres bevezetését a szülésznői gyakorlatba csak akkor tartanám időszerűnek és helyesnek, ha már kellőképpen meggyőződünk néhány évfolyam gyakorlati működése során arról, hogy e módszer a szülésznői ténykedésben bevált-e. Amíg a növendékek művelési foka a jelenlegi marad, s amíg gyakorlati kiképzésükre nem jut több idő és nagyobb anyag, addig jogosan állhat fenn az a kértely, hogy a szabálytalanul és helytelenül végzett végbélvizsgálatokkal nem okoznak-e majd bajt és ártalmat.

A végbélvizsgálat bevezetése és rendszeresítése a mai viszonyok között sok akadályba ütközne. A jelenlegi rossz, sok esetben tarthatatlan anyagi helyzetben működő szülésznő elenyészően csekély jövedelméből keveset áldozhatna gummikeztyűre s így keztyűi még

kellő óvatosság és vigyázat mellett is hamar tönkremennének; a szétmállott, szakadékony keztyű veszélye pedig közismert. A szülésznők egy része nem is sterilizálná keztyűjét rendszeren, sőt bizonyos vagyok abban, hogy egyesek — a szüléshez történő mosakodás elkerülésére — ebben a keztyűben vezetnék a szülést is. E téren hazai viszonyainkat nem hasonlíthatjuk az ausztriai, vagy svejci szülésznők helyzetéhez, hol a végbélvizsgálatot a szülésznők részére is már több, mint másfél évtizede bevezették és rendszeresítették. Abban a feltevésben, hogy a közelmúltban elfogadott egészségügyi törvényünk a szülésznők javadalmát s így a műveltebb növendékek számarányát emelné, meg van a remény arra, hogy az eltörlendő hüvelyi vizsgálatok helyébe a nehezebben elsajátítható, több gyakorlatot kívánó de jóval kevesebb veszéllyel járó végbélvizsgálatot bevezessék. — E kérdésben csak megfelelő tapasztalatgyűjtés után dönthetünk; nem szabad abba a hibába esnünk, amelybe elődeink kerültek akkor, amikor a belsővizsgálatot majdnem teljesen szabaddá tették a szülésznők részére, ez irányú kiképzésükről azonban nem gondoskodtak.

Visszatérve azokra az okokra és ártalmas következményekre, melyek a külső vizsgálatban lévő szülésznők hüvelyi vizsgálatai kapcsán keletkeznek, egyetlen olyan komoly ok sem említhető fel a bábák által végzett belsővizsgálatok mellett, amely elfogadható lenne.

A belsővizsgálatok veszedelme három módon volna csökkenthető, illetve elkerülhető:

1. *A kiterjesztett terhesvédelemmel; a terhesasszonyok terhesség alatti kötelező kivizsgálásával és rendszeres ellenőrzésével (mely a szülési belsővizsgálatok számát tetemesen csökkentené);*

2. *A gyakorlatot folytató szülésznők belsővizsgálási jogának eltiltásával és végül*

3. *a végbélvizsgálat esetleges későbbi bevezetésével;*

A terhesvédelem, illetőleg a terhesség alatti szakorvosi vizsgálat és rendszeres ellenőrzés (oly módon, amint azt az elkülönített terhesrendeléseken végzik) sok olyan belsővizsgálatot tenne feleslegessé, amely ma már csak akkor jön szóba, ha a végbélvizsgálat nem nyújt kellő felvilágosítást; vagy ha valamilyen műtéti beavatkozás válik szükségessé. A terhesvédelem fokozásával elérhető, hogy a szülők mind szakszerűen, minden irányban kivizsgálva és rendszeresen ellenőrzve — komoly szövödmény esetén már szülésük előtt elhelyezve kerülnek felvételre. Kivételt szinte csak azok a szövödményes esetek tesznek, amelyeket vidékről szállítanak be. A terhesség alatti szakorvosi vizsgálat, melyhez a belső medenceméréssel kapcsolatos hüvelyi vizsgálat is hozzátartozik, a megelőzés célját szolgálja akkor, amikor az esetek nagy többségében szinte kikapcsolja a belsővizsgálat szükségességét a szülés alatt.

Vidéki viszonylatban ez a lehetőség természetesen még messze van az orvosi kívánalmaktól. Mivel a vidéki terhesvédelem még nincsen annyira kifejlesztve, hogy működési köre minden terhesasszonyra kiterjedjen, első kötelességünk, hogy a még szervezetlen területeken a munkát mind szélesebb körben megszervezzük. Sajnos, ez a törekvés mindaddig nem valósítható meg tökéletesen, amíg a kötelező terhesbejelentést és a terhesnők kötelező szakorvosi vizsgálatát törvénybe nem iktatják. Addig is azonban, amíg ezt el nem érjük, mindent meg kell tennünk szóval és írásban, hanglemezekkel, hangszóróval, filmmel és rádióval, népművelési bizottságok és főképp nőegyesületek révén annak érdekében, hogy a terhesnőknek veleszületett szemérem és szégyenérzetével összefüggő, de talán még gyakrabban tudatlanságából fakadó ellenszenvét legyőzzük s a hír-

verés és felvilágosítás minden módjával és eszközével rábírjuk őket arra, hogy már terhességük elején szakorvosilag megvizsgáltassák és a továbbiakban ellenőriztessék magukat, külön hangsúlyozva azt, hogy csak így kerülhetik el azokat a komoly szövödményeket s ezek kapcsán a belsővizsgálatokkal összefüggésbe hozható súlyos fertőzéseket is, amelyek még ma is annyi szülőnő és újszülött életét követelik.

A gyakorlatot folytató szülésznők belsővizsgálatának megszüntetésére és a vizsgálatok szomorú következményeinek elkerülésére a jelenlegi körülmények között csak egyetlen elfogadható gyors és gyökeres megoldás jöhet szóba: a szülésznői belsővizsgálatoknak belügyminiszteri rendelettel megtiltása. Ha egészségügyi kormányzatunk ennek szükségességét elismerné s a megfelelő rendeletet kiadná, akkor meg kellene változtatni a Bábautasításoknak a belsővizsgálatokra vonatkozó rendelkezéseit.

A 15. §-ból törlendő lenne az 1. pont harmadik bekezdésének második mondata, amely helyett a következő szöveget ajánlanám: „*gyakorlatot folytató szülésznő a fertőzés veszélye miatt belsővizsgálatot sem a terhesség sem a szülés alatt nem végezhet*”. Szükségesnek tartanám a megváltoztatandó szövegbe a „*gyakorlatot folytató szülésznő*” meghatározást belevenni, mert elképzelhető, hogy kisebb kórházi szülőosztályon hosszú szülőszobás szolgálatot teljesítő, megbízható bábával belsővizsgálatot végeztetne a vezetőorvos. Habár helyesebbnek vélném, ha szülőszobás szolgálatot teljesítő szülésznő is csupán végbélvizsgálatot végezhetne s még részére is meg volna tiltva a belsővizsgálat, (tehát hüvelyi vizsgálatot kivétel nélkül csak orvos végezhetne). Ebben azonban még nem egyeztek meg a szakorvosok s így a szövegben a „*gyakorlatot folytató*” meghatározás csupán azt jelezné, hogy az intézeti szolgálatban — kellő felügyelet mellett és a felelősség vállalásával —, a vezetőorvos határozott utasítására szülőszobás szülőnő is végezhetne belsővizsgálatot.

Úgyancsak megváltoztatandó volna a Bábautasítás 17. §. első bekezdése is. *Raics*-csal együtt javasolnám a 6. és 7. mondat teljes és a 8. mondat első három szavának elhagyását. Ez utóbbi 3 szó „*ha külsővizsgálattal nem tudna*” szöveggel volna helyettesítendő s így a teljes mondat a következőképpen alakulna: „*Ha külsővizsgálattal nem tudna eligazodni, hívjon azonnal orvost*”. Javasolnám továbbá a 20. §. 3. bekezdésének első mondatában az „*is, ha*” szavaknak „*ha külsővizsgálattal*” történő helyettesítését, mellyel a mondat a következőképpen hangzana: „*orvost kell hívni a bábának akkor, ha külsővizsgálattal nem tudja megállapítani, vajjon rendes, vagy rendellenes esettel van-e dolga*”. E szövegváltoztatás kiküszöbölné azokat az ellentéteket, amelyek a 15., 17. és 20. §-ok szövegei között vannak s amelyek miatt a szülésznők ilyirányú felelősségrevonása ezideig alig volt lehetséges s *bevezetné a belsővizsgálatra vonatkozó tilalmat, amelynek áthágása hivatalból üldözendő cselekmény lenne és amelyet a Bábautasítás 21. és 22. §-ai szerint kellene büntetni.*

Ha egészségügyi kormányzatunk a szülésznőket a belsővizsgálatoktól eltiltaná, át kellene írni a 41., 43., és 46. §-okat (68—69., 72—74. és 83—87. oldal). Nem tartanám helyesnek a belsővizsgálatokat magyarázó szöveg teljes elhagyását, mert a szülésznőknek tudniok kell, mit és mennyit lehet belsővizsgálattal megállapítani, de főleg — és ilyen irányban kellene az említett két fejezetet átírni —, hogy *miképp és mit készítsenek elő az orvosi belsővizsgálathoz* (tisztá mosdótál, felforralt többször cserélhető víz, szappan, chlorogeniumoldat, tiszta kendő, a szeméremrés körül szőrzet alsó részének le-

nyírása ollóval, a szeméremtájék megfelelő lemosása, az ágy előkészítése belsővizsgálathoz, stb.)

Az egész tankönyvvel együtt átírandó lenne még az előző paragrafusokon kívül a belsővizsgálathoz tárgyaló, vagy érintő többi részlet (69., 210., 220., 222., 224., 236—237., 248., 250. stb. oldalak). Itt is olyan kitételeket találunk, amelyek szöges ellentétben vannak egymással. Így a 107. §. 6. pontjának 11. bekezdése azzal kezdődik, hogy: „belsőleg a bába ne vizsgáljon!” Öt sorral lejjebb viszont már ez áll: „kerülje a belsővizsgálathoz, nehogy a szülőnt fertőzze” (248. oldal.) E bizonytalanság és határozatlanság mellett miképp igazodjunk el a növekvő későbbi működésének egyik legfontosabb teendőjében, ha a tankönyv nem ad határozott és vitatkozást kizáró utasítást?

Tudomásom szerint hazánkban a budapesti Bábaképző Intézet volt az első, ahol a szülésznővendékek részére a belsővizsgálathoz nemcsak, hogy nem tanították, hanem már 1914-ben egyenesen eltiltották. Ugyancsak a budapesti Bábaképző Intézet volt az első a hazai viszonylatban, ahol a belső vizsgálat javallatainak megszorításával a végbélvizsgálathoz bevezették. (Szénásy: Anya- és Csecsemővédelem. 1928. 1. szám.)

A mindennapos tapasztalat, de főképpen a szülészeti rendtartás szomorú adatainak alapján szükségesnek tartjuk a külső gyakorlatot folytató szülésznők részére túl nagy szabadságot és felesleges beavatkozást nyújtó, általában következményekkel járó belsővizsgálathoz rendeleti eltörlését, a Bábautasítások ezirányú megváltoztatását és a hivatalos bábautankönyv átírását.

Összefoglalás: Nincs szükség szülésznői belsővizsgálathoz, mert:

1. a bábák által meg nem felelő körülmények között végzett belsővizsgálathoz nagymértékben fokozzák, mind a kívülről, mind a hüvelyből felvitt kórokozók fertőzősi lehetőségét (exogen-, endogen-infectio);

2. mert ennek következtében sokkal nagyobb mind a külső, mind az intézeti súlyos, lázas gyermekágyas esetek száma;

3. mert e vizsgálatok nagymértékben rontják az intézetbe szállított szövödményes esetek gyógyulási lehetőségeit;

4. az esetleg már meglévő fertőzés miatt igen gyakran akadályozzák a kedvezőbb kilátású szülészeti műtétek elvégzését;

5. mert a belsővizsgálattal az előlfekvő leányrész leválása fokozódhat s a növekvő vérzés a magzat és az anya helyzetét súlyosbítja, a leghelyesebb műtéti beavatkozást megakadályozza és az anya életét veszélyezteti;

6. mert az előlfekvő köldökzsinór vagy kéz mellett belsővizsgálathoz közben a burok esetleges megrepedésével a magzat élete komoly veszedelembe kerülhet, (72%-os magzati halálozás);

7. mert a belsővizsgálathoz szükséges idő miatt gyakran időbeli késést szenved az orvoshívás, aminek helyrehozhatatlan következményei lehetnek;

8. mert a külsővizsgálathoz folytató szülésznők nagy többsége csekély műveltsége, gyakorlatlansága és kezének durva volta miatt tapasztalat szerint belsőleg vizsgálni nem tud;

9. mert belsővizsgálataiknak eredményét helyesen értelmezni nem tudják, sőt a helytelen eredmény tévútra vezeti őket;

10. mert az elhanyagolt lakóhelyeken a belsővizsgálathoz szükséges követelmények (tisztá mosdótál, víz, stb.) nincsenek meg;

11. mert a legtöbb kint működő szülésznő a belsővizsgálathoz komoly ok nélkül, tehát feleslegesen végzi

és mert sokan csupán azért végeznek belsővizsgálathoz, hogy a szülőnt és családját előbb közreműködésük fontosságát kimutassák.

Ma, amikor a társadalom is, az állam is átérzi, hogy népességünk szaporodására mindent meg kell tennünk, hogy a születéscsökkenést megakadályozzuk, — nem nézhetjük tétlenül, hogy fiatal, fogamzási korban lévő asszonyaink közül, akik még sok katonát adhatnak a hazának — évente számosan életükkel fizessenek rá azokra a felelőtlenül végzett belsővizsgálathoz, amelyeket a külső gyakorlatban működő szülésznők igen gyakran *kellő ok nélkül* végeznek. — Amikor *Semmelweis*, az anyák megmentője már csaknem egy évszázaddal ezelőtt rámutatott arra, hogy a halálos gyermekágyi láz okozóját legtöbbször a tisztátalan vizsgáló kéz viszi be az anya szervezetébe, akkor rámutatott egyúttal azokra a teendőkre is, amelyekkel a súlyos gyermekágyi fertőzések elkerülhetők. *Semmelweis* tanainak értelmében járunk el akkor, amikor a gyakorlatot folytató szülésznők belsővizsgálatainak eltiltását javasoljuk.

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

Anoxaemia alkalmazása schizophreniában.

Irta: Gyárfás Kálmán dr. és Fabó Zoltán dr.

Az anoxaemia alkalmazása schizophreniában *Himwich* ötlete volt. Abból a feltevésből indult ki, hogy az insulinshok és cardiazolgörcskezelt közös nevezője az agyi anyagcsere csökkenése. Hypoglykaemiában ezt az agyi sejtek cukoréhsége, tehát a fő égőanyag hiánya, cardiazol-shokban a görcs súlyossága és főleg a légzés szünetelése okozta oxygen-hiány idézné elő. Magától értetődő volt az a gondolat, hogy tiszta anoxia alkalmazásával ezt az elméletet gyakorlatilag bizonyítsák és gyógyításra megkíséreljék. — *Himwich*, *Alexander* és *Lipetz* 1938-ban megjelent közlése 5 anoxaemiával kezelt schizophreniaesetről számol be. Ugyancsak *Himwich* és *Alexander* egy még meg nem jelent, de *Max Müller* által kéziratból ismerttetett tanulmányban 12 esetről számol be 2 hó és 5 év közötti betegségtartam mellett, 4 teljes remissióval, 7 javulással és csak 1 eredménytelen esettel. 1939-ben *Fraser* és *Reitmann*, *Himwich* és *Dameshek*, valamint *Gellhorn* korábbi munkájára támaszkodva 4 esetben ugyancsak megkísérelték az anoxaemia alkalmazását gyógyító siker nélkül.

Himwich és munkatársai a belégzést tiszta oxygenel kezdték, ezzel megtöltötték egy 5 literes légzőzsákot, majd az oxygen tiszta nitrogénnel kiszorították, úgy hogy rövid idő múlva a beteg „csaknem tiszta nitrogénnel légzett”. *Fraser* és *Reitmann* 2 percig 3.5% oxygen, utána további 3—4 percig 2%-ot adtak. A kezdeti nagyobb oxygenadag a fulladásérzés csökkentésére volt szükséges. 1½—2 perccel a 2% oxygenbelégzés megkezdése után észlelték rendszeresen az anoxia beálltát.

Az általunk használt készülék*) a nitrogenmonoxydos altatáshoz szerkesztett Draeger-készülék volt. Mi is kezdeti 3.5% oxygen tartalmú keverékkel kezdtük az eljárást. Két perc múlva kb. az esetek felében a keverék

*) A használt készülék átengedésért *Burger* és *Máthé* professoroknak mondunk köszönetet.

ket 2^o/ora csökkentettük, míg a többi esetben a második perc leteltétől kezdve tiszta nitrogént adagoltunk. A 2^o/o oxygen az utóbbi eljárással szemben érezhető különbséget nem mutatott. Említendő itt, hogy *Fraser* és *Reitmann* az általuk használt hasonló készüléken a beállító-tárcsán mutatott és a valóságos oxygentartalmat vegyi elemzés útján ellenőrizve értékelhető különbséget nem kaptak. Eseteinkben technikai nehézséget mindössze az álarc megfelelő rögzítése jelentett, ami nem kooperatív betegeken időként elég kellemetlen volt. A légszomj kínzó érzését túlnyomásos készülékkel talán bizonyos mértékig ki lehetne küszöbölni. A rendelkezésünkre álló készülékkel kb. 16 literes percenkénti utánpótlás volt az elviselhető minimum. Így is saját kísérleten kb. 1 perc múlva igen kellemetlen mellkasi nyomást éreztünk. Az anoxiás állapot szüntetésére tiszta oxygent adtunk, ez az előző szerzők tapasztalatai szerint, ha az anoxia nem túl súlyos, 0,5 perc alatt a tudat visszatérését eredményezi. Megszakítási javallatként mind *Himwich* és munkatársai, mind *Fraser* és *Reitmann* az érlökés 140 fölé emelkedését, szabálytalanná válását, valamint légzési rhythmuszavarokat írtak le.

Eseteinket az alábbi táblázatban foglaltuk össze.

I. táblázat.

Név	Kórforma	Kórtart- izm	Remis- sio	Shock- szám	Megjegyzés
B. S.	Simplex	I	C	9	—
P. Z.	Kataton	II	D	10	utána cardiazol
T. I.	Simplex	IV	D	11	utána cardiazol
H. J.	Simplex	IV	C	2	előtte cardiazol
F. K.	Paranoid	IV	C	10	előtte insulin
H. A.	Paranoid	IV	C	20	—
S. L.	Kataton	II	C	12	utána cardiazol
. I.	Exog react? hebephren?	I	D	18	előtte insulin
S. S.	Kataton	IV	D	21	—
F. J.	Hebephren	IV	D	20	előtte insulin
R. L.	Hebephren	I	D	13	—
J. F.	Paranoid	I	D	9	—
K. J.	Paranoid	IV	D	21	előtte insulin
S. P.	Hebephren	I	D	9	utána insulin + cardiazol — erre javulás

Az esetek osztályozása kórtartam és remissio szerint a bécsi klinika által insulinra és annakidején klinikánkon cardiazolra használt beosztás szerint történt: Heveny esetek (I.) ½ évig, subcut esetek (II.) 1 évig, idült esetek (III.) 1 éven felüli kórtartammal és idült esetek lökészerű lefolyással (IV.). Teljes javulás (A), jó javulás (B), socialis javulás (C), semmi javulás, vagy romlás (D).

Magának az anoxiának lefolyása elég változatos képet nyújtott és ugyanazon egyénen is csak bizonyos mértékig volt állandó. Az első perc eltelte után szederjesség, tachykardia jelentkeztek. Egyes esetekben egy kis nyugtalanság után, mely hyperpnoé és tachykardia mellett siránkozásban, menekülési kísérletekben nyilvánult és amely a dispnoé kellemetlenségei miatt kóros reakciónak nem is igen volt felfogható, ernyedtség következett be. Az általános hypotoniával együtt minden reflex erősen csökkent és kb. az 5. percben a kezelést érlökésromlás miatt kellett beszüntetnünk. Volt beteg, akin a kezeléseket egy részében egész egyszerű, minden nyugtalanság nélküli eszméletlenséget észleltünk hypotoniával. Az esetek nagyobb részében azonban a kezdeti szakban hypoglykaemiához hasonló, élénk psychomotoros izgalom volt észlelhető. Ez az izgalom az insulinshok alattól kellemetlenül különbözött annyiban, hogy

az ott gyakori euphoria helyett itt csaknem mindig kellemetlen szorongó érzés jelentkezett. A második perctől láttunk az arcon deliberációs reflexeket, különböző polykinesziás szemhéjreflexek formájában (az orális reflexek, mint *Toulouse—Vulpas*, *Benedek*, stb. természetesen az álarc miatt nem voltak észlelhetők.) — Ugyanezért fogóreflexet, olykor utánnylást is észleltünk. Általában a harmadik percben következett be az öntudatlanság. Ennek a biztos bekövetkezése előtt már gyakran lehetett clonismusokat látni. Éppígy előfordult az is, hogy adversiv görcsök után is még kooperatív volt a beteg. Az adversiv görcsökkel egyidőben a psychomotoros nyugtalanság mind elemibbé változott át, egyes esetekben quadrupedisálás, másokban a felső végtagok nyugalma mellett a már *Fraser* és *Reitmann* leírta „kerékpározó mozgások” jelentkeztek. A görcsök szüneteiben is észleltünk keresztezett tonuselosztást. Az esetek nagyobb részében az első adversiv görcs után a beteg már nem volt kooperatív. Átlagban a negyedik-ötödik percben praedilectiós tonuselosztás jelentkezett — nem mindig egyszerre mindkét oldalon és folytatóságos kezelése alkalmával ugyanabban az esetben nem mindig egy oldalon. Később elvéve dissociált adversiv görcsök is jelentkeztek. A praedilectiós tonuselosztás és az ugyanekkor jelentkező tonusos nyújtózási görcsök szakában pillanatosan láttunk már teljes areflexiát bekövetkezni. Különös volt erre a valószínűség dissociált adversiv görcsök esetében. Éppen ezért a már említett megszakítási javallatok mellett nagyfokú hyporeflexián kívül dissociált adversiv görcsöket is megszakítás javallatának tekintettünk. Egyszerű adversiv görcsök alatt is, de még inkább a késői szakban gyakran láttunk enuresist és elvéve incontinentia alvit is. Az előbb említett megszakítási javallatokon kívül ügyeltünk természetesen az érverésre és a légzészavarokra a már előbb megadott kriteriumok szerint: megszakítandó a görcs 140 fölötti vagy arhythmiasá vált érveréskor, valamint légzési zavarokban. Zavaró körülmények nemlétében sem léptük túl a 6 perces időtartamot. Ennek ellenére is a kezeléseket 10%-ában a légzést lobelinnel kellett megindítanunk. Egyes szerzők cardiazolgörcs után is kénytelenek voltak lobelinhez folyamodni, itt azonban a lobelin alkalmazásának szükségessége sokkalta parancsolóbb. Fél percnél tovább elhúzódó ébredést alig láttunk. Csak egy ízben fordult elő, hogy dissociált adversiv görcsök már tiszta oxygen adagolása alatt jelentkeztek és kb. ½ percig tartottak. Jellemző, hogy bár egyes esetekben ébredéskor a betegek határozott megkönnyebbülést mutattak, az insulin után oly gyakori euphoria teljesen hiányzott. A betegek kábultságról, nyomottságról, olykor émelygésről panaszkodtak. Mindezek a jelenségek ½ óra alatt elmúltak. Utóüneteket nem láttunk.

Nyilvánvaló a fenti leírásból, hogy az anoxaemiás görcsök a cardiazol-görcsrel semmi hasonlóságot nem mutattak; epilepsziás grand mal-hoz a görcsös jelenségek soha nem hasonlítottak, a tonusos megfeszüléskor hiányzott az epilepsziás roham elemi kísérési jellege és általában az adversiv, vagy torsiós elemek álltak előtérben. Feltűnő volt azonban a hasonlatosság ép az insulinshok motoros képével. Fő különbségkép az utóbbival szemben azt említhetnénk, hogy az egyes motoros szakok (*Angyal*) az eljárás tömörülése következtében összesnek, csaknem egyszerre kezdődnek, egyszerre szűnnek. Szemléletit zavart, mint ezt *Benedek* az insulin-esetekben leírta, ezzel szemben egyetlen esetben sem észleltünk. Az esetek egy részében enyhe retrograd amnesia volt, amely azonban a mindenkor kezeltétén túl soha nem terjedt vissza.

Kísérleteinknek kettős célja volt: kipróbálni az eljárás gyógyító értékét és vizsgálni annak viszonyát az insulin- és cardiazol-shok-kezeléshez. Az első kérdésre az eddigi vizsgálatok alapján csak kételkedő választ lehet adni, bár megjegyzendő, hogy jobb kilátású esetekben kötelességszerűen insulin és cardiazolt alkalmaztunk, mint bevált módszert és kísérleti anyagunk túlnyomórészt eleve rossz kórjóslatú esetekből állott. Csak utalnunk kell arra, hogy 14 esetből mindössze 4 volt fél-évesnél újabb keletű; hogy processualis tüneteket csak 5 esetben lehetett kimutatni és ezek közül is 1 csak tüneti schizoprenia kép volt. Az esetek nagyobb része abba az idült csoportba tartozott, amely *Meduna* és *Friedmann* 1465 esetet felölelő amerikai statistikája alapján 8% és 1472 esetes európai gyűjtése szerint 13% remissio-lehetőségre adna reményt. Ha *Ross* többszáz-esetes amerikai statistikája insulinnal hasonló esetekben 50%-os javuláslehetőséget mutatott is, még olyan optimista kutató is, mint *Max Müller*, gyakorlatilag befolyásolhatatlannak tartja ezeket az eseteket. Feltétlenül kiemelendő azonban, hogy az I. csoportba tartozó eseteink remissiók eredménye is az átlag alatt marad.

Egyes esetekben kétségen kívül észlelhető volt, hogy nagyobb autistikus betegek hozzáférhetőbbé váltak közvetlenül a kezelés után. Mások feltűnő volt, hogy felváltva adott cardiazol után élénkebbé vált beteg anoxiás kezelés után rendszeresen a stupor irányába tolódott el. Ez összhangzásban van *Dhunjibhoy* személyes közlésével, aki izgatott schizopreneken alkalmazta az anoxiát és az eredményei oly jók, hogy többször tartós fürdőket és csillapítókat elhagyhatott a kezelés során. Azonban mind az insulin, mind a cardiazol-kezelés alatt egyes shokokra kedvezőbb hatást láttunk és a jelen kísérlet sorozat betegein is egyrészt későbbi hypoglykaemiás vagy convulsiók kezelés során jobb közvetlen eredmények is voltak észlelhetők.

Kísérleteink másik célja az eljárásnak a cardiazol és insulin módszerekkel történő összehasonlítása volt. A shok klinikai leírásában már megadtuk a legfontosabb hasonlóságokat és különbségeket. Most még humoralpathologiai adatokat szeretnénk említeni. A cardiazol-shok humoralpathologiai képének legjellemzőbb vonásai a leukocytaszám növekedése, a vérkép rohamutáni balratolódása; (*Meduna*, *Georgi* és *Srauss*, *Sorger* és *Hoff*

II. táblázat.

	Kezelés előtt:										Kezelés után:												
	Fvs. szám	Minőségi vérkép							Vércukor mgr %	Vizelet amonia mgr %	Vértejsav mgr %	Fvs. szám	Minőségi vérkép							Vércukor mgr %	Vizelet amonia mgr %	Vértejsav mgr %	
		Ju.	St.	Se.	Eo.	Ba.	Mo.	Lv. %					J.	St.	Se.	Eo.	Ba.	Mo.	Lv. %				
B. S.	8.800	1	3	56	—	—	6	24	90	38	29	12.000	5	1	51	4	—	1	38	110	45	94	
	6.200	2	—	68	1	—	1	28	99	34	22	11.400	9	—	47	1	2	40	121	41	68		
	7.400	2	1	62	1	—	3	31	100	35	29	10.500	12	2	41	2	—	1	42	118	39	73	
F. K.	7.800	—	5	72	1	—	1	21	92	30	26	11.000	1	—	71	1	—	3	23	110	36	37	
	7.800	1	—	76	1	—	—	12	92	31	23	17.200	9	2	53	—	—	3	33	114	38	59	
	6.900	2	1	68	1	—	1	27	96	30	29	15.100	10	1	48	2	—	2	37	109	42	38	
R. L.	7.400	2	—	62	2	—	3	31	118	18	38	7.600	4	—	62	2	—	2	30	123	22	71	
	8.800	2	2	60	1	—	2	33	110	26	37	12.000	11	1	60	1	—	26	114	30	54		
	9.800	4	5	69	2	—	2	18	112	113	32	10.600	7	3	62	—	—	1	27	134	138	52	
H. A.	6.200	4	2	63	—	—	2	29	80	20	22	7.600	6	—	45	—	—	2	47	125	21	40	
	6.000	4	1	62	1	—	2	30	91	22	28	9.400	8	—	50	1	—	1	40	124	26	62	
	7.000	2	4	59	1	—	2	32	100	28	26	8.600	15	—	48	1	—	2	34	104	57	40	
C. I.	6.000	5	4	51	7	—	2	31	95	34	30	7.200	4	8	40	2	—	6	40	112	38	36	
	8.800	4	4	50	—	—	1	41	95	29	34	15.200	8	2	55	1	—	34	118	31	51		
	6.400	1	2	56	1	—	2	33	106	71	30	8.400	3	3	43	—	—	1	50	114	79	36	
F. S.	8.000	1	9	55	3	—	—	32	105	22	30	8.800	10	2	57	3	—	13	15	121	28	62	
	8.600	9	5	53	4	—	6	23	102	37	38	10.000	16	10	41	5	—	1	27	119	43	92	
	8.000	2	6	58	5	—	3	26	80	96	36	10.600	6	5	42	7	—	5	35	107	99	86	
S. S.	8.600	4	7	69	1	—	2	17	96	29	26	11.400	8	1	43	—	—	2	46	165	38	39	
	8.100	2	5	60	1	—	3	29	91	36	25	9.600	7	3	48	2	—	4	36	99	52	40	
	8.600	1	4	65	2	—	3	25	92	85	27	11.800	4	—	59	3	—	34	128	140	54		
J. F.	8.800	1	4	70	—	—	1	2	22	117	28	18	11.200	5	6	57	—	—	8	24	114	30	37
	10.100	2	2	68	1	—	3	24	112	21	22	18.400	5	—	55	—	—	3	37	121	29	54	
	11.400	2	4	51	1	—	3	39	105	96	30	15.600	3	1	69	1	—	2	24	116	110	39	
T. I.	8.400	—	2	71	1	—	—	25	86	22	33	12.600	5	4	57	2	—	2	30	108	29	38	
	8.100	2	6	58	2	—	5	27	90	29	32	13.000	8	2	43	1	—	4	22	116	38	39	
	8.060	1	7	62	1	—	7	22	89	24	35	11.300	8	2	48	2	1	3	36	102	30	64	
S. P.	9.400	2	4	58	—	—	11	25	88	26	36	10.400	12	2	61	2	—	4	20	114	29	52	
	9.800	3	5	50	2	—	6	34	87	35	36	10.600	4	1	49	3	—	43	107	37	61		
	8.000	2	5	46	1	—	7	39	88	39	35	9.600	8	2	38	5	—	2	45	112	65	37	

Kezelés előtt:

Kezelés után:

	Calcium mg %	Kálium mg %	Cholesterin mg %	Calcium mg %	Kálium mg %	Cholesterin mg %
T. I.	11.8	29.4	225	13.0	38.3	220
S. P.	12.2	26.2	245	13.8	29.8	250
R. Z.	11.4	29.8	185	11.4	27.6	185
B. S.	10.4	24.5	220	11.4	20.6	225
S. P.	8.0	31.3	290	9.6	27.3	285
R. Z.	8.4	32.0	275	11.8	25.9	235

mann); a vércukor a legtöbb szerző (*Sorger* és *Hoffmann*, *Jahn*, *Zerbini*, *Clemens*, *Meduna*) szerint növekedik, hasonlóképpen a vércholesterin is (*Zerbini*); természetesen a vértejsav hatalmas megnövekedése roham után (*Meduna*). *Georgi* és *Strauss* szerint prae- és intraproxymalisan calciuszaporodás és kalciumcsökkenés mutatható ki. Insulinhatás alatt a káliumszint esik és a calcium enyhén megszorodik (*Georgi* és *Strauss*, *Beigböck* és *Dussik*), a vércholesterin nem jellegzetes (*Georgi*, *Gross*). A vérkép leukocytosist, balra eltolódási hajlamot, viszonylagos lymphopeniát mutat (*Heilmann*, *Gross*, *Traczynski*). A vércukorgörbe viselkedéséről itt nem érdemes megemlíteni. A vértejsav csökkent (*Jahn*). Az ú. n. summatis kezeléssel (*Georgi*), amely enyhe comában kiváltott cardiazol convulsióból áll, kezdeti vértejsavcsökkenés vagy enyhe szaporodás után a cardiazol hatása alatt ér el hatalmas emelkedést a vértejsav (*Meduna*). Eseteink egy részében végzett hasonló vizsgálatok eredménye a II. táblán látható.

Eseteinkben tehát ugyancsak következményes fehérsejtszaporodást lymphocytosissal, vérképbalratolódást, vércukor- és vértejsavszaporodást észleltünk. Ez összhangban volna a *Meduna*-féle terhelési elmélettel, amely szerint mind az insulin, mind a cardiazol-shok-kezelés, mint a szénhydratanyagcsere terhelési kezelése szerepelne. Természetesen meggondolandó, hogy míg a humoralpathologiai leletek eseteinkben az egyéb shok-kezelésben észlelt elváltozásokkal egyértelműek, a szizophren folyamat maga végig refractaeren viselkedett. Mellékesen megjegyzendőnek tartjuk itt a calcium, kálium és cholesterinszint viselkedését. A calciumszint eseteinkben is erősen emelkedett, mint insulin- és cardiazol-shokban, ellenben a kálium a vizsgált esetek egy részében a két régebbi shok-kezeléssel szemben emelkedést mutatott. Ez a körülmény még utánvizsgálatra szorul éppúgy, mint az a leletünk is, amely szerint a kezelés alatt a vércholesterin emelkedést mutat az egyes kezelésektől függetlenül. Ha ez további vizsgálatok során állandónak bizonyul, talán összefüggésbe hozható az általunk és *Dhunjibhoy* által említett izgalomcsökkentő hatással: itt csak az endogen depressiók állandó cholesterinszint emelkedésére kell gondolnunk. A vértejsav kezdeti magasabb volta a beteg nyugtalan-ságára vezethető vissza.

További elméleti támpontokat a shok-kezelésre vonatkozólag vizsgálatunk csak kevésbé és inkább negatív értelemben szolgáltatottak. A gyógyulás bonctani lényegére vonatkozólag mind az insulin, mind a cardiazol shokhatást illetően felvetődött a beteg sejtelemeknek a vérerek útján feltételezett kikapcsolódása (*Stief*, *Reitmann*), vagyis lényegileg közvetett anoxia; ugyanezt teszi fel a cardiazolról *Angyal*, aki a gyógyító hatást itt a következményes vérbőségnek tulajdonítja. Az insulin-shokban *Angyal* a hatást azzal magyarázza, hogy a megtámadott sejtek szénhydratéhség állapotába kerülnek és a shok megszakításakor rendes lépességükön felül vesznek fel cukrot. Ehhez az állásponthoz csatlakozik *Küppers* is. *Georgi* is mindkét kezelésben a sejtananyagcsere gyorsulását, mégpedig főleg a szénhydratanyagcsereát látja döntőnek. Az agysejtek mindkét eljárásakor szénhydratszegénység és sejthártyaizgalomnak állapotába kerülnek. *Ewald* hasonlóképpen magyarázza a hatásmechanizmust, de elsősorban a vegetatív központok közbejöttével. Mindezen elméletek szerint a gyógyulás végoka közvetlenül (cardiazolra) és közvetve (insulinra) a sejtek oxydatiós folyamatának átmeneti megállása lenne. Amit bevezetésünkben említettük, ez az elgondolás is volt az anoxiás kísérletek megindítója. A jelen kísérletsorozat csaknem 200 anoxiája azonban

még inkább óvatosságra int a mechanizmus ilyen leegyszerűsítésével szemben, mint *Loevenhart*, *Lorenz* és *Wolters* sokkal kevésbé súlyos anoxiával (60% oxygen, 40% CO₂) 1929-ben lefolytatott kísérletei. Ezekben még az anoxia tökéletlensége komoly ellenérvként szolgálhatott, a jelen kísérletekben azonban a cardiazol-shoknál jóval kiadósabb anoxiával a cardiazolnál sokkal rosszabb átlageredményeket érhetünk csak el; és ha az insulin esetében a szénhydratanyagcsere reactiv fokozódását el is fogadjuk, ennek szerepét az egyszerű oxydatión túl kell becsülni.

A gyógyulás lelki képét illetően eredményeink az egyszerű snok-hatás ellen szólnak, nevezzük azt semmibezuhanásnak (*Humbert*, *Friedmann*), halál-újjászületésnek (*Westermann-Holsteijn*), tudatviszanyeréssel párhuzamos újrapcsolódásnak a tárgyvilághoz (Objektwelt — *Meier*), vagy pedig *Kläsivel* a beteg támaszra szorulásának. Mindennek eseteinkben szerepelnie kellene, de míg insulin és cardiazol esetében, amikor eredményt láttunk, az átlagunknak megfelelő kezelési idő alatt az már jelentkezett, anoxiával eredményeket elérni nem tudtunk. *Benedek* és *Papp* hangsúlyozták, hogy a lelki hatás insulinra inkább a tudat folytonosságának megszakításában és a magához térés szakában a kóros képzetek „En”-közelségének lazulásában áll. Ezzel megegyezik az a saját megfigyelésünk, hogy a legjobb insulin-javulásokat az euphoriasan, lassan ébredő betegeken láttuk: a tudatnak a shok utáni bizonytalan volta a már nem actualis élményen alapuló, hanem csak rögzült clerambaulti értelemben vett automatismusokat újból az „En”-hez engedni hasonlítani. Ez az utólagos elfogódott euphoria eseteinkben kivétel nélkül hiányzott és talán ez magyarázza az eljárás gyengébb használhatóságát.

Még egy megjegyzésünk volna az eljáráshoz. Az eddigi kutatók hangsúlyozzák az eljárás veszélytelenségét bizonyos óvatossági szabályok betartása mellett, melyeket már előzőleg említettünk; de az amerikai kutatócsoport egyik tagja szak-áltató volt. Kísérleteinket mi is hasonló óvatossággal végeztük. Lehetetlen azonban szemet hunyni néhány megfelelő körülmény következtében beállott ártalom előtt. *Gamper* és *Stiefler* írtak le egy eljárásunk szempontjából érdekes esetet. Egy akasztott egyén önhudatlan és apnoés lett. Az apnoé szünet után extrapyramisos jellegű nyugtalan-sága volt 20 óráig, majd két napos panaszmentesség után a 9. napon súlyos choreában meghalt. A szövettani lelet a mozgatókéreg harmadik rétegének ritkulásán kívül a striatumban súlyos sejtkieséseket mutatott érelváltozásokkal és kissejtes beszűrődésekkel. A közelmúltban *Abbot* és *Courville* hívta fel a figyelmet a nitrogenmonoxydos altatások következményeire: elhalás mindkét globus pallidusban és határozott góccok nélküli zsíros elfajulás a kéregben, arachnoidea-vastagodás, oligodendroglia burjánzás. A szerzők ezeket az elváltozásokat anoxiára vezették vissza. Hasonlóképp az oxydatiós folyamat gátlására vezethető vissza a cyanmérgezés is: a nehézfém katalysis gátlása következtében az oxydatiós folyamatok itt sem tudnak lejátszódni (*Warburg*). Heveny cyanmérgezéskor agyduzzanat, vérbőség, apró vérzések találhatók. Egyes esetekben, hol a halál 24—36 óra múlva következett be, az *Abbot* és *Courville* által nitrogenmonoxid esetében leírt elváltozásokhoz hasonlóan pallidum-lágyulások voltak. *A. Meyer* kutyákon kis adag cyankalium ismételt adagolásával ugyancsak pallidum-lágyulásokat kapott. Egyesek, így *Alt-schuhl* a szénmonoxyd mérgezésekért is az anoxaemiát teszik felelőssé. Késői halálok esetén itt is, mint állandó lelet szerepel a pallidum-lágyulás, természetesen egyéb,

kevésbé állandó lágyulások, vérbőséges ömlenyek mellett. A pallidum hajlamossága mindez esetekben a hajszáleres szegénységre vezethető vissza (Hiller). Érdemes itt egy pillanatra Bumke és Krapf szénmonoxid-mérgezés leírására gondolnunk: légszomj, általános rosszullet, fájdalmak után apathia, melyet Pohlisch a pallidum-sérüléssel hoz kapcsolatba (megfelel az anoxiás kezelés nyugtató hatásának), majd coma következik be, az izomzat gyakran merev, gyakran tonusos végtaggörcsök, trismus, nyújtózógörcsök észlelhetők — elég gyakran pyramis-tünetek is. Az egész kép tehát meglehetősen hasonlít az ismertetett anoxiás képhez.

Mind-e körülmény óvatosságra int az ismertetett eljárással szemben. Ha hozzáadjuk még a betegek szorongását, ami a cardiazoltóli félelmet gyakran messze felülmúlja és a szükséges berendezés költségességét, valószínűnek látszik, hogy a módszernek inkább csak elméleti értéke van.

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

Adatok a hólyagzáró-izomzat tökéletlen működésének műtétes gyógyításához.

Irta: Szendi Balázs dr., egyet. tanársegéd.

A női hólyagzáróizomzat tökéletlen működésének (incontinentia urinae, incont. urethralis Stoeckel) tanulmányozása és gyógyítása régóta foglalkoztatja a nőorvosokat. A vizelet önkéntes elcsurranása — még ha kisebb mérvű és alkalmi is, mint az incontinentiák enyhébb eseteiben — bár nem súlyos, de igen kellemetlen panaszokkal jár, testileg, lelkileg bántja hordozóját, megkeseríti, sőt — különösen műveltebb betegek esetében — lehetetlenné is teszi a nő társadalmi és családi életét.

Noha a betegség gyógyítása a ma vezető nőorvosnemek munkássága révén már csaknem tökéletességet ért el, a kérdés napjainkban is felszinen van. Bizonyítja ezt a betegség orvoslására ajánlott conservatív és műtéti eljárások nagy száma és egészen napjainkig újabb- és újabb eljárások keresése és ajánlása annyira, hogy a vizeletincontinentia jelentőségét gyógyíthatósága szempontjából ma éppen az ajánlott műtéti megoldások sokfélesége teszi nehezen elbíráhatóvá. Végző fokon ugyan egy betegség megszüntetése szempontjából nem egy műtét faja, hanem eredménye a fontos s a műtői készségtől függően a bonyolultabb műtét is lehet mind a kivétel szempontjából egyszerű, mind a beteg, illetőleg a gyógyulás szempontjából is ártalmatlan. Ennélfogva a gyógyítás módjának és műtétjének megválasztásában bizonyos szabadság mindig természetes és mindig jogos lehet. Másrészt a női hólyagzárás fiziologiájának és pathologiájának újabb szemlélete (v. Lüdinghausen, Stieve, Stoeckel, Scipiadés, Kennedy s mások) folytán több szellemes műtéti eljárás keresése természetes és megteremtése hasznos volt s kétségtelen az is, hogy akadnak incontinentiák, melyeket sablonos eljárással megszüntetni nem sikerül, mégis kívánatos volna a törekvés, hogy a vizeletincontinentiák gyógyításában általában a biztos eredményt minél egyszerűbb kivitelű s a betegre nézve kisebb beavatkozást jelentő műtéttel érhetnénk el.

A hólyagzárás élettani módjára, az incontinentia urethralis kórszarmazására és a gyógyításra ajánlott különböző conservatív és műtéti eljárásokra részletesen nem térünk ki. Legfeljebb azt jegyezzük meg, hogy vannak ma is, akik conservative igyekeznek a hólyag-

záróizomzat elégtelenségét gyógyítani, állítólag szintén jó eredménnyel. Így pl. a sphincter-izmok tornáztatásával mechanikusan pl. Hegar-tágítókkal (Ringleb), rövid időre a hólyagnyakba helyezett — edzőszerekbe mártott — törő-sondák, a sphincter-tonus serkentésével, vilamos, diathermiás, hormonalis (Hoffmann), gyógyszeres, helyi és általános kezeléssel, hólyagnyak-edzésekkel, stb., a sphincter ani akaratlagos összehúzódásának gyakorlásával (Gauss), a hólyagsphincter „prophylaktikus” elektrocoagulációval (Szathmáry), stb. sőt még paraffinbeszűréssel is. Egyébként Frigyesi „Nőgyógyászat”-a, Stoeckel „Handbuch f. Gynaek” s más kézikönyvek megfelelő fejezeteiben megtalálhatók a kérdéstről a legapróbb részletek is. Az irodalom általában is sokat foglalkozik az utóbbi években a gyógyítás kérdésével, különösen újabb műtétekkel elért sikerek kapcsán. Összevetve az idevágó adatokat, azt találjuk, hogy a legegyszerűbb gyógyító eljárások és a legtöbb szempontra figyelemmel lévő, legnagyobb körültekintéssel végzett műtéti beavatkozások egyaránt bizonyos százalékos eredménytelenséggel járnak. Ez az egyik rugója az újabb műtéti eljárások keresésének is. Éppen ezért a különféle gyógymódok eredményének, illetőleg az incontinentia urethralis gyógyíthatóságának helyes elbírálása szempontjából kívánatos volna, hogy az egyes gyógyító eljárások megválasztása és alkalmazása határozottabb, egységesebb szempontok szerint történhetne (Burger, Fekete), ha bizonyos nehézségekbe ütközik is az incontinentiák súlyosság szerinti különböző fokokra osztályozása, akár a panaszok, akár a szembevető anatómiai elváltozások alapján. Kívánatos volna továbbá az egységes eljárásokkal szerzett nagyobb statisztikai eredmények ismertetése és összegegyeztetése, mert az ily módon gyűjtött anyag összehasonlításából, nem pedig szórványos esetek ismertetéséből — különösen, ha ezeknél egyszerűbb műtétet előbb meg sem kíséreltünk — ítélnénk csak meg, hogy milyen mértékben bízhajunk magunkat az egyszerűbb műtétekre, a közvetlen hólyagnyakplasztikákra, mint a sphinctertáj mobilizálása, az elülső hüvelyfal szűkítése mellett „direct izomplasztika” (Stoeckel), a hólyagalap redőzése (Gersuny—Saenger), a hólyagnyak körüli diaphragmalis izomrostok (Bumm) és a vesicovaginalis fascia (Halban) reconstruálása, illetőleg hányszor és milyen mértékben kell folytatni a bonyolultabb pótló, kiegészítő műtéti eljárásokhoz, mint a Sellheim, Martius, Franz, Göbbel—Stoeckel, Schauta—Wertheim s mások által ajánlott műtéti megoldások (l.: Frigyesi: „Nőgyógyászat”).

Ez a cél vezetett bennünket is, midőn a debreceni női klinikán az utolsó 7 esztendőben a hólyagzáróizomzat tökéletlen működéséből származó (nem sipolyos eredetű) incontinentia urinae miatt végzett műtéteink eredményét ismertetni kívánjuk. Egyes újabb műtéti eljárással kapcsolatos közlemények nyomán az utóbbi 7 esztendőben különös gonddal figyeltük betegeinket mind a hólyagzáróizomzat gyengeségére visszavezethető incontinentialis tünetek gyakorisága, mind a műtét módja és a gyógyítás eredményessége szempontjából.

Ez utolsó 7 esztendő alatt 8.083 fekvő nőbetegét ápoltunk klinikánkon. Köztük 401-nek, 4.96%-nak volt incontinentialis tünete. Mikulicz—Radeczky 10%-ban, Taylor—Watt (1006 beteg között) 14.4%-ban (cit. Frigyesi), Daniel 20%-ban talált incontinentiát nőbetegeken. A 8.083 nőbeteg között, másrészt 2724 betegnek 33.7%-nak volt nagyfokú gátrepedése, ill. hüvelyfal-méhsüllyedése. A 401 incontinentiás nőbeteg között 13 = 3.24% nem szült (és még 59-nek egyáltalán nem volt hüvelyfaldescensusa). E 13 nőbetegnek is azonban nem veleszüetett, hanem már az asszonykorban kifejlődő, szerzett

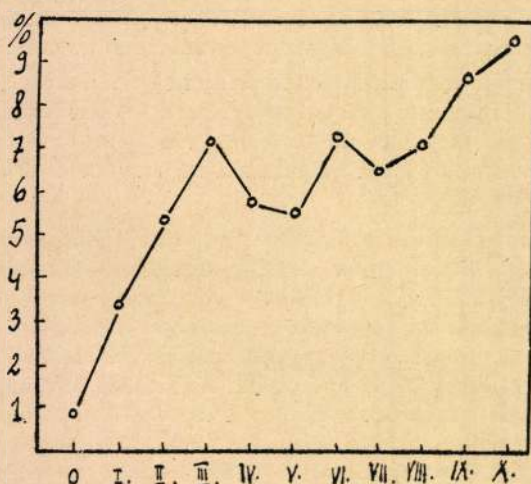
incontinenciája volt. *Frigyesi* szerint nem szült nőkön 8%-ban is előfordul, de akik szültek, gyakrabban szenvednek miatta. Bár kétségtelen, hogy szülésen átesett asszonyokon gyakoribb, mégis *Muret—Rapin* s másokkal szemben saját tapasztalataink is azt igazolják, hogy e betegség nem feltétlen kísérője a hólyagalap süllyedésének. A hüvelyfal-méhsüllyedés sokkal gyakoribb, mint a hólyagzáróizomzat működésének tökéletlensége. 2724 gátrepedés, hüvelyfal és méhsüllyedéssel bíró betegünk közül csak 329-nek, 12.07%-nak volt incontinentialis panasza, ellenben 87.93%-nak nem. Így érthető, hogy a süllyedés megszüntetése egymagában legtöbbször nem szünteti meg az incontinentialis panaszokat is s az incontinenciával járó descensusok műtéti gyógyítása különleges figyelmet érdemel. I. táblázatunk a süllyedés fokát és az incontinencia viszonyát mutatja.

401 incont. urinae között elülső hüvelyfal-descensus volt:

0°	I°	II°	III°
72 = 17.96%	175 = 43.64%	136 = 33.91%	18 = 4.49%

A 401 beteg között 72-nek egyáltalában nem volt elülső hüvelyfalsüllyedése, egyrésztüknek legfeljebb igen lényegtelen, kisfokú gátrepedés, 175-nek volt mérsékelt fokú hüvelyfalsérülése, 136-nak nagyobbfokú cystokeléje és 18-nak részleges vagy teljes mehelőesése a hólyagalap kifordulásával. Mi is azt állapíthatjuk meg tehát, hogy a medencefenék izmainak és bonyéinak traumás (szülési, műtéti, stb.) sérüléséhez, meglazulásához, ill. süllyedéséhez általában csak akkor társul vizeletincontinencia, ha azokhoz a hólyagnyak izomzatának, ill. zárómechanizmusának anatómiai vagy működésbeli sérülése is járul (*Stoekel, Zangemeister*), az izomrostok részleges pusztulása, kötőszöveti pótlódása, a hólyagnyak kitágulása, hegekkel rögzítettsége, elhúzása, merevsége, stb. folytán.

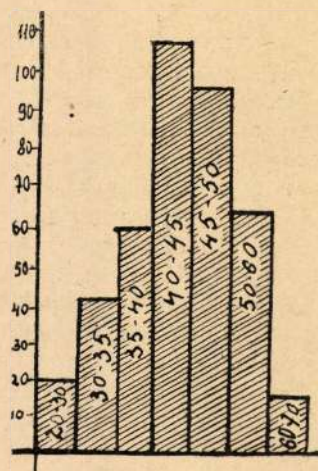
A szülések számának ugyan nincs feltétlenül döntő jelentősége a hólyagzáróizomzat elégtelenségének kifejlődésében, azonban többszöri szülés több alkalmat szolgáltat a medencefenék és hólyagnyak izomzatának és záróberendezésének említett ártalmihoz. Betegeinknek erre vonatkozó százalékos összeállítását az I. ábra.



I. ábra. 401 incontinentialis betegünk megoszlása a szülések száma szerint.

Azt mutatja, hogy a szülések számával általában arányosan emelkedik az incontinencia előfordulásának gyakorisága. Bár 388 szülésen átesett incontinentialis betegünk között műtéti szülést csak 3%-on észleltünk, mégis a szülések módjának (elhúzódó kitolás, nehéz műtéti szülések, szülési sérülések, stb.) nagy szerepet kell tulajdonítanunk az incontinencia kórában (*Frigyesi, Stoekel*). A prophylaxisban ezek elkülönítésé-

vel, továbbá a szülés utáni sérülések gondos felkeresésével és ellátásával sokat tehetünk.



II. ábra. 401 incontinentialis betegünk megoszlása koruk szerint

A II. ábra incontinentialis panaszokban szenvedő betegeinket kor szerint csoportosítva mutatja. Érdekes abból a szempontból, hogy betegeinknek csaknem fele a climakteriumban, 40—50 év között, kereste fel intézetünket. Egyrésztük azzal, hogy a már korábban is, sokszor sok évvel előbb mutatkozó tünetek az utóbbi években fokozódtak. A változás korában beálló ivarszervi és kismencedebeli involutio, a szövetek turgorának, vér-, nedv- és különösen zsírtartalmának apadása fokozza a medencefenék s hólyagalap lazaságát és descendusát, csökkenti a hólyagnyak tonusát és támasztékát. Ennek következtében fokozódnak e panaszok a climakteriumban. A heges összenövés és általában a medencefenék szöveteinek merevvé válása a postclimakteriumban szintén kedvezőtlen hatással van a hólyagzárásra. A betegek más részét az incontinencia mellett elsősorban a változás okozta általános (ideg, stb.) és egyéb helyi (vérezgetés, stb.) panaszok vezették az orvoshoz. Ezzel kapcsolatban tekintetbe veendő, hogy betegeink nagyrésze nagyon igénytelen, a legegyszerűbb életszínvonalú emberek közül került ki, akik más, súlyosabb betegségüket is sokáig halogatták, mielőtt orvoshoz fordulnának. A 401 incontinentialis betegünk közül csak 72 = 17.96% jött elsősorban azért klinikára, mert vizeletét nem tudta tartani. Ezek hólyagzáróizomzatának elégtelensége általában nagyfokú volt.

Az incontinencia osztályozására történnek kísérletek a lezajlott sérülés foka, az izomsérülés, húgycsőhiány, hegesedések kiterjedése, stb. (*Stoekel*), a panaszok súlyossága, gyűrűbehelyezéssel szüntethetősége, a hüvelyfalsüllyedés jelenléte, a cystoskopiás kép, stb. alapján (*Fekete, Kennedy, Marion*). Azonban igen tökéletesen sikerül ez akár az objectív, morphologiai elváltozások, akár a beteg panaszainak bemondása alapján választják külön az egyes csoportokat. Mi a tünetek alapján osztottuk betegeinket három csoportba, de tekintetbe vettünk bizonyos objectív támpontokat is. (I. később). Az I. csoportba soroltuk azokat, akiknél csak ritkán, időszakosan jelentkezik a vizelet-elcseppenés, váratlanul, hirtelen jelentkező hasprés hatására, mint pl. köhögéskor, tüsszenéskor. A beteg egyébként akaratosan mindig teljesen tudja kormányozni hólyagját. A II. csoportba sorolt betegeken már a mindennapos munka közben szokásos emelések pl. vízfordás, ugrás, járkálás, stb. közben is csurran el vizelet. A III. csoportba azokat a panaszosokat soroltuk, kiknél nemcsak testi munka közben, hanem pihenés, sőt fekvő helyzet-

ben, s így éjjel is előfordul a vizelet előmlése, különösen, ha a hólyagban nagyobb mennyiség, sokszor csupán 50—100 ccm-nél alig több gyűlik fel, ami mechanikailag nyomja a sphincter-tájat. Ezekben az esetekben egyébként a hólyagbefogadóképesség rendes, csupán a záróizomzat gyengesége folytán nem tart biztosan nagyobb mennyiséget a hólyag. Ez a záróizomzat nagyfokú gyengeségre vall, mert nyugalmi és különösen „fekvőhelyzetben a hólyagnak bizonyos befogadóképessége folytán még a súlyosabb incontinenciában is szünetelhet átmenetileg a vizeletsorgás” (Frigyesi). A két utóbbi csoportba sorolt betegeken vizsgálat közben, fekvőhelyzetben objective is észlelhetjük a vizelet elcsorranását, ill. a hólyagzáróizomzat működésének tökéletlenségét. Ha erőlködésre szólítjuk fel ezeket a betegeket, a húgycsőből vizelet buggyan elő. Eseteinknek ilyen, a panaszok súlyossága szerinti megoszlását tünteti fel a IV. táblázat:

401 incont. megoszlása a tünetek súlyossága szerint:

I°	II°	III°
202 = 50.37%	146 = 36.42%	53 = 13.21%
Összesen 401 eset.		

Ez a beosztás sem tökéletes, de az eredmények általános elbírálásához jó támpontul szolgálhat.

Incontinenciás betegeink vizeletében geny — noha az nők vizeletében általában is elég gyakori — 42%-ban volt található, azokban az esetekben, melyekben nagyobbfokú cystokele (retentio) is volt. Az incontinenciás betegek genyvizelése és hólyaghurutjának ritkasága összhangban van a vizeletfertőzések keletkezésével kapcsolatos általános tapasztalatokkal. A húgyfertőzés és hólyaghurut szempontjából magának a tökéletlen zárásnak nagyobb veszélye nincs. Ha a bakteriumok könnyen bejuthatnak is a hólyagba a könnyű kiürülés és pangás hiánya meggátolja elszaporodásukat. Ez az egyik oka, hogy a kevésbé művelt betegek, esetleg sok évig tűrik e bajukat, mert nem fáj, noha az elcsorranó, bomló, rosszszagú vizelet a nedvesség okozta kellemetlen érzés mellett még a szeméremtáj és a combok bőrének lobosodását, ekzemáját is előidézheti.

401 incontinenciás betegünk közül 338-at (84.29%) operáltunk meg. 63-on nem végeztünk műtétet, vagy mert más, súlyosabb betegség állt előtérben, vagy a panaszok enyhése folytán a beteg nem óhajtotta a műtétes gyógyítást. 72 esetben (17.96%) csak az incontinenciás tünetek javalták a műtétet. A többi 266-ban gátrepedés, méh- és hüvelyfalsüllyedés is, ill. az utóbbiból 50 esetben a méh helyzetváltozása, descensusa, retroflexiója, daganata, stb. miatt végzett ventrofixatio, vaginafixatio, amputatio, abdominalis, vaginalis totalis extirpatio stb. mellett végeztük a hólyagzáróizomzat erősítését célzó műtétet is.

A műtét módját a bonctani elváltozások (descensus foka, heges összenövések, stb.) és működészavarok (tünetek) nagysága irányította, de valamennyi esetünket a sphincter-táj és a hólyagalap rekonstruálásával és direct megerősítésével, kiegészítő, pótló műtét nélkül oldottuk meg. Mindegyik esetben a klinikánkon Kovács prof. megállapította eljárás szerint végeztük a műtétet, mely kivitelében általában megfelel az incontinenciák gyógyításában hazánkban (I. Frigyesi) s külföldön (Stoekel, A. Meyer s mások által) alkalmazott „sphincter erősítő” közvetlen műtéti eljárásoknak. Az esetek sajtóságaitól függően benne van ebben a műtéti eljárásban a hólyagnyak és húgycső feltárása, mobilizálása, elhúzó hegekből felszabadítása, a sphincter-izom hiányainak rekonstruálása, a hólyag- és húgycső előboltosulásának (cystourethrocele) visszatűrése, szűkítése, felettük a hólyag-

fascia, ill. medencefenék bonyeinek (izmainak) megerősítése, szűkebbre varrása, végül az elülső hüvelyfal széleinek egyesítése. A hüvelyfalat szükséghez mérten szűkítettük, vagy csupán a középvonalban kimetszés nélkül nyitottuk meg. Különös gondot fordítottunk a sphincter környékének visszatűrése, szűkebbrevarrása és felemelése mellett különösen a súlyosabb esetekben a diaphragma lemezeinek külön, esetleg 2 rétegű egyesítésére a sphincter-táj, ill. hólyagnyak alatt. Nagyon fontos szemelőtt tartani, hogy túlsok varrat behelyezését, „a hólyagnyak agyonvarrását” kerüljük. Ez nemcsak az eredmény, sőt a gyógyulás elmaradását, de a szövetroncsolás következtében esetleg az újabb műtét eredményes elvégzését is lehetetlenné, de legalább is kétségessé teszi. Stoekel is rámutat erre a veszedelemre, ilyen esetekben végzett módosító, pótló műtétei kapcsán. A műtét jó hatását valamennyi tényező: a hólyagalap megemelése, szűkítése, heges elhúzóadásának megszüntetése, de a hólyag alatti bonye megerősítése is adja. Egyetlen esetben sem végeztünk kiegészítő, pótló műtétet, sem bulbo-ischiocavernosus-, sem levator-, sem pyramidalis, stb. plastikát, kivéve 9 vagina-fixatiót, amely azonban a retroflexiót és méhsüllyedést volt hivatva javítani, épen úgy, mint amidőn egyéb méhbaj miatt (28) ventrofixatiót, hasmetszéssel (3), vagy hüvelyen át (22) méhkiirtást és csonkolást (8) végeztünk egyidejűleg. Nem vagyunk meggyőződve, hogy eseteink e kisebb számában ezek a műtétek döntően járultak a jó eredményhez, noha kedvezően befolyásolhatták a hólyagnyak műtétének hatását. Nagyobbfokú gátrepedés és prolapsus mellett minden esetben megfelelő hátsó (gát)-plastikát is csináltunk, a levatorok összehozásával és rectokele ellátásával. A gátplastika a medencefenék és a hólyagalap közvetett alátámasztása révén fokozza a hólyagzáró izomzat erősítését célzó közvetlen műtétek eredményességét (Frigyesi).

Ötven társműtétes esetünket nem tekintve valamennyi betegünket helyi, beszűrő 1/2% neotonocain I. Richter anaesthesiában operáltuk. A beszűrődés nagyon megkönnyíti a hólyag és a húgycső izolálását, ill. az egyes rétegek különválasztását, különösen heges összenövések mellett, az érzéstelenség kifogástalan, az adrenalin-tartalomnál fogva a vérzés igen csekély.

Műtét után arra törekedtünk, hogy a betegek minél előbb maguktól vizeljenek. Ezért — bár általában 4—6 napon át nem tudott a legtöbb beteg vizelni — állandó kathetert nem helyeztünk be, hanem 4—6 óránként csapoltuk őket.

A műtét utáni gyógyulás 74%-ban teljesen zavartalan volt. 31 betegnek (9.14%) általában 2 napig, 56 betegnek (16.85%) 2 napon túl volt láza a gyógyulása alatt. Ezekben az esetekben általában az egyidejűleg végzett hátsóplastika gyógyulásában is volt némi zavar. Nem dönthettük el hányszor okozta utóbbi és hányszor a hólyagalap műtéti gyógyulás a lázat. 14 napon túl — általában eddig tartjuk a klinikán hüvely—gát—plastikával operált betegeinket — csupán 19 beteget kellett a gyógyulás elhúzóódása miatt továbbtartani, legfeljebb 18—20 napig. Közülük 7-et azért mert, még 14 nap múlva sem tudtak maguktól vizelni, talán a hólyagnyak túlszorosra varrása, de valószínűleg ideges, gátló hatások miatt is. 1—2 rövidhullámos átmelegítés, stb.-re ugyanis 5 néhány nap múlva önként vizelt; 2-öt távozása után még pár hétig csapolni kellett, azonban melegfürdők hatására később ezek is önkéntesen tudtak vizelni, teljes kiürüléssel és teljes continenciával. A beteg nagyrészen átmenetileg az első napok vizelési képtelensége és csapolások folytán enyhébb hólyaghurut támadt.

Néhány hólyagöblítésre és protargolos installatióra azonban ezek általában hamar gyógyultak. Súlyosabb szövődmény, vagy haláleset egy sem volt.

Megemlítjük, hogy a műtéteket különböző, köztük — bár idősebb assistálása mellett — kisebb technikai készségű műtők is végezték.

A későbbi eredmények elbírálására most levélben kerestük meg 334 operált betegünket. Erre 185 ellenőrző vizsgálatra jelentkezett, 60-tól kaptunk választ, 93-tól nem; összesen tehát 245 beteg állapotáról értesültünk. A késői eredmények áttekintését a következő (V.) táblázat tünteti fel:

245 operált ellenőrzött beteg közül			
tünetmentes:		kiújulás:	
1-szer	2-szer	újabb szülés	
operálva		után	nélkül
207 = 84.49%	15 = 6.15%	11 = 4.49%	27 = 11.02%
A panasz megmaradt			
Összesen: 222 = 90.61%		11 = 4.49%	12 = 4.85%

A 245 beteg közül tünetmentes lett és ma is az 222 = 90.61%, kiújulás ugyan 38 (15.51%) betegen jelentkezett, azonban ezek közül 11 (4.49%) a műtét után részben többször is szült, tehát műtét utáni közvetlen kiújulás csak 27 betegen (11.02%) jelentkezett. Utóbbiak tünete a műtét után hónapokkal, esetleg 1/2—1 évvel tértek vissza. Közülük 15 jelezte súlyosabbnak a vizelet-tartás tökéletlenségét, mint műtét előtt, részben olyanok, kiknek azelőtt is súlyosabb tüneteik voltak. Ezek 7 év alatt az első műtét után hosszabb-rövidebb idő múlva jelentkeztek is újra klinikánkon. Másodízben hasonló módon végeztük a műtétet, most már azonban nagyobb gondal, maga Kovács prof, vagy az idősebb tanársegédek. Mind a 15 tünetmentes lett és maradt. E második műtét után eltelt idő 1/2—5 esztendő. Ha e II. műtéttel gyógyult 15 beteget is beszámítjuk s a szülés után kiújuló eseteket nem vesszük tekintetbe, lényegében 245 beteg közül csupán 12-nek maradt a műtét után a hólyagzáróizom elégtelenségéből folyó panasz, ami 95.11% eredménynek és 4.89% sikertelenségnek felel meg. Utóbbi betegek nem a súlyosabb esetek közül valók, a tünetek jelenleg is enyhék, úgyhogy műtétre, felszólításra, sem jelentkeztek. Egyébként a 40 éven aluli 119 betegünk közül 21 szült a hólyagzáróizom műtét után s ezek közül 10-en (1. fent is) nem újultak ki a hólyagzáróizom elégtelensége okozta tünetek.

Eredményeink tehát megerősítik azt a korábban általánossá lett felfogást, hogy a hólyagzáróizom elégtelensége folytán fennálló (nem sipolyos eredetű) incontinenciák műtete először és elsősorban a közvetlen hólyagzáró-plastika (direct izomplastica Stoeckel). Noha kétségtelenül adódhatnak kiterjedt izompusztulás folytán nehezen megoldható incontinenciák s a sphincter alá fordított zsír (Martius) vagy izomlebens (Franz) jól gyógyulva előnyös lehet az újabb heges összenövés, elhúzódások meggátlására, azonban a megfelelő gondossággal végzett direct hólyagzáró-plastikák eredményben magukban is igen ritkán hagynak cserben s igen ritkán kényszerülünk kiegészítő, pótló műtét elvégzésére, amiket az utóbbi időben egyesek (Martius, Muret-Rapin s mások) mind gyakrabban vesznek igénybe. Nekünk egy esetben sem kellett végezni. Úgy látszik, hogy az épen maradt oldalsó és felső hólyagzáróizom rész összehúzott izomrostjai lehetővé teszik az alulról szűkebbre vett és a medencefenék bőnyével alátámasztott hólyagzáróizom zárását még kiterjedtebb izomsérülések rekonstruálása után is. Stoeckel (Zbl. f. Gyn. 1921. 1. sz.) az incontinencia tulajdonképeni és mindig választandó műtétjének a közvetlen izomplastikát mondja, mely még kiterjedt izomsérülések esetén sem hagy cser-

ben. A Mayer, mint a kiegészítő műtétek propagálásával szemben újlag is hangsúlyozta, hasonló módon végzett direct hólyagzáróizom műtétjei mellett sohasem szorult kiegészítő, pótló műtétre. Schratzenbach bár kevesebb esetre vonatkozó összeállításában a bonyolultabb műtét eljárással általában 10—20% eredménytelenséget adnak, anélkül, hogy meggyőződne arról, hogy ezek különösen súlyos esetek voltak. (Werhatzky cit. Stoeckel) a pyramidalis plastikát 102 esetben 80—90%-ban találta eredményesnek. Utóbbiak bizonyára súlyos incontinenciák voltak. Érdekes, hogy eseteink között mi eddig ilyen, csak bonyolultabb műtéttel megoldható makacs incontinenciával nem találkoztunk. Klinikánk elég nagyszámú, sokszor igen súlyos sipolyos műtétjei alkalmával is csak a legkritikább esetben végeztünk pótló műtétet. A hólyagzáróizom rekonstruálását és megerősítését célzó műtétes gyógyításnak egyébként páratlan előnye, hogy az ivarszervek és medencefenék szerkezetében változást nem okoz, sőt visszaállítja az élet-tani viszonyokat. Nem zavarja az asszony nemzési folyamatait, a betegre viszonylag kis beavatkozás, kockázata alig van s a műtétre is kis feladatot ró. Mindezeket és műtéttel gyógyított incontinenciás betegeinken szerzett tapasztalatainkat tekintve, mi a hólyagzáróizom elégtelen működése okozta időszakos vizelet-elcsurranások műtéttel gyógyításában először választandó műtétnek minden esetben a direct hólyagzáró-plastikát, illetőleg rekonstruációt tartjuk, egymagában. Más kiegészítő műtétet csak akkor látnánk indokoltnak, ha ezzel az egyszerű és a physiologiai követelményeknek leginkább megfelelő műtétnek ismételt elvégzése után sem érnénk el gyógyulást.

Összefoglalás: 8083 klinikánkon ápolt nőbeteg között 401 (4.96%) panaszkodott a hólyagzáróizomzat működésének elégtelensége, nem sipolyos eredetű incontinencia miatt. Ezek közül 13 nem szült. Nyilvánvaló hüvelyfalsülyedéses és gátrepedéses 2724 betegünk közül 12.07%-nak volt incontinenciás panasz.

338 incontinenciát gyógyítottunk műtéttel, minden esetben a hólyagzáróizom és a hólyagzáróizom közvetlen megerősítésével, ill. — az anatómiai elváltozások és a tünetek súlyossága szerint — rekonstruálásával. Pótló, kiegészítő műtétre egyszer sem volt szükség.

Most ellenőrzött (levélben megkérdezett) 245 operált betegünk közül 222 panaszmentes (90.61%), közülük 15-ön kétszer végeztük el ugyanezt a műtétet. 23 tünetmentes beteg közül 11-nek újabb szülés után tértek vissza panaszai, úgyhogy csupán 12 beteg (4.89%) maradt 245 közül a műtét után incontinens. Eredményes gyógyulást tehát 95.11%-ban értünk el. A műtét után súlyosabb szövődményt egyszer sem észleltünk. Anatómiai és működésbeli eredményeink tehát ezen egyszerű műtét eljárással jobbak, mint a bonyolultabb kiegészítő műtétekkel elért s az irodalomban ismertett eredmények.

E tapasztalatok alapján a hólyagzáróizomzat működésének elégtelenségén alapuló (nem sipolyos eredetű) incontinenciák először választandó műtétjének a direct hólyagzáróizomplastikát tartjuk, mint az élet-tani követelményeknek leginkább megfelelő, a későbbi nemzofolyamatokat nem zavaró, a betegre legkisebb beavatkozást jelentő, legkisebb kockázattal járó műtétes gyógyítási módot. Más kiegészítő, pótló, bonyolultabb műtétekhez fordulást csak azon ritka esetekben tartjuk indokoltnak, ha az egyszerű hólyagzáróizom rekonstruáció ismételt elvégzésével sem érnénk el continenciát. — Ilyen esettel mi nem találkoztunk.

A MÁV kórház II. nőgyógyászati osztályának közleménye.
(Igazgatófőorvos: Henszelmann Aladár egyet. magántanár.)

A májfunctio ellenőrzése terhességben.

Irta: Bodó Bertalan dr., osztályos főorvos.

A szervezet még nem kóros megváltozásai közül különösen a terhesség ró nagy feladatokat a máj működésére. Vonatkozik ez elsősorban az intemediáer anyagcserére, a víz és ásványi sók háztartására, valamint az epeképzésre és epe kiválasztására.

Tarnier és Blott vitte a köztudatba, hogy a terhesség májfunctio egyensúlyzavart okoz. Utánuk főként a francia irodalom foglalkozott e kérdéssel, így az insufficiencia hepaticae-al, a hepatoxaemiával. Hofbauer a francia szerzők nyomán anatómiai alapon állította fel a „terhességi máj” kórképét. Míg egyesek (Bauer, van den Velden, stb.) szintén észleltek terhesség alatt a máj szöveti szerkezetében kisebb-nagyobb elváltozásokat, addig mások (Bittner, Landsberg, Opitz) idevonatkozó leletei alig különböztek a normalistól. Schickele és Heinrichdorff szerint a Hofbauer által közzétett májváltozások egyáltalán nem jellegzetesek. Kehrer az erre vonatkozó vizsgálatok eredményeiből azt a következtetést vonja le, hogy egészséges terhesség alatt a májban jellegzetes szövettani elváltozás nincs. Tehát sem makroszkopiaiilag sem mikroszkopiaiilag kimutatható terhességi májról nem lehet szó. Aschner klinikai megfigyelésekre hivatkozik, melyek szerint terhesség alatt igen gyakran keletkezik a májban és az epeutakban vérbőség, megnagyobbodás, nyomásérzékenység, gyulladási izgalom, degeneratio, sőt nekrosis. A különböző anyagcseremegváltozások is igénybeveszik a májat. Mindezen körülmények bizonyítanak terhességben a máj primaer elváltozását, ha mikroszkopiaiilag nem is ismerhető fel mindig. Terhesség alatt a májat locus minoris resistentiae-nek kell tartani (Eppinger). Ezt igazolják Eufinger és Bader Head és Mackenzie viscerosensibilis reflex kísérletei; ugyanis az epeutak túlérzékenységére jellemző Head-féle zónák a terhesek 1/5-ében voltak feltalálhatók. (Eufinger).

A bonctani, illetve szövettani elváltozásoktól függetlenül kétségtelen, hogy terhesség alatt az összanyagcserében sokfajta és nagyfokú eltolódás jöhet létre, mely a májanyagcserét erősen megterheli, mivel éppen a máj a legnagyobb külső és belső elválasztómirigye a szervezetnek. Paul és Végh szerint a szervezet vízenyőkészsége a májparenchima activ működésének kiesése által képződik s valószínűnek tartják, hogy a májnak tulajdonított „hormonalis” működés játszik ebben lényeges szerepet.

A májsejteknek nem kell mindig beteggé válniuk; a kóros állapot kifejlődéséhez elegendő a functionális zavar is. Mivel pedig a máj működését, nevezetesen bizonyos részletműködését a hormonok és ezekkel együtt a vegetatív idegrendszer befolyásolják, melyek változásokat szenvednek a terhességben, csak természetes, hogy a máj működésében ezek is lényeges eltéréseket okozhatnak (Seitz). Amint Eppinger hangsúlyozza, nem lehet azon tény mellett elhaladni, hogy terhesség májártalomhoz vezet. Emellett szólnak Falk és Saxl vizsgálatai, valamint Schaffer megfigyelései is. A már megterhelt májban a placentatoxinok kóros állapotot idézhetnek elő, mint amilyen az ikterus catarrhalis, cholecystitis, ikterus gravis, heveny sárga májsorvadás, (Fellner, Kehrer, Mayer, Schickele.) A heveny sárga májsorvadásra vonatkozólag igen különböző adatokat láthatunk az irodalomban. Míg Kranzfeld 20 év alatt

35.000 szülő nő közül 1 esetben észlelte, addig az istambuli női klinikán egy esztendő alatt 14 esetben látták, és pedig egy kivétellel mind többször-szülő volt. Amint Kent megállapítja, az istambuli heveny sárga májsorvadás-epidemia egyedülálló e betegség történetében

A máj működésére, ártalmára, elégtelenségi viszonyaira sokféle functionális vizsgáló módszer áll rendelkezésre annál is inkább, mivel a terhes szervezet anyagcseré-áthangolása egyaránt kiterjed a szénhydrat-, fehérje-, epefesteny- és a porphyrin-anyagcserére. A sok eljárás közül vezetős szerep jut a vizelet urobilinogen és a vér bilirubin-meghatározásának. Az urobilin vérében, vizeletben, bélsárban megjelenését a májelégtelenség egyik lényeges tünetének tartják (Adler, Linzenmeier, Molnár), jóllehet Gleiser, Guggisberg és Heynemann hangsúlyozzák, hogy terhességben csupán az urobilin-értékből functionális májártalomra következtetni minden további nélkül nem lehet. Brandt számos terhes vizsgálata alapján azt tapasztalta, hogy az urobilinogen már a terhesség kezdetén is fokozott mértékben választódik ki. Merletti abból, hogy a terhesség első három hónapjában a vizelet urobilin-tartalma háromszorosára emelkedett, azt következteti, hogy májzavar áll fenn. Az urobilin mennyiségét a terhesség második felében Le Maire 23%-ban, Bar és Daunay 27%-ban, Seitz 60%-ban állapították meg.

Hetényi és Liebmann olyan ritkán talált urobilinogenuriát terhességben, hogy leletük ellene szólna a májfunctio csökkenésének. Linzenmeier az urobilin quotiens meghatározása alapján úgy vélekedik, hogy egészséges terhes és nemterhes kiválasztása között nincs különbség. Hoppe—Seidler, Müller és Umber a pozitív urobilin reactio mellett számításba veszi, hogy kisfokú urobilinuria physiologiás. Mittelstrass a vizelet urobilinogen meghatározását terhességi toxikosisok prognostikai szempontjából nem tartja megfelelőnek, mivel az urobilinogen-mennyiség emelkedése csak követi, de meg nem előzi a klinikai tünetek rosszabbodását. Eckelt a hyperbilirubinaemiát sem májfunctiozavarnak, sem physiologiás anyagcseré-megváltozásnak nem tartja, hanem epepangásnak. A terhesség alatti gyakori epepangás okául Westphal vizsgálatai alapján a hypertoniás-spastikus cholestasist kell tartani. (Eufinger és Bader).

Az urobilin és chromogénja az urobilinogen a bélcsatornába kerülő epe bilirubin-jából képződik reducáló bakteriumok közreműködésével és a bélben felszívódva kerül a májhoz a vena portae útján.

Hermann és Kornfeld szerint különösen a terhesség elején emelkedett a bilirubin-érték. A májsejtek a hajszálerekben lévő urobilinogen túlnyomó részét bilirubinná alakítják vissza és ismét az epecapillarisokba adják le, honnan megint a bélbe kerül. Az urobilin visszaszívódása a májba terhességben zavartalanul megy végbe (Eckelt) és csak csekély mennyisége marad vissza a máj capillarisaiban, belejut a nagy vérkörbe, majd a vesék által kiválasztva jelenik meg a vizeletben.

Urobilinogent csak friss vizeletből lehet kimutatni, mivel levegő, illetve fény hatására urobilinná oxydálódik. Ha felforralt vizelethez adjuk a reagenst, akkor majdnem mindig pozitív; ha nem forralt vizelettel dolgozunk, úgy csak akkor lesz a reactio pozitív, ha a vizelet urobilinogen-tartalma kórosan felszaporodott. (Molnár). Normalis vizelet is tartalmaz urobilinogent, de nem annyit, hogy ezt Neubauer szerint az Ehrlich-féle reagenssel ki lehetne mutatni. A pozitív urobilinogen reactio a legkülönbözőbb májbetegségek kifejezője, melyek lehetnek primaer természetűek, avagy az epeutak bántal-

mainak secundaer folyamatai. Mindenesetre a máj-functio zavarának egyik érzékeny jele (*Molnár, Sülle*).

Egészes máj mellett is tapasztalható urobilinogen-uria éspedig olyan esetekben, melyekben nagyfokú vértetszítéses folytán az epe bilirubintartalma megnő, így nagyobb vérömlenyek felszívódásakor. Ebben az értelemben bizonyos diagnostikai jelentősége van méhenkívül terhesség okozta vérzés kimutatásában (*Molnár, Schiller*).

Mittelstrass a májműködés terhesség-alatti ellenőrzésére, különösen toxikosisok szempontjából kísérletezett a porphyrin kimutatásával a vizeletben. Bár igen érzékeny reactiónak tartja, ennek kimenetele sem jelzi előre a klinikai tünetek megváltozását.

Ritter a Millon-próbával foglalkozott, melyet *Mancke* ajánlott functiós diagnosticumul a máj parenchyma-ártalom gyakorlati felismerésére. *Ritter* 40 terhes vizeletét vizsgálta meg s azt tapasztalta, hogy a reactio mindig positiv volt kisebb-nagyobb mértékben. Szerinte, ha a Millon-próba több napon keresztül positiv, úgy ez a reticulo-endothelialis rendszer komoly ártalmát jelenti. *Mancke* a leipzigi klinika eredményeire hivatkozik, hol a Millon-reactiót rendszeresen használják. Legerősebben positiv (sötét-vörös szín) heveny sárga májsorvadásban, erősen positiv hepatargiával és comával járó májcirrhosisban; ikterus catarrhalisban az eredmény nem egységes. Positiv reactio esetében még akkor is feltételezhető májparenchyma laesio, ha ennek egyéb tünete nincs. Fontosnak tartja a mechanikus és hepatocellularis ikterus elkülönítésére. *Lepelne* és *Molnár* szintén értékesnek tartja a Millon-próbát.

A felsorolt irodalomból kitűnik, hogy terhesség alatt a májfunctióra vonatkozó megfigyelések, kísérletek és reactiók eredményei nem egységesek, sőt az adatok ellenmondók. Ennek magyarázata talán abban is keresendő volna, hogy a máj belsősecretiós működésének mibenlétéről még igen keveset tudunk, jöllehet az eddig ismeretes incretorikus mirigyek (ovarium, hypophysis, mellékvese, valamint a lép) correlatiós működése kisebb-nagyobb mértékben, de mindenesetre lényegesen eltérnek terhességben a nem terhes viszonyoktól. Az idevonatkozó kísérleti eredmények nemcsak azt ismertetik, hogy a máj külső secretumával igen fontos befolyást gyakorol a szervezet összanyagcseréjére, hanem azt is sejtetni engedik, hogy a terhességi toxikosisokban, talán éppen belső secretumával játszik jelentős szerepet.

Jöllehet egyes szerzők (*Mittelstrass*) nincsenek megelégedve az eddig használatos májfunctiós-próbákkal, mivel nemigen képesek előre jelezni a betegség súlyosbodását, mégis gyakran kimutatnak olyan zavarokat, melyek klinikai tünetekből fel nem ismerhetők. A terhesek rendszeres májfunctio-ellenőrzése által, ha nem is várhatjuk a gestosisok lappangását vagy kifejlődését megelőző biztos felvilágosításokat, egyrészt sejtetni engedik a hajlamosságot toxikosisra, másrészt a máj érzékenységéről adatokat szolgáltatnak a jövőre.

A functiós vizsgáló módszerek közül elsősorban az Ehrlich-féle urobilinogen-reactio látszik e célokra megfelelőnek. A próba sötét-vöröstől világos-pirosig terjedő színskálája érzékenységénél fogva egymagában is elegendő arra, hogy terhesség alatt a máj működéséről tájékozódva lehessünk legalább olyan mértékben, hogy megállapíthassuk a további vizsgálatok szükségességét.

Az Ehrlich-féle reactio mellett, de ettől függetlenül a Millon-próba is értékes adatokkal szolgálhat a terhességben. Ugyanis míg az előbbi kórosan vagy legalább is a normalistól eltérően felszaporodott urobilinogen mennyiségét fejezi ki, addig az utóbbi az aminosavak megszaporodását jelentené. Májelégtelenség esetében az aminosavak kiválasztása emelkedett, minek okát a proteolytikus fermentumok és a belsősecretiós apparatus zavarai magyarázzák. Terhesség alatt *Rebanti, Falk* és *Hesky* szerint a vizeletben az aminosavak kiválasztása ugyancsak fokozott, bár nem egyenlő mértékben. Néha annyira fokozott mértékben keletkeznek különböző fehérjehasadási termékek, így aminosavak, polypeptidek, amelynek rendes terhesség szabályos lefolyása mellett nem fordulnak elő. (*Seitz*.) *Burger* vizsgálataiból meg az tűnt ki, hogy az aminosavak N-mennyisége a vérben terhesség alatt inkább kissé csökken.

E reactiók eredményeinek mérlegelésekor azonban számításba kell venni azt a tényt, hogy a terhes szervezet működése nagyban különbözik mind a normalis, mind a kóros szervezetétől. Gyakran minősítünk kórosnak nem terhes állapotban olyan megnyilvánulásokat, melyeket terhességben még physiologiásnak ítélünk meg. Vonatkozik ez elsősorban a vese-, máj-, belsősecretiós-rendszer működésére. A terhes szervezet fokozott, vagy csökkent kiválasztásának mennyiségét és minőségét gyakran csak a kóros és egészséges állapot határára lévőnek tartjuk, szemben a nem terhes szervezettel.

Ezzel véljük magyarázhatónak, hogy mind az urobilinogen, mind a Millon-reactio kimenetelét oly különbözően ítélik meg. Ugyanis e próbák eredményeit sem lehet úgy elbírálni és felfogni terhességben, mint nem terhes állapotban. Hiszen mind az urobilinogen, mind az aminosav termelése bizonyos fokig terhességben még physiologiás, amint a máj fokozott működése is az.

Mindekét színreactio eredményét, a vörös szín erőssége alapján négy csoportra osztottuk és ezek szerint +, ++, +++, +++++ jelzésekkel tüntettük fel. Míg az +- és ++-es eredményt physiologiásnak, azaz diagnostikus szempontból negatívnak minősítettük, addig a +++- és +++++-es reactiót pozitívnak tartottuk olyan értelemben, hogy ezekben az esetekben máj-megterhelésről, sőt májártalomra mutató készségről lehet szó. Az ilyen positiv próbák teszik szükségessé, hogy a máj működését fokozottabb mértékben figyelemmel kísérjük éppen úgy, ahogy tesszük ezt albuminuria esetén a vese működésével. Terhességben a máj működése a legnagyobb mértékben igénybe van véve az összanyagcsere szempontjából. Tehát azért látszik szükségesnek, hogy működését és munkabírását, illetve megterhelését ellenőrizzük.

Ilyen megállapítások és lehetőségek mérlegelése alapján 200, subjective egészséges terhes vizeletét vizsgáltuk meg e két próbával. Urobilinogen reactio a terhesség első felében (I—V. hónap között) positiv volt 4-szer (4%) +- és ++-es 26-szor, negativ meg 68-szor; a terhesség második felében (VI—X. hónap között) positiv volt 12-szer (11.7%), míg +- és ++-es 32-szer és negativ 58-szor.

Millon-próba a terhesség első felében positiv volt egyszer (1%), +- és ++-es 22-szer, negativ 75-szor. A terhesség második felében positiv volt 3-szor (2.9%), +- és ++-es 29-szer, negativ 70-szer. Három esetünkben mindkét reactio együttesen volt positiv.

Az +- és ++-es eredményeinket (a vöröses sárga és rozsdaszín árnyalatokat) physiologiásnak minősítettük s gyakorlati szempontból negatívnak tekintettük. A positiv reactiók értékelésében tekintettel voltunk mind a subjectiv panaszokra, mind a klinikai leletekre (májmegnagyobbodás, oedemák, tensio, stb.). Hét eset-

ben találtunk a pozitív reactio mellett egyéb objectiv elváltozásokat. Arra is gondolni lehetne, hogy rendszeres functiók vizsgálatokkal talán egyéb tünetek kifejlődés előtt kimutatható a megterhelés vagy akár a laesio, s esetleg elejét lehet venni huzamosabb, vagy súlyosabb ártalomnak.

Terhességben e próbák a máj megterhelésére és a szervezet már nem physiologiásan fokozott anyagcsere-működésére vonatkozólag értékesíthetők. Tapasztalataink szerint a gestosisok prognostikai szempontjából azonban nem tartjuk elegendőnek, legfeljebb toxikosis-hajlam irányában nyújthatnak támpontot. Az erősen pozitív urobilinogen- és Millon-reactio elsősorban azt jelentené, hogy a terhes szervezet legalább is közel van a toxikosis határához különösen, ha klinikai tünetek is észlelhetők. Általában értékes adatokkal szolgálhatnak alapos mérlegelés mellett a máj- és anyagcsere működéséről, megterheléséről, a toxikosis-hajlam lehetőségéről. Természetesen további megfigyeléseknek kell majd eldönteniük azt, hogy vajjon ez a máj-megterhelés, vagy ártalom a terhesség további folyamán klinikai megnyilvánulásokra is vezet-e? A pozitív reactiók alapján bevezetett máj-tehermentesítő-diaeta néha már magában is elegendőnek látszik arra, hogy a kóros irányban hajlamos szervezetet a normalisba hangolhassa át, mint ezt hat esetünkben láttuk. Az +- és ++-es próbák terhességben legfeljebb a máj még physiologiásan fokozott működésére, illetőleg emelkedett anyagcsereforgalmára volnának jellemzők. Positív reactiókat gyakrabban észleltünk előrehaladt terhességben, amikből arra lehetne következtetni, hogy ilyenkor inkább jelentkeznek anyagcserezavarok, melyeknek következtében májparenchyma nagyobb terhelésnek van kitéve.

Ritter eredményeivel ellentétben, ki 40 terhes esetében a Millon-próbát többé-kevésbé pozitívnak találta, mi 200 terhes közül csak négyben (2%) észleltük. Szerintünk a reactio pozitív eredménye olyan nagymértékű aminosavkiválasztást jelent, mely rendes terhesség lefolyása mellett még rendszerint nem fordul elő.

Tapasztalatainkat 200 esetünk alapján a következőkben foglalhatjuk össze:

Terhességben a májműködés ellenőrzése indokolt, bár az eddig használt functiók próbák értéke nem tekinthető teljesen tisztázottnak.

Mind az urobilinogen-, mind a Millon-próba rendszeres alkalmazása gyakran szolgálhat használható adatokkal a máj- és anyagcsere-működéséről.

A pozitív reactiók, főként klinikai észlelésekkel együtt a szervezet toxikosis-hajlamosságára hívhatják fel a figyelmet. Gestosisok prognostikai szempontjából — melyek, olyan fontos problémái a szülészetnek — nem tartjuk kifejezőknek.

E reactiók inkább a máj megterhelésének és a szervezet már nem physiologiásan fokozott anyagcsere-működésének irányában volnának értékesíthetők.

Úgy véljük, hogy terhesség esetén az urobilinogen és aminosav nagyobb mennyiségű megjelenése a vizeletben majdnem olyan figyelmeztető a máj működésére, mint a fehérje megjelenése a vese működésére vonatkozólag.

Hasznosnak tartjuk a máj terhesség-alatti rendszeres ellenőrzését újabb terhesség jövőjére vonatkozó adat-szolgáltatás, valamint belgyógyászati szempontokból is.

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

A Vöröskereszt Erzsébet kórház és sanatorium sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Mutschenbacher Tivadar egyet. rk. tanár.)

Teljes gyomorkiirtás.*

Irta: *Rigler András dr.*, v. sebész-klinikai tanársegéd, kórházi alorvos.

A teljes gyomoreltávolítás a ritkább műtétek közé tartozik. Még ritkább az utána életbenmaradt, illetve meggyógyult betegek száma. Kórházi osztályunkon a közelmúltban módomban volt a fenti műtétet sikerrel elvégezni.

A magyar irodalmat áttanulmányozva, ilyen közlést csak egyet találtam. *Herczel* 1901-ben mutatta be a Bp. Kir. Orvosegyesületben adenocarcinoma miatt gyomorkiirtás műtétjével operált betegét. Hogy a külföldi irodalomban is ritkán kerül közlésre hasonló eset, azt az is bizonyítja, hogy *Berezow* összeállítása szerint 1934-ig 165 esetről történt említés, s közülük 60 maradt műtét után életben. Azóta az esetek száma kb. 300-ra nőtt, átlag 50%-os, (*Hessl, Allen, stb.*) vagy még nagyobb halálozással. A teljes gyomorkiirtást emberen először az amerikai *Konner* végezte 1883-ban. Az első sikeres műtétről pedig *Schlatter* számolt be 1897-ben.

A műtét nagy halálozási százaléka onnan származik, hogy egvrészt e nagy beavatkozást legyengült, idősebb, nagy többségben rákos betegeken végzik, kiknek ellenállóképessége nagyon csökkent, másrészt a műtét technikai nehézsége is oka lehet halálos szövődményeknek. A halál elsősorban műtéti shok következtében, majd a műtét során keletkező hashártvagyulladás, ritkábban tüdőgyulladás következtében áll be.

E műtét minden olyan esetben iavalt, amikor a gyomor nagy részét elfoglaló, a cardiáig felterjedő daganatról van szó. Az esetek legnagyobb százalékában kiscsörgületi rák miatt végeztek teljes gyomorkiirtást, de kiscsörgületi, magasra felterjedő callosus fekély esetén is több ízben végezték már. Az még nem tiltja a műtétet, ha a gyomorkörüli mirigvek rákosan beszűrődtek, mert a gyomorral összefüggésben a nyirok-mirigvek is eltávolíthatók, sőt *Ogilvie* szerint a nagy-csenesz minden esetben a gyomorral együtt el is távolítandó.

A műtét nehézsége abban áll, hogy a gyomor eltávolítása után a nyelőcső és a patkóbél, illetve éhbél közt az anastomosis-varratot igen mélyen, nehezen hozzáférhető helyen kell elvégeznünk. Legnagyobb részt ezen anastomosis minőségén múlik a műtét sikere. A könnyebb hozzáférhetőség elérésére, illetve a rekeszkupola mélyén történő dolgozás megkönnyítésére több módszert aiánlottak: *Madwedel* a bal bordaívvel párhuzamos metszést eít és a bal VII., VIII., IX. bordaporcot mobilizálva lebevesen kihaitia, s ezzel jó behatolási lehetőséget kap a bal hypocondriumba. *Bircher* a felső-középső hasmetszést egészíti ki a bal egveses hasizom haránt átvágásával s így jut nagyobb térhez. Több szerző térvérés céljából, ill. a lényerek sérülési lehetősége miatt a lép eltávolítását aiánlia. A bal rekeszkupolának a műtét tartamára átmeneti nvugalomba helyezése céljából a bal n. phrenicus fagvasztását, zúzását, illetve novocain blockade-ját (*Langé*) aiánlották, *Lobenhoffer* pedig baloldali mesterséges légmellet készít.

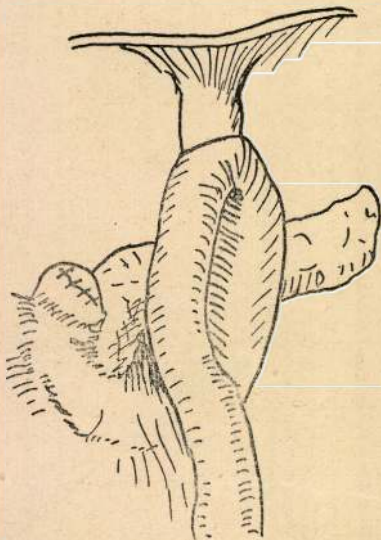
A nyelőcső és a vékonybél egvesítése, melv varrat tulajdonképpen a műtét lényege, általában kétféle mód-

* A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1940 május 10.-i ülésén tartott bemutatás nyomán.

szer szerint végezhető. Az egyik az oesophago-duodenostomia útja (1. ábra), mely physiologikusabb ugyan a másikkal, de a duodenum korlátolt mobilizálhatósága miatt nehezebb, a varratvonal erősebb feszülés alatt állva könnyebben válik elégtelenné s így e módszer halálozása is nagyobb, *Finney* és *Rienhoff* szerint 53⁰/₀-os; a másik módszer, az oesophago-jejunostomia, 42⁰/₀-os halálozású. *Berezow* szerint az oesophago-duodenostomia egyik előnye az, hogy a tápanyag a duodeno-jejunalis átmenetnél időlegesen megáll, s így már az emésztőnedvekkel némileg keveredve jut az alsóbb vékonybél-kacsokba.



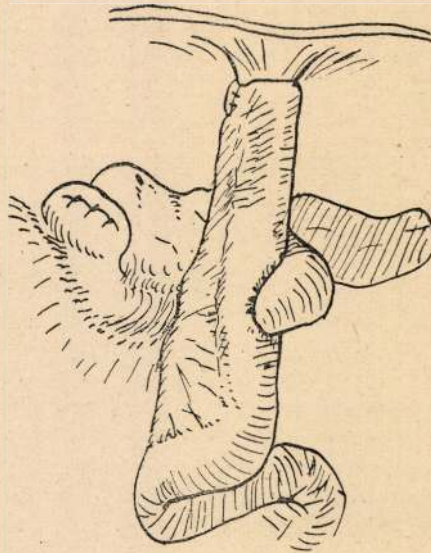
1. ábra.



2. ábra.

Az oesophago-jejunostomia technikailag könnyebb; itt a magasan felhúzott vékonybélkacs legnagyobb domborulatába ültetjük be a nyelőcső végét end-to-side módon, a vékonybélkacs két szára közt pedig Braun-féle sipolyt készítünk (2. ábra). Utóbbiban a szerzők nem értenek egyet, s így *Clute*, *Albright*, *Lahey* és *Breitkopf* a Braun-sipolyt tudatosan elhagyják, s *Savinikh* is csak akkor alkalmazza, ha a nyelőcsőből hosszabb (2—6 cm) darabot távolított el. Mások viszont széles összeköttetést készítenek a felhúzott éhbélkacs két szára közt s így igyekeznek a vékonybél ürterét bővíteni. *Percy* 18 cm széles Braun-sipolyt készít. *Berezow* pedig kiiktatott vékonybélkacsból pótgomrot készít az oesophago-duodenostomia mellé. A nyelőcső és a vékonybél közti varratvonal beszűkülésének megelőzésére *Gissel* azt ajánlja, hogy az összeköttetés varratvonalát a nyelőcső tengelyére ferdén elhelyezve készítsük el. A

törékeny falú nyelőcső varratvonalának feszítelésére az odavezető kacsnak a rekeszizomhoz rögzítését végzik; *Percy* pedig a haránt vastagbelet a mellső hasfalhoz varrja, nehogy az a bélfodor közvetítésével az anastomosisra húzást gyakoroljon. A varratvonal tehermentesítésére *Mátyás*, *Allen*, *Marschal* a műtét folyamán az anastomosison át a vékonybélbe vezetett gyomorcsövön (sondán) keresztül táplálja a beteget 5—12 napig, sőt egyesek a műtét utáni első napok táplálékfelvételének megkönnyítésére külön jejunalis sipolyt készítenek. Az oesophago-jejunostomia egyik változata a Coenen-féle Y-anastomosis, ahol a nyelőcső és a vékonybél egyesítése vég a véghez történik. (3. ábra.)



3. ábra.

Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy a műtétet helyi érzéstelenítésben kell elvégezni, mert a rendszerint hosszabb időre elnyúló műtétet az amúgy is legyengült szervezet altatásban nehezen vagy egyáltalában nem bírja ki. Műtetre legalkalmasabb az ötven év alatti sovány beteg.

A műtégi terület szádlását *Egidi* feleslegesnek és ártalmasnak tartja, *Finsterer* viszont minden esetben szádol, mert szerinte a daganatos gyomorból kifolyt nedv igen fertőző, s könnyen hashártyagyulladást okoz.

Az utókezelésben a táplálékfelvételt átlag az első 5—10 napig szüneteltetik s azt az intravenás infúziók, tápcsőrök, illetve jejunalis sipoly pótolja. Később folyékony, pépes, majd vegyes étrendet kap a beteg, de tekintve azt, hogy gyomra hiányzik s így befogadóképessége igen csökkent, napjában többször (8—10-szer) kell étkeznie, egy-egy alkalommal kevés ételt fogyasztva. Bámulatos gyorsan megszokják a változott körülményeket; az emésztőnedvek pótlása után a hűsítés is lehetővé válik, s úgylátszik a vékonybél tágulása révén a betegek később nagyobb ételadagokat is elbírnak; gyorsan megerősödnek, ami annál is inkább lehetséges, mert gyomorkiirtás után a felszívódás csak keveset szenved. *Gade* szerint a fehérjevesztés átlag 18⁰/₀; a zsírvesztés 29⁰/₀; a szénhidratfelszívódás pedig teljesen zavartalan marad. Gyomoreltávolítás után vérszegénység, a legtöbb szerző szerint, csak hosszú évek elteltével jelentkezik. Mivel azonban a gyomorrák miatt operált beteg rendszerint néhány éven belül mégis elpusztul távoli áttételekben, az agastikus vérszegénység kifejlődésére nincs idő.

Esetem a következő: M. J. 44 éves lesóványodott nő. Kórelőzmény: 8 év előtt myoma miatt supravaginális méh-amputáció és appendektómia esetén át. 3 éve hasi fájdalmi

miatt kórházi kezelés alatt állott, akkor epehólyaggyulladást és összenövéseket állapítottak meg. Jelen betegsége kb. 10 hónap előtt kezdődött étvágytalansággal, gyomortáji fájdalmakkal, később görcsökkel. 3 hónap óta étkezés után igen heves görcsei vannak s hányás gyakran kínozza. Utóbbi időben már a folyadék sem marad meg gyomrában. Fel-tűnően soványodik. Gyomortáján daganatot vett észre. Egy ízben fekete, szurokszerű széke volt. Ilyen állapotban került kórházunk belgyógyászati osztályára. Általános vizsgálat után műtét céljából került osztályunkra. Családi előzményeiből érdekes adat, hogy édesanyja „hasdaganat”-ban halt meg. 1 év alatt 20 kg-ot fogyott. Az utóbbi időben már hetenként 1 kg volt a súlyvesztése.

Epigastriumában nyomásérzékenység mellett kisalmányi, egyenetlen felszínű terimenagyobbodás tapintható, mely a légzési mozgásokat követi. A röntgenvizsgálat horogalakú gyomrot derített ki, mely csőszerűen beszűkült, legmélyebb pontja 4 ujjal a cysta alatt van; a gyomortest közepén homokóraszerű befűződés, melynek megfelelőleg a contour főleg a nagygörbület felől kirágott. Peristaltika e helyen nem figyelhető meg. A patkóbél szabályos. 3 óra múlva a gyomor üres. (4. ábra.) Betegünk vérszegény; vérszűrésűllyedése gyorsult: 56—95 mm. Westergreen szerint.

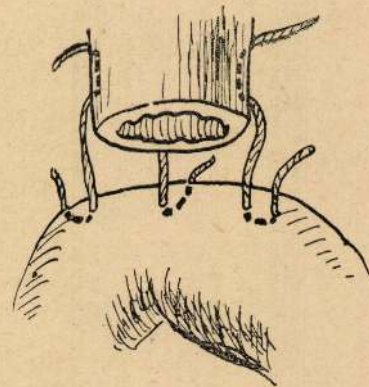


4. ábra.

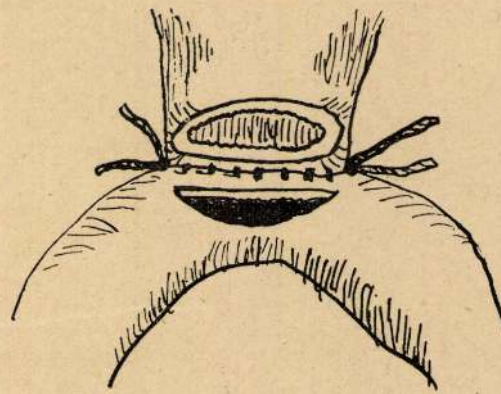
A műtétet gyomorrák kórisméjével, helyi érzéstelenítésben végeztem, splanchnikus érzéstelenítéssel kiegészítve. A hosszú műtétet a beteg minden utólagos altatás nélkül igen jól tűrte. A hasüreget felső-középső metszéssel megnyitva a gyomrot végigtapintottam. Kintűnt, hogy a daganat nemcsak a gyomor falát infiltrálja csőszerűen az antrum felső határától lefelé kb. 4 haránt-ujjni területen s a kiscörbületen egészen a kardiáig felterjedve, hanem a nagy- és kiscörbület mentén a szomszédos nyirokcsomók egy része is daganatosan beszűrődött. Mivel az esetet resectióval megoldani nem lehetett, a gyomornak a beteg nyirokcsomókkal együtt eltávolítását határoztam el.

Hogy a műtéthez több helyet nyerjünk, a bal egyenes hasizmot a bordáiv alatt *Bircher* szerint harántul bemetszettem. A gyomrot, mely a hasnyálmirigy felé is kissé összekapaszkodott, minden irányban felszabadítottam s így a daganatos nyirokcsomók a gyomrral összefüggésben maradtak. A nyelőcsövet a kardia felett a patkóbelet pedig a pylorus alatt átvágva a gyomrot eltávolítottam. A nyelőcsőnek kb. 2 cm-es intraabdominalis csonkját ércsípökkel kifogtam s a patkóbél-csonkot

három rétegben szabályszerűen elvarrtam. A haránt vastagbél fodrán nyílást ejtve, azon át a legfelső éhbélkacsot felhúztam a nyelőcsőhöz, úgy hogy utóbbi annak legnagyobb domborulatába feszülés nélkül end-to-side beültethető legyen. Az éhbél e helyét megjelölve, a leendő anastomosis hátsó külső varratvonalának megfelelően három irányvarratot öltöttem a bélbe, amint azt *Finsterer*-től láttam, s ezeknél fogva húztam fel a belet a nyelőcső hátsó falához (5. ábra). Az irányvarratok közti területet a nyelőcső tőrükensége miatt csomós varratokkal zártam, s ezzel az anastomosis hátsó serosa varratsora elkészült (6. ábra). Ekkor a belet kb. 4 cm hosszúságban megnyitva a bél, illetve a nyelőcső lumenét tofafutó varrattal egyesítettem, majd ezt a belső varratvonalat két rétegben csomós serosaöltéscsikkel borítottam. A felhúzott éhbélkacs két szára közt kb. 8 cm hosszúságban Braun-féle sipolyt készítve a felhúzott kacsot úgy rögzítettem a bélfodor nyílásába, hogy a bélfodor síkja az anastomosisvonal közepére essék. A nyelőcső-vékonybélvarrat két oldalára támpont és szádlócsövet fektetve, a hassebet rétegesen egyesítettem.



5. ábra.

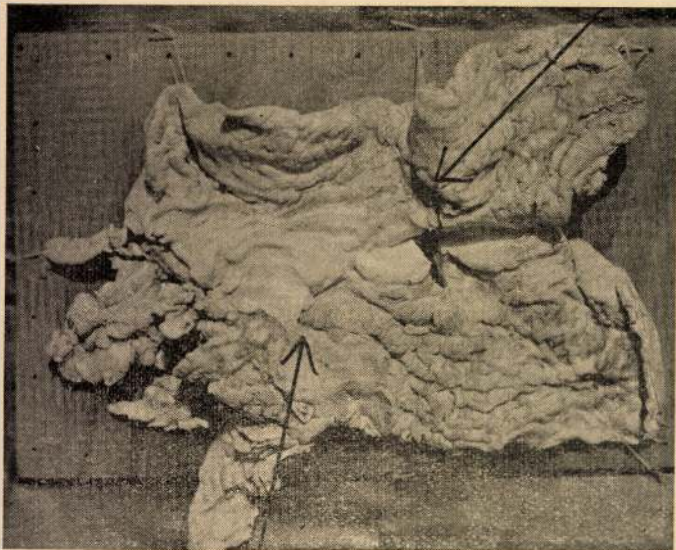


6. ábra.

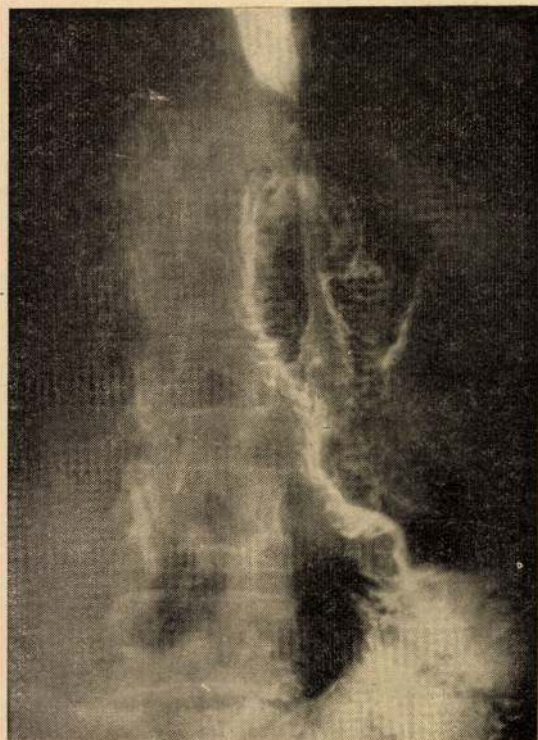
Az eltávolított gyomrot a nagygörbület mentén felvágva a kiscörbületen a cardia alatt öt-pengősnyi, kissé felhányt szélű fekélyt találtunk, melynek alapja porc-keményen beszűrődött. Ez a beszűrődés folytatódott lefelé s csőszerűen beszűremítette az egész gyomorfallat az antrumig, ahol a nagygörbületen második kb. tíz-fülleresnyi fekélyt találtunk, a daganatosan beszűrődött gyomorfallal. Mind a kis-, mind a nagygörbületen lévő kifeléyesedés szomszédosságában a gyomrral összefüggésben eltávolított nyirokcsomók is daganatosan beszűrődöttek voltak. (7. ábra.)

A szövettani vizsgálat szerint, melyet *Zalka* prof. volt szíves elvégezni, a gyomrot diffuse beszűremítő linitis plastica típusú rákról volt szó, mely a nyálkahártya felé kifeléyesedett és a nyirokcsomókban át-tételt képezett.

Az utókezelés folyamán az első 5 napban a beteg szájon át semmit sem kapott; hanem intravenás csepp-infúzióval (4%-os dextrose-oldat physiologiás konyhasó-oldatban) tápláltuk és tápcsőreket alkalmaztunk. A 6. napon kezdtük el betegünket száján át táplálni eleinte folyékony, majd pépes, később vegyes étrend nyújtásával. Eleinte puffadásról és bélgörcsökről panaszkodott, e tünetek azonban a gyomornedvet pótló sósavas pepsin, illetve az emésztést elősegítő lucullin és állati szén adására megszűntek. A 8. napon a tamponat eltávolítva a seb zavartalanul gyógyult.



7. ábra. A teljes egészében eltávolított gyomor a nagygömbölet mentén felvágva. A nyíllal jelölt helyeken láthatók a kifekélyesedések. A kiscöbületen tett bemetszés metszslapján jól látható a megvastagodott, beszűrődött gyomorfal.



8. ábra.

A műtét után 3 héttel készült röntgenfelvételen jól látszik a nyelőcsővel összekötött éhbélkacs, mely sugárfogó anyaggal jól telődik. (8. ábra.) A műtét után 7 héttel végzett felülvizsgálat szerint a beteg a műtét óta 7 kg-ot hízott; vércépe is javult, a vvs.-szám 3.240.000-

ről 4.080.000-re emelkedett, a haemoglobin pedig 64-ről 72-re. A vérszékelyedés is a normalis felé tolódott el, u. i. a műtét előtti értékek felére: 56—95-ről 27—45-re esett.

Saját esetünk tanulsága alapján számos más szerzővel egyetértésben, indokoltnak látjuk e nagy halálozással járó műtét elvégzését, mert ezzel a beteget teljesen reménytelen, kétségbeejtő helyzetéből segíthetjük ki, s ha a műtét sikerrel jár, akkor életét —, mely műtét nélkül nagy szenvedések között gyorsan halállal végződne —, sikerül meghosszabbítanunk és hacsak mulólag is panaszmentessé tennünk.

A Horthy Miklós MÁV. kórház és központi rendelő II. sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos: Skoff Tibor.)

Többször operált bélelzáródás kóroktanához.

Irta: Fürst Márton dr.

Az összenöveséses bélelzáródások eseteiben a többszörös műtétek nem tartoznak a ritkaságok közé.

Ezt az esetet mégis azért tartottam közlésre érdemesnek, mert jellegzetes példája annak, hogy a kétségtelen összenövesés hajlam mellett valószínűleg egy belső szerv gyulladással betegsége indította el a folyamatot, amelyet a szükségessé vált műtétek — ideiglenes jó eredményeik mellett is — csak tovább súlyosbítottak, úgyhogy az végeredményben halállal végződött. Érdekes a bélelzáródás megjelenési alakjának sokfélesége és ezenkívül, hogy a beteget 4 és ½ hónapon belül négyszer kellett megoperálni.

B. F. 64 éves üzemi altiszt. 1939. VII. 12-én jelentkezett belosztályunk rendelésén és előadta, hogy kb. 1 hónap óta „gyomorgörcsei” és hányingere van. Lelete röviden a következő: kp. felett, kissé lesóványodott férfibeteg. Nyelve kissé bevont. Tüdő: ∅. Szív balra kissé megnagyobbodott. Az epigastriumban nyomási érzékenység. Idegrendszer: ∅, vizelet: ∅, vérnyomás: RR 120, próbareggeli: 120/0—10, Wa.-r: negatív. Röntgen-lelet: szív balra 1 újjal szélesebb; gyomor 4 ujjal ér a cisták fölé, fokozott tonusú. Peristaltika mély hullámú, lassú. Bulbus ép, diffúz érzékenység a gyomortájon. 2 hpc.: üres.

Október 5-én újból jelentkezett. Röntgen-lelet: gyomor horogalakú, alsó polusa megemelt. A pylorikus rész feltűnően jobbra-vont, 2 ujjnyira megkeskenyedett, a környezet-höz rögzített. Redőzete hosszirányú, peristaltikája nincs. A pylorus körül tágujt vékonybél-kacsokban vízszintes folyadék-felzár és gáz látható. Kifejezett nyomási érzékenység a pylorus-tájon. 2 hpc.: 2 ujj maradék. A beöntéses vastagbélvizsgálat azt mutatja, hogy a gyomor alakváltozását nem a vastagbél okozza és hogy a folyadékfelszín a vékonybélben vannak. *Diagnosis:* peripylorikus adhaesio, mely a vékonybél felső szakaszán passage-zavart okoz.

A beteg a kórházi felvételnek ellenszegült és hazament. Október 16-án a pár napja erősbödő görcsökhöz bélsárhányás társult és kezelőorvosa egy vidéki magán-gyógyintézetbe szállította, hol azonnal megoperálták. Erről az első műtétről csak azt sikerült megtudnom, hogy bélelzáródás miatt történt. Utána a beteg jobban lett és 9 kg-ot hízott.

December elején újból korgás, görcs, majd hányás jelentkezett. Ismét belosztályunkat kereste fel, ahonnan műtét céljából hozzánk került. Lelet: bevont, kissé száraz nyelv, láztalan, érverése: 116. Hasa puffadt. Felső kpvonali hasmetszéses heg. Wahl- és Schlange-tünet: pozitív. Hasában élénk korgás és a tágujt bélrészeket loccsanás észlelhető. *Második műtét* december 18-án: felső középvonali hasmetszés. A vékonybél erősen tágujtak, a műtét hegyhez két vékonybél-kacs lapszerint odanőtt, a bal hypochondrium-ban egy vékonybél-kacs hegyes szögben kihúzza a fali hasbártyához tapadt. Leválasztottuk. A sigma-bél megnyúlt, felfelé csapódott appendix epiploicája a végén lenőtt s ezen —, mint ruhaszártóként — lógott egy vékonybél-kacs. Az odavezető szár tágujt, az elvezető összeesett volt. Az appendix epiploicát kiirtottuk. Műtét után szívserkentőket és bélmozgatókat adtunk. Két nap múlva szelek, három után széklet. A bélelzáródásos panaszok megszűntek.

E műtét utáni 14. napon hasa újból felpuffadt; székelni nem tudott, csuklott és bélsaralt hányt. Miután vékonybélletapadás, megtöretést kizárni nem sikerült, jan. 3-án újabb műtét. Jobboldali pararectalis metszés. Vékonybél általában puffadt, az előbbi műtét területéhez odatapadt. Óvatosan megkíséreltük leválasztását. A rostonyásan összetapadt vékonybélkacsok közül kevés izzadmány ürült. Kitorlás, majd hasfalzárás. Műtét után reménytelenné vált helyzete: láz, haspuffadás, csuklás szél- és székrekedés. Szívserkentőket és bélmozgatókat adtunk. Három nap múlva lázatlanná vált, 5 nap múlva székeit. Most hosszabb szünet következett. Lassan megerősödött, 2½ kg-ot hizott.

Februán 20-án ismét felpuffadt a hasa, időnként rettenetes fájdalmas görcsök kínozták, bélmerevedés, majd bélsárhányás jelentkezett. II. 21-én IV. műtét: középső kpvonal hasmetszés. Vékonybelek felkarvastagságúra lágultak, egymással és a hasfallal összetapadtak. Megkíséreltük az elzáródás helyének megkeresését: összenövéseket választottunk szét, kötegeket vágtunk át. Disznósajt-nagyságú folyadékkal telt, volvulust szenvedett vékonybél-kacsot emeltünk ki a medencéből. Az ileumot a vakbél egy appendix epiploicája a Bauhin-billentyű előtt leszoritotta. Az appendix átvágása, majd hasfalzárás következett. Ezt a beavatkozást is kiheverte a beteg: megerősödött, ugyszólván panaszmentessé vált és három hét után távozott. — Értésülésünk szerint egy ideig odahaza teljesen jól érezte magát, június 4-én azonban bélelzáródás tünetei (görcsök, bélsárhányás) között meghalt.

*

Esetünkben a főszerepet összenövések, illetve kötegképződések játszották. Az alábbiakban nem feladatomban a hasúri összenövésekre vonatkozó hatalmas anyagot részletesen tárgyalni, hanem csupán keletkezésükre kívánok egységes, kórtani magyarázatot adni.

A hasúri összenövések keletkezésében a legkülönbözőbb okokat említik a szerzők: trauma, gyulladás, idegentest, constitutio, bélsüllyedés, stb. Ez okok nagy összességéből egységesítve és elméleti szempontból első sorban a gyulladást kell kiemelni, de gyakorlati szempontból megemlítem a sérülést és vérömlényt is. E két csoport azonban egymástól élesen nem különíthető el: a sérülés és vérömleny rendszerint csak gyulladással párosulva okoz vérömlényt.

A gyulladás szervezetünk helyi visszahatása ártalmas befolyásokkal szemben. E visszahatásban részt vesznek az erek és a szövetek. Az erek részéről tágulást és izzadmányképződést észlelhetünk. Az izzadmányt sejtes elemek, savó és rostonya alkotják. A szövetek részéről visszafejlődést és szaporodást láthatunk. Gyulladás oka lehet csaknem minden betegséget kiváltó ok, (pl. mechanikai, vegyi-, hőbehatás, mikroorganizmusok és azok vegyi termékei). A felsorolt okok mindegyike szövetpusztulást is okozhat, a hiányt a szervezet sarj-, illetve hegyszövettel pótolja.

Sérülés esetében — amennyiben erőművi behatásra gondolunk — még a „per primam intentionem” gyógyuló sebzés is csekély mértékben izzadmány (savó + sejtes elemek + rostonya) keletkezik. A sebszövetet a kivált és megalvadott rostonya tapasztja össze és ezt a válaszfalat fibroblastok szövik keresztül és csakhamar sajrszövet képződik, melyből hegyszövet lesz.

Sarjadzó sebek esetében nagyjában ugyanezt látjuk, azzal a különbséggel, hogy az izzadmányképződés, a rostonyakiválás nagobbmértékű, a sarjsszövettermelés elhúzódó és a reparatio lassabban jön létre, amely sohasem eredményezhet teljes restitutio ad integrumot, hanem csak hegyszövetet.

A kiömlött vérből rövidesen rostonya válik ki, a vér megalvad, vérlepény és savó keletkezik. Ha ez a szervezeten belül történt, akkor a savó, sőt a megalvadott rostonya is felszívódhat. De nagymértékű rostonyakiválás esetén annak tömege és egyéb okok miatt is a felszívódás akadályozott lehet és ilyenkor a vérömleny-

ben szervülés keletkezik. A szervezet először fehérvérsejtek útján a rostonyatömeg felszívódására törekszik, majd újonnan képződött kötőszövettel járja át és azt elpusztítja, úgyhogy végeredményben a rostonya helyén hegyszövet marad.

Mindezeket az ismert kórtani folyamatokat azért tartottam szükségesnek felsorolni, hogy a bennük közös tulajdonságokat (rostonya-kiválás) és a végeredményt: a hegyszövetképződést jól emlékeztetünkbe idézzük.

Tehát mind a gyulladás, mind a sérülés és a vérömleny hegyszövetképződésre vezethet. De ez még nem egyértelmű az összenövésével. A bél-összenövéseknek lényeges feltétele a bélműködés megállása és a savós hárttyát fedő endothel-réteg sérülése.

A bélműködést megállíthatja közvetlenül a hashárttyát érő behatás (fertőzőes hashárttyagyulladás) vagy reflexes inger, valamely hasúri szerv gyulladása, csavarodása, bevérzése, esetleg a hasfal sérülése folytán. Bénelást okozhat még keringési zavar és az idegrendszer (gerincvelő, környéki dúcok) sérülése.

A hasi szerveket a fedő endothel-réteg védi meg az összetapadástól, de csak ép állapotban. Gyulladást okozó ingerre, vagy a ráakadó rostonya hatására elveszti nyugalmi, védelmet nyújtó állapotát: a sejtek összefüggése meglazul, egyesek leválnak és szaporodásnak indulva a fibroblastok közé vegyülnek, hol résztvesznek a friss összetapasztó kötőszövet termelésében. *Wereschinszky* kísérleti összenövésekben a fedősejtek korai ivadékeit a fibroblastoktól nem is tudta elkülöníteni. *Lubarsch* szerint a hashárttya fedősejtjei epithelialis, *Marchand* szerint kötőszöveti eredetűek.

A hasüregi összenövések a legtöbb esetben a hashárttya rostonyás, izzadmányos gyulladásának a következménye. A rostonyás gyulladásokat pedig főképpen baktériumok és azok mérgei okozzák. Ez utóbbiak — a gyulladáson kívül — elegendő okot szolgáltatnak a bélműködés megállására és a savóshárttyát fedő réteg pusztulására, vagyis azokra az összes okokra és feltételekre, melyekből az összenövések keletkeznek.

Sérülés egymagában is hegyszövet, illetve bizonyos esetekben (egymással érintkező sérült savóshárttya mellett) összenövésekre vezethet. De ez a tényező gyakran szövődik gyulladással és vérömlennyel, úgyhogy azok egymástól el sem különíthetők. Fedett hasi sérülés esetén sérülhet a savós hárttya is, de ez rendszerint vérömlennyel jár együtt, a sérült bélrészlet működése megáll, ugyanezt eredményezheti a zúzott, bevérzett hasfal felől jövő reflexes inger is. A pangó bétartalomban a baktériumok elszaporodnak, a sérült bélfal „locus minoris resistentiae”-t képez és savóshárttyagyulladás keletkezik.

Sok vita tárgyát képezte, hogy vajjon aseptikus vérömleny okozhat-e összenövéseket. *Diebold* tagadja, *Wereschinszky* pedig állítja a lehetőséget. A gyakorlat mindenesetre azt bizonyítja, hogy előfordulnak ilyen eredetű összenövések. Ha el is fogadjuk azt, hogy ép hashárttya mellett nem származhat összenövés, még mindig fennáll az a lehetőség, hogy a vérömlényt okozó behatásra a savós hárttya is sérült és a vérömlenyből kicsepódott rostonya esetleg ingerként hatva a fedő endothel-rétegből a szervüléshez szükséges bizonyos aktivitást vált ki és azt se felejtsük el, hogy a vérömleny igen kedvező táptalajt nyújt genyedést okozó csírok letelepedésére.

Nemcsak kötőszövetes összenövések, hanem rostonyás összetapadások is okozhatnak bélmegtöretés útján bélelzáródást. Ezt észleltem közölt esetem III. műtétje alkalmával. Az ilyen esetek néha meglepetéssel szolgálnak: három nőgyógyászati (cc. miatt végzett teljes

kiírtásos) műtét után keletkezett bélelzáródás esetünkben megtörténtét okozó, laza, rostonyás összetapadásokat választottunk szét és mégis pár nap múlva exitus letalis következett be. Minhárom esetben a boncolás hashártyagyulladás állapotát állapított meg. Ez okozta tulajdonképpen a belek bénulását, a rostonyás felrakódást, az összetapadást és végeredményben a jól végzett műtét ellenére is a halálos kimenetelt.

A kötegek képződés ugyanolyan eredetű, mint a savóshártyaösszenövés. Megjelenési alakjának magyarázata az, hogy a bénult mozgású belek pontszerű, vagy kis területű összetapadása a bélműködés helyreálltakor vonaglódik, lassanként megnyúlik és idővel kötőszövetes rostokat tartalmazó, sejtzegény, többé-kevésbé erezett, zsírszövetet tartalmazó esetleg endothellel fedett köteg keletkezik. Bélelzáródásokban néha kötegekhez hasonlóan viselkedik a vastagbél appendix epiploicája. Ezt észleltem közölt esetem II. és IV. műtétje alkalmával. Egyébként még két esetben operáltunk appendix epiploica okozta bélelzáródást. Rendszerint a symga-bél appendixei szerepelnek. Érdekes, hogy eseteinkben a cseplesz csökkent fejlettségű volt. Az appendix epiploicák működése — úgy látszik — a csepleszéhez hasonló (letokolás, exsudatio).

*

Ha már most az a kérdés merül fel, hogy esetünkben mi volt a kórfolyamatot elindító ok, akkor a következő betegségeket kell említenünk: gyomor- és patkóbél-fekély, fedett fekélykilyukadás, epehólyag- és hasnyálmirigygyulladás, vagy vastagbélbetegség. Összenövéseket okozó gyomor- és patkóbél-fekély, idült, évekig tartó betegség. Esetünkben legfeljebb két hónapos kór-előzmény szerepel. Bár az lehetséges, hogy a panaszok a betegségnek már előrehaladott állapotában jelentkeznek, de ez kizárható, mert az első röntgenlelet gyomor- vagy patkóbél-fekélynek nyomát sem mutatta. A 2½ hónap múlva megejtett második röntgenvizsgálat pedig már súlyos alakváltozást és bélelzáródásos tüneteket mutatott. Nem is szólva arról, hogy a gyomor-, vagy patkóbél-fekély ilyen nagy kiterjedésű összenövéseket, különösen távolabbi vékonybélelzáródást nem okoz. Ellene szól az is, hogy a beteg anacid volt. Bár gyomorfekély esetében 4%-ban előfordul anaciditás, de esetünkben inkább parapyloricus-, vagy patkóbél-fekélyre kell gondolnunk és ilyen esetekben: hyperaciditás 75%-ban, normaciditás 25%-ban, hypaciditás ritkán, anaciditás pedig úgyszólván sohasem fordul elő. Fedett fekélykilyukadás után jelentkezhetnek ugyan hasonló elváltozások, de a kilyukadást megelőző fekélybetegség tüneteinek hiányát az előbb már említettem. A hasnyálmirigy gyulladása még a fedett fekély-kilyukadásnál is viharosabb tünetekkel jár együtt, ilyen pedig a kór-előzményben nem szerepel; ezenkívül heveny jelentkezésű. *Wustmann* a gyomorkörüli összenövések kóroktanában szerepet juttat a féregnyulványlobnak is. (A fertőző anyag állítólag a lélegzőmozgás szívó hatására kerül a jobb hypochondriumba.) Ezt a feltevést klinikai tapasztalataink nem erősítik meg. Mégsem hallgathatom el, hogy betegemen mukokele proc. vermiformist találtam vakbél-táji összenövésekkel. Szerintem ez inkább a beteg összenövéses hajlamát bizonyítja. Hangsúlyozom, hogy az eset kóroka az előzmény és a vizsgálati adatok alapján most már nehezen állapítható meg. Mégis közelebb járunk az igazsághoz, ha az epehólyag idült, lappangó és kiújuló gyulladására gondolunk. Ezt bizonyítja a többhónapos lefolyás (viharosabb tünetek nélkül), csupán „gyomorgörccs, hányinger”; az anaciditás és a röntgenlelet is, amely szerint először a

gyomorműködés megélénkülése majd a pylorus erősen jobbra-rögzítettsége, a pylorikus rész beszűkülése és elégtelenedése volt észlelhető. A beöntéses röntgen a vastagbéleredetet zárta ki. Az epehólyag gyulladásos eredetét valószínűsíti az összenövés helye és nagy kiterjedése is. Az epehólyaggyulladás összenövéses készsége: közismert. *Diebold* 700 boncolás alapján legtöbb összenövést az epehólyagtájon talált. A MÁV.-kórház II. sebészeten végzett epehólyageltávolítások közül 855 esetet tettem vizsgálat tárgyává az összenövések szempontjából és azt találtam, hogy:

női köves epehólyag esetében	60.7%-ban,
férfi „ „ „	76.7 „
női kőnélküli „ „ „	60.5 „
férfi „ „ „	65.3 „

fordult elő kifejezett összenövés. A fentiekben szembe-tűnő, hogy műtetre került epehólyagbetegségekben milyen gyakori az összenövéses szövődmény s hogy férfiakban még gyakoribb, mint nőkben. Megemlítem azt is, hogy a kőnélküli epehólyageltávolítások alkalmával a férfiak 11.5%-ában találtunk összenövéseket a gyomorral és a patkóbéllel, ez utóbbinak megtörtetését is okozván.

*

Közölt bélelzáródásos esetem kóroktanában a szervi gyulladáson kívül a továbbiakban fontos szerepet kell tulajdonítanom a műtéli beavatkozásoknak is. Műtétek után általában összenövések keletkeznek. Relaparotomiában *Mayer* 87%-ban, *Naegeli* 92%-ban, *Ladwig* 60%-ban, *Heudörfer* 84%-ban; *Bretschger* 100 régen operált beteg boncolásakor 58%-ban talált összenövéseket. A műtéli beavatkozás valójában egyesíti mind az összenövéseket létrehozó okok (gyulladás, sérülés, vérömleny) és feltételek (bélműködés megállása, savóshártya endothel-sérülés) előfordulásának lehetőségét. A műtét utáni összenövés bizonyos mértékben fiziologiásnak tekintendő, mert hiszen enélkül gyógyulás nem is lehetséges. Kórosnak akkor nevezünk, ha panaszokat okoz. Ez még nem egyértelmű azzal, hogy operáljunk. Mi csak akkor operálunk, ha az összenövés passagezavart (bél- és gyomorürülési zavar, choledochus összenyomás) okoz és így tárgyilagosan is megállapítható. Subjectív panaszok alapján nem operálunk. Ennek a következménye az, hogy műtét utáni összenövés miatt aránylag ritkán végeztünk műtétet; összesen 15 esetben:

	♂	♀
epehólyageltávolítás után	3	6
féregnyulvány „ „	1	1
nőgyógyászati műtét „ „	—	2
egyéb „ „	1	1
Összesen :	5	10

Szembe-tűnő a nők nagyobb száma: 66.6%, míg a férfiak 33.3%. Ez nagyjában megegyezik az I. sebészeti kli-nika adataival (♀: 70.7%, ♂: 29.3%). De lényegesen eltér *Clairmont* adataitól: (♀: 56.5%, ♂: 43.5%). A nők számának eme túlsúlya bizonyos tekintetben ellentétben van azzal a megállapítással, hogy epehólyagműtétek alkalmával férfiakban viszonylagosan többször találunk összenövéseket, de ez csak látszólagos. A MÁV.-kórház beteganyaga alapján megkísérelt következtetések alkalmával kivételes helyzetben vagyunk. T. i.: a vasutas-társadalomban szükségessé vált műtétek úgyszólván összes eseteit — kevés kivétellel — e kórház bonyolítja le. Ezt vonatkozó természetesen a relaparotomiákra is. Feltételezhető, hogy a kivételek mind a két tételt egyformán befolyásolják. Ennek következtében, ha a műtét utáni összenövés miatt férfiakon és nőknél végzett relaparotomiák számát összefüggésbe hozzuk az

elsőleges műtétek megfelelő számával, akkor a következő érdekes megállapításokhoz jutunk:

	Esetek száma		Műtétek száma		%	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Epehólyageltávolítás	3	6	138	717	2.17	0.83
Féregnyulvány „	1	1	691	884	0.14	0.11

Tehát féregnyulványeltávolítás után a férfiak valamivel, epehólyageltávolítás után pedig lényegesen nagyobb viszonylagos számmal szerepelnek az összenövés miatt végzett relaparotomiákban. És ez egész más világitásba helyezi az abszolút számok alapján nyert eredményeket.

A műtét utáni összenövés okozta elváltozások leg súlyosabbika a bélelzáródás. Emiatt 14 esetet operáltunk:

1. Nőgyógyászati műtét után 5 eset,
2. Féregnyulványkiirtás „ 3 „
3. Gyomor-, és bélelzáródásos műtét után 2—2 „
4. Epehólyagkiirtás és ismeretlen műtét után 1—1 „

Csekélyszámú kimutatásunk annyiban megegyezik a rendelkezésünkre álló hazai és külföldi statistikákkal, hogy az első két helyet a féregnyulványkiirtás és a nőgyógyászati műtét után keletkezett bélelzáródások foglalják el. De ha az összenövés miatt végzett műtétek tárgyalásakor kifejtettek alapján az esetek számát a megelőző műtétek számával hozzuk kapcsolatba, akkor azt találjuk, hogy:

bélelzáródás miatt végzett műtét után	4.44%
gyomorműtét után	1.50 „
nőgyógyászati műtét után	0.33 „
ismeretlen „	0.25 „
féregnyulványkiirtás „	0.19 „
epehólyagkiirtás „	0.11 „

fordult elő összenövéses bélelzáródás. Ezek alapján tehát a „postoperatív ileus”-t nem tekinthetjük a féregnyulványkiirtás és a nőgyógyászati műtét leggyakoribb következményének, mert hiszen bélelzáródás és gyomorműtét után viszonylagosan sokkal gyarabban fordul elő.

Nemek szerint nálunk az arány egyforma ♂: 50%, ♀: 50%, (I. sebészeti klinika: ♂: 53.5%, ♀: 46.5%; Clairmont: ♂: 50.5%, ♀: 49.5%).

A férfiak nagyobb összenövéses hajlamosságát óhajtom bizonyítani az alábbiakkal is. Bélelzáródásos eseteket nemenként megosztva ugyancsak kapcsolatba hoztam a megelőző műtétek számával és a következő eredményeket kaptam:

	Esetek száma		Műtétek száma		%	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Bélelzáródásos műtét	1	1	21	32	4.76	3.12
Gyomorműtét	2	—	110	24	1.81	—
Epehólyagkiirtás	1	—	138	717	0.72	—
Féregnyulványkiirtás	3	—	691	884	0.43	—
Nőgyógyászati műtét	—	5	—	1500	—	0.33*
Ismeretlen műtét	—	1	?	?	—	?

*) jelzettek hozzávetőleges értékek.

Amint látható a műtét utáni összenövés okozta bélelzáródásokban a férfiak viszonylagosan nagyobb számmal szerepelnek, mint a nők.

*

Az összenövés, vagy összenövéses bélelzáródás következtében operált betegek jellemző sajátossága a visszaesési hajlamosság. Clairmont kimutatása szerint a bélelzáródás miatt operált betegeket 10%-ban, az összenövéses következtében operáltakat pedig 15%-ban

kellett újból operálni. Összenövés miatt ismételt relaparotomiát mi nem végeztünk; ellenben bélelzáródás miatt operált betegeink közül kettőt ismételten meg kellett operálnunk: az egyiket 2, a másikat 3 ízben. A debreceni sebészeti klinika 56 gyulladáshoz vezető okozta lezorításos bélelzáródás esetében 3 beteget ismételten kellett operálni. Ugyanilyen adat vonatkozik a III. sebészeti klinika 29 műtét utáni összenövéses bélelzáródására. Az I. sebészeti klinika 43 bélelzáródásos esetére 2 visszaesés miatt végzett relaparotomia jut. Megemlítem Weltner 1933-ban ismertetett közleményét, amely szerint egy nőbeteg lépkiirtás után kétszer állott ki összenövéses bélelzáródás miatt műtétet és végül is, harmadszori elzáródás következtében halt meg. Azonban között esetemnél gyakrabban ismétlődő bélelzáródást a magyar sebészeti irodalomban nem találtam.

A Tisza István Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Kettesy Aladar ny. r. tanár.)

Befelé kancsalítás myopia esetén.

Irta: Szinegh Béla dr., klinikai tanársegéd.

A kancsalítás keletkezésének kérdése a legújabb időkig a kutatók igen nagy szamat foglalkoztatta. A nehezen áttekinthető, hatalmas irodalom és a legkülönbözőbb magyarázatok amellel bizonyítanak, hogy e kérdés korántsem megoldott. Ha mégis valami rendszert akarunk követni, amely alkalmas arra, hogy a kérdés mai állását összefoglalja, akkor erre talán Cords beosztása a legkedvezőbb. Cords szerint a kancsalítás létrejöttében három tényezőnek van fontos szerepe. Ezek a szemek rendellenes nyugalmi helyzete, mindkét szem hasonló munkájú izmának abnormalis beidegzettsége és a megkisebbedett fusios törekvés. Valóban e három tényező valamelyikét minden kancsalon fellelhetjük, de ezek csak állapotok, amelyeknek jelenléte további tényezőtől függ. Ennek a további odnak megjelölésekor az egyes szerzőket közös nevezőre hozni teljesen lehetetlen. Csak azokkal az elméletekkel foglalkozom, amelyek a közellátók befelé kancsalításának megvilágításában ismerni kell.

Donders mutatott rá először a refraxiónak, illetőleg az alkalmazkodásnak jelentőségére a kancsalítás keletkezésében. Szerinte a befelé kancsalítók $\frac{1}{4}$ része hypermetropiás, a kifelé kancsalítóknak pedig $\frac{2}{3}$ része myopiás. A fénytörési állapot szerepe a kancsalításban kellő megvilágításba kerül azzal a magyarázattal, hogy hypermetropiában a belső egyenes szemizmok az alkalmazkodás túlságos megfeszítésével a kelleténél erősebben innerváltak, tehát a külső egyenes izmokkal szemben túlsúlyra tesznek szert és a szemeket erősebben összetérő állásba hozni hajlamosak, míg az alkalmazkodásra nem szoruló myopiás szemek belső egyenes izmai nem részesülnek elegendő innervációban, tehát a belső egyenesek hypofunkciója a külső egyenes izmokat juttatja túlsúlyra, ezért a myopiás szemek kifelé kancsalításra hajlamosak.

Hogy ez az érthető izomtúlsúly önmagában nem magyarázza meg a kancsalítás létrejöttét, mi sem bizonyítja jobban, mintha a hypermetropiások és myopiások legnagyobb része nem kancsalít, viszont emmetropiában is előfordulhat mind be-, mind kifelé kancsalítás, sőt kivételesen hypermetropiások kifelé és myopiások befelé kancsalíthatnak.

Worth a kancsalítás okát a hiányos fusióban jelöli meg. Szerinte jól fejlett fusiós tehetség mellett sem a hypermetropia, sem az anisometropia nem hoz

létre kancsalságot. A hiányos fusiós tehetség jelentősége nem tagadható a kancsalság megjelenésében, de éppen úgy nem tekinthető egyetlen oknak, mint a refractiós anomalia. *Caesar* a befelé kancsalítók 68%-ában hiányos fusiót talált, azonban fellelhető ez heterophoriában, sőt orthophoriában is (*Bielschowsky*).

A binocularis látás jelentőségére az a klinikai tapasztalat hívta fel a figyelmet, hogy megvakult szemek kancsalállásba térhetnek. *Stilling* és *Landolt* szerint a kancsalállás nem más, mint a binocularis látás feladása. A meglévő izomtúlsúlyt a megcsökkent vagy kikapcsolódott fusio-erő nem képes kiegyenlíteni.

Van der Hoeve bevezeti a diplopiaphobia fogalmát és ennek következményét a menekülő kancsalságot. Szerinte a kettősképektől való menekülés miatt az egyik szem kancsalállásba kerül. Ezt az elméletet esetekkel nem sikerült igazolni. A klinikánkról megjelent közlés szerint nagy számú kancsalesetünk között menekülő kancsalság egyszer sem volt észlelhető (*Miklós*).

A kancsalságot *Schweigger* az illető izom világra hozott túlsúlyával magyarázza. Ezt a nézetet sokan visszautasítják, bár a stitikus kancsalság legegyszerűbb magyarázata volna. Mások beidegzési zavarra vezetnek vissza a kancsalságot (*Hansen—Grut, Parinaud*), ismét mások már eleve fennálló izomanomaliára (*Wahlfors*), mások viszont az alkalmazkodás gyengülésére, illetőleg bénulására (*Javal*).

A kancsalság keletkezését nem lehet egységesen magyarázni. Amennyire kétségtelennek látszik a hypermetropia, különösen a facultativ hypertropia jelentősége a befelé kancsalításban, hiszen a hypermetropiát corrigáló szemüveggel a kancsalállás az esetek egy részében megszüntethető, éppen úgy figyelemre méltó a hiányos fusio-erő szerepe, hiszen a fusio-erőt fokozó stereoskopos gyakorlatokkal is eredmény érhető el olykor.

A kancsalság nagy részében az oki tényező kétségtelenül a megfelelő szemizmok beidegzési zavara. Különösen áll ez a dinamikus kancsalságra. Ez a beidegzési zavar véleményünk szerint központi eredetű és a negyedik agykamra alatt helyet foglaló idegmagvak mikroszkopikus finomságú fejlődési vagy egyéb anatómiai elváltozásaira vezethető vissza. Emellett szólnak azok a klinikai megfigyelések, hogy a negyedik agykamrára localizálódó idegbetegségek eseteiben a kamra alatt helyet foglaló idegmagvakra áttevődő izgalom következtében nem bénulásos jellegű kancsalság jöhet létre (*Rozner, Debré*). Ha ez a beidegzési zavar kis fokú, a fusio-erő legyőzhető és a kancsalság rejtve maradhat; nagyobb fokú izomtúlsúlyt azonban a fusio-erő legfeljebb csökkenteni képes. Mivel a fusio-erő, különösen neuropathiás egyéneken, amint arra *Bielschowsky* ismételtén rámutatott, a legkülönbözőbb physikai és psychikai tényezők következtében megváltozhatnak, illetőleg ingadozásoknak van alávetve, ennek következtében kivételes esetekben a változatlan izomtúlsúly és az ingadozó fusiós erő játéka miatt a kancsalsági szög is változik. Így érthetővé válnak azok az ismételtén észlelésünkre került esetek, ahol a kancsalsági szög szemünk előtt váltakozott. Ezeknek a variáló kancsaloknak egyike, egy 26 éves befelé kancsalító asszony, a műtét utáni napokban, szinte percről-percre változtatta kancsalsági szögét, hol kis fokban convergált, vagy divergált, avagy parallel volt. (A végzett műtét: elongatio musculi recti int. l. s. sec. *Blaskovics* volt.)

A rendellenes beidegzés öröklődik és véleményünk szerint független a refractiótól. Az öröklődésnek a kancsalság aetiologiájában mind a tankönyvekben, mind az irodalomban alárendelt jelentőséget tulajdonítanak, bár már 1845-ben *Boehm* hangsúlyozta, hogy a strabismus

convergens aetiologiájában öröklődő befolyások lényeges szerepet játszanak. Sajnos hiányoznak az ide vonatkozó vizsgálatok és az öröklődési menet sem tisztázott, bár ezeknek ismerete okvetlenül szükséges volna. *Clausen* és *Bauer* is hangsúlyozták az ide vonatkozó pontos kutatások szükségességét. *Worth* 1373 esetben találta a szülők és 711 esetben a nagyszülők és testvérek kancsalságát. *Caesar* az öröklődést 35%-ra teszi. *Czellitzer* 40%-ban találta az egyik szülő kancsalságát és 15.1%-ban találta nem kancsalító szülőket. Ő recessiv öröklődési menetre gondol. Gyakori a collateralis öröklődés is. *Clausen* és *Bauer* polygen recessiv öröklődési menetre gondolnak, máshol ők, továbbá *Landon*, majd *Sicherer* több nemzedéken át közvetlen öröklődést is megfigyeltek, ami dominans öröklődés mellett szól. Gyakori a nemzedékek átugrása (*Vogt, Clausen*), Valószínűleg a látszólagos egészséges átvivőknek van itt szerepiük. Minthogy a nyilvánvaló kancsalság megjelenését több körülmény befolyásolja, érthető, hogy nem minden genotypuson jelentkezik. Az öröklődési menet tisztázása azért nehéz mert a kancsalság megjelenésében szereplő tényezők, mint a refractiós rendellenesség, a fusiós erő hiányossága, az egy oldali ambyopia szintén öröklődnek, tehát ezek öröklődési menetének izolálása az izamkancsalság öröklődési menetének tisztázásához szükséges volna.

Ha az öröklődést nem tekintjük alárendelt jelentőségűnek a kancsalság oktanában, akkor kellőleg megvilágíthatjuk a közellátók befelé kancsalításának bonyolultnak látszó problémáját és hasonlóképpen fényt deríthetünk ennek tükörképére, a hypermetropiások kifelé kancsalításának rejtélyére. Ezzel a kérdéssel alig foglalkoztak. Nehézséget okoz a kérdés tisztázásában az az ellenmondás, amelyet ezek az esetek képviselnek azokkal a fogalmakkal szemben, amelyeket *Donders* a fénytörési állapotról, illetőleg az alkalmazkodás jelentőségéről a kancsalság aetiologiájában a köztudatba bevitt.

Rövidlátó szemek, mint ismeretes, általában szétterő kancsalságra hajlamosak, mert a közeli tárgyak megnézésekor keveset, vagy semmit sem alkalmazkodnak, tehát a belső egyenes izmok kevés beidegzést nyernek, ezért az ellentétes hatású külső egyenes izmok túlsúlya jutnak.

E szabály alól kivételt tevő esetek rejtélyét először *Graefe* igyekezett megmagyarázni. Véleménye szerint a rectus medialisok dinamikus túlsúlya, azoknak a közeli munka okozta tartós megfeszítése következtében jön létre. Ez a magyarázat teljesen ellenkezik *Donders* helyes nézetével. A közellátók bár foglalkozásukat és érdeklődési körüket fénytörési állapotunknak megfelelőleg választják meg és aránylag tartósan végeznek közeli munkát, de ezt már 3—4 dioptria myopianál alkalmazkodásuk igénybe vétele nélkül tehetik, hiszen a közeli munka távolsága távolpontjukkal egybe esik. Arra a kérdésre sem ad választ *Graefe*, hogy miért csak az esetek egy kis részében található a befelé kancsalítókon myopia. *Onfray* szerint a befelé kancsalítók 5%-a, *Graefe* szerint 2%-a közellátó. Valószínűleg még ez az utóbbi szám is nagy, mert mi ritkábban tapasztaljuk.

Graefe magyarázatát *Bielschowsky* kiegészíti azzal, hogy a kórkép létrejöttében veleszületett és szerzett tényezők közreműködését teszi fel. Veleszületett tényezők az öröklött esophoria, illetőleg izomegyensúlyzavar, a fusiós mechanizmus hiánya, és neuropathiás terheltség. Ez utóbbi *Bielschowsky* szerint egy esetben sem hiányozhatik. Szerzett tényező a rectus medialis fokozott feszülése, melynek oka a közeli munka, illetőleg a tartós convergentia következtében előálló functionális neurosis. A befelé kancsalítás myopiás fénytörés követ-

remegés. Ám az előrehaladott, demens betegek is súlyukban jelentékenyen gyarapodnak és életük meghosszabbodik. A malaria és typarsamid kezelés kombinációját ajánlja *Solomon* és *Epstein*, *Tennent* és más szerzők is, sőt előbbiek szerint egyidőben adható a maláriával, mert nem öli el a plasmodiumokat. *Sézary* kiemeli a liquor assanatio gyakoriságát, más szerzők viszont épen ezt hiányolják.

Az ötvegyértékű arzénkészítmények leggyakrabban hangoztatott tilalma a szemidegsorvadás veszélye. Ilyen eseteket számos külföldi szerző leírt, nálunk *Osgyáni* 2 esetbeli látásromlásról számol be. Ezekkel szemben *Tennent* és *Marchand* a látási zavarokat muló természetűnek tartja, amelyek a szer elhagyására megszűnnek. *Laes* arra a vakmerő feladatra vállalkozott, hogy lueses látóidegsorvadásokat kezelt tryparsamiddal és 21 esete közül 12-ben a folyamat megállt és csak 2-ben tapasztalt romlást. *Oláhné* egyenesen szembe feckendezte a magyar dynarsan készítményt és azt a lueses szemelváltozások kezelésében igen hatásosnak és ártalmatlannak találta.

Osztályunkon *Kluge* ajánlatára 1938 óta használunk 5 vegyértékű arzent, még pedig a magyar dynarsan készítményt, ami vegyileg paraoxymeta-acetylaminophenyl-arsin-sav. Kezelési elvünknek megfelelőleg egy esetben sem alkalmaztuk önmagában, hanem az általános kezelés keretébe illesztve, mint a kombinált malária, arzén, bismut-jód-kezelés egyik összetevőjét. Különösen azokban az esetekben alkalmaztuk, amelyek a neosalvarsant nem tűrték, vagy amelyek klinikailag, illetve serológailag arra nem javultak. Emiatt eredményeink nem hasonlíthatók össze százalékos javulás szempontjából a külföldi statisztikákkal, amelyek csakis 5 vegyértékű arzénkészítményekkel orvosolt esetekről számolnak be, viszont annál inkább szembeállíthatók a 3 vegyértékű arzénkészítmények eredményeivel a kórfolyamat és a kezelés egyes szakáiban.

A dynarsant a fentemlített indiciók alapján összesen 51 esetben alkalmaztuk. 13 esetben a salvarsan-intolerantia képezte a javallatot, még pedig a salvarsanra következő bőrgyulladás, láz, hidegrázás, sárgaság, májbántalom. A salvarsan-nemtűrő betegek mindegyikével megkíséreltük előzőleg szokásos eljárásunk szerint a salvarsant dextrosával, calciummal, ascorbinsavval, tört adagokban és lassan adni. A salvarsannal szemben még az ilyen kezelés ellenére is érzékeny betegek a dynarsant, amelyből egyszerre 3 ccm-et és egy kúrára 30 ccm-et szoktunk adni, csaknem kivétel nélkül jól tűrték. Csak 1 olyan betegünkön észleltünk tőle enyhe bőrgyuladást, akinek azt megelőzőleg salvarsant semmiféle formában, vagy mennyiségben sem sikerült adagolnunk. Egy másik betegünk, M. I., akinek a salvarsan 0.075-ös adagban ascorbinsavval dextrosával, majd Ca-mal együtt adva is nagy lázat és hidegrázást szokott okozni, a dynarsanra is hőemelkedéssel reagált, ami azonban elmaradt, ha egyidejűleg ascorbinsavat is adtunk.

A dynarsanra következő humorális javulás nem mindig ítéhető meg tisztán, mert — mint említettük. — eszerint a többi specifikus kúrában beiktatva adtuk. 51 esetünk közül 18 volt olyan, amelyről határozottan állíthatjuk, hogy az egyéb kezelése folyamán semmit, vagy csak keveset változó humorális lelete a közbeiktatott dynarsanra megjavult. Különösen jellemző a liquor-colloid görbék feltűnő javulása.

Eredményeinkben legkevésbé ítéhető meg a psychés javulás, mert az annyira elhuzódó szokott lenni, hogy nem mérhető egy közbeiktatott kezelési szak idejével. Ezt nem is tüntetjük fel számokban és csak benyomásun-

kat közölhetjük, amelyek alapján a dynarsan kezelési szakokat követően psychés javulást is tapasztaltunk, ami főleg a hallucinációk és az izgalmi állapotok csökkenésében szokott megnyilatkozni. Somatikus téren a súlygyarapodás a legfeltűnőbb. Szemideg-sorvadást, látási zavarokat, dynarsan kezelésünk során egyszer sem észleltünk.

Közöljük 4 betegünk kórrajzkivonatát:

1. J. Gy. 51 é. nő, utolsó felv. 1933. X. 27. Első felv.: 1931. második: 1932. Mindkét esetben annyira javult, hogy elbocsátható volt. Pupillái szűkek, alik reagálnak, anisocoria, j. o. fac. paresis, fokozott térdreflexek, patella-speudoclonus, dysarthria. Felfogása nehézkes, ügyetlenül engedelmeskedik, részleges tájékozatlanság, elbutult. Élénk érzéksalódásai és téveseszméi vannak, psychomotoros nyugtalanság, hangos, nem foglalkoztatható. Psychésen alig lehet közel férni hozzá. Majdnem minden közeledést durván, hangosan, felelet nélkül vissza utasít. Az 1931-ben adott maláriát nem látszott célszerűnek megismételni.

Az arsenobensol-kezelésre fac. paresise hamarosan megjavult, különben azonban változatlan maradt a beteg állapota. 1939. VI. 9. VII. 4-ig 30 ccm. dynarsánt, előtte összesen 59.65 g neosalvarsant, 31.95 g revivált, 85x2 ccm bismosalvánt, utána 7.20 g neosalvarsant, és 20x2 Bi-ot, ezután 1940. V. 10-től újra 30 ccm dynarsánt kapott a beteg. Kiegészítő kezeléseket, i. v. és kanalasjódot, valamint arzénés Deér-pilulát kapott. 1931. X. 30. vér War: +++ pos, liquorban, feh.: 1.05 p. m. A War.: a Pándy a Nonne—Appelt, a haemolysin r.-ók +++ positivek, a kolloid görbe: 25554000000. 1939. III. 14. vér War: ++ pos, a liquor War: +++ pos. A Pándy és Nonne—Appelt r: ++ pos. a sejtszám \emptyset , a feh.: 0.23 p. m. a kolloid görbe: 00155100000, a liquorhígítások erősen positivek. A dynarsan kezeléseket után 1940. V. 15. a vér War: önkötő, a liquorban: a War: + pos. A P. N. A. r.: + pos, sejtszám \emptyset feh.: 0.21 p. m. a kolloid görbe: 014542000000, a liquorhígítások negativok. 1940. V. 1. lelkileg, testileg változatlan, bár súlya valamit gyarapodott. 1940. VII. 1. Hangulata szintelen. Kevesebbet hallucinál, téveseszméi explorálhatók, de nem hangoztatja azokat. A kérdésekre egy-két szóval válaszol; foglalkoztatható; altató nélkül alszik. Dementiája fokozott, de nagyfokú nyugtalansága és ingerültsége megszűntnek mondható. A beteg dynarsan kezeléseket alatt 1—1, 1/2 kgr-ot hizott.

2. P. J. 50 é. nő. Felv. 1933. VII. 13. Elfajulási jelek, tompa szívhangok, nem egyenlő, igen renyhén reagáló pupillák, a j. szemén ptosis, a i. orr-ajki redő elsimult, nyelve jobbra deviál, járása imbolygó, hangulata esékény, részlegesen tájékozott, képzettársítása meglassubodott, megjegyző-és emlékezőképessége és intelligenciája csökkent, nagysági téveseszméi vannak, hallucinál. 1933-ban és 1937-ben 10, illetve 7 maláriás láz. Az első maláriás lázak után igen élénk érzéksalódások, nagyfokú nyugtalanság, ingerültség, összeférhetetlenség, hangoskodások, impulsív cselekedetek. Lázkezelés céljából tejinjectiókat is kapott, amikor a későbbi ismételt maláriás oltás nem eredt meg. Testileg néhány hónap alatt igen sokat javult, psychésen azonban csak 1940. júliusában változott jobban: sokkal nyugodtabb lett, érzéksalódásai valamennyit csökkentek, szűkszavú, nem ingerült, nem támad, csendes, iniciatívák nélkül vegetál, különben a többi szellemi elváltozás fennáll. Felvételtkor a vérben és liquorban a legsúlyosabb pp-s elváltozások voltak. 1939. elején 30 ccm dynarsán, 1930. VII. VIII. hónapokban és 1940. V. VI. hónapban újból dynarsán-kezelés. Megelőzően 12 pentabit, 37.40 g neosalvarsant, 40x2 ccm neo-bismosalvánt kiegészítésben jódot kapott. Megjegyezzük, hogy az ismétlődő angioneurotikus tünetek és dermatitis ex arsenobensol-miatt a salvarzánt kénytelenek voltunk invertoseben, calciumban, majd C-vitaminnal együtt adni megfelelő adagolásban. A dynarsan nem okozott hasonlókat.

1939. III. 14. vér War: ++ pos. a liquorban a sejtszám \emptyset a feh.: 0.37. p. mill. a War: +++ pos. N—A. r. + pos, a kolloid görbe: 000152100000. 1940. V. 15. a vérben a War.: neg. liquorban a sejtszám 5, feh.: 0.35. mp. a War. neg. P., N—A. r. pos., a kolloid görbe: 000151000000. A beteg a két első dynarsán kezelést alatt 1-illetve 2.80 kg-ot hizott, a harmadik alatt súlya változatlan volt.

3. H. I. 49 é. fi. Felv. 1933. VI. 27. Tüdőtágulat idült hörgőhurút, nagy vérnyomás, aorta II. ékelt. Egyenlőtlen, szabálytalan pupillák, Argyll—Robertson-tünet, nagyothallás, nyelvi- és kézremegés, szótagbotlás, lassú felfogás, csökkent éberségű és tartósságú figyelem, igen szűk érdeklődés, erősen csökkent értelmesség és ítélőképesség. Maláriakezelés, majd 19.30 neosalvarsán, 20x2 ccm neobismosalvan. 1939. VII.

11.—VIII. 15-ig dynarsán, utána 5.5 g neosalv. és 40x2 ccm Bi. 1940. II. 26. III. 26. újból dynarsán, majd 3.15 g neosalvarsán. Közbeeső kezelésként jódot és arzenes Deér-pilulát kapott. 1938. VI. 28. vér War: +++ pos, a liquorban: a P., N—A. és War-rok +++ pozitívak, a sejt szám 55 m/m³-ként a feh.: 1.62 p. m. a liquorhígítások is pozitív eredményűek voltak. A kolloid görbe: 123551000000. 1939. IV. 27. a vér változatlan, a liquorban a reakciók ++ pos-ok a sejt szám 11, a feh.: 0.42 p. m. a kolloid görbe: 000152100000. 1940. VII. 2. a vér változatlan, a liquorban feh.: 0.31 p. m., az összes reakciók negatívok, a hígítások is, a kolloid görbe: 000152111111. Az első dynarsán kezelés alatt 0.5 kg-ot hizott, a második dynarsán kezés alatt egy súlyban maradt. Testileg és pszichésen is annyira javult, hogy 1940. jul-ban hazabocsátjuk. Javulása folyamatosan haladt, úgy hogy a dynarsán hatást nem lehetett az előbbi kezeléseik eredményeiből pontosan elhatárolni.

4. K. Gy. 43 é. fi. Felv. 1936. V. 4. Renyhe fényreactio pupillák, szótágbotlás, fokozott térdreflexek. Tájékozódása hiányos, hangulata közönyös, figyelme csökkent, gondolkodása lassú, laza összefüggésű. Látási és hallási érzékesalódások által fenntartott rendszertelen, badar téveszmék, félelemérzések, melyek nagyfokú psychomotoros nyugtalanságra, hirtelen támadó jellegű cselekedetekre vezettek, a közelmultra való emlékezőcsökkenés. A maláriát a májzavarok miatt korán kellett megszüntetni. 1939. VII. 18.—VIII. 27-ig és 1940. V. 20-tól VI. hó végéig részesült dynarsán kezelésben, előtte és közben kapott 43.15 g neosalvarsant, 100x2 ccm bism.-ot és jódot. 1936. V. 6. a vérben a War: +++ pos, a liquorban a sejt szám 17 egy m/m³-ben, a feh.: 0.56 p. m. War: és praecip. +++ a P. és N—A. r.: ++, a haemalysin +++ a kolloidgörbe: 135550000000. 1936. IX. 12. változatlan a humorális eredmény. 1938-ban a vér változatlan. 1939. I. 14. a vér változatlan, de a liquor mindkét esetben negatív eredményt adott. A második dynarsán kezelés után a +++-s vér War. még a dynarsán befejezése előtt negatív lett, a liquor neg. maradt. A kezelés folyamán nyugtalansága, félelemérzései megszűntek, hallucinációi csökkentek, téveszmei töredékeit nehéz kikémleni, indulati cselekedetei elmaradtak, de meglehetősen nagymértékben nagyozott, ezenkívül összeférhetlenkedett s állandóan, belátástalanul hangoztatta egészségességét és követelte hazaeresztését. A második dynarsán-kúra óta az utóbbiak annyira elhalványodtak, hogy expiorálásra is csak ritkán említi őket és egész nap foglalkozik, szórakozik, mindenkivel barátságos és rendezetten viselkedik. Az első dynarsán kezeléskor fél kg-ot hizott, másodizben a dyn. kezelés közepéig egy kg-a fogyott, a kezelés végre visszazserezte eredeti súlyát.

Összefoglalás: A paralysis vegyes fajlagos orvoslásában az általunk használt dynarsán meglepő jó hatásának bizonyult. A humoralis reakciók jelentősen javultak, a dynarsán arzéntartalma egyes esetekben súlygyarapodást idézett elő, psychés javulásokat is észleltünk és az állapot állandósult. Különleges előnye a dynarsánnak, hogy izomba fájdalom nélkül adható, oly betegek is jól tűrik, akiknek arsenobensol iránti érzékenységük miatt salvarsán nem adható. Mellékhatásokat még a látóideg részéről sem tapasztaltunk.

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

A sulfapyridin-kezelés hepaticus szövődményéről.

Irta: Greiner Károly dr.

A sulfanilamid-származékok klinikai hatásossága már minden kétségen felül áll. A klinikai megfigyelések folyamán azonban, szinte a gyogyeredményekkel egyszerre mind sűrűbben jelentek meg olyan közlemények, amelyek toxikus mellékhatásokról számolnak be.

Az irodalmi adatok alapján a mellékhatásokat könnyű, középsúlyos és súlyos csoportba oszthatjuk. Enyhék és kisjelentőségűek a gyomortünetek (hányinger és hányás), melyek átlag az esetek felében jelentkeznek (Löffler, Hegglin és Maier). Withby szerint nem toxikus, hanem a gyomor nyálkahártyájára gyakorolt

közvetlen hatás folytán jönnek létre, aminek megfelelő Vondra és Varsányi megfigyelése, hogy sósav-pepsin ill. magnesia usta a gyomortüneteket enyhíti. Szerintük e tünetek normo-, vagy hypaciditis esetében kifejezettebbek.

Az enyhébb melléktünetek közé kell sorolnunk a bőrjelenségeket, amelyek az esetek többségében morbilliform kiütés formájában jelentkeztek. Az exanthema sokszor valódi gyógyszerallergiás jelenség következménye, máskor allergiás jelenség, mert a tünetek nem az első, hanem a második kezelés alkalmával jelentkeznek. Ily esetet magunk is észleltünk. A bőrtünetek átlag a kezelés 7.—9. napján jelennek meg.

A sulfapyridin kezelés folyamán jelentkező szederjességet a középsúlyos tünetek közé soroljuk. Oka még vitás. Perley, Hartmann és Ruhoff methaemoglobin képződésre gondol, Löffler, Hegglin és Maier viszont szederjességgel járó eseteikben egyszer sem tudtak a vérben methaemoglobint kimutatni. Ottenberg, a sulfanilamid-testekből fény hatására keletkező festékanyagokra vezeti vissza a cyanosist.

A csontvelő ártalmára utaló tünetek lehetnek enyhék, de lehetnek súlyosak is. A kezelés folyamán mind kifejezettebbé váló leukopenia, a toxikus granulatio megjelenése a leukocytákban óvatosságra intenek. A csontvelő súlyosabb bántalmazottságára mutat a kezelés folyamán jelentkező anaemia és symptomás thrombopenia. Halálos lefolyású agranulocytosis esetek is ismeretesek.

Neuritiszes tünetek a sulfapyridin kezelés mellett más sulfamid vegyületekhez, pl. az ulironhoz viszonyítva ritkábbaknak látszanak s többnyire csak intramuscularis alkalmazás esetén in loco kell tőlük tartanunk. Többen oldható sulfapyridin (soludagenan) i. m. adagolása mellett már néhány nap mulva középsúlyos ischiast észleltek.

A sulfapyridin kezelés vese szövődményeiről számos közlemény ismeretes az irodalomban. Antopol és Robinson sulfapyridinnel kezelt majmokon húgykőképződést észleltek. Ezt a megfigyelést patkány- és nyulaképződésben is meg lehetett erősíteni, bár e két állatfajban az urolithiasis kiváltására nagyobb mennyiségű sulfapyridinre volt szükség. Gross, Cooper és Lewis patkányon végzett megfigyeléseik alapján azt találták, hogy a kő 6—64%-ban acetylsulfapyridinből állott s nagyobb adagok mellett kb. 2 heti kezelés után jelentkezett. E kísérleti észleléseket megerősíteni látszanak a klinikai megfigyelések. Buser 2 betegén kistokú haematuriát észlelt. Southworth és Cooke, 3 haematuriával járó esetről számol be: egy esetben makroszkopos, 2 esetben mikroszkopos volt a vérzés s heves vese-, illetve ureterfájdalom kísérte azt. 2 esetben a heveny veseelégtelenség jeleként a maradék N-t is emelkedettnek találták. MacLeod 2 haematuriával járó esetet észlelt; az egyikben a sulfapyridin kezelés hatására heveny vesenyuladás fejlődött ki, másikban tipusos vesekőlika, melyet csakhamar vérvizelés követett. Ugyanő 2 esetben a veseműködés azotaemiával járó, de haematuria nélküli időleges csökkenését is megfigyelhette, mely a gyógyszer elhagyására teljesen visszafejlődött. Tsao, Chen, Kuo, Dale 5 gyermekben láttak haematuriát, közülük az egyik kétoldali teljes köelzáródás miatti uraemiában halt meg. A haematuria egy esetben 20 órával, 3 esetben 28 órával egy esetben 6 nap mulva az adagolás megkezdése után lépett fel. Véleményünk szerint a vérvizelés a kőképződéssel van összefüggésben s keletkezésében az adag nagysága nem szerepel. Graham 50 pneumonia betegek közül három enyhébb, négyen súlyosabb

haematuriat észlelt, melyet minden esetben heves hasi ill. ureteralis fájdalom kísért.

Bár a sulfapyridin toxikus tünetei már az első klinikai sikerekről beszámoló sikkokban is sűrűn szerepelnek, a máj sérülésére vonatkozó észlelést nem találunk. Hogy maga az alapvegyület, a sulfanilamid májbántalmat okozhat, amellett több megfigyelés tanuskozik. *Hageman* és *Blake* valószínűleg sulfanilamid hatására létrejött hepatitist írtak le. A beteg a gyógyszer elhagyására rövid idő alatt meggyógyult. *Saphirstein* egy súlyos, de nem halálos hepatitist észlelt. *Bannick*, *Brown* és *Foster* két halálos lefolyású esetről számolnak be. *Long* kísérleteiben találkozott sárgasággal és a máj csökkent működésével. *Garvin* 5 esetben észlelt toxikus májlobot. Ezek közül egy akkor mutatkozott, amikor a gyógyszert már megvonta. Egyik esete halálos volt, egyben a hepatitis mellett hasvíz is fejlődött. *Cline* sulfanilamid therapia folyamán kifejlődött halálos lefolyású atrophia flava acuta hepatis esetet írt le.

Ismertetendő két megfigyelésünk azt bizonyítja, hogy az alapvegyülethez hasonlóan a sulfapyridin is okozhat májsérülést.

Első esetünk: 5 éves leánygyermek. 3 napja igen lázas, köhög. Felvételkor (1939. III. 18.) a jobb alsó tüdőlebeny rostonyás gyulladását találjuk. Hőmérséklete 40,3°.

A gyermek kezelése következőképpen alakult: a nagy láz miatt 2 óránként 2%-os piramidonból 1 kanállal adtunk. 4 óránként 6 csepp tetracort, 3 szor 1/2 tablettát ronint. *) E gyógyszerek s szabadlevegő-kezelés mellett a gyermek állapota csakhamar meglepően javult. Annak ellenére, hogy az átvilágítás és a fizikalis lelet szerint az infiltratum nem változott, a nehézlégzés, a szederjesség megszűnt s az eddig 39 és 40° között mozgó lázat subfebrilitas váltotta fel. Ezért III. 21-én a gyógyszert elhagytuk abban a hitben, hogy a gyógyulás útján lévő gyermeknek arra már szüksége nincsen. Két napra rá a hőmérséklet ismét emelkedni kezdett, 26-n már 40,8°-t ért el. A gyermek közérzete, étvágya fokozatosan romlott, színe sápadt, ajka kissé szederjes lett, légzése szaporává, felületessé vált, úgy hogy ismét a már jól bevált kezeléshez folyamodtunk s 3x1/2 tabl. ronint adtunk. Másnapra a gyermek ismét jobban lett, nehézlégzése megszűnt, hőmérséklete 37,7°-ra szállt, azonban időnként hányt s a hasát fájlalta. A következő napon a hányás s a hasfájdalom fokozódott, a máj duzzadt és tapintásra érzékeny lett s enyhe sárgaság jelentkezett. A vizeletvizsgálat alkalmával kevés fehérje mellett látóterenkint 40–50 vörösvérsejtet és igen sok tyrosin-kévet és leucin-golyót találtunk. A gyermeket azonnal gyümölcs-diétára fogtuk, naponta 2x17%-s dextrose-oldatot adtunk érbe insulinnal. Természetesen minden egyéb gyógyszert azonnal elhagytunk. A májtáji érzékenység, a hányás két nap alatt megszűnt s 6 nap alatt a haematuria is visszafejlődött. További 9 nap múlva a gyermek egészen távozott.

Második esetünk: 5 éves kislánynak hirtelen jelentkező, mindinkább erősödő fejfájás közben nagy láza támadt. 24 órás lázas állapot után eszméletét veszítette s igen súlyos állapotban meningitis tünetei között került 1939. VI. 23-n felvételre. A lumbal punctio alkalmával genyes liquor ürült s benne meningococcusokat mutattunk ki. 3 napon át 20–20 ccm meningococcus serumot adtunk izomba, ezenkívül az első 4 nap alatt összesen 26 ronin tablettát, a továbbiakban 7 napon át napi 4 és 1/2 tablettát. A gyermek meglepő gyorsan ja-

vult: eszméletét 24 órán belül visszanyerte, 3 nap alatt az addig genyes liquor teljesen feltisztult s 1 heti kezelés után a meningealis tünetek visszafejlődtek, a liquorban a Pándy- és Walter-próba negatívvá vált s a kórokozó sem volt kitenyészthető. Július 3-án a kezelés 10. napján májtáji érzékenység, hányás, majd icterus jelentkezett. Bár a gyógyszert azonnal elhagytuk, a sárgaság mindinkább fokozódott, úgy hogy kénytelenek voltunk napjában készer 25% dextroseoldatot adni insulinnal. Ennek ellenére a sárgaság, a máj érzékenysége s duzzanata tovább fokozódott, hogy szinte már az icterus melásra emlékeztetett. Emiatt július 7-től campolon-kúrát kezdtünk, majd mivel a javulás még mindig nem indult meg, július 11-től B₁-vitamininjekciókat alkalmaztunk, természetesen mindig megfelelő májkimelő étrend mellett. 10 napig tartó súlyos állapot után indult csak meg a lassú javulás s amikor a gyermek július 20-án a klinikáról távozott, bár a májduzzanat s az érzékenység már teljesen visszafejlődött, a sárgaság nyoma még látható volt.

Ha eseteinkben a mérgezés okát keressük, akkor azok elemzésében a következő lehetőségekkel kell számolnunk. Elsősorban arra kell gondolnunk, hogy *tuladagolás* történt. Ezt a feltevést megkönnyíti az a körülmény, hogy első esetünk a sulfapyridin therapia bevezetése idejére esik, amikor a gyermeki szervezet töröképességét ez új gyógyszerrel szemben nem ismerhettük s így a túlادagolás könnyebben létrejöhetett. Második esetünkben a túlادagolás annál is inkább számításba jöhetett, mivel az igen súlyos alapbetegség miatt erélyes kezelésre volt szükség. A második lehetőség, hogy helyes adagolás mellett *egyéni túlérzékenység* vezetett a kellemetlen mellékhatások kifejlődésére. E tekintetben *szervtúlérzékenységre* is gondolnunk kell, melynek létrejöttében esetleg az alapbetegség (pneumonia, meningococcus meningitis) is szerepet játszhatott.

Vegyük sorra eseteinket e szempontok alapján. A sulfapyridin adagolásában a *Buser* ajánlotta kucsot használtuk (13 cgr. kg, pro 24 óra). Bőséges tapasztalat alapján a sulfapyridin ily adagjai esetén mérgezési tünetektől tartanunk nem kell. Első esetünkben a gyermek az első alkalommal 3 nap alatt 2.25 g, a második alkalommal 4 napos szünet után 2 nap alatt 1.5 g-t, tehát összesen 5 nap alatt 3.75 g sulfapyridint kapott.

Tekintetbe véve a sulfapyridin kiválasztási idejét (1 g kb. 50 óra lalt választódik ki), feltehetjük, hogy a második alkalommal a gyógyszernek már csak tört részei lehettek jelen. A gyermek súlya 17.5 kgr volt, a fenti kulcs szerint tehát 2.27 g sulfapyridint számíthatunk volna 24 órára. Ezzel szemben csak 75 cgr-ot kapott, azaz a megszokott adag 1/3-át. Így a súlyos májsérülés létrejöttét egyéni gyógyszer-túlérzékenységre kell visszavezetnünk. Második esetünkben 11 nap alatt 20.75 g sulfapyridint kapott a gyermek, ami napi 1.8 g-nak felel meg. Tekintetbe véve a gyermek súlyát (16 kg), napi 2 g sulfapyridint nyújthattunk volna. Azt kell tehát mondanunk, hogy bár az esetben már jóval nagyobb dosis alkalmaztunk, sem az egyes adagokban, sem az adagolás tartamában nem haladtuk meg a megengedett mértéket. A túlادagolás lehetőségét tehát utóbbi esetben is el kell vetnünk s a mérgezési tüneteket egyéni gyógyszer-túlérzékenységgel kell magyaráznunk.

Összefoglalás. A sulfapyridin therapiás adagjaitól két esetben komoly májparenchyma-sérülést észleltünk. Súlyos sárgaság, hasi fájdalom, hányás, májduzzanat támadt s a vizeletben tyrosin és leucin kristályok jelentek meg. Egyik esetünkben haematuria is volt a jellegzetes ureteralis fájdalom nélkül. A toxikus tünetek oka nem a

*) Ronin = 2-sulfanylamino-pyridin (*Wander*). 1 tabl. = 0.50 g.

gyógyszer tulajdagsolása volt, hanem egyéni túlérzékenység, illetőleg szervtúlérzékenység. Utóbbi létrejöttében valószínűleg az alapbetegség (pneumonia, meningococcus meningitis) is szerepet játszhatott. A gyógyszer megvonására megfelelő diétás és gyógyszeres kezelés mellett mindkét betegünk teljesen meggyógyult.

Bár a sulfapyridin mellékhatásai ismertetett két esetünkben elég komolyak voltak, tekintettel viszonylagos ritkaságukra, nem riaszthatnak vissza e különben kitünő gyógyértékű szer alkalmazásától. Az orvosnak azonban ismernie kell e mellékhatásokat, hogy betegét ebből a szempontból is szemeltarthassa s a gyógyszert a túlérzékenység első jelére elhagyhassa.

Adatok a pigmentatio és a hypophysis összefüggéséhez.

Irta: Böhm Sándor dr., kórházi rendelőorvos.

A hidegvérűek chromatophorái a megvilágítással változnak. Sötétben nagyobbodnak, nyúlványokat bocsátanak ki, világosban összehúzódnak. P. E. Smith és W. Allen vizsgálatai szerint a hypophysis valamelyik anyaga kormányozza ezt a működést. További kutatások azt mutatták, hogy a hypophysis középső részének befecskendezése után következik be a melanophorák expansiója s az állat sötétebb színű lesz. Hogben és Winton kivágott bőrdarabon észlelték ezt a hatást és megállapították, hogy az expansio nagysága a középsőlebens kivonatának erősségétől függ. Ezt a mértéket most így tartjuk. Hogy a reactio békának a hypophysisétől függ, bizonyítja, hogy hypophysis nélküli béka színét változtatni nem képes, de a középső rész kivonatának injiciálása után igen. Ismerünk egy esetet, ahol semmi módszerrel meg nem barnítható békának a boncolásakor kiderült, hogy a hypophysis középső része valamilyen előző betegség következtében szét volt roncsolódva.

A melanophor anyag emberben előfordulásáról közölt eredmények nagyon ellentmondóak. Savóban Ehrhardt nem talált, Dietel igen. Szövetekre vonatkozóan hasonló ellentmondó adatok vannak. Dietel csaknem az összes szervekben kimutatta jelenlétét, Ehrhardt és Trendelenburg szív-, tüdő-, máj-, agy-extractumban nem tudta kimutatni. Jores és Helbron pedig a Dietel-féle eredményeket aspecifikus ingerek következményének tartják. Ugyanis maga a módszer nagyon érzékeny. Di Mattei conserváló szerekkel kereskedelmi forgalomban lévő hypophysis készítményekkel mutatott ki expansiót. Cholin és acetylcholin, chinin, paraldehyd, coffein és más anyagok is hatnak vagy hathatnak a melanophorákra. Jores bizonyos feltételeket szab, éppen ezért, melyeket meg kell tartani, hogy az eredményeket megbízhatóknak tarthassuk.

Fontos, hogy az oldat semleges legyen vagy enyhén lúgos. Savanyú oldat expansiót idéz elő. Isotoniás legyen, mert hypertonia gátolja, hypotonia serkenti a melanophorákat. Destillált víz is expansív hatású.

Az emberi hypophysis intermedin tartalmát Zondek vizsgálta. Ez nem arányos magának a szervnek a nagyságával, nem emberi hypophysisekkel összehasonlítva, de kimutatható az egész szervben. A vizsgálatok szerint legalacsonyabb értékek vannak anaemia perniciosában, a legmagasabbak uraemia, májrák és eunochoid kövér-ség esetében.

A hormon izolálásakor Dudley picratot, Abel tartarot talált és ez a tartarot a vérnyomásra és méhre hatása mellett még a melanophorák is változást okoz-

zott. Knaus és Clark viszont nem találtak paralellismust, ami azt bizonyítja, hogy nem identikus a hatás. Kann, Aldrich és munkatársaik két anyagot találtak 1. oxytocint, mely a méhre hat; 2. vasopressint, melynek vérnyomásemelő, bélconraháló és antidiuretikus hatása van. Rowe vizsgálatai szerint a vasopressinhez kötötten észlelhető melanophorhatás (Derived-hormon). Smith, később Zondek viszont azt bizonyítja, hogy a vasopressin nem azonos az intermedinnel, amire fő bizonyítékuk, hogy a hypophysis különböző részei különböző arányokban tartalmazzák e három anyagot, melyek egymástól függetlenül és elszigetelten is kimutathatók. Különbönb pedig lúgos közegben a melanophorhormon nem bomlik, a másik kettő igen.

Ezeknek figyelembevételével kezdtük vizsgálni, hogy a különböző pigmentatiót okozó bőrbajokban hogyan viselkedik ez az anyag az emberi savóban. Az idevágó irodalom hiányos, a vizsgáló módszerek nehézkesek. Mi nem csupán azért fordultunk ezekhez a vizsgálatokhoz, mert a pigment és a belsősecretio közötti összefüggésre physiologiás és pathologiás viszonyok is rámutatnak (mellékvese, thyreoidea, hypophysis, terhesség, változás), hanem mert a pigmentképzés újabb ismét módosult. Mégpedig úgy, hogy a legújabb kutatók, Meyrowsky, Tannhauser és munkatársaik ellenkező felfogásával szemben a Bloch-féle elmélet alapján állanak és azt bővítették ki. Ezek szerint tehát a pigmentatiók két úton fejlődhetnek ki. A mellékvese útján, amikor a mellékveseállomány elégtelensége következtében adrenalin felépítéséhez nem szükséges dioxyphenylalanin a bőr pigmentsejtjeiben condensálódik és fermentatív úton szaporodik a pigment. A másik a nemi eredetű hyperpigmentatio, amelyben a folliculushormon a melanoblastok pigmentképző fermentjét, a dopaoxydaset activálja, ill. megszorítja. Thyreoidea, mint ez hyperthyreotikusok hyperpigmentatiója esetén megfigyelhető, hathat a mellékvesére és a nemi apparatusra is. Winter és Reiss a hypophysis hatást mutatták ki mellékvesére és luteinisatióra. Mellékvese és pigment viszonyával kapcsolatosan Thaddea emeli ki az összefüggést azzal a megjegyzéssel, hogy specifikus hormontherapiára gyógyul ez a pigmentatio.

Fontos továbbá a mellékvesekéreg és ivarmirigyek viszonya. Összefüggésre vall a közös mesenchymalis eredet. Továbbá a mellékvesekéreg petefészekműködést serkent (korai hősám és ivarérés mellékvesedaganat esetén), Addisonban ivari hypoplasia, infantilismus. Castratio után mellékvese-hyperfunctio, terhességben mellékvesekéreg-szaporodás, mely a hypophysis elülső lebenye által érvényesül. Gonadotrop és thyreotrop hatásra is hypertrophizál a mellékvesekéreg. Olvasható felfogás, amely szerint a corticotrop hormon a melanophor hormonnal lenne azonos.

Igy képzeljük ma el a hyperpigmentatiók létrejöttét a kettős mechanizmussal és annak központi kormányzásával.

Első problémánk a módszer kidolgozása és célunknak megfelelő beállítás volt. Számos kísérlet után a következő eljárást adhatjuk:

1. 10 ccm citrátos vérhez hozzáadunk 90 ccm acetont. Összerázzuk, filtráljuk Berkefeld-szűrőn;
2. A kapott lepényt 1 óra hosszat szárítjuk 80 C°-on;
3. Porrátörjük, 8 ccm 1/4%-os ecetsav hozzáadása után forraljuk;
4. Azután átszűrjük (Berkefeld-szűrőn); destillált vízzel feltöltjük 10 ccm-re, semlegesítjük, ill. gyengén alkalikusra állítjuk be.

Az így előkészített savó használhatóságát kitérítve azt találtuk, hogy erejét 7 napig változatlanul megtartja, ami fontos azért, mert seriavizsgálatok nem volna lehetségesek, ha nem tudnánk a savó hatásosságának idejét.

Békáinkat a vizsgálatokhoz a következőképen készítettük elő:

1. 24 órai megvilágítás után decapitáltuk, a bulbust és gerincagyat roncsoltuk;

2. A lepraeparált hátbőrt megszáritottuk filterpapíron, egyenlő darabkákra vágtuk. A bőrben lévő zavaró részeket eltávolítottuk.

3. A darabkákat béka-Ringer-oldatba téve ismét megvilágítottuk 15 percig s azután kezdtük meg a reactiót.

Fontos volt az óvószabályok szigorú megtartása mellett megtalálni azt a hígítási arányt, amelynél a legconcentráltabb cső a hígítás nélkül bekövetkező expansio alsó határán álljon, az utolsó pedig az a hígítás legyen, melynél rendes viszonyok között éppen észlelhető tágulás a melanophorákon. Ezt hosszas kísérletezés után úgy állapítottuk meg, hogy

4. A Vidal-féle sor első hígításában 0.20 ccm előkészített savó, az ötödikben pedig 0.00020 ccm van 2 ccm béka-Ringer-oldatban.

5. A makroszkopikus és mikroszkopikus vizsgálatokat további egy óra után végeztük.

Ezután tértünk át a részletes vizsgálatokra figyelembevélve nemcsak azt, hogy egy-egy esetben hogyan viselkednek a chromatophorák az első csőben, hanem azt is, hogy a hígítással szemben milyen reactiót mutatnak. A rendes kontrollban mindig többé-kevésbé szabályos röögöket, nyulványnélküli sokszögeket láttunk.

A vizsgált anyagot három csoportba oszthatjuk a reactio szempontjából: normalis, annál gyengébb és annál erősebb.

Az első csoportban találjuk a sötétbőrű, rendszeren pigmentált és a vöröshajú egyéneket is, akik között a melanophorák viselkedése szempontjából eltérést nem találtunk. Ez megegyezik az irodalomban talált egyetlen adattal is. Ebben az idézett vizsgálatban a kaukázusi és néger ember savóját vizsgálva, eltérést nem találtak a melanophorákra hatásban. Acne vulgaris, lupus vulgaris, alopecia areata, általánosult ekzema és dermatitis ugyancsak ebbe a csoportba tartoznak. A fényérzékeny lupus erythematodes szintén szabályos reactiót adott.

A másik csoportba tartozik egy morbus Recklinghausen és két hypophysaer törpe, kiken a melanophorák tágulása mind az öt csőben erősen rendes alatt maradt.

Napfényel és quarz-cal besugárzott egyének savóját vizsgáltuk abból a megfontolásból kiindulva, hogy a sugárzás az, amely kísérleti állatokon legerősebben hat a melanophorákra. Eddigi vizsgálataink eredményei alapján arra gondolunk, hogy ha enyhe fokban is, de mégis észrevehető a besugárzás után az expansio növekedése. Poikiloderma atrophicans vasculare Jacobi esetében szintén fokozott tágulás észlelhető, melyre különösen jellegzetes az, hogy az ötödik cső még mindig kifejezett expansiót mutat. Hasonló a helyzet tripaflavin és triphal dermatitissel, ahol az első és ötödik cső reactiója csaknem azonos. Ezzel szemben a terhesség olyan eseteiben, ahol a szokásos hyperpigmentatio erősen kifejlődött, valamint salvarsan-dermatitisben az első csőben fokozott expansiót mutató melanophorreactio az ötödik csőben a rendes értéknek megfelelően

süllyed és néhány tágult melanophora mellett számos lekerekített sejtet látunk.

Merész következtetés volt, mégis arra kellett gondolni ezekből az adatokból, hogy a hígítással szemben a maradandó pigmentációk nem olyan érzékenyek, mint azok, amelyek bizonyos változások után önként visszafejlődnek. A további vizsgálatok során igazolást nyert ez a gondolatmenet, amit talán a gyógyítás eredményessége és prognosisa szempontjából is alkalmazhatunk.

Cegléd város Horthy Miklós közkórháza belosztályának közleménye. (Osztályvezető-főorvos: Dobos Ferenc.)

Néhány szó a meningitis orvoslásához.

Irta: Fridrik Árpád dr.

Ez év tavaszán több közlemény jelent meg a meningitis cerebrospinalis orvoslásáról. Tekintve, hogy még mindig elég sok a meningitises beteg, közérdeket vélek szolgálni azzal, ha az osztályunkon bevált gyógykezelési módokról beszámolok.

Meg kell említenem, hogy bel- és fertőző osztályunkon az 1935 óta felvételre kerülő meningitises betegek baja víztiszta liquor, erősen pozitív Pándy- és Waltner-próba mellett mind gümös eredetűnek látszott. Ezek a betegek mind meghaltak. 1939-ben egy genyes meningitises beteg került felvételre osztályunkon: (G. J. 16 éves). Ez a beteg serum- és deseptyl-kezelésre maradt, de hallását teljesen elvesztette. 1940-ben eddig 20 olyan beteget kezeltünk, akiket részben a bacteriológiai lelet, részben a tünetek és a gyógyeredmény alapján kell ebbe a csoportba soroznunk. (Mellékesen említem meg, hogy ezeken kívül még 2 beteget ápolunk mening. basilaris tbc. kórjelzéssel, így az összes meningitises esetek száma 22.)

Gyógymódunkról azért érdemes megemlékezni, mivel a legutóbbi közlemények inkább a sulfathiazol, sulfapridin vegyületeknek tulajdonítanak jobb gyógyeredményt, míg az osztályunkon meggyógyult meningitises betegek kizárólag p-amido-benzolsulfamidot kaptak két esetben adott kevés i. m. serum mellett. Viszont a fentemlített közlemények megjelenése idején néhány esetben megpróbált ultraseptylrel s roninnal mi nem értünk el jobb eredményt. Minthogy hasonló súlyosságú több betegünk p-a-benzolsulfamid kezelésre meggyógyult, visszatértünk egészen a p-a-benzolsulfamidhoz.

Az említett 20 beteg kórlap kivonatának néhány fontosabb adata táblázatszerűleg, időbeli sorrendben összefoglalva a következő (I. táblázatot).

E betegek közé kell soroznunk azt a két fiúbeteget, (17. és 20 sz.) akiknél határozott meningitises tünetek mellett kaptunk tiszta liquort, továbbá azt a neuropathiás férfi beteget, (18.), akin víztiszta liquor mellett a Pándy- és Waltner-próbák erősen pozitívnak mutatkoztak, ennek ellenére a beteg meggyógyult, így a gümös eredet nem tartottuk valószínűnek.

A fenti 20 beteg közül meggyógyult 16—80%. A meghaltak közül egyet teljes vasomotoros benuállással szállítottak be enyhén zavaros liquorral; itt a szájon át és injectióban adott p-a-benzolsulfamid sem segített. (10.). A 8-as beteget teljesen eszméletlen állapotban szállították be. P-a-benzolsulfamid inj.-ók adagolására eszmélete egy nap alatt visszatért.

Minthogy az O. H.-ban ép abban az időben jelent meg a sulfathiazollal elért jó eredményeket ismertető

Sorszám	Kora, neve	Kezelés ideje	Liquor-lelet		Szövődmény	Gyógyszerek	Gyógyeredmény	Megjegyzés
			macroscop.	bact. dipl.				
1	44 +0	1940 jan. 17— febr. 8	véres Waltner: 0	0	0	sulfam. i. m. 2×5 ccm és tabl.	meggyógyult	0
2	28 +0	febr. 2— febr. 15	zavaros. Waltner: +++	0	á' menetileg hó- lyagbénulás	sulfam 3×2 tabl urotropin i. v.	meggyógyult	0
3	18 +0	márc. 21— ápr. 6	zavaros, Waltner: +++	0	látászavar	2×5 ccm inj. és 2×2 tabl. sulfam.	meggyógyult	0
4	20 0	márc. 24— ápr. 6	zavaros, Waltner: +++	+	márc. 27 gonitis l. d.	2×5 ccm inj és 3×2 tabl. sulfam.	meggyógyult	Gonitis idején germicid tabl.
5	9 0	ápr. 3— ápr. 20	zavaros, Waltner: +++	+	B. szemhéj- ptosis	inj. és tabl. sulfam.	meggyógyult	0
6	17 0	ápr. 3— máj. 4	zavaros, Waltner: +++	0	0	sulfam. inj. és tabl. olthon ultraseptyl	meggyógyult	B. vitamin is Soporusus
7	3 0	ápr. 14— ápr. 23	zava os, Waltner: +++	—	iritis O. dextri	3×fél tabl. sulfam. és injectioban	meggyógyult	Rosszul fejlett: még nem beszél
8	10 0	ápr. 20— máj. 4	zavaros, genyes, zavaros	—	szívgyengeség	3×2 ultraseptyl inj. és tabl. sulfamid	meghalt	ismételt csz- mélellenség
9	18 0	ápr. 28— máj. 11	zavaros, Waltner: +++	—	—	3×1 tabl. sulfamid	gyógyult	0
10	18 +0	máj. 19— máj. 21	enyhén zavaros, Waltner: ++	—	Teljes vasomotoros bénulás	sulfamid	meghalt	0
11	36 0	máj. 22— máj. 27	véres, genyes, Waltner: +++	—	Pneumonia	ultraseptyl 4×2 tabl.	meghalt	0
12	20 0	máj. 22— máj. 27	zavaros, Waltner: ++	—	Amentia, hóly. bénulás; haematuria szívgyeng.	ronin supp: ultraseptyl, sulfamid inj.	meghalt	Euphorias amentia
13	12 +0	jún. 3— jún. 20	zavaros, Waltner: +++	—	0	3×2 sulfamid, 10 ccm serum	gyógyult	0
14	52 +0	jún. 3— jún. 2?	véres, véres-genyes Waltner: ++	—	Paraesthesiák	3×2 tabl. sulfamid	gyógyult	Nagyfokú erőtlenység
15	13 0	jún. 7— jún. 20	genyes, Waltner: ++++	+	0	10 ccm serum, 10 ccm 2× inj. sulfamtd	gyógyult	Neuropathiás
16	3 0	júl. 2— júl. 11	zavaros, Waltner: +++	—	0	3×1 tabl. és 2×5 ccm i. m. sulfamid	gyógyult	
17	6 0	júl. 2— júl. 6	tiszta, Waltner: 0	—	0	4×1 tabl. sulfamid	gyógyult	Kifejezett mening. tünetek

Sorszám	Kora, neme	Kezelés ideje	Liquor-lelet		Szövödmény	Gyógyszerek	Gyógyeredmény	Megjegyzés
			macroscop	bact. dipl.				
18	43 ♂	júl. 3 – júl. 13	liszta, Pándy +++ Waltner: ++	–	0	3×2 tabl. sulfamid	gyógyult	Wassermann 0
19	2½ ♂	júl. 14 – aug. 4	genyes, Waltner: ++++	+	J. könyök izületi gyulladás Pyuris	3×1 tabl. és 2×5 ccm inj. sulfamid	gyógyult	Teljes eszméletlenséggel beszállítva
20	13 ♂	júl. 13 – aug. 4	liszta, Waltner: 0	–	0	3×1 tabl. sulfamid	gyógyult	Kifejezett meningitis tünetek

közlemény, a betegnek 3×2 ultraseptyl tabl. adagolást kezdünk. Pár nap múlva ismét rosszabbul lett, liquora pedig sűrű genyszerűvé vált. Esméletlensége miatt ismét p-a-benzolsulfamidot adtunk. Erre ismét javult annyira, hogy újra a szájon át való, most már p-a-benzolsulfamidra térhettünk át; azonban az előző eszméletlenség óta keletkezett hólyagbénulás nem fejlődött vissza, s az eleitől kezdve gyenge szív működést megjavítani nem tudtuk, bár liquora csaknem teljesen feltisztult.

A 11. beteg csupán ultraseptyl-kezelésben részesült. Bár saját lábán jött az osztályra, rajta is, mint a többi véres liquor leletet adó betegen, az erőtlenség fokozottabb mértékben volt észlelhető. Halála előtti napon 41 C° feletti láz, amentia s tüdőgyulladásos tünetek mutatkoztak. — A vele egy napon érkezett 12. beteget egy-két órája fennálló heveny elmezavar miatt szállítják be. A nyelési képtelenség miatt p-a-benzolsulfamid injectiók, majd néhány ronin bélkup adása után egy ideig 4×2 ultraseptyl. Beszállítás óta hólyagbénulás. Egy amp. hexamethyltetramin (40%) adása után igen nagymértékű haematuria. Állandóan kishullámú, szapora, könnyen elnyomható érlökés; euphoria.

Egyébként a betegek tüneti kezelésben részesültek: fájdalomcsillapítók, szíverősítők, nyugtatók szükség szerint. Minthogy a 16 beteg teljesen tünet- és panaszmentesen távozott a fennálló kisebb-nagyobb gyengeségtől eltekintve, meg kell állapítanunk, hogy a nálunk észlelésre kerülő meningitisek kezelésében a para-amidobenzolsulfamid látszott legjobbnak. Mivel a gyógyult betegek Győrből, Nagybereznáról, Ceglédre és a környező falvakból kerültek a kórházba, feltehetjük, hogy kórokozóként igen különböző bakteriumtörzsek szerepeltek. A meghaltak Ceglédre és környékéről származtak.

A p-a-b-sulfamid eredményességét nem utolsó sorban segítette elő az eszméletlen vagy hányó betegnek az injectiós formában való megbízhatóbb adagolhatóság, amivel a végbélbejuttatás (ronin, stb.) nem tud versenyezni. Az is igaz, hogy ahol a szájon át való adagolást semmi sem akadályozza, a tablettákkal is kifogástalan eredmény érhető el.

Megemlítem végül még, hogy tablettákban a Wander-féle 0.40 g-os p-amino-benzolsulfamid-tabletták, injectióban pedig részben a szintén Wander gyártmányú p-amino-benzolsulfamid (nigma), részben a Bayer és Tsa által előállított olajos 0.5 gr tartalmú ampullák álltak a kórház rendelkezésére.

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

Vestibularis vizsgálatok basedowos betegeken.

Irta: Szende Béla dr., egyetemi tanársegéd.

Az utóbbi évek irodalmában mindig több adatot és utalást találunk arra vonatkozólag, hogy számos fül-, orr- és gégeelváltozásoknak van összefüggése anyagcserebetegségekkel és táplálkozási zavarral. Utalnunk kell itt Wesselynek a közelmúltban megjelent összefoglaló közleményére: benne megállapítja, hogy gyakran a fülben, orrban, gégében talált elváltozásokból lehet következtetni a szervezet anyagcserezavaraira.

Számos összefüggés van továbbá a belső elválasztású mirigyrendszer és a fül, orr, gége betegségei között is. Jelen munkámban azon vizsgálatokról kívánok beszámolni, melyek a hyperthyreosisnak a calorikus vestibularis reakciókra gyakorolt hatására vonatkoznak. E vizsgálataim kb. két éve folynak.

Klinikánknak nagy Basedow-golyvás anyaga van. E betegeket műtét előtt és után gégeészeti szempontból állandóan ellenőrizzük. A vizsgálatok kapcsán eleinte tisztán elméleti szempontból merült fel bennem az a gondolat, hogy a Basedow-golyvások calorikus vestibularis reakcióját vizsgáljam műtét előtt magas anyagcsereérték mellett, majd a műtét után kb. 10–14 nappal és a műtétet követően 2–3 hónap múltán szabályos, illetve tetemesen csökkent anyagcsereérték mellett. Az athyreosis és hypothyreosis fül-, orr-, gégeészeti vonatkozású irodalma igen terjedelmes. Utalok Biedl és Mayer vizsgálataira, amelyek az endemiás cretinismushoz és a siketnémaságra és nagyothallásra vonatkoznak. Ez utóbbi szerző anatómiai és szövettani vizsgálataival mutatta ki a középfül, a labyrinth és a hallópályák elváltozásait hypothyreosisban. A hyperthyreosis fülészeti vonatkozású irodalma igen szegényes (Leidler, Tanturi) és a calorikus vestibularis reakcióra gyakorolt befolyásáról irodalmi adatot nem is találtam.

Kocher híres mondása, hogy golyva nélkül nincs Basedow, csak mikroszkopos értelemben áll teljes mértékben, mert makroszkoposan gyakran nem felel meg a valóságnak.

A jód a pajzsmirigyvázadék hatóanyaga, amely az átáramló vérből fehérjéhez kötve csapódik ki a pajzsmirigyben. Ez a thyreoglobulin néven ismert jódtartalmú protein. Emellett a pajzsmirigy legfontosabb hatóanyaga a thyroxin, melynek hatására a sympathikus idegrendszer szabályozta működések erősen fokozódnak. Antagonistája a dijóthyrosin, amely az oxydatiót gátló anyag.

A szerkesztő minden pénteken
de. 12—1-ig fogad.

Vizsgálataim során a műtetre kerülő basedowos betegeket fülészeti szempontból is pontosan átvizgáltam. Gyakran panaszkodtak a betegek fülviszketésről és fülzúgásról, amely tünetek műtét után, az anyagcsere rendessé válásakor megszűntek. Szédülésről, vagy az egyensúlyozó készülék egyéb zavaráról a betegek nem panaszkodtak. A ramus cochlearis részéről sem találtunk elváltozást, ellenben a ramus vestibularis részéről jellegzetesnek mondható eltérést találtam a calorikus reakciónál.

A betegek calorikus vestibularis reakcióját Kobrak—Veits—Derman szerint vizgáltam, mint már említettem, műtét előtt, majd a műtétet követően 10—14. napon és harmadszor 2—3 hónap eltelte után. Vizgált eseteim száma: 34. A betegek anyagcsere-fokozódása + 34% — + 108% között mozgott.

Kezdetben azt vártuk, hogy a calorizálásakor magas anyagcserejű betegeken fokozott calorikus reakciót fogunk nyerni, amely reactio majd az anyagcsere csökkenésével párhuzamosan szintén csökken. Vizsgálataim során azonban ezzel ellentétben azt tapasztaltam, hogy fokozott anyagcserejű betegeken a calorikus reactio állandóan csökkent értéket mutatott. Csökkent a reactio ideje és a reactio erőssége. Meghosszabbodott a lappangás ideje. Ez az átlagban 25—50%-kal csökkent reactio az anyagcsere rendessé válásakor fokozódott és fokozatosan emelkedett időben és erősségekben a reactio is. A lappangási idő megrövidült.

Megállapításaimat jól szemlélteti a következő kórtörténet: K. J.-né 30 éves. Két éve van Basedow-golyvája. Anyagcsere + 180%. Mk. o. ép dobhártya. Cochlearis ép. I. vestibularis vizsgálat 1940. február 8-án. Jobboldalon lappangási idő 10 mp., II. fokú nystagmus. 37 mp., I. fokú nystagmus 5 mp., összes nystagmus 42 mp. Baloldalon lappangási idő 5 mp., II. fokú nystagmus 45 mp. I. fokú nystagmus 5 mp., összes nystagmus 50 mp. Műtét 1940. február 10-én. Subtotalis resectio. II. vestibularis vizsgálat 1940. febr. 24-én. J. o. lappangás 5 mp. II.-fokú nystagmus 40 mp. I. fokú nystagmus 10 mp., összes nystagmus 50 mp. Baloldalon lappangás 5 mp., II. fokú nystagmus 50 mp., I. fokú nystagmus 10 mp. Összes nystagmus 60 mp. III. vestibularis vizsgálat 1940. május 20-án. Anyagcsere + 20%. J. o. O lappangás, II. fokú nystagmus 60 mp., I. fokú nystagmus 10 mp., összes nystagmus 70 mp. B. o. O lappangás, II. fokú nystagmus 65 mp. I. fokú nystagmus 10 mp. Összes nystagmus 75 mp.

Idegzöveti és idegelméleti szempontból igyekeztem magyarázni a megfigyeléseket.

Tudjuk azt, hogy a ganglion vestibulare és ganglion spirale fejlődéstanilag legközelebb állanak a csigolyaközi ducokhoz, szövettanilag azonban eltérnek annyiban, hogy nem monopolaris, hanem bipolaris sejtekből állanak, sőt fiatal egyének ganglion vestibularéjában multipolaris ducsejtek is találhatóak. A ganglion vestibularében a velőshüvelyű idegrostok mellett velőtlenek is találhatóak, valószínűleg a sympathikus idegrendszerhez tartozó rostok, másrészt a ganglion spirale ducsejtjeinél nem tudható, hogy valamennyi idegszál a sejtek nyulványainak tekintendő-e és vajjon nincsenek-e a ducsejtek között egyszerűen áthaladó idegrostok. A labyrinth az erek útján kap sympathikus rostokat, amelyek a nyaki sympathikusból származnak és innen kapja a vasomotoros idegeket is a belsőfül. Így gyakorol a sympathikus idegrendszer befolyást az endolympha és a perilympha keringésére is. Általánosan ismertek bizonyos vegetatív jelenségek vestibularis reactio közben, ilyen az elsápadás, izzadás, hányinger, általános erőtlenség, amely tünetek a szédülést kísérik calorizálásakor.

Mármost, ha a ganglion vestibularében sympathikus idegelemek vannak és a fokozott thyroxin-termelés sympathikus izgalmat vált ki a szervezetből, miért kapunk paradox reactiót, miért nem volt erősen fokozott a calorikus vestibularis reactio is a basedowos betegeken.

A sympathikus és parasympathikus beidegzés tanának ma még nagy útvesztőjében erre a kérdésre talán éppen Kiss Ferenc vizsgálataival és elméletével tudok válaszolni. Szerinte nincsen külön sympathikus és parasympathikus beidegzése a vegetatív idegrendszernek, hanem az idegingerülettől függően egyszer a pozitív, egyszer a negatív szakát kapjuk a reakciónak. Ebben az esetben az idegek állandó túlingerlése a thyroxin által válthatja ki calorikus reakciónál a paradoxnak feltűnő hatását.

Biochemiai alapon is magyarázhatjuk a jelenséget, amennyiben az endolympha Ca. Ka. ionegyensúlyának megváltozása, a fokozott oxydatio következtében az idegvégkészülék ingerelhetőségét változtatja meg.

Ez a megállapításunk kezdetben csupán érdekes elméleti megfigyelésnek látszott. Gyakorlati jelentőségre akkor tett szert, amidőn Menière-betegségben szenvedő betegeinken kezdtük rendszeresen vizgálni az alapanyagcsere-t. Kiderült, hogy a Menière-betegek nagy százalékban belső elválasztású hormonális zavarokat találtak, elsősorban a pajzsmirigy és az ivarmirigyek részéről. Magas anyagcserejű Menière-betegéknél már akkor igen alacsony értékű calorikus reactiót kaptunk, amikor a hallás még csak kisebb mértékben csökkent. Ilyenkor az anyagcsere túlműködését megszüntetve a calorikus reactio ideje emelkedett és ugyanakkor a hallás is tetemesen javult.

Alábbiakban két beteg kórtörténetét ismertetem, ahol a hyperthyreosisban szenvedő Menière-betegek állapota egyik esetben műtéttel, másikban röntgenbesugárzásra javult, illetőleg váltak tünetmentessé a betegek; ugyanakkor a betegek hallása is javult és emelkedett a calorikus reactio ideje is.

I. E. F. 45 éves férfi 1939 október 10-én jelentkezett panaszaival. Felvételekor 44 kiló.

Kórelőzmény: Családi terheltsége nincs. A beteg évek óta többször kiújuló gyomorfekélye miatt hosszabb ideje orvosi kezelés alatt áll. Jelen panaszai enyhe fülzúgás, lassú hallásromlás, időnkénti szédüléssel rohamok. E tünetei hónapok óta megvannak, de eddig vérszegénységének tulajdonította. Rendkívül ideges, gyakran szívdobogása van, 22 kilót fogyott, ezenkívül típusos ulcusos tünetei vannak.

Jelen állapota: Kp. magas, igen sovány férfi, bőre ráncos, száraz. Pajzsmirigye kissé nagyobb. Feltűnő erős exophthalmus van mindkét oldalon. Belső szervei: ulcus callosus duodenalis. Vérnyomása 110/80 Hg mm. Pulsusa 100. Wa: neg. Se, Ca 8.9%. Vvssz: 4.200.000.

Alapanyagcserevizsgálat: + 91.0%.

Fülészeti lelet: 1938 október 10.

Labyrinth-vizsgálat:

20 ccm 20°C víz	Lappangási idő	II. fokú	I. fokú	Összes
		nystagmus		
Jobb fül	10"	35"	25"	60"
Bal fül	Egy-két I fokú rángás			

Hallásvizsgálat.

J. o.	B. o.	
5 m	S. b.	2½ m
	H. b.	
	W.	
	←	
	Ri.	—
	Sch.	
végig	C'	—5"
0	Sp. nyst.	0

Kórisme: Struma Basedow. Latens Menière.

A beteget, tekintettel a nemrég fedetten átlíktadt kerges fekélyre, és igen súlyos leromlott állapota miatt operálni nem lehet. Egyelőre a pajzsmirigy röntgenkezelését ajánlottuk (3 sorozatban 100—200 R. röntgen. A röntgenosztályon bentfekvő beteg az első három röntgenbesugárzásra igen rosszul érzi magát: Fülzúgása erősödik, majd roha-

mokban jelentkező szédülés, hányás, hasmenés ipei meg s ilyenkor hallása nagymértékben romlik. A roham elmúltával újra jobban hall. A további röntgenkezelésre állapota javul, majd panaszai végleg megszűnnek, hallása jó, csak időnként zúg a füle. Rohamszerű szédülése megszűnt. Röntgen utáni orvoslás: Hogival 10—10.000—50.000 E.-Calcimusc és Paracals, Tonocholin B., Ascorbinsav, sec. Richter.

Anyagcsere: + 23%.

Fülészeti lelet: 1939 április 10.

Labyrinth-vizsgálat:

20 ccm 20°C víz	Lappan- gási idő	II. fokú	I. fokú	Összes
		n y s t a g m u s		
Jobb fül	5"	60"	15"	75"
Bal fül	10"	0"	35"	35"

Hallásvizsgálat:

J. o.		B. o.	
5 m	S. b. H. b. W.	4 m	
+	Ri.	+	
végig	Sch.	végig	
0	C ⁴	0	
	Sp. nyst.		

2. H. L.-né 35 éves nő. 1938 október 5-én jelentkezett.

Kórelőzmény: Családi terheltség nincs. Havibaja 12 éves korában kezdődött. 2 egészséges gyermeke van. 2 évvel ezelőtt abortusa volt, utána kétoldali petefészekgyulladás. Ez idő óta havibaja rendetlen, többnyire késik, erős görcsökkel 5—6 napig is elhúzódik. Előző betegségek: gyermekkorában több ízben mandulagyulladás és középfülgyulladás, volt. Tünetei kb. két év óta vannak. Először a reggeli órákban szédül s füle zúg, hasmenéssel rohamok lepik meg. Roham alatt hallása erősen romlik. Hallása a roham elmúltával javul, de lassú hallásromlást tapasztal. Nagymértékben ideges, gyakori szivdobogása van. Nyaka kb. 1/2 év óta megvastagodott. Ez idő óta 12 kg-ot fogyott.

Jelenlegi állapota: Kp. magas nöbeteg, bőre kissé rancos, száraz, arcának és nyakának bőre erősen pigmentált. Diffus golyva. Mérsékelt exophthalmus. Graefe, Stellwag pozitív. Belső szervei épek. Nőgyógyászatilag: salpingitis. Ekg.: szabályos. Vérnyomása: 105/65 Hg. mm. Pulsusa: 60. Vérserum alkatrészek: a szabályos érték legalsóbb határa. Vérképe szabályos. Wa: negatív.

Alapanyagcsere: 1938 október 8-án + 50.9%.

Kórisme: Basedow golyva. Morbus Menière.

A beteg 1938 október óta nőgyógyászati kezelésben részesül. Fülészeti kezelése: Eustach. katheter, calcimusc. hetenként háromszor 10 ccm, ugyanakkor tonocholin B. otthoni rendelés: mérsékelt fehérjemegvonás, brom. sevenal, papaverin. Állapota valamit javul, hallása jobb, de szédülésszerű rohamai, különösen a hószám előtti napokban igen hevesek. 1939 márciusában állapota romlott. Az ekkor végzett ellenőrző vizsgálat:

Fülészeti lelet: 1938. október 7.

Labyrinth-vizsgálat:

20 ccm 20°C víz	Lappan- gási idő	II. fokú	I. fokú	Összes
		n y s t a g m u s		
Jobb fül	5"	35"	40"	75"
Bal fül	5"	0"	35"	35"

Hallásvizsgálat:

J. o.		B. o.	
5 m	S. b. H. b. W.	ad conth.	
+	Ri.	-	
végig	Sch.	-15"	
0	C ⁴	0	
	Sp. nyst.		

Fülészeti lelet: 1939. április 13.

Labyrinth-vizsgálat:

20 ccm 20°C víz	Lappan- gási idő	II. fokú	I. fokú	Összes
		n y s t a g m u s		
Jobb fül				
Bal fül				

Hallásvizsgálat:

J. o.		B. o.	
5 m	S. b. H. b. W.	1/2 m	
+	Ri.	+	
végig	Sch.	-15"	
0	C ⁴	0	
	Sp. nyst.		

Alapanyagcserevizsgálat: 1939. április 15 + 42%.

1939. április végén műtét; subtotalis pajzsmirigy-resectio. Műtét után állapota feltűnően javul, hallása sokkal jobb, teljesen rohammentes.

Alapanyagcsere: 1940. május + 27%.

Fülészeti lelet: 1940. május 15.

Labyrinth-vizsgálat:

20 ccm 20°C víz	Lappan- gási idő	II. fokú	I. fokú	Összes
		n y s t a g m u s		
Jobb fül	10"	0	30"	30"
Bal fül				

Hallásvizsgálat:

J. o.		B. o.	
5 m	S. b. H. b. W.	2 1/2 m	
+	Ri.	-	
végig	Sch.	-5"	
0	C ⁴	0	
	Sp. nyst.		

A következő ellenőrző vizsgálatra nem jelentkezik, azt írja nincs panasza.

TARTALOM:

- vitéz Szathmáry Zoltán: A szülésznői hüvelyi vizsgálatok megszüntetéséről. (341—348. oldal.)
- Gyárfás Kálmár és Fabó Zoltán: Anoxaemia alkalmazása schizophreniában. (348—352. oldal.)
- Szendy Balázs: Adatok a hólyagzáró izomzat tökéletlen működésének műtétes gyógyításához. (352—355. oldal.)
- Bodó Bertalan: A májfunctio ellenőrzése terhességben (356—358. oldal.)
- Rigler András: Teljes gyomorkiirtás. (358—361. oldal.)
- Fürst Márton: Többször operált bélelzáródás kóroktanához. (361—364. oldal.)
- Szinegh Béla: Befelé kancsalítás myopia esetén. (364—367. oldal.)
- Kulesár István és vitéz Simon Tibor: A hűdéses elmezavar kezelése ötvegyértékű arzénkészítménnyel. (367—369. o.)
- Greiner Károly: A sulfapyridin-kezelés hepaticus szövődmenyeről. (369—371. oldal.)
- Böhm Sándor: Adatok a pigmentatio és a hypophysis összefüggéséhez. (371—372. oldal.)
- Fridrik Árpád: Néhány szó a meningitis orvoslásához. (372—374. oldal.)
- Szende Béla: Vestibularis vizsgálatok basedowos betegeken. (374—376. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Centrum Kiadóvállalat Részvénytársaság,
Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422.
Felelős igazgató: Molnár József.