

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

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

Előfizetések postautalványon vagy csekkklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

MEGJELENIK SZOMBATONEgyes 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 csekk számlánk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H. Dunabank, Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

GONORRHOEA
PNEUMONIA

frappáns új
chemotherapeuticuma

RONIN
tabletta és kúp
Dr. Wander-féle sulfapyridin

A go-t napok alatt gyógyítja. — Leg-
acutebb stadiumban is eredményesen
adható. — A pneumoniát gyógyítja, leta-
litását **egyharmadára csökkenti.**

Lökésszerű therapia!

Közelebbi felvilágosítással készséggel szolgál
DR. WANDER
GYÓGYSZER-ÉS TÁPSZERGYÁR RT., BPEST

Certascorbin

Injiciálásra kész C-vitamin
Stabil oldat.

5x2'2 Kom (0'15 g asc.) P#50

CODERIT-CHINOIN

köhögéscsillapító- köptető tablettá

10 és 20 tablettá

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Szodoray Lajos és Faragó László: Kiváltó eljárások syphilitikus betegeken. (87—90. oldal.)

Blaszó Sándor: Csecsemő széngázmérgezése. (90. oldal.)

Sóóky Erzsébet: A pneumonia újabb chemotherapiája. (92—93. oldal.)

Czigler Pál: Ozaena és diphtheria. (91—92. oldal.)

Irodalmi szemle, Könyvismertetés: (93—96. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (96—97. oldal.)

Lapszemle: (97—98. oldal.)

Vegyes hírek, Hetirend: (98—100. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Kiváltó eljárások syphilitikus betegeken.

Irta: Szodoray Lajos dr. és Faragó László dr.

Ismeretes, hogy lappangó syphilitikusban szenvedők negatív complementkötési reakcióját bizonyos eljárások rövidebb-hosszabb időre pozitívvá változtathatják. Ezt a tényt úgyszólván egyidőben *Milian* és *Gennerich* ismerték fel (1910). Ez az eljárás, az ú. n. provocatio vagy reactivatio—kiváltás, fajlagos, mint azt régebben *Boas* és *Kissmeyer*, újabban többek között *Ohashi* vizsgálatai is bizonyítják. Ennek az eljárásnak a syphilitikus ú. n. késői, lappangási szakában van a legnagyobb gyakorlati jelentősége. E szakban végzett kiváltások pozitívitasának gyakorisága, az egyes szerzők adatai szerint elég nagy különbséget mutat. *Milian* és *Girauld* 1911-ben végzett vizsgálataik során 99 késői lappangási szakban lévő syphilitikus egyén savója közül 54-ben észleltek kiváltás után pozitív complementkötési reakciót. *Guszman* ugyanebben a szakban tejprovocatio után 23%-ban, *Heft* 12%-ban, *Almeida* 47%-ban, *Rajka* „provocatin” kiváltás után korai és késői lappangási szakban 110 vizsgált eset közül 17 esetben kapott pozitív reakciót. Újabban az először használt arsenobenzolkészítmények, majd a később alkalmazott bismuth, higany, tej, typhusvaccina, stb. végzett kiváltó eljárások mellett, számos más eljárást is alkalmaznak. *Schreyer* pajzsmirigykivonattal kombinált arsenobenzolkészítményekkel, *Masazza* és *Fajella* sajátvérfecskendezések mellett diathermiás és rövidhullámokkal végzett átmelegítésekkel, *Rajka* quarzfénybesugárzás utáni adrenalin és izomkivonat-befecskendezésekkel (provocatin), *Lisi* organluetinnal végeztek kiváltásokat. Legújában *Grüneberg* kiváltás céljára pallidavaccinát (Palligén) fecskendez venába. Palligénnel *Schreus* is végzett kiváltásokat és idevonatkozó vizsgálatainak beszámolójában kifejti, hogy a késői lappangási szakban lévő betegeken nyert tartós pozitív kiváltási eredmény még fennálló syphilitikus folyamatra mutat, míg a negatív kiváltási eredmény még nem jelenti mindig a biztos gyógyulást. Ezek az utóbbi eljárások az arsenobenzolkészítmények, bismuth és tejjel történő kiváltási eljárások mellett a gyakorlatban nem

honosítottak meg. *Milian* régebbi tapasztalatai mellett újabban *Ohashi* és *Almeida* összehasonlító vizsgálatai alapján arsenobenzolkészítményekkel történő kiváltást helyezik előtérbe. *Moskvin* és *Gest* az adrenalin-kiváltástól nem láttak feltűnően jobb eredményeket.

A gyakorlatban aránylag kevés figyelmet fordítanak a kiváltás tartamára és még kevésbé annak jelentkezési idejére. *Milian* mutatott rá először, hogy a reactivatio megjelenése csak ritkábban történik hirtelelenül, legtöbbször a complementkötés erőssége a savóban a kiváltás után fokozatosan emelkedik és tartama néhány naptól néhány hónapig változhat. Észletei szerint a complementkötés erősségének maximuma leggyakrabban a kiváltás utáni ötödik napon jeletkezik és tartama néhány naptól, néhány hónapig változhat. Ezért ajánlja, hogy a serologiai vizsgálatot a provocatio utáni 5., 15. és 25. napon ismételtén végezzük el. Az ő nyomán *Zieler*, *Perkel*, *Guszman*, *Moskvin* és mások szintén többször végeznek serologiai vizsgálatot a provocatiót követően.

73 késői lappangási szakban lévő syphilitikus betegen végeztünk kiváltást, akik már antisiphilitikus kezelésben részesültek és vérsavójukban a serologiai reakciók tartósan negatívnak mutatkoztak. A végzett kezelésre vonatkozólag beteganyagunkat 3 csoportra osztottuk, hogy ebből a szempontból is megvizsgálhassuk a seroreakciók pozitívvá válását a kiváltás után. Az első csoportba azokat soroltuk, akik elégséges kezelésben részesültek, azaz legalább 20 g. arsenobenzolkészítményt és 60 bismuth-befecskendezést kaptak. A második csoportba azokat a betegeket soroztuk, akik elégtelen, arsenobenzol-készítményekkel kombinált kezelésben, azaz nem megfelelő számú kúrában részesültek. A harmadik csoportba azok kerültek, akik valamely oknál fogva arsenobenzol-készítményeket egyáltalán nem, vagy csak csekély mennyiségben kaptak.

A kiváltást 42 esetben 0.30 g. arsenobenzolkészítménnyel, 15 esetben 2 bismuth befecskendezéssel és 15 esetben 3 ccm tejnek izomközé-fecskendezésével végeztük. A *Milian*-féle sémát nagyjában követve a kiváltás utáni harmadik napon végeztük az első serologiai vizsgálatot, a következő hármát ezt követőleg hetenként, ami annyit jelent, hogy a betegek a kiváltás után 24 napig állottak serologiai ellenőrzés alatt. Ezekkel az eljárásokkal párhuzamosan 9 esetben végeztük a *Rajka* ajánlotta quarzfénybesugárzás utáni adrenalin-befecskendezéssel történő kiváltást is, oly módon, hogy

az általános besugárzás után félórával a betegnek $\frac{1}{2}$ ccm, 1%-os adrenalinoldatot fecskendeztünk bőr alá, majd néhány perc múlva végeztük el a vénapunctiót.

A 73 vizsgált eset közül 29 esetben észleltük az addig negativ complementkötési reakció pozitívra válását, 43 esetben a reakciók negativok maradtak, 1 esetben pedig —, amelyben a kiváltás előtt az egyik labilitási reactio gyengén positiv volt — ez a kiváltás után negativvá vált. Positiv provocatióknak csak azokat az eseteket számítottuk, amelyekben előző teljes negativ serologiai reakciók ++ erősségű positivitást mutattak. A serologiai reakciók, (melyeket *Borza G. dr.* tanársegéd volt szíves elvégezni, aki eseteinket nem ismerve és vizsgálataink folyásáról, ill. ezek részleteiről nem volt informálva), a két antigennel végzett Wassermann reakción kívül a Kahn reakciót, a Meinicke feltisztulási és a Müller csomósodási reakciót foglalták magukba.

A 29 kiváltás utáni positiv reactio a végzett kezelése szempontjából a következőképpen oszlott meg: a 35 elégséges kezelésben részesült beteg közül 13 savójában provocatio után positivvá váltak a serologiai reakciók, 22 pedig negativ maradt. 20 elégtelen kezelést végzett beteg savója közül 9 mutatott positiv, 11 negativ reactiót. 17 hiányosan kezelté közül 7 volt positiv és 10 negativ. Ezek szerint vizsgált eseteinkben a végzett kezelése minősége nem látszott szembetűnő befolyást gyakorolni a kiváltási eredményekre.

A kiváltás eredményességére lényegesebb befolyása volt a kiváltó eljárás milyenségének. Arzenobenzolkészítményekkel 46, bismuthkészítményekkel 15, telbefecskendezésekkel 15 beteget provocáltunk. 9 negativ eredménnyel végződött salvarsan, ill. bismuthprovocatio után ugyanazon betegeken megkíséreltük a *Rajka* ajánlotta eljárást is. A 46 arzenobenzolkiváltás közül 17, a 15 bismuthkiváltás közül 4, a 15 tejkiváltás közül 8 mutatott positiv eredményt. A legtöbb positiv reactiót a tejjel történő kiváltások után, a legkevesebbet a bismuthkiváltások után láttuk. A 9 *Rajka*-féle kiváltás, melyet, mint említettük negativ eredménnyel végződött kiváltások után bizonyos idő múlva végeztünk, szintén negativ eredményt adott.

A 73 vizsgált eset közül 29 positiv kiváltás jelentkezése százalékarányban kifejezve 39.7%-nak felel meg, mely eredmény szembeállítva *Milian*-nak az 1910-es évben nyert 54.6%-os arányszámmal, kedvezőbbnek mondható, az újabb adatok szerint azonban elég magas százalékarányt jelent.

Kiváltási vizsgálataink során főszempontunk volt annak a körülménynek megfigyelése, hogy mennyiben van jelentősége a már *Milian* ajánlotta ismételt serologiai vizsgálatoknak a kiváltás után. Ebből a szempontból a 29 eredményes kiváltásunk a következőképpen oszlott meg: 11 mutatott már az első hét közepén (4—5 nappal a kiváltás után) legerősebb positivitást, ezzel szemben 8 esetben csak a tizedik napon, 8 esetben a tizenhetedik és 2 esetben csak a huszonharmadik napon mutatkozott a legerősebb serologiai positivitás. Tehát eseteink nagyobb részében csak a tizedik napon, ill. ez után jelentkezett a maximalis positivitás. Itt még megjegyezzük, hogy az ú. n. késői reactivatio (*Milian*) mindhárom, általunk alkalmazott kiváltási eljárásban megközelítőleg egyforma arányban jelentkezett, így tehát a kiváltó eljárásnak ennek megjelenésére feltűnőbb befolyása nem volt és ez a kiváltó eljárástól nem, vagy csak kismértékben függ. Ezeknek a később jelentkező, kiváltás utáni positiv serologiai reakciók kimutatása céljából szükségesnek látszik, hogy a kiváltás után több ízben (3—4 heti idő alatt) ismételjük meg a serologiai vizsgálatot.

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

Néhány szó a férfi nemi hormonjairól.

Irta: *Kasztriner Iván dr.*, egyetemi tanársegéd.

Az aggkor határához közeledő férfiakon a nemi tevékenység hanyatlásával, ill. megszűnésével párhuzamosan különféle physiologiai zavarok is keletkeznek. Ebben a korban, melyet igen találóan férfiúi klimakteriumnak nevezhetünk, a hallás és látás eltompulásán kívül vizeleési panaszok is jelentkezhetnek. Ennek oka legnagyobb részben a dülmirigy-túltengés. Szinte paradoxhatású az a megállapítás, hogy egy olyan kor betegségének, amely egyébként az általános visszafejlődés és sorvadás korszakának nevezhető, hypertrophia legyen az oka. Illyés szerint a hypertrophia mindig csak részleges, mely a húgycső körül, illetve abból a mirigyrészből indul ki, amely a colliculus seminalis és a vas deferens előtt van, úgy, hogy a túltengett rész, az úgynevezett középlebenynek felel meg. A prostatektomia, melyet túltengés esetén végzünk, eszerint csak a prostata részleges kiirtása. A vas deferens által átfurt részt a túltengés összenyomja. Az összenyomott ép rész a vas deferensszel és a colliculus seminalis-szal prostatektomia esetén visszamarad és mint későbbi vizsgálatokkal megállapítható, a nyomás alól felszabadulván, lassan magához tér. Tapintáskor rendes prostata leletét adja. Mindezt azért mondtam el, mert így érthetjük meg, hogy műtétek után, illetőleg előtt, sőt inoperabilis esetekben miért lehet a sexualpathologikus eljárások javításában a hormontherápiának szerepe.

A nemi hormonokkal kapcsolatban az urologusnak nagy megfigyelési lehetősége van. A neurologia és elme-kórtan, valamint az urologia határterületén járó beteg gyakran keresi fel a hugyivarszervek szakorvosát impotentia coeundi, ill. psychica, neurasthenia sexualis, ejaculatio praecox, satiriasis, priapismus, dementia senilis, epididymitis erotica, enuresis nocturna, marasmus senilis, tabes dorsalis és paralysis stb., ill. hypertrophia prostaticae, induratio penis plastica stb. okozta panaszok miatt.

Az irodalom áttanulmányozásával igen sok előnyös vélemény közlésével találkozunk. Pl.: Erdélyi V. (Wien Med. Wschr. 1937. 51.) inoperabilis prostatahypertrophia eseteiben, valamint műtétek előtt sikerrel alkalmazta a férfi hormont, Androstin alakjában. W. Pollak (Med. Kl. 1938. 4.) összefoglaló közleményében megállapítja, hogy Androstin kúra után a residuális vizelet csökkent, vizeleési ingerek ritkábban mutatkoznak s a dülmirigy-túltengés vitálisan veszélyes tünetei megszűntek. Ez adatokkal egyértelműen nyilatkozik közleményében J. Frisch is. (Aerzt. Korresp. 1938. 5.). G. Schmitz (Deutsch. Med. Wschr. 1937. 6.) Perandrennel, synthetikus férfi hormonnal szüntette meg a prostatahypertrophiások panaszait. R. Day és munkatársai (Amer. J. Surg. 1938. 1.) 100 kcm residuumot meg nem haladó prostatahypertrophiásokon Perandrennel igen nagy százalékban lényeges javulást ért el. Az irodalom tanúsága szerint a férfi hormonokat prostatahypertrophián kívül, miként ez Mitterdorfer A. (Wien. Med. Wschr. 1936. 36—37.) közleményéből is kitűnik, — sexualis neurasthenia, valamint lelki depressziók esetén igen jó eredménnyel alkalmazták. F. Klein (Med. Klin. 1938. 7.) a férfiklimakteriumban 50 éves embereknek adta a Perandrent, melynek hatására lényeges lelki és testi felfrissülés nyilvánult meg.

E hormonokkal való kezelés csak a legutóbbi időben nyert a gyógyászatban lényegesebb alkalmazást. Első időben hereösszkivonatokkal dolgoztak. 1931-ben Butenandt és Tschering vizeletből androsteront izoláltak, majd 1935-ben Laqueur felfedezte a herében a testoszon. Ezen izolált hormonok hatása azonban sokkal erősebben kifejezésre jutott, ha azokat esterifikálták. Megállapították K. Mischer és munkatársai, hogy leghatásosabb a propionsavas ester. Ez idő óta a férfi hormonkészítmények egész serege került forgalomba. Ezeket három csoportba oszthatnánk. Az elsőbe a természetes készítmények kerülnének, melyek hereösszkivonatok, s így a Leyding-féle interstitialis sejtek produktumait is tartalmazzák. Ezek közül legfontosabbak a következők: androstin, androfort, erugon, hombraol, spermin, testiculi, testosin. A második csoportba a szintetikus készítmények kerülnének: perandren, neohombraol, testoviron stb. és a legújabb időben anertan. A harmadik csoportba az anyagcsere- és egyéb anyagokat tartalmaznak. A fontosabbak: antetestin, hormogland, juvenin, polyglandol, protestin, roborotesticuli, testogan, testifortan, yohistrin.

Mi az androstint és a perandrent használtuk. Az androstin hereösszkivonat, mely A. ampullákban a here vizében, B. ampullákban a here olajban oldódó alkatrészeit tartalmazza. Az A. ampullák a nemi szervekre hyperaemizálólag hatnak és ezáltal a vérrel jobban ellátott here több hormont termel, ami aztán a belső secretiós szervekre serkentő hatást fejt ki. A B. ampullák az általában férfi-hormonnak nevezett hatóanyagot tartalmazzák. Az androstin tablettákban mindké anyag szerepel. A perandren az imént említett testoszonpropionat olajos oldata, mely kcm-kint 5.10 és 25 mg hatóanyagot tartalmaz.

A fenti hormonokkal kezelt eseteinket táblázatban állítottuk össze:

	Esetek száma	Eredményes kezelés	Eredménytelen
Climakterium virile	8	8	—
Marasmus senilis	7	6	1
Incontinentia urinae	12	12	—
Dementia senilis	2	2	—
Imbecillitas	2	2	—
Tabes dorsalis	15	10	5
Tabo-paralysis	2	1	1
Enuresis nocturna	3	2	1
Impotentia psychica	10	8	2
Induratio penis plastica	1	1	—
Hypoplasia testis + infantilisimus	1	1	—
Prostatahypertrophia I. st.	15	15	—
„ II. „	3	3	—
„ III. „	5	5	—
„ + vasektomia	2	2	—
„ + prostatekt.	6	6	—
Összesen :	94	84	10

Tehát 94 esetünk közül 10 esetben volt a kezelés eredménytelen.

A klimakterium virilében szenvedő egyénekben főleg az öregkori sexualis és vizeleti panaszokra voltam tekintettel. Itt részben per os, részben pedig intramuscularis befecskendezések alakjában adtam az androstint. Az adagolás szigorúan az egyén állapota szerint történt; volt olyan betegem, aki naponta 3×1 tablettát, de volt olyan is, aki naponta 3×3 tablettát és ezenkívül másodnaponként felváltva 1—1 androstin injectiót is kapott. Mind a 8 kezelt esetben határozott felgyógyulást és egy 68 éves egyénnel pedig merevedést is, ill. a potentia coeundi fokozódását tapasztaltam.

A marasmus senilis, az incontinentia urinae és a dementia senilis eseteit összekapcsolom, mivel ezek egymásba folynak; a tünetek átmenetet képeznek. 21 betegnek — egy kivételével — az androstin tabletták és injectiók adagolása után erőbeli állapota, hangulata, közérzete nagymértékben javult. Az incontinentia 6 esetben teljesen megszűnt, 10 esetben erősen csökkent.

A 2 inbecilis beteg vizeleti ingerei a 20 ampullából álló androstin-, perandren-kúra után, mikor is a betegek neponta felváltva A., ill. B. androstin és 5 mg-os perandren injectiót kaptak, csökkentek. Tabes dorsalis ét tabo-paralysis 17 esetünk közül 6-on a kezelés eredménytelen volt. 7 kezdődő tabesben a vizeleti panaszok teljesen megszűntek. A fájdalmas, imperatív vizeleti ingerek 3 második szakban lévő tabeses betegünkön sem jelentkeztek többé. 1 tabo-paralysisben a kezelés után a hatás szintén a kínzó vizeleti ingerek elmaradásában nyilatkozott meg. A másik tabo-paralysissal javulást nem tudtunk elérni. A betegek másodnaponta egy 5 mg-os perandren injectiót és a közbeeső napokon 3×1 androstin tablettát kaptak.

Három enuresis nocturnában szenvedő ambulanter jelentkezett gyermek közül kettőn a két hónapon át másodnaponta adott androstin injectiók után az ágyba-vizelés meggritkulását jelentették.

A 10 impotentia psychikával kezelt betegünk közül 8-on az individuumból függően hosszabb, vagy rövidebb időn keresztül alkalmazott androstin-perandren kúra s megfelelő psychotherapia a gátlások csökkenését, ill. a rendes nemi élet felvételét eredményezte.

Az induratio penis plastica esetében a fájdalmas merevedések a 2 héten át naponta adott 5 mg-os perandren injectiókra megszűntek.

A 23 ambulans és 8 fekvő dűlmirigy-tútelégéses betegünkön a következőket észleltük. A tútelégés mindhárom szakában a conservatív kezelés mellett hormonokat is alkalmaztunk. A 15 első szakban lévő betegnek másodnaponként felváltva 1—1 androstin injectiót izomba és a közbeeső napokon 3×1 androstin tablettát adagoltunk; az egyidejűleg alkalmazott helyi kezelés mellett 3—4 napon belül a vizelet tisztult és a betegek a gyakori vizeleti ingerek ritkulásáról számoltak be. A 3 veseelégtelenségben szenvedő, állandó katheterrel, ill. katheter élelet élő (magukat csapoló) ambulans betegünkön is feltűnő javulást észleltünk. 5 esetben a totalis retentio a hormonkezelésre 2—300 ccm residuumra csökkent.

A műtéten átesett prostatahypertrophias betegekben (2 vasektomia, 6 prostatektomia) is igen kedvező eredménnyel alkalmaztuk e therapiát, miként az az alatt két kórtörténetből is kitűnik.

74 éves férfi, 1938 tavaszán totalis retentióval kereste fel a klinikát. Kínzó, fájdalmas vizeleti ingerek. 3 ízben trans-urethralis prostatearesectio. Állandó katheter berögzítés. Hólyagtükrözés. Körkörösben bedomborodó, vizenyős sphincter-szél, közepén mély vajú, hátsó fal gerendázott. Az ureterszájadékok nem láthatók. Per rectum nagy zöldsőnyű bedomborodó, újjal alig körüljárható, tömöttebb prostata. Jó veseműködés. Mellkasi szervek épek. 4 nap múlva prostatektomia. A műtét utáni napon 2 perandren injectiót á 5 mg adunk. Utána naponta 1 perandren inj. á 5 mg, és 3×5 androstin tabl. A beteg a 10. napon fenn jár; a 11. napon katheter nélkül vizelet. Elmondja, hogy az injectiók után felgyógyulást, élénkséget érzett.

78 éves férfi. 1938 őszén kereste fel a klinikát. A functionális vizsgálaton kitűnt, hogy veseelégtelenségben szenved, tehát fennálló dűlmirigy-tútelégése nem operálható. Katheter élelet él. Nemrég lefolyt mellékheregyulladás miatt 5 nap múlva kétoldali vasektomiát végzünk. Műtét után bronchitis jelentkezik. Ettől kezdve naponta 3×2 androstin tablettát adagolunk. A 7. és 8. napon A és B androstin injectiókat kap. A leromlott, insufficiens beteg a hor-

monkezelés után *spontan* fokozott jó közérzetről számol be. Vizeleti ingercsökkenés mutatható ki, sőt keveset önként vizelet.

A nemi hormontherápia talán villamos reflector, mely a jövőbe világít; megjelöli azt az utat, amelyen a szakembereknek, elsősorban a sebész, urologus, neurologus, sőt pszichiater kartársaknak haladni érdeems. Bizonyos húgyszervi betegségekben a férfihormon a sebész kését nem teszi nélkülözhetővé, de hathatósan támogatja. A magyar és külföldi készítmények mellett az androstin és parandren az orvos kezében kiváló gyógyító tényező, melyek az urologiában a klimakterium virile, a prostatások kínzó vizeleti panaszainak csökkentése, stb. fontos szerepet játszanak.

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

Csecsemő széngázmérgezése.

Irta: Blaszó Sándor dr.

A széngázmérgezés tünetei főleg a gáz töménységétől s a belélegzés időtartamától függenek, de egyéni érzékenység s az életkor is szerepet játszhatnak. A kor befolyása különösen a csecsemőkorból látszik valószínűnek, mert várható, hogy a mérgezés idegrendszeri tünetei annak fejletlensége miatt módosulnak.

Felnőtteken a széngáz 1:10.000 higitásban fejfájást, szédülést okozhat, 1:3000 higitásban, ha a belélegzés több órán át történt, már a súlyos mérgezés változatos, főképp idegrendszeri tüneteit idézi elő és esetleg halálos is lehet; az 1:100 arányban széngáz tartalmazó levegő belégzésére igen gyorsan következik be a halál.

Hogy a csecsemők hogyan viselkednek, erre nézve eltérők a vélemények. Egyesek szerint érzékenységük nagyobb, mások szerint kisebb. A leírt csecsemőkori heveny széngázmérgezések száma egyébként igen csekély, úgy, hogy határozott képtünk a mérgezés formájáról alig van. A rendelkezésre álló adatok alapján általában eszméletlenség, fokozott liquornyomás, tarkómerevség, pupillamerevség az, ami a heveny mérgezést jellemezheti. A legtöbb csecsemőkori mérgezés-eset, amelyet leírva találunk, inkább chronicus intoxicáció.

A következőkben egy klinikánkon észlelt acut széngázmérgezésről számolunk be, amely felnőttön is ritka idegrendszeri tünetekkel járt.

Egyik hidegebb novemberi éjjelen 8 hetes, 4200 g-s csecsemőt hoznak klinikánkra. Előadják, hogy ma költöztek új lakásukba, este befűtöttek s azt vették észre, hogy a kályhából és a kéményből a füst visszacsap. Erre a szobát jól kiszellőztették. A tűz tovább égett s a kályha már nem is füstölt. Kb. 11 órakor lefeküdtek. Éjjel fél 1—1 óra tájban az anya arra ébredt, hogy igen kellemetlen szénfüst van a lakásban. Lámpát gyújtva ijedten látja, hogy mellette fekvő csecsemője sápadt, igen nehezen lélezkedik és lábát, kezét időnkint rángatja. A másik két gyermeknek látszólag semmi baja. Ajtót, ablakot tárva, kiszellőztetnek, a csecsemő azonban egyre rosszabbul lesz s ezért a klinikára hozzák.

A jól fejlett, teljesen eszméletlen, halottsápadt, enyhén szederjes csecsemő lábán, kezén időnkint görcsös rángatózás észlelhető. Légzése szakadozott, igen felülettes, pulsus 70—80, alig tapintható, szívhangok alig hallhatók. Hőmérséke 37 C°. Szeme nyitva van, megtört fényű, fényre, egyéb ingerre nem reagál, pupillája

merev. A kutacs besüppedt. Az izomzat erősen hypertoniás, a végtagok merevek, a törzs izomzata is rigid, erős trismus, úgy, hogy nem is lehet a száját kinyitni. Reflexei igen élénkek. Azonnal cardiazolt adunk bórálá, majd gyűjtőérbe Ringer- és szőlőcukor-oldatot, cardiazolt és lobelint. Az injectio az erek collapsusa miatt csak nagy ügyel-bajjal végezhető el. A leírt beavatkozások után a légzés szabályossá válik, bár még felülettes, a szív működés erősebb, a pulsus teltebb s jó ritmusú lesz, a bőr azonban továbbra is sápadt, szintelen marad, a nyálkahártyák is szederjesek. A csecsemő eszméletét nem nyeri vissza, a szem még mindig mereven nyitott, a pupillák nem reagálnak.

Reggel a csecsemő még eszméletlen, légzése felülettes. Szív működése aránylag jó. 40 ccm vért bocsátunk le, helyébe 40 ccm felnőttvért és 30 ccm Ringer-oldatot adunk érbe, láthatólag jó hatással. Délutántól szemét időnkint már behunyja. A vérben sikerül a szénmonoxyd-haemoglobinra jellemző adsorbtiós csíkot kimutatnunk.

Másnap még mindig nagyon sápadt, szederjes, de pupillái már tágabbak s egy keveset szopik is. Ismétleten transfusiót és dextrosét kap. Izommerevsége még tart. A következő napokban már ez is enged, trismus megszűnik, az eszmélet visszatér, a bőr jó színű lesz. A negyedik naptól gyors javulás, úgy, hogy a felvétel utáni 6. napon a csecsemőt kislókú izommerevségtől eltekintve, gyógyultan hazaadjuk. Ellenőrzés 6 hét múlva: a csecsemő kifogástalanul van, izomtonusa rendes.

Esetünk ismertetésével a szénmonoxyd-mérgezés két fontosabb kérdéséhez szeretnénk adatot szolgáltatni. Az első kérdés a mérgezés típusára, a második pedig a csecsemőkornak a mérgezéssel szembeni érzékenységére vonatkozik.

Az előzmény adatai szerint a csecsemő egész rövid ideig lehetett a mérgező levegőben, a körkép viszont igen súlyos volt. Ezek szerint heveny vagy akár hyperacut mérgezésről beszélhetünk. Ennek megfelelnek a tünetei is, amelyek a felnőttek nem is annyira heveny, mint inkább hyperacut mérgezési körképére emlékeztetnek: *izomrigiditás, hyperreflexia, trismus*. A mi esetünkben feltűnő volt még a napokig tartó eszméletlenség, a merev tekintet s a szűk, nem reagáló pupilla. Az eddig leírt esetekben mindig szereplő liquornyomás-fokozódást nem észleltük, sőt a kutacs inkább enyhén besüppedt volt.

Ami a szénmonoxyd iránti érzékenységet illeti, esetünk megbízható adattal szolgálhat. A csecsemő két testvérenek és a szülőknek bár teljesen hasonló körülmények között voltak, alig esett bajuk, a csecsemő érzékenysége tehát határozottan nagyobb volt. Hogy ez a fokozott érzékenység koradta-e vagy csupán egyéni, ezt tekintettel éppen az ellentétes irodalmi adatokra, egyetlen megfigyelésünkkel eldönteni nem tudjuk.

Dr. Szontagh: Szanatóriumok és gyógypalota UJTÁTRAFÜRED

Egész évi üzem. Igazgató: Dr. Szontagh Miklós
Felvilágosítás: Tátra Iroda, Budapest, V., Dorottya-u. 5-7.

A Pesti Izr. Hítk. Kórháza orr.- gége, fülosztályának közleménye. (Oszályos főorvos: Pollatschek Elemér egyetemi m. tanár.)

Ozaena és diphtheria.

Irta: Czigler Pál dr.

Ozaenás betegek orrváladékát bakteriologialag vizsgálva, az ott található bakteriumok három csoportba sorozhatók: Perez-féle coccobacillusok, Friedländer-Abel féle tokos bacillus-féleség és diphtheroid bacillusok. Elsővel vaccinálási gyógyítási eljárásokat végeztek Hofer, Hofer-Koffler, Pollatschek Elemér és mások is.

Az utolsó csoportba tartozó bakteriumféleség, úgy vélem, talán az eddig neki tulajdonítottnál nagyobb figyelmet érdemel, nemcsak azért, mert az ozaenás betegek nagy részében előfordul, de a diphtheroid agglutinációs titer emelkedése miatt ozaenások vérében és alábbiakban közölt esetünk kapcsán diphtheria gyógyszeres minimalis dosisával elért gyógyeredmény miatt is. A diphtheroid bacillusok direct készítményen is észlelhetők, de agar-agar és még inkább Löffler-féle táptalajon gyakrabban mutathatók ki és Ernst-Babes szemcsékkel bíró typosos diphtheroid bacillusok képét mutatják. Brzosko ozaenás betegeknél 52 eset közül 50-ben, Iwanowa 45%-ban, Hütten és Kliewe nagy anyagon végzett vizsgálataiban 49%-ban találtak diphtheroid bacillusokat az orrváladékban, más szerzők még nagyobb számban.

Az ozaenás orrnyálkahártya beszáradt váladékával kitűnő táptalaj a legkülönbözőbb bakteriumok megtelepedésére. Elképzelhető volna tehát az a lehetőség, hogy nevezett bakteriumok secundaer úton telepedtek ott meg. Az a tény azonban, hogy diphtheroid bacillusok az ozaenás betegek orrváladékában az esetek nagy részében kimutathatók, egészségeseknél vagy más orrbetegség esetében nem vagy ritkán a secundaer megtelepedés ellen és amellet látszik szólni, hogy esetleg valami szerepük lehet nevezett bakteriumoknak az ozaena kifejlődésében.

Az ozaenásoknál előforduló nevezett bakteriumféleség morfológiailag teljesen azonosnak látszik a Löffler-féle diphtheria-bacillussal, azonban állatkísérletben tengerimalacra nem pathogen. Ezek alapján kizárhatjuk a virulens Löffler-törzs jelenlétét és kétféle lehetőség marad számunkra. Vagy avirulens saprophyta pseudodiphtheria törzssel van dolgunk, amely secundaer módon telepedett meg az ozaenás pörkökön, vagy pathogén, de toxicitását valamilyen oknál fogva elveszített, illetőleg csökkent toxicitású valódi diphtheria bacillussal.

A pseudodiphtheria felfogás mellett szólna az, hogy egyes szerzők egészséges orr-nyálkahártyákon morfológiailag hasonló bakteriumokat mutattak ki, anélkül, hogy azok az egyénen az ozaéhoz hasonló megbetegedést idéztek volna elő, illetőleg a diphtheria jellemző serologiai, illetőleg agglutinációs jeleket mutattak volna fel.

A második felfogás mellett, tehát hogy valódi, toxicitásában gyengített diphtheria bacillussal van dolgunk, több tény szól:

1. Ozaenás betegekben a diphtheria antitoxin-titer a vérben többnyire emelkedett.

2. Az ozaenás váladékból izolált kilenc corynebakteriumtörzs morfológiailag hasonló volt a Löffler-bacillusokhoz és diphtheria-serummal összehúzza pozitív agglutinációt adott.

3. Diphtheria-anatoxinnal, diphtheria-bouillon adagolásával és nagy adag diphtheria serum alkalmazásával

bizonyos eredményeket értek el az ozaena gyógyítása terén és végül,

4. Saját észlelésünk szerint minimális dózis diphtheria-elleni serum alkalmazásával sikerült maradandóan meggyógyítanunk az orrváladékban diphtheroid bacillusokat tartalmazó ozaenás beteget, olyanformán, hogy a bacillusok eltűntek, az ozaenás tünetek visszafejlődtek és hosszú idei észlelés után sem tértek vissza.

Az ozaenások nagyrészen ki lehet mutatni előző gyermekkori fertőző betegséget és a betegek, vagy hozzátartozók körülbelül ebben az időben jelölik meg a betegség kezdeti tüneteit, amelyek gyakran 10—15 évre nyúlnak vissza, anélkül, hogy kezdetben náthán kívül nagyobb kellemetlenséget okoznának. Még nincs bebizonyítva, hogy a gyermekkori fertőző betegségek készítik-e elő a beteg orrnyálkahártyát arra, hogy virulentiájában gyengített diphtheria-törzset befogadjon. Egyes szerzők szerint a diphtheria-toxinok felszívódva nyálkahártya-atropiát idéznek elő, mások pedig azt állítják, hogy említett toxinok vasomotorbénítás, a ganglion sphenopalatinumra gyakorolt hatásuk révén hoznak létre orrnyálkahártya-atropiát. Bármiképpen legyen is a dolog, úgy látszik, hogy talán a diphtheriának mégis van valami szerepe az ozaena kifejlődésében és ezért úgy vélem, nem lesz érdektelen a kérdés megítélése szempontjából, ha az alábbi kórtörténetet, ahol ozaenának maradandó gyógyulását értem el antidiphtherias serum kis adagjának egyszeri parenteralis alkalmazásával, röviden ismertetem.

B. M. 17 éves leány, két év óta kellemetlen szagot érez orrában, erős orrfúvára száraz, sárgás, bűzös váladékdarabok ürülnek. Elmondja, hogy kilenc évvel ezelőtt vörhenye volt. Azóta úgyszólván állandóan náthás. Néhány év múlva észrevette, hogy orrából időnként darabos, sárgás váladék ürül.

Megtekintve a beteget, tömpe orrot látunk, kissé süppedt orrháttal. Belgyógyászati vizsgálat semmi eltérést nem mutat. Az orr vizsgálatát elvégezve, azt látjuk, hogy mindkét, de különösen baloldalt tág orrjáratok találhatóak. Az orrsövény jobbra hajlott. Mindkétoldalt látszik a hátsó garatfal. Az orrjáratokban, de legfőképpen a baloldali középső orrjáratban bőséges, összeálló sárgás-zöld beszáradt váladék. A kagylók atrophizáltak, az azokat borító nyálkahártya fényét vesztett, helyenként pörkökkel fedett. Mindkét oldali Highmor-üreg punctiója, valamint a melléküregekről és rosta-sejtekről készült röntgenfelvétel sem mutatott elváltozást.

A beszáradt orrváladékból készült direct készítmény, valamint agar-agar tenyészet eredménye azt mutatta, hogy „a tenyészetben sok Babes-Ernst szemcsékkel bíró pálcikák voltak. A kultura tengerimalacba oltva, elváltozást nem okozott. (Toxicitási próba negatív).”

A szokásos jód-jódkáli-glycerin tamponokat vezettük be naponta az orrjáratokba, 10 percig benthagyván azokat. A bakteriumlelet hosszú kezelés után is változatlan maradt. E kezelés befejezése után glucose-por befúvatást végeztünk kétszer napjában az orrjáratokba. Kétheti kezelés után bőséges savós váladékozás indult meg, de a pörkképződés is változatlanul tovább tartott, a bakteriologiai lelet nem változott. Ekkor újabb két héten át yoghurtot alkalmaztunk localisan, kétszer napjában eredménytelenül. Ezután 20.000 AE diphtheria elleni serumot alkalmaztunk ecsetelés formájában másodnapként az orrjáratban, de eredményt nem tudtunk elérni.

Végül 1.000 AE diphtheria elleni serumot injiciáltunk intramuscularisan. Az injectiót követő napon a nyálkahártya duzzadtabb, kevés savós váladék ürül, pörkök egyáltalán nem láthatók. Bakteriologiai vizsgálattal a bacillusok tenyészetben sem voltak kimutathatók. E vizsgálatot többször megismételve, egy esetben sem találtunk diphtheria-bacillust. Két hónap múlva az orr nyálkahártyái simák, fénylők, tükrözők, élénkvrös színűek. A kagylók duzzadtabbak, beszáradt pörknek a legszorgosabb vizsgálat ellenére sem akadunk nyomára. Újabb két hó múlva normalis duzzadt fénylő nyálkahártya, semmi váladék. Bakteriologiai lelet ismételtén negatív. Azóta hosszabb észlelési idő telt el és betegsége a mai napig sem tért vissza.

Az a tény, hogy a folyamatot localis kezelési eljárásokkal nem tudtuk gyógyulásra bírni, illetőleg a bakterium-flórát nem tudtuk befolyásolni olyan értelemben, hogy a diphtheroid bacillusok eltűnjenek, azon felfogás ellen szól, hogy a nevezett bakteriumok pseudodiphtheria bacillusok, amelyek secundaer úton telepedtek meg a nyálkahártyán.

E felfogás ellen és a folyamatnak a diphtheriával összefüggése mellett szól még az a tény is, hogy 1.000 AE, tehát minimalis adag diphtheria immun-serum egyszeri parenteralis alkalmazására a diphtheria bacillusok gyorsan eltűntek a váladékból és a folyamat maradandóan javult. Végül nem utolsó sorban említésre méltó az a körülmény, hogy a bakterologiai vizsgálattal kimutatott bakteriumfeleség morphologiailag a Löffler-bacillusal, nem pedig a pseudodiphtheria-törzsek valamelyikével látszott azonosnak. Minthogy azonban állatkísérletben nem bizonyult a talált bakteriumfeleség toxikusnak, minden valószínűség szerint egy csökkent virulentiájú diphtheria-törzsszel volt dolgunk.

További tapasztalatok mutatják meg, hogy az ozaena kifejlődésében a diphtheria-bacillus aetiologiai factorként szerepel-e és ha igen, nem volnának-e gyógyíthatók ozaenás betegségek diphtheria immun-serum parenteralis alkalmazásával.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye. (Igazgató: Ruzsnyák István ny. r. tanár.)

A pneumonia újabb chemotherapiája.

Irta: Soóky Erzsébet dr., egyetemi tanársegéd.

1935 óta, miután Domagk a sulfamid vegyületek streptococcusfertőzés elleni jó hatását kimutatta, igen sok kísérlet indult meg arranézve, hogy a sulfamidoknak és nagyszámban előállított rokonvegyületeinek milyen hatása van más bakteriumos fertőzésekre. Többben hatásukat a különböző pneumococcusokra is kipróbálták s különösen az *Ewins-Philipps* által előállított para-aminobenzol-sulfaminopyridint alkalmazták sikerrel, melyben a sulfamidgyök egyik H-atomját egy basikus pyridingyűrű helyettesíti. 1938-ban *Whitby* arról számolt be, hogy az új vegyület különösen az I., VII., és VIII. csoportba tartozó pneumococcusokra a leghatásosabb, de nem hatásos a többire sem és lényegesen kisebb adagokban alkalmazható, mint az eddigi sulfamidvegyületek, mert azoknál sokkal hatásosabb és kevésbé toxikus. E közlemény után az angol, majd francia szerzők egész sora közölte megfigyeléseit és jó eredményeit és csaknem kivétel nélkül arra a megállapításra jutottak, hogy az új gyógyszer a pneumonia halálozási százalékát csökkenti, lázas időszakát megrövidíti és toxikus tüneteit enyhíti.

Jó therapiás eredményeket közölnek egyesek a gyermekek bronchopneumoniája és felsőlégutainak fertőzős betegségei esetében. Sokan acut gonorrhoeában, egyesek pneumococcus-meningitis, meningococcus-meningitis, pneumococcus sepsis, staphylococcus-sepsisben is észleltek az új vegyület után gyógyulást. Néhány esetben endokarditis lentában is megpróbálták, de ezideig sajnos még sikertelenül.

Klinikákon az új vegyület hatását a Wander-gyógyszergyár által forgalombahozott *roninnal* vizsgáltuk, amit részben tablettá, részben végbélkúp alakjában alkalmaztunk. A gyógyszer gyorsan, könnyen szívódik fel. A vesék útján ürül ki, részben változatlanul, részben pedig acetylált vegyületek alakjában. Egyesek a liquorban, könnyben, orrváladékban, székletben is

kimutatták colorimetriás úton. A ronin hatását a rendelkezésünkre álló beteganyag miatt legnagyobb számban bronchopneumoniás betegekben volt alkalmunk megfigyelni, de néhány croupus-pneumoniában, sőt egy esetben puerperalis sepsisben is sikerrel adagoltuk. Betegjeink a kórkép súlyossága, a betegség ideje, valamint életkoruk szerint igen különfélék voltak. Legtöbb esetben a diagnosis felállítása után azonnal elkezdtük az adagolást, néha azonban csak az addig használatos therapia sikertelensége vagy a betegség elhúzódása miatt később adagoltuk a ronint. Eleinte az eddigi közlések nyomán naponta hat tablettát, vagyis 3 g-ot adtunk, később súlyosabb betegeknek 4—5 g-ot is adagoltunk, ennél nagyobb adagot azonban a kellemetlen gyomorpanaszok miatt sohasem tudtunk bevételni. A gyógyszer rendszerint a láz csökkenéséig, legtöbb esetben 3—4 napig adtuk a fenti adagban, azután a javulásnak megfelelően csökkentettük a láztalanodásig, majd azután 1—2 napon belül teljesen kihagytuk. Három betegnek, kinek a gyógyszer kihagyása után újból láza támadt, a gyógyszert 3—4 napra ismét elrendeltük, miután a javulás, láztalan állapot rövidesen ismét bekövetkezett. Az adagolt ronin összmenyisége eseteink különböző súlyossága szerint 11—35 g között ingadozott. Nagyobb adagot csak két nagyon súlyos betegünknek adtunk. Az egyik beteg 48 g ronint kapott a teljes gyógyulásig. Először 7 napon át napi 4 g-ot, majd miután ismét lázas lett, öt napig ismét 4 g-ot adtunk. A gyógyszer régi gyomorpanaszaira tekintettel mindvégig kúp alakjában kapta. Kiemelendőnek tartom azt a körülményt, hogy a beteg 76 éves kora, kétoldali pneumoniája, baloldali exsudatuma és régi myodegeneratiója ellenére gyógyultan hagyta el a klinikát.

Másik súlyos betegünk 23 éves egyetemi hallgató volt, akit betegségének ötödik napján az egész tüdőfelre kiterjedő pneumoniával, igen súlyos állapotban szállítottak a klinikára. Nyolc nap alatt ugyancsak kúp alakjában, de megszakítás nélkül, 46 g ronint kapott. Hőmérséklete ez idő alatt lytikus esett, állapota, ha kissé elhúzódva is, de szépen javult. A ronin kihagyása előtt egy nappal végtagjainak zsibbadásáról panaszkodott, majd a következő napokon deréktáji fájdalmai, később gyors egymásutánban szemgolyó fájdalmai, légzési, nyelési nehézségei jelentkeztek. Facialis paresis, majd teljes petyhüdt bénulás jelentkezett végtagjaiban, sőt 10 napig időnként zavart sensorium mellett székletét és vizeletét is maga alá bocsátotta. Az egyre fokozódó nyelési nehézség miatt, három hétig csak az orrán át lehetett, duodenalis sondán keresztül táplálni. A beteget több ízben ideggyógyász is megvizsgálta, véleménye szerint a betegen toxikus polyneuritis okozta a súlyos tüneteket. A beteg állapota időnként teljesen reménytelennek látszott. Négy hónapi nagyon gondos kezelés után azonban a polyneuritise meggyógyult és szintén gyógyultan távozott a klinikáról. Lényeges különbséget a tablettá és kúp adagolása között, therapiás eredményeinket tekintve nem észleltünk.

A gyógyszerrel kapcsolatban kisebb-nagyobb mértékben hányinger, hányás, étvágytalanság, csaknem minden betegünkön már az első napon jelentkezett, bár ez eddigi tapasztalatok alapján a kéntartalmú ételeket az étrendből kiiktattuk, alkáliák adását, sőt a szokásos hányáscsökkentő eljárásokat is több ízben megpróbáltuk. — Ezek a gyomortünetek még a kúp alakban adott ronin hatásaként is jelentkeztek, de mindig kissé enyhébb formában. Gyakori kellemetlen panasz volt még a fejfájás, szédülés, nagyfokú gyengeség, általános rossz közérzet. Egy-két esetben enyhe cyanosist

is észleltünk. Két betegnek jelentékeny porphyrinuriája volt, bár egyes vizsgálok külön kiemelik, hogy az új vegyület, szemben az egyéb sulfamidyszármazékokkal porphyrinuriát sohasem okozott. A felsorolt kellemetlen-ségeken kívül, más toxikus tünetet, haemolysist, acut haemolytikus anaemiát, agranulocytosist, dermatitist, különféle bőrkiütéseket, vesebántalmakat, amint az számos szerző a különféle sulfamidvegyületekkel kapcsolatban leközli, nem észleltünk. A betegeinken észlelt gyomorpanaszok a ronin kihagyása után egy-két nap alatt rendszerint megszűntek.

A complicatióként egy esetben jelentkező polyneuritissel kapcsolatban kérdés az, hogy a toxikus infectiónak, vagy az új gyógyszer adagolásának volt-e a következménye. Hiszen az a tény, hogy csaknem az összes infectiók okozhatnak polyneuritist nem kétséges, de pneumoniával kapcsolatban ez a szövődmény nagyon ritka. Ezzel szemben a sulfamid és származékainak hatására neuritisek elég gyakran jelentkeznek, erről az irodalomban számosan megemlékeznek. E ténnyel kapcsolatban nem hallgathatjuk el azt a gyanút, habár az általunk ismert irodalomban ezideig hasonló complicatióval nem találkoztunk, hogy a súlyos polyneuritist az új gyógyszerünk is okozhatta. A kérdést jelenleg biztosan még eldönteni nem lehet. Az a lehetőség azonban, hogy a ronin bizonyos érzékeny egyéneken polyneuritist okozhat, arra kényszerít minket, hogy az adagolásban legyünk sokkal óvatosabbak, még akkor is, ha ez az óvatosság a therapiás jó eredmények csökkenését jelentené.

Ha roninnal kezelt betegeink körlefolyásán végigtekintünk, akkor az eddigi vizsgálatokkal egyezően, mi is azt mondhatjuk, hogy az új chemotherapeutikum a pneumonia időtartamát megrövidíti, a betegség lefolyását enyhíti és így általa gyógyszerkincsünk egy értékes fegyverrel gyarapodott.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Vérbetegségek étrendje. Jagie prof. (Wien. Klin. Wschr. 1940. 1.) Az emésztőrendszer és a vérbetegségek közötti összefüggés a gyomor-duodenumnedvet illetőleg régóta ismert. Az anaemia perniciososa és az achylia chloraemiás betegek étrendjének beállításában nagyjelentőségű éppen az achylia által létrejött secundaer jelenségek figyelembevétele, természetesen a megfelelő emésztőnedv pótlása mellett. Figyelembeveendő azonban a betegek gyakori oedemaképzése is, mely esetekben a folyadék megszorítandó. Az anaemia perniciososok májkezelése már túlmélt az étrendi kezelési határain. A gyakori obstopatio salak gazdag étrendjét massage, ivókúra egészítheti ki. A haemorrhagiás diathesisek anaemiájában a vitaminbevitel jut jelentős szerephez. Főleg a C és B₂ vitamin, valamint a még nem teljesen tisztázott érpermeabilitást csökkentő P. A C és P inkább látszik a természetes nedvek formájában hatásosnak. B₂ élesztő formájában adható. Idegrendszeri tünetek B₁ kezelésre szorulnak, melynek hiánya inkább a hiányos felszívódás révén jön létre. Az eritraemiák kezelésében az exogen factor kiktatását, azaz állati fehérjében igen szegény étrendet (Herzog) kísérhetjük meg. (B. 19.)

Binder László dr.

A vércalcium csökkentése, mint az alkati hypophysisköztü-agy gyengeség tünete. J. A. Schneider. (Münch. Med. Wschr. 1939. 50.) Megfigyelése szerint olyan betegek között, akiknek vércalciuma a normalisnál alacsonyabb, igen gyakran (kb. 50%-ban) találunk a hypophysisköztü-agy gyengeségére utaló alkati jeleket. Ilyen jelek: kis sella turcica, esetleg hídképződés a clinoid nyulványok között, mérsékelt, állandó szomjúságérzés, hypogenitalismus, vézna testalkat, a kezek, lábak, orr és állkapocs feltűnő kicsiny volta, széles (férfiakon), illetve szűk medence (nőkön), törpe- vagy óriás-

növés. Az ilyen egyének panaszai általános természetűek. erőtlenség, kezdeményezés hiánya, kedélytelenség, fáradékonyság. A peripheriás belső elválasztású mirigyek változó mértékben és irányban vesznek részt az összkép kialakításában, s eszerint találhatunk genialis infantilismust, kryptorchismust, menstruációs rendellenességeket, alacsony vércukrot, enyhe tetaniás tüneteket, alapanyagcserefokozódást vagy ritkábban csökkenést, stb. Huszonöt egyén közül, akiknek röntgenfelvételén sellahídképződést láttak, hétének volt kifejezett alacsony vércalciuma, négynek anamnesisében tetaniás rohamok szerepeltek, húszon pedig tetaniás jeleket találtak. Viszont harminckilenc hypercalcaemiás egyén közül húsz volt hypophysaer stygmatisált. Az ilyen alkati rendellenes egyéneken banalis okok, pl. túlerőtetés, fertőző betegségek, menses, terhesség, tavaszi hypovitaminosis, stb. kiváltó hatására betegségi tünetek jelentkezhetnek. Gyógykezelésében az előidéző ok megszüntetésén kívül A. T. 10 adagolása (3×15—3×30 csepp) esetleg hypophysiskivonatok váltak be. Szerző 25 betege közül A. T. 10 tizenhat esetben kedvezően hatott. (B. 17.)

László Géza dr.

A fertőző mononucleosis kórisméje. (Serologiai reactio értéke.) R. Demanch. (Pres. Med. 1939. 92.) A fertőző mononucleosis biztos klinikai kórismézése eddig nagy nehézségekkel küzdött, mert: 1. a betegség rendkívüli polymorph tünetekkel járhat; 2. egyéb tüneti mononucleosisal járó betegségektől megkülönböztetése legtöbbször csak a körlefolyásból volt lehetséges. Paul és Bunnell azt találták, hogy az infect. mononucleosisban (I. M.) szenvedők seruma sokkal erősebben agglutinálja (100×-os hígításon felül) a bírka vörösvérsejtjeit, mint a normal serum, (5—20×-os hígítás). Davidsohn megállapította, hogy az I. M.-ben szenvedők serum aglutininje nem azonos a Forssmann-féle heterophil ellenanyaggal, mert nem kötődik a tengerimalac véresejtjéből készült kivonathoz, viszont agglutinálja a marha vörösvérsejtjeit. Szerző két év alatt 239 beteg serumát vizsgálta meg. Ezek közül 57 szenvedett I. M.-ben, s mind az 57 pozitív aggl-os reactiót adott. A savók titere $1/50-1/57-344$ között volt. Marha-vörösvérsejtekkel pozitív, Forssmann-antigennel negatív, v. részleges reactiót adott. A specialis agglutininek kb. a betegség 5—7 napján jelennek meg, a reconvalescentiában rohamosan fogynak, de még 1—2 hónapig kimutathatók. Egyéb betegségeken, 1—2 kivételtől eltekintve, a reactio mindig negatív volt, a tüneti mononucleosist mutatókban is. (B. 18.)

László Géza dr.

SEBÉSZET

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

A bélfal átteresztőképességének megváltozásáról kérészavar okozta bélfallaesio esetében. Huruya. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 1—2.) Nagyszámú állatkísérletének eredményét a következőkben foglalja össze. 24 órán belül, bár részleges, körülírt elhalások mutatkoznak a bélalon, szabad hasüregben bakterium ki nem mutatható, 24 óra után már nagyszámú mutathatók ki bakteriumok. Voltak sejtek, ahol a nekrotizált bél feletti serosarészlet steril maradt. Általában azonban a nekrosist bakteriumok kilépése követi. Az átvándorlás főleg a nyirokutakon történik, véreken bakteriumokat kimutatni csak a legritkább esetben sikerül. (F. 13.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Gyermekek pneumococcus pritonitiséről. Haglind. (Acta Chir. Scand. 82. 6.) 77 bakteriologiallag is kórismézett, 16 éven aluli peritonitisben beteg gyermekről számol be, kiknek 92%-a leány volt. Leggyakoribb volt a 6—10 éves korú gyermekeken a betegség. Igen ritkán jelentkezik a peritonitis más helyen már tartó pneumococcus fertőzés mellett. Jellemző a kórelőzményben a gyakori és súlyos diarrhoea, magas láz és az igen súlyos általános állapot. Halálozása 66%. Heveny szakban végzett műtét a halálozást növeini látszott. Leggyakoribb az I. típusú pneumococcus volt. (F. 8.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A Meckel-diverticulum idegentest okozta átfúródásáról. Persson. (Acta Chir. Scand. 82. 5.) A világirodalomban 12 hasonló eset ismeretes, ezekhez társul a szerző 3 újabb esete. A szerző szerint az átfúródás mechanikus-traumás úton jön létre, nem pedig másodlagos, diverticulitis után. A perforatio többnyire elég tünetszegény, a hőemelkedés csekély, a hasi lelet mérsékelt peritonealis izgalmas mutat. A kör-

ismézése nehéz. Gyermekeken fellépő proffus bélvérzés a köldöktályon erős köliák fájdalmak, ugyanitt nyomásérzékenység, köldöksipoly, köldökadenoma, vagy más fejlődési rendellenesség fennforgása esetén gyanakodni kell, Meckel-diverticulum perforációjára. A diverticulomot minden esetben resecálni kell, néha a szomszédos bélrészletet is. Lapa-rotomiákban, ahol a hashártyagyulladás okát biztosan nem találjuk, az ileum alsó másfél méternyi szakaszát mindig gondosan át kell vizsgálni. (F. 7.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A periosteum csontregeneratív képességéről. *Levander.* (Acta. Chir. Scand. 82. 5.) Periosteumnak lágyrészek közé történő transzplantációja után csontképződés nem minden esetben következik be. Ennek okát kutatva a szerző nagyszámú kísérletet végzett nyulakon. Különböző korú állatok periosteumát transzplantálta a subcutisba. Eredményei a következők: kifejlődött állatok átültetett periosteuma nem képezett csontot. Fiatal állatok izolált periosteuma (mir. d homo-, mind autoformában) csontot képezett 25—33%-ban. Az átültetett anyag felszívódik és a csont helyén lévő mesenchymából keletkezik. Oka a beültetett periosteum mesenchymájának stimulláló hatásában keresendő. (F. 9.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

A tejképződés-elégtelenség hormonalis kezelésének mai állása. *E. Pressecker.* Wien. (Zbl. f. Gyn. 1939. 48.) A hormonalis kezelés szempontjából a *Riddele* által előállított prolactin jöhet tekintetbe. Hatás azonban csak azokban az esetekben várható, amelyekben a tüsző- és sárgatesthormon által a tejmirigyeket kellő mértékben előkészítették, más szóval, ahol a hiányos tejképződés oka a szervezet prolactin-elégtelenségében keresendő. A prolactinnak a szervezetbe juttatására három út kínálkozik. A legkilátásosabbnak látszott az injectiós kezelés, ez azonban a készítmények csekély tisztasága miatt túlzottan erős helyi reakciót váltott ki. Jobb eredményeket értek el, ha a szert a bőrbe dörzsölték. Szerző e célra a *Boehringer* előállította suppletan kenőcsöt használta, oly módon, hogy minden szoptatás után kb. 3 cm-nyit dörzsölt be a kenőcsöt tartalmazó tubusból. Még eredményesebbnek találta a kúp-adagolást; naponta 3×1 *Boehringer*-féle prolactin-küpot adott. A legjobb eredményeket azonban azokban az esetekben érte el, amelyekben a kezdetben elégséges tejtermelés után, a hiányos tejképződés csak később következett be, szóval azokban az esetekben, ahol a másodlagos havivérzési hiány analogiájával, mintegy másodlagos tejképződés-elégtelenségről beszélhetünk. (O. 12.)

Krenkó Anna dr.

A primaer fájásgyengeségnek tüszőhormonnal végzett befolyása kapasan felmerült aggodalmak. *A. Pohl.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 50.) Abból a tapasztalati tényből kiindulva, hogy a terhesség vége felé nagy mennyiségben termelődő tüszőhormon a méhet sensibilizálja, a fájást kiváltó hátsólebenyhormon iránt, egyesek (*Streit, Rieckhoff, Nagel* és *Bachmann*, stb.) nagymennyiségű tüszőhormont alkalmaznak fájáserősítés, ill. túlhordás esetében fájásmegindítás céljából, (100.000—600.000 N. E.-ig). Minthogy *Lehmann* és mások tapasztalatai szerint közvetlenül a szülés után alkalmazott nagymennyiségű tüszőhormonkészítményekkel sikerül a tejelválást megakadályozni, szerzőnek aggodalmi támadnak fájáserősítés előidézését célzó alkalmazásával szemben. Különösen a nehezen felszívódó depót-hatást gyakorló olajos tüszőhormonszármarazékok, mint pl. cyren alkalmazása esetén, igen valószínű, hogy a hormonhatás még a gyermekégy első napjaiban is fennáll és kedvezőtlenül befolyásolhatja, ill. meg is akadályozhatja a tejképződést. E depót-hatás szemléltetésére beszámol egy esetről, amikor tejelapasztás céljából a gyermekégy IV. és V. napján adagolt 5 mg cyren-B után a beteg 8 hét múlva a méhnyálkahártyának mirigyes-, tömlőstüdtengésre utaló tüneteivel került észre. (O. 11.)

Kurtz Géza dr.

Szintetikus oestrogen anyag (dioxid-diaethyl-stilben) alkalmazása után bekövetkező magzatelhalás és szerveváltozások. *Hachmeister.* (Zbl. f. Gyn. 1939. 30.) Irodalmi adatok szerint nagymennyiségű, bőr alá adott, vagy szájon át alkalmazott stilben, a májban degeneratív elváltozásokat okoz, továbbá megakadályozza a pete beágyazódását. Ezenkívül a korai terhesség felszívódásához, vagy kilökődéséhez vezet.

Ezért terhes tengeri-malacokon vizsgálta azon mennyiség stilbennek a májra, mellékvesére, stb. gyakorolt hatását, mely mennyiségtől a magzatok elhaitak, ill. felszívódtak. Észleletei az irodalmi adatokkal megegyeztek és a májban, mellékvesében, vérbőséget, epefesték-lerakódást, súlyosabb esetekben elhalásokat talált. Véleménye szerint egyes intézetekben stilben alkalmazása után észlelt melléktüneteket, ú. m. főfájás, hányás, ájulás, az ezen szer okozta májsérülésre vezethető vissza. Az állatkísérletek és a gyógyítás eddigi tapasztalatai szerint a stilben alkalmazásával szemben óvatosságot ajánl. (O. 10.)

Kurtz Géza dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

D-vitamin haladó rövidlátás ellen. *Knapp* amerikai szerző szerint (O. H. 7. szám, irodalmi szemle) a rövidlátás kóroktanában a D-vitamin, calcium-phosphor anyagcsere zavarával kell számolni (sklera rostok gyengülése.) Szerző a viosterol, calcium-therapiát ajánlja.

En már 1933-ban, mind a Kir. Orvosegyesület ülésén, mind az O. H. 1939. 15. számában felhívtam a figyelmet arra, hogy nagyobb fokú myopiásokon lezajlott rachitis jelei igen gyakran észlelhetők, sőt a többi degeneratív jelek között vezetnek.

E tapasztalatomat grafikonokkal is bizonyítottam. Előadásomból azt a végkövetkeztetést vontam le, hogy myopiások sklerájának kóros tágulékonyosága hátterében oly — részben öröklött, — vagy örökölt, részben szerzett anyagcsere-, illetve táplálkozási zavarok szerepelnek, amelyek nemcsak a csontokra és fogakra, hanem a lencsére, epitheliális képződményekre és kötőszövetre is ártalmas lazító hatást gyakorolnak. Kétségtelennek látszik továbbá, hogy ezen anyagcserezavarok egy részében a belsősecretiós apparatus rendellenességével is van dolgunk.

Fenti elgondolásomból kifolyólag én már 15 év óta rendelem fiatal myopiásoknak a csukamájolajat, calciumot, phosphort és általában a vitamindús táplálkozást s a test roborálását is igen fontosnak tartom. Az amerikai szerzőt tehát a myopiások anyagcserezavarának feltételezésében sok évvel megelőztem.

Brana János dr. egyet. c. rk tanár.

A szaruhártya körülírt melanosisáról és festékes naevusáról. *Pillat.* (Klin. Mon. f. Aug. 104. 39.) 3 esetben melanosis és egy esetben naevus corneaet figyelt meg melléklelektként. A melanosis a különben ép szaruhártyának felszínes körülírt vonal-, vagy sectorszerű pigmentációja, mely rendszerint a limbusban szélesebb alappal végződik és elkeskenyedve halad néhány mm-re a centrum felé, egészen lepos és a felszínen a naevussal szemben egyenletlenséget nem okoz. A megfelelő limbusrész rendszerint pigmentált, a szemteke egyéb részeinek pigmentációja nem társul szükségképpen az elváltozáshoz. Az a körülmény, hogy a pigmentatio olyan szövetben is előfordul, ahol sem erek, sem nyirokerek nincsenek, arra utal, hogy a melanoblastokban a melanin keletkezése nincs vér, vagy nyirok jelenlétéhez kötve. (G. 22.)

Radnót Magda dr.

Kétoldali blastomyceta okozta áttéti ophthalmia. *Kreibig.* (Klin. Mon. f. Aug. 1940. 104. 65.) A belső szervek és a bőr blastomycetosisával mellett mindkét szemtéken elváltozásokat észlelt egy halállal végződő esetben, úgy hogy szövettani vizsgálatot is végezhetett. Mindkét oldalt episkleritis, iritis, nagyfokú üvegtesti izzadmányképződés volt megfigyelhető, ezenkívül j. o. szaruhártyafekélyek. Feltűnő volt az aránylag kismértékű izgalom, melyet az ereken talált súlyos elváltozások magyaráznak meg. A szövettani vizsgálat igazolta, hogy az elváltozást valóban blastomyceták okozták, mert a szemtekében a kórokozó gomba kimutatható volt. A szemtekei kötőhártyán található súlyos elváltozásokon kívül (a szaruhártyafekélyek másodlagos fertőzés következményei) az iris gyulladása volt megállapítható, feltűnő nagy sejtekből álló izzadmány, óriássejtek nem voltak jelen. Az uvea ereinek súlyos elváltozása és a sugárnyulványok elhalása minden valószínűség szerint toxikus eredetű volt. (G. 23.)

Radnót Magda dr.

A vena centralis retinae rögösödésének keletkezéséhez. *Seidel.* (Graefes Arch. 1939. 141—151.) A retinitis haemorrhagica oka, mint az *Michel* vizsgálatai óta ismeretes, a vena centralis retinae thrombosisa. *Lebernek* az volt a feltevése, hogy a thrombosis a nagyfokban meglasszódott arteriális

keringés következtében jön létre. 45 éves nőbeteg, aki évek óta vasomotoros zavarokban szenved, hirtelen látásromlás jelentkezett, a szemfenéken az arteriális szűkületén kívül más nem volt látható, húsz perc múlva azonban az ischaemia tünetei jelentkeztek: vizenyő, a maculában cse-resznye-piros folt. Ez a kép néhány nap múlva a retinitis haemorrhagica képébe ment át. Két és fél hónap múlva másodlagos glaukoma miatt enucieatio vált szükségessé. A szövettani vizsgálat az erekben intima-vastagodást és hyalin-elfajulást mutatott. Az eset tehát *Leber* feltevését igazolja: a vena thrombosis úgy keletkezik, hogy az arteriális vérkeringés gátolt, a szembeli nyomás comprimalja a vénát a legalacsonyabb nyomás helyén, aminek következtében thrombosis fejlődik ki. (G. 24.)

Radnót Magda dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

A kisagytyályog klinikája és sebészi megoldása öt eset kapcsán. *Tato.* (Misch. f. Ohrenhk. 74. 1.) A kisagytyályog, mint a heveny középfülgulladás szövődménye, eléggé ritka. Szerző a tünetek közül kiemeli a tachykardiát, amely, ha a műtét után is megmarad, úgy retentióval, vagy elégtelen levezetéssel, vagy újabb enkephalitis állapotokkal kell számolni. A sorozatosan végzett vérképvizsgálatok értékes útmutatásul szolgálnak a betegség lefolyására nézve. A lipiodol injectio segítségével készült röntgenfelvétel igen értékes támpont a diagnosis eldöntésére; 5 ccm rendszerint elég. A vestibularis apparatus vizsgálata elsőrendű fontosságú, de nem szabad csak a nystagmus reakcióira szorítkozni. Szerző a kezelésben a következő semát ajánlja: 1. az acut stadiumban, amikor diffus enkephalitis áll fenn: hypertoniás injectiók, decompressio és a fertőzés elleni küzdelem a fontos; 2. a subacut stadiumban, ahol már tályogképződés van, a geny levezetése helyénvaló. Ezzel kapcsolatban szerző *Quir* eljárást követve, vitamin-tartalmú olajat fecskendez a tályogüregbe, aminek a következő hármas célja van: megátalja a tályog falainak összefekvését, rossz táptalajt szolgáltat a bakteriumoknak és vitamintartalmánál fogva előnyös hatást fejt ki; 3. a chronikus stadiumban, ahol a tályog már betokolódott, drainaget kell alkalmazni, vagy mint daganatot a tályogot egészen el kell távolítani. (A. 11.)

Ajkay Zoltán dr.

A rhinogen és otogen agytyályogok prognosizálásáról és kezeléséről. *Arna Ax: son Sjöberg.* (Acta Otolaryng. XXVII. 6.) Szerző vizsgálatai szerint a temporalis lebenyben elhelyezkedő otogen tályog gyakoribb, mint a kisagyban előforduló. Általában az otogen agytyályogok gyakrabban fordulnak elő acut, mint chronikus otitis után. Acut otitis kapcsán jelentkező agytyályog halálózása gyakoribb. A kisagytyályog prognosisa lényegesen jobb, mint a halánték-lebeny tályogé. A rhinogen agytyályog ritkább, mint az otogen és főleg heveny sinusitisek után jelentkezik. A sebészi beavatkozást csak akkor szabad végrehajtani, ha a tályogot már tok vette körül. Szerző kiürítéskor hosszmetrészt ejt a durán, majd punctióval a genyet leszívja. A tályog-üreg feltárása és megtekintése után gummidraint vezet az üregbe. Ha meningitis jelentkezik sulfamidot alkalmaz per os, intramuscularisan és intralumbalisan. (A. 12.)

Hajnal György dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A központi idegrendszer Little-kórhoz hasonló öröklődő jellegű betegsége. *Kollmann.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 7.) Egy érdekes hereditásos betegséget tárgyal, részletes családja ismertetéssel egy eset kapcsán. A vizsgált 2 éves fiúgyermek subcorticalis jellegű Little-kórban szenved. A terjedelmes családja kikutatása váratlan érdekességű adatokat tárt fel. A család valamennyi nőtagja egészséges. A férfitagok három generációban összesen 16 férfi, kivétel nélkül, valamennyi beteg. Köztük 5 Little-kóros, 11 pedig különböző agybántalmakban szenved. Tehát a jeien esetben recessiven öröklődő, nemhez kötött, familiaris progressiv diplegia spasticáról van szó, ahol a nők, mint phaenatypusban egészséges conductorok szerepelnek a betegség férfiutódokon jelenik meg. Minden Little-kóros esetben pontos család-kutatást ajánl annak eldöntésére, hogy exogen, — vagy mint jelen esetben — örökletes factorok hozták-e létre a kór-képet. (K. 9.)

Zvolenszky Józsa dr.

A submaxillaris mirigy genyes gyulladásának esete csecsemőben. *Reger.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 7.) Egy, a csecsemőkorból olyan ritkán előforduló esetéről számol be a submaxillaris mirigy gyulladásának. Előzőleg táplálkozási zavarban szenvedő kéthónapos csecsemő magas lázzal járó genyes submaxillaris mirigygyulladás jelentkezett, melyet a vizsgálat szerint Gram-positív coccus okozott. Prontosilra és conservatív kezelésre 20 nap alatt gyógyult. Két hónap múlva multiplex furunculosisra észlelt a csecsemő, mely heken keresztül tartott. Az eset sima lefolyásából, a gyors gyógyulásból és a furunculosis késői jelentkezéséből (2 hónap múlva) azt a következtetést vonja le, hogy itt sem metastasisról, sem secundaer infectióról nem lehet szó, hanem csakis a submaxillaris mirigy primaer genyes gyulladásáról, mely esetben a rosszul táplált és rosszul gondozott csecsemő száján át fertőződött. (K. 11.)

Nanovszky Károly dr.

A scarlat ismét súlyosodik. *Huber.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 7.) 1935-ben Chemnitzben 95 scarlatos esetet észlelt, 1939-ben pedig már 223 eset fordult elő. De nem csak az esetek száma növekedett, hanem lefolyásuk súlyossága és a hozzájuk társult complicatiók is. Közül 10 esetet, közöttük több súlyos septikus scarlatot, phlegmonosus, abscedáló bőrgyulladással, leír gangraenescáló bőrvérzéseket, a vérképző szervek és edények legsúlyosabb elváltozásait, melyek halálhoz vezettek. Továbbá scarlat diphtheroidot, scarlatot társult diphtheriát, abscedáló tonsillaris és retropharyngealis tályoggal, térd sérüléshez jártult súlyos scarlatot, uracmiához vezető nephritist, otitis mediát, mastoiditist, meningitis purulentát, endokarditist és súlyos izületi bántalmakat is észlelt. Felhívja a gyakorló orvos fokozott figyelmét a fektetésre, a vizelet gyakori ellenőrzésére, májpraeparátumok és C-vitamin adagolására. Serumadagolást is ajánl, ha ezt nem is tartja az utóbetegségek megelőzésére alkalmasnak. Igen fontosnak tartja a transfusiókat, de a prontosil célszerűtlennek minősíti. (K. 10.)

Endrédi Irén dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő*

Az „A”-vitamin befolyása a haj és a köröm növekedésére. *Schwemler B.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 32.) Thyreo-toxikus állapotokban (terhesség, havi vérzés) *vogan-t* adagolt, mire a hajhullás 8—10 nap múlva megszűnt. Adagolására a szakáll szőrzete lényegesen gyorsabban nőtt. Egészségesekben a köröm fokozott növekedését csak kisebb adagok után látta. Nagyobb adagok hatására a hajnövekedés megszűnt, a körömön dystrophia támadt. (Sz. 10.)

Szélvári Ferenc dr.

Égések kezelése „frekasan” tanninos hintőporral. *E. Mayer.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 33.) Tannin hatására a bőr cserzése miatt a megégett szövetekben száraz elhalás keletkezik, a fehérjeszételési termékek nem szívódnak fel, a folyadékvesztés pedig a legkisebb mértékre száll alá. Oldatban történő használatának hátránya az, hogy a kötés-váltás igen fájdalmas. E hátrányon segít a „frekasan” tanninos hintőpor. Alkalmazása igen egyszerű, egyúttal pedig a fájdalmat is csillapítja és a fertőzést gátolja. A sebgyógyulás is gyorsabb. (Sz. 9.)

Szélvári Ferenc dr.

A bőrtuberculosisban előforduló különböző tbc.-bacillustypusok. *J. Dietz.* (Arch. f. Derm. 179. 4.) A wüzburgi bőrklinikán átvizsgált 118 bőr-tbc. esetből 100 esetet human, 18 esetet pedig bovin typusú bakteriumok okoztak (13%). Typus *gallinaceus* egyáltalán nem fordult elő. Minthogy a tbc-kultúrák a növekedés gyorsasága, alakai tulajdonságok, stb. alapján biztosan nem különíthetők el, a megkülönböztetés alapját főképpen az állat- (nyul- és marha-) ojtások képezik. Egyes vizsgálatok által közölt arányszám valószínűleg a kivizsgálás módszereinek és az eredmények megítélésének különbözőségében leli magyarázatát. A két typus arányszáma városokban és vidéken közel egyforma volt. Mindkettő a legkülönbözőbb bőrtuberculosis-alakokat okozhatja. — Aránylag jóindulatú bőrtuberculosisok gyakran kiterjedtebb elváltozást mutattak a tengerimalac ojtás alkalmával, mint a klinikailag rosszabb indulatúak. A kedvező lefolyás ugyanis még a kórokozók magasabb virulentiája mellett is jó védőerőkre enged következtetni. Így azokban az esetekben, ahol a fertőzés a tengerimalacok májára is ráterjedt, 84%-ban végleges volt a gyógyulás. (Sz. 13.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der Gynäkologie. W. Stoeckel prof. (Hirzel Verlag, Leipzig, 1940. VII. kiadás. Ára: 33.—, 35.70 RM.) Szerző e könyv első kiadását 1924-ben írta meg *Reifferscheiddel* együtt, míg a második kiadást a társszerző elhunytával, 3 évvel később már egyedül dolgozta át. A munka elterjedtségére jellemző, hogy az azóta elteit aránylag rövid idő alatt, most a VII. kiadásban került az orvosközönség elé. A könnyen görögülő, világos stílusban megírt könyv minden fejezete az alapos kritikájú, kitünő szakember egyéniségét viseli magán, emellett azonban még a legutolsó hónapok fontosabb tudományos eredményeinek ismertetése is megtalálható benne az irodalmi adatok felsorolásával, ami által a munka nem csak mint tankönyv kitünő, hanem, mint a nőgyógyászat legújabb haladásáról beszámoló kézikönyv a szakorvos számára is sok új és hasznos adatot tartalmaz. Mint előszavában írja, egy fejezet sem maradt változatlanul, sok új adattal bővült a menstruációs zavarokat, az endometritist, a gonorrhoeát, a fogamzást, sterilizációt és sterilizációt, valamint a kötőszövet betegségeit és a nőgyógyászati higiénét tárgyaló fejezetek. Gondossága az ábrákra is kiterjed, számos régebbi ábrát újjal cserélve fel. A sugaras kezelés fejezetét ezúttal is tanítványa: *Mikulicz-Radecki* írta meg, míg a nőgyógyászati vénygyűjtemény — miként az előző kiadásban — *Stich* tollából származik. A gondos kiállítású, szép könyv, melyet 508 szövetközi ábra és 71 színes tábla szemléltet, mind az orvostanhallgatóknak, mind a gyakorló orvosoknak melegen ajánlható. *Burger* prof.

Ptoses gastriques et coliques. M. Chiray et P. Chene. (Masson et Cie, Paris 1939. 270. oldal. Ára 75 fr.) Kilenc fejezetben tárgyalják nagy alaposággal és részletességgel a kérdést. Az aetiológia ismert adatai közül kiemelik a Stillier-kor jelentőségét. A pathogenesisben a tropho-muscularis zavarokat helyezik előtérbe. A vegetatív tonuszavar (amphotonia) a hosszirányú rostok elégtelenségével és az utána fekvő sphincternek (pylorus) káros működésével jár. A mechanikus tényezők csak azokkal együtt okoznak betegséget.

Különösen gondos fejezet foglalkozik a kórkép klinikumával. Részletesen méltatják a gyomor-béltüneteket és az általános panaszokat. Járulékos tüneteknek tartják az aerophagiát, nauseát, migraint (doudenum tünet!) szédüléseket és cardiovascularis jelenségeket.

Legterjedelmesebb és legszebben kidolgozott fejezet a radiológiának van szentelve. A gastroduodenalis ptosis atóniás és atóniás nélküli alakjai; a duodenum rendellenességei és dislocatiói; az ezekkel kapcsolatos, röntgennel látható működészavarok felsorolásán kívül ezeknek mind irodalmi, mind saját tapasztalataikon alapuló részletes kritikáját adják. Itt tárgyalják a vastagbél ptosisát is, amelynek, mint önálló betegségnek ritkaságára rámutatnak.

Külön keresik a ptosisnak, mint betegségnek más szervekhez való vonatkozásait. Figyelemreméltó, hogy a belső-secretiós zavarok és a vegetatív egyensúlyzavarok elég gyakran tartják a képet és gyakran rontják a betegek állapotát, psychés tüneteit is.

Vajjon egyszerű tünetnek, vagy kóroknak fogjuk-e fel adott esetben a ptosist, ez látszik a legnehezebb kérdésnek. Számos kórtörténeti példával mutatják be a dyspepsiás panaszok helyes értékelésének nehézségeit. A diétaés kezelés minden gyakorlati kérdésével behatóan, igen tanulságosan foglalkoznak. Rámutatnak az ú. n. intolerantia jelentőségére (alimentaris allergia) anélkül azonban, hogy a gastritisek és a duodenitisek nagyon is közeli problémáira utaljanak. Gyógyszeres kezelésben a plexus solaris izgalma (fájdalmi) ellen eserin ajánlanak, ami mellett általános nyugtatók is előnyösek. A gyomoratonia ellen ergotamint adnak. (1:1.000 oldatból 10 cseppet főétkezések előtt). Eredményes lehet a belsősecretiós egyensúly helyreállítása organoterápiával. Egyénileg elbíráva jó szolgálatot tehet a torna. A hydro- és balneoterapia is — bár szerényen, — méltatást nyert.

A könyv témája látszólag kevésbé érdekes, de a feldolgozása igen tanulságos. Kiállítás rendkívül szép. Jó ábrák, igen sok röntgenkép oldalakon keresztül szemlélteti a mondottakat.

Fornet Béla prof.

Grundriss der Hygiene. *Flügge* C. (H. Reiter és B. Möllers, 11. kiadás, 889 oldal. J. Springer, Berlin, 1940. Ára: 30 RM.) A most napvilágot látott új kiadást a német egészségügyi szervezet felelős vezetői: *Reiter* H. és *Möllers* B. adták ki. Ennek megfelelően ebből a könyvből tulajdonképpen a

mai német szakfelfogást ismerjük meg. A könyvben közöltek alapján megállapíthatjuk, hogy ma a higiéné már nemcsak a közösség egészségének kérdéseivel foglalkozó tudomány, hanem a nemzet életérdekeit és előnyös életfeltételeit kutató tudomány lett. A higiéné magasabb felfogása szerint tehát már nemcsak azt tanítjuk, hogy miként lehetne egészségesen élni, ha minden anyagi adottságunk meg volna, hanem azt, hogy miként kell a nemzet minden tagjának élni, hogy saját muló érdekei helyett a nemzet érdekeit kellőképpen képviselhesse. Ez a modern higiéné tankönyv ennek megfelelően ismerteti azokat a követelményeket amelyeket a mai német államberendezés mellett igyekeznek megvalósítani. Mint ilyen egészen újszerű a könyvnek az első része, amelyben a német nép egészségének biztosítására szolgáló ismeretek foglaltattak össze. Ugyanílyen módon kiemelhető a könyv anyagából a munka-higiéné, a különböző életkorok egészségének és a társadalom-higiénének a fejezete, amely a mai német állam egészségügyi berendezését foglalja össze. A könyvben az általános egészségügyi fejezetek egyébként az ismert egészségügyi problémákat: a környezet, a ruházatkódás és táplálkozás egészségügyét tárgyalják nagy körültekintéssel. Ezekben a különleges német anyagokon kívül a higiéné classikus anyagát is tömören foglalja össze és a felesleges részleteket elhagyva elsősorban a tankönyv igényét tartja szem előtt. A kitünő ábrák ebben a részben sok olyan kérdést tesznek érthetővé, amelyek az áttekinthet ma már a higiénikusnak is fáradságos. Megemlíthetjük, hogy a könyv teljesen új résszel: a közlekedés egészségével is gazdagodott. Kár egyébként, hogy a könyvben aránylag kevés hely maradt a fertőző csírák tárgyalásán kívül a valódi járványtani vonatkozások ismertetésére.

A könyv könnyen áttekinthető, rendszeres és alapos leírásai folytán minden elismerést megérdemel. Ezért melegen ajánljuk a figyelmébe minden orvosnak, aki közegészségügyi problémákkal foglalkozik. A könyvben mindenki meg fogja találni a feleletet azokra a kérdésekre, amelyek egészségügyi munkája közben felmerülnek. *Faragó Ferenc* dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 9-i ülése.

Bemutató:

Heger F.: A jódos hepatographiáról. A thorotrast eljárás rövid ismertetése után, beszámolt a *Deykowitz* prof által előállított colloidalis jódkészítményekkel végzett hepatolienographiás vizsgálatokról. A contrastanyag, mely gyorsan kiürül a szervezetből és alkalmazása káros utókövetkezményekkel nem jár, intravenásan injiciálható. Az eljárás kissé kellemetlen, de jól elviselhető, veszélytelen mellékhatásokat okoz. Contraindicatiója jelenleg nem ismeretes. Ezután sor került normalis, echinococcus hepatitis, cholangitis és tumor metastasis esetében készült hepatogramok bemutatására.

Máté K.: Néhány anyagserebetegség ekg-járól. 100 diabetes mellitusos, 5 diabetes insipidusos, 2 tetaniás beteg ekg-ján talált elváltozásokról számolt be. A leletek és a klinikai kórtörténetek, valamint az ezekből összeállított statisztikai adatok alapján valószínűnek tartja, hogy a szív energetikájának fenti betegségekben joggal felvehető és részben kimutatott, zavara a szív dinamikáját megváltoztatja. A dinamikájában meggyengült szív esetleg előzetes myokard. leasiót hátrahagyó betegség által is legyengítve, s főleg magasabb korban, fokozott következményekkel szemben könnyebben válhat insufficienssé s az anyagserebetegség okozta — eddig latens — ártalom manifestálódhatik. — Részletesebb beszámolót a jelenleg még folyó kísérletekkel és megfigyelésekkel alátámasztva későbbre ígéri. A képek vetítését az idő előrehaladott voltára tekintettel elhagyta.

Komáromy Pélyi M.: A középvernyomás sportorvosi vonatkozásai. A középvernyomás azt az állandó nyomást jelenti, amely a lüktető nyomás helyébe helyettesítve ugyanazt az effectust, illetve keringést tartja fenn; beőle a szív peripheriás megterhelésére jól következtethetünk. Nemcsak véres úton, hanem oscillometriásan is meghatározható. Erteke ép szív és érrendszer mellett munkamegterhelésre nem változik, s csak akkor emelkedik jelentékenyebben a normalis fölé, ha a szívet a szokottnál nagyobb feladat elé állítjuk. Rendszeres traininggel ez az emelkedés a normalisra szorítható, ami a sportolók mindenkor conditiójának mérhető jele. A Tisza István Tudományegyetemen végzett egészségügyi vizsgálatok alkalmával eszközölt középvernyomás-mérésekről s az abból levont következtetésekről számolt be.

Előadások:

Végh P.: A *familiaris eosinophiliáról*. Az irodalmi adatok és a saját észlelése alapján (szabolesvármegyei bökényi „V” család) az ú. n. genuin familiaris eosinophilia kórképpel foglalkozik. Szemben az általában gyakori eosinophiliával járó kórképpel (allergiás betegségek csoportja, helmithiasisok, leukaemiák, stb.) ritkán megfigyelhetők olyan esetek, amelyekben az eosinophilia okát hosszantartó gondos észlelés sem tudja kimutatni. Ennek magyarázata a constitutionalis eosinophiliás hajlam (alkati sajátosság). Ezen alkati sajátosságot jellemzi vizsgálatait szerint a csontvelő primaer eosinophilsejtes túlműködése. A sternumpunctatum nagy mennyiségben tartalmazott éretlen eos. myelocytákat. Az eosinophiliás reakciókészséget exogen behatásra bekövetkező (pl. láz) vérben található hypereosinophilia mutatta (80%!!) A családi összefüggést a 18 vizsgált családtag közül 13-ban talált eosinophilia mutatta. Az öröklés domináns. A vagotoniának szerepét tulajdonítani nem lehet.

Udvardy L.: *Gastroszkopos vizsgálatok anaemia perniciosás betegek gyomornyalkahártyáján*. Gastroszkopos vizsgálataikat a következő célokból végezték: 1. Látni akarták, milyen az anaemia perniciosás beteg gyomornyalkahártyája; 2. Vizsgálni akarták azt, miképp változik ez a nyálkahártyaképző májtherápia után; 3. Gyógyszertani hatóanyagok hatásait nézték a gyomortükrrel. Az anaemia perniciosás beteg gyomornyalkahártyája gastroszkopai rendkívül jellegzetes képet ad, amilyen egyetlen más betegségben sem láttak. Színe halványsárga, esetleg szürkésárga, redőzet nincs, az erek áttűnnek a nyálkahártya nagyfokú elvékonyodása miatt. Hasonló képet — érdekes módon — csak polycythaemiában láthatunk, azzal a különbséggel, hogy ott nagy vérbőség látható a nyálkahártyán. Májtherapiás rendszeres kezelés után sem változik meg a gyomornyalkahártya képe, még akkor sem, ha vvs.-szám a normalist megközelítette. Histamin hatására a normalis nyálkahártya erősen kipirul, bő secretio indul meg szemek előtt s a nyálkahártya erősen redőződni kezd. Ez tükrrel nézve igen lenyűgöző látvány. Perniciózus betegen mindez nem következik be! A perniciózus nyálkahártya tehát irreversibilis elváltozást szenvedett, működése minden szempontból erősen csökkent.

A többi vérképző rendszer beteségeit kísérő gyomornyalkahártya képe még csak nem is hasonlít a perniciosához.

Friedrich L.: Örvendetes, hogy hazánkban is alkalmazták már a gastroskopiát máshol is. A perniciosus gastroszkopos képe saját észlelései szerint is megkülönböztethető a secundaer anaemiától. Két kérdése van az előadhoz: 1. hogy a nyelven látható elváltozások és a gyomor gastroszkopos képe között észlelt-e párhuzamot; ő ezt nem látta; 2. hogy a gyomornyalkahártya színe és a haemoglobinerterek között látott-e összefüggést. Saját észlelései alapján itt is igen nagy óvatosságra int.

Február 16-i ülés.

Illyés G. elnök mély szomorúsággal jelenti, hogy *Kenyeres Balázs* professor meghalt. Igaz magyar ember volt, ki mindig, minden körülmények között helyt állott magyarságáért. Kiváló tudós volt, ki szaktudományát intensíven művelte és külföldön is mindenütt elismerték. A fiatalság igaz barátját vezette el vele, kinek nagyon sokan tartoznak hálával. Az Egyesület igazgató tanácsának tagja volt és a tudományos üléseken úgy is mint előadó élénken résztvett. Indítványozza, hogy emlékének jegyzőkönyvileg megörökítsék.

Bemutatók:

Adler-Rácz A.: *Vese-öntvénykő esetek*. Az utóbbi évtizedben erősen megszorodott ureterkőbetegségekkel szemben az utóbbi esztendőben a vese üregét részben, vagy teljesen kitöltő nagy vesekövek gyakori előfordulását figyelte meg. Esetei nyomán ismerteti az elváltozás klinikai tüneteit, a veseműködésre gyakorolt hatását és a műtéti megoldás mikéntjét. Azt, hogy egyik esetben a kő kiskorában már tünetet okoz és mint ureterkő gyakran el is távozik, másik esetben sokáig tünetmentesen fejlődve nagyra nő és mint öntvénykő kerül kórismezésre a veseüreg bizonyos adottságával magyarázza.

Mező B.: A nem fertőzött esetben végzett nephropylolithotomiának 7.8%, a fertőzött esetekben végzett műtéteknek pedig 14.5—16.7% a halálozása, aszerint, hogy a vesén rövidebb, vagy hosszabb metasztézis ejtünk. A corallkövek eltávolítása hosszú metasztézis igényel, ezért a halálozása is magasabb. Műtét közben a számfeletti veseerek megkímélendők s a vesét a Zondek-vonalban kell felhasítanunk azért, hogy az infarctus képződést megakadályozzuk és ez-

által az utóvérzés és genyedés lehetőségét csökkentjük. 5 beteg kétoldali corallkövet, egy kétoldali corallkőves beteg egyik vesekövet és hat beteg egyoldali corallkövet távolított el. A 17 esetből csak egy halt meg, ami 5.8%-nak felel meg. Jó eredményét a kiméletes technika mellett elsősorban annak köszönheti, hogy esetei nagyobb részében már bór-savas hypermangan oldatát és bór-savas hypermangan por keverékét alkalmazta a műtéti seb fertőtlenítésére. E szerek fertőtlenítő hatása igen nagy, anélkül, hogy azok a szövetekre ártalmas hatást gyakorolnának. Alkalmazásuk mellett majdnem kivétel nélkül per primam gyógyulás érhető el. A bór-savas hypermangan kezelés minkéntjéről és a vele elérhető eredményekről rövidesen beszámol. Röntgenképeket és eltávolított köveket mutat be.

Babics A.: A nagy öntvény vesekövek alakjukban alkalmazkodnak a helyi viszonyokhoz. Érdekesek nagyságuk miatt. Az urológiai klinika nagy kőanyagában 271 azoknak a corallköveknek a száma, melyeknek súlya 20—50 g között van. Bemutat eredetiben egy 278 g súlyú alabástromszínű és fényű carbonatkövet, egy 268 g súlyú phosphatkövet és egy 117 g súlyú cystinkövet, mint ritkaságot. 3 filmen nagy kétoldali köveket mutat azért, hogy a nagyság-beli érdekesség mellett fontosabb az, mit lehet az ilyen beteggel tenni. Ha van még működő veseállomány, okvetlen el kell a követ távolítani, ha nincs fertőzés. Fertőzött nagy kétoldali kövek esetében nem kecsertget a műtét.

Frigyesi J.: *Hormon-gyógykezelés a nőgyógyászatban*. A női nemiszervek működését közvetlenül szabályozó hormonokra (tűszőhormon, progesteron, gonadotrop-hormonok) vonatkozó újabb vegyi és élettani ismereteinkről, valamint ezeknek a női szervezetben a szaporodás különböző phasizai alatt játszott élettani és kóros szerepei tárgyalása után —, a különböző gyógyítási alkalmazási lehetőségekről számol be. Részletesen tárgyalja a havivérzés, terhesség, lactatio, climax különböző kóros elváltozásait, valamint a frigiditást és endocrin eredetű terméketlenséget és ezek megfelelő hormonalis gyógykezelését.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 8. sz. *Straub W.* és *Amann A.:* Nicotinhatsz és a dohányzás diätetikája. — *Stöger R.:* A veseküszöb és ennek befolyásolása C-vitaminnal. — *Meyer F.:* Szívállapot és szív munka digitalis hatás alatt. — *Vonkennel I.* és *Tilling Th.:* Vasmeghatározás a liquorban. — *Rohl H.:* Vizsgálatok a vér insulinromboló hatásáról. — *Schramm W.:* Megfigyelések a gonococcus-complement-kötési reactio jelentőségéről a sulfonamidkészítmények hatékonyságára női gonorrhoeában. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 7. sz. *Buine-witsch K.:* Egy és más nephritisokról és oedemákról. — *Rimpau W.:* Mezei láz (Feldfieber) Délbajorországban (1937—1939). — *Mumme C.:* Metapneumonias metastatikus pneumococcusgenyedések a locus minoris resistentiae-n. — *Hertel H.:* Diphtherias betegek kezelése természetes gyógyeljárásokkal. — *Löber I. A.:* Combnyaktörések szegelésének eredménye kis kórházban. — *Besold F.:* Méhkörtgyulladás. — *Hagen H.:* Strophantin rectalisan. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 8. sz. *Domarus:* Fertőző betegségek chemotherapiája. — *Domagk:* Bakteriumos fertőzések sulfonamidokkal és származékaival végzett chemotherapiájának kísérleti alapjai. — *Opitz:* Fertőző betegségek chemotheripája a gyermekgyógyászatban. — *De Crinis:* Chemotherapia az ideggyógyászatban. — *Schmidt:* Az albucid hatásmechanismusa. — *Fritze:* Cervixgonorrhoea chemotherapiás kezelése terhességben. — *Baumgärtel:* A normalis bélbakteriumsymbiosis jelentősége. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 8. sz. *Satke O.:* Hevny máj-sorvadás sárgaság nélkül. — *Siedek H.:* Szívbeteg munkautáni „debt”-jének befolyásolása pajzsmirigykiirtással. — *Piringer W.:* A bécsi vészességelleni oltóintézet jelentése 1927—1938. évekről. —

La Presse Médicale, 16—17. sz. *Chiray M., Mollard H.* és *Duret M.:* Asthma és a petefészek hormonális secretio-zavarai. — *Arnould E.:* Exogen reinfectiók szerepe a serdülő gümőkórjában. — *Roch:* Epileptiform crisisek. — *Leclerc H.:* Origan a légutak görcsös bántalmaiban. — *Morhad P. E.:* Fagyás és rák. —

British Medical Journal, febr. 3. *P. A. Hall* és *G. H. Morley:* A királyi légi haderőben előforduló gerincserülések ismertetése. — *C. J. Massey Dawkins:* Vinesthene érzéstelenítés alatt előforduló görcsök. — *R. Scott Stevenson, F. R. G. Heaf:* Laringitis tuberculosa, 428 eset alapján. — *O. H. Kestner:* A tengerparti clima néhány hatásos tényezője. — *T. Moore:* Steril pyuria. —

FAGIFOR „CITO”

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
 Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
 lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P. —'95

CITO gyógyszervegyészeti gyár
 Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

The Journal of the American Medical Association, febr. 3. J. M. Procter: Tanulmány a vertex occipitoposterior helyzetéről 106 eset alapján; kezelés és eredmények. — E. Lehman és H. G. Rapaport: A-vitaminhiány megnyilvánulása a bőrön gyermekekben. — J. E. Demphy: Strangulálódott hernia femoralis sebészi diagnózis és kezelése. — J. L. Fetterman: Dilantin-natrium therapia epilepsiában; fojamatlanlövő tanulmány ismertetése. — J. E. Rhoads és M. T. Fliegelmann: 2-Methyl-1, 4-Naphtoquinone (synthetikus K-vitamin pótiek) használata prothrombin hiány kezelésében. — B. S. Ray: A cauda equina tumorját utanzó gümma. — B. Fantus, G. Kopstein és H. R. Schmidt: Röntgentanulmány a korpa által befolyásolt bélürülésről. —

VEGYES HIREK

A Budapesti Orvosi Kamara megüresedett ügyési tiszttségének választás útján leendő betöltése céljából április 7-én reggel 8 órakor a budapesti IV. ker. községi Eötvös József gimnázium (IV. Reáltanoda u. 7.) tornatermében tisztújító közgyűlést tart. Targysorozat: 1. Elnöki megnyitó; 2. A szavazatszedő bizottság elnökei, tagjai és jegyzői névsorának bejelentése; 3. A Kamara ügyészeinek viszonylagos szótöbbséggel történő megválasztása; 4. A választás eredményének kihirdetése.

A kerületi kamara ügyészeinek viszonylagos szótöbbséggel történő választásánál jelölésnek lehet helye. A jelölés nem kötelező, de ha jelölés történik, úgy ahhoz 150 aláírás szükséges. — A jelöléshez a kamarai elnök által rendelkezésre bocsátott, vagy magánúton előállított jelölési íveket lehet használni, melyeknek alakjára és szövegére a 850—1936. B. M. sz. rendelethez mellékelt minta irányadó. A jelölési ívre az ügyészjelölt nevét és pontos lakcímét reá kell vezetni s az így kitöltött ívet a kamara elnökével, vagy főtítkárával hitelesíttetni kell. Csak olyan jelölési ív hitelesíthető, amelyen még egyetlen ajánló aláírása sem szerepel. — Az ívek aláírása a kerületi előljáráásokon történik. Az ajánló az ívet sajátkezűleg köteles aláírni és kamarai tagsági számát, pontos lakcímét is feltüntetni tartozik. Az aláírást az illetékes kerületi előljárással, vagy az általa megbízott tisztviselőkkel hitelesíttetni kell. — A jelölési ívet a Budapesti Orvosi Kamaránál legkésőbb a választást megelőző nyolcadik napon — 1940. március 30-án délután 1 óráig lehet a választási elnöknel (V., Nádor u. 32.) személyesen átadni, vagy postán ajánlott küldeményként megküldeni. — A szavazás módjára vonatkozó tudnivalókról a választási elnök megfelelő időben külön körlevélben értesíteni fogja a szavazásra jogosult kamarai tagokat.

Gyomor- és béltractus megbetegedéseinek

Carbo Königsfeld

Histobase-, coffein- és B₁-vitamin-tartalmú szénkészítmény.
 Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására Eugenio Morelli a római egyetem ny. r. tanára és a római Instituto Carlo Forlanini igazgatója, márc. 14-én az olasz tuberculosis-ellenes küzdelemről, márc. 16-án a tüdő physioopathológiájáról tart nagy érdeklődéssel várt előadást. Az előadások 6 órakor kezdődnek az Egyetemi Közegészségtani Intézet tantermében.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága (VIII., Esterházy u. 9.) 1940. első félévi részletes programja megjelent és azt a Bizottság az érdeklődőknek készségesen megküldi.

vitéz kopaeseli Boér Tibor ügyvezető igazgató úr 20 éves jubileumát üli amaz elhatározásának, hogy régi magyar úri családból származása ellenére is nem a hivatalok párnázott ajtajain kopogtatott, hanem a szabadpályák küzdőterére lépve, egyedül saját egyéni kvalitásaiban, gyors eleslítésében, kitartó szorgalmában bízva, az akkor éppen nagyobb szárnyakat bontó Chinoin-gyár tisztikarába lépett. vitéz Boér Tibor talán önmagának is meglepetés volt, mert nehéz szerepébe pompásan beietalálva magát, együtt nőtt a gyárral és ma annak propagandacsztályát vezető kiváló élelénkséggel és úri tapintattal. Minden vezetőszeret betöltő orvos ismeri őt és előtte minden ajtó nyitva van. Igyekezetét az a fényes eredmény koronázza, amit ma a Chinoin-gyár neve jelent, amire valamennyien büszkék vagyunk. Vele örvendünk évfordulója alkalmával.

Orvosi mintát kaptam a budapesti „Nagy Kristóf” gyógyszerártól az általa feltalált csodálatos hashajtószerből: a „Laxoptin”-ből, melynek összetételéről csak annyit árul el a kiváló, ismeretlen kutató, hogy az „szemenként 0.28 g hatóanyagot tartalmaz, melyet hosszús kísérletezés eredményeként sikerült igen szerencsésen összeállítani. A vékony- és vastagbére ható szerek oldásuk sorrendjében az egész béltractusra úgy hatnak, hogy először a tablettá felső rétegei a vékonybelet, majd alsó rétegei a vastagbelet serkentik fiziológiás mozgásra.” Ez a rejteimes leírása ennek a titkos szernek, amivel orvosok ajtaján merészel kopogtatni a forgalombahozó, kartársaink előtt egy kis felvilágosításra szorul. Arra, hogy ebben a csodadragéban nincsen egyéb, mint kívül keményítő cukorbevonat, ami „a vékonybelet mozgatja meg fiziológiásan”, azon belül pedig egyenletesen kevert, keserű, barna massa következik, ami lúgtól bíorszínű lesz és 0.14 g keserű növénykivonatból (sedum amarum) és 0.14 g jó, öreg phenolphtaleinből áll, miről tudjuk jól, hogy megmozgatja a vastagbelet. Ezért méltán mondhatja Nagy Kristóf is szerét „legkedveltebb hashajtónak”, de legolcsóbbnak már nem, mert a Laxoptinből 10 szem 56 fill., a hivatalos 0.2 g-os phenolphtalein-tablettákból pedig 20 szem 68 fill., sőt ha „Nostra” csomagolásban adják, akkor 10 szem 25 fill., — tehát kevesebb, mint a fele a Laxoptin árának, pedig nem 0.14 g hanem, 0.2 g hatóanyag van benne. Mert a keserű sedumkivonat csak enyhe adjuvans hatást fejt ki, ha ugyan valami drasticum nem búvik meg benne.

A kísérőlevélben még egy brómsó-keveréket is ajánl Nagy Kristóf „Libron” néven —, ami szerinte nem okoz bromismust, mert a benne foglalt 0.1 g lithium bromid, ami a citromsavval lithium citrátot alkot (micsoda absurdum!) enyhe diureticus hatást fejt ki és „meggátolja a bromismus kifejlődését anélkül, hogy a bróm kellemes, megnyugtató hatását csökkentené.” A jelenlévő Na-bicarbonatról teljesen meg is feledkezik, pedig hát csak ez köti le a citromsav egy részét pezsgés közben, míg le nem kötött része a savanykás ízt adja, — de nem a bromidokat bontja. —

Elég volt, T. Gyógyszerész urak, a titkolódzástól és az orvosok kitanításából az Önök apró üzletei érdekében. Az orvosok felháborodással utasítják vissza az olyan gyógyszereket és reklámjaikat, amelyek összetétele nincs hiven feltüntetve csomagolásukon, vagy kísérőlevelükben. Az Önök üzleti pharmacológiájából pedig nem kérnek; bízzák ezt csak az orvosokra, kik fogják tudni helyesen alkalmazni a gyógyszereket, még a specialitásokat is, — ha tudják, hogy mi van bennük.

Még csak a tisztelőtünket megérdemlő kivételektől kérünk elnézést e leckéért, mit ne vegyenek magukra.

Az Országos Balneologiai Egyesület idei congressusát a Kékestetőn ápr. 26—28-án tervezi. Moll Károly dr., főtítkári kéri az előadást tartani szándékozókot, hogy előadásuk címét nála április 1-ig bejelenteni sziveskedjenek. Egy előadás tartama 15 perc, — kivételesen 20 perc.

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

Egyetemes orvosi rendelő elhalálozás miatt örökáron eladó. Érdeklődni lehet levélben Csáky István dr. ügyvédnél, Szeghalom.

Lapunk mai számához Kemény Gyula „Zrinyi” gyógyszerértára, (Budapest, VIII., József krt. 10.) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetést mellékeltek.

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

1019—1940. sz.

A dunaföldvári járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Tolna-vármegye dunaföldvári járásához tartozó Gerjen községben a lemondás folytán megüresedett *községi orvosi állásra* a 950—1936. B. M. sz. rendelet 3. §-ának 1. bekezdése alapján pályázatot hirdetek. A községi orvosi állás a X. fiz. oszt. szerint mindenkor járó kezdő javadalmazással egybekötött.

A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban a fenthivatkozott rendelet 6. §-ának 1. bekezdés a)–k) pontok alatt felsorolt okmányokat kell csatolni, azonkívül az 1939. évi IV. tc. 1. §-ára figyelemmel mindazon pályázó, aki 1895 évi október hó 1. napja előtt született, saját keresztlevelét, valamint, aki e nap után született, — az pedig saját születési anyakönyvi kivonatán kívül szüleinek keresztlevelét és házasságlevelét is tartozik csatolni és mindkét esetben írásbeli nyilatkozatot, melyben büntetőjogi következmények terhével kijelenti, hogy a 1939. évi IV. tc. 1. §-a értelmében kifogás alá nem esik.

A pályázati hirdetményt a hivatkozott rendelet 4. §-a értelmében a Népegészségügy c. hivatalos lapban, Tolna vármegye hivatalos lapjában, valamint az Orvosi Hetilapban közzéteszem.

A pályázati kérvényeket a hivatkozott rendelet 7. §-a szerint a belügyminiszterhez címezve nálam kell benyújtani, legkésőbb a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzétételétől számított *15 nap alatt*.

Közszolgálatban álló pályázók a 950—1936. B. M. sz. rendelet 6. §-ának 1. bekezdésében említett követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lappal (minősítési táblázattal) igazolhatják. — A 920—1937. B. M. sz. rendelet 1. §-a értelmében felhívom a pályázók figyelmét, hogy a hatósági orvosi állásra pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézetekben és

közintézményekben állandó javadalmazással járó, orvosi kiegészítéshez kötött alkalmaztatást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét meg kell jelölniök. Az a pályázati kérvény, mely az előző bekezdésben előírt nyilatkozatot nem tartalmazza, figyelembe nem vehető.

Elkésve érkezett kérvényeket figyelembe nem vehetek és azokat a pályázóknak visszaküldöm.

Paks, 1940. évi február hó 21-én.

Kornis István dr. főszolgabíró.

Carbo Königsfeld Histobase-tartalmú növényi szénkészítmény. Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u, 11.

HETIREND

Hétfőn, 4-én, 7 ó.: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Vidor J.:* A colntractus passage zavarai és a beöntéses vizsgálat. —

Kedden, 5-én 1/27 ó.: a Magyar Phonetikai Társaság és a Magyar Irástanulmányi Társaság együttes ülése. (Orr-, gége- és fülklinika) *Előadás: L. Sófalyv R.:* A beszéd, írás, testmozgás és ösztönélet correlációja. —

Kedden, 5-én, 1/27 ó.: a Budapesti Önkéntes Mentőegyesület Orvosainak ülése. (V., Markó-u. 22. I.) *Grósz I.:* A szem harcgaázserülése különös tekintettel az elsősegítségnyújtásra.

Pénteken, 6-án, 6 ó.: a Bpesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatók: *Csikly-Strauss A.:* Gyomortuberculosis esete. *Sajgó Gy.:* Idegentestmeghatározó készülek. *Mező B.:* Extrophia vesicae gyógyult esete. — *Előadások: Müller F.:* A gonorrhoea gyógykezelésének mai állása, különös tekintettel a legújabb chemotherapiás készítményekre. *Bárcki J.:* Újabb irányelvek elfajulással járó szervi betegségek gyógyítására.

Dr. FARKAS vízgyógyintézet

V. BÁTHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438

Szénsavas-, bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés



1821-1897

Kneipp, a józan életnek, az egészséges és észszerű táplálkozásnak egyik nagy előharcosa volt. Ő adta nekünk a kiváló és egészséges népkávét, a Kneipp malátakávét. Minden Kneipp malátakávét csomag, iránta való tiszteletből, az ő képmását és aláírását viselt.

J. 146—1940. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A belügyminiszter 206.719—1939. XVI. sz. rendelete alapján a Tapolca község Erzsébet-kórházában újonnan rendszeresített második *segédorvosi és irodatiszti állásokra* pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendelet által megállapított XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő illetmény, egy szobából álló lakás fűtéssel s világítással és I. oszt. élelmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. A segédorvos kinevezés egy évre szól, mely azonban pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Az intézeti bentlakás kötelező; magánygyakorlat folytatása tilos. Pályázhatnak nőtlen orvosok. A kérvény Zalavármegye alispánjához címzendő.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési bizonyítvány; 2. orvosi oklevél; 3. hatósági erkölcsi bizonyítvány; 4. rövid életrészlet; 5. honossági, vagy illetőségi bizonyítvány; 6. közszolgálatra alkalmasságot igazoló tisztiorvosi bizonyítvány; 7. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 8. az esetleges eddigi működés igazolása; 9. katonai szolgálat igazolása; 10. igazolás arról, hogy a pályázó nem esik az 1939. évi IV. tc. korlátozása alá.

Az irodatiszti állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendelet értelmében a XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő kezdő fizetés és lakbér. Az igazgató-főorvos előterjesztésére és a Kórház Bizottság meghallgatásával a községi képviselő-testület választja.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési bizonyítvány; 2. érettségi bizonyítvány; 3. hatósági erkölcsi bizonyítvány; 4. honossági, vagy illetőségi bizonyítvány; 5. katonai szolgálat igazolása. 6. annak igazolása, hogy a pályázó nem esik az 1939. IV. tc. korlátozása alá.

A pályázati kérvények legkésőbbben *március 16-ig* hozám küldendők meg.

Tapolca, 1940. február 10.

Vitéz Pécely Béla dr. s. k., igazgató-főorvos.

904—1940. sz.

A sárospataki járás főszolgabírájától.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Zemplénnvármegye sárospataki járásához tartozó és lemondás folytán megüresedett vajdácskai *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az orvosi kör székhelye Vajdácská, hozzátartozó község a 8 km-nyire fekvő Bodroghalom.

Az állás javadalmazása a 62.000—1926. B. M. számú rendeletben megállapított és időközben kiadott rendeletekkel csökkentett illetmények, a várm. szab. rendeletben megállapított rendelési és látogatási díjak, utiátalány és lakáspénz. (Később természetbeni lakás). A pályázati kérelmet a „Népegészségügy” c. hivatalos lapban történt közzététel-től számított 15. nap alatt a belügyminiszterhez címezve, — hivatalomhoz kell benyújtani.

A kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: a) születési anyakönyvi kivonatot; b) hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyítványt; c) magyar honosságot igazoló hatósági bizonyítványt; d) az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; e) egyetemi leckekönyvet, kórházi szolgálati könyvet és szigorlati bizonyítványokat; f) tisztiorvosi, illetőleg községi orvosi képesítést igazoló okmányt; g) polgári alkalmaztatást igazoló okmányokat; h) közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épiséget igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; i) katonai szolgálatra vonatkozó okmányokat; j) esetleges szakképzettséget igazoló okmányokat; k) az esetleges nyelvismeretekre vonatkozó adatokat; l) rövid életrészletet és végül m) annak igazolását, hogy a pályázó nem esik a 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. paragrafusainak rendelkezése szerint az 1939. évi IV. tc. hatálya alá.

Közszolgálatban álló pályázók a kívánt adatok közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon fel vannak tüntetve, a törzskönyvi lapjuk hiteles másolatával igazolhatják.

Sárospatak, 1940. február 21.-én

vitéz Füzesséry Sándor s. k., főszolgabíró

**Vállfájdalom
NEURITIS**

A fájdalmas testrészekre vastagon felkent meleg Antiphlogistine hatásos hyperaemiás therapia, mert több órán át egyforma nedves hőt biztosít.

**Physiotherapiás módszerek
hatását erősíti és meghosszabbítja.**

Antiphlogistine az ízületi izzadmányok és toxikus anyagok felszívódását elősegíti és így előmozdítja a gyógyulást is.

**Arthritikus bántalmak
FIBROSITIS****ANTIPHLOGISTINE**

Mintát
és irodalmat
kívánatra díjtalanul küld

The Denver Chemical Mfg. Co., New York, U.S.A.,
magyarországi központja:
Panacea Gyógyszervegyészeti Rt., Budapest, XIII., Lehel-utca 68.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

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

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladóvevényt nyugtául ismerjük el.

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

Hirdetések kizárólagos felvétele:

a
kiadóhivatalban

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az „O. H. számlájára”. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, vagy Lepage könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H. Dunabank, Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.

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

Influenza?

Tonsillitis?



CORTIPYRIN



0.20 g Cortipan
0.10 „ p-amidobenzolsulfamid
0.20 „ acid. acetylo sal.
0.05 „ Calc. carbonic.

Nem hangzatos reklámok hirdetik a világhírnévnek örvendő

PHILIPS - METALIX

röntgengépek, röntgenlámpák, BIOSOL kvarclámpák stb utólérhetetlen minőségét

Ezer üzemóra garanciával

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

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

Vezérképviselő, gyári raktár és bemutatótermeink:

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Fejér Árpád: Nehéz fém sók kis adagjainak gyógyító hatása. (101—103. oldal.)

Szende Béla: Idült orrmeléküreg-kenyvedések szemüregi szövődéséről. (103—104. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (21—24. oldal.)

Irodalmi szemle: (104—106. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (106—108. oldal.)

R. Gautier: Vércsoportok nemzetközileg elfogadott jelzése. (108—109. oldal.)

Lapszemle. (109. oldal.)

Vegyes hírek. Hetirend: (109—110. oldal és a borítólapon III IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Nehéz fém sók kis adagjainak gyógyító hatása.

Irta: *Fejér Árpád dr.* egyetemi magántanár, közkörházi főorvos.

Bertrand az emberi szervezetben fellelhető nehéz fémek alábbi, mennyiségük szerint való sorrendjét állapítja meg: legtöbb a vas (a test szárazanyagának mintegy 5 mg %-a), sokkal kevesebb a cink, a réz és mangán (utóbbi a vas mennyiségének alig század része), végül a nikkel, kobalt, alumínium, titán stb. következnek.

E nehéz fémeket, illetve fém sókat rendeltetésük szerint plasticusokra és katalitikusokra osztja fel. A plasticusok a szervezet felépítésére szükségesek, a katalitikusok viszont a fermentumok, vitaminok és hormonok működését serkentik.

Ez a felosztás persze korántsem merev, hiszen éppen a kétségtelenül plasticus vasról igazolták legutóbb, hogy fertőzések állapotokban a vérből a reticuloendotheliális rendszerbe vándorol, ahol mint ferrocystein használódik el.

A cystein viszont a glutathion alkotórésze, melyről tudjuk, hogy a szervezet redoxrendszerének egyik fontos tagja. Ez a rendszer, mely nélkülözhetetlen a sejtlélegzésben, a fermentumok aktiválásában, újabb vizsgálatok szerint döntően fontos a fertőzések leküzdésében és a szervezet méregtelenítésében.

A gyakorlat máris hasznosítani igyekezett ezt a megismerést és a *Detoxin* nevű keratinhidrolisatumban egy olyan cysteint tartalmazó, befecskendezésre alkalmas készítményt hozott forgalomba, melyet többen jó eredménnyel használtak bacteriumos fertőzések és toxicosisok egész sorában. Hátránya ennek a szernek, hogy a szervezetet nagy próbára tevő rázóhideget okoz, amit a Henning gyár *Cysthion* nevű készítményével szüntettek meg.

A reticuloendotheliális rendszer a fertőzés ellen való küzdelemben tehát két aktivátorral dolgozik: az egyik egy fém vagy fém só, a másik a redoxrendszer. De míg a vasról igazolták, hogy hatása kifejlődésére kapcsolódnia kell a redoxrendszer egyik tagjával, a cysteinnel, addig egyéb, fontos katalysisek szerepét betöltő fémekről ez csupán valószínű.

Ilyen fontos katalysáló fém a mangán. Előfordulásáról és élettani hatásáról röviden annyit, hogy a növényvilágban nagyobb súlyszázalékban fordul elő, mint az állati szervezetben; az emberi testben a bőrben és a májban lelhető főképen. Szerepe van a vérképzésben, amit *Petrányi* és *Faludi* munkái bizonyítanak. Állatkísérletek szerint a mangán a szervezet növekedésére és az ivarérésre hat serkentően. Néhány évvel ezelőtt *Hamatomo* közölte, hogy beri-beriben elhalt gyermekek mája feleannyi mangánt tartalmaz, mint egyéb betegségekben elhaltaké, egy későbbi közleményében pedig kimutatta, hogy B₁ avitaminosisban a fermentumhatások elhúzódóak, de némi mangánnak a szervezetbe juttatásával meggyorsíthatók.

A világháború idején *Mc Donaghs* ajánlotta a mangánt orbánc ellen, 1927-ben pedig *Herszky* arról számolt be, hogy a Heyden-gyár egy komplex mangansójának befecskendezésével kedvezően befolyásolta az orbáncos fertőzést.

Egy évvel utóbb az ausztráliai *Coombs* közölte, hogy tüdőgyulladásban sikeresen alkalmazott 90—300 cc-nyi 0.2 ezrelékes vegytiszta kaliumpermanganatos csőréket.

A mangankezelés tudományos alapját *Walbum* kísérletei vetették meg. Mesterének, *Madsennek* abból a felfogásából indult ki, hogy a szervezetben végbemenő immunbiológiai folyamatok — tehát a fertőzésekkel szembeni védekezés is — a fermentumhatásokhoz hasonlatosak, talán részben azonosak is. Ha ez így van, akkor ezek a folyamatok nehéz fém sók kis adagjaival katalyzálhatók. Számos fém sóval próbálkozott, közöttük a ritkán előforduló elemekével is és a leghatásosabbak egyikének a manganochloridot (MnCl₂) ismerte meg. Nagyszámú egér és tengerimalac kísérletében — ha az állatokat a különböző bakteriumokkal előidézett fertőzés után nem sokkal manganochloriddal (MnCl₂) kezelte — az állatok az egyébként halálos fertőzéstől meggyógyultak. Talán még szembetűnőbb eredményt ért el a bakteriumos toxinokkal való mérgezések eseteiben: manganochloriddal megfelelően kezelt állatok a diphtheria és tetanus toxin többszörösen halálos adagjait bírták el.

Walbum meggyőző kísérleteit első sorban Dániában igyekeztek az emberi gyógyítás számára értékesíteni. Egy *Metallosal* nevű készítménnyel többen próbálkoztak tüdőtuberculosisban, állítólag kielégítő eredménnyel. Diphtheria ellen is adták, azzal a benyomással, hogy a

serumhatást fokozta. Vajda 1930-ban makacs bronchitisek esetében 1.5—2 ccm 1 százalékos manganochlorid oldatot adott gyűjtőérbe és igen kedvező tapasztalatokról számolt be: a befecskendezések kapcsán múló arcpir, hőségérzés és szédülés jelentkezett.

Gorlitzer 1932-ben 17 endocarditis rheumaticában szenvedő beteget orvosolt „ad modum Walbum“ 0.02 mol. töménységű (mintegy 2.5 ezrelékes) manganochlorid oldattal, 3—4 naponként 1—1 ccm-t gyűjtőérbe adva. Kellemetlen mellékhatást nem észlelt és néhány befecskendezés után betegek láztalanokká váltak.

Ebben az időben a III. sz. belklinikán kezeltünk hasonló módon néhány beteget: két lázzal járó colitis, egy b. coli okozta sepsis igen kedvezően voltak befolyásolhatók. Kezdő adagként 0.5 ccm 2.5 ezrelékes $MnCl_2$ -t adtunk a gyűjtőérbe, majd 2—4 naponként 0.8, 1.0, 1.5 ccm-re növeltük a mennyiséget.

Egy elsőleges tüdőactinomykosisban szenvedő betegünk röntgenbesugárzásokon kívül négy héten át kapott harmadnaponként $MnCl_2$ befecskendést. Az esetről, mely gyógyulással végződött, annak idején beszámoltam a kir. Orvosegyesületben, megválaszolatlanul hagyva természetesen azt a kérdést, hogy ebben a ritka gyógyulásban melyik beavatkozás volt a hatásosabb.

Kétségtelen manganhatást bizonyított a következő esetünk: egy endocarditis lenta kórképét mutató fiatal leány véreből streptococcus viridans nőtt ki. Streptococin befecskendezéseket kapott, néhány hétig észleltük, javulás nem mutatkozott. Ezen idő alatt törzsével immunisáltam több nyulat, majd mintegy 100 ccm nyúlimmun-savót fecskendőtünk be több részletben — ugyancsak hatás nélkül. Csak ezután tértünk át a mangankezelésre s a fentemlített adagolásra 3 hét alatt láztalanná vált a beteg, láza a szer elhagyása után sem tért vissza, lép és máj duzzanata lassankint visszafejlődött, vérszegénysége, gócos nephritis ujjabb néhány hét múltán kimutatható már nem volt. Ilyenformán alkalmunk volt egy, az irodalomban is ritkaságszámba menő, gyógyult endocarditis lentát észlelni.

1938-ban Gorlitzer azt közölte, hogy 7 meningitis basilaris tbc. esetében egynek gyűjtőérébe adta a manganochloridot, egynek intralumbalisan, ötnök pedig végbélbe mikroklysma formájában, napi kétszer 2 ccm-t: betegek meggyógyultak. Irodalmi visszhangja nem volt ennek a feltűnő közlésnek. A Szent Margit kórházban mindössze két esetben volt alkalmam meningitis tbc-ban a rectalis manganochlorid kezeléssel próbálkoznom, de eredménytelenül.

De a végbélben át végzett manganochloridos orvoslás márcsak egyszerű volta miatt is alkalmasnak látszott arra, hogy más lázas betegségben is próbálkozzunk vele. Így 8 bronchopneumonia, 2 endocarditis rheumatica, 2 sárgasággal járó cholangitis, 2 sepsis, 1 endocarditis lenta ilyenmódon kezelt esetéről számolhatok be.

Eredménytelen volt a kezelés az egyik sepsises esetben, amelyben a beteg nephritis chronicájához társult a tonsillaris sepsis acutissima és az endocarditis lentában. Utóbbi beteget igen súlyos állapotban vettük fel, láza sepsises jellegű volt és már felvétele előtt, otthonában 5 hete lázas volt. — kórházi tartózkodásának 4. hetében meghalt.

A manganhatás szempontjából kétes volt 4 bronchopneumoniás esetünk, mert hamarosan kezdtük meg a manganochlorid rectalis adását és így nem volt alkalmunk meggyőződni arról, vajjon a szokásos kezelés nem lett volna-e önmagában is eredményes. Benyomásunk ezekben az esetekben az volt, hogy a betegséget kedvezően befolyásoltuk.

Bizonyosan jól befolyásolta azonban a mangan a kórképet ott, ahol a beteg állapotában más kezelés javulást nem okozott. Néhány köresetet ismertetünk:

S. F. 70. é. férfi. Otthon 2 hete lázas, köhög. J. alsó lebenyben bronchopneumonia. Kórházban sajátvér, 33%-os alkohol, i. v., pneumostop, strophantus. Állapota 10 napig változatlan, hőmérséke $38^{\circ}C$ felett; a 11. napon napjában egyízben 4 ccm 2.5%-os $MnCl_2$ rectalis; 3. mangannapon csak subfebrilis, közérzete jó, physikalis lelete változatlan; további 4 nap múlva láztalan 8 mangannap után a kezelést abbahagyjuk; tartósan láztalan, a gócek lassan eltűnnek.

N. M. 26. é. nő. Felvétele előtt hetekig lázas, fájnak az ízületei, régóta szívbajos. Diagnosis: insuff. et polyarthrit. subacuta. 2 hétig digitalis, salicyl i. v. és per os: szívállapota javul ugyan, de láza $38^{\circ}C$ felett. Ezután napjában 1 ízben 2 ccm 2.5%-os $MnCl_2$ per cutan: lassú lysises hőmenet, 10 nap múlva láztalan.

P. A. 61. é. nő. Félév óta többízben sárgaságos, lázas gyengeség. Felvételekor mája nagy, lépe tapintható, subfebris, duodenumnedvében b. coli és enterococcus. Diagn.: Cholangiti. Icterus. 3 hétig duodenumsondázás és mosás, orotropin és tejsav a gyűjtőérbe: állapota változatlan. Majd napi 3, később 5 ccm manganochlorid per rectum: hőmérséke néhány nap alatt leszáll, sárgasága 10 nap múlva enyhőlni kezd, lassankint eltűnik, a mangant 3 hétig adjuk, duodenumnedvében a kórokozók már nem mutatható ki. Kezelésének befejezése óta 4 hónap telt el, visszaesés nem mutatkozott.

R. F. 49. é. nő. Diagn.: Sepsis. Anaemia aplastica. Sepsises lázmenet, melyet a kórházban 3 hónapig észleltek. Ismételt vérátömlesztés, nagy adag máj, chinin, resorciven, revital, hepamid, stb.; állapota fokozatosan romlik, a vörösvértestek száma a 4. hónap elején 800.000. Ekkor minden más gyógyszert elhagyva 3-szor 0.5 g. ferrum hydr. reductumot és napjában kétszer 3 ccm manganochloridot kap per rectum. Tíz napon át lassú láztalanodás, a mangankezelést 3 hétig folytatjuk. Ennek végeztével a vörösvértestek száma 3 millió. Gyógyszer nélkül figyeljük a beteget újabb 4 hétig; továbbra is láztalan, vérképe javul. Távozása után egy hónapra berendeljük: egészségesnek érzi magát, vérképe rendes.

Több esetben az volt a benyomásunk, hogy a mangankezelést sikeresen támogatta a belsőleg adagolt szerves vas, ami a fent elmondottak alapján elméletileg is indokolt.

1928-ban Oroszországban Routkevitch typhusos betegeinek 0.06—0.10 g-os baryumchlorid adagokat adott növekedően napi 0.5 g összmennyiségig. Egy előző munkája alapján a baryumtól szivtonisáló hatást várt. Betegek 5—7 nap múlva hirtelen vagy fokozatosan láztalanná váltak, közérzésük megjavult, étvágyuk megjött. A szer elhagyása után néhány nappal esetleg újabb, lassan kifejlődő láz keletkezett, amely ismételt baryumchlorid adagolásra könnyen megszűnt. Közleményéből nem derül ki, hogy a betegség időtartama megrövidült-e, de nagyon sokat jelentett már az is, hogy a beteg typhusát könnyebb lefolyásúvá tudta tenni. Routkevitch közlését nem követték ellenőrző vizsgálatok.

A III. sz. belklinikán mindössze hat beteg volt alkalmunk ezt a gyógymódot alkalmazni. Egy meghalt, — igaz ugyan, hogy betegsége 4. hetében igen súlyos szivállapotban került felvételre, öt beteg azonban igen szépen javult (0.10 g per os $BaCl_2$ pillulákat adtunk napi 1-től 6 szemig), a láz fokról-fokra csökkent, a beteg közérzése feltűnően jó volt. A székletből a typhus bacillus nem tűnt el előbb. Az esetek száma elenyészően csekély ahhoz, hogy véglegesen állást lehessen foglalni, de mivel jelenlegi beosztásomban typhus abdominalis eseteket nem észlelhetek, talán érdemes lesz foglalkozni ezzel a kérdéssel azoknak, akiknek beteganyag áll rendelkezésükre.

Routkevitch a baryumchloridhatás mikéntjéről nem nyilatkozott. Minden valószínűség szerint itt is nehéz fémsó kis adagjának az immunfolyamatokat serkentő hatásáról van szó.

Összefoglalás:

1. Nehéz fémcsók kis adagjai a szervezet védekező-készségét fokozzák.

2. Lázás, fertőzőes betegségeket kedvezően befolyásolt a 2.5 ezrelékes manganchlorid gyűjtőérbe fecskendezése (0.5—1.5 ccm harmad-negyed naponként), vagy rectális adagolása (2.0—6.0 ccm naponként).

3. Néhány typhus abdominalis esetben beadott kis adag baryumchlorid mintha könnyű lefolyásúvá tette volna a kórképet.

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

Idült orrmelléküreg-genyedések szemüregi szövődményeiről.

Irta: Szende Béla dr., egyet. tanársegéd.

A szemüreg falának több mint kétharmadát vékony csontlemez alkotja, amely az orrmelléküregekkel közös. A felső szögöldri hasadék és a látóideg lyuk útján közvetlen összeköttetésben van a szemüreg a koponyaüreggel. Gurwitsch és Zuckerkandel alapvető vizsgálatai vetettek világot arra a számos visszérösszeköttetésre, amelyek az orrmelléküregek és a szemüregi visszerek között fennállnak. E bonctani viszonyok magyarázzák az orrmelléküregekből kiinduló szemüregi szövődmények komolyságát és azt a körülményt, hogy a látás megmaradása és az életet veszélyeztető koponyaüri szövődmények megakadályozása az idejében elvégzett beavatkozástól függ.

A szemüregi szövődmények gyakrabban heveny melléküreggyulladás kapcsán fordulnak elő, főleg vörheny szövődményeként. Az idült melléküreg genyedegek szövődménye jóval ritkább. Salomonsen összeállítása szerint kb. 3—4% az idült melléküreg-genyedés kapcsán észlelt szemüregi szövődmény. Birch—Hirschfeld szerint a szemüregi kötőszövetes gyulladások 60%-a orrmelléküregi eredetű. — Gyakoriság sorrendjében Mygind szerint a rostasejtek, a homloküreg és az arcüreg gyulladása terjed rá a szemüregre.

Az átterjedés történhet: 1. közvetlenül a vékony elválasztó csontfal betegsége, osteomyelitis-, osteoporosis útján, amikor is kisebb-nagyobb csonthiánya keletkezhet a szemüreg felé és közvetlenül tör be a szemüregbe a genyedés; 2. Dehscentiának keresztül — ámbár ezek jelentősége túlzott és 3. főleg nyirok és venaösszeköttetések révén, mely utóbbiak játsszák a főszerepet a szövődmények kifejlődésében.

A szemüregi csontokat borító csonthártya laza, csak a varratok mentén tapad feszesebben, ezért az áttört genyedés mintegy letolja maga előtt a csonthártyát és előbb csonthártya alatti tályog képződik, ezzel mintegy a szervezet szab gátat a kötőszövetgyulladásnak. A csontos fal áttörése nélkül is keletkezhet tályog a csonthártya alatt.

Gurwitsch vizsgálatai szerint az esetek 5%-ában a homloküreg nyálkahártyájának egyik visszere átfurva a csontot közvetlenül ömlik a vena ophthalmica superiorba. Az arcüreg nyálkahártyájának visszerei részben a vena ophthalmofascialisba, részben pedig a vena infraorbitalisban ömlenek, további összeköttetésük van a vena angularissal és a vena ophthalmica superiorral is. A rostasejtek visszerei részben az agyhártya visszérhálózatával, részben pedig a vena ophthalmica superiorral és inferiorral van összeköttetésben, a vena ophthalmicák pedig a sinus cavernosusba ömlenek.

Klinikai formája szerint a szögöldri szövődmény jelentkezik mint egyszerű vizenyő, mint csonthártya alatti tályog és mint kötőszövetes gyulladás. Ennek megfelelően szemhéji vizenyő, chemosis, exophthalmus, a szemgolyó mozgásának korlátozottsága, könnycsorgás és látászavarok lesznek a legszembetűnőbb jelenségek, az általános tünetek (nagy láz, általános elesettség, esetleg agyhártyaizgalom tünetei) mellett.

Ha szemüregi tályogra vagy kötőszövetes gyulladásra van gyanunk, ne késlekedjünk a szemüreg széles feltárással és a genyes góc megnyitásával, mert ezzel elejét vehetjük a fenyegető agyi szövődményeknek. A koponyaüri szövődmények mellett a szemüregi nyomás fokozódása folytán az arteria centralis retinae és maga a szemideg is nyomást szenved és teljes vakság következhetik be.

Beavatkozásunk eredménye a genyes góc idejekorán történt feltárástól függ. Továbbiakban a szervezetet a fertőzés elleni küzdelmében kell támogatnunk. Ezt újabban megkönnyíti a chemotherapiás szerek eredményes alkalmazásának lehetősége.

Klinikánkon rövid egymásután két szemüregi tályoggal és kötőszövetes gyulladással társult idült pansinusitis esetét volt alkalmam észlelni és egyrészt a kórlefolyás, másrészt a genyedegek végleges megoldására használt műtéti módszer teszi indokoltá eseteink közlését.

60 é. férfi, 1939. V. 22-én szemészeti osztályról került klinikánkra nagyfokú baloldali exophthalmussal és teljes vaksággal, bajának orrmelléküreg-eredetű gyanúja miatt. Kb. egy hete homloktájéka fájt, szemhéja megduzzadt, szeme kidülledt. Látása romlott. Hőmérsék 38—39 C° között. A szemészeten próbacsapolással genyet nyertek a szemüregből. Nagyfokú exophthalmusa van, a szemgolyó felelé és kifelé tolódot. Teljesen vak. Bulbus alig mozog. Lágyszöveteken kifejezett gyulladás. Az ornyálkahártya zsugorítása után bőven üül geny a középső járatból. Az arcüreg csapolásakor bűzös, törmelékeny ürül. Röntgenfelvételen a baloldali melléküreg fedettek és a hamloküreg alsó szögöldri falának éle elmosódott.

Sürgős műtét. Először az arcüreget tártam fel, a genyet kibocsátva. Az arcüregi nyálkahártya polypszerűen-kocsonyásan duzzadt. Orri összeköttetést nem csináltam, csak szélesen feltárva az üreget, azt lazán tamponáltam. Az áthajlási redőben lévő nyílást nyitvahagytam. Következett a szemüreg megnyitása helybeli érzéstelenítésben. Ivmeteszéssel megnyitva a szemüreget, kb. szilványi bűzös gennyel telt tályogüregbe jutottam. A homloküreg alsó falán kb. kétfüllérnyi nyílást találtam, amely közlekedett a tályogüreggel. A homloküreg nyálkahártyája elhalt és az üreg bűzös gennyel kitöltött. Lazán kitömtem a sebüreget. A beteg rossz állapota és a helyi lobos tünetek miatt végleges megoldást nem tarthattam időszerelem. Az állapot fokoatosan javult, de a vakság nem változott a centralis arteria rögösödése és a látóideg sorvadása miatt. Az exophthalmus és a vizenyő igen lassan fejlődött vissza és még két kisebb tályogot kellett megnyitni. Végre június 16-án került a beteg olyan állapotban, hogy a végleges műtétet elvégezhettem. Először Luc—Caldwell szerint operáltam meg az arcüreget és zártam a száj felől a sebet, június 22-én pedig a homloküregi genyedés végleges megoldására került a sor. A Riedelműtétet tartottam a legalkalmasabbnak, minthogy az elülső és alsó fal nagyrésze már úgyis el volt távolítva. Hatalmas üreget kellett még feltárnom, a rostasejtek is telve voltak genyes sarjakkal. Amikor a septum interfrontale nyálkahártyáját tisztítottam le, kiderült, hogy a csont mozog és azt is el kell távolítanom. Minthogy belekerültem az ellenoldali ép homloküregbe is, kénytelen voltam a műtétet kiterjeszteni és mindkétoldalon elvégezni Kozmetikai szempontból ez a betegre semmiféle hátránnyal nem járt, sőt az üregek egyenletes megszüntetése révén, még jobb is az eredmény.

Második esetem sokban hasonló az előzőhöz. 20 éves férfi jobboldali exophthalmusa miatt került klinikánkra. Csupán fénylátása volt. Körelőzménye is hasonló, a helyi kép és röntgenvizsgálat teljesen azonos az előző betegével. Hőmérséklete 39.6 C° Tekintettel, hogy itt az arcüregből nyert geny inkább nyákos volt, nem nyitottam meg kívülről, hanem továbbra is csapoltam és erre meg is gyógyul. A szemüreg

megnyitásakor kb. itt is szilványi üregbe jutottam, amely közlekedett a homloküreggel. Itt is streptococcus mucosus találtam. A műtétet eunarcion altatásban végeztem, amelyet ilyen rövid műtétre igen ajánlhatok. Chemoterapiás készítmények adagolására a beteg láztalanra vált és a szemüregi lobos tünetek elmúltak. Minthogy az arcüreg csapolásra gyógyult, csupán a homloküreggyulladás végleges megoldására került sor. Itt is a Riedel-műtét elvégzése vezetett a végleges gyógyulásra. Látása jelenleg: 5/30, mit csupán a szaruhártyán lévő foltocskák zavar.

Melléküregeredetű szemüregi szövődés esetén mindenkor kívülről tárjuk fel a beteg üregeket.. A szemüreg megnyitása magában nem elégséges. Mindenkor a műtét lelet szabja meg a műtétet. A Riedel-műtét, mint végleges módszer hasonló esetekben, a tapasztalatok alapján jó eredménnyel ajánlható.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

A lépkiirtás eredménye haemolytikus ikterus és essentialis thrombopenia esetén. *Ruth Falk.* (Folia Haemat. 1939. 63. 185.) 11 ikterus haemolytikusban szenvedő betegen, akiknek lépét eltávolították, két év múltával ellenőrző vizsgálatot végeztek. 6 esetben az összes vérértékek normalissá váltak. 3 esetben a vérszegénység megszűnt, de a vörösvérsejt resistencia csökkentet volt és a vastag mikrocytosis továbbra is megmaradt. További két esetben a vérszegénység, resistenciacsökkenés és vastag mikrocytosis nem változtak, úgy hogy a lépkiirtás ezekben az esetekben eredménytelennek mondható. Szerző úgy találta, hogy az átlag vörösvérsejt-alak (mikrosphaerocytosis) és a resistenciacsökkenés, bár nem szigorúan, de nagyjából mégis párhuzamosan változnak. A két értéknek *Haden* és *Ponder* szerinti összefüggését valószínűnek tartja. 3 essentialis thrombopeniás beteg vérzési hajlama, vérzési ideje, továbbá capillaris resistenciája (*Rumpel-Leede*) lépkiirtás után normalissá vált. Egyikük vörösvérsejtszáma — aki erősen vérszegény is volt, — a műtét után normalis értéket ért el. (B. 22.)

László Géza dr.

Vékonybél-fekély myeloid leukaemiában. *E. Idris Jones.* (The Lancet. 1940. I. IV.) Egy myeloid leukaemia-eset ismert, amelyben a beteg uraemia és peritonitis tünetei között halt meg. A boncoláskor — a peritonitis és a leukaemia megszokott tüneteinek kívül, a vékonybél alsó harmadában erős leukaemiás beszűrődést és számos 2–10 mm átmérőjű fekélyt találtak, amelyek közül az egyik átfürodott. A szövettani vizsgálat typosus leukaemiás beszűrődéseket állapított meg. Az emésztőtractus leukaemiás beszűrődése nem tartozik a ritkaságok közé, de ez inkább lymphoid leukaemiában fordul elő. Különlegessé teszi az esetet az, hogy myeloid leukaemia mellett jöttek létre a beszűrődések, hogy kifekélyesedés és perforatio által peritonitist és a beteg halálát okozták. (B. 21.)

Horváth Imre dr.

Az évszakok és az időjárás befolyása az apoplexiákra. *A. Liska.* (Z. f. Exper. Med. 1940. 107. 161.) A berlini Horst Wessel-kórház 1935–36–37. évi összesen 302 apoplexiából $\frac{2}{3}$ rész egybeesett a levegőtestek változásával. A hideg és meleg levegőtestek között csak kis különbség volt a hideg javára. Évszakok szerint legtöbb apoplexiát decemberben észleltek, kisebb emelkedést júliusban. (B. 20.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

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

A capitulum radii töréséről. *Bürmann.* (Arch. f. Klin. Chir. 197. 1–2.) Ötvenkét eset tárgyalása folyamán a következő tapasztalatait közli. A radius fejcsének sérülése direct behatásra keletkezik; indirect traumára annak teljes törése következik be. Könyökre, valamint nyújtott kézre történt esetek mindig gondolni kell a capitulum radii törésére. Tünetei: mindig nagy fájdalom az alkar rotációjában, helyi nyomásérzékenység, bevérzés, az alkar középső pronatiós állásban tartása. E környék más töréseitől köny-

nyen elválasztható a fájdalom által akadályozott supinatio kivihetlensége miatt. Kezelés, ha nincs dislocatio conservativ: két-három hétre gypssin. Dislocatio esetén műtét: repositio, szükség esetén fixatio. A functionalis eredmények jók. (F. 14.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Az altatóetherben előforduló szennyező anyagok hatásáról. *Giesselsson és Lindgren.* (Acta. Chir. Scand 33. 1.) Sokáig raktáron tartott és nem megfelelően kezelt altatóetherben bomlási termékek jelentkeznek, acetaldehyd, vinylalkohol, ecetsav és mások. Az ilyen szennyezett aether altatásra nem alkalmas és a narkosis jellege is megváltozik. Az elalvás elhúzódott, nehezebbé válik, zavart a légzés és keringés. A szerzők állatkísérleteket végeztek acetaldehyddel szennyezett aetherrel és a következőket tapasztalták: Már 1%-os szennyezés esetén az elalvási idő lényegesen meghosszabbodott, a légzés frekvenciája alábbszállott, de 0.5% volumen alatt légzészavar nem jelentkezett. A venás és arteriás nyomás nem változott. (F. 15.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Spondylitis tuberculosáról. *Walheim.* (Acta. Chir. Scand. 83. 1.) 221 esetből álló beteganyagáról számol be. Ezekből 149-et *Albee* szerint operált és 72-öt conservativen kezelte. Az összhalálozás 27% volt, a halálozás 13%-a a 6–10 életévekre esett. Betegeinek 90%-át sikerült utánvizsgálni; eszerint az operáltak 82.7, a conservativen kezelték 73.5%-a volt teljesen tünet és panaszmentes. Az operáltak ápolási időtartama valamivel hosszabb volt, míg a recidiva a conservativen kezelték esetében volt nagyobb. (F. 16.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Kísérleti vizsgálatok a gyomorresectio után jelentkező gastritisben. *Munakata.* (Arch. f. Klin. Chir. 197. 1–2.) Kutyákon a gyomor egy részének eltávolítása és Billroth II. készítése után vizsgálta a bekövetkező gastritis lefolyását. Eredményei a következő: 1–12 hónap eltelté után a maradégyomor fala az atrophias degeneratio képét mutatja, de gyulladási jelek nem észlelhetők. Az anastomosishoz felhasználhat jejunumkacsban 54%-ban észlelt gyulladási jeleket. A gastroskopiás kép ilyenkor megfelel a gastritisnek, vagyis rövid, merev redőzet látható, fedve hálószerű nyálkával. Tipikus ulcus pepticus jejunii 13 kutyá közül ötben jelentkezett; az anaemia és a lesóványodás a kifejezett resectiónak törvényszerű kísérője. (F. 18.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

Anyai és magzati szívhangok elkülönítése megközelítőleg egyező rhythmus mellett. *F. Lönnne.* (Zentr. f. Gyn.) Szerző dolgozatában rámutat az anyai és magzati szívhangok elkülönítésének fontosságára. Különösen fontos és nehéz az elkülönítés igen frequens szívhangok mellett. Szerző az elkülönítésre a következő, általa számos esetben kipróbált és bevált módszert ajánlja: A szülőnőt mélyen belegeztetjük és a lélegzetet rövid ideig visszatartatjuk ez idő alatt az anyai szívhangok frekvenciája csökken, szemben a magzattal, mely továbbra is a belégzés előtti szaporaságú marad s így a két szívhang egymástól elkülöníthető.

Váczy dr.

Milyen valószínűséggel állapítható meg a magzat nagyságából a terhesség időtartama. *Heinrich Guthmann.* (Zentr. f. Gyn.) Szerző 10.000 eset kapcsán vizsgálta, milyen összefüggés állapítható meg a *Zangmeister* által meghatározott értékek (terhesség-időtartam és magzatnagyság) és az utolsó vérzéstől számított terhességi időtartam között. Mind a 10.000 esetben megvizsgálta a magzatok nagyságának, súlyának összefüggését a terhességi időtartammal. Szoros összefüggést talált a fentemlítettéken kívül még a terhességi időtartam és az anya kora, illetve az előrement szülések között. Számos statisztikai táblázattal bizonyítja, hogy minden magzatnagyságból megfelelő számításokkal a terhességi időtartam kiszámítható. Több táblázatot közöl, melyeken 44 cm-től 54 cm-ig az összes lehető terhességi időtartamokat százalékokban kiszámítva közli. A cikk végén érdekes megfigyelésként említi, hogy 10.000 esetének tanulmányozásában úgy látta, hogy a fiamagzatok terhességi időtartama mindig jóval hosszabb a leánymagzatokénál. (O. 9.)

Váczy dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

A sella turcica törése által keletkezett hypophysis működészavar. *Marioth.* (Graefe's Arch. 1939. 141—188.) 19 éves férfibeteg motorikerpárbaleset következtében koponyasérülést szenvedett; többek között a sella turcica alapján törést mutatott ki a röntgenfelvétel. 18 nappal a sérülés után diabetes insipidus keletkezett amely lassan visszafejlődött. 4 hónap múlva vette észre, hogy megnőtt és hogy keze, lába is feltűnően megnagyobbodott; az arcon akromegáliára utaló elváltozás nem volt látható, tehát gigantosomiáról van szó a kéz- és láb akromegáliája mellett. Hasonló esetet közölt *Bleibtreu.* (G. 25.)

Radnót Magda dr.

Új gondolatok a közellátás keletkezéséről. *Lindner.* (Klin. Mon. f. Aug. 103.) Tisztán elméleti fejtegetéssel igyekszik magyarázni a közellátás keletkezésének több vitatott jelenségét. Megerősítő közeli munka alatt az érhártya ereiben vérbőség, majd pangás támad, az érfalak lassan a plasmát is átengedik, ezzel együtt a vérből enzimek jutnak az inhártya szövetébe. Sero-fibrinosus gyulladás keletkezik, amely lágyulást okoz és már a rendes szemnyomás elegendő az inhártya kitégítésére. Mivel a choriocapillaris a hátsó poluson a legsűrűbb, itt kezdődik a folyamat, noha az inhártya itt a legvastagabb. Az öröklött közellátásban a subcapillaris és choriocapillaris réteg hiányos fejlődése az ok, ugyanis ezek védik az inhártyát az érhártya ereiből kiszivárgó nedv ellen. Mérgezések, általános betegségek az erek átteresztőképességének meghölygálásával vezethetnek közellátáshoz. (G. 21.)

Nagy Ferenc dr.

A gyermekkori akrodynia szentünetei. *Feer.* (Schw. Med. Wschr. 1939. 43. szám.) Az infantilis akrodynia (pink disease, Selter—Swift—Feer-betegség) lényegileg a kisgyermek vegetatív neuropathiája. Tünetei: étvágytalanság, depressio, izomhypotonia, erythemák; cyanotikus, nedves, hámló kéz- és láb, tremor. Tropheikus zavarok: jellegzetes a magas vérnyomás és tachykardia láz nélkül. Szentünetek: vérbő kötőhártya mellett fénykerülés az esetek felében; az általános tünetekkel nem arányos és hetekig tarthat. Néha valódi hurut, könnyezés. Ritkán neurokeratitis. Szemfenék ép, pupillareactio rendben. Gyógyulás atropin, bellergal (B₁-vitamin). (G. 19.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Száritott tej, mint csecsemőtáplálék. *Scheer.* (Arch. f. Khk. 1939. 117.) 75 csecsemőnek egy éven keresztül történt megfigyeléséből azt az eredményt vonja le, hogy a száritott tej azon feltétel mellett, hogy gyümölcs formájában elegendő mennyiségű C-vitamint, csukamájolaj alakjában pedig D-vitamint juttatunk a szervezetbe, teljes értékű csecsemőtápláléknak tekinthető és a friss vagy pasteurizált tehéntejet teljesen helyettesíti. Jelentősége abban áll, hogy raktározható, elkészítése egyszerű. Természetesen az anyatejet sohasem pótolhatja. (K. 1.)

Moritz Dénes dr.

Az éhezési vércukor viselkedése egészséges gyermekekben. *Ritter.* (Arch. f. Khk. 1939. 117.) Negyven 1—12 éves gyermek éhezési vércukrát határozta meg. A vizsgálatokat reggel 8—12-ig óránként végezte, ilyen módon bepillantást nyert az éhezési vércukorérték ingadozásaira. Vizsgálatai szerint az éhezési vércukor korántsem állandó érték, hanem erősen ingadozik. Átlag 17 mg%-nyi ingadozást talált egy délelőtti folyamán egy és ugyanazon egyénben. Fiatalabb gyermekek éhezési vércukra általában alacsonyabb, mint idősebbeké. (K. 3.)

Kerpel-Fronius Ödön dr.

A scarlatrecidiva klinikumához. *Koch.* (Arch. f. Khk. 1939. 117.) A recidiva keletkezésére *Pospischill* szerint több lehetőség van: 1. a szervezetet két scarlat-infectio éri. Ez különösen scarlatosztályokon fordul elő, ahol friss scarlatosok virulens kórokozókat hoznak be és ebből a régi scarlatos reinficiálódik; 2. Az igazi recidiva, az endogen recidiva. Itt a primaer betegség erősebb dispositiót teremt egy új endogen reinficióra. Pseudorecidiváról is említést tesz *Pospischill*, amikor is a scarlat lefolyása alatt új exanthema jelentkezik, a scarlat többi tünete nélkül. Ez valószínűleg azonos a *Fanconi*-féle késői exanthemával. A scarlat ie-

folyása alatt immunitási ingadozások vannak: egy negativ phasis alatt jöhet az új scarlat. *Fanconi* szerint a recidiva új infectio, ezért osztályon a friss és régi scarlatot el kell különíteni. Más szerzők szerint a recidiva autoinfectio, amire familiaris hajlam van. Recidiva esetében az exanthema és angina az első napon jelentkezik, prodromalis tünetek nélkül. Az exanthema rövidebb ideig tart a recidivánál (1—3 nap). Szerző toxikus recidivát nem látott, serumot nem ad. A második exanthemától számított 6 hétig tartják kórházban a gyermekeket. (K. 4.)

Révész Klára dr.

Vérnyomásemelkedés diphtheriában. *Fromm.* (Arch. f. Khk. 1939. 117.) 1290 diphtheria esetet vizsgált a vérnyomás-emelkedés szempontjából s 14%-ban a vérnyomás emelkedését találta. Ezek közül 60% könnyű lefolyású volt, 4% pedig súlyos, toxikus diphtheria. Ezt a leletet többféleképpen igyekezik magyarázni. Először a veseartalommal. Annak ellenére, hogy a diphtheriatoxin a tubulin contortikát szokta megtámadni, előfordulhat, hogy az intrarenalis érrendszernek is ártalmára van. *Heubner* szerint az 7%-ban tartós vérnyomásemelkedést okozott, a diffúz glomerulonephritistől klinikailag kilövészhető nem volt s gondolni kellett scarlattal történt vegyes fertőzésre. Másodszor a vérnyomás-emelkedést, a vasomotoroközpont toxikus ártalmával magyarázza. Ha a vasomotoroközpontban oxigénhiány van, ez vérnyomásemelkedést okoz. Larynxstenosisban és szívelégtelenségben ez is előfordulhat. Harmadszor, s ezt tartja a legelfogadhatóbb magyarázatnak, toxikus hyperadrenalinemia okozza a múltó vérnyomásemelkedést. Szerinte majdnem az összes esetekben feltételezhető volt ez a toxikus hyperadrenalinemia, csak a keringési gyengeség ezt a legtöbb esetben eltakarta. (K. 2.)

Mendelényi Margit dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő

Sulfonamid készítmények adása és a májfunctio. *W. Schmidt.* (Klin. Wschr. 1939. 28.) Vizsgálatait 29 kankós betegen végezte el. 7 napon keresztül háromszor két pastilla uliron, vagy egyéb meg nem nevezett, sulfonamid készítményt adott. Az R. Bauer-féle galaktose megterhelési próba kapcsán a vércukor görbéje mellett a vizeletet urobilinogenre, tyrosinra és leucinra is vizsgálta. Megállapítja, hogy 1. betegeknek májfunctiója gyakran már a s. a. adása előtt is kóros; 2. a s. a. kóros májfunctiót csaknem mindig kedvezően befolyásolja; 3. ha a májfunctió próba a gyógyszer adása előtt normalis volt, azt a s. a. kedvezőtlenül nem befolyásolja; 4. A compligon adása folytán keletkezett toxikus ikterus egy esete uliron adására feltűnően gyorsan gyógyult; 5. szerző saját májának functióját 63 mg uliron szedése után is normalisnak találta; 6. két s. a. következtében súlyos intoxiciós betege májállományának ártalmát nem tudta megállapítani; 7. sohasem jelentkezett urobilinogenuria; 8. vagy tyrosin, ill. leucin a vizeletben. Ezek alapján megállapítja, hogy az általa adott s. a. készítmények a máj állományára nem gyakoroltak ártalmas hatást. (Sz. 125.)

Jobst Pál dr.

Az ekzema kezelése a bőr érzékenysége szerint. *W. Siemens.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 30.) Az ekzema sokszor magától is gyógyul. A gyógyulásra hajlam felismerésére a kezelést előtt 8—14 napi megfigyelést ajánl. Az érzékenység szerinti kezelés megkívánja, hogy először az alapanyag hatását megvizsgáljuk. Ezután alkalmazható a lebenypróba útján közömbösnek talált hatékony anyag az elváltozás kis részén, majd egész területén. (Sz. 3.)

Szélvári Ferenc dr.

Műtendő-e csecsemőkórban a veleszületett haemangioma? *H. Zschau.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 26.) A veleszületett haemangioma a gyors növelés veszélye miatt már a csecsemőkórban ki kell metszeni. A beavatkozás korai esetekben nem jelent nagyobb veszélyt; égetés után néhány hét leforgása alatt műtéttel már el nem távolítható nagyságúra nőhet. (Sz. 7.)

Szélvári Ferenc dr.

A bőr éghajlati élettana és kórtana. I. A nyári cheilitisről Közép-Anatoliában. *A. Marchionini* és *S. Torr.* (Arch. f. Dermat. 179. 4.) 1938-ban 79 klimatikus cheilitist figyeltek meg az ankarai bőrklinikán. A betegség a cheilitis aktinica (*Ayres*) csoportba tartozik és kizárólag parasztokon, építő és útmunkásokon fordul elő. Az ajkak megduzzadása,

majd hólyag és fekélyképződés figyelhető meg. Gyakoriak az évenkénti nyári visszaesések. Mint másodlagos fertőzést a beteg területen Marchionini-Schmidt-harangeljárásával rengeteg strepto-staphylococust lehetett kimutatni. A baj keletkezésében nagyjelentőségű a középanatolai napsugárzás gazdagsága ultraviolet fényben, a napsütés hosszú időtartama, a magas hőmérséklet és a levegő szárazsága. Sem A-avitaminosis, sem photosensibilizáló anyagok jelenléte nem volt kimutatható. (Sz. 11.)

ifj. Nékám Lajos dr.

A hajszálerek ellenállásának vizsgálata különböző betegségekben. F. Völgyessy. (Arch. f. Dermat. 179. 4.) A hajszálerek ellenállóképességének mérésére a Borbély-féle szívóeszközt használta. A kulcsonttáján férfiakon 17—24, nőknél 16—23 Hg cm. volt a normalis ellenállás, mely fölött már vérzés jelentkezett. Csökkenés urticaria, kiterjedt ekzema seborrhoicum és orbánc, valamint heveny ekzema egyes eseteiben mutatkozott. A beteg területen 2—3 Hg. cm.-t tett ki az ellenállóképesség csökkenése. Más dermatitisek, továbbá syphilis és gonorrhoea normalis értékeket mutattak, viszont a hőemelkedés általában ellenálláscsökkenést vont maga után. (Sz. 12.)

ifj. Nékám Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gegenwärtige Probleme der psychiatrisch neurologischen Forschung. (Vörtage auf dem internationalen Fortbildungskurs Berlin 1938. Roggenbau. (Ferdinand Enke Verlag, 1939. 266 oldal. 46 ábrával. Ára fűzve: 20 RM.) A 19 előadást tartalmazó kötetben a mai Németország legnevesebb ideg-elmegyógyászai nyilatkoznak actualis gyakorlati és elméleti kérdésekről. A psychiaterek közül Bonhoeffer a thyreotoxikus paranoid psychosiról és az epilepsiának a hormonzavarhoz való viszonyáról, Kleist a paralogiás alogiás gondolkodási zavarokról, Fünfgeld az agyvelő diffus visszafelődési (öregezési) betegségeiről ír és egy új betegségi csoporttal, a praesenilis zavartsággal foglalkozik bővebben. Luxemburger a schizophreniás elmebajok öröklésbiológiai helyzetét fejtegeti, Nitsche a teljesítménytherápia (Leistungstherapie) újszerű kifejlődéséről, Panse a kábítómérgek psychopathológiájáról és gyógykezeléséről, Rosenfeld a depressio tünettanáról és a vegetatív idegrendszerrel összefüggéséről írnak rendkívül érdekes fejezeteket.

A neurologusok közül Roggenbau az epilepsiás rohamról és annak nosológiai besorolásáról ír. Bizonyítotttnak veszi, (bár újabban többen kétségbevonják), hogy a görcsrohamot érszpaszmus okozza; a pathogenesisben utal a vérplazma összetételének fontosságára. Bostroem a korai luessel, meningitissel, lues cerebriával és ezek gyógyszerével foglalkozik. Sauerbruch a sebészetnek az agysebészethez való viszonyáról fejti ki egyéni álláspontját, Schellen a gerincvelődagánatok elkülönítő kórisméjét fejtegeti az újszerű vizsgálati eljárások alapján. Müller az újabb szemészeti vizsgálóeljárások neurologiai jelentőségéről, Vogel az agydaganat-diagnostika fulészeti vonatkozásairól írnak újszerű megfigyelésekben gazdag dolgozatokat. Végül Spatz az ú. n. „Systematrophie” fogalmát fejtegeti számos anatómiai észlelés alapján. Szerinte a Pick-féle betegség nem a senilis psychosiról, hanem a rendszerbetegségek közé sorolandó.

Amint e rövid áttekintésből látható, a kötet a kitűzött célnak megfelelően, az ideg- és elmegyógyászat sok időszervi kérdését tárgyalja és mind a szakember, mind a határterületek művelői tanulsággal olvashatják.

Lehoczy Tibor dr.

Exposés annuels de biochimie medicale (Publiés sous la direction de M. Polonovsky. I. (E. Aubel, E. J. Biodwood, P. Boulanger, P. Fleury, CH. O. Guillamin, M. Javillier, M. Macheboef, M. Polonovsky, Ch. Sannié, R. Wurmsen és R. Wolff.) (Masson et Cie, Paris. VI. 1939. 269. oldal, több ábrával. Ára: 75 fr.) Ez a különböző irányú biochemiai tanulmányokat tartalmazó kötet a francia orvoschemiai iskola első nagyobb megnyilvánulása azután, hogy Polonovsky a párisi orvosi fakultás biochemiai tanszékének vezetését átvette. A gyűjteményes kötet munkáinak szerzői egy kivételével a francia orvoschemia kitűnő és ismert képviselői. A kötetben Polonovsky két munkával is szerepel. Az egyik az ammoniemiával és ammoniuriával foglalkozik. A másik ez elsónél is érdekesebb; az újabban mind használatosabb chromatographiát tárgyalja. A továbbiakban az élő szervezet oxydatiójának mechanizmusát ismerteti igen szép előadásban Biogwood, s a biológiai rendszerek oxydo-reduktív

potenciájáról szóló kérdéseket tárgyalja, e kérdésnek ma legalaposabb ismerője, R. Wurser. Fleury a diastase hatásáról, Javillier az A-vitamin és annak provitaminjáról, Boulanger a B-vitaminról, Guillamin a Ca-anyagcseréről irt szép összefoglaló ismertetést. A hypophysis elülsőlebeny gonadotrop és galactogen hormonjára vonatkozó kísérleteket R. Wolff foglalja össze egy igen szép fejezetben. E. Aubel az izom cukoranyagcseréje kérdésének egy részletével foglalkozik. Ch. Sanniének a neves rákkutatónak világos, de mégis tömör fogalmazásában két igen érdekes tanulmányt találunk e könyvben. Az egyik a chemiai inger okozta rákkal, a másik a rákos szervezet anyagcseréjével foglalkozik. M. Macheboef két munkája a serum fehérjéről és zsirokról ugyancsak komoly alaposággal megirt tanulmány. Aki a modern orvoschemiának a felsorolt kérdésekben elfoglalt álláspontját meg akarja ismerni, annak e gyűjteményes munka feltétlenül hasznos olvasmánya lesz.

Blaszó Sándor dr.

Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse. René Burmand. (Masson et Cie., Paris, 1938. 136. oldal.) A tuberculosinak azokat a rejtett formáit, a szervezetben határozottsággal ki nem mutatható alakjait tárgyalja, melyeket a mai nevezéktan tuberculosoid néven jelöl és szerző gümős imprégnationnak nevez. Ide tartoznak — többek között — a lobos, nem follicularis gümőkór-formák, amelyeknek szövet-tani kép nem adja a gümősödés jellemzőit. Az e tárgykörbe tartozó, plastikusan megrajzolt kórképek ismerete már azért is fontos, mert nem csupán a gyakorlóorvos, hanem a tüdőszakorvos számára is kevésbé ismert területet hoz közelébb.

Puder Sándor dr.

Von der rechten Heilkunst. Ein Paracelsus-Lesebuch. Ludwig Englert. (Hippokrates-Verlag, Marquardt és Co. 1939. 224 oldal. Ára fűzve: 3.85, kötve: 4.85 RM.) A szerző a legnagyobb német orvos gondolatvilágával ismerteti meg az olvasót. Magát a nagy orvost szólaltatja meg bőséges szemelvényeket közölve Paracelsus dűsgazdag szellemi hagyatékából, amely még sincs teljes egészében feltárva. Főleg ebből a kiapadhatatlan forrásból meríti Englert művének anyagát. Felöleli ez a makrokosmos és mikrokosmos titkát az egészség és betegség változásait; felsorolja mindazt, ami az egészség fenntartását biztosíthatja és a betegségek kitörését megakadályozni képes. Hangsúlyozza, hogy minden betegség kezelése közben tartsuk szem előtt, hogy a legjobb orvosság maga a természet és hogy annál nagyobb lesz sikerünk, minél inkább követjük ennek útját. Óvakodjunk a sokféle orvosság együttes használatától, hanem fektessük mindig a főszűlyt a leghatékonyabbnak, legcélszerűbb alkalmazására. Részletesen foglalkozik a jó orvos kellékeivel és kiemeli, hogy azaz szűletni kell s a későbbi tapasztalatok csak bővítik és fejlesztik a veleszületett képességeket. A szép könyv mély betekintést nyújt ennek a nagy orvosnak sokoldalú tevékenységébe és irodalmi munkásságába.

Vajda Károly dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 23-i ülése.

Előadások.

Zsákó A.: Veleszületett elfajulás érdekes esetei. Diapositivokon bemutatott egy vízfejűség, egy kisszeműség (mikrophthalmus), egy mikrogryria, egy akrodystriphia esetét, ezenkívül egy albinismus esetet. Vázolta az örökletesnyiség fennállását hasonló elfajulási stigmákat mutató elmegegye, illetőleg idiota egyéneknek.

Bemutatók:

Reök I.: Az élettani folyamatok célszerűségének sebészorvosi jelentősége. Mivel a sebész ténykedése beavatkozás a szervezet életfolyamataiba, nagyfontosságú ezek megértése. Az életjelenségek helyes értékelése megkívánja, hogy a modern physika világképét korunk élettani felfedezéseivel vessük egybe. Korunk physikája a világmindenségben olyan kereteket lát, melyeken belül szabad események jelentkeznek. A physikust nem érdekli az események előidőzője, azt a véletlen symbolumával jelöli, korunk élettana viszont a kereteken belül jelentkező célszerű tevékenységekkel foglalkozik. Ma még megoldás helyett csak feltevések állanak rendelkezésünkre. Legelfogadottabb közülük az organismikus felfogás. Ez minden élőlényt két összetevőből, anyagi és szellemi állományból lévőnek tekint. A szellemi összetevőt azonban összetettnek tartja és megkülönbözteti benne az

élőlény lelkét az általános életjelenségeket előidéző és fenn-tartó, symbolikus névvel immanens factornak nevezett ismeretlenről. Ezt valóságnak tartják, mert valóságos eredményeket idéz elő, tevékenységét pedig megfigyelések és kísérleteik alapján célratorőnek tekintik.

Puder S.: *Kísérletes vizsgálatok a dermatopulmonalis reactióról.* Ha a nyúl mellkas jobb oldalának bőrét deriváló anyagokkal, jódtincturával, vagy olyan keverékkel kenjük be, mely alkoholos-glycerines alapanyagban oldott tejsavat, acidum orthophosphoricumot és aetherikus olajakat tartalmaz és ami *rheumapax* néven van forgalomban, akkor, a kezelt oldali zsigeri nyálkahártya hyperaemiás elváltozását és különösen a tüdőállomány pangásos állapotát illetve savó kiszivárgását állapíthatjuk meg. Ez a kórtani folyamat *dermatopulmonalis folyamatnak* nevezhető. A kórfolyamat felderítésére irányuló vizsgálatok kapcsán deriválással, a létesített légmell ellenére, a tüdőben lobos reactio mutatható ki, ami a contact terjedés ellen és a *reflectorikus mechanismus mellett* szól. A sympathiás ideglánc, nevezetesen a ganglion stellatum szöveti vizsgálata kifejezett bővérőséget és göcs ganglionistist eredményez az ellenoldali ganglion épsége mellett. Következésképpen a bőrön kiváltott lobos reactio okozta ingerület elváltozást létesített a bőr-tüdő reflexívének megfelelő ganglion stellatumban. Heveny tüdőgümőkór létesítésével összefüggő deriválással a befolyásolt oldali folyamat kiterjedtebbnek, sajtosabbnak mutatkozik, tehát a deriválás ingere a kísérleti kölesgümőkór fejlődési tempóját sietteti. Ezzel kapcsolatban hozzáférhető, hogy az Arndt-Schulz-féle ingerküszöbszabály értelmében kis ingerek serkentőleg hatnak, nagyobb ingerek bénítólag hatnak. Az itt ismertetett kísérletek során a deriválás ingerének dosisa nem adagolható, de ez nem is történhet meg, mert egyfelől ez nem volt ismeretes, másrészt a kísérlet célja az ingerlés minőleges hatása volt. Ha majd a deriválást adagolni lehet, akkor elképzelhető, hogy ez az inger a gümős elváltozást nemcsak serkenteni fogja, hanem ellenkezőleg bénítani is képes lesz.

Vámosy Z.: Örömmel üdvözlő ez újabb kísérleti bizonyítását a derivans hatásáról alkotott mai felfogásunknak. A speculativ orvostudomány idején eleinte azt hitték, hogy a bőrizgatókkal ki tudják húzni a mélyből a gyulladást a bőrfelületre. A kísérletes fizikalis terapia döntötte meg ezt a nézetet és vallotta, hogy a különféle meleg alkalmazásával a mélyben is gyógyító hyperaemia keletkezik, ami a gyulladást pangás szünteti, a lobtermékek felszívódását elősegíti. E kísérletek során az is kiderült, hogy az a vérbőség nem per continuitatem terjed a derivált bőrről befelé, hanem reflectorikusan jön létre a különböző bőrfelületek felől nem is egyforma intenzitással. E reflexek kihasználásának sokat köszön a modern physiotherapia és ezek többé kétségbe nem vonható működésére vetettek fényt az előadó szép kísérletei.

A Közkórházi Orvostársulat január 31-i ülése.

Campián A.: *Sikeressé gégekiirtás rák miatt szokatlanul időszerű betegen.* A jelenleg 80 éves férfin 1938 szeptemberében szövettanilag is alátámasztott gégerák miatt teljes gégekiirtást végezt. Az akkor 78 éves beteg gyógyulása zavartalan volt, úgy hogy a műtét utáni 10. napon rendszeren tudott táplálkozni. Bemutatja a tünetmentes beteget és a kiirtott gégekiirtást. Hasonló ilyen magas korban sikerrel végzett gégekiirtásos eset csak igen kevés van az irodalomban feljegyezve.

Szigeti L.: *Asthma brochiale kezelése kis sajátvérsavó-adagokkal.* (Kézirat nem érkezett.)

Torday A.: Az allergia jelentőségének, a külső és belső tényezők méltatása után, az asthma és a tüdőgümőkór egymáshoz való viszonyával foglalkozik. A kettő közti összefüggés nem tagadható. Sokszor nehéz megállapítani, melyik a primaer folyamat. Azonfelül a gümőkór körjelzése tekintetében is eltérők a vélemények. Általában nem rontja a gümőkóros folyamatot, bár néha súlyos folyamatokhoz is csatlakozik. Vigyázni kell, hogy az asthma mögött súlyos gümőkóros folyamat ne lappangjon.

Botár G.: *Súlyos hypoglykaemia esete.* (Kézirat nem érkezett.)

Torday A.: Súlyos esetekben tanácsos közönséges insulint adni. Ha a beteget nem ismerjük és kétség merül fel, vajjon coma vagy hypoglykaemia veszkéje áll-e fenn, insulint dextroseval együtt alkalmazandó.

Varga E.: *A lymphogranulomatosis mediastinalis alakjának klinikailag gyógyult esete.* 41 éves nőbeteg 1934 óta

nehézlégzésben szenved. 1937 május óta állott gyógykezelés alatt. Mély röntgenbesugárzásokra a hilusokban lévő $\frac{1}{2}$ gyermekökölnyi éleshatárú daganat teljesen eltűnt, amint a röntgenfelvételek jól mutatták. A vérsajtállás 100 mm-ről 21 mm-re esett. A beteg 13 kg-ot hízott, nehézlégzése megszűnt. Ferrovalidot (arsen, vas, vitamin-készítmény) szedett.

Dóczy J.: *Primaer májtályog műtéttel gyógyult esete.* Primaer májtályog kórisméje csak abban az esetben fogadható el, ha a szervezetet átvizsgálva más kiindulási gócot nem találunk. Diagnostikai punctio csak laparotomiával egybekötve javalt.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának november 8-i ülése.

Előadások:

Schmidt G.: *A gyógykezelés hatása a paralysis progressiva beteg liquorára.* Nyolcvan eset alapján összehasonlítja a malaria- és pyrifera-kúra liquorra gyakorolt hatását. A malaria-kúra hatása gyorsabban áll be és mélyebb. Ha a pyrifert, mint a malaria viszonylag leghatásosabb pótszerét vagyunk kénytelenek alkalmazni, a láz olyan magas és tartós legyen, amint csak a beteg állapota megengedi.

Graaug Á.: *A művi légmell során keletkező hangjelenségek ascultálásáról.* Erre külön eszköz szolgál: a phonorator. Lényege egy rezgőmembránnal kettéválasztott kis kamra, melyet gummicsovok kötnek össze a füllel és a pneumothorax-tű lumenével. A phonorator alkalmazása mellett a töltés egész menete során egyidőben észlelhetők a hangjelzések és a manometer viselkedése. Az észlelt hangjelenségek két csoportra oszlanak: 1. a pleura-rés megnyílását kísérő részjelek; 2. az insufficiálást kísérő légáramlásos zörejek. A részjelek ascultálása a pneumothorax-tű megfelelő elhelyezkedésének egyik legbiztosabb jelét szolgáltatja. A légmellkezelést kísérő ascultálással észlelhető hangképek sorozatos megfigyelése értékes klinikai utmutásokat nyújt.

Alföldy J.: Azt hiszi, hogy előadó újszerű észlelése jól használható és értékes segédeszköz lesz egyrészt a légembolia veszélyének kiküszöbölésére, másrészt a pneumothorax-rés beszűkülésének és összenövéseknek korai felismerésére.

Jurány E.: *A meningitis epidemica kezeléséről.* A meningitis epidemica eddig használt gyógymódjai (röntgenbesugárzás, liquorlebecsátás, levegőfeltöltés, transfusio, autovaccina és serum) nem adtak kielégítő eredményt. Részletesen beszámol öt esetről, amelyek ez év folyamán nagy sulfamid- és sulfapyridinadaggal kezelte meggyógyultak.

November 22.-i ülés:

Előadások:

Greiner K.: *Májbántalom sulfapyridinkezelés kapcsán.* Két esetben sulfapyridin therapiás adagai után súlyos ikterus, hasi fájdalom, hányás, májduzzanat s a vizeletben tyrosin-leucin kristályok jelentek meg. Egy esetben haematuria is fejlődött a jellegzetes ureteralis fájdalom nélkül. A mérgezési tünetek kifejlődésében a gyógyszer-dag nem játszott szerepet. Megfigyelése támogatni látszik azt a felfogást, hogy a gyermeki szervezet a sulfapyridinkezelés veses- és májszövődményeire hajlamosabb. A gyógyszer megvonására megfelelő diéta és gyógyszeres kezelés mellett teljes gyógyulás következett be mindkét esetben.

Földessy Z.: *Betekintés egy vidéki praxisba — útra-valóul falura készülő collegáknak.* Tízéves községi orvosi működését ismerteti, mely kétrészesre tagozódik: 1. az egészségesek megóvása; 2. a betegek gyógyítása. Községének félszázados népesedési statistikájából a következő tanulságot vonja le: 1. a házasságok száma változatlan; 2. csökken a születések; 3. de még nagyobb mértékben csökken a halálozások száma. Rátér a születésszám csökkenésének okára, majd kifejti, hogy miért folynak le nehezebben és több szövődménnyel a születek, mint régebben. Különösen a csecsemő-, tbc.- és pneumonia-halálozás mutat rohamos csökkenést, ellenben a vérkeringés betegségeiben elhaltak száma emelkedik. A constellációs factorok közül a klíma, talaj, a víz, táplálkozás, a ruházatkodás és hulladékanyag elvitelének szerepével foglalkozik. Ezután a constitutióra tér át és biológiai mérései alapján állítja, hogy körzetének népe az apoplectiform typhushoz tartozik, ezért kevés a tbc. és sok a vérkeringés betegségeiben szenvedők száma. Ez készítette elődöt, hogy egy eddig egyedülálló szívprophya-

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2'20

laxist szolgáló intézményt létesítsen körzetében. A többi prophylaktikus intézmény közül a Stefánia tevékenységét, valamint a tüdő- és nemibeteg gondozást írja le. Röviden kitér még az óvodások, iskolások és leventék egészségügyi felügyeletére is. Együttal érinti a betegsegélyzők betegsegymelőző működését, majd összefoglalja beteganyagát több, mint 2000 beteg kapcsán. Sorra veszi a leggyakrabban előforduló betegségeket és megjelöli az utakat, amelyekeken haladva eredményeket lehetne elérni. Felhívja a figyelmet a körzete határán fekvő sziksós fürdőre, Gyopárosra, amelynek vizét kitünő eredménnyel alkalmazta. Körzetének nagy baja a betegek kórházi elhelyezésének nehézsége, ezért járási közkórház felépítését sürgeti. Mindezekből azt a következtetést vonja le, hogy szükség van *faluorvosi* szakorvosi kiegészítésre, ezután pedig megfelelő továbbképzésre.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának február 19-i ülése.

Nádrai A.: Adalok a gyermekkori tetanusban jelentkező keringési zavarok keletkezési mechanizmusához. A gyermekkori tetanus okozta keringési zavarok esetén készített ekg-felvételeken a myocardium ártalmának egyéb jelei mellett olykor halmozott ventricularis extrasystolákat, kamrai tachykardiát lehet látni. Mivel a polytop kamrai extrasystolék csoportos jelentkezése kamrai fibrillatio előhírnöke, valószínű, hogy tetanus esetében rohamok alkalmával meglehetősen gyakran észlelhető *hirtelen szívhalál*. (Sekundenherzod) kamrai fibrillatióra vezethető vissza. Az ekg-val kimutatható eltérések nem minden tetanusos betegen és nem minden roham után észlelhetők, olykor azonban, különösen a rövidebb incubatiós idővel bíró súlyos esetekben, rohammentes időszakban is kimutathatók. Az ekg-eltérések oka valószínűleg a szív kimerülése, de szerepelhet itt a tetanustoxin direct, valamint indirect, az anyagcsere-zavarok okozta szívizomártalom hatása is; utóbbi különösen tetanusos esetekben ugyancsak elég gyakran észlelhető *lassú szívhalál* esetében.

Schmidt J.: Ismeretlen eredetű járványos szembetegség Középeurópában. Ismerteti az 1938 őszén Németországban járványosan jelentkezett kötő-szaruhártyagyulladás, majd cáfolja *Meisner* felfogását, amely szerint e betegség azonos lenne a *Dimmer-féle* keratitis nummularissal. Magyarországra e járványos betegség nem terjedt át, bár több szokatlanul makacs, jellemző lefolyású, kötőhártya-bántalmat észlelt 1939. év nyarán, melyek ugyanazon klinikai képet és lefolyást mutatták, mint a németországi esetek, amelyek tisztán kötőhártyabántalom formájában zajlottak le. Azonos eredet valószínűnek látszik.

Vércsoportok nemzetközileg elfogadott jelzése.

Johan Béla belügyi államtitkár, mint a Népszövetség Egészségügyi Bizottságának tagja az alábbi levelet kapta a Népszövetség Egészségügyi Osztályának jelenlegi vezetőjétől *Gautier dr.-től*. *Johan* államtitkár úr felkért bennünket arra, hogy ezt a levelet ajánljuk a magyar orvosok figyelmébe, mert annak a mai háborús állapot különös jelentőséget ad, midőn különböző nemzetek fiai szorulhatnak más és más országokban transfúsióra. Az államtitkár úr maga is helyesnek tartja azt a törekvést, hogy a vércsoportok elnevezése egységes legyen és ezért lapunk hasábjain át ezt a kérdést a magyar orvosok figyelmébe ajánlja:

Genf, 1940 február 27.

Allamtitkár Úr!

A Népszövetség Egészségügyi Bizottságának elmúlt év novemberében tartott ülésén megállapított, hogy ma, amikor a háború különösen actualissá tette a transfúsiók végzését, még mindig nem szereztek nagy általánosságban tudomást arról, hogy a *vércsoportok jelzésére nemzetközi nomenclatura fogadtatott el*.

Az összetévesztések és az ebből származó súlyos következmények elkerülése végett az *Egészségügyi Bizottság* meghatalmazott engem, hogy az érdekeltek figyelmét felhívjam a *Standardizáló Bizottság 1928. évben elfogadott határozatára*:

„I. Megelégedéssel állapítja meg, hogy a Népszövetség Egészségügyi osztályának kezdeményezésére az egybehívott Bizottság egyhangúlag elfogadta a *Dungern* és *Hirschfeld* által ajánlott nomenclaturát a vércsoportok megjelölésére és hogy ezt a nemzetközi használatra az alábbi jelzésekben ajánlja:

O A B AB

A régi rendszerről az újra áttérés megkönnyítésére a következő összeállítást közli:

Janski	0 (I.)	A (II.)	B (III.)	AB (IV.)
Moss	0 (IV.)	A (II.)	B (III.)	AB (I.)

TOROKÖBLÍTÉS HELYETT

AKRI „RÉTHY”

A SZÁJÜREG ÉS A TOROK FERTŐTLENÍTŐJE

3 mg diamino-methyl-acridiniumchlorid tartalmú pasztillák.

A szájbán és torokban fellépő megbetegedések, gyulladások, torokhurut, angina, diphtheria, influenza, skarlát, soor, alveolar-pyorrhoea esetében.

Orvosi mintát és irodalmat kívánságra küld:

RÉTHY BÉLA Gyógyszerészeti Laboratóriuma **BÉKÉSCSABA**



II. A Bizottság a diagnostikai célra kiadott serumok jelzésre a következőket ajánlja:

Serum A) csoport meghatározására [anti B]
Serum B) csoport meghatározására [anti A]

III. A Bizottság javasolja, hogy az A) csoport meghatározására kiadott serum [anti B)] szintelen üvegekben, viszont a B) csoport meghatározására kiadott serum [anti A)] sárga üvegekben kerüljön forgalomba.

Az Egészségügyi Bizottság hálásan venné az orvosi folyóiratok szerkesztősege részéről azt, ha a jövőben közlendő tudományos munkákban és beszámolóikban az internationalis nomenclatura használatát kívánná meg. Fogadja megkülönböztetett tiszteletem őszinte nyilvánítását.

Dr. R. Gautier,

a Népszövetség Egészségügyi Osztályának megbízott vezetője.

Carbo Königsfeld Histobase-tartalmú
növényi szénkészítmény.
Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 8. sz. Höring O. és Mai H.: Hasmenéses betegségek a lengyel hadjáratban. — Grunert K.: Szemeredetű gyomor- és bélnéurosisok. — Lobmeyer H.: A mezei lár meningitis alakja. — Kabisch A.: A puerperalis mastitis kezelése. — Saltner L.: Benzolsulfonamidok (albicid) és spermatogenesis. — Lämmerzahl: Kísérletek campiolal az oxyuriasis leküzdésében. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 9. sz. Schultz J. H.: Psychotherapiás kezelések szükséges időtartama. — Wokurk W.: Meningitis cerebrospinalis epidemica kezelése. — Pokorny F.: Egészségesek periodikus vizsgálata. — Wolfram St.: A férfigonorrhoea modern kezelése. —

Medizinische Klinik, 3. sz. Jörgens: Járványok lényege és keletkezése. — Hoche O.: Sebesültek háborús sebészeti kezelése. — Ruff S.: Keringési collapsus nagy sebességű repülés esetén. — Malten H.: Egészségápolás physikalis eszközökkel. — Mayer A.: Terhesség ill. terhesség, mint gyógyszer. — Dressen M.: Mész, D-vitamin és angolkór. — Hanke H.: Heveny csontvelőgyulladás. —

La Presse Médicale, 18—19. sz. Olivier H. és Bonet-Maury P.: Ionizáló sugárzások hatása a Koch-bacillus virulentiájára. — Dechaume M.: Az állkapocsizület nem gyulladási eredetű contracturája. — Varangot I.: Dysmenorrhoea hormonalis kezelése. — Brocqu P. és Aboulker P.: A pankreas átlómlőinek kezelése belső drainézzel (cysto-anastomosis). — Hausser G.: Benzoinmérgezés megelőzése. —

British Medical Journal, febr. 10. R. J. Ludford: Fibroblast- és sarkomasejteknek leukocyttakkal és makrophagokkal in vitro egymásra hatása. — J. U. Rowlands és E. P. Sharpey-Schafer: Oestradiol benzoat hatása a gonadotropin mennyiségére hypophysisben és vizeletben, climaxon túl lévő nők esetében. — J. Mann: Convergentiahiány. — D. Ferriman: A gyomorfekély ambulans kezelé-

sének eredményei. — B. Fringie, G. C. Dockeray és R. H. Mitchell: Sulfapyridin terapiát követő agranulocytosis. —

The Journal of the American Medical Association, febr. 10. S. O. Levinson, F. Neuwelt, H. Necheles, stb.: Emberi serum, mint a vér helyettesítője a haemorrhagia és a shok kezelésében. — J. O. Woodruff: A reconvalescensekről gondoskodás. — E. Jokl és M. M. Szymann: Aortalis regurgitatio és mitralis stenosis egy maratoni futón. — L. M. Randall, T. B. Magath és F. N. Pansch: „Hamis” Friedman-féle próba. — G. H. Robb és J. Steinberg: A szív üregeinek láthatóvá tétele. — B. Cohen, N. Showstack és A. Myerson: A luminal, a dilantin-natrium és egyéb gyógyszerek synergizmusa az epilepsia kezelésében. — W. H. Lewis: Coronaria elzáródás. —

VEGYES HIREK

Vály Ernő dr. e. ü. főtanácsost, az Irgalmas kórház és a MABI fülész főorvosát, ki 1888-ban szerezte oklevelét aranydiplomával tüntette ki a Pázmány Péter Tudományegyetem, mit meghatározó szavak kíséretében Müller Imre dr. tartományi rendfőnök nyújtott át az ünnepeltnek a múlt hetekben.

Az Orvosi Nagyhét elnöki tanácsa márc. 4-én tartott ülésén a Nagyhét üléseit máj. 27 és jún. 1. közt lefolyó hétre tűzte ki azzal, hogy levélben fogja meg megkérdézni a társaságok elnökségét, vajjon alkalmasnak tartják-e a mai idöket arra, hogy Orvosi Nagyhét rendeztessék? —

A budapesti gyógyfürdők forgalma. 1938-ban a székesfőváros összes fürdőiben 3.618.374 fürdőt szolgáltatott ki, míg 1939-ben ez a szám 3.905.480-ra emelkedett. Ebből a szoros értelemben vett medicinális fürdőkre 1938 évben 448.780 fürdő jutott, míg 1939-ben 531.041 esetben szolgáltatott ki gyógyfürdőt. Tehát közel 100.000 fürdővel haladta meg a fürdőforgalom a múlt évszázadban az azt megelőző évit. Ugyanilyen emelkedés mutatkozott az ásványvíz és gyógyvíz fogyasztásában is, mert az 1938-ban fogyasztott 10.980.932 liter ásvány-, illetve gyógyvízzel szemben 1939-ben 11.162.470 literre emelkedett a fogyasztás.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének márc. 13-án este 8 órakor a kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében rendezendő hangversenyének műsora: 1. Mozart: Vonós-negyves, d-moill. Előadják: Peregé István dr., Timár Mihály dr., Ittész Jenő dr., Fekete Gyula dr. — 2. Mozart: G-dur zongoraverseny Dohnányi Ernő kadenciájával. Előadja: Furka Gizella. Kíséri a Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének zenekara. Vezényel: Rajter Lajos, a Zeneművészeti Főiskola tanára. — 3. Mozart: Cherubin áriája a Figaro-ból; Mozart: Zerlina áriája a Don Juanból; Mozart: Az Éj királynője áriája a Varázsfuvolából. Énekli: dr. Sebő Imréné, zongorán kíséri: dr. Lévai Györgyné. — 4. Mozart: Serenade (Eine kleine Nachtmusik). Előadja: a Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesületének zenekara. Vezényel: Rajter Lajos. —

Hollandiában is emelkedik az elmebetegség száma. 1848—1938-ig ez a szám 100.000 lakosra vonatkoztatva 39-ről 509-re emelkedett.

A délamerikai egyesült államok népesedési hivatalának számítása szerint 1960-ban a lakosság számában változás várható, amennyiben az eddigi emelkedés csökkenésbe fog átsapni. A születések száma máris csökken.

Görögországban a fölös számú gyógyszertárakat megszüntetik s csak annyit hagynak üzemben, amennyi a lakosság szükségletének megfelel.

BIROBIN -CHINOIN

hoemopoeticum, roborans, hizlalószer

100 tableta

„Koch Róbert a halál legyőzője” meglehetősen absurd címen ismét orvosfilmet pergetnek ez alkalommal az *Uránia* és a *City* filmszínházakban. Nagyon divatba jöttünk, mi orvosok és a mi tudományunk, csak nem tudjuk, örülünk-e neki. Mert eddig erkölcsi törvényeink megkívánta áldozatossággal csendben és észrevétlenül dolgozhattunk, magunk között intézve el vitáinkat s legheroikusabb küzdelmeinket a beteg mellett a kórteremben vagy az operációs teremben vagy egy csendes laboratóriumban vívtuk meg. De pár év óta nem csak eredményeink, hanem titkaink is kezdik érdekelni írónkat és a közönséget, a veséinkbe akarnak látni, könyveket, regényeket írnak rólunk, színpadra, filmre hurcolnak és mi, az ünnepeket, — sokszor ijedten látjuk milyen közönségesek vagyunk, milyen emberi hibákban szenvednek legjobbjaink.

Mert az író — hát még a filmrendező! — sensatiót keres mindenütt, mert a közönség sensatióra éhes. Ezért kell a laikus nézők idegeit végsőkig izgatni a körorvos Koch éjjeli boncolásával, a fanatizált nép reátörésével, *Virchov*nak tudóshoz nem méltó elzárkózásával, politikai és társadalmi csillogásának túlzott beállításával, az udvari bárlól egyenest a hullaterembe érkezésével. Hogy azután ott honnan veszi a bátorságot Koch a nagy tekintély durva leszidásához és az ünnepeit *Virchov* tele érdemrendekkel és nagyszalagokkal miért túri ezt olyan jámboran, sőt alázattal, azt igazán nem értjük.

Mi orvosok a cellularpathologia alapjait lerakó *Virchovot*, még ha ellenfele is volt *Koch*nak, nem ilyen korlátolt nak képzeljük: mint ahogy *Semmelweis* főnökét, *Klein* professort sem tudjuk olyan vadul kegyetlennek hinni, mint a film mutatta. A feleség beállítását sem találtuk valami rokonszenvesnek, amiben minden jó orvosfeleség igazat fog adni nekünk.

Mind-e hibákat a túlzott sensatiókeresés szüli, még azt a kopott fogást is, hogy a bárónő férje, a kerületi főnök is úgy keresik *Kochot*, mintha megenni akarnák, pedig elismerésüket hozzák oly lármásan. A bárónő mulattató epizódja nem igen illik a komoly filmbe, de távolról sem olyan durva, mint a *Barnum-jelenet* a *Semmelweis*-filmben, mely-lyel önkénytelen is összehasonlításokat kell tennünk, mikor *Jannings* (*Koch*) lenyűgöző alakítását élvezzük. Lenyűgöző, de nem különb, mint *Urayé* volt, ki *Semmelweis* szerepében igazán emberfeletti producált. *Kraus Werner* *Virchovja* az író túlzása mellett is kitűnő alakítás és méltán kél versenyre *Jannings*-al.

Ne vegye rossz néven a Tobis-filmgyár, hogy mi nem leikes ismertetést, hanem kritikát írtunk. Lehet, hogy e hibákat csak mi, orvosok látjuk annak, a közönségnek azonban így tetszik minden és végeredményben az a fő, hogy tudomást szerezzen arról az önzetlen küzdelemről, amit mindnyájunk javáért a kiválasztottak vívnak.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen február 28-án: *Wechsler Róza*, *Czékus László Miklós*, *Fröhlich Lajos Károly*, *Lust Iván Ferenc*, *Schmelz Dezső*. Üdvözljük az új Kartársakat!

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

Egyetemes orvosi rendelő elhalálozás miatt örökáron eladó. Érdeklődni lehet levelben Csánky István dr. ügyvédnél, Szeghalom.

FAGIFOR „CITO”

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P. —'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

Csecsemők mesterséges táplálásánál tejhígítások készítésére legjobbnak bizonyult a Krompecher-féle *Oriza szárított rizsnyákból* készített nyák, mely az ideális nyák követelményeinek mindenben megfelel. Az ervevonatkozó klinikai vizsgálatok ugyanis megállapították, hogy az *Orizából 5 perces főzéssel*, kolloidalisan jól oldott tápanyagokban gazdagabb, tehát könnyen emészthető, a szervezet által jobban kihasználható nyák készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagból, rizs-, buza, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös colloidchemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és hasmenések kezelésére használatos nyákkoldatokat leggazdaságosabb, legcélszerűbb és legkönnyebb *Orizából* készíteni.

Dr. Szontagh: Szanatóriumok és gyógypalota UJTÁTRAFÜRED

Egész évi üzem. Igazgató: Dr. Szontagh Miklós
Felvilágosítás: *Tátra Iroda*, Budapest, V., Dorottya-u. 5-7.

Az O. H. kiadványait olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás	Sajtó alatt 5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel	5.— „
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- és üdülőhelyei, 215 oldal	6.50 P helyett 5.50 „
Vászonba kötve	8.— „ „ 7.— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal	2.50 „ „ 2.— „
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana	4.— „
Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, fűzve	4.— „

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetésé' kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a port.költséget is felszámítjuk.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0'015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

VIPERIN

a nátha legújabb gyógyszere

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

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az Ipecacuanha-forrázat helyes rendelése.

Egyik leggyakoribb célunk és feladatunk a légutakban meggyült váladék kiürülésének elősegítése köptetőszerek segítségével. Sajnos! — e szerek hatásmechanizmusa a kísérletezés számára nehezen hozzáférhető, s többnyire csak tapasztalati tényekre vagyunk utalva s az eredmény nem valami biztos, s legkedveltebb szereink gyakran ép akkor hagynak cserben, mikor legnagyobb szükség volna hatásukra. Ha már így áll a dolog, annál fontosabb, hogy szereinket jól megválasszuk és helyesen alkalmazzuk, hogy legalább e téren elkövetett balfogásokkal ne kockáztassuk a sikert.

Legjobb köptetőink kétségtelenül a reflectorikusan ható hánytatók köréből kerülnek ki s közülük leginkább a Senega és Ipecacuanha gyökér rendelése terjedt el. Mindkettő csak messze idegen földről szerezhető be s emiatt hazai drógokkal pótlása felette kívánatos volna. A Senega pótlása nem ütköznék semmi nehézségbe sem, ha orvosaink tanácsainkat megszívlelnék és tolluk nem tévedne minduntalan a Senegára, mert ennek hatóanyaga, a *saponin* a növényvilágban igen elterjedt és számos hazai növényünkben felelhető (*Primula*, *Viola*, *Droseria*, *Saponaria*, *Gypsophila*). Ezek közül az elmúlt világháború alatt szappangyökér néven ismeretes, selyem- és csipkeszövetek tisztítására használt *rad. Saponariae*-t (nem a *Saponaria officinalis* lúdtollvékony gyökere, hanem a homokos talajon vadon termő fátyolvirág: *Gypsophila paniculata* répaalakú gyökerének szeletei) ajánlottam volt az „Orvosképzés” 1917. évi 1. füzetében, figyelmeztetve orvosainkat arra, hogy ennek több lévén a saponintartalma mint a Senegának, ne 10-et 150-re, hanem csak 4—5 g-ot rendeljenek egy 150—200 g-os decoctumban. Valószínűleg ezen az adagkülönbségen múlt, amit már nem tudtak megjegyezni maguknak elfoglalt collegáim, hogy nem terjedt el ez a hazai gyógyszer, mert többfelől hallottam, hogy panaszkodtak hányingert okozó voltára. — De mi farmakológusok nem tágitottunk mellőle és biztatást nyerve klinikusoktól és kórházi orvosoktól, a IV. Magyar Gyógyszerkönyvbe is felvettük, meghagyva még egyelőre a sokkal drágább Senegát is (10 g = 25 f. míg 10 g *saponaria* 3.8 f.) a conservatívabbak kedvéért. Talán ezért nem sikerült kiszorítani ezt az amerikai drágaságot az orvosok rendeléséből, mert megrögzött szokásainkhoz annyira ragaszkodunk, hogy még mindig adstringenseket és ergotint írnak sokan tudóvérzés esetén és a meleg sós víz tiszta gőzeit lélegeztetik be a só hatásába vetett hittel.

E rövid visszapillantás után a Senega és *Saponaria* gyökér versengésére, nézzük csak hogy állunk az Ipecacuanha rendelésével? Tulajdonképen ezt is lehetne pótolni a szappangyökér decoctumával, mert a főszerepet itt is egy erős nyálkahártyaizgató és reflectorikus hánytató: a *cephaelin* játsza és nem az *emetin*, mint régen hitték. De kétségtelen, hogy ez utóbbinak is megvan a maga váladékszaporító hatása ama capillaris vérbőség útján, amit mind a belekben, mind a légutak nyálkahártyáin előidéz az erek simaizmát elernyesztő hatása révén. Rokon ezzel az amoebákat megbénító hatása, ami erélyes és tartós alkalmazásával (*emetin hydrochlorid* injectiók, melyeknek sem izgató, sem hánytató hatása nincs) amoebapusztító hatássá fokozható s jól használható a trópusi amoebás dysenteria gyógyítására (a németek „Ruhrwurzelnak is nevezik).

A gyökérből olyan forrázatot (infusum) szoktunk készíttetni, melynek egy adagjában vagyis felnőtteknek 15 g-os evőkanalában 0.05 g gyökérpor kivonatanyagai vannak: vagyis 0.5 g-ot irunk 150 vízre (és nem 200-ra! nem tudom miért hígítják a pénztári orvos urak mindig ugyanazon hatóanyagmennyiséget 200 g vízzel?) Gyermeknek 0.1—0.3 g is elég 100 vízre. Legtöbb ember elbírna 1 g-ot is a 150-re, de nem szeretjük magunkat kitenni annak a kellemetlenségnek, hogy betegünk másnap étvágytalanságról és émelygésről panaszkodik (nausea) és kénytelenek legyünk az orvosságot lerendelni.

De a legtöbbször elég is ez az 0.05 g-nyi adag pro dosi kétóránként —, ha ugyan benne vannak a hatékony alcaloidák az infusumban. Mert gyakran előfordul, hogy nincsenek benne vagy legalább nincsenek hatásos mértékben benne és innen ered a sok sikertelenség. A köptető hatás bizonytalanságát semmi sem mutatja jobban, mint hogy ezt orvosaink észre sem vették (talán a jó adjuvansok miatt) és csak akkor derült ki, mikor a patikákat mind nagyobb mértékben ellenőrző Orsz. Közegészségügyi Intézet és a szegedi egyetem gyógyszerészeti professora, *Dávid Lajos dr.* vizsgálatai reáirányították a figyelmet. Oka pedig az egésznek az, hogy a legtöbb gyógyszerész nem vette figyelembe a Gyógyszerkönyv „Decocta et Infusa” címszó alatti utasítását, amely szerint az Ipec. infusumot a IV. sz. szitán áthulló porából kell a drógnak készíteni, hanem vették egyszerűen azt, amit a droguistától kaptak: az Ipecacuanha gyökér kereskedésbeli durva vagdalékát (III.) és minden újabb törés és szitálás nélkül ezt használták a forrázatok készítésére. Az elvétel jóhiszeműnek mondható, mert törvényeink a droguistákat kötelezik arra, hogy a gyógyszerárakat rendeléseik alkalmával a IV. Magyar Gyógyszerkönyvnek megfelelő minőségű áruval lássák el. — Világos már most, hogy az előirt rövid idő alatt pedig (5 p.) a víz nem járja át eléggé és nem tudja kioldani a nehezen oldható basisokat.

Mit csináljunk már most, hogy hatékony infusumokat kapjunk? A tévedés a gyógyszerészek körében gyakori és figyelmeztetés ellenére is visszatérőnek igérkezik, ezért célravezetőnek látom az orvosokhoz fordulni és a hibát *Dávid* prof. takarékosági elvből ajánlott eljárásával kiküszöbölni. — Ő ugyanis kísérletei alapján azt ajánlja, hogy feleannyi gyökérporral is elérhetjük a kívánt hatást, ha kivonásához dest. víz helyett sósavtól vagy citromsavtól igen gyengén savanyú vizet használunk. Ilyenkor a nehezen oldható alkaloidákból vízben jól oldható sók képződnek s kivonásuk a növényi sejtekből könnyebben megy már azért is, mert a savanyú közegben a diffúziót gátló sejthártya és plasma-colloidok is zsugorodnak és átjárhatóbbak lesznek. Kísérletei az elgondolást szépen igazolták és igaza van abban, hogy ilyen rendeléssel feleannyi Ipecacuanhát kellene csak fogyasztanunk.

Mivel azonban ebből a tengerentúli drógból úgy is csak igen kevésre van szükségünk tekintve az adagok alacsonyosságát, fontosabbnak tartom, hogy *Dávid* prof. eljárásával inkább a megszokott, rendes adagok hatásértékét emeljük és biztosítsuk. Ezt pedig könnyen elérhetjük, ha az infundáló vízben 0.02 g ac. citricumot vagy 3 cs. híg sósavat oldatunk. Ez esetben a ható alkaloidák kioldása még a durva vagdalékból is sikerül és nem lesz túlerős az infusum abban az esetben sem,

ha a gyógyszerész a IV. sz. szitán áthulló finomabb gyökérből készíti is az infusumot, — feltéve, hogy az adagot nem emeltük 0.5 g-ról 1.0 g-ra! — Ezzel az egyszerű fogással kiküszöböltük egy eddig rejtett hibáját gyógyszerrendelésünknek és megnyugvással rendelhetjük továbbra is betegeinknek ezt a közkedvelt gyógyszert. A „Budapesti Közlöny” legújabb számában már közzétett „Formulae normales”-ben felvett Ipecacuanha infusumok előírata már 3 csepp híg sósavval készül, sőt a takarékoságot is szem előtt tartva 0.5 g helyett csak 0.25 g-ot infundáltat, feltételezve a IV. sz. porfinom-ságot. Remélhetőleg rövid időn belül sikerül majd a droguistákat rászorítani arra, hogy a gyógyszerárakat a IV. Magyar Gyógyszerkönyvnek megfelelő anyaggal, az az IV. sz. Ipecacuanha porral lássák el, s akkor orvosaink is minden esetben áttérhetnek a savanyúan infundált anyagok fele mennyiségére.

Rendelési minták :

<i>Rp.</i>		<i>Rp.</i>	
Ipecac. rad. (IV.)	g 0.25	Inf rad. Ipecac. e	gr semis
Ac. hydrochl. dil.	gtts 3	l. a. p. c. aqua dest.	acidulata
fiat l. a. inf.		c. ac. citrico	gr 0.02
Liqu. ammon. anis.	gr 2.00		ad colat. gr 150
Ds. 2 ór. 1 evők.		Liqu. ammon. anis.	gr 2.00
[Form. offic. A), van gyen-		Syr. simpl.	gr 15.00
gőbb is B); gyermeknek.]		DS 2 ór. 1 evők.	

Vámossy Zoltán.

Anisotoniás oldatok alkalmazása koponyaüregi nyomásemelkedés esetén.

Egy évtized óta szerepel az orvosi gyakorlatban a koponyaüregbeli nyomásnövekedés csökkentésére az intravenásan bevitt hipertoniás oldat. Mióta a hatásmechanismusa állatkísérletekkel ismertté vált, valamint ártalmatlansága is bebizonyosodott, mind szélesebb alkalmazást nyert. Ezen vizsgálatok lényege az volt, hogy a vérpályába bevitt hypotoniás oldat, pl. a destillált víz, a koponyaüregbeli nyomás fokozza; a hipertoniás pl. cukor, konyhasó, stb. pedig csökkenti azt. A kritika nélküli korlátlan alkalmazása bizonyos fokig diszcreditálta az eljárást úgy, hogy egyes szerzők elvetendőnek tartották, mióta azonban az alkalmazás javallata, valamint technikája ismertté vált, azóta biztos és nélkülözhetetlen szerünk az intracraniális nyomás csökkentésére. Hatásának lényege, hogy a hipertoniás oldat vérpályába fecskendezve a vér osmotikus koncentrációját fokozza, a szervezet igyekeztén helyreállítani a normalis osmotikusnyomást, az összes szövetekből folyadékot von el. Ennek megfelelően az összes szervekben csökken a nedvességtartalom, de főleg az agyban. Itt ugyanis, miután saját nedvkeringése van, igen alkalmasak a viszonyok a gyors folyadékfelvételre illetőleg leadásra. T. i. hipertoniás oldat befecskendezésére a liquorképződés csökken, a felszívódás fokozódik; mindez oly fokot érhet el, hogy az agy vonumenje mérhetően csökken. Párhuzamosan csökken a koponyaüregi nyomás is, mely azonban természetesen csak addig tart, amíg az osmotikus nyomás helyre nem áll; ez az idő rendszeren $\frac{1}{2}$ óra. Evvel világossá válik, hogy a chronicusan fokozott agynyomást, mely a koponyaüreg térszűkítő folyamataiban lép fel, tartósan befolyásolni nem vagyunk képesek. Így hydrocephalus, agydaganatok, nagy vérzések, genuin epilepsia esetében nem várhatjuk, hogy a nyomás tartósan csökkenjen. Mindezek alapján azonban nem mondhatjuk, hogy az említett folyamatokban a hipertoniás oldatok alkalmazása céltalan, mert éppen ezekben is bekövetkezhetnek átmeneti rosszabbodások, vagyis hirtelen nyomásnöve-

kedés, mely halálhoz vezethet, ha a hipertoniás oldat befecskendezésével a nyomást átmenetileg nem csökkentjük. A nyert idő alatt az esetleges sebészi beavatkozás elvégezhető. Az osmotherapiának alkalmazása szóba jöhet még tompa, súlyos koponyasérülések és postcommotionalis panaszok esetén. Ezeknél sokszor meglepő eredményeket érhetünk el. A shoktünetek fennállása ilyenkor abszolút ellenjavallatát képezi a befecskedésnek, de 24—48 óra múlva nyugodtan alkalmazhatjuk. A szóba jöhető szerek közül ma már jóformán csak a hipertoniás szőlőcukor oldat jöhet szóba. A régebben végbelen át alkalmazott magnesiumsulfat ma már alig kerülhet alkalmazásra, ugyancsak a hipertoniás konyhasó oldat zavaró mellékhatásai miatt sem használatos már. Ennél ugyanis a konyhasó átlépésével a szövetek közé nemsokára a nyomáscsökkenés után annak ellenkezője: fenyegető nyomásnövekedés következhetik be. Ezért ma már jóformán mindenütt 30—50%-os szőlőcukor oldat használatos, 60—80 ccm melegen és lassan fecskendezve, 2—3 óra múlva nyugodtan megismételhetjük. Ha ismételt befecskendezések után sem látunk eredményt, a további kísérletezés céltalan. Postcommotionalis esetekben naponta csak egyszer adjuk. A fentiek betartásával életmentővé válhat minden acut koponyaüregbeli nyomásnövekedéskor, chronikus esetekben ellenben eredményt tőle nem várhatunk.

Fedeles Findeisen László dr.
egyet. tanársegéd. II. seb. klinika.

A bordaközi idegek alkohol-injectiók kezelése a tüdőtuberculosis-gyógyításban.

A beteg tüdőfél nyugalomba helyezése a tuberculosis gyógykezelésében Forlanini légmellkezelésének bevezetése óta ma is vezető elv. Az esetek jelentékeny részében megakadályozza ez elv alkalmazását az a körülmény, hogy a folyamat kétoldali, vagy hogy a beteg általános állapota nem enged meg activ beavatkozást. Kiterjedt összenövések lehetetlenné teszik a légmellkezelés bevezetését és az ilyenkor ajánlott plasticai műtét gyakran a beteg ellenkezése miatt sem végezhető el. Ezek az esetek activ kezelés számára nem voltak hozzáférhetők.

Különböző kísérletek után Morelli ajánlotta 1926-ban, hogy ilyen esetekben kísérjük meg a bordaközi idegek alkohol-injectióval bénítása útján a beteg mellkasfelet nyugalomba helyezni. Elgondolását a következő évben a palermói Leotta valósította meg, aki a módszert eleinte bordatörések, mellhártya- és tüdőszövetes esetében alkalmazta, majd használatát rövidesen kiterjesztette tüdőtuberculosis-eseteire is.

Módszere meglehetősen egyszerű s mint azt Ger-gely J. osztályáról Szécsi-vel közöltük, a következő: a bordaközi ideg, arteria és vena jól elhatárolt, háromszög alakú egységben futnak, melyet Leotta costopleuralis háromszögnek nevez. A különböző bordaközökben ezek a képletek vagy a háromszög csúcsához, vagy az alapjához esnek közelebb. Bármelyik ponton hatolunk be a háromszögbe, az injiciált folyadék okvetlenül eléri az ideget. Bőrérzéstelenítés után (2%-os novocain-oldat) a tövisnyulvány szélétől 4 cm-nyire szúrunk be a bőrfelületre merőlegesen tartott tűvel. Előrehatolás közben kevés novocain-oldattal érzéstelenítünk és így keressük fel a borda alsó szélét. Az alsó bordaszél alá jutva 1—2 mm-rel előre hatolunk, miközben a tűnek a bordaélel-

érintkezését állandóan fenntartjuk és ide $\frac{1}{2}$ ccm 4%-os novocain-oldatot injiciálunk. A tűt mozdulatlanul hagyva fecskendőt cserélünk és kb. 10 perc múlva 2 ccm 95%-os alkoholt injiciálunk a fecskendő előzetes megszívása és bordacontroll után. Az alkohol befecskendezését 10—12 mp-es fájdalom követi, amely ez idő után teljesen elmúlik. A novocain koncentrációjával ne takarékoskodjunk, mert különben heves fájdalomreakciókat kaphatunk, viszont annak nagyobb mennyisége az alkohol töménységét rontja. Egy ülésben 2—4 ideget injiciálunk, a beteg érzékenységétől függően.

A kezelés folyamán felléphető szövődmények között első helyen kell megemlítenem az injectiót néha követő neuritist, mely megfelelő bőrssegmentum területén fájdalmas hyperaesthesiás zónát teremt. Ezek 8—14 nap alatt gyógyulnak. A novocain, ill. alkohol vénába jutása collapsust okozhat. Ugy védekezünk ellene, hogy a fecskendőt a folyadék injiciálása előtt megszívjuk és ha vért kapunk, az illető ideg kezelését a következő ülésre halasztjuk.

A módszert alkalmazhatjuk: 1. szükségből és 2. sürgősségből.

1. **Szükségből** az összes olyan tüdőbc-formákban alkalmazzuk, amelyekben mellhártyaösszenövések akadályozzák a légmellkezelést, továbbá kétoldali folyamatokban, ahol egyéb activ kezelést nem folytathatunk. Ilyenek az adhaerens zsugorodó heges formák, ezek is adják a legszebb eredményeket. Érdemes azonban kiterjedtebb, súlyosabb kórképekben is megkísérelni (caseosus pneumoniák, cavernák, stb.), bár az ilyenkor várható eredmények szerényebbek.

2. **Sürgősségből:** bőséges és egyéb eljárással nem csillapítható tüdővérzések esetében *Rabboni* szerint az eljárás sikere csalhatatlan. (Ilyen esetekben személyes tapasztalatokat szerezni nem volt alkalmam.)

A kezelést a megbetegedett tüdőrészetnek megfelelően, de legfeljebb a II—X. idegeken végezzük. Rövid idővel az injiciálás után a megfelelő tüdőterületen a légzés feltűnően gyengültté válik, amit *Szécsi*-vel együtt pleura-ingerhatásnak tulajdonítunk. A fali mellhártyán ugyanis a befecskendezett alkohol lobos reactiót vált ki, mely a vele szorosán összenőtt zsigeri mellhártyára is reááterjed. Ez a lobos duzzanat és a velejáró körülírt exsudatiók, később pedig a mellhártyalemezek megvastagodása okozhatják a gyengült légzést.

A kezelést akkor ismételjük meg, amikor a gyengült légzés szünőben van; ez átlagosan 3—6 hó alatt következik be. A kezelés időtartamát illetőleg *Leotta* 2—3 évet ajánl, illetve annyi időt, ameddig a pneumothoraxot fenntartanánk. (Erre nézve l. *Gergely* közlését: „Therapia“, 1937. ápr.)

Leotta szükségesnek tartja mindkét oldali idegek egyidejű alkoholozását, amivel a mellkasüri nyomás egyensúlyát kívánja biztosítani. Ugyanez okból sohasem kombinálja egyéb collapsus-kezeléssel. A kétoldali kezelést saját eseteink tanulságai alapján localisált féloldali folyamatokban mellőzhetőnek tartjuk.

Tekintve, hogy az eljárást csakis mint pótló beavatkozást alkalmazzuk olyan betegeken, akik az activ kezelés lehetőségének időpontját lekésték, vagy akiken a folyamat kiterjedése, ill. általános állapotuk egyéb beavatkozást nem enged meg, a várható eredmények is szerényebbek, mint egyéb collapsus-kezelési eljárásokkal. Várhatjuk a köpetmennyiség csökkenését, a köhögés kevesbbedését, vagy megszűnését, az általános állapot javulását, a hőmérséklet gyakran jelentős csökkenését. Adott esetben mindenesetre érdemes megkísérelni, mert

olyan betegek állapotában hozhat néha lényeges javulást is, akik egyéb activ gyógykezelés módszerei számára többé nem hozzáférhetők.

Fohn Tibor dr.
tüdőgondozó intézeti orvos.

A székesfővárosi gyógyfürdők és gyógyvizek javallatai, hatásmódjuk és rendelésük.

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

III. közlemény.

Sósfürdők:

Az orvosi rendelésnek megfelelően 1—4%-os koncentrációban kerülnek alkalmazásra.

Javallatai: a női nemiszervek idült és subacut gyuladássalos folyamatai.

Hatásmódja a hő görcsoldó, fájdalomcsillapító és hyperaemizáló befolyásán kívül a bőrön felrakódott apró konyhasókristályok izgató hatásából tevődik össze. Éppen ezért mindenkor utasítsuk betegeinket, hogy a fürdőkúra alatt más fürdöket ne használjanak s így a bőrre lerakódott konyhasókristályokat el ne távolítsák.

Rendelhetjük teljes vagy ülőfürdő alakjában, meleg (37 °C felett) vagy közömbös (35—36 °C) hőfokon. Ülőfürdöket célszerűen kombinálhatunk hüvelyirrigációval. E célra a Gellértfürdő nőgyógyászati fürdőosztályán különleges ülőfürdőkádak állanak rendelkezésre.

A kúra áll 15—20, másodnaponként vett fürdőből.

Bélfürdő (Enterocleaner):

Az eljárás lényege nagymennyiségű vízzel végzett magas bélmosás, miközben a beteg melegfürdőben fekszik. A béloblítás és fürdő kombinációjának célja, hogy a fürdővíz hydrostatikai nyomása a hasfalon keresztül érvényesülhessen és *atoniás belek* esetében az öblítő folyadék kiürülését segítse elő, *spastikus belek* mellett pedig a melegfürdő görcsoldó hatása teremtsen a bélmosás számára előnyös helyzetet.

A bélfürdő előnye a közönséges beöntéssel szemben, hogy igen nagymennyiségű folyadékkal (20—30 liter) történhet, melyet pontosan szabályozható nyomással szakaszonként (1—2 literes adagokban) juttatunk a végbélbe. A mosófolyadékot izolált csőrendszeren vezetjük el, úgy hogy a fürdővíz szennyezése teljesen lehetetlen.

Egy bélfürdő alkalmával ilyen módon a vastagbél 10—15-ször minden alkalommal tiszta mosófolyadékkal öblíthetjük át, úgy hogy a bélben pangó és a bélfalat izgató bélsártömeget (koprolith) tökéletesen eltávolíthatjuk.

Bélmosófolyadékul használhatunk physiologiás konyhasó-oldatot, melyhez hurutos bántalmakban adstringenseket (kamillatea-főzet, ezüstnitrát, tannin, stb) vagy bevonókat (bolus alba, bismuth) kevertetünk.

Javallatai: idült székrekedés, chronikus bélhurut, postdysenterias állapotok, meteorismus, a bélfalak atóniája, mely idősebb egyéneken oly gyakran okoz angina és légzési panaszokat. Bélférgek.

Külön indicatiót képeznek a húgyszervek és az epehólyag spastikus állapotai, ureterkövek, chronikus cholecystitis.

Hetenként legfeljebb két bélfürdőt rendelünk, egy kúra 8—10 bélfürdőből áll.

Radioactiv fürdők:

Javallatai: Köszvény, chronikus izületi gyulladás, chronikus myalgia és neuralgiák; Arteriosklerosis, hypertonia. Klimakterium, férfi sexualis zavarok.

Hatásmódja: a melegfürdők thermikus és hydrostatikai hatásához adódik még a radiumemanationnak és a vízben oldott radiumsóknak hatása. A radiumsók kizárólag a bőrön keresztül jutnak a szervezetbe, míg az emanatio ezenkívül tekintélyes mennyiségben kerül be inhalatio révén, ezért fontos, hogy a fürdőhelyiségből helytelenül alkalmazott szellőztetés révén a fürdés tartama alatt az emanatio el ne távozhassék. A radiumemanatio physiologiai hatása igen sokoldalú; a respiratorikus anyagcserét és a nitrogénkiválasztást egyaránt fokozza, ennél azonban fontosabb, hogy elective fokozza a *húgysavkiválasztást*, a vérhúgysav kezdeti emelkedés után süllyed. Jelentékeny a vérkeringésre gyakorolt hatása, mert a pulsusvolumen csökkenti, de csökken a pulusszám is; fontosabb ennél, hogy a *véryomás csökken* és pedig tartósan, amiben nyilván a peripheriás érédények tágítása játszik fontos szerepet. A vérkép átmenetileg megváltozik, amennyiben *leukocytosis* jelentkezik az eosinophilek szaporodásával, továbbá fokozódik a *phagocytosis*. Az idegrendszerre mérsékelt adagok nyugtatólag, hosszabb kúrák izgatólag hatnak.

A vázolt physiologiai hatásokból érthető a radiumos fürdőkúrák előnyös befolyása hypertoniára, köszvényre, továbbá a chronikus izületi gyulladásokra, mikor a melegfürdő keringést fokozó hatását a phagocytosis és a leukocytosis kiegészíti, chronikus gyulladásos termékek, izzadmányok eltakarítását sietteti. Talán kevésbé tisztázott még a mirigyműködésre gyakorolt serkentő befolyás, amely azonban a klinikai észleletek tanúsága szerint kétségkívül fennáll, elsősorban a sexualis mirigyek belsősecretiós funkcióját illetően.

Rendelésük óvatossággal történjék, mert szervi szívbántalmak esetén még jól compensált állapotban is hamarosan jelentkeznek a szív részéről zavarok. Nehezen tűrik a fürdőket egyes neurastheniás betegek is. Hetenként 3 fürdónél többet nem rendelünk, egy fürdő tartama legyen 20—30 perc, hőfoka 33—38 °C között, aszerint, hogy hűvös, vagy meleg thermikus hatásra törekszünk. A beteg fürdő után félórát a fürdőhelyiségben pihen, mely idő alatt az emanatio belégzése még folytatódik.

Hőlégkezelés:

Javallatai: megegyeznek az iszapkezelés javallataival és olyankor rendeljük, midőn a kóros folyamat iszapkezelésre még nem nyugodott meg eléggé vagy a beteg általános erőbeli állapota, kora, keringési rendszere az iszapkezeléssel járó megterhelést nem bírja.

Hatásmódja tisztán hőhatás, mely a keringést élénkíti, gyulladásos termékek tovaszállítását, felszívódását sietteti. A meginduló erős izzadás révén kóros anyagcseretermékek távoznak. A hyperaemia a zsugorodott, heges kötőszöveti elemeket — tokszalagok, inak, inhuvelyek — felpuhítja, a fájdalmas izomspasmusokat oldja és a mechanotherapia számára hozzáférhetővé teszi.

Rendelhetők vagy egész testre vagy egyes tagokra 40—60 °C hőmérsékleten, 1/4—1 órai időtartammal, túrés szerint. Gondoskodunk fej- és szívhűtésről, utána tekintettel az izzadásra, a beteg langyos lemosást kap.

Ivókúrák a Rudas forrásokkal.

Hungária-forrás: hypotoniás, méshydrocarbonatos, sulfatos radioactiv thermalvíz, hőmérséklete 40 °C.

Attila-forrás: hypotoniás, méshydrocarbonatos, sulfatos, radioactiv thermalvíz, szabad kénhydrogentartalommal, hőmérséklete 45 °C.

Juventus-forrás: radiumos, hypotoniás, méshydrocarbonatos, sulfatos thermalvíz, szabad carbonilsulfiddal, hőmérséklete 46 °C.

Hatásmódjuk: a gyomorban a nyákot oldják, a hurotos nyálkahártya felső degenerált rétegét felduzzasztják, lelekedését és az alsó rétegekből pótlását elősegítik. Tapasztalat szerint csökken a hypersecretio, a peristaltica megnyugszik, spasmusok oldódnak, amiben nyilván a calciumnak kell szerepet tulajdonítanunk. Diuretikusan hatnak, oly módon, mint a sós húgyhajtók. Az erősebben radiumos Juventus-víz a húgysavlerakódásokat tapasztalat szerint mobilisálja.

Gyógyjavallatok: Normacid, vagy hyperacid gyomorhurut. (Hungária-forrás.)

Hyperaciditás. (Hungária-forrás.)

Ulcus ventriculi utókezelése, amennyiben a positiv ulcusos tünetek kigyógyultak. (Hungária-forrás.)

A légutak hurutja.

Pyelitis, vesehomokképződésre hajlam (Attila-forrás.)

Köszvény, a vérhúgysav emelkedése (Juventus-forrás.)

Rendelés módjuk: éhgyomorral lehetőleg a forrásnál itatunk 3—5 deciliter vizet kortyonként, 4—6 héten keresztül naponta. A kúra folyamán normacid egyéneken ajánlatos a gyomorsavviszonyok felől tájékozódni, mert tapasztalat szerint vannak esetek, mikor már néhány hét alatt hypaciditás következik be. Ne rendeljük e vizeket ptotikus vagy ektasiás gyomrú egyéneknek, akik a nagyobb folyadékmennyiséget rosszul tűrik. Kúra elrendelése előtt nagyon ajánlatos röntgen- és próbaregrelivizsgálatot végezni, mert a helytelen indicatio nemcsak a forrásokban, de orvosában is megrendíti a beteg bizalmát.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: Próbacsendőr felvételéhez szükséges orvosi vizsgálatot ki illetékes elvégezni? Jár-e érte díjazás, ha igen, mennyi? Köteles-e az illetékes csendőrőrs egészségügyi szolgálatát ellátó orvos a vizsgálatot díjtalanul elvégezni.

Felelet: A csendőrijelentkezők vizsgálatát a Csendőrségi Szolgálati Utasítás (Cs. Sz. Kt.) és az e tárgyban kiadott külön rendeletek szabályozzák. Orvosi vizsgálatot a csendőrkerületi orvosfőnök (szükség esetén a csendőrkerület székhelyén lévő honvédehelyőrségi kórház is) végzi — természetesen díjtalanul. Illetékes helyen tárgyalás alatt áll jelenleg egy tervezet, mely szerint a jövőben a csendőrijelentkezőknek előzetes selejtező vizsgálatával a csendőrőrs egészségügyi szolgálatát ellátó polgári orvosok bizatnának meg azért, hogy a nyilvánvalóan alkalmatlan jelentkezőknek ne kelljen feleslegesen a csendőrkerület székhelyére utazniok, azonban ebben a kérdésben, valamint arról, hogy a polgári orvosok díjazása, mely jelenleg csendőrönként évi 5 pengőt tesz ki, ezzel kapcsolatban emeltessék-e, döntés még nem történt.

Kérdés: Idegen városban tanuló helybeli illetőségű középiskolásoknak minden szünidő előtt orvosi bizonyítvány kell arról, hogy van-e lakóhelyén ragályos betegség. Jár-e ezért díjazás?

Felelet: Nincs olyan jogszabály, amely előírná, hogy az idegen városban tanuló középiskolásoknak ilyen bizonyítványt kellene felmutatniok. Ilyen bizonyítványt — tudomásunk szerint — csak a katonai nevelőintézetek kívánnak növendékeiktől s a bizonyítvány, helyesebben az e célra szolgáló kimutatás megfelelő rovatát a kifejlesztett gyakorlat szerint az elsőfokú közegészségügyi hatóság helyett a hatósági orvosok díjtalanul állítják ki, illetve töltik ki.

Grosch Károly ír.

Gyomor- és béltractus megbetegedéseinek

Carbo Königsfeld

Histobase-, coffein- és B₁-vitamin-tartalmú szénkészítmény. Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

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

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladó-
vevényt nyugtául ismerjük el.**MEGJELENIK SZOMBATON**Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele:

a
kiadóhivatalban

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

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

IETOVAL

Jól bevált elaltató és átaltató szer.

1 tabletta 0·10 g, 1 ccm solutio 0·25 g,
1 suppositorium 0·20 g és 1 ampulla 0·10 g
butylaethylbarbitursavat tartalmaz.

IETOVALLIETTA

Huzamos használatra alkalmas sedativum.

1 tabletta 0·03 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz.

IETOPURIN

A szív- és peripheriás erek spasmusai esetén.

Etoval és theophyllin combinatio.

Egyesíti a theophyllin szív-, vese- és agyereket tágító-, vala-mint cardiotonicus hatását a butylaethylbarbitursav sedativ, a fokozott értonust csökkentő hatásával.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR RT., BUDAPEST. X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

ifj. Verebély Tibor: Gyomorrák-műtétek késői eredményeiről. (111—114. oldal.)
Kulcsár István és Lajtavári László: Elmebetegek kathartikus kezelése. (114—115. oldal.)
Acél Dezső: A liquor cereprospinalis mastix reakciójának egy változata. (115—117. oldal.)
Szép Jenő: A bőrkivonatok hatásáról. (117—119. oldal.)

Lehoczky Tibor: Intralumbalis B₁-vitamin gyógykísérletek. (119—120. oldal.)
Straub János: A fluor hatása a fogzománcra s hazai ivóvizeink fluórtartalma. (120—122. oldal.)
Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (122—125. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (126—129. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek: (129. o. és a borítólapon III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Gyomorrák-műtétek késői eredményeiről.*

Irta: ifj. Verebély Tibor dr., egyetemi tanársegéd.

A rosszindulatú daganatok sugaras kezelésének egyre biztatóbb eredményei a rák gyógyításában bizonyos területeken másodrendű szerepre kényszerítették az operáló kést és pedig elsősorban olyan rákok esetében, melyek a test felületén fejlődve, a sugár számára hozzáférhetők. A test belsejében fejlődő, zsigeri daganatoknak sugaras gyógyítására tett kísérletek azonban eredménytelenek maradtak, mert egyrészt a szükséges sugáradag ami a daganatot elpusztítaná, a fedőrétegek miatt a daganatra nem adható, másrészt pedig a besugárzás folytán a környező szerveket is oly nagy ártalom éri, hogy végeredményben a beteg szervezet a következményes cachexiában tönkremegy, mielőtt a folyamat gyógyulása várható lenne. Ez a tapasztalat eredményezte, hogy a gyomor rosszindulatú daganatait ma is és előreláthatólag nagyon hosszú ideig a sebészet hivatott gyógyítani.

A gyomorrák pusztító hatása a szervezetre több tényezőtől szövedik. *Helyileg* a daganat megzavarja a táplálkozást egyrészt a táplálék útjának *szűkítésével*, másrészt a gyomor emésztő *működésének* akadályozásával, ami lehet a chemismus megváltozásának, vagy a széteső daganat bomló, mérgező anyagainak hatása. A *környezetben* a gyomorrák áttételeket hoz létre, melyek, ha nyirokcsomókban fejlődnek, a nyirokkeringést teszik lehetetlenné, ha közelebbi vagy távolabbi szervekben fejlődnek, azoknak működését béníthatják meg. *Általános* a daganat mérgező anyagcseretermékével megmérgezi az egész szervezetet és a táplálkozásnak megnehezítésével vagy lehetetlenné tételével a szervezetet éhhalálba dönti.

Egészen természetesen következik mindebből, hogy sebészi gyógyjárás célja egyrészt a táplálkozás zavarának megszüntetése, másrészt a daganatnak, mint a

pusztulás megindítójának és fenntartójának eltávolítása. A beavatkozásoknak azonban végtelen sok körülmény szab határt az előbb említett kettős cél elérésében. Lehet a daganat annyira előrehaladott állapotban, hogy el nem távolítható; lehetnek olyan természetű áttételei, hogy azok ki nem írthatók; lehet a beteg állapota olyan rossz, hogy a kockázatos műtét nem végezhető el; a daganat helye technikai okokból teheti lehetetlenné az eltávolítást, egyszóval rendkívül sok mellékkörülménytől függ az, hogy a műtét elérje-e kitűzött célját.

Ebből az következik, hogy a műtétek csoportosíthatók abból a szempontból, hogy mennyire közelítik meg a célt. *Gyökeres* műtétről beszélünk akkor, amikor a daganat eltávolítása teljes mértékben sikerül, *tüneti* műtétről pedig akkor, amikor a műtéttel csupán a daganat okozta táplálkozási lehetetlenség szüntethető meg a szűkület kikerülésével.

A tüneti műtétek lehetnek *tüneti resectiók*, az elsőleges daganat eltávolításával, úgy hogy az áttételek már ki nem írthatók, *gyomorbélösszeköttetések*, anastomosisok, melyek csupán a táplálék útját hivatottak biztosítani, végül *sipolyok*, amivel a mesterséges táplálkozásnak nyitunk utat.

Minden műtéti beavatkozás célja a gyógyítás, ezért minden műtét értékét az szabja meg, hogy mennyiben közelíti meg a célt. Minthogy a gyomorrák olyan természetű betegség, mely magára hagyatva, viselőjét feltétlenül elpusztítja, önként nem gyógyul, következik, hogy a gyógyító beavatkozás értékét a beteg életének meghosszabbítása szabja meg. A gyomorrák pusztító munkáját átlagos becslés szerint 1—1.5 év alatt végzi el, jobbanmondva ennyi idő telik el az első panaszok megjelenésétől a halálig. (Anschütz 12 hónap, Finsterer 11 hónapot talált, anyagunkból 15 hónap számítható.) Ez az érték úgy adódik, hogy a műtét idején próbáshasmetszések inoperabilisnak talált esetek átlagosan 4.5 hónappal éltek túl a műtétet, (287 lap. explor. esetből számítva) viszont az első panaszok megjelenésétől a jelentkezésig 10.5 hónap eltelt. Ez a megállapítás úgy is értelmezhető, hogy a megfigyelésre kerülő esetek nagyjából már csak 4.5—5 hónapot élnek. A gyógyjárás értékét tehát az mutatja meg, hogy a műtét után eltelt idő mennyivel hosszabb ennél a pár hónapnál.

A tüneti műtétek közül a *sipolyok* (gastrostomiák) és az *anastomosisok* csupán a táplálkozás helyreállítását

* A fentemlített statisztikai adatok értékelése ifj. Verebély Tibor dr.: „Adatok a gyomorrák sebészetéhez” című munkájában található. (Verebély-Emlékkönyv, 1939. 636. o.)

sára törekcszenek, enélkül, hogy a daganatot eltávolítanák. Elérik tehát a gyógyítás egyik célját, az éhhaláltól a szervezetet megmentik, megmarad azonban a daganat mérgező hatása és további pusztító növekedése. Magától értetődik, hogy gastrostomiák és gastroenteroanastomosisok készítésekor nem várható az élet lényegesebb meghosszabbítása. A gastrostomiák (28 eset) 7.2 hónappal éltek túl a műtétet, a gastroenteroanastomosisok (67 eset) 6.2 hónappal, vagyis az előbbi esetben 2.7 hónap, az utóbbiban 1.7 irható a műtét beavatkozás javára. Igaz, hogy egyesek, így *Hartmann*, *Romiti*, stb. 1 év túlélést is számítanak, de *Anschütz*, *Lahey*—*Swinton*, *Verescinski*, stb. nagyjából azonos értékeket találtak, mint a mi eredményeink. Különböző sebészeti iskolák eredményében eltérés adódik, aszerint, hogy melyiknek milyen az álláspontja. Aki inkább a gyökeres megoldást keresi, az anastomosisot csak végső esetben készít, tehát beteget csak kevés idővel élék túl a műtétet, aki pedig inkább csak tüneti műtétet végez, még esetleg operabilis esetben is, annak beteget az anastomosisal tovább élnek.

A táplálkozás helyreállítását célzó tüneti műtétek tehát vajmi csekély idővel, 2—3 hónappal tudják csak az elkerülhetetlen tragédiát késleltetni.

A tüneti resectiók a tájrlálék útjának helyreállításával az elsőleges daganatot a gyomorból eltávolítják és így a szervezetet az éhezéscn kívül a széteső daganat mérgező hatásától is mentesítik. E körülmény szépen tükröződik a műtét után eltelt időnek elemzéséből, mely szerint ezek a betegek (28 eset) 14.3 hónappal éltek túl a műtétet. Az élet meghosszabbítása tehát már ezzel a műtétel is egy év, átlagszámítás szerint. Hasonló tapasztalatokról számolt be *Tuomikoski*, míg *Anschütz* eredményei valamivel jobbak voltak. (kb. 20. hónap.)

A gyomorrák gyógyításának célját a legideálisabban a gyökeres műtét lenne hivatva megközelíteni. Minhogv azonban a gyomorrák kiirtásakor rohasem állapítható meg, hogy a kiirtás tényleg gyökeres volt-e, azért a műtét gyökerességének mértéke mindig az a tény, hogy utána a daganat kiújult-e. Ebből a körülményből következik, hogy a gyökeresnek vélt műtétek késői eredményeinek alakulását lényegesen lerontja azon esetek sorsa, melyekben a daganatot nem sikerült teljesen gyökeresen eltávolítani, s így a műtét vég-eredményben csak tüneti volt. Ezért általában a műtétet követő első év halálozását a végeredményben szerepeltetni nem lenne szabad.

Ami a gyökeres műtétek utáni átlagos élettartamot illeti, (173 esetből) az első év veszteségével együtt 21.1 hónap, anélkül 30.2 hónap az átlagos élet. Ha pedig figyelembe vesszük a vizsgálatkor még élőknek a műtét óta eltelt idejét, 36 hónap, az első év vesztesége nélkül 42 hónap az átlagos élettartam. Ez az érték azt jelenti, hogy a gyökeres műtét a gyomorrákos betegek életét átlagosan 3—3.5 évvel képes meghosszabbítani, ami a tüneti műtétekkel szemben igen jelentős életmeghosszabbítást jelent. Különösen pedig akkor tűnik ki a rövidnek látszó pár év jelentősége, ha meggondoljuk, hogy az esetek túlnyomó részében az 5. és 6. évtizedben lévő emberekről van szó, akik az átlagos életkort már megközelítették, vagy túl is éltek.

A vázolt adatok teljes határozottsággal mutatják, hogy a gyomorrák gyógyításában jelentősége csak a gyökeres kiirtásnak lehet, a tüneti műtétek csak szükségmegoldások, lényeges gyógyító eredmény nélkül. A gyökeres megoldást ennél fogva tekintet nélkül a műtét nehézségeire, tehát közvetlen veszedelmére a lehető legtöbb esetben el kell végezni.

A műtét utáni élettartam elemzése az átlageredményeken kívül még más, fontos tapasztalatokat állapíthat meg. Ez akkor derül ki, ha a különböző műtéteken átesett betegek egyéni sorsa kerül vizsgálatra.

A teljesen inoperabilis betegek, kiknek rákos betegsége biztosan felismerhető volt és sorsuk a műtét után ismeretes maradt (220 eset) kivétel nélkül meghaltak 2 éven belül, és pedig 217 beteg az első évben, ebből 189 az első félévben, bizonyítva azt, hogy a gyomorrák magára hagyva igen rövid idő alatt feltétlenül elpusztítja áldozatát.

A tüneti műtétek közül a gastrostomiák után, bár mint látnivaló volt, az életet valamivel meghosszabbították, másfél év után már egyetlen beteg sem volt életben, hasonlóképen másfél év alatt meghalt a gyomorbélösszeköttetéssel operált valamennyi beteg. Kivétel volt ebben a csoportban 2 beteg, akiknek rákos kórisméje a műtét alkalmával is bizonytalan volt és a műtét utáni teljes gyógyulásuk (vizsgálatkor 5, ill. 7 éve éltek a műtét óta) a betegség gyulladáscs eredetére vallanak.

A tüneti resectióval ezzel szemben (27 eset) két beteget lehetett életben tartani (a vizsgálatkor 4, ill. 3 élt még a műtét után) holott a rák jelenlétét szövettani vizsgálat bizonyította. A betegek fele az 1 évet és csaknem ötöde (5) a második évet is túlélte. A tüneti resectio tehát amellet, hogy az átlagos műtét utáni életet lényegesen meghosszabbította, egyes esetekben, ha nem is teljes gyógyulást, de mindenesetre évekig tartó tünetmentességet és munkaképességet biztosít. Kétségtelenül nyomatékosan szól ez a tény a tüneti resectio jogsultsága mellett.

A gyökeres, vagy helyesebben gyökeresnek vélt műtétek után (173 eset) 4 beteget találtunk 10 éven túl életben, úgyhogy kettőnek 12, egynek 15, egynek 17 év telt el a műtét óta. Az első évet 101 beteg, a másodikat 73, a harmadikat 58, az ötödiket 24 és még a nyolcadik évet is 12 beteg élte túl. Kétségtelen, hogy a rák kiújulása következtében beálló veszteségek az első három év mérlegét terhelik, különösen az 1. évet. Ezek a betegek azok, akiken a gyökeresnek vélt műtét a valóságban már csak tüneti volt, mert a daganat apró, szétszórt áttételei már nem kerültek kiirtásra. A 3. év után a rák kiújulás következtében már csak elvétve fordul elő halálozás, ezért a 3. év utáni halálozás már nagyjából a kornak megfelelő rendes halálozást mutatja. Tulajdonképen gyökeres megoldásnak csak ezeket az eseteket lehetne tekinteni, ami a műtétet kiállotaknak csak 33.5%-át jelenti. Másszóval úgy is értelmezhetők a tapasztalatok, hogy a gyomorrákos betegek sorsa az első három évben dől el, aki a 3. évet túlélte, az a rák kiújulás veszélyén túljutott. Egyéni szempontból tehát kb. a betegek egyharmada menthető meg véglegesen a gyökeres műtétel a rák okozta biztos pusztítástól.

Ez az adat biztosan magas értékeket mutat, ha az arányt így a gyökeres műtétet kiállott betegek vonatkoztatjuk, valamint akkor, ha a tüneti műtétek szomorú késői eredményeit vesszük figyelembe. De ha az összes gyökeres műtéten átesett beteg számához arányítjuk az értékeket, kiderül, hogy ezeknek csak 25.1%-a élte túl a 3. évet, 11.84%-a az 5. évet és csak 5.2%-a a 10. évet. Ha pedig az összes gyomorrákos beteget figyelembe vesszük, úgy a gyökeres műtét teljesítőképessége 3. évre 7.4%, 5. évre 4.8%, 10. évre 1.5% volt. Ebben a megvilágításban az elért eredmények kétségtelenül nagyon szomorúak.

Ennek a valóban meggondolandóan rossz eredménynek oka két tényezőben gyökerezik. Az egyik tényező, mely a műtėti eredményeket nagyon előnytelenül befolyásolja a közvetlen műtėti halálozás, a másik pedig az operálhatóság kérdése.

A gyökeres gyomorrákműtétek halálozása kétségtelenül igen nagyarányú. Anyagunkban az összes műtėti halál 34.5% (264:91) ami az irodalomból ismert adatoknak nagyjából középarányosa (*Balfour* 5%, *Mayo* 16, *Oppolczer* 19, *Anschutz* 32, *Neuburger* 46, *Rydiger* 68, *Verescinsky* 75%, stb.). Másszóval a gyökeresen operáltnaknak $\frac{1}{3}$ -a belehal a műtėti beavatkozás közvetlen következményeibe. A halálozás okát kutatva kiderül, hogy a halálokok két lényeges csoportra oszthatók. Az elsőbe tartoznak azok a halálokok, amelyek tekintet nélkül a műtét fajtájára minden gyomorrákos betegen az alkatban rejlő hibák miatt jönnek létre, akár az előrehaladott kor, akár a szervezet leromlottsága következtében (szívhalál, tüdőszövődmény, embolia, stb.) Ez az egész veszteségnek nagyjából felét teszi ki. A második csoportba tartoznak azok a halálokok, melyek a műtét területén fejlődnek ki, varratelégelenség, has-hártyagyulladás, vérzés, pankreatitis, stb. formájában, mint a műtėti technika véges voltának következményei.

Az alkati halálokok okozta veszteség csökkenése a műtėti előkészítés és utókezelés feladata. Nehezen megoldható feladat kétségtelenül, de a legutolsó években ezen a téren igen nagy haladás volt tapasztalható, a sebészet fegyvertára etekintetben nagyon kibővült.

A technikai halálokok előidézte veszteség csak nagyon nehezen csökkenhető. A gyomorcsonkolás műtėti ma már, mondhatni, csak nem veszélytelen típus-műtét. A gyomorrákos resectio viszont éppen a rák okozta elváltozások miatt még ma is nagyon kényes, nehéz beavatkozás, mely nagyon nagy technikai jártasságot, rendkívüli türelmet és bonctani felkészültséget követel a sebésztől. Éppenezért a gyomorrákműtét csak a legszakavatottabb kezekbe való.

Ami a műtėti érzéstelenítést illeti, vitán felül áll, hogy gyomorrákos beteget lehetőleg helyi érzéstelenítéssel kell operálni, mert ennek veszélyei a legkisebbek. Az altatás, sőt még az érzéstelenítéssel egybekötött bódítás is nagyon nagy megterhelés a legtöbbször idős betegek leromlott szervezetének. Mindamellett anyagunk vizsgálata azt mutatta, hogy a műtét utáni tüdőszövődmények, mint azt *Finsterer*, *Oppolczer*, stb. állították, nem áll összefüggésben az érzéstelenítés módjával, mert nagyjában egyenlő arányban fordul elő érzéstelenítés és altatás után.

A késői eredmények másik lényeges alakítója a gyomorrák operálhatósága. Anyagunk 783 esetéből csak 264-en lehetett a gyökeres beavatkozást elvégezni, ez 33.8%-ot jelent és azt a szomorú tény mutatja, hogy a sebészhez kerülő esetek $\frac{2}{3}$ -a már feltétlenül elveszett a gyógyíthatóság szempontjából. A visszamaradó $\frac{1}{3}$ -nak nagyrésze is — mint látnivaló volt — a gyökeres beavatkozásról már elkésett.

Ennek a szomorú tapasztalatnak oka végtelen sokfelé ágazik. Az operálhatóságot a daganat bonctana, fejlettségi állapota, áttételei, a beteg általános állapota szabja meg. Ha a helyzeténél fogva már eleve inoperabilis —, mert technikailag nem megközelíthető — daganatokat leszámítjuk, amilyenek a cardia és a felsőharmad daganatai, akkor kiderül, hogy az inoperabilitást eredményező valamennyi tényező végeredményben az időnek a függvénye. Annak az időnek, ami eltelik az első rákos sejtnak a gyomorban megjelenésétől a betegnek a sebésznél történt jelentkezéséig. Ez az idő kétrészre oszlik. Az első részlet jelenti a daganat tünet-

mentes fejlődését, a második részletben a daganat olyan fejlődési fokot ér el, hogy a gyomor működésének zavarásával már panaszt okoz. Az első panaszok megjelenésétől számított idő a jelentkezésig átlagosan anyagunkban 10.5 hónapra tehető. Ugyancsak átlagszámítás szerint, amint látnivaló volt az első panaszok megjelenésétől átlag 15 hónap alatt következett be a halál. Ez azt jelenti, hogy a daganat jelentkezésétől eltelt 10.5 hónappal a rák fejlődése utolsó felvonásának már 70%-a eltelt, tehát a betegek kétségtelenül későn jutnak a szakavatott segítséghez, akkor, amikor már csak a szerencsés véletlenek múlik, hogy a betegség előrehaladását meg lehet állítani, az esetek $\frac{1}{3}$ -ában.

Az első szakasz megrövidítése nem áll az orvostudomány módjában. Ezidőszerint ugyanis nem lehet kimutatni a tünetmentesen fejlődő, kezdődő rákot és nem lehet teljes határozottsággal meghatározni azokat a tényezőket, amelyek a gyomorrák fejlődését elindítják. Ha igaza lenne is *Konjetznynek*, aki a rák megindításában az atrophias-hyperplastikus gastritist tartja bűnösnek, még mindig nem oldható meg a rák megelőzésének kérdése. Még ha az ilyen gyomorhurutok jelenlétét a megelőzés céljából műtėti javaltnak fognánk is fel, minthogy *Usland* szerint ennek nyomán 15%-ban rák keletkezik, sem lehetne minden esetben a gyomorrák kifejlődését megakadályozni.

Ezzel szemben nagyon kívánatos lenne a második időszakasz megrövidítése, ami a megfigyelések szerint lehetségesnek látszik. Igaz, hogy a betegek talán később is fordulnak gyomorrák okozta kezdeti panaszaikkal orvoshoz, mert azok eleinte igen enyhék; de kétségtelen az is, hogy az ilyen panaszok mögött elrejtőző gyomorrák is elkésve kerül kórismezésre. Ha bizonyos koron, mondjuk 40 éven túl, minden gyomorpanasszal jelentkező beteg az ezidőszerint egyedül megbízható röntgenvizsgálat alá kerülne, meggyőződésünk, hogy az inoperabilis esetek száma lényegesen csökkenne. Legalább is ezt mutatja a betegbiztosító intézetekből származó beteganyagunk, melyben az operabilis esetek aránya a beteganyag másik részének nagyjából kétszerese. A biztosított beteg korábban jut az intézeti alapos vizsgálat-hoz, így hamarabb jut a sebész kezéhez is. Az eredmények javításának ez a módja a lehető korai kórismezés lenne. Nem szabad azonban elhanyagolni azt az időt sem, ami a kórisme felállításától a műtétig eltelik. Az esetek túlnyomó részében a kórisme biztosabbá tételére 2—3 hónapi várakozás után megegyszer ellenőrző vizsgálat készül s csak ez adja a műtėti javaltnak. A betegek pedig sokszor nem hajlandók a műtétnek alávetni magukat, legtöbbször nem tudván a betegség természetéről és nem értvén a műtét feltétlen szükségességét, elenyésző panaszaik mellett. Pedig az itt-ott bekövetkező egy pár heti haladék a gyökeres műtét szempontjából döntő lehet, hisz minden hét, ami műtét nélküli eltelik 1—2%-a az egész hátralévő időnek. a korai kórismezés mellett a lehető korai műtét az egyetlen eszköz ezidőszerint az inoperabilis esetek számának csökkentésére.

A felsorakoztatott néhány adatot végeredményben úgy is értelmezhetjük, hogy a gyomorrák ezidőszerint egyetlen gyógymódja, a sebészi beavatkozás eredményeinek javulása egyértelmű a gyökeres műtétek számszerű kiterjesztésével. A műtėti technika további tökéletesedésétől már nem várható nagyon sok javulás a késői eredményekben, de talán javítható lenne a közvetlen eredmény, vagyis csökkenthető a halálozás. A korai kórismezés és az ezt követő korai műtét csökkenthetné lényegesen az inoperabilis esetek számát. Végeredményben ez már túl van a sebészet, sőt bizo-

nyos métréig az orvostudomány hatáskörén. E téren megfelelő felvilágosítás, a kóriszmező intézetek fejlesztése tehetne jó szolgálatot, valamint a rákveszélyes korban időnként kötelező orvosi vizsgálat bevezetése, ami azonban már közegészségügyi feladat.

Lehetséges, hogy hasonló tényezők valamikor igen nagy szerepet játszanak a gyomorrákstatistikák javulásában.

**Budapest Székesfőváros Szent János közkórháza elme-ideg-
osztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyetemi
magántanár.)**

Elmebetegek kathartikus kezelése.

Irta: Kulcsár István dr. és Lajtavári László dr.

Az elmebajosok kezelését, egészen a legutóbbi időkig rendszertől szempontok irányították. Lánca, zárka, „chemia kényszerzubbony” igyekezett a környezetre elviselhetővé tenni az elmebeteg nyugtalanító létezését. Csak a néha-néha fel-felmerülő sadista színezetű „élménytherapiák” és az utolsó évtizedek humanistikus munkatherapiája voltak ez elv alól kivételek. A primitív kultúrák, szemben a miénkkel — az elmebetegnek mozgási szabadságot biztosítottak, alkalmat adtak az egészségesétől elütő formában megnyilatkozó lelki energiák kiélésére.

Az utóbbi évek therapiás újításai, az újonnan felfedezett, vagy régiből feltámasztott shock-kezelések (insulin, cardiazol), ha nem értek is el akkora eredményt, amekkorát eleinte vártak tőlük, de legalább szakítottak a régi elvvel és a személyiség (psychosomatikus egység, kémiai-energetikai egyensúly) felrészítésére törekedtek. Ezzel az eljárással tulajdonképpen azt ismételték meg, amit a psychotherapia már egy-két évtizeddel előbb elvégzett, amikor az erőszakos befolyásolás, a „lelki kényszerzubbony” helyére az észszerű, elemző és felvilágosító kezelési módokat iktatta be, amelyeknek célja a lelki szerkezet mélyreható felrészítése és újrárendezése.

Egyik megelőző közleményünkben már rámutattunk arra, az analógiára, amely a lelki feszültségek felszabadítása, a psychokatharsis és a görcskezelés kapcsán mozgásos rohamban küszködő, a kémiai egyensúlyzavar okozta feszültség feloldása, a *pharmakokatharsis közt áll fenn*¹⁾. A tetracorkezelés megnyugtató és gyógyító hatását úgy értelmeztük, hogy a felhalmozódott (kémiai, vagy psychés) feszültségeitől megszabadulni képtelen schizopreniás alkatú betegnek segítségére sietünk azzal, hogy az alkalmazott görcsokozó mérgek által az epilepsiás alkaltra jellemző feszültségoldó mozgásvihart idézünk elő rajta. Noha értelmezésünk ezideig csak elméleti jellegű, a feltételezett kémiai eredetű feszültség oldódását objectíven nem sikerült még megmutatnunk — hiszen azt sem tudjuk, mi okozza, — elméletünk heuristikus jelentőségén felül új therapiás elv alkalmazására vezetett, amelyet Kluge útmutatása szerint dolgoztunk ki és építettünk tovább.

Elgondolásunk lényege a következő: Az endogen elmebetegségek, az exogen psychosisok és reakciók esetében az alkati-, idegrendszeri-, kémiai-, esetleg psychés hatások olyan indulati feszültségekre vagy kémiai egyensúlyzavarokra vezetnek, amelyeket a beteg éppen alkati sajátja, esetleg a külvilág tiltó rendszabályai

miatt nem képes motorosan leereagálni. Feltételezzük, hogy épügy, mint ahogy a le nem reagált indulatok okozzák és fokozzák a schizopreniás hasadást (Bleuler), azonképpen a kémiai egyensúlyzavar okozta feszültségek fel nem oldódva az idegelemek pusztulását idézik elő. Már most a nyugtatók adagolása — épügy, mint ahogy nem oldja meg a lelki conflictusokat —, nem szünteti meg a nem agyi eredetű belső (máj-, endokrin-, stb.) mérgetermelést sem, csupán külsőleg látható hatását enyhíti átmenetileg. Ezek szerint a megnyugtató, csakúgy, mint a kényszerzubbony, nem hogy nem használ, hanem — azáltal, hogy a spontan leereagálást is meggátolja — éppenséggel ártalmas, ezért ha csak lehet kerülendő. Ugyanezt bizonygatja energetikai alapon a tragikus sorsú physikus, Mayer is, akinek a winnentali tébolydában önmagán volt alkalma megfigyelni a kényszerrendszabályok hatását. „Mindebből világosan következik, milyen természetellenes dolog, ha felelőtlen . . . emberek testi szenvedések és lelki zavarok esetében, emberi létünk velejáráinál, kényszereszközökkel és kényszereszközökkel akadályozzák meg a szükséges kiváltódást”²⁾. Mayer „kiváltódáson” azt a jelenséget értette, amidőn átváltozásra alkalmas energiamennyiségek, amelyek valami okból nem alakulhattak át, egyszerre visszanyerik átalakulóképességüket. Mayer intuitív meglátását a lelki folyamatok energetikai felfoghatására vonatkozólag megerősítették Jodl, Marcuse, Bleuler és Freud is. Klugenak az indulatok változását sikerült energetikai formulákkal kifejeznie.

Gyógyítóelvünk tehát a következő. Ott, ahol ki tudjuk deríteni a tüneteket okozó szervműködési zavart, természetesen azon igyekezünk okilag segíteni. (Éppen ezért hibás „a” schizoprenia keletkezéséről beszélni, mert ha egységes alkattal állunk is szemben, az egyes esetekben más-más tényező, gümőkór, májtoxikosis, enterogen intoxicatio, belső elválasztási zavar, stb. váltja ki a tüneteket.) Ha ez nem áll módunkban, legalább azon igyekezünk, hogy a beteget feszültségeinek motoros levezetéséhez segítsük hozzá. E célra különböző eljárások állanak rendelkezésünkre:

1. A *pharmakokatharsis*. Shockkezelésre a tetracor-görcsöt alkalmazzuk. Különösen a motorosan nyugtalan betegeken érünk el ezzel eredményt. Olyan esetekben, mikor annakelőtte a tartós fürdő, tartós altatás mit sem használt, néhány tetracorshok huzamosan megnyugtató a beteget. Hasonló eredményekről számolnak be Gerhardt és Cook is. Ugyancsak tetracor kiváltotta görcsrohammal szüntettük meg több ízben epilepsiások ködös állapotait és dysthymiáit is.

Elméletünkkel látszólag ellenkezik az a tapasztalat, hogy a görcskezelés éppen nem nyugtalan, stuporos katonaiásokon is jó átmeneti eredményt ad. Ez az ellentmondás azonban csak látszólagos. Psychés értelmezés számára hozzáférhető esetekben látjuk, hogy a stupor —, amint ezt Kretschmer is hangsúlyozza — igen gyakran agresszív indulatokat takar. Erre utalnak a stuporokat áttörő raptusok is.

A cardiazol görcskezelést egyébként több szerző alkalmazta nem schizopreniás betegek kezelésére is, így többek között Gerhardt, Uebler, Cook, Nisibar. Ilyen esetünk a következő:

B. F. 29 é. nő. *Psychosis hysterica*. Családi conflictusok hatására hirtelen hallucinálni kezd, ködös állapota keletkezik. Az intézetben teljesen negativistikus, nem táplálkozik, mesterséges táplálás mellett lesóványodik, motorosan nyugtalan, ágyában alig tartható. Háromnaponként tetracor-görcsöt alkalmazunk. 8 roham után fejtisztul, rendszeren táplálkozik.

¹⁾ Kulcsár: Camphoreuthymia és pharmakokatharsis. (O. H. 1939. 35.)

²⁾ Ostwald nyomán idézve: „Felfedező, feltalálók.”

Elvünk értelmében több esetben álmatlanság kezelésére is stimulantiákat alkalmaztunk olyan esetekben, amelyekben a beteg éjjel álmatlanul forgolódott, megszakításokkal aludt, nappal viszont keveset mozgott és félálomban bóbiskolt. Ilyen esetünk pl. a következő:

Sch. R. 55 é. férfi. *Schizophrenia*. Hypochondriás panaszok, álmatlanság. Éjjel nyugtalanul forgolódik ágyában, nappal tétlen, álmos arckifejezésű, érdeklődés nélküli. Th.: reggel 1 aktedron. A beteg nappal élénkebb lesz, érdeklődőbb, többet beszél. Éjszakáját altató nélkül átalussza. Egy hetes kúra után altató nélkül alszik.

2. A *munkatherapia* már régebbi, közismert és jól kidolgozott elvek alapján történik, ismertetése e helyen felesleges. Amennyiben intézetünk keretei megengedik, kiterjedten alkalmazzuk és csak a teljesen demens, vagy átmenetileg igen nyugtalan betegeink nem dolgoznak, amennyiben testi állapotuk nem tiltja a foglalkoztatást. Elméleti szempontból csak annyi hozzáfűznivalónk van a régi tapasztalathoz, hogy nem csupán az autizmusból kiszakítás, a valósághoz közeledés, a társadalmi hasznosságból merített önbizalom szerepel gyógyító hatásként, hanem a hasznosan organizált mozgás, mint feszültség-levezetés is. A munka szükségességét bizonyítja a szabadnapokon sok embert elfogó „Sontagsneurose” (Ferenczi).

3. Az *izommozgatás* activ, vagy passiv formában. Stuporos catatoniasokat különösen régi, elsivárodott betegeket masziroztatunk és ez gyakran psychésen is felélikíti őket. Most szereljük fel ugyan-e célból osztályunk Zander-intézetét. Motorosan nyugtalan betegeinket ápoló kíséretében járattuk a kertben, mozgásukat lehetőleg nem fékezve. Ez az eljárás a legtöbbször pótolja a vegyi altató- és nyugtatószereket. A következő fokozat a torna és a játék. A schizophreniások stereotyp és echopraxiás hajlandóságuknál fogva különösen alkalmasak a rendszeres tornáztatásra. A spontán stereotypiák helyét dinamikusabb és rendszeresebb mozgások foglalják el, amelyek kinokathartikus feszültségoldódást eredményeznek. A játék, amit labdázás formájában gyakoroltatunk, a mechanikus mozgáson kívül az érzelmi és indulati életre is hat.

4. Az előbbieknél folytatása, de külön fejezetbe tartozik az a kezelési módunk, amellyel *Kluge* ajánlataira csak most kezdünk foglalkozni: a *zenére végzett rhythmikus* torna. Ettől a módszertől mélyreható kathartikus hatást várunk. A katharsis ugyanis annál hatásosabb, minél adequáltabb a feszültség és az azt feloldó lereagálási mód. A zene, ami emotív élményeket ébreszt, rhythmusával önkénytelen mozgásokra ösztönöz és így a zene hatására keletkezett indulati feszültség mindjárt feloldást is nyer.

5. A psychokatharsis, abban a formájában, amint azt psychoneurotikusok kezelésére használjuk, elmebetegeken alkalmazva nagy óvatosságot igényel.³⁾

A körülmények miatt csak elvileg és szükségzavúan leszögezzük eljárásunk eredményességének számszerű demonstrálására közöljük heti altató- és nyugtatószerhasználatunk összegezését a kathartikus kezelés előtti és utáni időben egyugyanazon osztályrészünkön:

A legszembetűnőbb a csökkenés a scopolamin fogyasztásában, amit az elmeosztályokon a motorosan nagyon nyugtalan betegek megbénítására szoktak adni. Osztályunk női földszintjén, ami felöleli a legnyugtalanabb betegek osztályrészét is, a kathartikus kezelést 1938 okt. 1-én vezettük be. 1938 folyamán az átlagos heti scopolamin-fogyasztás 45 ampulla volt. Azóta 0—4 ampulla között váltakozik. Ugyanakkor a szokásos alta-

tók (medinal, paraldehyd) fogyasztása egyáltalán nem növekedett, sőt valamit csökkent. A férfi földszinten, ahol a kathartikus kezelést már régebben elkezdjük, a scopolamin heti fogyasztása 0—1 ampulla. Ezen az osztályon a paraldehyd heti 14 l-es átlaga 4 l-re csökkent, a medinalé 8 l átlagról 4 l-re. Ez a gyógyszermegetakarítás kiviláglik a székesfővárosi közpórházak gyógyszerhasználati kimutatásából is, amelyből kitűnik, hogy az 1939. évben osztályunk takarított meg legtöbbet az előirányzott összegből, amellet, hogy a költségesebb endokrin készítmények használatát nem szorítottuk meg.

Összefoglalás: Annak a meggondolásnak alapján, hogy vegyi nyugtatószerek éppúgy, mint a kényszerintézkedések az elmebetegségeknek csak tüneteit szüntetik meg, ellenben az azokat kiváltó tényezők tovább hat, nyugtatók adása helyett igyekszünk a szervezet ingerületfeleslegét motorosan levezetni. Ezt pharmakokatharsissal, munkatherapiával, mozgással és zenés tornával érjük el.

A Pesti Izr. Hitközség Kórházai központi laboratóriumának közleménye.

A liquor cerebrospinalis mastix reactiojának egy változata.

Irta: Acél Dezső dr.

A liquor cerebrospinalisnak mint colloid rendszernek egy másik colloid rendszerrel szemben való viselkedését már évek óta tanulmányozom. Első időkben az ezen vizsgálatokban szokásos methodikát követtem, melynek lényege az, hogy a l.-ból higitásos sorozatot készitünk s e sorozat tagjaihoz egyenlő mennyiségű másik colloidot adunk. A l.-nak ilyen higitása azonban nem adhat megfelelő összehasonlítási alapot, mert a l.-nak tiszteres, szászoros stb. higitása kolloidszempontból nem egyszerű higitásnak felel meg. Higitással ugyanis a kolloidoldatok természete is megváltozik s így egy higitásos sorozat tulajdonképen különböző tulajdonságokkal bíró tagokból áll. Ezért olyan rendszerekre tértem át, melyekben csak milieu-beli különbségek vannak, maguk a kolloid rendszerek minden tagban ugyanazon mennyiségben szerepelnek. A milieu-beli változásokat létrehozhatjuk úgy, hogy pl. a sóconcentrátiót vagy a H.-ion töménységet változtatjuk.

Ilyen irányú vizsgálatok még folynak, ennek a közleménynek célja csak az, hogy rámutassak a l. egy olyan kolloid vizsgálati lehetőségére, amely a gyakorló orvost diagnostikai tevékenységében és a therapia hatásosságának ellenőrzésében az eddiginél jobban segítheti.

Bloch és *Rosenfeld* próbálták először meghatározott H.-ion koncentrációs milieube helyezni a l. kolloid reactióját. Utánuk *Kiss Gyula* volt az, aki egy kolloid sorozatban a l. és az alkalmazott kolloid állandó egyenlő mennyisége mellett a H.-ion töménységet változtatta. Így jött létre a *Kiss-féle* aranyosol reactio, melynek legfontosabb érdeme az, hogy ezzel a normalis l. határozottabban és jobban volt jellemezhető, mert egy határozott jellegű változást, a grafikonban egy ú. n. „csipkét” adott.

Kiss Gyula az aranyosolon kívül mastix-szal és benzoeval is próbálkozott, azonban pl. a mastix-szal végzett kísérletei nem voltak eredményesek s azt gyakorlati célokra alkalmatlannak tartotta.

Én a mastix-solt választottam vizsgálataimhoz, mert ezzel dolgozom kb. 20 éve a l. diagnostikájában, azonkívül ez olcsó, előállítására egyszerű s a reactio kivitele könnyű.

³⁾ *Kulcsár*: Elmebetegek psychotherapiájának értéke és veszedelmei. (O. H. 1939. 4.).

Nem ismertetem azokat a kísérleteket, melyekkel a legmegfelelőbb s klinikai célokra legalkalmasabb rendszert megtalálni igyekeztem, csak a végül kialakult s legjobban bevált sorozatot ismertetem. A vizsgálatokat a legkülönbözőbb betegségekben szenvedő emberek l.-aival végeztem állandó klinikai ellenőrzés alatt s párhuzamosan elvégeztem a l. egyéb laboratoriumi vizsgálatait is. A szokásos normomastix kolloid reactio szolgált összehasonlításként az itt leírandó kolloid reactióval.

A vizsgálat elvégzéséhez szükséges:

- a) mastixsol,
- b) különböző töménységű ecetsav oldat,
- c) a vizsgálandó liquor.

a) a mastixsol készítése (Kafka szerint): 10 g mastixot feloldunk 100 ccm abs. alkoholban. Több órán át gyakran felrázzuk. Utána 48 óráig jégszekrényben pihentetjük, azután szűrjük. Ezt a törzsoldatot jól záró, sötét üvegben szobahőmérsékleten tartva hónapokig használhatjuk.

Ebből a törzsoldatból minden alkalommal frissen készítenk mastixoldatot, úgy, hogy 1 ccm törzsoldatot adunk 8.5 ccm abs. alkoholhoz, s azután tömény alkoholos sudán III. oldatból 0.5 ccm-t. Ezt a 10 ccm oldatot cseppenként adjuk 40 ccm kétszer dest. vízhez, úgyhogy közben a dest. vizet gyengén rázogattuk. A cseppegtetés kb. 50—60 mp-ig tartson. Ezt a mastixolt 30 pernyi állás után használhatjuk.

b) különböző töménységű ecetsavoldatok úgy készülnek, hogy egy pontos n/10 ecetsavból indulunk ki s ebből készítenk n/80 ecetsavoldatot, végül a n/80 oldatból állítjuk elő a 10-féle töménységű ecetsavoldatot a táblázatban felsorolt módon.

(Az ecetsavoldatokat készíthetjük mindig frissen, de esetleg megcsinálhatunk belőlük 100—100 ccm-t, jól eizárt és hűvös helyen tartott üvegekben hetekig is eláll.)

A n/80 ecetsav oldatból a következő hígításokat készítjük:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
s z. o l d a t :									

n/80 ecetsav oldatból ccm :	88	82	76	70	64	58	52	46	40	34
dest. vízből ccm:	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66

c) a vizsgálandó liquort eredeti állapotában minden kezelés nélkül használjuk fel.

A vizsgálat beállítása: 10 kis ú. n. Wassermann-kémcsövet veszünk elő, s azokat 1-től 10-ig megszámozzuk. Mindegyik kémcsőbe bemérünk 2.6 ccm-t a számolásuknak megfelelő azon ecetsav hígításokból, melyeket b) alatt közöltünk.

Majd mindegyik kémcsőbe 0.1—0.1 ccm liquort mérünk. Aztán a kémcsöveket kissé felrázzuk. Végül mindegyik kémcsőbe 0.3—0.3 ccm mastixolt mérünk. Az egészet felrázzuk és szobahőmérsékleten pihentetjük.

Az eredmény leolvasása már 2—3 óra múlva is jól és pontosan történhetik, de szebben demonstrálható, ha megvárjuk, míg a kicsapódott kolloidok leülepednek a kémcsövek fenekére. A csapadék feletti folyadék szintelen és átlátszó vagy többé-kevésbé zavaros és színezett lesz aszerint, hogy a kicsapódás teljes vagy részleges volt.

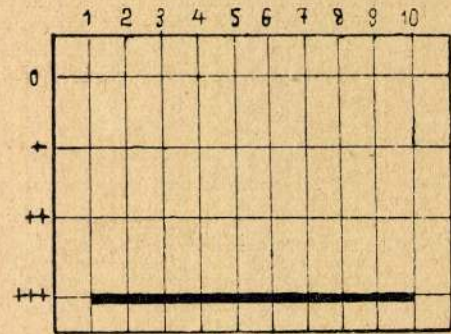
Az eredmény megrögzítésére a régen ismert módon grafikonokat rajzolunk. Egyszerűbb és egyöntetűbb rögzítés céljából csak négyféle fokozatot különböztetünk meg:

0 = csapadék nincs, a folyadék eredeti állapotában van. (Ide tartozik az is, ha zavarosodás van csapadék nélkül.)

+, ++, +++ = amikor kevés, több vagy teljes a kicsapódás. (Grafikon helyett a számokkal való kifejezést is használhatjuk, amikor is 0 — 0, + — 1, ++ — 2, +++ — 3 számokkal jelöljük.)

Ezzel a módszerrel több, mint 350 liquort vizsgáltam meg. Eredményeim a következők:

Normalis esetekben mind a 10 csőben teljes kicsapódás van, (egész ritkán az első csőben + vagy ++ a kicsapódás). A normalis l.-t ebben a reactióban tehát az jellemzi, hogy minden csőben kicsapódik a kolloid. Ennek grafikonban való kifejezése az 1. ábrán látható.

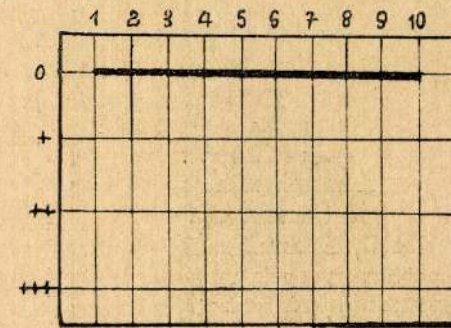


1. ábra.

(Ennek a grafikonnak számjegyekkel való jelzése: 333 3333 333.)

Normalisra jellemző grafikont adnak a normalis esetekben kívül a morbus sacer, a hydrocephalus és a chorea.

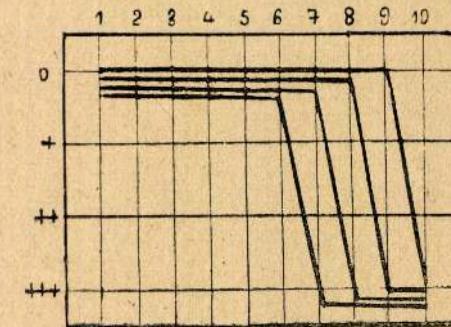
Ennek a képnek az ellenkezője, mikor a 10 kémcső közül egyikben sincs kicsapódás. Ezt látjuk meningitisben s a paralysis progressiva egyes eseteiben. Ennek grafikonoszerű ábrázolását mutatja a 2. ábra.



2. ábra.

(Ennek a grafikonnak számokkal való jelzése: 000 0000 000.)

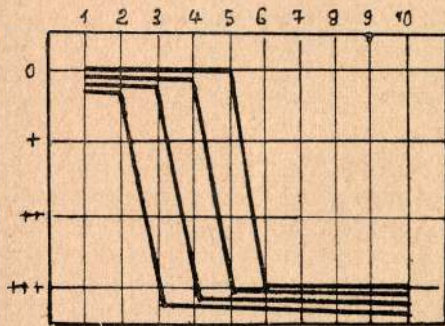
A paralysis progressiva és a meningitisek többi esetében, valamint a többi gyulladáshoz megbetegedésekben — myelitis, encephalitis, meningoencephalitis esetén — azt látjuk, hogy csapadék jelentkezik a 10., 9., 8., esetleg már a 7. csőben. Tehát azt mondhatjuk, hogy ezen kolloid reakciónál a gyulladáshoz állapotokat az jellemzi, hogy legalább a 6. csőig nem keletkezik csapadék. Ez eredmények grafikonoszerű ábrázolását a 3. ábra mutatja. A közp. idegrendszer lueses betegségeiben, a ta-



3. ábra.

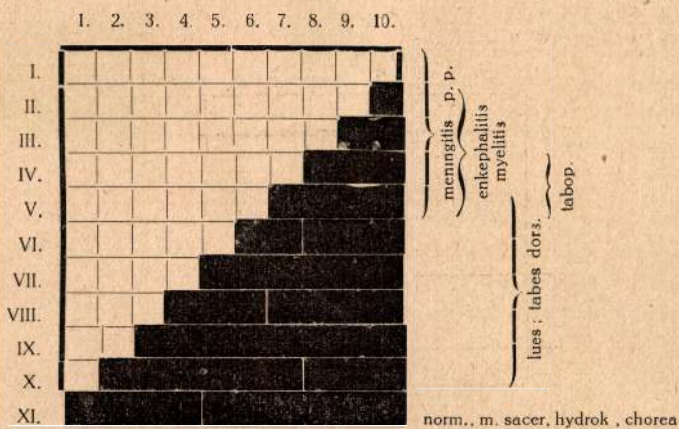
bes dorsalisban, szóval a közp. idegrendszer parenchymás, degeneratív betegségeiben a liquor kolloid vizsgál-

lat eredménye úgy alakul, hogy csapadék keletkezhetik a 6., 5., 4., 3., esetleg már a 2. csőtől kezdve. Ennek grafikonja a 4. ábrán látható. A gyulladásos és degeneratív



4. ábra.

parenchymás típusok közötti határ természetesen nem mindig ilyen éles. Volt néhány olyan lueses és tabeses esetünk, melyek éppen a határon voltak. T. i. az első 6 csőben nem volt csapadék, 7—10. csőekben volt. Ezt jobban áttekinthetővé teszi az 5. ábra. Az ábrában a sötét négyzetek jelzik a teljes kicsapódást, a világosak azt, ahol nem volt kicsapódás. A tábla mellett fel vannak tüntetve a vizsgált liquoroknak megfelelő diagnózisok.



5. ábra.

Ezen az ábrázoláson tisztán feltűnik az, hogy az I—V. sorban feltüntetett típusokat a gyulladásos esetek adják. Ezeknek megfelelő grafikonokat *gyulladásos grafikonoknak* nevezem.

a VI.—X sorban feltüntetett típusoknak a parenchymás, degeneratív betegségek felelnek meg, ezeknek grafikonjai a *degeneratív-parenchymás grafikonok*.

a XI. sorban látható eredményt a normalis esetek adják s azok, melyekben a liquorban semmiféle eltolódás nincs. Ezek a *normalisra jellemző grafikonok*.

(Mint már említettem az V. sorban előfordulhatnak parenchymás degeneratív esetek is.)

Ez a beosztás — bár több mint 350 esetből adódott — nem tekinthető teljesnek és tökéletesnek. Szükséges lenne, hogy minél több kutató dolgozzon fel sokféle esetet a fentiek kiegészítésére.

Látjuk, hogy a normalis liquor ezzel a módszerrel vizsgálva adja a hasonló kolloid reakciók közül a leghatározottabb jellegű elváltozást. Mig az eddigi kolloid reakciókban a liquor vagy semmi változást, vagy csak egy csőre terjedő ú. n. „csipkét“ adott, addig ezzel a módszerrel olyan eredményt ad, mely minden kétséget kizáróan felismerhető. Ennek egy másik fontos következménye, hogy mindazok a liquorok, melyek másképp viselkednek — t. i. nem adják ezt a határozott és könnyen felismerhető változást — azok a nem normalis, a kóros liquorok.

A kóros eltolódást szintén könnyen felismerhetjük.

A paralysis progressivában szenvedők liquorjai ugyanolyan eredményeket adnak, mint pl. a meningitis liquorok. A paralysis progressivás l.-ok a gyulladásos zónába esnek, távol a tabes dorsalistól és a többi lueses göcbetegségtől. Ez az eredmény azonban természetes lesz, ha e betegségek pathológiájára és localisatiójára gondolunk. A paralysis progressivában a szürke agykéreg betegsége mellett mindig kimutatható a lágyagyburok igen jelentős chron. gyulladása is (amit a liquorban lévő sejtszaporulat is jelez), tehát természetes, hogy az eredmények ugyanazok lesznek, mint a meningeális gyulladásos liquoroknál. A tabes dorsalis és a többi lueses göcbetegség, melyben a meninxek részvétele a folyamatban sokkal kevésbé jelentős vagy teljesen hiányzik (pl. endarteritis luetica) teljesen kiesnek ebből a zónából és egy külön parenchymás zónába helyezkednek el.

Végül rámutatok arra, hogy a liquorok ezen kolloid reakciója igen érzékeny. A vizsgált esetek nagy százalékában ez a módszer igen határozott választ adott akkor, amikor az eddig használatos módszerek nem adtak kielégítő eredményt. Így ezzel a reakcióval a vizsgált paralysis progressiva esetek 15%-ában, a gyulladásos, a tabes dorsalis és a lueses esetek 35%-ában kaptunk pozitív eredményt akkor, amikor egyéb reakciók semmi felvilágosítást nem adtak.

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

A bőrkivonatok hatásáról.*

Irta: Szép Jenő dr., egyetemi magántanár, tanársegéd.

A bőrkivonatok hatásának tanulmányozásához két fontos megállapítás nyitott utat: 1. annak megismerése, hogy minden egyes szervnek van belső elválasztású tevékenysége, tehát nemcsak a tulajdonképeni endocrinmirigyeknek. Vagyis az izomzat, lép, máj, gyomor, stb. is termel biológiailag hatékony vegyi anyagokat, amelyek útján nemcsak tudomására hozza a többi szerveknek létezését, hanem azoknak működését serkenti is, vagy gátolja. Könnyen támadt tehát ezek után az a gondolat, hogy vonatkozik ez egyik legtömegesebb szervünkre, a bőrre is. 2. Annak megállapítása, hogy a bőr a belső életfontosságú szervekkel működésbelileg a legszorosabb kapcsolatban van; saját anyagcseréje van, melyet nagyságban csak a májé mul felül; a bőr hatalmas tartalyszerv; nagyon sok fermentumot tartalmaz; gáz- és pigment anyagcseréje van; a bőrelváltozások hatással vannak a belső szervekre és viszont; ismerjük a bőr nagy szerepét az allergiás történésekben. stb.

A bőrkivonatok hatásának tanulmányozásában az első lépést Müller A. tette meg — az állatgyógyászatban. Foetus-bőrből készült kivonatát a perlebergi ojtóanyaggyár „perlacar” néven adta forgalomba. Müller eredményeit az emberi orvostudomány nem tudta értékesíteni. Nagyobb érdeklődést keltett itt a Jena által előállított „detoxin”, mely a bőrből hydrolysis útján készült, tehát erős roncsolással, különböző aminosavakat, főleg tyrosint és cystint tartalmaz. Tekintettel az erős roncsolásra, ez az extractum nem számítható a tulajdonképeni és később tárgyalandó bőr-szervkivonatok közé, épen ezért később nem foglalkozom vele. Itt csupán megemlítem, hogy egyes mérgekkel szemben desinfiációs tulajdonságú, ezenkívül activálja a szervezetben az oxydatív és reductív folyamatokat.

*) A Magyar Dermatologiai Társulat 1939. évi október hó 13-án tartott nagygyűlésén elhangzott előadás.

A mai bőrkivonat kutatás alapjait Spiethoff és tanítványa Milbradt rakta le. Extractumuk foetus- (borjú)-bőrből készült különböző extractiók és fermentatív eljárásokkal és később állati szén bevonásával. E kivonatot az IFAH hamburgi gyár „tektodyn” néven bocsátotta forgalomba.

Spiethoff és Milbradt szerint ez az orvoslasmód keveréke a substitutiós és a helyi inkretum terapiának. Vagyis az egészséges bőr építőköveit és anyagcseréjét szabályozó anyagokat igyekeznek a beteg bőr rendelkezésére bocsátani. Hogyan hatnak ezek az anyagok az ép, illetve beteg bőrre, vajjon kémiai, vagy physiko-kémiai folyamatok-e ezek, ma még nincs eldöntve. Milbradt vizsgálataiból tudjuk, hogy az általa alkalmazott extractum (tektodyn) igen nagy mennyiségű tartalmazza a biológiailag hatékony anyagoknak, mégpedig fehérjealkotórészeknek, szénhidrátoknak, szeretlen soknak, kénnek, nitrogénnek, foszfornek, fermenteknek, stb. Éppen ezért óvakodnunk kell attól, hogy egyetlen anyagnak tulajdonítsuk a hatást, pl. a szerves kénnek. Fentiek szerint ugyanis a bőrkivonat polyvalens szerv-extractum, melyben az összetevő tényezők hatásai részben összegeződnek, részben kiegészítődnek, részben túlsúlyra jutnak. Ebből természetszerűleg következik, hogy az alkalmazásnak is szigorúan egyenítőnek kell lennie.

Többen is állítottak elő és hoztak forgalomba bőrkivonatot a fentiek kivételével. Ilyen a Kataoka által bizonyos perfusiós eljárással készült „esophylaxin”. Nálunk a Richter-féle „glanducutin” van forgalomban, mely sertésbőrből készül; magam is ezzel végeztem kísérleteimet és régebben, mint tudjuk, Sellei ugyancsak a fenti gyár kivonataival végezte egyéb hormonkivonatokkal összekapcsolt gyógykísérleteit ulcus cruris eseteiben. Legújabbán Schwarzmann úgy készítette a bőrkivonatot, hogy a betegek kezét 1 óráig átdestillált vízben tartotta s az így nyert fürdővíz bőrkivonattal végezte vizsgálatait. A közelmúltban pedig Marchionini számolt be ugyanilyen extractummal nyert élettani eredményeiről. A kivonatot ilyen előállítását azzal okolják, hogy az élő bőrből nyerhetők legbőségesebben a biológiailag hatékony anyagok.

A különböző bőrkivonatokkal végzett laboratóriumi és gyógykísérletek eredményeit a következőkben foglalom össze.

Elettani hatások.

Ezek közül legjelentősebbek: 1. a véredényösszehúzó; 2. a pajzsmirigy működését fokozó; 3. a vércukor-csökkentő; 4. az oxydatiós folyamatokat élénkítő hatások.

Legrégibb idő óta ismeretes a véredényösszehúzó és gyulladáscsökkentő hatás; bőrkivonatokra a pulsus erősödik s a vérnyomás kissé növekedik.

Bebizonyult, hogy bőrkivonatok ojtása után az alapanyagcsere és a vér jódtartalma nő, a máj és izomzat glykogenben szegényedik, a chlorkiválasztás a vizelettel fokozódik és egyidejűleg csökken a szövet és a vér chlortartalma. Mindezek pedig megfelelnek a pajzsmirigy hormon hatásának. Ezért Milbradt úgy véli, hogy a fenti változások a pajzsmirigy működésének fokozására vezethetők vissza. Hiszen már régóta ismeretes a pajzsmirigy és bőr közötti összefüggés, gondoljunk csak a Basedow-kórra és a myxoedemára.

Másik fontos élettani hatás a vércukor csökkentése. Foetus-kivonatok adásakor ez csak akkor észlelhető, ha ezeket állati szénrel tisztítjuk meg — mint fentebb már említettem is —, miáltal a szénhidrátok, aminosavak és phenolok eltávolíthatnak. Ez utóbbiak ugyanis a vércukor csökkentő hatást bénítják. A vércukor csökkentéssel párhuzamosan a glutathion növekedik. Ez a vércukorra vonatkozó megállapítás fontos, mert bizonyos tekintetben magyarázná a kedvező gyógyhatást

fertőző betegségek eseteiben, t. i. a vércukor csökkenése miatt a bakteriumok táptalaját.

A fürdővíz-extractum hatására észlelte Schwarzmann, hogy a vérben a tejsav és a maradék-nitrogen megfogyatkozott, az alkali-tartalom pedig növekedett, vagyis az oxydatiós folyamatok élénkebbé váltak, amiből arra következtet, hogy a bőr-extractum fő hatóanyaga egy oxydatiós fermentum, melyet csak élő bőrből lehet kivonni.

Leírják ezenkívül a vérsavó calcium-tartalmának csökkenését, a kalium és cholesterin mennyiségének fokozódását, úgyszintén az adrenalinsecretio fokozódását, a vérlemezkék megszaporodását; az erythrocyták száma ugyancsak megnőtt, a haemoglobin megszaporodott, de mindezekhez a lép és pajzsmirigy hormonjának jelenléte is szükséges.

Kataoka és Kin különbséget észleltek histamin és bőrkivonat hatása között. Erre vonatkozólag közelebbit nem tudok. Marchionini szerint a fürdővíz-bőrkivonat hatása parasymphikus hypertónián nyugszik. Ugyanez a szerző a bőrkivonatra az anyagcserére gyakorolt hatását összehasonlította olyan más bőrínegerekével, melyek hatására a bőrben az anyagcserét befolyásoló anyagok keletkeznek (izzólámpa fény-erythema, magaslati napfény-dermatitis). Ekkor azt találta, hogy a fürdővíz-bőrkivonat ellentétes hatású az izzólámpa erythemájával szemben; ez ugyanis határozottan symphikus inger. A magaslati napfényel pedig bizonyos párhuzamot mutat, de eltérésekkel. E három bőringer hatására tehát teljesen különböző anyagok képződnek, melyek az anyagcserére más és más hatást tesznek.

Kórtani hatások.

Kórtani téren is több érdekes megállapítással találkozunk. Bőrkivonatok hatására a leukocyták (Tabayashi) és a reticulocyták (Kataoka) száma megszaporodik.

Complementkötéses kísérletekben (Ito és munkatársai) a bőrkivonaton antigen tulajdonságokat mutatott ugyan, de ez nem bizonyult szerv-specificusnak. Nem volt különbség e tekintetben a pigmenttartalmú és ettől mentes bőrkivonatok között. Ugyanilyen eredménnyel jártak az allergiás kísérletek is.

Bőrkivonattal előkezelt állatokon csupán gyenge hólyaghúzó hatást és tuberkulin-reactiót észleltek. (Milbradt). Ha pedig gümőkóros tengeri malac bőrből készítették a kivonatot, s ezzel végeztek intracutan próbákat, egészséges és gümőkóros állatokon, erősebb reactiót kaptak vele, mint az egészséges bőrből készült kivonattal. (Arai.)

Milbradt tektodynja tengerimalac kísérletekben gátolta az anaphylaxiás sok kifejlődését. Egerek nickel-dermatitise nagyobb adag után erősödött, kisebb után gyengült. Tabayashi pedig a borsebek és a crotonolaj-dermatitis javulását észlelte. Milbradt felteszi, hogy a bőrkivonaton olyan allergiás égési termék van, mely megfelelő bevitelkor az allergiás megnyilvánulásokat gátolja. Lehetségesnek tartja, hogy histamintermészetű anyagról, vagy pajzsmirigy-hatásról van szó.

Heide kísérleteiből tudjuk, hogy bőrkivonatok hozzáadása a táptalajokhoz mindenféle csíra fejlődését gátolja. Észlelték az agglutinin-képzést (Kataoka és Adachi, Szép), opsonin-termelés (Szép), praecipitin-képzést (Kataoka) emelkedését a bőrkivonatok hatására. Támogatják e megállapításokat Urbach és ifj. Nékám kísérletes vizsgálatai is.

Therapiás hatások.

Az élettani és kórtani megállapítások, valamint az elméleti megfontolások alapján a bőrkivonatok alkal-

mazásának területét az allergosisok és a bőr idült fertőző betegségei alkotják.

A túlérzékenységi betegségekre gyakorolt hatást egyrészt a *hypothetikus allergiás égési anyagok bevitelével*, másrészt a *gyulladást gátló és véredényt szűkítő hatással magyarázhatnók*. A bőrkivonatokat befecskendezések és tabletták alakjában hetekig kell adnunk. *Alkalmazása tilalmas a fentebb mondottak alapján Basedow-kórban és szívelégtelenség eseteiben. Milbradt szerint e kezelések számára azok a bőrbetegségek alkalmasak, melyek a mesenchymában játszódnak le, ezért bizonyult elsősorban jóhatásúnak urticaria, erythema, pruritus eseteiben és sokkal rosszabbul reagáltak az epidermalis folyamatok, vagyis ekzema, psoriasis.*

Az idült fertőző betegségek gyógyítása két elven épül fel, mégpedig a *bőrkivonat gyulladáscsökkentő hatásán és azon a képességen, hogy substitutió útján a bőr baktericidiáját vissza tudja állítani. Milbradt úgy gondolja, hogy az idült fertőző bőrbetegségek létrejöttében nem a kórokozó a főtenyező, hanem sokkal inkább szervezet allergiás állapota. A fertőző góccok orvoslását szükségesnek tartja, úgyszintén a helyi kezelést is. Szerinte eredménytelenség esetében fertőző gócra vagy elégtelen adagolásra kell gondolnunk.*

Spithoff vezette be a bőrkivonatoknak májkivonatokkal történt kombinációját, e téren azonban még elégtendő tapasztalattal nem rendelkezünk.

A fürdővíz-bőrkivonatok a vegetatív idegrendszer zavaraiiban; anginás fájdalomok, asthma bronchiale, pruritus cutaneus, de még inkább kelevénykór és ekzema eseteiben bizonyultak hatásosnak. (*Schwarzmann*).

A vizsgálatok száma e téren még igen kevés, a kutatás még a kezdetén, a kivonatok előállítására a fejlődés szakában van éppen ezért a *terápiás hatásról végleges eredményt nem mondhatunk. Ezek ugyanis bizonytalanok, amint azt saját vizsgálataink (furunculosis, urticariával, ekzemával, pruritussal kapcsolatban) mutatták.*

A fentiek szerint tehát ma még nyílt kérdés a bőr biológiailag hatékony vegyi anyagainak jelentősége, de erre mutatnak újabb *Török* prof.-nak azok az alapvető vizsgálatai és megállapításai, melyekről a Magyar Dermatologiai Társulat tavalyi nagygyűlésén beszámolt.

Budapest székesfőváros Szent István kórháza ideggyógyászati osztályának közleménye. (Főorvos: Lehoczky Tibor).

Intralumbalis B₁-vitamin gyógykísérletek.

I. ta: Lehoczky Tibor dr. egyetemi m. tanár.

Az antineuritikus B₁ vitamin endolumbalis alkalmazásának gondolata akkor merült fel, amikor az első lelkes közlések után egyre szaporodtak az eredménytelen beszámolók. Magyaráztatul több tényezőt szerepeltettek, így pl. a hiányos felszívódást a kórosan elváltozott gyomor-bél rendszerből, azután az általános alkalinos B₁ vitaminra gyakorolt közömbösítő hatását, amelyet a liquornak, főleg idősült betegségekben talált alkalikus vegyhatása fokozna, végül a hemato-encephalikus barriernek a B₁ számára való átjárhatatlanságát.

Utóbbit teljesen beigazolták *Karrer*, továbbá *Demole* kutya-, — majd *Kasahara* galamb- és nyulakísérletei, melyek szerint a B₁ vitamin sem subcutan, sem intravenás befecskendezés után nem kerül bele a liquorba. Amidőn

*) A Magyar Elmeorvosok Egyesületének XV. országos értekezletén 1939. november 6-án tartott előadás.

azonban *Kasahara* meningitises házinyúlnak adott intravenásan B₁ vitamint, majd liquorát 1 óra múlva subcutan polyneuritises galambokba fecskendezte, az állatok pár óra alatt feltűnően javultak. Ez a classikus kísérlet sorozat fényesen mutatja, hogy a B₁ csak kóros viszonyok között képes átlépni a hemato-encephalikus barrieret. Ily módon természetesen, hogy a B₁-től csak kevéssé várhatunk gyógyhatást azokban a folyamatokban, amelyek a peripheriás idegeken kívül többé-kevésbé a központi idegrendszer is sértik, tehát polyradiculitisekben, intraspinalis folyamatokban stb.

Először *Friedemann* (1937) alkalmazza a B₁ vitamint endolumbalis 3 esetben: 2 alkoholos Korsakoff psychosissal szövődött polyneuritisben, továbbá egy salvarsan kezeléshez csatlakozó Landry-paralysissal. Mind a három beteg 4 hónap alatt munkaképes lett.

Ugyancsak 2 alkoholos polyneuritisben adja az intralumbalis injectiót *Martimor* és *Neveu* (1938 február), akik hangsúlyozzák a somatikus állapot és a motoros erő gyors javulását, amellyel szemben áll a psychikus kórkép változatlansága. 3 alkoholos deliriumban csak igen kevés a javulás. Ezután *Lincoln Stern* (1938 március) számol be 28 betegen tett tapasztalatairól. Szerinte főleg multiplex sclerosissal, encephalitisben, agyuliesben és poliomyelitisben várható kedvező hatás, amit ő azzal magyaráz, hogy a vitamin több napig a liquorban marad és így eredményesebben fejti ki hatását. Majd *Wirtz* (1938 április) közli 10 heveny poliomyelitisrel kapcsolatos kedvező eredményeit: az intralumbalis befecskendezés megkezdését lehetőleg korán ajánlja, még pedig C vitaminnal és mellékvesehormonnal együttesen. Végül *Bersot* (1938 november) számol be egy Korsakoff-psychosissal szövődött alkoholos polyneuritisben gyors testi és lelki javulásról, a beteg 6 hét alatt visszanyerte teljes munkaképességét.

Saját vizsgálati anyagom 19 sclerosis multiplexet, 2 Guillain-Barré-féle polyradiculitist és 1 tabes dorsalis ölel fel. Megjegyzem, hogy az intralumbalis B₁ injectio közben minden más kezelést szünetelttettem. A forgalomban lévő B₁ vitaminkészítmények közül a leverkuseni Bayer cég betaxin-ját, a Richter-féle biamint, a Wander-féle vibét, a Chinoi-gyár vitaplex b-készítményét és a Bayer és Társa B₁ vitaminját használtam.

A *sclérose en plaques csoportban* 6 tetemesen, 4 kisfokban javul, 3 változatlan, 3 rosszabbodik, 3-nál a többé-kevésbé kínzó meningismus miatt abbahagyjuk a kezelést. A 10 javult eset objectiv neurologicali leletében a változások a következők: a spasticitas csökken, a kóros reflexek (*Babinski*, *Rossolimo* stb.), továbbá a clonusok részben vagy egészben megszűnnek, a hypaesthesia enyhül, vagy teljesen megszűnik. Ezenkívül az ataxia javulásának kifejezésékepen a járás biztosabb, a betegeknek nem kell támaszkodni, az izomhúzódások, „feszülések“, stb. enyhülnek. Subjective a betegek erősebbnek érzik magukat és kevésbé fáradékonyak. Egy ízben (1. eset) az igen erős kényszernevetés kezdettől fogva csökken, majd megszűnik. Feltűnő, hogy a javulási tünetek csak kevéssé fokozódnak, sőt egy ízben az utolsó injectio után visszaesést találtam.

A három változatlan eset igen súlyos, kettőben a folyamat 7—8 éve tart, egyben csak 3 éve ugyan, de ennek ellenére ez is a legsúlyosabb terminalis képet nyújtja incontinenciával, flexiós contracturával, reszketésekkel stb. A kezelés eredménytelensége tehát e csoportban a kórfolyamat súlyosságával is magyarázható.

A rosszabbodó csoportban egy ízben 10 mg B₁ vitamin befecskendezés után másnapra az addig paraparetikus betegen teljes paraplegia fejlődött ki incontinenciával és ez csak több hét múlva javult; egy másik esetben (tipikus időszakos lefolyású spastikus-paraparetikus forma) a

beteg állapota az 5. injectio után a kis 2—5 mg adag ellenére annyira rosszabbodott, hogy emiatt félbehagytam a kezelést. Végül a harmadikban (idősült, lassan előrehaladó alak) a főpanaszt képező égő érzés és feszülés a derékban és lábban annyira fokozódott, hogy emiatt az injectiókat be kellett szüntetni.

Meningismust három betegen észleltem, amely 2 mg befeccskendése után kezdődött, kétizben mindjárt az első injectio után, egyizben a többször megkísérelt befeccskendés után mindannyiszor.

Két polyradiculitises betegemnek azért adtam intralumbalisan B₁-t, mert a javulás menetét lassunak és vonatottnak találtam. Várákosomnak megfelelően a folyamat javulása mindkét izben gyorsan megindul, az izomfájdalmak már a második befeccskendésre megszűnnek, a járás napról-napra biztosabb, az egyik eset makacs abducens paresise és enyhébb facialis gyengesége egy hét alatt megszűnik.

Végül egy tabes dorsalisos betegemnek csillapíthatatlan nyilaló fájdalmai miatt adtam kétizben 2 mg B₁ vitamint, de eredmény nélkül.

Ismertetett eredményeim a következőkben térnek el az irodalmi adatoktól:

1. A meningismus *Stern* szerint ritka, ő inkább 20 mg-nál nagyobb adagtól hőemelkedést, gyengeséget, étvágytalanságot és fülzúgást talált. *Friedemann* egyizben fejfájást és hányingert észlelt, de csak egy napig, egy másikban fejfájást és rossz közérzetet 4 napig. Mivel én meningismust igen erős és makacs formában 2 mg adag után észleltem, a különbséget az adag nagysága nem magyarázza. Lehetséges, hogy betegeim egyénileg túlérzékenyek voltak a lumbal punctio alkalmazásával szemben.

2. A 4. sz. sklerosis multiplex esetben észlelt teljes paraplegia oka szintén nem lehet az adag nagysága, hiszen *Stern* 10 mg-mal kezdi a kezelést, legföljebb 100 mg-ot ad egyszeri adagban és hangsúlyozza, hogy 120 injectio után egyszer sem fejlődött ki bénulás, vagy érzéstelenség. *Bersot* sem észlelt szövödményt, jóllehet fokozatosan 60—100 mg-os adagig ment. Lehetséges, hogy betegem hirtelen rosszabbodása szintén független a B₁ befeccskendéstől, tehát tisztán a lumbal punctióra bekövetkező rosszabbodásnak tekinthető, amely a tárgyalt betegségben ismert módon előfordul. E tapasztalataim mégis óvatosságra intenek és azért külföldi szerzőktől eltérően, az egyszeri adagot nem szoktam növelni, hanem 2 mg-t adok az egész kúra folyamán. A befeccskendést másokkal egyetértően, 4—5 naponként szoktam megismételni.

Gyógykísérleteim eredményét az eddigi közlésekkel egybevetve, különösen jó eredményt kaptam a Guillain-Barré-féle betegségben, amelyben igen szembeűnő volt a javulásnak az injectiót követő gyorsulása. Sclérose en plaques-ben — nem tekintve a terminalis kórképeket — elég kedvező volt a hatás, bár nem olyan fokú és intenzitású, hogy e betegség más, jelenleg szokásos kezeléseit különösképen felülmuta volna. Egy súlyos tabeses nyilalást nem sikerült befolyásolnom; igaz, hogy e ponton kísérleteim kezdetén vagyok.

Végül még néhány szót a B₁ vitamin hatásmódjának mai megítéléséről. Tudjuk, hogy *Elvehjem* a B vitamin-complexumban 15 különböző factort izolált. *Teglbjaerg* ez év augusztusában Kopenhágában tartott nagy beszámolójában hangsúlyozta, hogy a B complexum factorai az idegrendszer megbetegedéseire együttesen látszanak hatást kifejteni és ezért ha az egyiket, pl. a B₁-et túl adagoljuk, akkor a többiből is fokozottá válik a szükséglet. *Stepp*, *Khünau* és *Schröder* ez alapon a B-vitaminra nem reagáló eseteket élesztővel kezelik. *Teglbjaerg* B₁ vitaminkezelés alatt a szénhidrát anyagcserére is nagy

gondot fordít, tekintettel ennek a B₁ vitaminnal való szoros kapcsolatára.

A B complexum factorainak együttes adagolásán kívül ma sokat foglalkoznak azzal is, hogyan válik hatékonyvá a szervezetben a B₁ vitamin. *Lohmann-Schuster*, *Westerbrink* és *Goudsmit* vizsgálatai alapján lehetséges, hogy a B₁ nem szabad alakban, hanem csak phosphorylás után, mint cocarboxylase fejt ki hatását. Ez magyarázná meg *Wachholder* szerint a hiányos gyógyeredményeket tiszta B₁-vitaminnal, amidőn tehát az activálás vagy egyáltalán nem, vagy nem eléggé sikerül. *Tauber* szerint a duodenalis nedv e-élyes enzimet tartalmaz, amely a B₁-t cocarboxylasevá alakítja át. Ez tenné értethetővé *Meulengracht* és *Schaltenbrandt* májjal kombinált gyógyeredményeit. A májműködés fontos szerepét emeli ki *F. H. Lewy* (1939); szerinte a B-avitaminosis a máj közvetítésével keletkezik, mert a különböző ártalmak először a májat fosztják meg B vitamin raktárjától. Ha azután a mobilis vitamin-aktár egyharmada ki van merítve, sor kerül az idegrendszer fix táaira, amely közvetlenül maga után vonja az első, klinikai tünetet még nem okozó elváltozást, tudniillik, a peripheriás idegingerlékenység chronaximetriásan meghatározható fokozódását. Ezt *Lewy* legkorábbi figyelmeztető jelnek tartja, amely lehetővé teszi számunkra a *Teglbjaerg* által annyira hangsúlyozott prophylaxist.

Azt hisszük, hogy e megállapításokat megszivelve, az intralumbalis gyógykísérletekbe is be kell vonni a B-complexum többi factorát, s ilymódon talán sikerülni fog az eddigi szerény eredményeket fokozni.

A Tisza István Tudományegyetemi orvosi-vegytani intézetének közleménye. (Igazgató: Bodnár János ny. r. tanár.)

A fluor hatása a fogzománcre s hazai ivóvizeink fluortartalma.*

Irta: *Straub János dr.*, egyetemi magántanár.

Régóta ismeretes, hogy a fogak (*Morechini* 1803) és csontok (*Berzelius* 1807) fluórt tartalmaznak. Az emberi fogzománc maximalis fluórtartalma 0.025%, a dentiné pedig 0.068%. A fogak (csontok) szeretlen anyagának főalkatrésze a hydroxylapatit Ca₁₀(PO₄)₆(OH)₂, ebbe kapcsolódik a fluór olymódon, hogy a hydroxylapatit két OH-ja kicserélődik fluórral, s a hydroxylapatittal izomorf fluorapatit Ca₁₀(PO₄)₆F₂ keletkezik. Hogy a hydroxylapatit milyen mértékben alakul át fluórapatittá, az függ az ivóvíz és élelmiszerek, általában a környezet fluórtartalmától. Ha az élelmiszerekkel, vízzel, stb. nagyobb mennyiségű fluor jut a szervezetbe, a fogak és a csontok fluórtartalma is megnövekedik. Ezt igazolják *Klement* beható vizsgálatai, melyek szerint a fluórban gazdag környezetben élő tengeri állatok csontja s fogazata 3—10-szerre több fluórt tartalmaz, mint a szárazföldön élő állatoké, aminek magyarázata a tengervíz nagyobb fluórtartalma.

Az a felfogás, hogy a fluor a fogazat szempontjából fontos biológiai tulajdonsággal bír, *Klement* szerint nem valószínű, mert az emberi, valamint az állati csontok és fogak fluórtartalmában nincs lényeges különbség. Ellentmond azonban ennek többek között az a tapasztalat, hogy a kellenél több fluórt tartalmazó ivóvíz a fogzománcépződést megzavarhatja (zománchypoplasia). Az amerikai Egyesült Államokban egyes helyeken nagy-

* E dolgozat Esterházy Pál herceg anyagi támogatásával készült.

mértékben észlelték ugyanis a zománchypoplasiának azt az alakját, amelyet „foltos fogak” (mottled teeth) elnevezés alatt említenek s a széleskörű vizsgálatokból kitűnt, hogy azokon a helyeken, ahol az ivóvíz nagyobb-mennyiségű fluórt tartalmaz, ott foltosfogú a lakosság. *Smith* szerint az olyan ivóvíz, amelynek 1 literje 900—1000 γ ($1 \gamma = 0.001 \text{ mg}$) fluórt tartalmaz, okvetlenül előidézi a foltos-fogazatot. Van olyan adat is az irodalomban, hogy ennél kisebb mennyiségű (500 γ /L) fluór is már ártalmas hatással van a fogzomántra. Az Egyesült Államok egyes városaiban a fluór mennyisége 1 liter ivóvízben az 5 mg-ot is meghaladja és itt az iskolásgyermek 90—100%-a foltosfogú. Hogy a nagymennyiségű fluór játszik itt szerepet, azt igazolja a fogak nagyobb fluórtartalma is. A foltos fogak zománca 0.065%, a dentin 0.112% fluórt tartalmaz, tehát $2\frac{1}{2}$ —2-szer annyit, mint a rendes fogak.

A fluór ártalmas hatását a fogzomántra úgy magyarázzák, hogy a fluór a zománc fejlődése közben a hasábokozti (interprismaticus) állomány képződését zavarja meg. Állatkísérletekben nagymennyiségű fluór elvetélést okozott, a foetusba kimutatható mennyiségű fluór jutott s ilyenkor a zománc teljesen hiányzott. A fluór nagy adagja a dentin és a csontok elmeszesedését is zavarja.

A fluórnak ezt az ártalmas hatását a fogfejlődésre sem més, sem foszfor, sem vitaminok nem tudják

megakadályozni, csak úgy tehető az ivóvízben lévő fluór hatástalanná, ha a vizet használat előtt fluórt megkötő anyagon szűrjük keresztül.

A foltos fogazat nemcsak Amerikában, hanem máshol is ismeretes. Így pl. Olaszországban Nápoly vulkános vidékű környékén fekvő *Pozzuoli*-ban a bennszülött lakosság fogzománca tarka (denti neri). Itt az ivóvíz, talaj, növényzet sok fluórt tartalmaz, aminek a magyarázata, hogy a vulkános kitörés igen nagymennyiségű fluórhydrogent juttat a levegőbe s emellett a talajt képező tuffák, fluórapatitek jelentékeny mennyiségű fluórt tartalmaznak. Hasonló a helyzet az északafrikai foszforit telepeken is, Tunisz, Marokkó, Algír híres foszforit telepein észlelhető zománctegységeket a környezet nagy fluórtartalmával hozzák összefüggésbe. Ezeken a helyeken az állatvilág is ebben a betegségben szenved,

Arravatkozól, hogy nálunk a fogzománc-foltosság mutatkozik-e endemiásan, nem találunk adatot. Úgyisint ivóvízeink fluórtartalmának meghatározásával sem foglalkoztak. Újabban az ivóvizek fluórtartalmának fontos szerepet tulajdonítanak az endemiás golyva keletkezésében is és e kérdés tanulmányozásával kapcsolatban (amiről egy későbbi közleményben számolok majd be) határozottan meg az ország különböző vidékeiről származó 80 ivóvíz (kút, vízvezeték) fluórtartalmát s az eredményeket a következő táblázatban foglaltam össze:

Víz származása	Fluor γ /L	Víz származása	Fluor γ /L	Víz származása	Fluor γ /L
<i>Albertfalva :</i>		<i>Kiskúnfélegyháza :</i>		<i>Sátoraljaiújrhely :</i>	
1. Vízvezeték	158	29. Holló u. kút	54	59. Vízvezeték	132
<i>Baja :</i>		30. Kápolna t. kút	50	<i>Siófok :</i>	
2. Kölcsey u. kút	665	31. Ujvástartéri kút	28	60. Vízvezeték	88
3. Utász lakt. u. kút	625	<i>Kispest :</i>		<i>Sopron :</i>	
4. Szt. István tér kút	262	32. Vízvezeték	109	61. Vízvezeték :	165
5. Tanítókép. int. kút	428	<i>Miskolc :</i>		<i>Szeged :</i>	
<i>Balatonfüred :</i>		33. Vízvezeték	65	62. Vízvezeték :	155
6. Vízvezeték	151	34. Martin-telepi kút	513	<i>Székesfehérvár :</i>	
<i>Budapest :</i>		35. Hejőcsaba kút	555	63. Vízvezeték	265
7. Vízvezeték	186	<i>Nádudvar :</i>		<i>Szekszárd :</i>	
<i>Bodahegyközség :</i>		36. Fürdő árt. kút	180	64. Vízvezeték	618
8. Állomási kút	630	37. Ludány kút	104	<i>Szigetvár :</i>	
9. Iskolai kút	297	38. Róm. kath. iskola kút	70	65. Vízvezeték	230
10. Budai erdőéri kút	243	39. Simon kút	61	<i>Szolnok :</i>	
11. V. dűlő-kút	107	40. Márkus kút	83	66. Vízvezeték	122
2. VI. dűlő-kút	307	41. Keserű kút	83	<i>Szombathely :</i>	
<i>Cegléd :</i>		42. Katona kút	130	67. Vízvezeték	289
13. Internátusi kút	54	43. Deák kút	80	<i>Tatabánya :</i>	
14. Vörösmarty u. kút	62	44. Aranyi kút	105	68. Vízvezeték	352
15. Kossuth-téri kút	50	45. Barta kút	31	<i>Tiszacsege :</i>	
16. Közkórházi kút	62	46. Kiss G. kút	49	69. Vásártéri kút	109
<i>Csolnok :</i>		47. Sziki kút	39	70. Túri kút	43
17. Vízvezeték	336	<i>Nagykanizsa :</i>		71. Víg kút	40
<i>Debrecen :</i>		48. Vízvezeték	151	<i>Törökszentmiklós :</i>	
18. Városi vízvezeték	200	<i>Nyírbátor :</i>		72. Vízvezeték	809
19. Klinikai vízvezeték	227	49. Piac-téri kút	68	<i>Újhámor :</i>	
<i>Eger :</i>		50. Zrínyi u. kút	42	73. Garadna forrás	49
20. Vízvezeték	240	51. Árpád u. kút	110	74. Közkút	38
<i>Esztergom :</i>		<i>Óhuta :</i>		75. Szentléleki forrás	136
21. Vízvezeték	162	52. Iskola kút	177	<i>Újhuta :</i>	
<i>Gyöngyös :</i>		53. Hangya kút	599	76. Községháza kút	260
22. Vízvezeték	175	54. Közbirt. legelő kút	168	77. Hegedús kút	297
<i>Győr :</i>		<i>Pápa :</i>		78. Orosz kút	127
23. Vízvezeték	153	55. Vízvezeték	148	<i>Újpest :</i>	
<i>Hajdúböszörmény :</i>		<i> Pécs :</i>		79. Vízvezeték	117
24. Árpád t. árt. kút	562	56. Vízvezeték	176	<i>Veszprém :</i>	
25. Uzsok t. árt. kút	858	<i>Pestszenterzsébet :</i>		80. Vízvezeték	106
26. Sziivásky u. kút	693	57. Vízvezeték	71		
<i>Kaposvár :</i>		<i>Rákoshegy :</i>			
27. Vízvezeték	296	58. Vízvezeték	188		
<i>Karcag :</i>					
28. Vízvezeték	65				

A táblázatból megállapítható, hogy a vizsgált 80 hazai ivóvíz közül 11 van olyan (2., 3., 8., 24., 25., 26., 34., 35., 53., 64., 72. sz. vizek), amelyeknek fluórtartalma literenként meghaladja az 500 γ -át. Ezek közül a 25. és 72. sz., vagyis *Hajdúböszörményben* az Uzsok-téri kút és *Törökszentmiklóson* a vívvezeték vizének fluórtartalma (858 és 809 γ) közelíti meg a mindenképpen veszélyesnek tartott 900—1000 γ -t.

Hogy e 11 helyen, különösen pedig *Hajdúböszörményben* (itt a vizsgált másik két kút vizének is 500 γ -n felül van a fluórtartalma) és *Törökszentmiklóson* a lakosság között jelentkezett-e foltosfogúság, nincs tudomásunk. Fontosnak tartom azonban megemlíteni, hogy *Hajdúböszörményben* az Uzsok-téren lévő kút, valamint *Törökszentmiklóson* a vívvezeték nem régen létesült, így tehát különösen indokolt, hogy az iskolásgyermek fogazata e két helyen évenként rendszeresen átvizsgáltsák és egyidejűleg az ivóvizek fluórtartalma is ellenőriztessék.

A vizek fluórtartalmának meghatározására *Fellenberg* eljárását (Mitt. Geb. d. Lebensmittelunter u. Hyg. 1938. 29. 276.) találtam a legmegfelelőbbnek.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Sklerosis multiplex kezelése nicotinsavval és B₁-vitaminnal. *M. T. Moore.* (Arch. of Int. Med. 1940. 1.) 5 súlyos esetet ismert; ezek a betegek többé-kevésbé már át-estek valamennyi gyógyító eljárásán különösebb eredmény nélkül, (chinin, germanin, különböző vitamin-kezelések, lázkezelés, sorozatos lumbal-punctio, histidin, stb.) A szerző nicotinsav (ns.) (60—120 mg i. m., i. v.) és B₁-vitamin (33.2 mg. i. v.) kombinált kezelést alkalmazott abból az elgondolásból kiindulva, hogy a ns. által létrehozott hyperaemia elősegíti a B₁-vitamin bejutását a szövetekbe és így annak hatását fokozza. A ns. a bőr kipirosodását hozza létre és — amint ezt állatkísérletekkel igazolta — tartósan izgatja a központi idegrendszer ereit is. A hosszantartó (2—6 hónap) kezelés alatt kisebb-nagyobb, egyik esetben feltűnő javulás mutatkozott. Ha azonban a kezelést akár 2 hétre is abbahagyják, ismét rosszabbodást észleltek. Az ismertett kezelést a szervezetre teljesen veszélytelen. (B. 26.)

Horváth Imre dr.

Ekg insulin-shok kezelés alatt. *S. Bellet, H. Freed, W. Dyer.* (Amer. J. Med. Sci. 1939. 4.) Insulin okozta comában a különben formalis ekg-n kifejezett elváltozások jönnek létre az esetek 2/3-ában: S—T depressio, T-hullám ellapulása, QRS-complexum kiszélesedése, pitvarfibrillatio, ingerképzési zavarok, sinoauricularis blok, stb. Az elváltozások 24 órán belül eltűnnek. Létrejöttükben szerepelhet hypoglycaemia, megnövekedett szívteljesítmény mellett, dehydratio, a pH eltolódása lúgos irányban, anoxaemia, közvetve maguk az agyi elváltozások is, de maga az insulin közvetlenül aligha. (G. 9.)

Kollai István dr.

Pitvarszünet. *F. Rosenbaum és H. Levine.* (Amer. Journ. Med. Sci. 1939. 6.) Állatkísérletekből rég ismert a pitvarszünet klinikája 8 eset kapcsán. Az ok elsősorban digitalis és chinidin intoxicatio, a tünetek eszméletvesztés, rövid ideig tartó légzésszünet és szívmegállás. Ekg-n és venapulsuson pitvarhullám nem látható. A toxikus anyagok kiürítésével a pitvarhullám újból látható. Digitalis- és chinidin-therapia okozta hirtelen halál mechanizmusában e pitvarszünet szerepelhet. (G. 10.)

Kollai István dr.

Nicotin és vérkeringési ártalmak. *Weicker.* (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 1940. 185. 4.) Szerző acut és chronikus nicotinmérgezés 24 esetét figyelte meg. A betegek életkora 17 és 53 év között váltakozott, naponta átlag 15—50 cigarettát szívtak el. Foglalkozás szerint így oszlanak meg: 2 napszamos, 12 kézműves, 6 kereskedő, 1 pincér, 3 hivatalnok, 1. Acut mérgezés 36 éves férfin, 6 órán belül halálos ki-

menetel. A boncolás a szív elülső falának infarctusát állapította meg. 2. További 7 esetben acut, illetve chronikus mérgezés következtében létrejövő szívinfarctus. 3. Bal coronariaelégtelenség 53 éves férfin, chronikus mérgezés következtében. 4. Ingervezetési zavarok 3 férfin, ezek között egyen a PQR távolság megnyúlt, a másodikon a QRS-complexum kiszélesedett, a harmadikon pedig pitvar-kamrai blok jelentkezett. 5. Anginás panaszok 8 fiatal egyénen, az ekg-vizsgálat szerint: bradycardia, magas T-hullámok és szélesebb QRS-complexum (0.10-ig) volt található; — 6. Thrombangitis obliterans 4 férfin, közülük egyik csak 24 éves volt. (B. 23.)

Kováts Zoltán dr.

SEBÉSZET

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

A nyelőcső tágulatának sebészi kezelése. *Juzbasic.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 9—10.) A körkép különböző eredete szerint a kezelés milyensége is más és más; jelen munkájában főleg a portalis hypertensió alapuló oesophagus-varixok kezelésével foglalkozik. A kezelés két alapvetően nyugszik: meg kell akadályozni egyrészt, hogy a vena portae vért kerülő úton a nyelőcső venáin át a vena cavába juttathassa, másrészt a megakadályozott elvezetés helyére új és kevésbé veszélyes út készítenő. Hullákon végzett injectiós vizsgálatai alapján a következő eredményre jutott: legényegesebb a kiscsepleszben futó, valamint a lépből jövő vénás hálózat megszakítása és új lefolyás képzése, lényegében véve a közismert Talma-műtét által. (F. 22.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A rák keletkezése időseult gyulladás után. *Pohl.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252.9—10.) 10 esetet közöl, ahol a rák hosszú ideig tartó gyulladás után jelentkezett. Így amputatós hegben, comb lövési sérülése után, hüvelykujj panaritium, lupus, térdzületi fungus után ulcus cruris és osteomyelitis, elhúzódó phlegmone, röntgenepilatio, röntgenekzema és fagyás után keletkezett chronikus gyulladás talaján. Ezek alapján ajánlja, hogy a kezelésben mindazokat a gyógyszereket, amelyeket állatkísérletek alapján, mint rákelőidézőket felvehetünk, ne alkalmazzuk sokáig, vagy csak igen óvatosan elhúzódó gyulladásos folyamatok esetén. Ha mégis bekövetkezett a rákos elfajulás úgy radikális kiirtás az egyedüli célravezető. (F. 21.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Osteodystrophia deformans Paget esete. *Brunner.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 9—10.) 10 év alatt a Clairmont-klinikán 26 esetet észleltek. Az esetek túlnyomó része a kísértőtünetek miatt kereste fel a klinikát és 70%-ban röntgennel állították fel a kórismét. Az életkor 31—65 között ingadozott. A prodromalis tünetek átlag 6 évre nyúltak vissza, a férfiak és nők aránya 19:7 volt. A leggyakoribb tünet a rheumás panasz. (70%) Kóros törést 16%-ban észleltek. A csontok közül leggyakrabban sorrendben a tibia, femur, és a medencecsontok váltak betegg, törés 45%-ban fordult elő. A röntgenelváltozások mindig jellegzetesek voltak és valódi cystát egy esetben sem észleltek. A vérphosphatase-értékek mindenütt igen magasak voltak, míg a vércalcium soha sem volt abnormis magas, sőt az esetek 50%-ában a szokott alá szállott. A kezelés ma csak tüneti lehet. (F. 20.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

A magzat életével össze nem egyeztethető csiraártalmakról, mint a vetelésnek fontos és eléggé tekintetbe nem vett okairól. *K. W. Schultze.* (Münc. Med. Wschr. 1939. 50.) 1939-ben 1.300.000 élveszületés volt Németországban. Ez 25%-kal nagyobb, mint 1933-ban volt, de még mindig 150.000-rel kevesebb, mint amennyi szerző szerint szükséges volna. *Wagner* orvos-irodalmi vezető adatai szerint 300.000 abortussal kell számolni. Úgy véli, hogy ha csak felére tudnák a számot icszorítani, már meg volna az általuk kívánt születési arányszám.

Ezért az abortushoz vezető tényezőket kutatja. A régen ismert okokon kívül felhívja a figyelmet az anya-hormon-és vitamin-háztartásra és főleg a corpus luteum jelentőségére. A kiváltó tényezők egy másik csoportja a magzattól ered.

Idetartoznak a magzat életével össze nem egyeztethető csiraártalmak. Ezek meghatározott chromosomákhoz kötött

tényezők, melyek latens módon nem öröklődnek tovább, de a pete elhalásához vezetnek. Állatkísérleteket is végeztek ebben az irányban. Ezek alapján *Verschauer* megkülönböztet gametikus letalis factorokat, melyek a csírasejtek részéről vezetnek a magzat elhalásához és zygotikus letalis factorokat, melyek csak a későbbi fejlődés folyamán okozzák a magzat halálát. Pl. ilyen letalis factor következménye a *hydrops foetus univ.* és az *ikterus gravis*. Mindkét esetben *erithro-leukoblastosis* áll fenn, mely majdnem mindig fiukon jelentkezik és örökölhetőset többször kimutatták. A mai napig még nem tisztázott, hogy egyszer miért *hydrops foetus*, máskor pedig *ikterus gravis* lesz. Ezekben a bántalmakban szenvedő magzatok közvetlenül a szülés előtt, vagy hamarosan a szülés után elhalnak.

Ezzel kapcsolatban említi, hogy abortussal kapcsolatban már régen feltűnő nagy számban észleltek torzképződményeket. Ráműtattak arra is, hogy minél korábbi a terhesség megszakadása, annál gyakoribb a magzati torzképződmény. Végül egy háromhónapos abortust ismertet, ahol a köldökzsinóron gombostűfejnyi kidudorodást észlelt. Az illető esetben szerző szerint ez lett volna az abortus oka. Ezzel kapcsolatban felhívja a figyelmet a látszólag ok nélküli vetélések alkalmával a foetus, illetve tartozékainak pontos vizsgálataira. (O. 16.)

Major György dr.

Környéki vérellátási-zavarok kezelése nemi hormonokkal. *E. Frölich.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 51.) A környéki vérellátás zavarainál (paraesthesiák, pigmentációk, varicositások, ulcus crurisok) szerző 27 esetben, és pedig 24 férfin és 3 nőn kísérletezett nemi-hormonok adagolásával. Először 5 egymás utáni nap, napi 10.000 I. E. progynon oleosumot adott, ezután 2–3 napi időközökben 3-szor 50–50.000 I. E.-t, ha ez még nem vezetett gyógyulásra, 8 napos időközökben további 10–10.000 I. E.-t kapott a beteg. 2 eset kivételével a gyógymód teljes sikerre vezetett. Meg kell jegyezni, hogy a gyógyult esetek közül 3 beteg progynon kezelésre nem gyógyult meg, miért is testoviront, vagyis férfi-nemi-hormont adott és így ért el teljes gyógyulást. Az irodalomban nincs még eldöntve, hogy hasonló esetekben a női, vagy férfi belső elválasztású termékek hatásosabbak-e és ehhez a kérdéshez szerző, mivel a fentiek szerint utóbbiról nincsenek kellő tapasztalatai, nem tud hozzászólni. Mindenesetre ajánlja, hogy ha női nemi-hormonok adagolása nem vezet eredményre meg kell kísérlni a férfi-nemi-hormonokkal történő gyógyítást. (O. 14.)

Zoltán Imre dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Látásélesség viselkedése öregkori hályogban. *Stocker.* (Schw. Med. Wschr. 1939. évf. 43. sz.) Az öregkori hályog fejlődése folyamán a látásélesség lényeges ingadozásoknak kitett, úgy hogy hosszabb rövidebb ideig látásjavulás tapasztalható. E tény optikai úton magyarázható (stereopaeikus rés). Nem jelenti ez a folyamat javulását s ezért az ilyenkor nyújtott gyógyszer hatásossága nem írható annak javára. Így illuzórikussá vannak téve a senilis hályog therapiás befolyásolására vonatkozó eredmények. (G. 18.)

Grósz István dr.

Sebész és szemész együttműködése fejsérülés esetén. *Ritter és Lüssi.* (Schw. Med. Wschr. 1939. évf. 43. sz.) Koponya- és agysérülés esetén a korai szemészeti vizsgálat nagyszámú, eszméletlen állapotban is (kártérítés!) A fokozódó motorizálás és jó utak a közlekedési balesetek és az agyalapi törések számát erősen szaporították. Ilyenkor a látóideg canalis opticusban futó része gyakran sérül összenyomás, vagy csontszilánk révén. A látóideg felszabadítása (Schloffer-műtét) rendszeren nem jön szóba a rossz általános állapot vagy meningitis veszélye (melléküregsérülés!) miatt. (G. 17.)

Grósz István dr.

Acetylcholin-termelés az ideghártyában. *Bakker.* (Gr. Arch. 141. 2–3) Haan-féle túlélő szöveteken végzett kísérletei alapján kimutatja, hogy a túlélő ideghártyában acetylcholin képződik. A szembogár ideghártya-szövet jelenlétében lassabban és kevésbé tágul, mint anélkül. Érhártya jelenléte nem befolyásolja a szembogár tágulását. A pár napos túlélő készítményben a physostigmin nem szűkíti a szembogarat, túlélő ideghártya jelenlétében azonban igen. (A physostigmin úgy hat, hogy megakadályozza az acetylcholin bomlását.) Mivel az ideghártya 4 hétnél tovább is életben tartható és szövettanilag még a 9. napon is csaknem teljesen ép, arra következtet, hogy élettani viszonyok

között is az ideghártyában az ideg ingerület áttevődése egyik neuronról a másikra valószínűleg acetylcholin képződés segítségével történik. (G. 15.)

Nagy Ferenc dr.

A trachoma eredetének kérdése. (I. Rickettsia.) *Röth.* (Arch. of Ophthalm. 1939. 4.) A trachomás kötőhártyán *Busacca*, továbbá *Cuénod* és *Nataf* találtak bizonyos testecskéket (rickettsiákat). *Röth* szerint a *Busacca*-féle apró szemcsék a nemtrachomás kötőhártyán is megtalálhatók, egyébként az ilyen apró szemcsék a kötőhártyakaparekban nem is különböztethetők meg egymástól, ha sejten kívüliek. A *Cuénod*—*Nataf*-féle rickettsiákat is megtalálta nemtrachomás kötőhártyán és ilyeneket talál tengeri malac heréjében quarzhomokkal történt előzetes beoltás után *Megisméteite* e szerzők kísérleteit. A végbelükön át trachomás anyaggal fertőzött tetűkkel nem tudott majmokon trachomát előidézni. Nem bizonyítja szerinte a trachoma átvitelét néhány csomónak megjelenése a kötőhártyán. (G. 16.)

Nagy Ferenc dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Hozzászólások a csecsemőkori ekzema pathogenesiséhez és terapiájához, tekintettel a diatás tényezőkre. *Riehl.* (Kinderärztl. Pr. 1939.) A címben megjelölt körkérdésre érkezett hozzászólásokat a következőkben foglalja össze: az ekzema és a dermatitis seborrhoides közti klinikai különbséget mindenki elismeri. Ami a pathogenesiset illeti, a vélemény nem ilyen egységes. *Moro*, *Hainiss*, *Rietschel* a dermatitis seborrhoidest dyskeratosisnak tekintik, amely constitutionalis anyagcserezavarra vezethető vissza. *Riehl* hormonális befolyást vez fel, *Glanzmann* a fehérjeanyagcsere zavarát tekinti a legfontosabbnak. Az ekzema pathogenesisében mindegyik szerző allergiás, specialisan trophallergiás factornak tulajdonít jelentőséget. Mindegyik szerző megegyezik abban, hogy a táplálás az ekzema kezelésében fontos szerepet játszik, de a legtöbbben azon a nézetben vannak, hogy az ekzemat nagyon nehéz meggyógyítani tisztán diatás kezeléssel. *Pastosus* gyermekek tejtaplálékának megszorítása szükséges. *Dystrophiásokon* ellenkezőleg, emelni kell a táplálék mennyiségét. Nagyon sokszor tisztán a táplálék megváltoztatása kedvező hatású az ekzemára. Mind egyik szerző a táplálék zsirtartalmát tartja dermatitis seborrhoides esetében ártalmasnak. (K. 12.)

Móritz Dénes dr.

Egy adat a pseudocaverna kérdéséhez tüdőbetegségben. *Reinhardt.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 8.) Egy 6 éves gyermek körlefolását ismerteti, kinek mellkas-röntgenfelvételén a felső és középső tüdőmezőben baloldalt kifejezett homály látszott, ezen belül pedig egy szilvanagyságú, gyűrűalakú, simaszélű, cavernaszerű felvilágosodás. A *Mantoux-reactio* 1:1000 pozitív volt, az állatoltás azonban több ízben is negatív eredményt adott. A betegség lefolyása és a későbbi röntgenfelvétel igazolta, hogy nem tuberculotikus beolvasásról, hanem pseudocavernáról volt szó pneumonia kapcsán, mely kórbonctanilag kisebb-nagyobb emphysemahólyagoknak felel meg. Tapasztalatai szerint előfordulásuk pneumoniákkal kapcsolatban gyakoribb, mint azt *Engel* állította. (K. 13.)

Sonnauer Péter dr.

A csecsemőkori ekzema pathogenesis és terapiája különös tekintettel a diatetikai factorokra. (Körkérdés.) *Riecke.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 7.) Szerző szerint a csecsemőkori ekzema fogalmában az ekzema acuta és chronica infantum és a dermatitis seborrhoides tartoznak, míg a dermatitis exfoliativa neonatorum *Ritter*, valamint az erythrodermia desquamativa *Leiner* külön körképnek tekintendők. Szerinte az ekzemas csecsemők veleszületetten túlérzékenyek, az ekzema keletkezését allergiás úton magyarázza, az allergen legtöbbször a táplálékban keresendő. Nem domborítja ki a constitutio jelentőségét. Therapia: diatás és localis, pontosabbat a kezeléstről nem közöl. (K. 14.)

Gerlóczy Ferenc dr.

A diphtheria simultán immunizálása járványos időben. *F. W. Giertmühlen* és *F. Voges.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 27.) Az 1937-es hamburgi diphtheriajárvány idejében a *Maria Hilfenkrankenhaus* csecsemőosztályán házijárvány ütött ki. A kórházai kapcsolatos kis és nagyobb gyermekosztályon simultán oltást végeztek a diphtheria megelőzésére a következő módon: 62 gyermeket oltottak 1.000 A. E. marha-

serummal i. m. és 0.5 ccm aluminium formolttoxoiddal s. c. 19 kivételével, akik időközben az osztályról elkerültek, a többi 18 nap múlva 0.5 ccm aluminium formolttoxoiddal újraoltották. Az oltás ellenére az egyszer oltottak közül 3, a kétszer oltottak közül 2 betegedett meg, de a diphtheria könnyű és atypusos lefolyású volt mindegyik esetben annak ellenére, hogy a kórokozót biztosan kimutatták és az állatkísérletek is pozitívak voltak. A 6 hónap múlva végzett Schick-reactiók 100%-ban negatívak voltak. Ezért a diphtheria kupirozására simultán oltást ajánl többgyermekes családokban, gyermekotthonokban és kórházakban. (K. 16.)

Endrédi Irén dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Fejesugrás okozta rostaesontörés és orbitalis emphysema. Meyer zum Gottenberger. (Arch. f. Ohren-, Nasen, etc. 1940. I.) Az úszással kapcsolatos gyakori sérülés a dobhártyarepedés. A szerző által közölt eset alig ismeretes az irodalomban. Férfibetege magasból történt fejesugrás után a jobb felső szemhéj duzzadását vette észre, mely néhány percen belül annyira fokozódott, hogy szemét kinyitni nem tudta, ilyen emphysema létrejöttéhez két feltétel szükséges éspedig: összeköttetés az orbita és az orr-, ill. melléküregek között, valamely ártalom következtében; továbbá a nyomásfokozódás az orr- és orrmelléküregekben. Összeköttetés a két üreg között trauma nélkül is lehetséges, veleszületett dehiscentiák révén. Szerző esetében a vízfelszínnek történt nekiütkezés képezte a traumát, ugyancsak így állott elő az orrüregi nyomás fokozódása is; a tünetek minden következmény nélkül néhány napon belül visszafejlődtek. Szerző valószínűnek tartja, hogy az úszással kapcsolatos ily elváltozások gyakrabban fordulnak elő, mint amilyen gyakran észlelés alá kerülnek. (A. 14.)

Török Miklós dr.

Pulsáló mukokele. Richter prof. (Arch. f. Ohren-, Nasen-, etc. 1940. I.) Mukokele leggyakrabban a homloküregekben fordul elő, ritkábban a rostasejteknél, kivételesen az arc- és ékcsonti öbölben. Azokban a homloküregei mukokelékben, ahol a fokozott csontpusztulás következtében az aránylag vastag mellsőcsontfal már eltűnt és az elváltozás részben a bulbusz mobilitás, részben számottevő külső duzzanatot okoz, a csontpusztulás a vékonyabb, hátsó csontfalat is illeti. Ezáltal a dura is szabaddá válik. Szerző szerint biztos tünete a duráig hatoló mukokelének az, hogy a külső duzzanat tapintásakor pulsálás észlelhető. Négy homloküregei mukokele esete közül, ahol a diagnoszt a külső duzzanat, a szem helyzetváltozása, a negatív orriélet és a röntgenkép tette biztossá és az, hogy mind a négy esetben a duzzanat felett pulsálás volt észlelhető, bizonyította a durával szabad érintkezését. A műtő szempontjából is fontos e tünet, mivel durasérülés így biztosabban elkerülhető. (A. 15.)

Török Miklós dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő

A fertőzés után több, mint két évvel jelentkező recidív másodlagos kiütések syphillises betegeken. Pariser H. (Journ. of Amer. Med. Assoc. 1939. 113 1206.) Ámbár a secundaer típusú kiütések az esetek legnagyobb részében a fertőzés utáni első két évben jelentkeznek, a szerző másfél év alatt 120, két és fél évesnél idősebb syphillises fertőzést mutató beteg közül 6 esetben talált ilyen késői másodlagos kiütést. Ezek közül 5 elegendő mennyiségű antisiphillises kezelésben részesült, de 3 rendszertelenül kezelte magát. Ezek megakadályozására ajánlja 40 arsenobenzol és 60 bismutinjekciónak folyamatos adagolását, egyhetes időközökben, mely kezelési módot az amerikai egyetemi klinikák csoportja tartja a legcélravezetőbbnek. (Sz. 1.)

Szodoray Lajos dr.

Az ultra-ibolya sugarak hosszú hullámú részeivel (UIH) előidéztet barnulás. Miescher és Minder. (Strahlentherap. 1939. 66.) Ha kimetszett, festékét tartalmazó bőrdarabot 56 C°-ra melegítünk, azonnal barnulás következik be. (Meirovsky-féle tünet). Ugyanezt érzük el, ha a kimetszett bőrt kvarzlámpa sugárhatásának tesszük ki. (Lignac-tünet), valamint az élő bőr is megbarnul azonnal, ha UIH-vel sugározzuk. (Miescher és Minder). A három fenti folyamat egymással azonos és a jelenlévő pigment O₂-felvételén alapszik. A melanin reducálótulajdonságú anyag, két alakban

van jelen a bőrben: O₂-ben szegényebb és dúsabb alakban. Előbbi az AgNO₃-t reducálja, utóbbi nem. A két alak bizonyos mértékig átmehet egymásba, vagyis a folyamat reversibilis; bizonyos természetes, vagy mesterséges körülmények között, a melaninnak meg van az a tulajdonsága, hogy az O₂-ben dúsabb, állandó alakját vegye fel. A sejtek reducálóképességénél fogva a dopa-oxydase segítségével keletkezett melanin az O₂-ben szegényebb alakjába megy át. A bőr barnulását a melaninnak viágas alakjából O₂-felvétellel közben a sötétebb alakjába átmenetele okozza. (Sz. 15.)

Dziobek László dr.

A nikotinsavamid szerepe a porphyrin-anyagcserében és a fényhatásban. Kühnau. (Strahlentherap. 1939. 66.) Fehéregereken végzett kísérletei kiderítették, hogy a nikotinsavamid és a porphyrin-anyagcsere között semmilyen vonatkozás sincs. Valószínűnek látszik azonban, hogy a nikotinsavamid védőhatást gyakorol a fényvel szemben a porphyrinnal beoltott egereken. (Sz. 16.)

Dziobek László dr.

Kemény és lágy röntgensugárzás okozta bőr-elhalás közti különbségről. Frank. (Strahlentherap. 1939. 66.) Kísérletei alapján megállapítja, hogy a lágy röntgen-sugárzás nem idéz elő erősebb elienhatásokat, mint a kemény. Ez a régi nézet tehát tévedésen alapszik. Azonos körülmények között végzett röntgensugárzások közül az a nagyobb hatású, amelynek nagyobb a mélyhatása, vagyis keményebb sugárzás nagyobb ellenhatást vált ki. Egyedüli feltétele ennek, hogy az adag a bőrpíradságnál jóval nagyobb legyen, legalább 1600 R. Csúpan bőrpírt előidéző adagú kemény és lágy sugarak hatása között nincs különbség. (Sz. 14.)

Dziobek László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gyakorlati egészségügyi közigazgatás. Vitéz Kerényi Aladár. (Budapest, 1939. Stephaneum-nyomda, 1.219 o. Ára: 20. P.) Ezelőtt vagy másfél évtizeddel, még a régi rendszer tisztiorvosi tanfolyamon azt tanultuk, hogy a magyar egészségügyi közigazgatás irodalma nagyon szegény. A jogforrásgyűjtemények között egyrészt Chyzer Kornél jogszabálygyűjteménye szerepelt, melynek anyaga 1912-vel lezárult, másrészt Babarcsi-Schwartzter Ottó gyűjteménye, mely 1909-ig foglalta össze a hatályos szabályokat az 1876.XIV. tc. rendszerében. Önálló szakmunkát csak egyet ismerünk: Fáy Aladár dr.-nak „Egészségügyi Közigazgatás” című kiváló könyvét. Lassan azután már ez is idősejütlenné vált, mert természetszerűleg a régi joganyagot épült fel. Azóta azonban a magyar egészségvédelmi kultúra örvendetesen fejlődött s az egészségügyi problémák is sorban a kormányprogramok élére kerültek. Ezzel egyidejűleg a magyar egészségügyi közigazgatás szakirodalmi is határozottan gyarapodott. Először Atzél Elemér dr. építette tovább, most már három vasos kötettel a hivatalos, Chyzer Kornél által alapított gyűjteményt, majd később megjelent a Babarcsi-Schwartzter-féle gyűjtemény folytatása is. Atzél Elemér dr. hozzáfogott: „A Magyar Egészségügyi Közigazgatás Kézíkönyve” című nagyszabású művének megírásához is. Ebből két hatalmas kötet már megjelent s valószínű, hogy a harmadik, befejező kötet is hamarosan közre kerül. És ezek mellett mások is törekedtek kisebb-nagyobb szakmunkákkal gyarapítani a magyar egészségügyi közigazgatás szakirodalmát.

Ezek között is jelentős eseménynek kell tekintenünk vitéz Kerényi Aladár dr.: „Gyakorlati egészségügyi közigazgatás” című 1.219 oldalas biblianyomó papíron készült jogszabálygyűjteményét. A szerző helyes nyomon indult el, mert jó példának vette azt a remek 2.494 oldalas szakmunkát, mely 1932-ben Gallina Frigyes, Janda Károly, Sass Elemér, Smialovszky Tibor és Székely Miklós szerkesztésében „Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye” címmel megjelent és egyszerűen áttekinthető rendszerben összefoglalta a hatályos magyar közigazgatási jogszabályokat. Ennek a gyűjteménynek példája nyomán hangyaszorgalommal készítette el Kerényi Aladár dr. művét s abban szakavatottan kapcsolta azokat az egészségügyre vonatkozó jogszabályokat, amelyek a gyakorlati életben előfordulnak. A gyűjtemény minden sorából kitűnik, hogy azt gyakorlati szakember készítette. Legjobbban bizonyítja ezt hogy Kenyeres Balázs professor kitűnő könyvéből a rendkívüli halálesetekre vonatkozó tájékoztatást is átvette. Ezzel szemben fel kell hívunk figyelmét arra, hogy az orvosi bizonyítványok

kiállításáról szóló fejezetbe tanácsos lett volna az 1878:V. tc.-nek erre vonatkozó rendelkezéseit is beiktatni. Több helyütt azt látjuk, hogy a vonatkozó jogszabályok felsorolása az egyes fejezetek végére került, holott ilyen felsorolást szívesen látnánk a fejezet élén, mert azt ott keressük és ott hamarabb megtaláljuk. Sajnos az ilyen gyűjtemények időszertege tisztavirágéletű, mert a parlament és a ministeriumok codificatiós osztályai szorgalmasan dolgoznak, hogy a jogszabályokat a haladó éllethez alkalmazzák. Már most is a 346. oldalon között 76.271.—1899 K. M. rendelet helyébe a kötet megjelenése óta a 1.400—1939. Ip. M. sz. rendelet lépett. Ezért tartanánk célrányosnak, ha az érdemes szerző jogszabálygyűjteményéhez legalább minden esztendő végén a megjelent új jogszabályokat pótfüzet alakjában közrebocsátaná.

A practikus formájú, szép kiállítású kötetet, mely valóban a magyar hatósági orvosok „breviáriuma”-nak készült, szívesen ajánljuk kartársaink figyelmébe, mert abban minden egészségügyi probléma megoldásához megbízható útmutatást fognak találni.

Melly József dr.

Pneumolyse intrapleurale. L'opération de *Jacobaeus* et la thoracocautie d'après *Maurer* dans le pneumothorax artificiel. Irta: *Louis Sayé*. (Bibliothèque phthisiologie. 242. o. 119 röntgenfénykép és rajz. Masson et Cie kiadása, Páris). A művi légmellkezelésben a tüdő gyógyulásának feltételei akkor ideálisak, ha az összeesztetés tökéletes és a tüdőcollapsust szalagok nem akadályozzák. Ez a kívánalom a gyakorlatban a légmellkezelések nagyobb felében nem áll fenn; a szalagok a tüdőt, illetve a cavernát kipányvazzák és ezt az állapotot a szalag átmetszésével keil megszüntetni. *Jacobaeus*, a közelmúltban elhunyt svéd professor már 1910-ben leírta a *thorakoskopia* módszerét, amelyet rövidesen követett a *thorakokausztika* eljárása. Lánglelkű kezdeményezésével az elégtelen szalagos légmellek jórésze tökéletes vagy közel teljes légmellé változtatható. *Sayé*, a barcelonai egyetem tanára, kitűnő, szemléltető munkájában saját anyagára támaszkodva, részletesen ismerteti e fontos kérdés kórtani, technikai, klinikai és röntgenológiai oldalait, valamint az eljárás kitűnő eredményeit. Szabály gyanánt véssük emlékeztetünkbe, hogy ha csak lehetséges, akkor a thorakoskopiát, illetve a thoracocautikát a légmellezés megkezdésétől számított 3 hónapon belül hajtsuk végre.

Puder Sándor dr.

Fortschritte auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten. IV. Oeynhausener Aertzvereins kurs. (178 o. 64 ábrával. Theodor Steinkopff, Dresden. 1939. Ára 12. RM.) A kötet 10 előadást ölel fel, melyeket a német ideggyógyászat vezető tudósai Bad Oeynhausenen tartottak. *Löhr* az agyi arteriographia jelentőségéről ír az erek organikus betegségeiben, *Volhard* a tömeges agyvérzés okaira vonatkozó ismert elméletét fejtegeti (elsősleges a funkcionális zavar) és hangsúlyozza a megelőzés fontosságát, *Schaltenbrand* kitűnő áttekintést nyújt az organikus agyi érbetegségekről és az egydaganat elkülönítéséről, *Schneider* az extrapyramisus körképekről és azok újabb gyógykezeléséről tájékoztat, *Nonne* professor — az európai ideggyógyászat nestora — az anaemiás és toxikus myelosisokról, *Peite* az enkephalitisokról és enkephalomyelitisokról, *de Rudder* a rudimenter poliomyelitisről, *Veil* az idegyulladás és a focalis infectio kapcsolatáról, *Schröder* az avitaminosis okozta idegbetegségekről és végül *Voss* az idegrendszer foglalkozási mérgezéséről írnak alapos közleményeket.

Mindegyik munkán meglátszik, hogy a specialis themakör kitűnő ismerője és originalis munkása dolgozta ki és ezért az érdekes kötetet melegen ajánljuk az ideggyógyászati problémák iránt érdeklődő collegák figyelmébe.

Lehoczky Tibor dr.

Lésions et traumatismes sportifs. M. Boigey. (Masson et Cie. kiadása. 325 oldal, 210 ábrával. Ára: 65 fr.) Szerző a könyvét nemcsak orvosoknak, hanem testnevelőtanároknak, edzőknek, sportbaleseti segélynyújtóknak és maguknak a sportolóknak is írta. Ennek megfelelően nem szigorúan vett orvosi tudományos könyv, hanem népszerűbb stílusban megírt közérdekű munka. A szerző azonban olyan ügyesen áthidalja az olvasók tudományos felkészültségének különbségeit, hogy mindenki megtalálja a munkában azt, ami őt érdekli. Nem üres szólásmód az, amikor azt mondhatjuk, hogy minden fejezetből a francia szellemesség és könnyedség árad, amin viszont nem csodálkozunk, ha az első oldalon, a francia kiadások szokásához híven, végignézzük a szerző igen nagyszámú művészeti, általános higiéniai, an-

thropológiai, gyarmatügyi és katonarorvosi tárgyú munkáinak és útleírásainak sorozatát. A könyv két részre oszlik. Az első általános fejezetben a sportsérülések bonctani és körélettani viszonyait tárgyalja, erősen hangsúlyozza a Le-riche-féle felfogást, mely szerint a sérülések helyi vasomotorikus és beidegzési zavarokat idéznek elő. Ezen elváltozások ártalmas hatását a sérülés helyén történő, de nagy kiterjedésű infiltrációs érzéstelenítéssel igyekszik kiküszöbölni. Böven tárgyalja a gyermek, serdülő, felnőtt és idősebb sportolók túledzésének káros hatását. Nekünk talán furcsának tűnik az, hogy felemeli tiltakozó szavát a serdülőkorú tanulóifjúság 400, 800 és 1500 méteres versenyfutásai ellen, mert nálunk a középiskolás sportszabály rendeletei alapján ilyen úgy sem fordulhat elő. A túledzéssel foglalkozó fejezet egyike a könyv legértékesebb részeinek, amely orvosi képzettséggel nem bíró olvasó figyelmét is megragadhatja. A második részben az egyes sportágak jellegzetes sérüléseit és ártalmát ismerteti. A különféle sportfajták tárgyalására szánt oldalszámokból érdekes következtetéseket vonhatunk le arravatkozólólag, hogy ezek Franciaországban milyen elterjedtségnek örvendenek. Amíg a rugbysportot 43 oldalon ismerteti, addig a labdarúgás alig 18 oldalt foglal el. Annak ellenére, hogy az ábrák legnagyobb része rajz, mégis olyan jók, hogy nem érezzük a photographikus ábrák hiányát. A könyv egészben igen élvezetes olvasmány sportokkal és sportsérülésekkel foglalkozók számára.

Horváth Boldizsár dr.

Guttmanns Medizinische Terminologie. (XXIX. kiadás. Urban et Schwarzenberg. 1939.) A könyv abc sorrendben ismerteti a gyakran előforduló orvosi és az orvos szempontjából rokon tudományágak (chemia, physika, növénytan, állattan) szakkifejezéseit. Egyik legfőbb előnye, hogy a fogalmakat röviden és világosan határozza meg, minden felesleges, vagy zavaró szószaporítás nélkül, azonkívül a legtöbb kifejezés aethymológiai eredetét is feltünteti, ami a könyvből megértést és megjegyzést lehetővé teszi. Ismerteti továbbá a szakkifejezések mellett az orvosi kutatás mestereinek életrajzi adatait és fontosabb munkásságát. Mivel az orvosi kifejezések többféle nyelvből származnak, fogalmai más-más tudományág határait érintik, igen gazdag szinonimákban, nagy segítségére lehet ez az összefoglaló munka elsősorban a humanistikus előképzettséget nélkülöző orvostanhallgatóknak, de nagy haszonnal forgathatják az orvosok is, ha gyors és világos tájékoztatást akarunk kapni valamely ismeretlen és feledésbe merült szakkifejezésről.

Kolonits ár.

Hippokrates und die Begründung der wissenschaftlichen Medizin. Max Pohlenz. (Walter de Gruyter et Co. Berlin, 120 o. Ára: 6 RM.) *Sigerist* a nagy orvosokról szóló könyvében (1932) kijelentette, hogy *Hippokrates*ről éppen csak annyit tudunk, hogy élt. Azóta igen gyakran hivatkoznak e skeptikus kijelentésre s ez nyomasztólólag hatott azokra a kutatókra, amelyek *Hippokrates* működésére irányultak. Az bizonyos, hogy régi életrajzaiban túlteng a legendás eicm s hogy ő maga a neki tulajdonított munkáknak csak egy részét írta. Mindez azonban nem csökkentheti a Corpus Hippocraticum örökbecsű értékét.

A szerző ennek a gyűjteménynek azon két könyvével foglalkozik, amelyek azt tárgyalják, amit ma környezetnek neveznek, másrészt a „szent betegséget”, vagyis az epilepsiát teszik vizsgálat tárgyává.

Mind a két könyvről megállapítja szerző, hogy valószínűleg *Hippokrates* valamelyik tanítványa írta, azonban teljesen a hippokratesi iskola szellemében. Mindkét műnek nagy befolyása volt az orvosi tudomány fejlődésére. Részletes és érdekes magyarázó fejezetek nagyban fokozzák a könyv értékét.

Vajda Károly dr.

Csecsemők mesterséges táplálásánál tejhígítások készítésére legjobbnak bizonyult a Krompecher-féle Oriza szárított rizsnákból készített nyák, mely az ideális nyák követelményeinek mindenben megfelel. Az erre vonatkozó klinikai vizsgálatok ugyanis megállapították, hogy az Orizából 5 perces főzéssel, kolloidalisan jól oldott tápanyagokban gazdagabb, tehát könnyen emészthető, a szervezet által jobban kihasználható nyák készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagból, rizs-, buza, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös colloidchemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhígításra és hasmenések kezelésére használatos nyákdalokat leggazdagosabb, legcélszerűbb és legkönnyebb Orizából készíteni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 8-i ülése.

Bemutatók:

Csiky-Strass A.: *Shok tüneteit mutató spontan hasi izomszakadás.* A 30 éves férfibeteg grippe után 2 héttel bal alsó hasi táján járás közben roppanást érzett, amely másnap megismétlődött, csak görnyedt testtartással tudott járni, a fájdalom miatt. Ötödik nap rosszullete miatt shok tüneteivel szállították be, hasa deszkakemény, a bal alsó hasi tájon kéttenyényi daganat. Az erősen kifejezett peritonealis tünetek miatt ilusra gondolt, laparotomia normalis hasúri képzeteket és a bal alsó hasfélben a rectushüvelyek között kis gyermektenyényi haematomát és a rectus caphatos harántszakadását találja. A szöveti vizsgálat az izom viaszos elfajulását mutatja, amelynek okát, minthogy a beteg már fertőző betegségben nem volt, *Bogetti* nyomán és *Mc. Carty* és *B. Roy* együttese közölt esetéhez hasonlóan a grippének tulajdonítja.

Mező B.: *Új eljárások a hasi-, a medencei szervek, a felső és alsó végtag érzéstelenítésére.* A régi eljárásokkal szemben nagy haladást képvisel *Frigyesi* prof. azon ajánlata, hogy a rami communicanteseket a csigolyatest oldalán érzéstelenítsük. *Frigyesi* módszerén alapul *Noszkay* eljárása és bemutatató módosítása is. Fontosnak tartja, hogy a plexus aorticust s a ganglion coeliacumot ne érzéstelenítsük teljesen, hogy ezáltal nagyfokú vérnyomáscsökkenésnek elejét vegyék s elkerüli a foramen intervertebrale táját, hogy a gerincagyi burkot meg ne sértse. A középvonalaktól 4–5 cm távolságra szűr be. A borda széléhez 10 ccm érzéstelenítő oldatot ad. Ez a mennyiség érzésteleníti a borda közti idegeit, eimeli a mellhártyát s eljut a rami communicantesekhez is. Ezután a tűt 30 fokra befelé tartva előre tolja a csigolyatestre, ahová szelvényenként 15–20 ccm érzéstelenítőt ad a rami communicantesek és a splanchnicusok érzéstelenítésére. Gyomorműtéthez kétoldalt a VIII–IX–X., epeműtét-höz a j. o. IX–X–XI., veseműtét-höz a megfelelő oldali XI–XII. háti és az I. ágyéki csigolyatestekre ad érzéstelenítőt, amelyet a megfelelő bordaközti idegek megszakításával egészít ki. Eljárásával, amelyet laterovertebralis módszernek nevez, 412 esetben igen jó eredményt ért el.

A medencei szervek érzéstelenítésére a bizonytalan keresztcsonti s a nem teljesen veszélytelen keresztcsont előtti érzéstelenítés helyett ischiocruralis módszerét alkalmazza. Görbe tüvel a foramen ischiadicum majuson át közvetlen a keresztcsontra jut és mindkét oldalra 30–30 ccm, esetleg több érzéstelenítőt ad. Az érzéstelenítés hatásterülete a keresztcsont előttivel egyezik. Az eljárást 36 esetben végezte, veszélytelen és kitűnő.

A felső végtagot a VI. és VII. nyaki porc. transversusok mellé adott 20–20 ccm oldattal érzésteleníti. A plexus brachialis itt még 5 gerincagyi és 5 sympathicus ágából áll s ezért az érzéstelenítő oldat számára jól hozzáférhető. Vigyáznunk kell, hogy az érzéstelenítő oldatot az 1 cm mélyen lévő proc. transversusra és ne a mélyen lévő art. vertebralisba vagy durazsákba adjuk. Eme cervicalis paratransversalis érzéstelenítését 15 esetben igen jó eredménnyel alkalmazta.

Az alsó végtagot a plexus lumbalis és a plexus ischiadicus megszakításával 57 esetben érzéstelenítette. A plexus lumbalis az I–V. ágyékcsgolyák harántnyulványa közepe elé adott 10–10 ccm oldattal, lumbalis paratransversalis módszerrel érzésteleníthető. A plexus ischiadicus vezetése pedig a már ismertett ischio-sacralis módszerrel szakítható meg. Bemutató a plexus ischiadicust ischio-parasacralis módszerével is érzéstelenítette. A plexus ischiadicus 5 ágát ugyanis a keresztcsont széle mellett a foramen ischiadicumon át is elérhetjük. Itt az érzéstelenítő oldat 1.5 cm mélyre adandó. Mivel itt a rami communicantesek a gerincagyi ágakkal már egyesültek, töményebb (3–4%-os panto-cain) érzéstelenítő oldat itt jobb hatású.

Noszkay A.: 1932-ben ismertette veseműtét érzéstelenítésére eljárását, a XII. háti és II. lumbalis csigolyatest oldalára juttatja a 10–10 ccm novocain. Egyoldali splanchnicus és paravertebralis anaesthesiája, mely lényeges vérnyomáscsökkenéssel nem jár, a műtét terület teljes érzéstelenését biztosítja.

Babits A.: Az előadó által elmondott új ischio-sacralis érzéstelenítésre nem lát elég tárgyi alapot. A hólyag sokirányú beidégzése még nem eléggé ismert, csak annyit tudunk, hogy pl. az igazi hólyagfájdalom és vizelési inger is két különböző idegfalon halad és más segmentumból ered.

Utal *Kiss* és *Duval* professorokra. Hólyagműtétek esetében a fájdalom kikapcsolására igen jól bevált és teljesen veszélytelen az epiduralis érzéstelenítés. A durazsák megsértése jó technika mellett szóba sem jön, sőt az idegek ferde, legyezőszerű elágazódása még az idegyökök sérülését is kizárja. Az urológiai klinikán több ezerre rug a sacralis anaesthesiák száma, de sem benulásos, sem gyulladós szövödmény nem fordult elő.

Frigyesi J.: Mind az előadó, mind *Noszkay* kartárs által ismertett eljárás, a szülő által ajánlott és nagy nőgyógyászati és hasi műtétekben azóta is rendszeresen használják. ű. n. paralumbal anaesthesiával azonos. Eljárásának leírásakor ismertette és demonstrálta azt a hullán methylenkék oldat befecskendezésével végzett kísérletet, mely szerint a III. ágyékcsgolya testére adott 20–30 ccm 1/2%-os novocain-oldat úgy fel, mint lefelé menő irányban szomszédos 1–2 csigolya testére is diffundál. Tehát az itt lévő idegvezetékek, az ű. n. összekötő ágak (rami-communicantes) vezetését felfüggeszti. Mind szülő, mind követői, mikor eljárását a nőgyógyászati hasi műtétekben használják, a befecskendezéseket rendszeresen a III. ágyékcsgolyatest oldalára végzik. Methodusával a nőgyógyászati hasi műtétek érzéstelenítése megoldottnak tekinthető, mint ahogy azt a már legalább 15 év óta végzett több ezer műtét tapasztalása igazolja.

Kezdetben felkérésére sebészeti klinikákon és máshol is megpróbálták alkalmazását. A has felső részében végzett műtétek alkalmával az első ágyékcsgolya-test oldalára ezközött befecskendezéssel próbálták a nem veszélytelen splanchnicus anaesthesiát, ill. annak módoszatát helyettesíteni. Az eredmény itt is kielégítő volt. Erről azonban azóta több tapasztalásai nincsenek.

A medencében lévő subperitonealis érzéstelenítésre a parametrán anaesthesia, vagy Braun-f. para- ill. praesacralis anaesthesia felel meg. Ezt végzik legtöbbször, a nőorvosok és sebészek körében is.

Ennek az érzéstelenítő eljárásnak az előadó által ismertett módosítása lehet, hogy könnyebb, szintén megbízható és veszélytelen. A régi Braun-féle methodus azonban, ha azt pontosan az előírás szerint végzik, úgy hogy az érzéstelenítés kezdetétől, annak végéig a tű állandóan érintkezésben marad a csonttal, nagyon bevált, megbízható és veszélytelen érzéstelenítő eljárás. Szövödményt, tályog keletkezését vele kapcsolatban sokszáz eset közül egyszer-egyszer észleltek csak szakemberek. Meg fogja azonban kísérni *Mező* prof. ajánlotta új technikai kivitel is.

Láng A.: Figyelmezteti az előadót, hogy az a vertebralis sérülésnek nagy a valószínűsége az előadó által ismertett plexus brachialis érzéstelenítése után. Ennek a sérülésre ezért veszélyes, mert csontos alapja lévén nem tud kitérni a tű elől és az arteriát teljesen felnyársalhatja.

Mező B.: *Noszkay* módszerében a csigolya közti lyukakhoz történő Schellheim-féle paravertebralis injección a dura sérülése miatt veszélyesnek tartja. *Noszkay* maga is beszámol az osztályukon történt egy ilyen durasérülésről. A nervus splanchnicus minor a csigolyákon felfelé halad és így az első ágyéki csigolya testére adott érzéstelenítő is megszakítja. Az irodalmi adatok és saját tapasztalatai sem fedik *Babits* megállapításait. — Megbízhatatlansága miatt hagyták el a nőgyógyászok is a keresztcsonti érzéstelenítést. Egyszerű keresztcsonti érzéstelenítéssel a hólyag felső részei nem érzésteleníthetők s ezért hólyagműtétek alkalmával minden esetben megszakítandó a plexus hypogastricus vezetése is. Néhány hét előtt a trophikus zavarok gyógyítására ciklikus anaesthesiáját ajánlotta. Ennek a kezelésnek az alapelve éppen *Matolay* azon megállapítása volt, hogy a gerincagyi idegek is vezetnek együttérző rostokat. Utal *Foerster* vizsgálataira, aki megállapította, hogy a vasomotoros rostok a hátsó gyökben, a vasodilatatorok pedig az előlő gyökön hagyják el a gerincvelőt és hogy *Forster* a praeganglionaris s. rostok megszakítását jobbnak tartja, mint a ganglionok kiirtását. — Előadásában megemlítette, hogy *Frigyesi* professor módszerén alapszik az ő módosítása is. Az I. ágyékcsgolya-test oldalára adott érzéstelenítés a gyomor és epe műtétei alkalmával nem lehet elég, mert a gyomor a VII–IX., a máj pedig a VIII–X. gyökökből is kapnak s. ágakat. A másutt végzett keresztcsontelőtti érzéstelenítések kapcsán osztályára került medencegyenedések miatt tért át ischio-sacralis eljárására, amely technikailag igen könnyű. A cervicalis paratransversalis módszerének veszélye ugyanaz, mint a Haertel-féle érzéstelenítésé, amelyet struma-műtétekben kiterjedten alkalmazunk. Az art. vertebralis esetleges megsűrása nem jelent semmit csak a sérülést észre kell vennünk. Melléksérülések megadott módszerének betartásával biztosan elkerülhetők.

Előadás :

Torday A.: A sternalpunctio diagnosztikai jelentősége. Anaemia perniciososa kezeletlen eseteiben a kórjelzést támogatja és kétes esetekben a kórjelzéshez segíthet főleg azon esetekben, amelyekben az idegrendszeri elváltozások uralják a képet. A kezdeti remissio általa gyakran megállapítható. A korai és kezelt esetek, valamint a remissióban lévők nem szolgáltatnak olyan jellegzetes képet, amelyből az megállapítható lenne. Graviditási anemiában a hyperplasticus csontvelő inkább makroblastos jellegű. Ikterusos haemolyticusban mikronormoblastok és mérsékelt fokban a makroblastok vannak megszorodva, kevés számú proerythroblast mellett. Az anaemia perniciosában látható rendkívül nagy myeloidikus sejtek itt hiányzanak. A reticulocytakrisis a peripheriás vérben nagyobbfokú, mint a csontvelőben. A lymphogranulomatosis legtöbb esetben nem ad jellegzetes myelogrammot. Foglalkozik az angranulocytosis csontvelői képével és megemlíti, hogy a súlyos esetekben kivált gyermekeken néha az elhatárolás a heveny myeloblast leukaemia felé nem lehetséges.

Aczél D.: A Zsidókörház laboratóriumának kb. 600 sternumpunctio esetéből felhívja a figyelmet néhány különösen érdekes s. a korai diagnosztikus szempontjából fontos esetre. Ezek: 1. myeloma esete (7 eset), 2. reticulumsejtekből kiinduló egyéb daganatfélések (1 eset) 3. Gaucher-kór felnőtteken az utóbbi években gyakrabban diagnosztizált eseteire. (5 eset.)

Friedrich L.: A gastroszkopia jelentősége a gyomor diagnosztikájában 700 saját észlelt esete alapján. A Wolff-Schindler-féle flexibilis gastroszkop alkalmazása óta ez eljárás veszélytelensége néven és azért, hogy a betegeknek kellemetlenségeket nem okoz, minden esetben elvégzendő, hol a diagnosztika kétes. A gostritisek diagnosisa exact módon másként el sem képzelhető. A gyomorfekély gyógyulásának kérdése s az, hogy malignussá vált-e e révén eldönthető. Daganatok milyensége, kiterjedése s az, hogy operálhatók-e, a gastroskoppal jobban megítélhető, mint röntgen révén. Postoperatív gyomorpanaszok leggyakoribb oka a súlyos gastritis, amit igen gyakran észlelt. Gyomorvérzés oka gyakran nem fekély, kiindulása felismerhető. Minden esetben nyálkahártya relief-vizsgálat is történt. (Györgyi.) A röntgen nem mellőzhető a gyomordiagnostikában, egyenrangú a gastroszkopos vizsgálattal, sok esetben ez utóbbi biztosabb diagnosishoz vezetett. A savértékek és a gastroszkopos képek között semmi összefüggés sem volt fellelhető anaciditás mellett is látott hypertrophiás és fordítva, hyperaciditásban atrophias gastritist. E fontos diagnosztikus segédeszköz, melynek ismerete csak nagy gyakorlat után sajátítható el, alkalmazása révén meg fognak szünni az eddigi bizonytalan diagnózisok, mint: hyperaciditás, dyspepsia, ptosis, stb. Az elmondottakat filmbemutatóval és gastroszkopos rajzokkal igazolta.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatók:

Treer J.: a) Két aspirált idegentest; b) Otogen sepsis. (Kézirat nem érkezett.)

Batizfalvy J. és Dubrauszky V.: Hormonvizsgálatok thecasejdaganat kapcsán. Az a körülmény, hogy a mesenchymalis eredetű granulosa-sejt- és thecasejt-daganatok az ivarérett korban túl is élénk hormontermelésre képesek, azt bizonyítja, hogy a petefészek kötőszöveti sejtjei a csira-sejtekhez hasonlóan megőrzik pluripotens tulajdonságukat. A szóbanforgó daganat 60 éves betegtől származik, akinek kórelőzményében polypus, majd glandularis cystikus hyperplasia okozta vérzés szerepelt a postklimakterius korban. Röntgencastratio ellenére a vérzések ismétlődése miatt újabb méhüri vizsgálat történt, ami szintén glandularis cysticus hyperplasiát mutatott. Mivel a méh mellett kicsiny daganat volt tapintható, granulosa-sejtdaganatra gondolva hüvelyi úton eítávolították a méhet és a kicsiny petefészekdaganatot, mely szövettanilag fibromának felel meg. A sejtekben sok zsírcsepp található, a hormonalis működést pedig igazolta a klinikai tüneteken kívül az, hogy a műtét előtt vett vizeletben több, mint 220 egység tüszőhormont lehetett kimutatni. A nyálkahártyában helyeként laphám-metaplasia ismerhető fel, ami ugyancsak a protrahált hormonhatással magyarázható. Thecasejtdaganattal kapcsolatban tüszőhormonnak a vizeletben kimutatására ez az első észlelés.

FAGIFOR „CITO”

Calcium-sókat tartalmazó jóízű meniholos kreosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszerere

lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P. —'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár

Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

Előadások :

Hernádi M.: A földszegzések és azok hatása a növény- és állatvilágra. (Kézirat nem érkezett.)

Karady I.: Az alarm-reactióról. Alarm-reactio alatt a szervezetnek azt a reakcióját értjük, amely akkor következik be, ha azt valamilyen igen súlyos ártalom éri. Ez a jellegzetes morfológiai és chemiai elváltozásokból össze tevődő reactio, mely teljesen független az ártalmas benatás természetétől, három stadiumból áll: 1. Acut-, vagy alarm-reactio stadiuma; 2. A fokozott ellenállás szak; 3. Kimerülési stadium. Az alarm-reactiónak klinikai jelentősége is van.

Novák I.: A kenőcsök szerkezete és mikrographiái. A kenőcsök hatóanyagból és alapanyagból állanak. Szerkezetileg lehetnek folyékony, egyfolyékony—egy szilárd és két folyékony rendszerű, ú. n. emulsiós kenőcsök. A bőrfelület gyógyítására suspensiók, a bőrállomány és a mélyszövetek gyógyítására emulsiós kenőcsöket alkalmazunk. A magyar gyógyszerkönyv kenőcsei alapanyag és szerkezet szempontjából a korral haladó irányzatot mutatnak. A kenőcsalapanyagok és gyógyszerkönyvi kenőcsök mikroszkopos vizsgálata fontos, mivel a rendszerekre és szerkezetekre vonatkozólag útbaigazítást ad.

Február 7-i ülés.

Bemutatók :

Schmidt G.: A napszúrás idegrendszeri következményeiről. A bemutatott beteg 1934. VI. 16-án napszúrást szenvedett. Betegsége acut szakában általános agnyomásos tünetei és art. praerolandica-syndromái voltak. Focalis epilepsias rhomai maradtak vissza. 1940. jan.-ban végzett enkephalographia hydrocephalus externus és internus, valamint subarachnoidalis adhaesiókat tüntet fel. Ezek elhelyezkedése az általános és göctüneteknek megfelel. Az isq-latio kórtanának tárgyalása során a subarachnoidalis vérezésekre, más keringési zavarokra és meningitis serosára tér ki.

Előadások :

Novák I.: Hypophysis-hormonok előállításáról. A hypophysis mirigy termelte tizenötféle hormon közül a nemi szervekre serkentőleg ható gonadotrop, továbbá uterusra ható α hypophamin és vérnyomásra ható β hypophamin hormon előállításával foglalkozott. A gonadotrop hormont terhes női vizeletből, vemhes kanca véserumából az irodalmi adatok felhasználásával állította elő. A terhes női vizeletből nyert gonadotrop hormon g 40.000 e. e., a vemhes kanca serumából nyert g 75.000 e. e. volt. A praecipitációs és adsorptiós módszerek közül a benzoetasav praecipitatio volt a legjobb. Az α - és β -hypophamint hypophysis hátsólebeny porából állította elő részben Kamm—Aldrich—Grothe—Rowe és Bugbe előírása, részben a saját tapasztalatai alapján. U. i., amíg a jégecetes kicsapáshoz aether—peritol aether elegyet írta elő, addig előadó az előre gondosan szárított aetherrel sokkal gyorsabban és biztosabban választotta el a két anyagot. Az α hypophamint ecetsavas oldatban, a β hypophamint poralakban nyerte.

Szabó D.: Volvulust okozó bélalacysta. Gyermekekölnyiekonybél-tümlőt ismert, amely 38 éves asszonyon a csipőbélben, annak a coecumba szájadásától kb. 150 cm-nyire volt és nagyfokú bélesavarodást okozott. Ismerteti a bél-tümlők fejlődését, tünettanát és a szobajöhető beavatkozásokat. Bélresectióval távolította el a tümlőt. 9 nap múlva gyógyultan távozott a beteg, kinek mesenterium commune partialisa is volt.

A Debreceni Orvosegyesület február 15-i ülése.

Bókay Z.: Tisztelt Orvosegyesület! Hölgyeim és Uraim! Meghívónk külalakja, szokatlan bő tartalma ülésünknek elárulja, hogy ma rendkívüli alkalomra ültünk össze. De elárulja a terem belső képe is! Többen vagyunk itt és sokan olyanok is, akiket rendes körülmények között nem tiszteletünk körünkben. E rendkívüliség oka kedves és szeretett *Fornet Béla* barátunk debreceni tanárságának tíz éves megünneplése. Tíz év — két lustrum — talán nem is tetszik túl hosszú időnek — nem is az! —, ha ezt a történelem szemével nézzük, azonban hosszú, igen hosszú idő az a mai nehéz viszonyok közepette. Tudományt fenntartani, továbbvinni, iskolát alapítani, a fiatalok sorsát az egyenesbe hozni a mai nehéz, a trianoni „békemű” bilincseiből csak félig-meddig kiszabadult, de annál alaposabban kizsartolt túl népes, és kicsi teherbírási országunk állapotát tekintve, olyan feladatot rónak a vezetőre és olyan munkautemet kívánnak tőle, hogy az a két lustrumos érték bőven, kétszeresen értékelhető át. Így nagyon is megértettem fiad kívánságát, hogy Neked — tudtomon kívül — ezt a kis házi ünnepet megrendezzük. Ismerve szerénységedet, előkelő és tudós gondolkodásodat, úgy vélték a rendezők, hogy legszebben úgy hálálják meg szeretetedet velük szemben, hogy tudománnyal fizetnek azért a tudományért, amit Tőled kaptak, — ezt, azt hiszem, Te sem veheted rossznéven tőlük, mi pedig csak örülhetünk neki, mert hiszen az, amivel ők Téged most megtisztelve megörvendeztetnek az közkinccs, az mindnyájunké és mindnyájunkért történik, a Te tiszteletre. Ez a gondolat egymagában is szép, méltó tanítványaidhoz, jellemző Reád, mert hiszen ők a Te reincarnatióid. Nem akarom az időt azonban tőlük elvenni, én csak arra szoritkozom, hogy harmas minőségben, mint az ezidőszerinti dékánja a fakultásnak, az Orvosegyesület elnöke és főleg és elsősorban, mint jóbarátod a facultás, az Orvosegyesület és szűkebb baráti köröd jókívánságait csokorba kötve, azt a kívánságot tolmácsoljam Neked, hogy jó egészségben és ugyanilyen töretlen munkaszeretettel és kedvvel érj el a nagy jubileumodat — a tíz lustrumot. — E gondolat jegyében van szerencsém az ülést megnyitni.

Bemutatók:

Eger F.: *A jódos hepatographia.* (Kézirat nem érkezett.)

Gyergyói J.: *Myokard-infarctus elektrokardiogrammja.* Felhívja a figyelmet arra, hogy a myokardinfarctusok nagy része (saját anyagunkban 45 közül 14) atypusok panaszokkal jár. Ilyenkor csak az ekg. segítségével lehet a betegséget helyesen kórismézni. Az észlelt ekg-elváltozásokat ismerteti, amelyeknek segítségével az infarctust fel lehet ismerni és felhívja a figyelmet a megismételt vizsgálatok szükségességére. Több ekg-felvétel a jellegzetes elváltozásokat demonstrálja.

Sarkady L.: *Monaldi-caverna-drainage esete.* Egy beteg mutat be, akin elvégezte a cavernapunctiót. Ismerteti a műtét technikáját, a gyógyulás elképzelt mechanizmusát. Röntgenfelvételekkel szemlélteti a caverna kisebbedését, ill. eltűnését. Beszámolt a kiürült váladék vizsgálatáról, amely az első három héten naponként 4.8–6 ccm, később napi 23-ra emelkedett, amittől kezdve állandóan csökkent. Koch-bacillusokat a váladékban csak az első 4 hétben lehetett találni. A köpet Koch-bacillus tartalma, amely a műtét előtt Gaffky X-el jelzett mennyiségben volt jelen, a műtét után a köpetből eltűnt és később a naponként végzett vizsgálatok aikalmával sem sikerült kimutatni.

Előadások:

Went F.: *Adatok az extravasalis plasmafehérjék transportfűnciójához.* A vizeletszűrő apparatus általma esetén a sérült vesefilteren át kiürülő fehérjékhez köve fontos, biológiailag activ anyagok kerülnek át a vizeletbe. Előadó feltevése az volt, hogy amennyiben a plasmafehérjék megkötőképesége és transportfűnciója a vérben keringő histaminnal szemben érvényesül, úgy a vérfehérjékhez kötött histamin a vizeletszűrő apparatus laesiója esetén, (így albuminuriában) a kiválasztott fehérjékhez kötötten fog a vizeletben megjelenni. Különböző betegektől (nephrosis, cardialis decompensatio) származó albuminuriás vizeletek histamin-tartalmát vizsgálta. Az ammoniumsulfattal kicsapott vizeletfehérjékből a histamint *Code* előírása szerint nyerte s az

így nyert oldat histamintartalmát atropinozott és leköttött mellékveséjű macska vérnyomásán, valamint tengerimalac-bélen határozta meg. Az így nyert anyag injiciálására olyan depressor-hatás következett be, mely mind tartalomában, mind intenzitásában a kontrollképen adott, ismert koncentrátiójú histamin-oldat hatásával minden tekintetben meg egyezett. Ugyanezen eljárással néhány ascitesben is sikerült a histamint kimutatni. Kísérleteinek alapján végeredményben megállapítja, hogy a vizelet- és ascites-fehérjéből nyert depressor-anyag a histaminnal azonos, amely a sérült capillaris-hálózatot át a fehérjevehiculummal jutott át a vizeletbe, illetve a szabad hasúri folyadékba.

Máté K.: *Anyagcsere zavarak elektrokardiogrammja.* (Kézirat nem érkezett.)

Végh P.: *Az azorubin S-próba értékéről májbetegségekben.* Előadó a májchromodiagnostika ismertetése után az azorubin S. májfunctiósi festékkiválasztási próbával foglalkozik bővebben. Az azorubin a máj partialis functióinak vizsgálatai közül a festékkiválasztás vizsgálatára jól alkalmazható. Legértékesebb tulajdonsága, hogy csaknem 95%-ban a máj és epeutak választják ki. Mechanikus akadály esetén nem ad felvilágosítást. Legmegfelelőbb alkalmazási területe a májparenchima-iaesióval járó betegségek. (Ikterus hepatocellularis, toxikus májsejtlaesiók, atrophikák, cirrhosisek, stb.)

Udvardy L.: *Gastroszkopos vizsgálatok anaemia perniciosa betegek gyomornyálkahártyáján.* (Kézirat nem érkezett.)

Február 22-i ülés.

Bemutatók:

Korompay T.: *Appendicitis situs inversus totalisban.* Situs inversus totalis állapotában operált chronikus appendicitis esetét mutatta be.

Arokháty V.: *Mykosis fungoides.* 70 éves férfibeteget mutat be. Öt év óta tartó viszkető betegsége ekzemaszerű kiütéssel kezdődött. Jelenleg egész testére kiterjedő, élénk-vörös, részben virágfűzrszerűen elrendeződött, infiltrált plakkok mellett két jellegzetes mykosisos tumor és két fekélyes képlet látható.

Rávnay T.: A kórisme kezdeti szakban nemcsak szöveteileg, hanem élőben is rendkívül nehéz. Ez a szak néha hosszú évekig tart. Kezelésére röntgenbesugárzáson kívül újabban aranyat használnak, mitől a klinikán már tünetmentességet is észleltek. Sajnos a javulás csak átmeneti, kórjósolata nagyon is kedvezőtlen. Eredete teljesen ismeretlen; ennek tisztázása céljából további kutatásokra van szükség.

Borsos-Nachnebel Ö.: Az eset próbakimetszésének szöveti vizsgálatát végezte és ezzel kapcsolatban rámutat a szöveti diagnózis nehézségeire. Azok a sejtalakok, melyeket a mykosis fungoidesre jellemzőnek tartanak, nem tüntetnek fel olyan jellegzetességeket, amelyeknek alapján a mykosis fungoidest teljes biztonsággal felismerni lehetne, előfordulnak azok egyéb granulomák, illetve granulomák-daganatos jellegű elváltozásokban is. A mykosis fungoidesnek a daganathoz viszonya némi hasonlóságot mutat a lymphogranulomatosishoz, de a szöveti kép tekintetében utóbbi jobban körülhatárolható. Felemlíti *Faber*-nek a Magyar Pathologusok Társasága VII. nagygyűlésén bemutatott esetét, amelyben mykosis fungoides csak a belső szervekben fordult elő, bőr-elváltozások nélkül.

Rávnay T.: *Actinomykosis.* 1. eset. 40 é. fm., kinek köldöknyílásába aratáskor buzakalász hatolt be, mintegy két férfitenyér terjedelmű, deszkakemény beszűrődéssel, positiv gombalelettel jelentkezett a klinikán. Felvételkor anergiás stadiumban volt, azonban állapota 1.80 g arany (Solganal B oleosum) adagolása után 8 kg súlygyarapodással allergiássá változott, miért is az aranykezelést fajlagos vaccinnakezeléssel együttesen folytatták. 5.11 g arany és 22 fajlagos vaccina adagolása után a beteg teljesen meggyógyult; — 2. eset: 56 éves fm. bal arcfelén gyermekökölnyi félgömbszerűen kiemelkedő, élesen körülírt beszűrődés, melyből két sipolyonnyíláson keresztül geny ürült. Gombalelet positiv. Allergiás reactio 1:40 higitásig positiv. Eddig összesen 2.52 g aranyat, 16 polyvalens vaccinat és 17 jódinjectiót kapott. A beteg eddigi súlygyarapodása 7 kg; duzzanata majdnem

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

teljesen visszafejlődött, szájjára oldódott s a sipolynyláson már nem ürül geny.

Előadás:

Jäger Gy.: *Heveny haematogen osteomyelitis* 1.216 eset kapcsán statistikát állít össze és ebből vonja le következtetéseit. A sebészeti betegek 1,5%-át teszik az osteomyelitisek betegek, ápolási napjuk azonban kb. 8%. A betegek 62%-a chronikus, 38%-a pedig heveny folyamat miatt áll kezelés alatt; ebből 70,5% haematogen, 19,6% direct csontfertőzés, 9,9%-a pedig lymphogen folyamat. A betegek 65%-a fi, 35%-a nő volt. Legnagyobb a 10—15 éves leánygyermek halálozása. Körtörténetek feljegyzése szerint 22,8%-ban szerepel trauma, de ennek csak kb. fele értékelhető a hivatalos véleményadásokban. Itt az alapelv, hogy a trauma kimutatható legyen és az osteomyelitis a behatást követő első 10 nap alatt jelentkezzen. A serdülőkor és a felnőttek osteomyelitise között a keletkezésben, lefolyásban különbség van és azt a csontfejlődés vonalának lezáródása okozza. A haematogen osteomyelitist 95%-ban a staphylococcus szétzóródása hozza létre. Az így keletkezett septicaemiát, ahol a septicus állapot és több metastasis mellett csontvelőgyulladás is van, külön kell választanunk az osteomyelitis azon alakjától, ahol a bakteriaemia lokalizált. Ez nagy százalékban fordul elő, pl. az 52 elhalt közül 34 septicaemiás volt. Az általános gyógykezelés a vérátömlesztésen kívül a nagyon jól bevált reconvaescens vérsavóból állhat, azonkívül a nehéz fémsók és desinfienciensek i. v. alkalmazásából. A sebészeti kezelésben a conservativ mütéti kezelés (incisio, csontfűrés), eredményeit a radicalis beavatkozásokkal (subperiostalis csontresectio, osteotomia) szemben az eredmények demonstrálják. A meghaltak 88,7%-a radicalisan kezelt, a gyógyultak 77,8%-a pedig conservative. Az osteomyelitis mütét nem sürgős mütét, a sebészeti várakozás eive tiszteleben tartja a lobbát kialakulását és a szervezet természetes védekezését.

Jáki Gy.: Az általános pyogen fertőzés alakjainak elnevezésében nagy a zavar. *Gussenbauer* óta ahány szerző, annyiféle megnevezés. Ezek aszerint is változók, hogy körbonctani, vagy klinikai csoportosítást végeztek-e. A klinikus csupán a metastatisáló és a nem metastatisáló alakot képes szétválasztani. Az utóbbiban elméletileg meg lehet különböztetni a bakteriaemiát és a toxinaemiát, de ezt adott esetben a beteggyanban szétválasztani lehetetlen. A haematogen genyes osteomyelitis sürgős beavatkozást igénylő sebési betegség. A várakozás, „a lobbát kialakulásának”, s „a szervezet természetes védekezésének” „tiszteletbentartása” veszedelmes álláspont. A röntgenfeivétel a heveny csontvelőgyulladásban a 6. napon elváltozások még nem láthatók.

Hüttl T.: Az osteomyelitis sorsa attól is függ, milyen kórokozók okozzák. A streptococcus kisebb arányban fordul elő, de éppen ezek az esetek a legrosszindulatúbbak és igen gyors lefolyásúak. Minden felosztásnak a kórokozót is figyelembe kell venni, mert ellenkező esetben a következtetések tévesek lesznek. Szerenté, ha az előadó ebből a szempontból is feldolgozná az anyagot.

LAPSZEMLE

British Medical Journal febr. 17. *R. Schindler:* A gastro-skop fontossága a gyomorbetegségek hadseregbeli diagnosztikájában. — *J. F. Brailsford:* Röntgen a gáz-gabariena diagnosztikájában és kezelésében. — *W. Grant Waugh:* Kísérletek a sebgyógyulás siettetésére. — *T. E. Osmond:* A Kahn-reactio; egy egyszerűsített eljárás. — *R. L. H. Minchin:* Elsőleges lateraisklerosis Dél-Indiában; lathyrismus lathyrus nélkül. —

Klinische Wochenschrift, 9. és 10. sz. *Knipping H. W.:* Adatok a szív és tüdőbetegség megítéléséhez. — *Chrometzka F. és Beutmann G.:* A szénhidratanyagcsere téli-nyári ritmusa, mint a melegvérűek eltérő mütéti hyperglykaemiájának oka. — *Váradny I. és Szántó G.:* Vizsgálatok a nyál, gyomornedv és vizelet nitrattartalmáról. — *Maxim M.:* Vágómarhák és szárnyasok serumának C-vitamin és carotin-tartalmáról. — *Molnár J. és Horányi M.:* B₁-vitamin terhelési kísérletek. — *Schmidt Lange W.:* Gyorsabb centrifugálást a laboratoriumokba! — *Stöder I. és Holterhoff E.:* Trypanocid serumanyag jelentősége a functionalis májpathológiában. — *Lembke A. és Ruska H.:* Összehasonlító mikro- és ultramikroszkopikus megfigyelések a tbc. kórokozón. — *Döllken H.:* Kísérletek adermín (B₆)-al. — *Lodenkämper H.:* Toxikus colitörzsek kóriméje. — *Korth E.:* Tapasztalatok a Halliday—Sutherland-féle gyors tuberculin-reactióval. —

Rósa L.: Új készülék a rövidhullámtherapia mezőerősségének mérésére és a rövidhullámmező adagolásának és túl- adagolásának jelentősége. — *Zárday I.:* A Wilson-blokk klinikai jelentősége. — *Fiedler H.:* Vizsgálatok bőrbajok tartósságáról. — *Gömöri P. és Gruber Z.:* Koszorusérelégtelenség extrarenalis azotaemiákban. —

Münchener Medizinische Wochenschrift, 9. sz. *Pillat A.:* Van-e háborus hemeralopia. — *Bering Fr.:* Röntgensugár a progressiv paralysis kezelésében. — *Beckert W.:* Diabetes mellitus és anaemia perniciosa. — *Tebbe F.:* Myiasis interna 7 éves gyermekben. — *Kopasz P.:* Orvosok az előretolt állásokban. — *Grunert K.:* Szemeretű gyomor- bél-neurosisok. — *Hoff F.:* Alkalizáló therapia lelki depressió állapotokban. — *Jecel I.:* Klinikai tapasztalatok pervitinnel. *Richtzenhain W.:* Tapasztalatok dormisannal az ideggyógyi gyakorlatban. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 9. és 10. sz. *Munk:* Epeutak betegségének mütéti javallatai. — *Portwich:* Ureterkőelzáródás. — *Kaufmann:* A cascade-gyomor jelentősége intestinalis és kardialis zavarok esetén. — *Papke:* Bakterialis leletek epehólyag, epeút és gyomorbélnyálkahártya gyulladásokban. — *Rodewald:* Melanophorhormon elieni gátlóanyag fellépése a női fehérpatkány sexualcyklusában. — *Schäfer:* Terhesség és gyermekágy alatti csiraölöképesség vizsgálata chemotherapiás előkezelés után. — *Rostock:* Aranyér és végbélfissúra. — *Schullemann:* A malaria pathológiájához. — *Weichardt:* Infúziós oldatok. — *Franck:* Bőrreactio jelentősége a bélparaziták kóriméjére. — *Kugelnier:* További tapasztalatok a postmeningitises szövödmények lázkezelésével. — *Centanni:* További adatok a láz pyrogen hatóanyagának ismeretéhez. — *Goldhahn:* Furunculusz-kezelés. — *Bussmann:* Egészségügyi intézkedések a horogféreg behurculásának meggátlására a német bányaparban. —

Wiener Klinische Wochenschrift, 10. sz. *Fleischhacker H. és Lachnit V.:* Vér- és csontveióleletek idült polyarthritiseben és a Felty-syndromában. — *Förster I.:* Idült prostatitis gyógyítása. — *Hübner K.:* Fényokozta bőrbetegségek. — *Hofbauer G.:* Berendezés a rövidhullámú napsugárzás hatásának fokozására. —

La Presse Médicale, 20—21. sz. *Séze S. Guiot G. és Serane I.:* Sympathicus szerepe az izületi pathológiában. — *Jasseron F. és Morard G.:* Trachomakezelés sulfamidszármazékokkal. — *Poleff:* Sulfamidek a trachoma kezelésében. — *Koganas L. és Nakanas D.:* Bacillus kutatás a gyomortartalomban *d'Armand Delille* módszerével. — *Clément R.:* Vesekövek recidivájának okai. — *Vignes H.:* Nephritis és terhesség. —

VEGYES HIREK

Személyi hír. A belügyminiszter *Bulyovszky Gyula dr.* kiskunmajsai orvos, a Stefánia Fiókszövetség társelnökének az anya- és csecsemővédelem terén kifejtett ügybuzgó és eredményes munkásságáért elismerését és köszönetét fejezte ki. — A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbeteggyógyászati Egyesületének igazgató-tanácsa *Bakay Lajos dr.* ny. r. tanárt az egyesület alelnökévé és az egészségügyi bizottság elnökévé választotta meg, *Dubóczky Béla dr.* tüdőbeteggon-dozó intézeti főorvost pedig az Erzsébet Királyné Sanatorium „Erzsébet Királyné Budakörnyéki Tüdőbeteggon-dozó Intézete” főorvosává nevezte ki.

† **Reiner Ede dr.** 81 éves korában elhunyt. Kegyelettel emlékezünk meg ez alkalommal munkás életéről és arról a kitartó, fanatikus, lelkes hitéről, amivel éveken át minden alkalmat megragadott arra, hogy „Budapest Fördőváros” eszméjét és jogosultságát hirdesse. Mint Orvos Szövetség-i tag, városi képviselő minden felszólalásában oda érkezett el, hogy e program érdekében mindent meg kell tennünk. Nagy elégtétellel szemlélhette a Székesfőváros egyre szebben és hatalmasan kifejlődő fürdőpolitikáját és örömmel állt be közlegénynek lelkes Főhercegünk és tudós gárdájának zászlóvontása alá a „Budapest Fördőváros Egyesület” munkaközösségébe. — A Pázmány Péter Tudományegyetem aranydiplomával honorálta érdemeit, sok egyesületi tiszteleti tag-jává választotta s mégis elfeledten, elszegényedetten halt meg. — Mi kegyelettel áldozunk emlékének, ami visszhang-ra fog találni mindenki-ben, akik őt ismerték és e történelmi időket átérték.

A Budapesti Orvosi Kámara az elhalálozás folytán meg-üresedett ügyészi tisztsége választás útján történő betöltése céljából *tisztújító közgyűlést tart április hó 7-én reggel 8*



1 tableta tartalmaz:
0.28 g. Acid. acet. sal.,
0.013 g. Chin. ctr.
0.04 g. Li. ctr.

**Kipróbált szer,
ártalmatlan
a gyomorra és
a szívre.**

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:
Dr. Filo János
„Szent Keresztély” gyógyszertára
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3.

órakor az Eötvös József gimnázium (IV., Reáltanoda u. 7.) tornatermében.

Tudnivalók: A kerületi kamara ügyészenek viszonylagos szótöbbséggel történő választásánál jelölésnek lehet helye. A jelölés nem kötelező, de ha történik, úgy ahhoz 150 aláírás szükséges. A jelölés módzatai a Kamarában megtehetőek. A jelölési ívet a Budapesti Orvosi Kamaránál legkésőbb a választást megelőző 8. napon — 1940. márc. 30-án — délután 1 óráig lehet a választási elnöknel (V., Nádor utca 32.) személyesen átadni, vagy postán ajánlott küldeményként megküldeni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület pályázatot hirdet az alábbi jutalomdíjakra. 1. Balassa díjalap jutalomdíj: 1938. szept. 15 óta magyar nyelven megjelent, gyakorlati szakmájú, eredeti, önálló kutatások alapján készült tudományos becsü értekezés, hézagpótló monographia vagy kézikönyv jutalmazására. A pályázatra be nem küldött munkák is figyelembe vétetnek. — 2. Szenger Ede jutalomdíj: Az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvos magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozat jutalmazására. — A pályamunkák 1940. évi április 15-ig az egyesület főtitkáranak a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának feltüntetésével adandók be. A megjelölt lejáratú időn túl beadott pályamunkák figyelembe nem vétetnek. A pályázatra benyújtott munkák a pályázat elintézésé előtt vissza nem vonhatóak. Az alapítványok elértéktelenedése miatt a jutal-

mazottak az orvosegyesület emlékérmét kapják. A jutalomdíjak odaítélése az 1940. évi májusi közgyűlésen történik. A pályamunkák a közgyűlés után a főtitkárnál átvehetőek.

Ipecacuanha cikkünkre névtelen reflexiót kaptunk egy „vényelírás miatt rövid úton megbukott” kartársától. Kötelességem kijelenteni, hogy mindkét kifogása helytálló: 1. a cseppszámot nem arabs, hanem római számmal kellett volna írni; 2. a forrázat mennyisége (ad colaturam grtum 150. —) tényleg kimaradt. Nem tudom már ma a szemébe került kéziratból megállapítani, hogy én hibáztam-e vagy a nyomda; — mindenesetre én, mert a revízióban észre kellett volna vennem; — de vigasztal az a tudat, hogy a recept e hiányai bajt nem okoztak, mindenki ki tudta azokat magában javítani. —

A levélből azt érzem azonban, hogy nem ez a lényeg, hanem a bukás még mindig élő keserősége. Nyugodt a lelkiismeretem, kedves Kartárs Úr, hogy az az „elírás” igen súlyos lehetett. Valószínűleg még emberéletet is követelő, mert csak az ilyenekre szoktam voít befejezni a szigorlatot további kérdés nélkül. Mindig csak igazságosan szigorú voltam, de sohasem tartoztam a szeszélyes buktatók közé! És meg van az az elégtételeim, hogy ezt hallgatóim is elismerték és sokan meg is köszönték bukásukat, mikor jó tudással mentek át és biztosnak érezték magukat a gyakorlati orvos legfontosabb tevékenységében a farmakoterapiában és receptírásban. — Kartárs Uram is beállhatna a hálások közé, mert íme annyira vitte, hogy az én receptjeimet bírálja felül.

Azt a szíves felvilágosítást is köszönöm, hogy a pénztári orvosok azért írnak mindig 200 g-ra folyadék orvosságokat, mert azt az OTI és MABI útmutatói így írják elő nekik. Hát most már tudom, de még mindig helytelenítem, mert megbontja a receptírásban követendő tizedes rendszert és így bizonytalanná teszi az egyes adagot. Egy evőkanál átlag 15 g tehát 10 adagra 150 g kell, egy gyermekkanál 10 g, tehát 10 adagra 100 g kell, — a még beléje kerülő adjuvansok, szirupok az „átlagos” 10 adagon nem vátoztatnak. A 200 g víz azonban az adagok számát átlag 13-ra emeli és az egyes adag kiszámítását megnehezíti. —

Vámosy.

Az Orvoshatet Balatonfüreden május 20—26. között rendezik hagyományos keretek között. A tanári előadások ebben az évben összegyűjtve könyvalakban is megjelennek. Minden orvosrésztvevő díjtanul kap szállást a fürdőigazgató-ságtól és kedvezményes étkezést a Grand Hotelben. Orvos neje és gyermekei is kedvezményben részesülnek. Jelentkezni lehet a balatonfüredi fürdőigazgatósnál.

Kopenhágában az influenza megbetegedések száma nagy emelkedést mutat. Február utolsó hetében 2046 megbetegedést jelentettek.

A jugoszláviai meningitisjárvány fokozódik. Splitben 15 meningitises beteg van a kórházban.

Egy angol heti kimutatás szerint Londonban 3193 halálozással szemben a születések száma 1730. Hasonló az arány több grófságban is.

Addis Abeában a Ricketsiasis megelőzésére és tanulmányozására kutató intézetet létesítettek, melyben számos benschülött dolgozik.

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

Bőségesen és könnyen köptetnek az Expectin cseppek. 1 üveg ára: 2.20 P. Gyártja: Diachemia Gyógyszerészeti és Vegyszeti Laboratorium, Budapest, VI., Teréz krt. 27.

KATONYI DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotnál, étvágytalanságnál, szegényvérűségnél és sápkórnál
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 220

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

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

Előfizetések postautalványon vagy csekkklapon küldendők. A feladó-
vevényt nyugtául ismerjük el.**MEGJELENIK SZOMBATON**

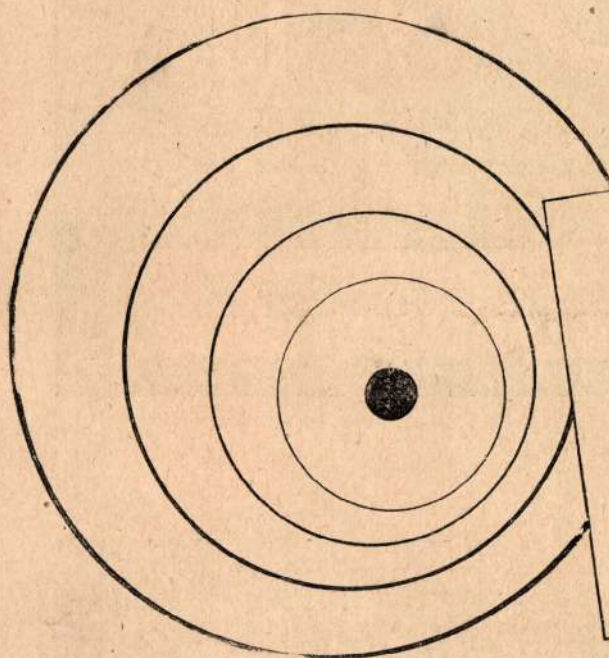
Hirdetések kizárólagos felvétele:

a

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

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

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



Életfontos központok
stimulálására

CORAMIN "Ciba"

Coramin-ampullák

Coramin cseppek

Mint Cardiotonicum: DIGIFOLIN "Ciba" ampullák
cseppek,
tabletták



GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL (SCHWEIZ)

Magyarországi képviselő: JAKITSCH JÁNOS, Budapest V., Rudolf trónörökös-tér 5.

Neurolin Balla

Kellemes ízű, jól tűrhető brómos hypophosphit-szörp

Indicatiói: neurasthenia – reconvalescentia – kimerültség

Lag. minor. P 3.—

„ major. P 5.—

MEDICHEMIA R.T. BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Pólya Jenő: A rák elleni védekezés. (131—135. oldal.)

Engel Károly: A félbehagyó aortitis syphiliticáról. (135—136. oldal.)

Follmann Jenő: Fejezetek a rákproblema köréből. (137—139. oldal.)

Ivánovics György: Sulfathiazol (Ultrasceptyl) hatása a kísérletes pneumococcus-fertőzésre. (139—140. oldal.)

Horányi Béla és Főríz Lóránt: Elmebetegéken észlelt pellagraszerű bőrelváltozások kórszarmazásáról. (141—142. oldal.)

vitéz Simon Tibor: Negatívva lett humorális leletek ellenére súlyosbodó paralyisiek. (142—143. oldal.)

Bak Róbert: A kóros szervérzések tünet- és kórlélektanáról. (143—145. oldal.)

Vadász János: A ráksejtek phagocytosisáról és a ráksejtekben található záradékokról. (145—146. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal.)

Irodalmi szemle. Könyvismertetés: (146—149. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (150—151. oldal.)

Ádám Lajos: Az amerikai egyetemek fejlődéséről. (151—155. oldal.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (155—158. oldal és a borítólapon III. és IV. oldalán.)

A rák elleni védekezés.

(Klinikai előadás.)

Irta: Pólya Jenő dr., közkórházi főorvos, egyetemi c. rk. tanár.

A rákkérdés egyike azoknak, melyek az egész művelt világ figyelmét lekötik még a nagy átalakulások mai korszakában is, melyben a legegységesebb politikai, társadalmi és gazdasági kérdések egész sora vár megoldásra. A rákellenes küzdelem ma már nem csak orvosi, hanem közéleti problema, hisz alig egy esztendeje az angol parlament foglalkozott a rák elleni védekezés módjával. Eltekintve bizonyos iparegészségügyi intézkedésektől, melyeknek a rák megelőzése volna a feladatuk — általában a rák elleni küzdelem arra irányul, hogy a már kifejlődött rák mielőbb szakszerű orvosi kezelésben részesüljön és minden, ami e téren történt, főleg a korai rákdiagnózis céljait szolgálta. Nemcsak az orvosképzésben vetettek különös súlyt erre, hanem a laikus közönség felvilágosítására szolgáló rákpropaganda is főleg annak hangsúlyozására törekedett, hogy a rák meggyógyul, ha korán operálják és a fontos az, hogy senki se hanyagolja el semmiféle baját, mert az lehet rák is.

Mindenesetre helyes beoltani a közönségbe azt a tudatot, hogy bárki bármi bajt érez, forduljon orvoshoz. Nemcsak a rák, hanem minden egyéb betegség szempontjából is jó, ha a beteg korán kerül orvosi kezelésbe. Ezt a tételt azonban nem kell feltétlenül a rákkal kapcsolatban a köztudatba vinni és a legjobb út ennek a köztudatba juttatására, nem orvosi kézikönyvek szerkesztése laikusok számára, hanem az iskolai oktatás. Igen üdvös és célszerű volna az is, ha az embereket rá szoktatnák hogy legalább félévenként, vagy évenként egyszer alapos orvosi vizsgálatnak vessék magukat alá. A legüdvösebb és legcélszerűbb pedig az volna, ha a sajnos napjainkban már majdnem kipusztult házi-orvosi intézmény újra felvirulna.

Más kérdés az, hogy a rák korai diagnosztikától és korai kezelésétől mennyire remélhető a rákos halálozás csökkenése. Meg kell vallanunk, hogy az a nagy optimizmus, melyet a rák korai diagnosztikához és korai operálásához néhány évtized előtt fűztünk, ma lényege-

sen csökkent. Nem mintha a diagnostika és az operálás technikája nem javult volna, sőt a közvetlen és tartós műtéti eredmények is több téren határozott javulást mutatnak, — de mégis akárhányszor előfordul, hogy aránylag korán kórismézett eset olyan állapotban kerül hozzánk, hogy a daganat gyökeres eltávolítása már meg sem kísérelhető, más esetekben pedig egész jól operálható esetek gyökeres műtétét nyomon követik kiújulások, áttételek. A koraiság fogalma ugyanis teljesen viszonylagos és egyéni és nemcsak a korai diagnosztika és korai operálás bír befolyással a tartós gyógyulásra, hanem a rák egyéni rosszindulatúsága is, mely a beteg szerv, a szövettani szerkezet és egyéb közelebről meg nem határozható egyéni sajátságok szerint igen különböző. Kétségtelen, hogy ugyanazon adottságok mellett a korábbi beavatkozás több reményt nyújt, mint a későbbi —, de míg egyes, aránylag jóindulatú rákok esetében a kissé később végzett műtét is tartós sikerrel járhat, nagyfokú rosszindulatúság esetében az igen korai gyökeres beavatkozás is gyakran sikertelen lesz.

A sugárkezelés is hatalmas eszköze a rákgyógyításnak s technikája fejlődésével az eredmények is javultak és sok esetben sikert hoznak ott is — legalább egy időre —, ahol az operatio kivihetetlen, vagy kilitástalan. De igen sok eset van, mely a sugárkezelésnek és az operáló késnek egyaránt hozzáférhetetlen s ahol a két eljárás összekapcsolása sem hoz tartós eredményt. Hozzá kell fűznünk, hogy sem a műtét, sem a sugárkezelés nem veszélytelen eljárás és a legkedvezőbb esetekben is bizonyos szenvedésekkel, vagy legalább is kényelmetlenségekkel jár, melyek nem egyszer maradóak. Más módszerünk pedig ezidőszentig a kifejlődött rák gyógyítására nincs. Lesz-e valaha vagy lehet-e az operálás és sugárkezelés veszélyeit és kellemetlenségeit teljesen kiiktatni, vagy legalább tartós sikerüket az esetek túlnyomó részében biztosítani — ezek a jövő kérdései, melyekre felelni ma semmiesetre sem tudunk. Annál inkább kell foglalkoznunk azzal a kérdéssel: lehet-e a rákot megelőzni, tehetünk-e valamit a rák kifejlődésének megakadályozására?

A) A rák elleni egyéni védekezés egyáltalán csak olyan esetekben lehetséges, midőn a rák valamely ismert ártalom kapcsán jelentkezik; továbbá azokban,

melyekben a rákot könnyen felismerhető elváltozások, úgynevezett praecancerosus elváltozások előzik meg. Ilyenek természetesen csak a test felületén: a bőrön és a látható nyálkahártyákon észlelhetők, viszont a rák esetek nagy számához képest aránylag kevés van mely valamely elkerülhető kórokozó ártalommal nyilvánvalóan összefüggésben állana. A legtöbb rák esetében a kórokozó ártalmat vagy egyáltalán nem ismerjük vagy pedig a feltételezett ártalom olyan, hogy rendes egyéni óvatossággal nem kerülhető el.

Mindazonáltal azt kell mondanunk, hogy a megfelelő orvosi tanács és orvosi ellenőrzés által támogatott egyéni védekezés igenis tehet egyet-mást a rák elleni védekezés szempontjából.

Az egyéni védekezés 4 pont figyelembevételét követeli. 1. *Általános egészségügyi szabályok*: a bőr, száj, hüvely tisztántartása, a fogak ápolása, s rendbentartása (idetartozik a jólilló prothesisekről történő gondoskodás is) óvatosság az étkezésben (rágjuk meg jól az ételt, ne tömjük meg a gyomrunkat túlságosan, főleg ne nehezen emészthető, esetleg a gyomor és bél falát sértő táplálékkal), rendszeres és könnyű székrel gondoskodás;

2. *Bizonyos ártalmak kerülése*, ilyenek főleg az alkohol és a dohány; előbbi (különösen töményebb féleségei) a bázis és gyomor, utóbbi elsősorban a száj és a tüdő rákjainak keletkezésében játszik szerepet.

3. *Rákra hajlamosító foglalkozás* esetén megfelelő védekezés és a legcsekélyebb praecancerosus elváltozás esetén annak azonnali abbahagyása.

4. *Betegségek* melyek rákra hajlamosítanak, ki-gyógyítandók.

Az orvosnak e pontok végrehajtásában igen lényeges szerep jut. Különösen a praecancerosus állapotok felismerésében és azon ártalmak megszüntetésében, melyek ilyen praecancerosus állapotokra vezetnek, valamint olyan betegségek és állapotok megszüntetésében, melyek nem nevezhetők ugyan praecancerosusoknak, de közismert módon rákra hajlamosítanak.

Egyik típusos praecancerosus állapot a *leukoplakia*, mely akárhányszor a nyelv, a pofanyálkahártya, az ajak, a szájpada vagy a szájfenék rákjába megy át. Keletkezésében a dohányzás játsza a főszerepet s azért a legkisebb leukoplakiás folt esetén szükséges a dohányzás azonnali teljes abbahagyása. A másik tennivaló a száj, fogak, lehetőleg teljes rendbehözása, esetleg sértő prothesisek nyomásának megszüntetése, a harmadik az állandó gondos megfigyelés és legcsekélyebb rákgyanú esetén az egész folt alapos eltávolítása, legjobban kiégetéssel. Localis kezelés nem sokat használ, sőt maró folyadékkal történő edzés, felületes égetés, még hozzájárulhat a rákos elfajulás siettetéséhez.

Nem nevezhető praecancerosus állapotnak, de a rákos hajlamot erősen előmozdítja a *phimos* akár veleszületett, akár szerzett; olyannyira, hogy penisrák majdnem kivétel nélkül csak olyanokon fordul elő, akiknek phimosuk van, viszont olyanokon, akiknek nincs fitymájuk soha nem keletkezik. A phimosist tehát meg kell szüntetni: kisgyermeken ez tágitással nem egyszer sikerül; ott, ahol a phimosis másképp meg nem szüntethető, azt meg kell operálni.

A *here tökéletlen leszállása* kifejezetten hajlamosít annak rosszindulatú elfajulására; különböző szerzők számszerű adatai nem egyezők és kétségtelenül befolyásolja ezeket a statistika összeállításának módja is, de ha *Tomanek* adata, mely szerint a le nem szállt here 99szer gyakrabban betegszik meg rákban, illetve sarkomában, mint a herezacskóban lévő, kissé túlzottnak is látszik, az a tétel, hogy a rendellenes helyzetű here erősebben hajlamos a daganatos elfajulásra, mint a

herezacskóban lévő, igenis megfelel az általános tapasztalatnak. Már most a le nem szállt here visszahelyezése a zacskóba nem nagy műtét s rendszerint igen szépen sikerül, ha fiatal korban (legjobb 6—12 év közt), de mindenesetre az ivarérettséget megelőzőleg történik. Kétségtelen, hogy vannak egyes esetek, melyekben műtét után a here elsovad, de bizonyos az is, hogy rendellenes helyzetű here amúgy is erősen visszamarad fejlődésében. Felnőtteken a műtét veszélyesebb s a here megtartása is nehezebb. Ezek a herék igen kicsinyek és bár néha a herezacskóba visszahelyezés után megnőnek, erre nem lehet bizonyossággal számítani. Mindenképpen a phimos és a tökéletlenül leszállt here által okozott rosszindulatú daganatok elleni védekezés már a gyermekkorban kell megkezdődjen és erre a szülők csak az orvos kezeltetésére vállalkozhatnak. A phimosis tágitásának elmulasztása legfeljebb későbbi műtétet tesz szükségessé, de magát a phimosist okvetlenül meg kell szüntetni, különösen, ha bármely okból balanitis fejlődik, mert ennek elhanyagolása nem egyszer aránylag fiatal egyénben is penisrák kifejlődésére vezet.

Igen gondos kezelést, ápolást igényelnek *széles régi hegek*, (égések vagy egyéb okból származó kiterjedt bőrelhalások után), *alszárfelek*, bármely okból származtak is légyen és chronikusan elhúzódó, nedvedző, genyező *bőrbajok*, *elsősorban a lupus*, melyből igen sok rák származik — bár ebben azt hiszem a röntgenkezelésnek is része van. Mindenesetre, ha másképpen nem sikerül, erélyes sebészi eljárással kell a lupust kigyógyítani. Feltétlenül műtétet igényelnek a *sipolyok* bármely tartása fenn őket — tbc-s vagy osteomyelitises sequester, kívülről bejutó idegentest (pl. fonál, vagy golyó) és bárhol székeljenek. Fistula aniból, elgenyedt atheromából származó sipolyból magam is láttam igen rosszindulatú rákokat kifejlődni.

Az *epekő* aránylag gyakran vezet az epehólyag rákjára — nem egyszer olyankor, mikor a folyamat már évek hosszú sora óta megnyugodottnak látszik és ezért egyéb okok mellett, melyek nem ide tartoznak, a rákveszedelem is egyik fontos ok a köves epehólyag eltávolítására.

Egy további pont — melyre e lap olvasóinak figyelmét már felhívtam —, az, hogy vannak bizonyos orvosi eljárások, melyek a rákveszedelmet egyenesen felidéznek.*) Ilyen elsősorban a *therapiás röntgenbesugárzás*, mely arra hajlamos esetekben a besugárzás erősségét és tartamát illető szabályok gondos betartása ellenére is makacs fekélyeket és rákokat idézhet elő. Sajnos egészen jelentéktelen okok, pl. lábizzadás, fagyás miatt vagy szörtelenítés céljából végzett röntgenbesugárzások nyomán is lát az ember nem egyszer súlyos bőrelváltozásokat, majd rákot kifejlődni, akárhányszor évekkal a besugárzás után. Úgy látszik, van olyan különleges egyéni érzékenység a röntgensugárral szemben, mely előre pontosan meg nem állapítható és ezért nagyon gondosan meg kell válogatni azokat az eseteket, melyekben ezt a veszélyes gyógyító eljárást alkalmazzuk és ott, ahol más mód is áll rendelkezésünkre, vagy ahol az állapot jelentősége nem ér fel a röntgenkezelés veszélyeivel, jobb azt mellőznünk. Sajnos múlt évi cikkem óta is láttam egypár egészen borzasztó idevágó esetet.

Amint ebből a futólagos vázlatból is látható — igenis bizonyos rákok ellen van módunk védekezni. Az egyén maga és ha orvoshoz fordul, az orvosa, sokat tehet bizonyos rákok keletkezésének elhárítására. Ámde ez az egyéni védekezés csak igen korlátolt lehet éppen azért, mert csak bizonyos fajta rákok ellen nyújt bizonyos

*) O. H. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései, 1939. 3. sz.

fokú védelmet. Mert az majdnem bizonyos, hogy az aki nem pipázik, nem kap alsóajakrákot, de ugyanez az egyén bármely más helyen kaphat rákot, ha hajlamos rá. Étkezésbeli óvatosság, a falat jó megrágása, a száj tisztántartása, tulságosan forró, tulságosan fűszeres, valamint nehezen emészthető ételek és alkohol kerülése csökkenti az idült gyomorhurut s ezzel a gyomorrák veszedelmét, de mindezen óvatossági rendszabályok pontos betartása sem zárja ki gyomorrák keletkezését s egyáltalán a legtöbb rákra nézve halvány fogalmunk sincs arról, hogy lehetne őket elkerülni, vagy ha ismerünk is bizonyos hajlamosító tényezőket (pl. emlőrák esetén tompa ütés, megnyomás), nincs emberileg hatalmunkban, hogy ezeket kiiktassuk.

B) Sokkal hatásosabbnak ígérkeznek a rák ellen való védekezés, ha e téren is az állam közegészségügyi szervei vennék át a vezetést, mint azt a tuberculosis és a heveny járványos betegségek ellen teszik. Az úgynevezett ipari rákok megelőzése tekintetében eddig is történtek bizonyos intézkedések, de azt hiszem egyéb rákokkal szemben is az állam a siker bizonyos reményével vehetné fel a küzdelmet, anélkül, hogy ez túlzott áldozatokat igényelne tőle. Az ipari rákok elleni védelem főleg a kátránnyal, kátránytermékekkel, arzénrel foglalkozó munkásokat, bányászokat illeti és részben a munkaviszonyok egészségügyi megjavítása, részben az egyéni tisztaságra szigorú ügyelés, részben a munkások állandó orvosi ellenőrzése s a praecancerosus elváltozásoknak akár csak kezdetét is mutató munkásoknak a veszélyes munkahelyről eltávolítása révén igen szép eredményeket ért el. Ezekkel bővebben nem óhajtok foglalkozni. Bármily fontosak és áldásosak ezek az óvatossági rendszabályok, az általános rákmorbiditást aránylag csekély mértékben befolyásolják, mert hiszen a lakosságnak aránylag csekély része foglalkozik ilyen üzemekben. A lakosság széles rétegeinek megmentését főleg két intézkedéstől remélném. Ezek egyike elméletileg meglehetősen jól megalapozott, a másik — a fontosabb — kétségtelenül csak feltevésen alapuló, de ezen feltevés mellett igen súlyos érvek szólnak.

1. Ugy a klinikai mint a kísérleti tapasztalatoknak megfelelően a rák kifejlődéséhez bizonyos általános és helyi hajlamosság szükséges; ez részben veleszületett, részben szerzett. A szerzett hajlamosság — amennyire a kísérleti adatokból és különösen az ú. n. kémiai rákkeltőkkel végzett kísérletekből megállapítható, csak a veleszületett hajlamosság fokozódása, esetleg igen erős fokozódása; e mellett a rákkeltő ártalom akárhányszor helybelileg is olyan elváltozásokat hoz létre, melyek kedvezőek a rák kifejlődésére, de veleszületett hajlamosság híján önmagukban nem elegendők a rákképződés megindítására. A veleszületett hajlamosság, mint azt állatkísérletek bizonyítják és mint azt klinikai tapasztalatok is igazolják öröklött és ez az öröklött hajlam, mely nemcsak a rák keletkezésére, hanem akárhányszor annak lokalizációjára is vonatkozik, recessiv jegy, míg a ráktól mentesség dominans jellegű. Ezen tétel alól vannak kivételek, kétségtelen azonban, hogy az utódok rákos hajlamát fokozza, ha mindkét szülő rákosan terhelt és lényegesen csökkenti, ha csak az egyik rákosan terhelt, míg rákmentes családból származó szülők utódai rendszerint rákmentesek maradnak.

Azt semmi esetre sem lehet követelni, hogy rákos családból származó egyéneknek ne legyenek utódai, de azt propagandával, rábeszéléssel talán mégis el lehetne érni, hogy rákos családból származó egyének az utódok érdekében rákmentes családból válasszák életük párját. Nem vitás, hogy ez is sok nehézségbe ütközik, nemcsak azért, mert kényes probléma akár az állam-

nak, akár másnak az olyan teljesen egyéni kérdésbe, aminő az életpár megválasztása beavatkozni, hanem azért is, mert a praxisban nem olyan egyszerű megállapítani azt, hogy valaki rákos családból származik-e vagy sem. Hiszen a halál okát illetőleg lehetnek téves megállapítások, téves bejegyzések, és történhetnek a hozzátartozók érzelmeire, vagy érdekeire tekintettel a valóságot szándékosan elleplező kijelentések. Ha a szülők aránylag fiatalon haltak el, felmerül a kérdés, nem csak azért maradtak-e mentesek a ráktól, mert nem érték meg azt az életkort, melyben rákot kaptak volna; a vizsgálatnak a nagyszülőkre s a szülők és a nagyszülők testvéreire történt kiterjesztése pedig sok tekintetben növeli a tévedések lehetőségeit. Mindenképen azonban ezen nehézségek ma kisebbek, mint akár pár évtized előtt voltak és a halálozási bejegyzések megbízhatóságának javulásával további lényeges csökkenésük várható. Viszont a házasság előtti orvosi vizsgálat szokása is terjedőben van, sok helyütt kötelező és így legfeljebb arról van szó, hogy a vizsgálat a házasulandók rákos antecedenciáira is kiterjedjen és ez is figyelembe vétele a házasságkötés kívánatos, vagy nem kívánatos voltának elbírálása alkalmából. Legyöngédebben, legtapintatosabban persze megint a háziorvos intézhetné el ezt a kérdést, akinek tanácsát a régi jó időkben házassági kérdésekben rendszerint kikérték, hiszen akkoriban az orvos mint a ház barátja és nem mint egészségügyi problémákat elintéző hivatalnok (esetleg ellenséges indulatú ellenőr) szerepelt a köztudatban.

Annyi bizonyos, hogy ha a technikai és lelki akadályok leküzdésével következetesen keresztül lehetne vinni azt, hogy rákos családok tagjai ne házassodjanak egymás között, ez az állatkísérletek tanúsága szerint, önmagában, néhány generáció alatt előreláthatólag igen lényegesen — talán elenyésző számra — csökkentené a rákos megbetegedések számát.

2. A rákos fertőzés feltételezése által megkívánt intézkedések várható eredményeiről nyilatkozni nem lehet, legfeljebb annyit, hogy ez igen kedvező eredménnyel kecsegtet abban az esetben, ha a rák tényleg fertőző. Ezt ma nyugodt lélekkel állítani nem lehet, de ép oly kevésbé, sőt talán még kevésbé lehet határozottan állítani azt, hogy a rák nem fertőző természetű.

Kétségtelen ugyanis, hogy vannak igazi daganatok — a Rous-féle tyúksarcoma, a leopárdbéka veseadenocarcinomája és a házinyúl Shope-féle papillomából kituduló rákja, melyeket filtrálható vírus okoz.

Emberen eddig csak jóindulatú hámdaganatokra nézve (verruca, condyloma acuminatum, molluscum contagiosum) sikerült kimutatni, hogy ragadósak és filtrálható vírusokkal átvihetők, viszont eddig semmiféle abszolút bizonyítékunk nincs arra, hogy ember rosszindulatú daganatait filtrálható vírus idézné elő, bár Gerlachnak sikerült minden egyes általa vizsgált rákból és sarcomából filtrálható virust kitenyésztenie és ezzel egyes ritka esetekben olyan daganatot is előidéznie, mely szintén filtrálható virussal volt továbbvihető. De Gerlach vizsgálatai eddig tudtommal nem nyertek megerősítést és ő maga sem tartja őket bizonyítéknak az emberi rák viruseredetére és még kevésbé contagiositására nézve és azt hiszem, ez idő szerint az a helyes álláspont, hogy az emberi rákok viruseredetét nem tartjuk bebizonyítotttnak.

De a bizonyítás nehézségei még nem jelentik valamely tétel valótlanságát. Nem akarok egyéb nyilván viruseredetű és kétségtelenül fertőző betegségekre kitérni, melyekben a virust ezideig demonstrálni nem sikerült. A bakteriológia törvényei sem örökéletűek és elképzelhető, hogy vannak mikroparasiták, melyek nem

felelnek meg a klasszikus Koch-féle kriteriumoknak elsősorban azért, mert vagy nem ismerjük azt a mesterséges táptalajt, melyen kitenyészthetők, vagy pedig ha sikerül őket nem élő táptalajon kitenyészteni (mint pl. Gerlach-nak a daganatvirust) elvesztik pathogen sajátosságait. Egyéb magyarázatok is lehetségesek — csak egy kétségtelen: a természet sokkal nagyobb, sem hogy ember által kigondolt sémába hiánytalanul beilleszthető lenne — viszont Henle logikus következtetése, hogy a *parasita ismertének hiánya nem jelenti a parasita hiányát, hanem alapulhat vizsgálati eljárásaink tökéletlenségén is, ép úgy alkalmazható ma a rákra, mint ahogy ő alkalmazta azt annak idején Pasteur, sőt Semmelweis vizsgálatait is megelőzve, a fertőző betegségek összességére.*

Igen messze vezetne, ha virustheoria mellett és ellen felhozott érvek megvilágításába bocsátkoznánk. Ezt megtettem részben két régebbi előadásom során*. Csak annyit mondhatok, hogy a vita meg nincs eldöntve. A Shope-papillomából eredő rák viruseredete semmi esetre sem bizonyítja 100 százalékosan az emberi rák viruseredetét, még a tapasztalat szerint papillomából fejlődő rákok (bizonyos bőrrákok, húgyhólyagrákok, gégerákok) viruseredetét sem — legfeljebb mint analógia használható fel és az analógia mint minden hasonlat, sántíthat. De le kell szögezni azt is, hogy a kémiai rákkeltőkkel előidézett rákok sem zárják ki az emberi rák viruseredetét.

a) mert ha a benzopyrén vagy a methylcholanthren vagy egyéb kémiai rákkeltőszerek minden kétséget kizáróan önmagában idézné is elő az alkalmazása után nagy szabályossággal fellépő egérrákot (ami egyáltalában nincs bebizonyítva) ez sem bizonyítaná azt, hogy az emberi rákot is feltétlenül kémiai anyagnak kell előidéznie — ez is legfeljebb csak analógia gyanánt volna értekesíthető.

b) mert MacIntosh kísérletei bebizonyították, hogy vannak kátrány által létrehozott sárcomák, melyek sejtmentes filtrátummal átvihetők válnak és ezekben kimutathatók a Rous-féle csirkesarcoma virustestecsei. Mivel pedig ezekben a filtrátumokban a kátránynak nyoma sem lehet, nyilvánvaló, hogy az eredeti daganat keletkezésében is a kátránynak csak valamelyes előkészítő szerep juthatott, de magát a daganatot a filtrálható vírus idézte elő. Parsons 1, 2, 5, 6, dibenzantracental előidézett egérsarkomáról mutatta ki, hogy azok sejtmentes filtrátummal is átvihetők.

Ha most eltekintve a kísérleti adatoktól, mint klinikusok nézzük a dolgot, azt kell mondanunk, hogy sok analógia van a rák és főleg az ú. n. fertőző granulómák viselkedése között (helyi gócból történt kiindulás, terjedés, általánosodás) és ha figyelembe vesszük, hogy bizonyos gyuladást keltő mikrobák a szervezet sejtjeit használják fel szállító eszközül — pl. a gonococcusok a fehérvérsejteket — akkor nem fogunk döntő ellenmondást találni abban, hogy a rák vírus, melynek élete a ráksejthez van kötve, ezzel együtt, ennek belsejébe ágyazva halad tovább a nyirokcsomókba és a szervezet távolabbi részeibe.

Epidemiológiai szempontból azt kell mondani, hogy a bakteriológiai korszak előtt olyan nyilvánvalóan fertőző betegségekről, mint a lepra vagy a tuberkulózis kitűnő tudósok egész sora vitatta, hogy azok semmiképp sem lehetnek fertőzőek. Ez persze távolról sem bizonyítja, hogy a kitűnő tudósok a rák tekintetében is té-

vednek, csak azt, hogy a legkitűnőbb tudósok is tévedhetnek. Valamely betegség fertőző természete akkor nyilvánvaló, ha az incubatio rövid, ha a fertőzés időpontja pontosan megállapítható és ha arra a fertőzésre mindenki vagy a legtöbb ember hajlamos.

A rákos dispositio úgylátszik nemcsak egyéni, de ugyanabban az egyénben is bizonyos életkorhoz kötött. Vannak családok, melyeknek minden női tagja emlőrákot kap, de csak bizonyos életkorban — pl. 40—50 év között. A rák olyan lassan és legtöbbször oly észrevétlenül fejlődő betegség, hogy akárhányszor már igen előrehaladt stádiumban van, mikor a beteg vagy orvos felfedezi az első tüneteit. A lappangási időszak pedig akár évekre is terjedhet, mint azt pl. a bőrrákot vezető praecancerosus elváltozások mutatják, melyek hosszú idővel megelőzhetik a rákra valló első anatómiai elváltozásokat. A rákos fertőzés pedig — ha egyáltalán van ilyen — nyilván étkezéssel, utcán járással, munkával, szóval olyan banális, mindennap többszörösen megismétlődő vagy folytatódólagosan hosszabb időt betöltő eseményekkel kapcsolatos, melyek nem szögeződnek le emlékképek gyanánt.

Ha egyáltalán van rákos fertőzés, azt nyilván filtrálható vírus okozza, mely 1. igen könnyű, tehát porral elvegyülve könnyen a levegőbe kerül, belélegezhető és minden tárgyon tapad, mely az utca vagy a lakás porával egyáltalán érintkezésbe juthat.

2. kiszáradásnak, hidegnek nagy mértékben ellenáll, tehát akár hónapokig megőrizheti virulentiáját.

3. intracellularis életet folytat, tehát minden valószínűség szerint a széteső ráksejtekkel, tehát a rákos fekélyek váladékával kerül ki a rákos beteg szervezetéből s az ezek által beszenyezett kéz, ruha, kötőszerek és minden egyéb tárgy terjesztheti. Ilyenképpen a rák nemcsak egyénről egyénre egyenes átvitel, hanem élettelen tárgyak útján is terjedhet.

Elsősorban az élelmiszerek veszedelmesek ebből a szempontból. Erre már Borrel utalt 1923-ban. A nyersen elfogyasztott étel pl. gyümölcs, saláta, különösen alkalmas arra, hogy a tanyai ember rákcsírát a sok száz kilométer távolságra lakó városi ember gyomrába szállítsa. Veszedelmes továbbá minden élelmiszer, melyet otthon nem főznek, nem sütenek meg (kenyér, sajt) de elképzelhető, hogy evőedények, evőeszközök is terjeszthetik a rák vírust. Ha pl. rákos pincér terít, vagy ha ő maga nem is rákos, de a felesége méhrákjából származó rákcsírát hordozza kezén, ruháján, fehérműjén, ezeket könnyen rákenheti a tányérra, a villára, zsemlyére, ahonnan azok a vendég emésztőcsatornájába kerülnek. Mindez megfelel annak a tapasztalatnak, hogy leggyakoribb az emésztőcsatorna rákja.

Hogy a rákos csírát kézfogás útján is átadhatja az ember a jó barátjának s hogy azok az utca porával rászállhatnak az ember arcába, behatolhatnak szájába, orrába, a nők hüvelyébe, sőt ha a méhszáj szülés folytán beszakadt, akár a méhébe is — az könnyen elképzelhető, ezer és ezer másféle móddal együtt, melyre mindaddig alkalom nyílik, amíg a rákos váladék költőszerek, köpet, bélsár, vizelet hüvelyváladék révén és még számos egyéb úton hozható közforgalomba.

A védekezés egyetlen módja nyilvánvalóan a rákosok izolálása; nem bántó módon, ahogy azt sok évvel ezelőtt Roosevelt Park ajánlotta, hanem a lehető leghumanusabban: a rákos betegek kötelező kórházi ápolásával. Ez lehetővé teszi a rákos váladék veszélyeinek teljes kiiktatását s ezt az intézkedést a legtöbb beteg és a hozzátartozók túlnyomó része csak hálával fogja fogadni, ha nem terhelik meg őket túlságosan anyagilag vagyis ha a kevésbé tehetősek ápolási költségeit az ál-

* Közkórházi Orvostársulat, 1937. jan. 13. Semmelweis-előadás (Gyógyászat), és Budapesti Orvosi Kaszinó 1938. okt. 25. (Therápia, 1938.).

lam vállalja magára. Rendszerint úgyis csak néhány hónapi ápolási többletről van szó, hiszen végül ezek a betegek mégis kórházba kerülnek és legalább is nagy részük ott tölti utolsó heteit, hónapjait.

A helyzet csak annyiban változnék, hogy néhány hónappal több időt töltenének kórházban, melyben minden rákos beteg számára kellene helyet biztosítani, a gyógyíthatókat meggyógyítani és elbocsátani, a gyógyíthatatlanokat pedig életük végéig ott tartani és természetesen gondoskodni nemcsak a rákos váladék biztos ártalmatlanná tételéről, hanem arról is, hogy ezeknek a szerencsétleneknek sorsa legalább is elviselhetővé tészesék. Azok a tapasztalatok, melyeket pl. a tuberculosissal szembeni védekezés szolgáltatott, megtanítottak arra, hogy egyáltalán nem szükséges ezeket a betegeket hozzátartozóiktól, barátaiktól teljesen elzárni, de mindenestre csak bizonyos óvatossági rendszabályok betartásával lehet nekik egészségesekkel az érintkezést megengedni. Semmiesetre sem ajánlatos azonban őket családjuk körében meghagyni, mert a filtrálható vírussal szemben a védekezés sokkal nehezebb, mint a tbc. bacillussal szemben. Különösen fontos volna azon rákos betegek izolálása, akik közvetlenül vagy közvetve élelmiszerekkel jutnak érintkezésbe, pl. földműves, kertész, kofa, pék, pincér, fűszeres, szakács, stb. valamint az ilyenek rákos, vele együtt lakó hozzátartozói.

Bizonyos, hogy mindez ma csak kísérlet számba menne és hogy e kísérlet kedvéért, melynek sikerét megígérni nem lehet és amelynek indoklásául szolgáló hipotézist nem lehet megcáfolhatatlan tudományos igazság gyanánt beállítani, egyeseknek kellemetlenséget, költséget okoznánk.

Ezzel szemben áll, hogy

1. a rák fertőzőes eredetét feltételező felfogás a legszigorúbb kritika mellett is legalább annyi alappal és olyan valószínűséggel bír, mint bármely más ráktheoria, sőt mondhatjuk, hogy a filtrálható vírus az egyetlen tényező, melyről ma biztonsággal állíthatjuk, hogy önmagában is tud rákot előidézni.

2. A fertőzőes ráktheoria az egyetlen ráktheoria, mely a rák elleni védekezés szempontjából nem defaitista s amely egyáltalában elképzelhetővé teszi azt, hogy a rák elleni védekezésre valamely közvetlen hasznát ígérő eljárást kipróbáljunk.

3. Bár a mindennapos orvosi tapasztalat kevés olyan esetről tud, melyben a ráknak egyik egyénről a másikra átterjedése bizonyos joggal felvehető, ezt a rákos fertőzés imént vázolt lehetőségei s a rákbetegség lassú lefolyása kellőképpen megindokolják.

4. Orvosi ténykedéseinkben akárhányszor kénytelenek vagyunk nem az abszolút bizonyossághoz, hanem az adott lehetőségekhez és a legnagyobb valószínűséghez igazodni.

5. Senki sem tudja, mikor fogunk a rákkérdésben teljesen tisztán látni, viszont igen sürgős, hogy a rákveszedelem terjedése ellen tegyünk már valamit, mert a rákos betegek száma állandóan nő.

Komoly egyéni érdekek kiterjedtebb kockáztatásáról szó sem lehet, sőt ellenkezőleg kétségtelen, hogy a rákos betegek túlnyomó többsége szívesen venné, ha ápolásáról és ellátásáról az állam, illetve a közület gondoskodnék s ehhez a hozzájuktartozók túlnyomó többsége is boldogan adná belegegyezését. Viszont a közre ezen a réven elviselhetetlen vagy akár csak igen súlyos teher aligha háramolnék s ezzel szemben a rákveszedelem terjedésének meggátlása, sőt lényeges csökkentése, esetleg megszüntetése a valószínűségnek bizonyos józan mértékével remélhető volna. Ezért azt kell mondanunk, hogy a kockázat nem túlságosan nagy s az áldozat me-

lyet hoznunk kellene mindenestre aránytanul kisebb mint a siker esetén várható eredmény értéke. A sikert persze senki sem ígérheti; az is valószínű, hogy a siker csak évek múlva válhatik nyilvánvalóvá és hogy erre a sikerre sokkal nagyobb mértékben lehetne számítani nemzetközi egyetértés és nemzetközi együttműködés esetén. Valahol azonban mindenestre meg kell kezdeni a dolgot és szép volna, ha ennek a kis országnak sikerülne megtennie az első lépést ez óriási jelentőségű probléma megoldására.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika II. belosztályának közleménye.

A félbenhagyó aortitis syphiliticaról.

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

Az aortitis syphilitika (a. s.) az esetek nagyobb részében előrehaladó természetű betegség. A kórboncolástani elváltozás ezen bajban tudvalevőleg az, hogy első sorban a felhagyó aorta mediájában, több helyen számos, fajlagos gyulladáso gós keletkezik, a mely a rugalmas rostok pusztulásával jár és hegesedéssel gyógyul, a hegesedésnek felelnek meg az aorta intimáján látható behuzódások. Az idő folyamán mindinkább szaporodó gócos elváltozás folytán az aortának mind nagyobb része betegszik meg és ennek következtében fejlődnek ki azután az aortitis szövödményei: az aorta tágulása, a koszoruserék eredési helyének beszűkülése miatt a szívizom megbetegedése a félholdképzű billentyük elégtelensége és az aorta elhatárolt helyén a mediának úgyszólván teljes elpusztulása következtében az aorta zsákyszerű aneurysmája. — Ezen kórboncolástani elváltozás pontosabb megismerése vezetett az e betegséggel alaposabb foglalkozás idején, úgy ezelőtt 15—20 évvel, arra a kórjós-lási megállapításra, hogy a szövödmény nélküli aortitis az első tünet jelentkezésétől a halálig 3—3½ évig tart, az aortabillentyük elégtelenségével vagy a szívizom megbetegedésével járó a. s. pedig kb. 1½ évig. Az azóta világszerte megindult kutatás azonban kiderítette azt, hogy az a. s. számos esetben nem ilyen rossz kórjós-latú. Mind több és több esetet volt alkalom észlelni, ahol az idején bevezetett és megfelelő syphilisellenes kezeléssel első sorban salvarsannal, a betegség előrehaladását sikerült megakasztani, a kezdődő tünetek (fáradékonyság, szegényvérűség, szegycsont mögötti fájás stb.) elmúltak és a beteg számos, néha 6—8, sőt 10 évig is aránylag jó egészségi állapotban maradt, sőt jó munkateljesítményt is kifejthetett. A kezelés nyilván a lobos gócek hegesedésére vezetett és a mi ennél is fontosabb, meggátolta azt, hogy új pusztító gócek keletkezzenek. A megfigyelés azonban azt is mutatta, hogy aránylag sok esetben a betegség sok-sok éven át változatlanul maradt akkor is, ha a beteg semmiféle fajlagos kezelésben nem részesült. Ezen esetek nagy részében nyilván oly a. s. -ja volt a betegnek, a melyet félbenhagyó (abortiv) aortitisnek (Stadler rudimentaer aortitisnek mondja) nevezhetünk.

Kivált Herzog Ferenc vizsgálatai óta tudjuk azt, hogy az aortitis mindenek szerint a legtöbb esetben már nagyon korán, rövidesen a fertőzés után indul meg. A mediában a lobos gócek, sőt azoknak a hegesedése is már 1—2 évvel a fertőzés után kimutatható, a tünetek azonban többnyire csak sokkal későbbben köszöntenek be, akkor, amikor a mindinkább előrehaladó folyamattal egyidőben kifejlődő aortafibrosis, aorta-

sklerosis vagy hypertonia az ezideig lappangó betegséget manifestté teszi. A pontos kórszöveti vizsgálat azonban kimutatta azt is, hogy az a. s. egy részében a gyulladási folyamat ugyan nagyon korán indul meg, de nem sok gócu, nem nagyon kiterjedt sem vastagságban, sem hosszanti irányban és hogy ezen gócok hegesedése bekövetkezhet oly módon, hogy az aorta fala végeredményben súlyosabb elváltozást nem szenved elsősorban azért, mert friss gócok nem keletkeznek. A mikroszkopiai vizsgálat ilyenkor nem mutatja a csak kissé is előrehaladt betegség szokott képét, kiterjedt sok foltú hegesedést és ezek közvetlen szomszédságában vagy távolabb számos friss beszűrődést, hanem csak egészen elhatárolt hegesedést mutat friss gyulladási gócok nélkül. Ez azon aortitises alak, a melyet félbenhagynak, abortivnak nevezhetünk. A syphilis kórtanában erre analogia bőségesen van elsősorban a tabes kórtanában. Régóta jól ismert azon tabes alak amidőn a valamely ekből végzett vizsgálat a patella-, vagy Achilles-reflex hiányát, az egyik vagy mindkét pupillának fényre hiányzó reakcióját mutatja, a vizsgáltnak e mellett semmiféle ez irányú panasz nincs és sok év, sőt évtized után sem fejlődik ki új tünet. Hogy itt is befejezett hegesedésről van szó, bizonyítja, hogy ezen esetekben a gerincgyági folyadék vizsgálata is negatív eredményű. A hepar lobatum syphiliticum is ilyen abortiv betegség anatómiai megnyilvánulása lehet, többszörös gumma gyógyult meg hegesedéssel anélkül, hogy a májszövet kiterjedten megbetegedett volna. Bizonyos az is, hogy az agyvelő és gerincvelő burkainak is sokszor van ilyen abortiv betegsége akkor, amikor az eleinte pozitív liquor negatívvá válik és az is marad anélkül, hogy az idegrendszer elváltozására utaló klinikai tünetek mutatkoznának. Az aortitis ilyen abortiv lefolyása természetesen csak akkor mutatkozhat, ha az abortiv folyamat a felhágó aorta úgynevezett néma területén folyik le, tehát az aortitis supracoronaria eseteiben (Schottmüller). Nyilvánvaló, hogy az a. s. ilyen lefolyásában szerepe lehet az egészen korai másodlagos stádiumban (tehát még nem az aortitis ellen) alkalmazott erélyes fajlagos gyógyításnak, de kétségtelen, hogy a constitúciónak is van szerepe benne. Az ilyen abortiv a. s. klinikai képe az, hogy aránylag fiatal korban megelőző syphilis után és rheumára valló kórelőzmény nélkül kissé tágult aortát találunk, halk systoles zörejt hallunk az aortán, az aorta második hangja kissé csengő és sok év után sokszor a nélkül, hogy a beteg bárminemű kezelésben részesült volna — hiszen éppen azért nem kezelte magát a beteg, mert semmi ilyen irányú panasz nincs — teljesen változatlan leletet mutat ki a vizsgálat. — Poliklinikai rendelésen az ilyen betegek egész sorát volt és van alkalmunk éveken át megfigyelni; a beteg időről-időre jelentkezik a rendelésen, mert köhög, mert bélhurutja van, stb., de aortája éveken át nem változik semmit. Az ilyesfajta eseteknek igen nagy gyakorlati jelentősége van. Az ilyen aortitis ellen fajlagos kezelést voltaképpen nem is kellene alkalmazni, hiszen az ilyen beteg aortájában nincsen olyan elváltozás, amelyet a syphilis ellenes kezelés még befolyásolni tudna.

Éppen azért felette fontos volna, ha az ilyen félbenhagyó aortitis kórjelzését meg lehetne állapítani. Erre azonban ez idő szerint módunk nincsen. Néhány évvel ezelőtt Koppang állította azt, hogy Wassermann negatív aortitis inactiv voltára, tehát nem előrehaladó természetére vallana az, ha a vérsülyűedés normális. Egyik munkatársam Székely Gyula éveken át vizsgálta ez irányban rendelésünk betegeit anélkül, hogy meg

tudta volna erősíteni Koppang állításait; nagy sülyűedést látott sokszor olyankor, amikor az aortitises folyamat klinikailag éveken át változatlan maradt és rendeset olyankor, amikor a rosszabbodás szemünk láttára következett be. A fehérvérsejtszámolás, a fehérvérsejtkép vizsgálata, a luetinreactio, az egyidőben alkalmazott guttadiaphotvizsgálat mind cserbenhagytak. Több mint egy évtizede, hogy élénk figyelemmel kísérem ezen eseteket és azt kell mondanom, hogy az abortiv a. s. kórjelzését ez idő szerint csak az éveken át eszközölt gondos klinikai észlelés tudja megállapítani és hogy ma nincsen még mód arra, hogy elkülönítsük azon aortitis eseteket, a mikor a syphilis ellenes gyógyításra szükség van azoktól, ahol az mellőzhető.

Kérdés az, hogy az a. s. ilyen abortiv lefolyás gyakori-e? Mindenek szerint igen. Jól tudjuk, hogy az a. s. gyakran semmi klinikai tünetet nem okoz. Maresch 700 esetre terjedő anyagában klinikai tünet csak az esetek felében volt. Valószínű, hogy az esetek második felében sok volt az abortiv aortitis, bárha jól tudjuk azt, hogy a tünetmentesség egyáltalában nem bizonyítja azt, hogy az aortitis abortiv természetű, hiszen sok beteg hal meg hirtelenül aortitise folytán, a kinek az ideig soha aortitisre valló tünete nem volt. Statisztikai megállapításom szerint a lueseseknek kb. 15%-ban fejlődik ki az aortitis, ezeknek csak $\frac{1}{3}$ -a esik betegségének áldozatául, megint valószínű, hogy a másik $\frac{2}{3}$ -ban sok az abortiv alak. Felette érdekes, hogy aránylag sok az abortiv alak oly betegen, akinek aortitise mellett tabese vagy paralysise is van. Erre már kb. 10 év előtt elsősorban osztrák szerzők Frisch, Kessler, stb. hívták fel a figyelmet. Wagner—Jauregg is mondotta már régen, hogy ritkán látott paralysiseben szenvedőt szívbajban meghalni. Rendkívül érdekesek voltak e szempontból Scherer gondos histologiai vizsgálatai, a ki paralysiseben meghaltak aortájában sokszor talált kisebb vagy nagyobb fokú hegesedést a mediában friss gócok nélkül. Valószínűleg ez magyarázza azt, hogy a paralysisek legnagyobb része jól bírja a malariakúrát, a mivel szemben jól ismerjük az aortitisben szenvedők érzékenységet fertőző betegséggel szemben; 1918—19-ben az influenza a syphilisesek között óriási pusztítást végzett nyilvánvalóan elsősorban aortitisük miatt.

Rendkívül ritka, mondhatnám egészen kivételes az, hogy syphilises aortainsufficiencia, sőt aneurysma mellett is félbenhagyó természetű legyen a betegség. Emlékszen oly syphilises aortainsufficienciát feltűntető egyénre, akinek több mint 10 éven át semmi ezirányú panasz nem volt, akinek elektrokardiogramja ez idő alatt mindvégig úgyszólván ép maradt és a ki aztán intercurrentis betegségben halt meg. Oly paralysisek beteget is volt alkalmam látni, akinek — igaz nem nagy — aneurysmáját 15 éven át figyeltem meg és a ki végül is tüdőgyulladásban halt meg. Positív, a szívizom elváltozására utaló elektrakardiografiai elváltozás mellett persze alig lehet remény arra, hogy a beteg aortitise abortiv maradjon.

Influenza, influenzás pneumonia hatásos ellenszerének bizonyult a pneumococcid és gonococcid hatásáról közismert chemotherapeuticum, a ronin (tableta és kúp.) A toxinképződést akadályozó, bakteriostatikus hatás a láz gyors csökkenésében, a beteg közérzetének, sensoriumának javulásában azonnal kifejezésre jut. A prodromalis stádiumban adagolt ronin a betegség kitérését coupirozza, a betegség folyamán adva pedig a complicatiók jelentkezését csökkenti,

Az Erzsébet Tudományegyetem bőrklinikájának (igazgató: vitéz Berde Károly ny. r. tanár) és az Országos Tisztviselő Betegápolási Alap (igazgató: Gerlóczy Géza c. rk. tanár) közleménye.

Fejezetek a rákprobléma köréből.

Irta: Follmann Jenő dr.,
egyetemi magántanár, főorvos.

2. fejezet.

A daganattelep, vagy daganatcsiratelepek fogalmáról.

Mielőtt a korábban*) említett törvényszerűségeket tovább elemeznénk, ki kell térnem a rákos átalakulás lényegéhez szorosan kapcsolódó daganattelep vagy daganatcsiratelepek fogalmára. Ennek meghatározása B. Fischer—Wasels szerint a következő: „Minden daganattelep tulajdonképpen egy organoid, vagy hibásan képzett szervtelep, amely azonban a daganat képzésével még nem kell, hogy azonos legyen”. Vagyis a *daganatcsiratelepek csak hibás szervtelepek, de még nem daganatok*.

A fiziologiában azonban a szövet és szervtelepek fogalmához — mint azt a későbbiekben példával is megvilágítjuk — élesen körülhatárolt állapotok és képességek egész sora kapcsolódik. *A telep maga pedig csiraplasmásan feltételezett, szabályszerűen mindig kifejlődő, fajlagos sejtekből álló szövet*.

Lényegében tehát a daganatcsiratelepek fogalmának felállítására nem egyéb, mint normalis sejtcsoportok tulajdonságainak kölcsönzése kóros sejtcsoportok számára. Eszerint ugyanis a rosszindulatú sejtburjánzás az erre a célra különlegesen képződött, hibás alkotású sejtekből, vagy sejtcsoportokból indulna ki, amely sejtcsoport a normalis sejtek és a daganatsejtek között foglalna helyet és feladata volna a daganat csiratelepeit szolgálni.

Tulajdonképpen meg is fordíthatnánk a támasztékok keresését és a daganatoktól kiindulva vethetnénk fel a kérdést, vajjon termelődik-e a szervezetben olyan sejt, vagy szövetszövet, amely daganatképzésre hivatott?

Tudjuk, hogy ugyanabból a szövetből többfajta daganat indulhat ki. A mirigyből nemcsak adenocarcinoma, hanem basocarcinoma, spinocarcinoma, polymorph rák, stb. is. Másrészt a különféle támasztószövet-fajtákból azonos szöveti képet nyújtó gömb-, orsó-, óriássejtű sarkomák keletkezhetnek. Sőt nincs olyan szövet, amelyből carcinosarkoma ne eredhetne. Tudomásulvéve a daganatok előbb vázolt sokféleségét és a csiratelepek fogalmához tartozó specifikitást, a csiratelepeket is, amelyekből ezek a daganatfajták kiindulnak, ilyen sokféleképpen kellene megismernünk. Kellene tehát valamely szöveten belül külön adeno-, spino-, basocarcinoma, stb. képző telepeket felvennünk. Valamely szövet és a belőle képződő daganat között ilyen daganatmeghatározó vonatkozás azonban nem került napfényre. Legalább is *nem ismeretes sem olyan eljárás, sem olyan vizsgálati, vagy kísérleti adat, amely reá tudna mutatni arra a sejtre, amely rákképzésre hivatott, vagy megjelölné azokat a tulajdonságokat, amelyek a sejteket külön spino-, baso-, vagy adenocarcinomák, stb. képzésére determinálná*.

A továbbiakban a fejlődéstan adatait is segítségül hívjuk a daganattelep kereséséhez a daganat képződése előtti helyen és időben.

Az egészséges szövet- és szervtelepek meghatározásához a hajszáltelepek képződését és további sorsát fogjuk példának felhasználni.

*) Lásd: „Fejezetek a rákprobléma köréből.” I. rész. (O. H. 1939. 29. sz.)

A hajszálak az ébrényi élet harmadik hónapjában fejlődnek a felhámól, oly módon, hogy a hám körülírt helyén a basalis réteg sejtjei szaporodni kezdenek. A kis sejttelep a bőr belseje felé megnyúlik néhány sejtől álló dombocska, majd tömör hámcsap alakjában. A hajcsira mélybenyúló végébe a kötőszövet néhány sejtől és erekből álló szövet révén kis üreget boltosít, amely a hámtüszőnek tápláló telepe lesz. A születés idején a hajtelepek képzése már túlnyomórészt befejeződött. A később kihulló hajszálak újraképzése a régi tüszők falából indul ki. A test egyes helyeit élettani feladat és minőség szempontjából különböző hajszálak fedik. A méhenbelüli életben csaknem az egész testet finom piheborítat borítja. A fején kb. az élet harmadik hónapjában jelentkezik a maradandó jellegű hajzat. Később a serdülés alatt megindul a nemi jellegekkel kapcsolatos szőrzet fejlődése a nemi szervek körül, a hónaljban, az állon és a felsőajkon, az élet második felében pedig az orrnyílásokban, fülben, nők állán észlelhető erősebb szőrzetnövekedés.

Az elmondottak tulajdonképpen ismert fejlődéstan és élettani tények. Bizonyos csoportosításuk azonban kiemeli, hogy a normalis sejttelep képződése szigorúan meghatározott szabályok és törvényszerűségek alapján megy végbe. Valamely szervtelepek képződése a fajtafejlődés különleges képességeket jelentő és igen kevésbé befolyásolható folyamata.

A bőr függeléke, a szőrtüsző 1. az ébrényi élet harmadik hónapjában indul fejlődésnek. Nem tetszésszerűen, hanem jól meghatározott időben. 2. A szőrszáltelepek kialakulása a felhám körülírt helyein jön létre. Nem az oesophagus, nem az urethra hámeredetű részeiből, amelyeket pedig szintén többrétegű laphám fed, hanem csak a bőrhámól. 3. Az egyes testtájak szerint, főként pedig a végződő feladatok szerint a szőrszálak mindig azonos felépítésűek és speciális feladatot teljesítenek. Nem lesz belőlük más felépítésű hámszerv, pl. fogzománc, vagy köröm, amelyek pedig szintén ugyanazon csiralemez származékai. 4. A szőrszál kis sejtombocska képződésével kezd fejlődni, majd megnyúlt hámcsap lesz, amely alulról kötőszöveti papillát kap, később pedig kialakítja a gyökhüvelyeket és a szőrszálakat. Olyan szőrtüsző, amelynek csiratelepeiből nem ezek a szövetek, hanem más, ugyancsak ektodermális eredetű szövet pl. ependyma, stb. fejlődne, eddig még nem ismeretes. A képződés menete tehát nem a véletlen műve, hanem törvényszerűség.

A fejlődéstan és szövettan adatai után áttérünk a kísérleti adatokra is. Ezek a kísérletek a normalis viszonyok és folyamatok megváltoztatását, a csirasejtek, barázdálódási golyók, a csiralemez, az ébrényi szervek, stb. fejlődésének, az egyes részek keletkezési sorrendjének vagy helyének befolyásolását célozták.

A fejlődéstan kísérletek a nehézségerőnek, a forgatással járó centrifugális erőnek, hideg, ill. meleg túvel sértésnek, elektromos árammal és kémiai szerekekkel történő izgatásnak a petesejtre gyakorolt hatását és a barázdálódási golyók mesterséges szétválasztásának következményeit kutatták. (Newport, Pflüger, Roux, Hertwig O.) A vizsgálatok tárgya a kedvező megfigyelési lehetőségek miatt különféle alacsonyabbrendű állat, főként béka, göte, és tengerimalac petesejtjei voltak.

Az eredményeket a következőkben foglalhatom össze: A peteplasma mechanikus izgatása, részeinek összekevergetése a pete fejlődését nem befolyásolja, ha a mag nem sérül. *A fejlődés megindulása idején a petében a szerveknek megfelelő fajlagos helyhez kötöttség nem vehető fel, mert a barázdálódás alatt is fejlődhet sértés, vagy mesterséges szétválasztás folytán valamely*

pete 2, 3, vagy 4 barázdálódó sejtjéből, ha azokat külön továbbfejlesztjük, ugyanannyi ébrény. Ezekben az ébrényekben minden egyes egyedben később az összes szervek kifejlődnek. Nagyságuk azonban az osztatlan csírából fejlődő ébrény nagyságának csak fél, harmad, vagy negyed részét éri el csupán. A barázdálódás után, a csíralemezek fejlődésének idején azonban, — tehát, amikor még mindig nem beszélhetünk szervtelepekről, — a szervek kialakulása már szigorúan sejtekhez és helyhez kötött. A beavatkozás ilyenkor már az egyes szervek leendő telepét pusztítja. A sértett helyről keletkező szervek fejlődése vagy hibás lesz, vagy elmarad. Vagyis torzok keletkeznek.

Ismét más kísérletek a csíralemezek egyes részeit befolyásolták. (Mangold, Speemann, Stöhr, Bautzmann, stb.) Különböző változatokban cserélték ki a szerzők művi úton két fejlődő pete chordájának és csíralemezeinek háti, hasi és oldalsó részeit egymással. Pl.: a chorda háti részét és a mesoderma hasi részét ültették egymás helyére ugyanazon a petén. Vagy pl. az egyik pete háti chordarészét a másik pete hasi mesodermája helyére és ezt viszont az első pete kivágott háti chordarészének helyére ültették. Az eredmények azt mutatták, hogy akár valamely csíralemez különböző részei cseréltek helyet egymással, akár különböző csíralemezek nem egymás mellett fekvő részei kerültek egymás mellé, az átültetett rész a későbbi fejlődés során mindig normalis sejteket termelt és a keletkezett szövet kialakulása új helyén is ugyanolyan mederben folyt, mintha az operatio előtt rendes helyén indult volna fejlődésnek. *Nem változtatta meg tehát az átültetéssel járó új helyzet a csíralemez sejtjeinek normalis fejlődését és nem befolyásolta azoknak fajlagosságát sem.* Ugyanis a fejtelepből új helyen is fejtelep képződött és az átültetett izomlemezéből is izomszövet lett, stb.

A vizsgálatok harmadik, legnagyobb számú sorozata kifejlett ébrényi szövetek átültetésével foglalkozik. Céljuk a befejezetlen differentiálódású, élénken szaporodó ébrényi sejtek és szövetek normalis viszonyainak megváltoztatásával a daganatos átalakulás előidézése volt. (Askanazy, Bosaeus, Carrel, Törő, stb.)

Az átültetés az anyaállatba, vagy más fajtájú állatba történt. Az átültetett anyag ébrényuzatból, vagy ébrényi szervekből állott. A beültetés a befogadó állat hasürébe, bőre alá, vagy egyéb szervébe (szemlencse, nemi mirigyek,) történt. Egyéb módon is igyekeztek a szerzők az átültetés körülményeit változtatni. (Éheztetés, chronikus genyedések, vitaminelvonás, arsenvizitatás, érbe adott kátrányoltások, graviditás.) Az átoltandó ébrényi részeket is különbözőképpen kezelték a beoltás előtt. (Hideg, meleg, röntgen-, v. radium-sugárzás, chemiai anyagok, aceton, bensol, indol, lecithin, saponin, és carcinoma vagy sarkoma hozzákeverése.)

A fentiek alapján a kísérletek számos variációjára feljogosít bennünket arra, hogy azok eredményeit tovább tárgyalásunk kiindulópontjaként elfogadhassuk. Ezek az eredmények pedig azt mutatják, hogy a normalis állat bármely részébe vegyi anyag vagy bármely más ártalom nélkül átültetett ébrényuzat vagy ébrényi szerv a specificitását nem változtatta és daganatos sejt-szaporodást sem keltett. Vagy elpusztult, vagy hibásan, csökevényesen fejlődött a szövet vagy önálló szervek, (csont, porc, izom, szőrszál, mirigyek, stb.) alakultak, de valódi daganat a sok tízezer kísérletből egyszersem keletkezett. Daganat csupán akkor jött létre, ha a beoltott ébrényi szövetek vegyi ártalmat szenvedtek. A keletkezés feltételei tehát a kifejlett szövetekkel végzett rákkeltő kísérletek feltételeivel azonosak voltak. Ha a kísérletben résztvevő egyik tényezőt egyéb kísérletből cancerogennek ismert anyaggal kezelték, akkor

sikerült a rákkeltés. Így Carrel arsensavval oltott ébrényuzata tyúkban orsósejtű sarkomát eredményezett. Ugyanezt érte el Askanazy, ha az állatot előzetesen arsennel táplálta.

Összefoglalva a fejlődéstan, a normal szövettan és a kísérletek szolgáltatata tényeket, azt találjuk, hogy 1. a szövetek és szervek képződése az élet meghatározott időpontjához van kötve; 2. kiindulási szövetük meghatározott embryonalis szövet; 3. a fejlődés helye a szervezetben mindig körülírt; 4. a képződemény mindig azonos szövetfajtaból, vagy szövetfajtaból épül fel; 5. részeinek kialakulása sorrendhez kötött; 6. szerkezete mindig egyforma; 7. és a szervezetben mindig azonos, jellegzetes működéseket végez.

A telep, ill. csíratelep fogalmának fenti tartozékai szerintünk elengedhetetlenek és ragaszkodnunk kell a csíraplasmásan feltételezett alaphoz és a szabályszerű fejlődésmenethez is. Ellenkező esetben minden önmagát fenntartó, szaporodóképes szövet az élet bármely szakában, vagyis tulajdonképpen minden szövetünk csíratelepnek volna tekintendő, mivel a csonthártya osteoblast-csíratelepet, az életlenül regeneráló háms epidermoblast-csíratelepet jelentene, stb. Az élet delén túl, amikor a csíraplasma-potentiák valóságá válásának már régen nincs semmi nyoma sem — az ilyen fogalomfelállítás és törvényszerkesztés a fogalmak felbomlásához vezet.

Valamely szövet, vagy szerv csíratelepe az evolutio, a morphologia, a functio és a topographia szempontjából, stb. igen szűk keretek között mozog.

Vajjon beleilleszkedik-e a fenti keretek közé a Fischer—Wasels által felvett daganattelep, ill. daganat-csíratelep fogalma? Van-e a szervezetben olyan fajlagos sejt-, vagy szövetfajta, akár normalis akár hibás felépítésű, amelynek az a hivatása, hogy rákká alakuljon, vagy amely magában hordozza az rákká alakulás szükségességét. Tartalmazhat-e a csíraplasma olyan fajlagos rákcsíratelepet, amelynek meg volna határozva a kifejlődésének helye, ideje és alaktana már a fejlődés kezdetén?

A daganat 1. az élet bármelyik szakában, 2. bármelyik szövetfajtan, 3. a szervezet bármely helyén, 4. a legkülönbözőbb alaktannal, 5. teljesen rendszer nélkül, 6. szerkezet nélkül, 7. csaknem mindig jellegzetes működés nélkül, 8. sohasem az evolutio szabályszerű részjelenségeként, hanem a különböző ártalmak eredményeként keletkezik.

Meg kell jegyeznünk, hogy mivel a normalis szövetek körében a rákcsíratelep felismeréséről le kell mondanunk, esetleg gondolhatnánk az elszórt szövetcsírokra, a choristomákra és a hibás fejlődésű szövetekre, a hamartomákra. Ezek azonban csak kivételesen előforduló képződemények és ezeknek is csak elenyésző töredékrészben jut szerep a rákképzésben. Indokolatlannak kell tehát tartanunk, hogy igen nagyszámú daganat részére ebből az alig néhány esetből állítsunk fel általános érvényű törvényt, amely törvényre Ullmann is megjegyzi, hogy „von den latenten Geschwulstkeimen B. Fischer—Wasels erfahren und wissen wir in den allermeisten Fällen nichts.”

A regeneratio kapcsán felvett daganatcsíratelep képződése pedig tisztán theoretikus megállapításokra támaszkodik. Mindennél meggyőzőbb volna, ha a különböző szervek regenerációjára folytán keletkezett csíratelepek szöveti képeit volna alkalmunk eredeti fényképfelvételeken látni. Ez a megállapítás csak akkor emelkednék törvényerőre, ha a valóság adná hozzá az alapot.

Tökéletesebb és kevésbé tökéletes regeneratio különböző képeit ismerjük és nyomon tudjuk követni a

normalis szöveti berendezés egyes részeinek az ártalom hatására bekövetkező pusztulását is. De ebben a megszakítás nélküli folyamatban különleges sejtcentrumokat még nem észleltünk.

Végeredményben tehát ártalmak hatására differenciálódásukat lassanként elvesztő normalis sejtek vannak. De daganatképzésre fajlagosan hivatott sejtcentrumok nincsenek. Ennélfogva daganattelep vagy daganatsíratelep a fejlődő szervezetben nincs és az élet későbbi szakaszaiban sem képződik. Ez a fogalom a rákfejlődés menetében nem illeszthető és semmi alappal sem rendelkezik.

A Ferenc József Tudományegyetem közegészségügyi és áll. kórtani intézetének közleménye. (Igazgató: Lőrincz Ferenc ny. rk. tanár.)

Sulfathiazol (Ultraseptyl) hatása a kísérletes pneumococcus-fertőzésre.

Irta: Ivánovics György dr., egyet. magántanár.

A kísérleti és klinikai megfigyelések arra utalnak, hogy a p-aminobenzolsulfamid (a továbbiakban röviden sulfamid) és rokonvegyületei a streptococcus fertőzéseken kívül egyéb coccus-fertőzésekkel, így pneumococcus-fertőzéssel szemben is hatásosak. *Buttle* és munkatársai, továbbá *Rosenthal*, majd *Cooper*, *Gross* és *Mellon* különböző pneumococcus-typusokkal enyhén fertőzött egerek és patkányok betegségének lefolyását sulfamiddal kedvezően tudták befolyásolni. Azt találták azonban, hogy e szer hatása jóval kevésbé kifejezett pneumococcus, mint streptococcus-fertőzésre. Klinikai megfigyelések számolnak be arról, hogy a sulfamid emberi pneumococcus-fertőzésre is kedvező hatást gyakorol; *Whitby* a sulfamidnak ezt a hatását azonban igen kevésre becsüli.

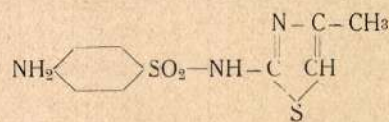
Különösen angol és amerikai kutatók igyekeztek olyan vegyületeket keresni, amelyek a sulfamid hatását pneumococcus-fertőzésben felülmúlják. *Buttle* és munkatársai a 4:4' diaminodiphenylsulfon származékait, annak Schiff-basisát és glycosidját, mások a vegyület diacetyl-származékát találták hatásosnak a kísérletes pneumococcus-fertőzésekben. E szerek kiterjedt gyakorlati alkalmazására azonban sor nem kerülhetett, mivel azok jelentékeny mértékben toxikusnak bizonyultak. A sulfamid hatását úgy is igyekeztek fokozni, hogy a sulfamidgyök egyik hydrogenjét különböző gyökökkel helyettesítették. Ezirányú kísérletek eredményei a p-aminobenzol-sulfanylsulfamid (disulfamid) és annak dimethyl származéka. A disulfamidok therapiás értékéről pneumococcus-fertőzések esetén aránylag keveset tudunk.

Igen nagy érdeklődést váltott ki és a klinikai megfigyelések szerint is igen értékesnek bizonyult a *Whitby* által ajánlott 2-p-aminobenzolsulfamido-pyridin (röviden sulfapyridin), mely szer sokkal hatásosabb coccusfertőzésekre, mint a sulfamid. E vegyület *Wien* szerint igen kevésbé toxikus; a D. L. 50 (tehát az a mennyiség, mely az állatok felét elpusztítja) egerekben 16.6 g pro testsúly kg. Eszerint tehát négyszerre kevésbé toxikus, mint a sulfamid. *Marshall*, *Bratton* és *Lichtfield* a sulfapyridin vízben jól oldódó natriumsójának toxicitását a rosszul oldódó savval szemben jóval magasabbnak találták: a D. L. 50 2 g pro testsúly kg. Valószínűleg ez a helyesebb s egyben magyarázata annak, hogy a sulfapyridin klinikai alkalmazásban toxikusabbnak bizonyult, mint azt *Wien* kísérletei alapján várhatnók.

A jelenleg ismert és a pneumococcus-fertőzéssel szemben a sulfamidnál hatásosabb szerek tehát vagy annyira toxikusak, hogy azok klinikailag egyáltalán nem

alkalmazhatók, vagy alkalmazásuk nem egyszer kellemetlen mellékhatásokkal jár. Nem látszott hiábavalónak azért az, hogy a sulfamidnál hatásosabb olyan vegyületeket keressünk, amelyek az eddigieknél kevésbé toxikusak a kísérleti állatokra, aminek megfelelőleg remélhető az, hogy azok klinikailag is minden kellemetlen melléktünet nélkül alkalmazhatók. Ezirányú tanulmányaink során több olyan sulfamid származékot vizsgáltunk, amelyben a sulfamidgyök egyik hydrogenjét valamilyen heterocyklikus vegyülettel helyettesítettük.*) Számos különböző vegyület közül a kísérletes pneumococcusfertőzésre leghatásosabbnak a sulfamid thiazovegyületei bizonyultak, — elsősorban annak methyl-származéka.

A 2-p-aminobenzolsulfamido-4-methylthiazol vízben igen rosszul oldódó kristályos vegyület (Op. 238°), aequivaleus mennyiségű natriumhydroxydban, azonban natriumsó alakjában jól oldódik. E vegyületnek, amelyet röviden a továbbiakban „Sulfathiazol”-nak jelölünk chemiai szerkezete a következő:



A vegyület 1%-os tragachanta nyákkal készült suspensióját gyomorsondán keresztül 18—22 g súlyú egerekkel etettük. A vegyület e módon alig volt toxikus; kísérleteink alapján toxicitását legalább is ötször-hatszor kisebbre becsülhetjük, mint a sulfamidét. A lúggal készült, erősen alkalikus (Ph 10) natriumsó oldata ennél jóval toxikusabb volt; a D. L. 50 3.3 g pro kg. Ilyen módon tehát kb. olyan mértékben mérgező, mint maga a sulfamid. A natriumsó nagyobb fokú toxicitása bizonyára arra vezethető vissza, hogy jól oldhatósága folytán rohamosan szívódik fel. A szer toxicitására vonatkozó vizsgálatainkat az I. táblázatban foglaltuk össze:

I. táblázat.

A sulfathiazol suspensiójának és natriumsójának toxicitása.

Kezelés	gr pro kg testsúly	állatok száma	Elpusztult szám	%
Suspensio	12.0	20	3	14
„	16.0	18	2	11
„	20.0	25	2	8
Na-só	3.0	34	15	44
„	5.0	30	26	87

A sulfathiazol kísérletes pneumococcus-fertőzésre kifejtett gyógyító hatását intraperitonealison fertőzött egereken vizsgáltuk. A fertőzésre felhasznált törzseink „teljes virulentiájú”-aknak voltak tekinthetők. Amint az a második számú táblázatból látható, 6—8 órás tenyészeteknek 0.5×10^{-9} ccm-e, tehát már néhány coccus is egeret ölt.

II. táblázat.

A használt pneumococcus törzsek virulencia-vizsgálata.

A kultura mennyisége ccm	I. typus		II. typus		III. typus		VII. typus	
	Állatok száma	Elpusztult százaléka	Állatok száma	Elpusztult százaléka	Állatok száma	Elpusztult százaléka	Állatok száma	Elpusztult
0.5×10^{-9}	8	75	8	25	12	68	11	81
0.5×10^{-8}	16	87	10	100	12	73	7	100
0.5×10^{-7}	16	100	15	100	6	100	10	100
0.25×10^{-6}	10	100	14	100	20	100	9	100

*) E tanulmányok során adódott chemiai munkákat a Chinoin vegyészeti gyár kutató osztálya végezte.

A szer védőhatásának vizsgálatában követett eljárásunk a következő volt: A közvetlen egereken oltott pneumococcus törzs ascites-levesben készült 6 órás tenyészetét húsvesssel hígítottuk és a hígítás 0.25–0.5 ccm mennyiségét intraperitonealisán oltottuk. Az állatokat *Whitby* semája szerint kezeltük; az egerek a fertőzés után közvetlenül, majd 7 óra múlva, s ezt követően pedig további 4 alkalommal naponta részesültek kezelésben. Összesen tehát 6 alkalommal kapták a táblázatban feltüntetett mennyiségeket, 1%-os tragachantanyákkal készült suspensióban, amelyet gyomorsondán keresztül adtunk. A fertőzött és kezelt állatok 14 napig állottak megfigyelés alatt; a fertőzést túlélő állatnak azt tekintettük, amelyik a 14. napot is megérte. A kísérlet alatt elhullott állatok halálukat minden esetben bakteriologiai vizsgálattal állapítottuk meg. A véletlen közbejött okok miatt elpusztult néhány állatunk nem szerepel táblázatunkban. A szer therapiás értékét a sulfamid hatásával párhuzamosan végzett kísérletekben hasonlítottunk össze. A sulfamidból azonban 20 mg-nál nagyobb adagot nem adtunk, mert az ennél nagyobb napi adag kifejezetten toxikus volt. Sulfamidként a Chinoin r. t. „Deseptyl” nevű készítményét használtuk.

III. táblázat.

A sulfamidral és sulfathiazollal végzett védési kísérletek.

Typus	Fertőzés, ccm leves-teoyészel	Chemotherapeuticum	Napi adag mg	Állatok száma	Elpusztult állatok száma	Tuléló állatok százaléka	Elpusztult állatok áll. élettartama napokban
I. 0.25×10^{-6}	☉ (Controll)	S. amid	10	21	16	24	4.0
		S. thiazol	10	22	8	64	4.7
		☉ (Controll)	10	51	51	0	1.1
0.5 $\times 10^{-4}$	☉ (Controll)	S. amid	20	40	34	15	6.3
		S. thiazol	20	32	17	47	5.5
		☉ (Controll)	40	25	7	72	6.1
II. 0.25×10^{-6}	☉ (Controll)	S. amid	20	18	13	28	5.1
		S. thiazol	10	17	11	36	5.1
		☉ (Controll)	20	17	7	59	4.9
0.5 $\times 10^{-4}$	☉ (Controll)	S. amid	30	30	25	16	5.4
		S. thiazol	30	30	25	16	5.4
		☉ (Controll)	20	20	20	0	1.2
III. 0.25×10^{-6}	☉ (Controll)	S. amid	10	29	23	21	6.6
		S. thiazol	10	28	20	29	6.2
		☉ (Controll)	20	12	7	42	6.4
VII. 0.25×10^{-6}	☉ (Controll)	S. amid	40	12	8	34	6.4
		S. thiazol	10	12	3	75	6.0
		☉ (Controll)	20	12	1	92	6.3
0.5 $\times 10^{-4}$	☉ (Controll)	S. amid	20	16	5	69	6.0
		S. thiazol	40	16	3	81	5.0
		☉ (Controll)	60	8	1	88	8.0

S. amid = sulfamid; S. thiazol = Sulfathiazol („Ultra-septyl”).

Mejnyezés a III. táblázathoz: Az „elpusztult állatok általános élettartama” rovatban szereplő adatok nem alkalmasak arra, hogy azokból közvetlen következtetést vonhassunk le a sulfathiazol-, illetve a sulfamid-kezelés hatásosságára nézve. Így pl. a táblázat szerint sulfamidral kezelt és elhullott állatok élettartama hosszabb is lehet, mint az ugyanazon kísérletben szereplő, sulfathiazollal kezelt és elhullott állatoké, holott a sulfathiazol kezeléssel az állatoknak nagyobb hányadát lehetett életbentartani. E látszólagos ellentét magyarázata a következő: a nagyobb ellenállású állatok egy részének élettartamát a gyengébb hatású szer alkalmazásával is meg tudjuk hosszabbítani, úgy hogy a kísérlet időtartamát túléljük, másik részük a kísérleti idő alatt elpusztul. Az erősebb hatású szerrel nagyobb ellenállású állatok nagyobb hányadát tudjuk életben tartani, viszont éppen ezáltal az elhullott állatok csoportjában aránylag több lesz a kis ellenállású állat, amelyeknek korai elhullása lerontja az élettartam átlagértékét.

Kísérleteinkben a fertőzést 0.25×10^{-6} ccm-es és 0.5×10^{-4} ccm tenyészetekkel végezve kb. 500, illetve 100.000 halálos dosist alkalmaztunk. A pneumococcus I. 500 halálos dosisával fertőzött és napi 10 mg-al kezelt állatok közül sulfamid-kezeléssel azoknak csak kb. egy-negyed részét sikerült életbentartani, míg a sulfathiazol-kezelés ugyanakkor azoknak kétharmadát is megmentette. A 100.000 halálos dosissal fertőzött állat igen nagy hányada (kb. $\frac{3}{4}$ része) e szerrel életben volt tartható, míg a sulfamidral, amellyel igen erélyes kezelést nem végezhetünk, az állatoknak csak jelentéktelen kis hányadát tudtuk megmenteni. Elpusztult állatok élettartama a kezeléssel jelentékeny mértékben meghosszabbítható volt.

A II. és III. típusokkal végzett fertőzés esetén a szer kevésbé volt hatásos, noha az e kísérletekben is felülmúlta a sulfamid értékét. Igen szép eredményt láthatunk az X. csoportba tartozó VII-es típusal fertőzött egereken. Ezeknek az állatoknak jelentékeny hányada még a 100.000 halálos dosissal végzett fertőzéssel szemben is megmenthető volt. E típusal sulfamid-kísérleteket nem végeztünk.

Nézzük ezek után azt, hogy az állatkísérletek milyen eredményekre jogosítanak fel bennünket a szer klinikai értékét illetően? A szer toxicitására vonatkozó kísérleteink eredményei igen kedvezőek; úgy hisszük, hogy a sulfathiazol a nagy hatású ismert chemotherapeuticumaink között a legkevesebbé toxikus. Ennek alapján remélhető az, hogy e gyógyszer klinikai alkalmazásban is igen kevéssé, vagy általában nem fog kellemetlen mellékhatást okozni. Kuratív hatása a pneumococcus egyes típusaival végzett kísérletes fertőzésben igen kifejezett. Más típusú, mint pl. a II. és III. pneumococcus fertőzés esetén kevésbé jó eredményre számíthatunk. Igaz, hogy ugyanez áll fenn a többi eddig ismert chemotherapiás szerünkre is. A sulfapyridin a II. és III. típusú pneumococcus-fertőzésben *Whitby* állításával szemben számos utánvizsgáló szerint is alig hatásosabb a sulfanilamidnál. Érdekes, hogy ennek ellenére a sulfapyridinnel még e típusú fertőzések esetén is kedvező eredményt figyeltek meg a klinikusok, aminek alapján egész jogosultnak látszik azoknak a felfogása, akik az állatkísérletek eredményeit nem tartják e szer klinikai értékének egyedüli főmérőjéül. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk, különösen a pneumococcus fertőzések esetében azt, hogy az egér —, mely e kórokozóval szemben igen fogékony, — kísérleti fertőzése igen gyors lefolyású sepsist okoz, míg az ember e kórokozóval szemben jóval kevésbé fogékony és az immunisálásra utaló különböző szöveti elváltozásokkal reagálva a fertőzést rendszerint localizálja. A viszonyok ennyire különböző volta miatt az általunk is használt kísérleti technika csak modell-kísérletnek tekinthető és annak eredménye csak útmutatás lehet a klinikus részére.

A sulfamid egyéb thiazolszármazékaira vonatkozó kísérletes megfigyeléseink is vannak. Ezekről egy későbbi dolgozatban számolok be.

Eredményeinket összehasonlítva megállapíthatjuk azt, hogy az „Ultra-septyl”-nek nevezett sulfathiazol igen kevéssé toxikus és mégis nagyhatású chemotherapeuticumnak tartható. Hatása, különösen bizonyos típusú pneumococcus esetén felülmúlja a sulfamidét. Kevésbé toxikus volta miatt a sulfamidnál erélyesebb kezelésre alkalmas és így kedvező hatása fokozottabb mértékben kihasználható.

A februári hirdetésben a Certascorbin injectio ára tévesen jelent meg. A valóságos ára 5×2.2 ccm (0.15 g ascorbinsav) P. 5.30.

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

Elmebetegeken észlelt pellagraszerű bőrelváltozások kórszarmazásáról.

Irta: Horányi Béla dr., egyet. magántanár és Főrész Lóránt dr.

A vitaminok felismerése óta egyre szaporodnak azoknak a kóros állapotoknak a száma, amelyek vitaminok hiányával hozhatók összefüggésbe. Kezdetben a pathológiai elképzelés az volt, hogy valamely idegrendszeri elváltozást egyetlen vitamin hiánya okozza, az utóbbi években egyre szaporodnak azok a megfigyelések, amelyek az ú. n. hiánybetegségekben több factor együttes hiányára utalnak, tehát a legtöbb esetben tulajdonképpen complex avitaminosisról lehet beszélni. Avitaminosis alakulhat ki akkor is, ha a táplálékból ugyan nem hiányoznak a kérdéses vitaminok, de azok felszívódni a gyomor-bél kóros állapot miatt nem tudnak, vagy a szervezetben hiányzanak azok az anyagok, amelyek a szervezetbe bevitt provitamin hatóképes, a szervezet anyagcseréjébe eredményesen belépni tudó vegyületté alakítják át.

Az idegkórtanban nemcsak a szoros értelemben vett idegbetegségek előidézésében lehet szerepe a vitaminok hiányának, hanem a körképet complicáló mellék-tünetek keletkezésében is. Erre példa a következő három esetünk:

1. eset. M. L.-né, 31 éves. Egy hónapja beteg. Zavart lett, confabulált. Alkoholikus típusú hapticus hallucinációk jelentkeztek, lassan polyneuritis fejlődött ki. Alkohol-fogyasztása nem határozható meg pontosan. Legutóbbi fenyegető tartalmú hallucinációk is jelentkeztek. Klinikailag teljes polyneuritis képe, agyidegek egy részére is kiterjedően. Korsakoff-tünetcsoport és az említett hallucinációk. Mindehhez gylossitis (málnanyelv) és minden valószínűség szerint gastritis csatlakozott (nem lehetett pontos gyomornedv-vizsgálatot végezni.)

A liquor először gyulladási jelenségeket mutatott, később csak egy kissé szélesebb benzoe-csipke mutatott enyhe elváltozásra. A laboratoriumi vizsgálatok nem mutattak májlaesióra. Enyhe anaemia I körüli festődési indexsel, 100 körüli Westgreen érték. Líquorcukor 107 mg^o%, liquor-chlor 508, liquor-C-vitamin 0.75 mg^o%. Complex vitaminadagolás, nicotinsav, gyomornyálkahártyakivonatok, intralumbalis B₁-vitamin adagolására állapota jelentősen javult. Bőrelváltozásai nem nagyon álltak előtérben. Egészen véve erősen pigmentált bőrű egyén. A pigmentzavarra csak az utalt, hogy a végtagok, ujjak végein fokozottabb volt a pigmentáltság, ami másokon inkább fordítva észlelhető. A kéz- és láb körmein jelentős trophicus zavarok, a bőr hámlott, a körmök töredeztettek, a körömágyakban és körmök alatt vérezések láthatók. Az egész bőr vulnerabilitása mellett szólt az is, hogy kis traumák nagy és lassan gyógyuló sebekkel jártak.

2. eset. Sz. L.-né, 43 éves. Pár éve alkoholizál, 2 hete nyugtalan, zavart, ijesztő tartalmú hallucinációk észlelhetők. Kifejezett alvászavar.

Status: Jelentős, pellagraszerű bőrelváltozások. Az arc kivételével az összes napnak kitett helyeken (nyak, kéz és alkarok, láb és lábszárak) bőre vörösen elszíneződött, a széleken kissé pigmentált, felette a hám vastag, szalonnás lemezekben hámlik. Mindehhez társult még a bevont málnaszerű nyelv. Neurologiailag csak apró eltéréseket észleltünk némely agyidegben (szem, beszéd), az érzésvizonyait állapota miatt vizsgálni nem tudtuk, de végtagjain mély nyomási fájdalommaságot észleltünk. Psychésen fluctuáló tudatállapot mellett Korsakoff-tünet és ijesztő tartalmú hallucinációk. Alvászavar (typus inversus). A liquor mindvégig majdnem teljesen negatív volt. Májlaesiót a laboratoriumi vizsgálatok nem tudtak kimutatni. A vércukor igen kifejezett iabilitást mutatott. Vitaminok, máj- és gyomorkivonatok, nicotinsav adagolása mellett állapota csak keveset javult. A pellagroid tünetek eltűntek, az alvás jobb, egyébként nagyjából változatlan.

3. eset. E. J.-né, 30 éves. Három ízben állott kezelésünk alatt phobiája miatt. Attól félt, hogy félrenyel és megfullad, gégegörcsöt kap, stb. Ennek következtében igen hányosan táplálkozott, néha hetekig csak folyékony táplálékon élt, semmi húst, gyümölcsöt, kenyérfélét nem fogyasztott. Harmadik felvétele alkalmával a kezekben, főleg dorsalisán az ízületek felett és az ujjak között, továbbá a könyökén (nyilvánvalóan a mechanikai izgalmaknak leginkább kitett helyeken) korpázva hámló pigmentáltság mutatkozott. Férje (orvos) elmondotta, hogy pár hét óta egy másik intézetben állott kezelés alatt, ahol megállapítást nyert, hogy teljesen anacid és vércukra emelkedett volt. Még a felvételkor is nagyon kifejezett málnanyelvet észleltünk. A végtagokban diffus enmasse-nyomásérzékenység, ischiadicusok mentén is fájdalommaság nyomásra, továbbá a b. o. pl. brachialis helyén is. A lelki körkép javulása mellett vitaminok (főleg B₁) adagolása után az egész somatikus elváltozás elég gyorsan javult.

A leírt három eset közös vonása, hogy különböző mechanizmusok alapján táplálkozási zavarok jelentkeztek, amelyekhez azután pellagraszerű bőrtünetek csatlakoztak. Az első esetünkben alkoholos gastritis, a másodikban alkoholos gastritis mellett tiltó jellegű érzécsalódások és mérgeztetési téveseszmék, a harmadik esetben hysteriás nyelöcsögörcsök miatt alakult ki a hiányos vitaminbevitel. Mind a három esetben nemcsak a vitaminok bevétele volt hiányos, hanem a mindegyik esetben jelenlévő gastritis miatt nyilván a bevitt vitaminok felszívódása is elégtelen volt. Az első esetben a vitaminszegénység objective is bizonyítható volt, amennyiben a liquor C-vitaminokra az átlag normalis 1.8 mg^o% helyett 0.75 mg^o% volt.

A klinikai képben a gastritis mellett mind a 3 esetben további közös vonás a polyneuritis, valamint a pellagraszerű bőrtünetek. A polyneuritis a legkifejezettebb az első esetünkben volt, ahol súlyos bénulási tünetek, spontán fájdalmak, érzéskiesések, valamint hólyagzavarok állottak fenn. A második és harmadik esetben a polyneuritis csak jelzett volt és az idegtörzsek fájdalommaságában, enyhe érzésvizonyokban és a mélyreflexek csökkenésében nyilvánult meg. A bőrtünetek a második esetben voltak a legkifejezettebbek.

A polyneuritises jelenségek mind a három esetben valószínűleg B₁-vitaminhiányra vezethetők vissza, amire utal az a körülmény is, hogy B₁-vitamin parenteralis bevitelére a polyneuritises jelenségek két esetben teljesen és gyorsan eltűntek, a harmadikban lényegesen javultak.

Minden valószínűség szerint ugyancsak egyes accessorius tápanyagok (elsősorban a B₂ csoport tagjaira gondolunk) hiányos bevitelére, illetőleg felszívódására vezethető vissza eseteinkben a bőrtünetek fellépése is, amelyek különösen a kiterjedésükben a valódi pellagrára emlékeztettek. Eseteinkben a B₂-vitamincsoportot tartalmazó táplálék, illetőleg nicotinsav bevitelére a pellagraszerű bőrtünetek gyorsan eltűntek.

Két esetünkben a gastritis, a polyneuritis és a pellagraszerű bőrtünetek mellett a Korsakoff-féle syndroma (a megjegyzőképesége nagyfokú csökkenése és időstrukturák fellazulásával, desorientatio, confabulatio) volt észlelhető. A Korsakow-syndromát régebben specifikusnak tartották a chronikus alkoholizmusra. Újabb megfigyelések azt mutatják, hogy ez a tünetegyüttes más cachexiával járó betegségekben (chronikus sepsis, malaria, tbc., lymphogranulomatosis, stb.) is előfordul. A közös kórtani vonás mindezen esetekben a szervezeti B₁-vitaminszegénysége. A Korsakoff-féle tünetegyüttes bonctani substratuma Benedek és Juba vizsgálatai szerint főképpen a corp. mamillariák sérülésében van adva. Eszerint a B₁ vitamin hiánya az emberi idegrendszerben elsősorban két helyen vezet kórszövettanilag is kimutatható elváltozásokhoz: a peripheriás idegekben és

a hypothalamicus sejtsoportokban, elsősorban a corp. mamillareban.

Ebben az összefüggésben érdekes megemlíteni, hogy a hypothalamus sérülései állatkísérletek, de emberkórtani tapasztalások szerint is súlyos gyomornyálkaelváltozásokhoz vezethetnek, másrészt chronikus gyomorfal-elváltozások esetében (elsősorban fekélyek) szétszórt, kicsi gliareactióktól kísért vérzéseket észleltek a hypothalamus legmagasabb vegetatív központjaiban (kevésbé a nyúltvelőben). Ily módon bizonyosfokú működési és kórtani összefüggés tételvezhető fel a gyomor- és hypothalamus vegetatív sejtsoportjai között. A gastritis B₁ (és egyéb) vitaminszegénységhez vezet, a B₁ avitaminosis elváltozásokat idézhet elő a hypothalamus sejtmagvaiban, ezek az elváltozások azután maguk részéről súlyosbíthatják a gyomornyálkahártya elváltozásait. Ily módon valóságos circulus vitiosusok jöhetnek létre, amelyek csak parenterálisan nagy mennyiségben bevitt B₁-vitaminnal szüntethetők meg, ha a bonctani elváltozások nem irreversibilisen súlyosak.

De nemcsak a gyomor és hypothalamus között kell feltételeznünk ily módon bizonyosfokú működési és kórtani összefüggést, hanem a hypothalamus, a gyomor és bőr között is, mint erre *Taeglbjerg* utalt. Sok észlelés szól amellett, hogy valódi pellegra esetén mind a három systema együtt válik beteggé, egymás kóros állapotát másodlagosan még fokozva. Eseteinben tett megfigyeléseink is arra utalnak, hogy az észlelt pellagraszerű bőrjelenségek kórszármazásában a legmagasabb idegrendszeri vegetatív központok elsősleges bántalmazottságának is szerepe van.

A székesfővárosi Szent János közkórház elme-idegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyet. magántanár.)

Negatívvá lett humoralis leletek ellenére súlyosbodó paralyisiek.

Irta: *vitéz Simon Tibor dr.*, alorvos.

Nagyjelentőségű a vér és liquor segítségével a paralyis megállapításában, mégis ezekben, vagy ezekhez hasonló esetekben a kezelésre vagy anélkül negatívvá vált liquor és vér annyira nem nyújt biztonságot, hogy tisztán a testi és psychés tünetek döntik el a kórismét, különösen akkor, ha előzményi adatok nincsenek, vagy bizonytalanok. Fölöttébb fontos az óvatosság a tünetszegény, vagy csak 1—2 kardinalis tünetet mutató esetben, ahol a testfolyadékok negatívak s a halmozott elfajulásos jelekkel alátámasztott psychopathiás alkati a functionalis körjelzés felé csábítják a felületés vizsgálót. Igaz, hogy ilyen esetek inkább kezdetben adódnak, de a későbbiekben is előfordulhatnak. Az is tény, hogy a klinikai tünetek sem zárják ki mindig a tévedést és épen ezért nem becsülhető alá a specificus reactióknak a jelentősége. Különös fontossága van a specificus reactióknak. pl. az Adie-féle tünetcsoportban, ami tabes, vagy taboparalyis szempontjából lehet megtevesztő, vagy más, a paralyis, vagy tabes tüneteit utánzó, vagy ehhez hasonló tünetcsoportot adó, nehezen elkülöníthető kóképből, gondoljunk csak a pseudo-tabes alcoholicára.

Tanulságul álljon itt néhány észlelésünk:

B. M. 39. é. nő. Intézetbe került 1934. I. 8-án, szabálytalan, renyhén reagáló pupillákkal, facialis paresissal, dysarthriával, fokozott térdreflex-szel, tájékozatlansággal, dementiával, euphoriával, szertelen, badar, nagysági téveszmékkel. A Wa.-r a vérben +++++, a liquorban +++++, glob. +++++. Takata—Ara-r.: illa csapadék. Átvettük 1934.

I. 27-én. Malaria: 8, láz 39.9—40.9 C° között. Spec. kezelés 1937. III. 22-ig, amikor Wa.-r.: neg, a liquorban a feh. 0.21—0.24 (két részlet) p. m., a sejtszám 2 egy m/m³-ben minden próba negatív, a kolloid-görbe elváltozást nem mutat. Összesen 39.70 g neosalvarsant, 20×2 ccm bismuthot, 18×10 ccm i. v. jódot urotropinnal és 6 héten át napi 3×2 ars. Deér pilulát kapott. Az utóbbi időben kezelést nem kap. Súly a kezelés alatt sem s azóta sem változott számottevően, most is igen sovány. A somatikus tünetek fennállása mellett, kivéve a megjavult facialis paresist, teljesen desorientált, demens, időként nyugtalan, érzéksalódásai annyira lekötik, hogy psychés kapcsolatba lépni vele nem lehet. Jelen állapotban sem a lázkezelés megismétlése, sem a spec. kezelés folytatása nem látszik eredményre vezetőnek. A vér és liquorreactiók ismétlések után is negatívak.

M. M. 38 é. nő. Felv. 1933. XI. 30. Deg. jelek. Halk systoles zörej, az aorta II. ékelt. Anisocoria. A bal pupilla renyhén, a jobb jól reagál. A b. o. nasolabialis redő elsimult. Elkent beszéd. Élénk inreflexek. Részleges tájékozatlanság. Derűs, helyzetéhez nem illő hangulat. Laza gondolkodás. Emlékezőképessége és intelligentiája csökkent, kritikája felületes, gondolatai nagyzólok, magatartása folyényes. A vérben a Wa.-r.: +++, praecipitatio +++, liquor: feh.: 1.09 p. m., a sejtszám 31 egy m/m³-ben, a Haemolysin-r kivételével az összes reactiók pozitívak (++++). A kolloidreactio (aranyssallal) igen erősen pozitív. 1933. XII. 13-án malaria. 11 láz 40.0—41.2 C° közötti hőmérséklettel. Utána spec. kezelés. Eddig 31.90 g neo-, 34.50 g solusalvarsant, 3.0 g dynarsant, 60×2 ccm bi.-t és 2×6 héten át kanaiás jódot kapott. Értelme lassú csökkenése mellett postmalariás hallucinációi rögzültek s nyugodt periodusok, ingerlénkeny, impulzív szakokkal váltakoznak, annak ellenére, hogy a gerincfolyadék utolsó vizsgálatai negatív eredményt adtak, s a vére is neg. Ismételt próbálkoztunk malariával, de nem eredt meg, teyre és ty.-ra csak 37.6—37.8 C° lazzal reagált.

U. Gy. 43 é. férfi. 1930 elején gyógymalaria, utána 3 hónapi szünettel 2 spec. kura. Néhány hét múltán zavart lett, osztályunkra került a paralyis testi tüneteivel. Vér Wa.-r.: +++, a liquorban fehérje: 0.60 p. m. a sejtszám: 16 egy m/m³-ben, Pándy-r.: +++, Nonne—Appelt-r.: ++. Haemolysin: neg. Wa.-r +++++, Praecip.: +++++. A görbe nyitott. Salvarsanra megnyugszik, de a simplex pp. psychés tünetei tartanak. 60.10 g neosalvarsan, 80×2 ccm bi. 40×10 ccm i. v. jód, 1.70 g dynarsan után vére és liquora negatív lett s most is az. Beszéde elmosódott, demens, enyhén euphoriás, ítélőképessége erősen csökkent, teljesen nyugodt, szorgalmasan foglalkozik, betegségébe belátástalan.

T. I. 42 é. férfi. A háború alatt malariája volt. Luesről nem tud. 1931-ben neurastheniára jellemző panaszok. Járásromlás után higany, salvarsan, sulfolein, mikre némileg javul. Kórházba kerül 1932. X. 13-án. Erősen fokozott térdreflexek. Az Achilles clónussal váltható ki. Jelzett Babinszki- és Jezsovits-t. Spastikus járás. Szótagbotlás. Emlékezése különösen a közelmúltra romlott. Combináló és megtartókétségében nagy kiesések vannak. A testfolyadékok vizsgálata pp.-re jellemző. Negatív ekg. után malaria, 72 lázóra 38.0 C°-on felül. Egyik rokona hangjának biztatására öngyilkossági cölből borotvával felfágja ereit, teljesen zavartan szállítják osztályunkra. Az újra inoculált malaria 3 láz után leáll. 29.85 g neosalvarsan, 80×2 ccm bi. 20×10 i. v. jód utáni vizsgálatok nem mutattak kórosat sem a vérben, sem a liquorban. Közben több epileptiform pp.-s rohama volt. Jelenleg mozgásszegény, beszéde alig érthető, járnál alig tud, teljesen elbutult, nyugodtan, csendesen hallucinálhat, igen ritkán ingerült.

A fentiekre tekintettel szükséges volna egy olyan vizsgálati módszer, amely minden igényt kielégít és a tévedéseket biztosan kizárja. Régi gondolat, hogy az idevonatkozó vizsgálatokat minél érzékenyebbé és minél határozottabbá tegyék. Számos közleményben találkoztunk ilyen törekvésekkel, ha nem is ugyanazon alap volt a kiindulási pont. — Nézzünk csak ezek közül néhányat.

Egyesek paralyticusok agyában találtak ugyan spirochaetákat, de ez ritka lehetőség. *Levaditi* szerint is késői syphilisben ritkán mutatható ki a kórokozó. Ha mégis sikerült kimutatni kórokozót *Fouquet* a késői syphilisben inkább egyenes, kanyarulat nélküli spirochaetákat figyelt meg, *Oelse* a korai jelenségekben található spirochaetákat látta hosszabbaknak. *Földvári* szerint syphilissel fertőzött egerek nyirokmirigyei, agya,

lépe, mája, hosszú időn át tartalmaz átojtható spirochaetákat, amik azonban közben el is tűnhetnek és az sem tisztázott, hogy a lappangási szakban hol húzódnak meg ezek a szervezetben. *Prigge* kimutatta, hogy chemotherapiásan kezelt állatok nyirokmirigyei egyideig nem tartalmaznak spirochaetákat, ezek időlegesen eltűnnek, majd újból megjelennek. *Levaditi* filtrálható alak lehetőségét veszi fel ilyen esetekben s erősíti, hogy spirochaetamentes vérrel syphillises fertőzést lehet előidézni. Későbbi alakokban tehát az immunbiológiai tényezők szerepét kell fontosabbnak tartanunk, mert amellett, hogy a kórokozókat nem tudjuk kimutatni, de a reakcióink sem adnak százszázalékos eredményeket, — a syphillissel történt fertőzés haladó irányú klinikai jeleit megtaláljuk. Ennek alapja, mint *Földvári* is írja az, hogy a syphillis lefolyását a kezelésem kívül két tényező szabja meg, a kórokozó biológiai sajátosságai és a fertőzött szervezet visszahatása. Ezek egymásra hatásából alakul ki az az immunállapot, mely a syphillis tünetében elsőrendű fontosságú.

Thoroczkay és *Kovács Zsigmond* complementkötési vizsgálatokat végeztek a Wassermann—Schreus-féle reakcióval, *Schreus* azon gondolata alapján, hogy a lueses antianyag lipid reakcióit erősíti oly mennyiségű syphillises antigennek a vizsgálandó serumhoz hozzáadásával, mely a biztosan negatív savó reakcióját egyáltalában nem befolyásolja, viszont a kis mennyiségű antianyagot tartalmazó syphillises savó reakcióját — mely magában szintén nem ad kötést, — additio folytán pozitívvá teheti. *Schreus* és *Krumeich* a módosított reakció jelentőségét a körjelzés megkönnyítésén kívül a gyógykezelés javalatának szempontjából is felvilágosítást nyújtónak tartják. *Thoroczkay* és *Kovács* arra az eredményre jutott, hogy a módosított próba érzékenyebb, az aspecificitás különösebb veszélyeztetése nélkül.

Goethgens vizsgálatai szerint a pallida extractummal (fajlagos antigen) végzett próba felülmúlja az eredeti Wa.-r.-t Ennek a nemfajlagos eredménye 0.4%, az eredetie (Wa.-r.) 0.4—1.6%. A lueses idegrendszeri betegségeket *Fritzsche* vizsgálta ezzel a reakcióval. Az eredmények szerint, ahol a Wa.-r 53.6%-ban, a Pallidar.: 88.8%-ban adott volna pozitív eredményt. A liquorban is jobbak voltak a pallida-eredmények, mint az eddigi reakcióké.

Frankl a bőrön cantharidin tapasszal húzott hólyag tartalmának serológiai vizsgálata alapján arra az eredményre jutott, hogy kezelt esetekben pozitív eredményt adott a hólyagsavó akkor is, amikor a vérsavó már negatívvá lett. Megtörtént ennek a fordítottja is és nagy általánosságban a vérsavó és a hólyagsavó vizsgálatának eredménye párhuzamosan halad a lueticus betegségek kapcsán.

Büchler és *Sarudy Elemér* a histaminszegénység vizsgálata közben arra az eredményre jutottak, hogy paralytikus betegek általában histaminszegények, de csak általában és így mint határozott eredményt adó vizsgálati mód ez sem lehet a keresett, amellett, hogy a histaminokozta vérnyomásváltozás a gyakran érendszerükben is megtámadott paralytikusok vizsgálatakor némi nyugtalanságot okozhat a vizsgálónak. Azonkívül a szerzők — úgy vélem — ezt a histaminérzékenységet a paralysis-hajlam megítélésében fontosabbnak tartják, mint a körjelzésben.

Többen vizsgálták a liquorban a cholesterintartalmat azon elgondolás alapján, hogy a cholesterin megnövekedik, a központi idegrendszer bontási és gyulladási folyamataiban. *Plaut* és *Rudy* módszerével láz és antilueses kezelésem átesett dementia paralyticában

szervenő betegek liquor-cholesterinje 0.18—1.8 mg%, de a lázás therapia után nem mindig fokozódott a cholesterin-tartalom. *Nagy Mihály* szerint a sejtszám nagysága, az összfehérje, a Wa.-r., a colloid-reactio görbetypusa és a cholesterintartalom között összefüggés nem mutatkozik. — Fokozott cholesterintartalom lehet akkor is, mikor azok negatívak. *Roeder* paralytikusok liquorában szintén cholesterinszaporulatot talált. Rendes körülmények között dementia-paralyticában *Plaut* és *Rudy* szerint 0.25 mg% a liquor-cholesterin, de meningitis, enkephalitis, tumor és arteriosklerosis esetekben is megszorodott a cholesterin. *Roeder* szerint határozottan nem állapítható meg, hogy a liquor-cholesterin szaporodásában mennyi a vérpályából fokozott átérésztés és mennyi a központi idegrendszeri bontási folyamat következménye. A kísérletek szerint valószínű, hogy a serum cholesterin átérésztése csak durva gát-sérülés esetében, fokozott permeabilitás mellett következik be s ilyenkor részben a vérsavóból származik a cholesterin. Egészségeseken a gáton *Plaut* és *Rudy* kísérletei szerint nem megy át a cholesterin. Az azonban bizonyított tény, hogy a gát permeabilitás változása nélkül is kimutatható bizonyos idegrendszeri folyamatokban a cholesterin (*Plaut, Rudy*) és hogy a cholesterin olyankor is kóros leletet szolgáltat, ha a többi reactio negativ. A mondottak alapján nyilvánvaló, hogy nemcsak lueses eredetű idegrendszeri betegségekre jellemző a liquor-cholesterin szaporodása és így legfeljebb a paralysis jelző reakciók között kiegészítőként szerepelhet.

Mindezekon kívül még más kísérleteket és vizsgálati módokat is hozhatnánk fel, de ma még biztos eredményről beszámolni nem tudunk. Magunk a liquorban található esetleges vitaminokat próbáltuk felhasználni, ezideig azonban eredményt nem közölhetünk. Közleményünk célja elsősorban a figyelemnek a kérdésre irányítása volt, annál is inkább, mert a negatívvá vált humoralis leletű — sokszor homályos, vagy bizonytalan klinikai tünetekkel járó — paralysisek pontos megállapítása nem egyszer a törvényszéki jelentőséget sem nélkülözi.

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

A kóros szervérzések tünet- és körlelektanáról.

Irta: Bak Róbert dr.

A kóros szervérzések széleskörű klinikai vonatkozásainak csak egy kis részletét szeretném tárgyalni, elsősorban leíró szempontból. Ez a részlet, a neurotikus és schizophren-hypochondriás szervérzések határterülete. A megkülönböztető jellegök hörülhatárolása ebben a jelenségcsoportban nemcsak rendszertani és körlelektani, hanem elsősorban gyakorlati differential-diagnostikai jelentőséggel bír. Azok az enyhébb schizophreniás esetek, melyek ezt a szűkebb problémát felvetik, huzamos időn keresztül egyáltalán nem is kerülnek psychiatriai észlelés alá, hanem a legkülönbözőbb rendélések, főként belgyógyászatiak látogatói. Az eseteknek egy másik része az elmegyógyászt is hosszabb ideig megtevesztheti és gyakran csak a kóros szervérzéseknek

*) 1939. november 5-én a Magyar Elmeorvosok Egyesületének XV. értekezletén tartott előadás.

tömege, vagy azok phantastikus tartalma készíti, hogy másra, vagy „többre” gondoljon, mint neurosisra vagy psychopathiára. A diagnosis korai felállítására ill. a folyamat helyes felismerése több gyakorlati vonatkozásban igen nagy horderővel bírhat. Elsősorban a therapiás indiciók felállítására gondolok. Azok számára, akik az activ kezelések therapiás értékéről meg vannak győződve, azok számára nem lesz közömbös, hogy a kezelést kezdődő vagy előrehaladott esetben kísérik-e meg. Ugyszintén psychotherapiás szempontból a diagnosis döntő befolyást kell, hogy gyakoroljon a kezelési módszer megválasztására. Végül is a folyamat jellegének felismerése irányadó kell hogy legyen fiatalabb egyének hivatásválasztásának és socialis szempontból, a házasságkötés lehetőségének mérlegelésében.

Meg kell tehát kísérelnünk bizonyos szempontok szerint csoportosítani és rendszerint azokat a jelenségeket, melyek e határterületen a differential-diagnosist hathatósabban elősegítik. Előre kell bocsátanom, hogy pathognostikus-specifikus tünetet meghatározni nem lehetséges, mindössze szempontok felállításáról van szó, melyek ha bizonyosságot nem is, de biztonságot nyújthatnak az ezirányú tájékozódásban.

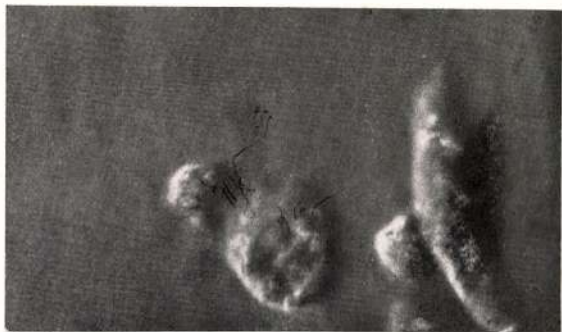
Mint tudjuk, a szervek zavartalan és átlagos működésük idején nem küldenek ingereket a tudatba. A normalis keretén belül vannak azok a szervszencziók, melyeket az affectusállapotok, a vágy, a szorongás-félelem és végül az agressiv indulatok váltanak ki. Ezek elsősorban az erogen zónákon, továbbá a vasomotor apparatuson, végül is a motoriumon jelennek meg. Az organismusnak ez a köztiagyon és a vegetativumon át közvetített normalis resonantiája határozza meg nagyjában a szerv-neurotikus tünetek formai megjelenését. Neurotikussá a fenti sensatiók főként azzal válnak, hogy a szervsensatiókat kiváltó lelki tartalom vagy nem jut a tudatba, vagy nem realisan indokolt. (Pl. halálfélelem). — Ezeknek létrehozásában a konverziós (Freud) és a hyponoiás mechanizmusok (Kretschmer) szerepelnek, melyekre részletesen nem térünk ki. Egyelőre azt emelném ki, hogy ezek a panaszok localisatiójukban és jellegükben gyorsan feltárják ezen indulati állapotok valamelyikével fennálló szoros összefüggésüket és symbolikus-kifejező szerkezetüket. A mögöttük lévő kiváltó élmény, valamint ennek személyekhez, vagy helyzethez kötött tartalma legtöbbször közvetlenül megközelíthető. Végül még megemlítem a betegek magatartását ahogyan a szervsensatiókban, azokat túlhangsúlyozva, egész személyiségükkel résztvesznek. A „belle indifference des hysteriques”, amelyet Charcot említ az élmény-háttérre toódik, míg az eredeti affectus a szervsensatiókhoz társul. A fent leírt jelenségek nem képezik a kóros szervérzések tipusos megjelenési alakjait, hanem jórészt egész systemák csökkent, vagy fokozott működését tartalmazzák s mint ilyenek követlenül észlelhetők is. Ennek leszögezésére azért van szükségünk, mert kóros szervérzésekről csak a morfológiailag intact és működésében zavartalan szervben fellépő sensatiók esetén beszélhetünk.

Neurotikus szervérzési panaszok bizonyos határokon belül psychotikus sensatióktól el nem különíthetők. A részletesebb megfigyelésen keresztül azonban egyes megkülönböztető jellegű kialakulnak. A kezdődő schizopreniás vagy enyhébb defectállapotokban fellépő szervérzésekről elsősorban azt emelném ki, hogy *túlnyomórészt egyes szervek sensatióiról* van szó. Amíg a neurotikus szervérzések legtöbbször már localisatiójukban utalnak összefüggésekre, a leírt indulatállapotokkal, addig a psychotikus betegek sensatiói főként olyan szerveket praeferálnak, melyek általában proprioceptiv ingereket

nem küldenek. Tehát szervérzések indulnak ki igen gyakran *mély szervekből*, mint amilyenek az agy és gerincevelő, ízületek, csont- és belső genitáliák. A localisatió kívül még jellemző az is, hogy a betegek a *sensatiókat a szervek belsejébe*, mélyébe helyezik (Pl. üregesedés, elvékonyodás, sorvadás.) Iránytadó még a sensatióknak jellege, mely gyakran mozgási, *kineikus elemet* tartalmaz. Gyakran a teljes sensatio csak egy mozgásérzésből áll. (Pl.: „valami megmozdult a fejemben”). Sűrűbben hallunk még „belső szakadásról”, „belső csurgásról, szivárgásról”. A leírt formai elemeken kívül feltűnő a betegek magatartása és különösen szembenállásuk panaszaikkal, mely egy *sajátlagos tárgylagosság* látszatát kelti. A betegek előadásában ez gyakran érvényesül is. A tárgylagosság valóban fennáll, a szervmegfigyelések élességében és a megfigyelés affectusmentességében egyaránt. Saját testükről és szerveikről hűvösen odavetett mondatokban vagy beható és szabatos magyarázó leírásokban beszélnek. (Egy betegnek ezirányú beállítottága consequens fejeződött ki, hogy szerveiről általában harmadik személyben beszélt, „a szív”, „a csont”, stb.)

Az elmondott formai elemek és magatartásbeli sajátosságok, ezeknek együttes vagy huzamosabb időn keresztül történő megnyilvánulásuk többé-kevésbé valószínűsítik a schizopren folyamat felvételét. Ez a valószínűség teljes bizonyossággá válik akkor, ha a szervsensatio vonatkoztatás tárgyává válik és magyarázó tévképzet járul hozzá. Természetesen nem a kialakult testi befolyásoltatás téveszméire, vagy a „physikalis üldözöttség” szervérzési hallucinatioira gondolok, melyek e határterület kereteit túllépi, hanem ezeknek még bizonytalan, hiányosan megfogalmazott előfutáira. A vonatkoztatás formai megjelenése általában kétféle. A beteg kapcsolatot létesít a szervérzés és egy külső vagy belső észrevevés között. Ezekben a vonatkoztatásokban a schizopren gondolkodászavar már jól felismerhető, a heterogen tudattartalmaknak „lebegő” egymásmelletiség alapján létrejött kapcsolatban. C. Schneider szerint formalisan, a dologi tartalmak összeolvadásáról van szó. (Pl. egy bizonyos gondolatnál percekig szúrást érez a szívemben”). Gruhle ugyancsak kiemeli, hogy különböző területek sensatióinak *synchro*n fellépése elegendő az egységes összefüggő élmény létrehozásához. Hasonló szerkezetűek azok a sajátosságos élmények is, melyek egyes szervek kölcsönhatásairól számolnak be. (Pl.: onania utáni napon a beteg orrának kivörösödését és elgörbülését észleli.) A tartalmi meghatározottság legtöbbször elemezhető és az eltolási és symbolisáló munkamódok könnyen felismerhetők.

A nehézség a schizopren szervérzések phaenomenologiai meghatározásánál adódik, mely csak egy bonyolult részét képezi a schizopren érzécsalódások problémájának. Nem foglalhatunk el egységes álláspontot abban a kérdésben, hogy a coenaesthopathiás sensatiók valódi érzécsalódások-e. Az esetek egy részében a betegek élményei különösen a test bőrérzék sphaerában valódi érzécsalódások jellegével bírnak, olyannyira, hogy Gruhle szerint nem dönthető el, hogy organikus peripher sensatiókról, vagy a testphaera hallucinatorikus élményéről van-e szó. Kopp szempontjait a bőrérzécsalódások felosztásánál ezen a területen is magunkévá tehetjük, hogy t. i. részben realis érzékelések, melyeket a betegek helyesen vagy tévesen értelmeznek, továbbá hallucinált érzékelések, végül téveseszméktől feltételezett sensatiók szerepelnek. Ez utóbbira igen sok példát találhatunk kifejezett kórképekben, bár ezekre vonatkozóan jobban fedi a betegek élvényének jellegét



1. ábra.



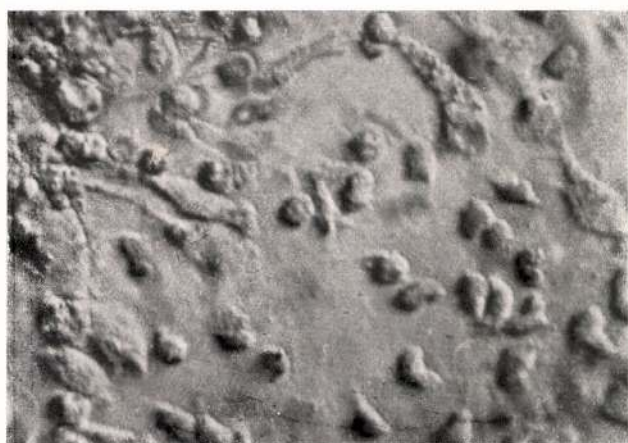
2. ábra.



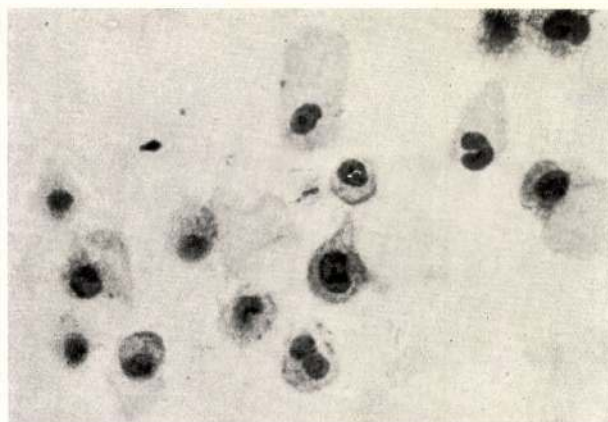
3. ábra.



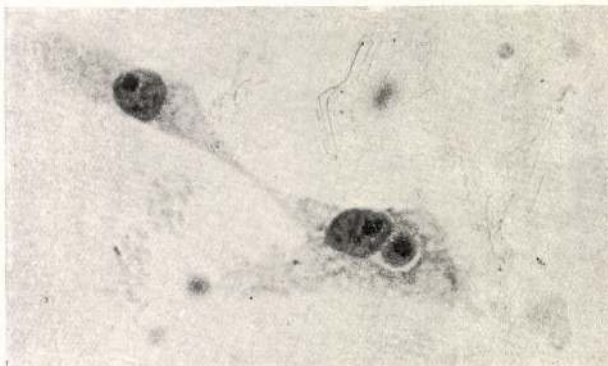
4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.



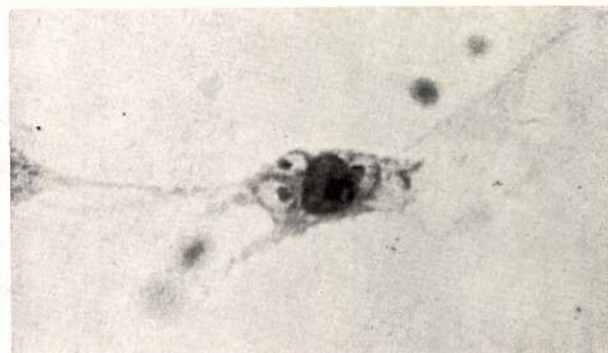
7. ábra.



8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.

СООБЩЕНИЕ РАЙОННОГО КОМИТЕТА КОМУНДИСТАМ

С 10.11.50 по 10.11.50

az „als ob” hallucinatio, mint azt *Benedek* szokta hangsúlyozni. A keletkezés mechanizmusa itt, az abstract lelki tartalomhoz másodlagosan társuló érzékletes élmény. Ilyen irányú folyamatot a képzettől az érzékelésig, rendkívül szépen bizonyították *Schildernek* a kísérletei (*Wahn und Erkenntnis*, 1918.), melyekben az akaratlagosan felidézett képzetekhez, a képzetnek megfelelő, de nem akaratlagosan felidézett érzékelésqualitások járultak.

Ez a tisztán elméleti kitérés visszavezet a szerv-érzések egy másik keletkezési és megjelenési módjához, melyről még nem szólottunk. Egyszerű példán megkíséreltem bemutatni: A beteg vérképző orvosságot kér, úgy érzi, hogy kevés a vére, néha úgy, hogy egyáltalán nincsen. Gyengeségi állapotaiban, mintha a végtagjából kifolyna a vér. A beteg ezzel a szervérzéssel, ill. hypochondriás sensatióval egy lelki tartalmat illusztrál. Ugyanis legfájdalmasabb számára az a változás, melyet önmagán észlelt. Nem érdekli semmi, frissessége, élénksége megszűntek, mozgásai lassúak, tétovák lettek. A mindennapi nyelv ezt az állapotot úgy jellemezné, hogy „temperamentum nélküli”, „vértelen” lett. Ehelyett azonban maga a test szólal meg, nem a beszédbeli, hanem a testi kifejezés fokán. A beszéd egy hypochondriás vonást kapott és szervbeszéddé vált, amint ezt *Freud* szószerint megállapította. A szervbeszéd azonban nemcsak a symbolikus kifejezéseknek konkrét válása, hanem a szervérés a kifejezésforma mögött valóban fennáll, így betegünk a kivérés érzését, historikusan egy műtéti emlékből újítja fel.

A szervérzések keletkezési lehetőségeinek változatai, amelyeket nem meríthettem ki — így az identificatio szerepéről és a transzitivistikus testsensatiókról sem szóltam — kétségessé tesztek előttem a leírt szervérzések organikus eredetét, ill. azok származtatását központi vagyis parietalis strukturák laesiójából. A hypochondria lélektanán keresztül megközelíthetjük talán ezeket a jelenségeket és beilleszthetjük a schizoprenia körlelektani folyamatáról alkotott elképzelésünkbe. Tudjuk, hogy a legszembetűnőbb jelenség, melyet a hypochondriás élénk tár: a fokozott önmegfigyelés. Súlyos esetekben ez olyan mértéket ölthet, hogy a külvilág iránti érdeklődés a minimumra száll alá, a hypochondriás sensatiók a figyelmet és érdeklődést teljesen lekötik. Kétségtelen, hogy annak az érdeklődés és érzelemmenyiségnek tekintélyes része, mely azelőtt a külvilág tárgyaira irányult a hypochondriában a saját test felé fordul. Ez lenne a lelki energiáknak (*Freud* értelmében vett libidonak) egy elhelyezésváltozása, melyet főként a processusok elején figyelhetünk meg. Ezáltal kap azután a saját test fokozott jelentőség tartalmát, melyet a részleges azonosítások — egyes testrészeknek személyekkel történő azonosítása — még fokoznak. Ezt a folyamatot egy Faxensyndroma elemzésében mutattam ki, valamint azokat a munkamódokat, amelyek a fokozott szervmegszállást elhárítani törekednek. (*Schweiz. Arch.* 43. k.). *Schilder* szerint is a fokozottan megszállott szervekkel szemben, később elfojtási tendenciák érvényesülnek, melyeknek célja a zavaró idegentestszerű érzéseknek, ill. szerveknek. eltávolítása az Énből. A hypochondriában tehát az érzetekből észrehevés lesz, a saját testrészek az objectiválódás irányába haladnak, vagyis mindinkább az elvesztett külvilági tárgyak helyébe lépnek. De ez már az öngyógyító, reconstructiós folyamat munkája, mely egy tovahaladó peripherizálás útján, kli-

nikailag depersonalisatiós tünetcsoportokat, testvázlat zavarokat és a leépülés mélyebb fokain, paraphreniákban a szervprojectiókat és azok symbolumait hívhatja elő. *A hypochondria szakában a személyiség szétesésének előphasisát sejthetjük, amikor a Test-Én részeire felbomló személyiséget, az Én határai még összetartják.*

Az Alsógödi Biológiai Kutatóállomás közleménye. (Igazgató: Huzella Tivadar ny. r. tanár.)

A ráksejtek phagocytosisáról és a ráksejtekben található záradékokról.

(Műmelléklettel.)

Írta: Vadász János.

Az újabbkori tudományos kutatás mindazon törekvései, melyekkel a rosszindulatú daganatok keletkezésének támadási pontját a sejtekben, illetőleg a sejteken belül keresi és ezzel kapcsolatban az egészséges és a daganatsejtek közötti megkülönböztetést tűzte ki célul, mindinkább kényszerül igénybevenni azokat a módszereket, amelyekkel a holt anyag kémiai és szövettani megvizsgálása mellett az életfolyamatoknak közvetlen megfigyelése is lehetővé válik. Ilyen módszer a szövettenyésztes. A szövettenyésztes sejtjeinek életjelenségei azonban többnyire olyan lassú mozgásban nyilvánulnak meg, hogy azoknak megfigyelése csak bizonyos gyorsítás mellett válik lehetővé. Ezt a gyorsítást az erre a célra szolgáló mikrokinematograph-berendezés segítségével érhetjük el, amikor is a felvétel és a vetítés tempójának kellő megválasztásával módunkban áll ezeket a lassú mozgásjelenségeket akár többeszeresen is gyorsítani.

Azoknak a megállapításoknak, amelyekről az alábbiakban számolok be, alapját ilyen mikrokinematographiai felvétel képezi, amelyet az Alsógödi Biológiai Kutatóállomáson az általam konstruált és lehetőségig egyszerűsített készülékkel készítettem. Ezen a filmen 800×-os (obj. 40×, ok. 20×) nagyítással azt a jelenetet sikerült megörökítenem, amikor az egér-carcinómából származó ráksejt a nálánál jóval kisebb és sokkal gyorsabban mozgó sejtet néhány perc alatt „elnyelte” (1–4. ábra), kétségtelenül igazolva a ráksejteknek már eddig is feltételezett „kanibalizmusát”.

Ez a megfigyelés indított arra, hogy egyrészt ezeket, a rákos daganatból készült kulturákban sokszor igen nagy számmal jelenlévő és gyorsan mozgó „kissejteket” megkíséreljem meghatározni, másrészt, hogy a ráksejtek által phagocytált ilyen kissejteknek további sorsára valamelyes fényt deríteni igyekezzek.

Különböző fejlődési fokon lévő kísérleti daganatokból készült kulturákból megállapítottam elsősorban azt, hogy ezek a kissejtek csak akkor találhatók nagy számban a kulturában (5. ábra.), ha az olyan daganatból készült, amelynek középpontjában a nekrosis már kifejezett és ott genyszerű anyag halmozódott fel, — természetesen genyszerű bakteriumoktól mentes, még ki nem fekélyesedett steril daganatban. A daganatok nekrosisos góciának ilyen váladókából kikent praeparatumokat és tenyészeteket készítve, azt látjuk, hogy mind a szövettani kép (6. ábra), mind az itt lévő sejtek mozgásjelenségei a fehéregér vérlepenyéből készült praeparatumokhoz és tenyészetekhez igen hasonlítanak. Ha

*) A Széchenyi Tudományos Társaság támogatásával készült dolgozat.

ehhez hozzávesszük azt, hogy a szervezet minden ártalmas idegentest-hatással szemben lymphocyták, vándorsejtek összpontosításával védekezik, akkor szinte természetes, hogy ezek a daganatban kisebb-nagyobb számban mindannyiszor jelenlévő és így a kulturába is belekerülő sejtek a daganattal, illetőleg az ártalmas anyagcseretermékekkel szemben, védekező szerepet játszó leukocyták-lymphocyták, esetleg vándorsejtek. Itt meg kell jegyezni, hogy ezek az activ mozgást végző kis sejtek nem tévesztendőek össze az ilyen kulturákban szintén nagy számban jelenlévő, de kizárólag passiv (Brown-féle) mozgást végző kis képletekkel, amelyek valószínűleg lefűződött plasmarészek vagy elhalt és szétesett sejtek törmelékei.

Huzella professor, kinek vezetése alatt az Alsógödi Biológiai Kutatóállomáson a vizsgálatokat végeztem, a rákkulturákról készült filmről több dolgozatában írt tanulmányt és egyik helyen, a ráksejteket kísérő „bolygósejteket” említi, amelyek a ráksejtekkel esetleg symbiosisban is élhetnek, egy másik, későbbi tanulmányában pedig ő is „lymphocytáknak látszó” sejtekről ír. Egyébként a rendelkezésemre álló irodalomban a kultúrák ráksejtjeit mondhatni hűségesen követő kis sejtek identifikálására vonatkozó kísérletet nem találtam.

A ráksejt által „elnyelt” kis sejt további sorsáról a kinematographiai felvétel már nem nyújt felvilágosítást; a filmből csupán azt olvashatjuk ki, hogy a „bekebelezett” kis sejt még órák múlva sem távozik a ráksejtből (4. ábra.) és hogy a „jóllakott” ráksejt külsőleg semmiben sem különbözik a többi ráksejttől. Ezért ennek a kérdésnek a tisztázása céljából számos kis sejtekben gazdag kulturát készítettem és azokat megfestvettem vizsgálat tárgyává. Valamennyi kultura növekedési zórájában, ahol az egyes sejtek egymástól elvannak különítve, számtalan olyan ráksejtet találunk, amelyeknek plasmája az irodalomban sokat emlegetett és jól ismert, ú. n. záradék-testet tartalmaz. E különböző nagyságú záradékokat vizsgálva azt látjuk, hogy a nagyobbak tökéletesen hasonlítanak a ráksejtek mellett található megfestett kissejtek képéhez, bennük a mag és plasma jól megkülönböztethető (7. ábra.) A záradékoknak azonban csak egy kis hányada ilyen, a többi kisebb és nagyságuk a pontszerűig csökken, sötét homogen festődéssel, minden structura nélkül (8—9. ábra.). Egyes ráksejtek plasmájában két-három ilyen záradékot is találunk (10. ábra.).

Tekintetbevéve a ráksejtek „rohanó” életét, gyors növekedését és osztási tempóját, — ami kétségtelenül fokozott tápanyagfelvételt igényel —, megfigyeléseim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a ráksejtekben található és sokszor megfestést is mutató záradékokat kivétel nélkül a táplálkozás folyamán phagocytált, különböző emésztési stádiumban lévő kis sejtek alkotják, amelyek bekebelezetésük után már néhány perc múlva áldozatul esnek a mohón táplálkozó ráksejt belsejében lejátszódó emésztési folyamatnak.

Az emésztési folyamat előrehaladottsága szerint találjuk azután a még ép — magot is feltüntető —, vagy egészen a pontszerűig zsugorodott záradékok egész sorát. E megállapításomat semmiben sem cáfolják egyes kutatók azon megfigyelései, hogy a záradékok némely festési eljárással egészen eltérő színeződést mutatnak maguktól a ráksejttől. Ez egészen természetes, mert hiszen azt a nagy különbséget, amely a két sejt kémiai felépítésében is megnyilvánul, csak a felszívódás folyamán sikerülhet a ráksejtnek kiküszöbölnie és így a világot udvarral körülvett és a sejt plasmájától elhatárolt záradék sajátos kémiai összetételével együtt különleges festődési képességét is megtarthatja egészen

addig, amíg tökéletesen fel nem szívódott, illetőleg, amíg „emészthetetlen” maradékai lefűzés útján el nem távoztak a sejtből.

Összefoglalva a fentieket, azt mondhatjuk, hogy a ráksejtekben igen gyakran található záradékok nem képviselnek különálló életegységet, nem symbiosisban élő kis sejtek és nem képezik sem a rák keletkezésének, sem pedig a sejtek rosszindulatúságának kriteriumát, hanem azok valamennyien a szervezet védőseregéből a küzdelemben elpusztult leukocyták, lymphocyták, vagy vándorsejtek, illetőleg azok maradványai.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Gömöri Pál és Binder László.*

Glossopharyngeus-neuralgia. *Bailey és Love.* (Proc. Staff. Meet. Mayo. Clin. 1940. 5. 5.) A glossopharyngeus-neuralgiát *Harris* írta le 1922-ben. Ettől kezdve több esetet közöltek. kb. minden 200. trigeminus neuralgiára jut egy. A fájdalom rendszerint hirtelen kezdődik, előjelek nélkül, többnyire beszéd, vagy nyelés közben. A fájdalom ismételt nyálalásokban jelentkezik a glossopharyngeus területén, csak igen ritkán társul hozzá trigeminus neuralgia. Cocain-ecseteléssel a fájdalom időlegesen megszüntethető. Egy betegük éveken át súlyosan szenvedett a neuralgia miatt; suboccipitalis glossopharyngeus átvágására gyógyult. (G. 11.)

Petrányi Gyula dr.

Menière-betegség intravenás histamin-kezelése. *Shelden és Horton.* (Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 1940. 15. 17.) Gyors és könnyen alkalmazható eljárás a Menière-syndroma heveny tüneteinek megszüntetésére. A Menière-syndroma keletkezésének legvalószínűbb oka a belső fülben támadó vizenyő (vérzés). Histamin megváltoztatja a capillarisok permeabilitását. Egy erythromelalgia miatt kezelt betegnek Menière-betegsége is volt és a kezelés folyamán ez is elmúlt. Ezután 15 Menières-betegben próbálták ki még a histamint. 1.9 mg histaminphosphatot 250 ccm physiologiás konyhasóoldatban másfél óra alatt intravenásan beadva (vagyis olyan lassan, hogy a pulsus és a vérnyomás ne változzék) a rohamot azonnal megszüntette. Az infusio befejezésekor a betegek felkeltek, vígan járkáltak, a fülzúgás, a hányás és a nausea teljesen megszűnt. Maga a kezelés veszélytelen. (G. 12.)

Petrányi Gyula dr.

Közvetlen bizonyíték az ekg „differenconstructiójának” érvényessége mellett. *E. Schütz, K. E. Rotschuh, C. E. Mehring.* (Klin. Wschr. 1940. 5.) Annak bizonyítása céljából, hogy a szív actió árama, az ekg két ellentétes irányú, nem egy időben kezdődő és nem pontosan egy időben végződő monophasisos áram összegéből adódik, a szerzők a következő kísérletet végezték. Békaszívnek az izomrostok irányában kimetszett darabját összekötötték a galvanometer húrjának két végével. Az izomdarab egyik végét ingerelve, az izomrész ingerületbe jutásakor a normalis ekg-hez hasonló áramgörbét nyertek, felfelé irányuló QRS-complexummal és negatív T-hullámmal. Ha az izomdarab középső szakaszát destillált vízbe áztatott pamutvonalakkal vették körül s így az ingerület tovaterjedését lassították, az izomdarab activálódásakor a QRS-complexum mind szélesebb, a negatív T-hullám pedig mélyebb lett, végül az eredeti ekg két egymás után következő, ellentétes irányú componensére bomlott. (G. 13.)

Gruber Zoltán dr.

A vizelet reticulocytogenetikus principiumának hatékonysága anaemia perniciososa kezelésében. *G. E. Wakerlin.* (Arch. of Int. Med. 1940. 1.) Az egészséges ember vizelete tartalmaz egy anyagot, mely galamboknak és tengerimalacoknak adva, a májkivonathoz hasonlóan reticulocytakrisist idéz elő. (*Wakerlin*, 1932.) *Decastello* vizsgálatai szerint ez az anyag i. m. vagy p. rectum adva hatékony anaemia perniciosában. *McCann* hasonló eredményeket ért el p. os adott vesekivonattal. — A szerző vizsgálataiból megtudjuk, hogy egészséges emberek vizeletének kivonata anaemia perniciosában teljesen hatástalan, akár p. os, akár i. m. adjuk azt. Az egészséges vizeletben tehát antiperniciosás principium nincs, az állatokon észlelhető reticulocytakrisist más anyag okozza. Vesekivonattal anaemia perniciosás betegen

sikerült p. os adva reticulocytá-szaporodást előidézni. Valószínű tehát, hogy a májból, veséből és vizeletből előállított anyagok közt összefüggés van, de nem tekinthetők azonosoknak. (B. 25.)

Horváth Imre dr.

Kutyán teljes májkiirtás után végzett vizsgálatok a prothrombin eredetéről. R. Warren, J. E. Rhoads. (Amer. Journ. Med. Sciens. 1939. 2.) A szerzők megerősítik azt a régebbi felfogást, hogy a prothrombinképzésben a máj nélkülözhetetlen szerepet játszik. Májkiirtás után a kutya vérében a prothrombin-concentratio rohamosan esik, csökken a fibrinogen-concentratio is, de nem olyan mértékben, hogy a prothrombin meghatározását zavarná. Kísérletileg bizonyítható, hogy a prothrombin-concentratio csökkenése nem a beavatkozással járó mellékkörülmény (pl. altatás) következménye. (G. 14.)

Dögl Tibor dr.

SEBÉSZET

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

A rosszindulatú heredaganatok hormonális kóriszméjéről. Ehrhardt és Reichenbach. (Dtsch. Ztschr. f. Klin. Chir. 252. 9—10.) Minden rosszindulatú heredaganat gyanúja esetén elvégzendőnek tartják a hormonalsist. 9 esetben 3-on találtak pozitív prolan-B reactiót, de pozitív prolan-A reactiót 6 esetben kaptak. Az előbb említett csoportban embryonális és teratoid jellegű daganatok, míg az utóbbiban seminomák és carcinoma volt a kórszövettani diagnózis. (F. 19.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Kísérleti vizsgálatok epi- és subduralis haematomák esetén. Kabuki. (Arch. f. Klin. Chir. 197. 1—2.) Kutyákon kísérleti epi- és subduralis vérömlenyt idézett elő, majd 3—120 nap eltelte után szövettanilag dolgozta fel. Eredményei a következők: A szervülés a dura felőli oldalon a vérzés után pár nappal indult meg és 14—20 nap alatt fejeződött be. A pia és az arachnoidea a folyamatban nem vesznek részt. Az endothel bélelt és újonnan képződött üregek, melyek a szervülés alkalmával keletkeznek, analogok a reparációs folyamatokban keletkező hasonló üregekkel. Dehydratio nem gyakorol befolyást a vérömleny szervülésére, míg cysternapunctiók az organisatiót előmozdítnak látszóttak. Gyakran észlelte az ú. n. secundaer vérzés jelentkezését a dura és a haematoma közötti laza részekben. (F. 17.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A postoperatív thrombosisról. Bergquist. (Acta Chir. Scand. 83. 5.) A szerző feltevése szerint a postoperatív thrombosis létrejöttét mindig megelőzi egy úgynevezett praethrombosisos állapot. Ennek bizonyítására 50 betegen műtét után naponta meghatározta a coagulatio időt és azt találta, hogy ez a műtét után 5—8. napon csökkenni kezd. Ilyenkor szinte a vér olyan természetű elváltozása áll fenn, amely thrombosis keletkezését teszi valószínűvé. Négy ilyen beteg közül kettőnek adott heparint, kettőnek nem. Az előbbieken thrombosis nem észlelt, az utóbbiakon halálos tüdőembolia a beteg halálát okozta. Fentiek alapján ajánlja a heparin subcutan, vagy intravenás alkalmazását gyanús esetben. (G. 18.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Adatok a gyomor és duodenum daganatainak sebészi javulatához. Kratochwill. (Wien. Klin. Wschr. 1939. 43.) A gyomorfekély kezdeti szakában belgyógyászati betegség és ilyenkor szakszerű kezeléssel tökéletesen gyógyítható. Elhúzódó fekély feltétlenül sebészi beavatkozást igényel, hogy a szövődmények hosszú sora elkerülhető legyen. Ilyenek fekélydaganatkifejlődése, gyulladása, rosszindulatú elfajulás, penetratio a hasnyálmirigybe és a kis csepleszbe, felmaródásos vérzés, végül, mint legsúlyosabb szövődmény, az átfürödés. A műtéti kezelésnek abszolút és relatív javulatát állítja fel. Előbbihez tartoznak: 1. a fekély átfürödése a szabad hasüregbe; 2. heveny erős gyomorvérzés ismételt vértömlesztés ellenére; 3. idült vérző fekély, súlyos, másodlagos vérszegénységgel; 4. fokozódó pylorus-szűkület, vagy beszűkült homokóragyomor; 5. rosszindulatú elfajulás. Relatív javulatnak számít: hosszú idő óta belgyógyászatiilag sikertelenül kezelt gyomor- és duodenumfekély. Socialis okból minél előbb operáljunk, ha a beteg anyagi eszközei híján hosszabb belgyógyászati kezelést nem folytathat. Pylorusszűkület esetében, ha erősen leromlott betegről van szó, gyomor-bél összeköttetést javasol, az összes többi esetek-

ben a gyökeres gyomorresectiót, leromlott betegek 8—10 órán túl átfürödött fekélyei alkalmával egyszerű elvarrást. A műtétet lehetőleg a legkevésbé ártalmas helybeli érzéstelenítésben végzi. (V. 13.)

Debreczeny Zsigmond dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

Chinin és hypophysis hátsólebeny-kivonat alkalmazása a gyakorlati szülészetben. W. Henkel. (Münch. Med. Wschr. 1939. 51.) Szerző két új német gyógyszerkészítménynek, a hochinettin, és a pituchinol jó hatásáról számol be cikkében. Az előbbi 25 cg-os tablettákban kerül forgalomba, tartalma megfelel 5 cg chinin-basisnak. Az utóbbi 1 ccm-es amp.-ban kerül forgalomba. 1 amp.-ban 65 mg chinin és 3 V. E. hypophysis hátsólebeny-kivonat van. E gyógyszerek a chinin és hypophysis kivonatok eddig is ismert tonisáló, fájástkeltő hatását idézték elő. Szerző közleményében összefoglalja mindazt, amit a chininről és a hypophysis hátsólebeny-kivonatról a gyakorlati szülészettel kapcsolatban eddig is tudunk. (O. 15.)

Zoltán Imre dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Lueses elsősleges látóidegsorvadás. Moore és Woods. (Arch. of Ophth. 1939. dec.) Az újabb irodalom kritikai áttekintése. A kóreredit elméletek közül a lymphogranuloma inguinale-virus és az érgörccs-theoria nem állja meg a helyét. A varsói iskola nézete, melynek lényege a szemnyomás és retinalis vérnyomás közti egyensúly felborulása, nem nyert bebizonyítást. Adhaesiv optico-chiasmalis arachnoïditis csak egy-egy alkalmi esetre fogadható el és a legtöbb esetben nem mutatható ki. Neurosyphilis combinatiója hiányos táplálkozással (hypovitaminosis) bír a legtöbb alappal a pathogenesis szempontjából. A primaer, tabeses látóidegsorvadás kórereditete s vele a tabes laboratoriumi kutatás segítségével lesz tisztázható. (G. 30.)

Grósz István dr.

Molyirtószer belégzése okozta szürkehályog. Berliner. (Arch. of Ophth. 1939. dec.) A *p-dichlorobenzol*, a trinitrophenol gyártás mellékterméke, kiterjedten használatos Arnikában moly ellen, mind áruházakban, mind lakásokban (zsákokban). Növényvédelmi szerként is használatos. Gőzeit ártalmatlannak tartották. Szerző két fiatal nő esetét írja le, kik hosszú időn keresztül lélegezték be a szer gőzeit. Egyik esetben szagtalanítás célját szolgálta. Sárgaság és súlyvesztés kíséretében szürkehályog keletkezett, mint késői reactio. E jelenség a dinitrophenol hályogra emlékeztet. Állatok kísérleti naphtalinhályogja közismert. A különben negatív állatkísérletek (lencse tiszta maradt) szerint toxikus májgyulladás van a háttérben, mely a vitamin-, vízháztartás, stb. zavarára vezet. E megfigyelésből következik, hogy a szer kellő ideig és töménységben belélegezve súlyos mérgezést okoz emberben: ezért a forgalombahozó cégek kötelezendők a közönség figyelmeztetésére. (G. 29.)

Grósz István dr.

A-vitaminhiány és görvélyes szemgyulladás. Fronimopoulos. (Klin. Mon. Aug. 104. 1.) Phlyctenás szarugyulladás 41 esetében relatív A-hypovitaminosiszt talált, (serum-A és adaptatio vizsgálata). A kötőhártyakaparékban elszarusodott hámsejteket nem talált. Azok a betegek, kiknek csökkent serumértéke A nyújtására a normalisra emelkedett, nem estek vissza, szemben azokkal, akiknek serumértéke nem érte el a kezelés folyamán az élettani alsó küszöbértéket. Napi 12—40.000 egység A befecskendezésére nemcsak a serumérték emelkedik, hanem az adaptatio is javul. Ezen allergiás jelleggel bíró betegség a háború utáni években fokozott mértékben észleltetett (rossz higiéniés viszonyok és táplálkozás szegény néposztályban). A betegség tavaszi halmozódását a téli A szegény táplálkozás magyarázza. A kötőhártya és szarú hámja elveszti ellenálló képességét és lehetővé teszi tuberculoallergiás szervezetben a betegség kiterjedését. (Mint minden hiánybetegségben, itt is számolni kell egyéb hypovitaminosiszal. (B-csoport; C! Ref.) (G. 28.)

Grósz István dr.

Agranulocytosis szemtünetekkel. Löwegren. (Acta Ophth. 1939. 4.) 66 éves nő lázas anginát kapott, melynek folyamán az arcon kis kiterjedésű bőrelhalás jelentkezett. Jellegzetes vérkép. Egyik szemén kötőhártya- és szaruelhalás keletke-

zett. Natrium thiosulfat- és nucleinsav-kezelésre a bőr- és garattünetek, valamint a vérkép lényegesen javultak, de a szem elpusztult. Hasonló jelenségeket írt le Bertan, (gyűrűs tályog), Davids, stb. (G. 26.)

Grósz István dr.

Sulfamid-pyridin szemkankó ellen. *Sysi.* (Acta Ophth. 1939. 4.) Az M&B 693-nak megfelelő pneumolysin (*Orion*, Helsinki) adagolástól szép eredményt látott csecsemők és felnőttek go.-s kötőhártyagyulladásában, tejbefecskendezés nélkül is. Helyileg csupán élettani konyhasós öblítések. Csak a mesterségesen táplált csecsemők kaptak mérgezést (cyanosis, hányás), az anyatejjel tápláltak nem. (G. 27.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Klinikai megfigyelések a morbus coeruleus esetében. *Büchler és Zettel.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 30.) Leírja a veleszületett pulmonalstenosis tüneteit: cyanosis, dobverő-ujjak, karomalakú köröm, polycythaemia, csökkent testi és szellemi fejlődés, a pulmonalis felett érdes durva systoles zöreje, pulmonalis II. hangja igen halk. Prognosis rossz, a 15. évet alig élik meg, leggyakoribb halálok a tüdőtuberculosis. Ezután két egyén kórtörténetét közli, mindkettőnek veleszületett pulmonalstenosisa van, egyikükön situs inversus totalissal kombinálva. Az egyik 20, a másik 19 éves s testi és szellemi fejlettségük normalis, a pulmonalis II. hangja ékelt volt mindkét esetben. (K. 17.)

Cziglány Flóris dr.

A Kaufmann-féle vízterhelés a gyermekgyógyászatban. *Tiller.* (Arch. f. Khk. 117. 2.) Methodika: A beteg reggel éhomyra marad. 7 órakor vizelet után 100 ccm hig gyümölcslevet itatunk vele és lapos elhelyezésben ágyban marad. Óránként vizeletjük és minden ilyen alkalommal 100 ccm gyümölcslevet itatunk vele. 4 óra múlva az ágy láb-részét 28 cm-el emeljük. Az 5. óra végén újabb vizelet, utána megitatjuk az utolsó gyümölcslepportiót. 6 óra múlva — vizelet után — a kísérletet megszakítjuk. Az összebevétel 600 ccm volt. Az egyes vizeletportiók mennyiségét és fajtságát meghatározzuk. A fajtság átlagban arányos a vizeletmennyiséggel. Meghatározhatjuk az egyes portiókban a kiválasztott NaCl-t is. A kísérlet kivitele és annak értékelése specialisan a gyermekkorra vonatkoztatva meglehetősen nehéz. A szerzők eredményeik alapján elvetik az eljárást a gyermekgyógyászatban. 9 esetükben az óránkénti vizeletmennyiségben a NaCl-t is meghatározták és nagyon különböző értékeket kaptak. (K. 18.)

Wirth József dr.

Adatok az exsudatív ekzematoid pathogenesiséhez. *Hüllstrung.* (Mschr. f. Khk. 80.) *Czerny* munkálataira támaszkodva az ekzematoid okául veleszületett anyagcsere-zavarokat vesz fel a szerző is. — Nagyon gyakori ezen betegek hypoglykaemiája, ami a cukoranyagcsere zavarára utaló jelenség. A vércukorterhelések (dextrose, adrenalin és Straub-effectus) ekzémásokban és ekzematoidokban szenvedők esetében csupán az utóbbiakban jellegzetes. Ekzémásokhoz viszonyítva az ekzematoidok relativ hypoglykaemiát mutatnak hypoglykaemiás utóingadozás nélkül, adrenalin-injectio után csekély cukoremelkedés következik be, mint a negatív Straub-effectusban. Az exsud. ekzematoidokban valószínűség szerint partialis hypophysis-, mellékvese- és pankreashypofunctiót kell felvenni, melyhez társul a máj csökkent glykogenképzése. A belsősecretió zavar már a fiatakorban bekövetkezik. Az exsud. ekzematoidokban sokszor észlelt allergiás jelenségek viszont csak a későbbi életkor folyamán váltódnak ki. (K. 14.)

Wirth József dr.

Gyermekkori meningococcus fertőzések ritkább lefolyású formái. *Goeters.* (Kinderärztl. Pr. 1939. 8.) Négy meningococcusfertőzésben beteggé vált gyermek esetét ismerteti. Ezek közül az elsőben súlyos bél- és gyomorvérzések keletkeztek, úgy hogy intussusceptióra is gondoltak, mely oknál fogva a műtétet is elvégezték. A gerinccsapulás és boncolás tisztázta az esetet. Második esetében a meningococcusfertőzés a Marchand—Waterhouse—Friederichsen-syndromát provokálta a következő tünetcsoportokban: catarrhalis pharyngitis, tonsillitis, súlyos, testszerte jelentkező bőrvérzések. Boncolási lelet: m. o. haemorrhagiás mellékvesenekrosis, leptomeningitis, súlyos agyhyperaemia, subpericardialis és subpleuralis vérzések, szívizomelfajulás, zsíros elfajulás a máj-

ban, tüdőben és zavaros duzzadás a parenchymás szervekben. Két másik esetben pedig meningococcus meningitishez csatlakozó és vakulással végződő pseudogliómáról emlékezik meg, mely alatt Schieck szerint metastatikus ophthalmiát keil értentünk, mely az üvegtest zavarodását és annak lályogosodását eredményezheti. Anamnestikus adatok hiányában a valódi gliómától el nem különíthető. (K. 20.)

Wirth József dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Az égési shok. *Truslet, Egbert és Williams.* (Journ. of Amer. Med. 113, 2207.) Állatkísérletes és 10 évi klinikai tapasztalat alapján harcolnak az ellen a felfogás ellen, hogy az égési shokot, illetve halált súlyos égési sérülések esetében elsősorban az égett bőrfelületről felszívódó toxinok okozná és ezért a helyileg alkalmazott toxinfelszívódást gátló eljárások, (tannin, ezüstnitrát) hatásosak lennének. Megfigyeléseik szerint az égési shok kiváltásában a vérplasma összetételének megváltozása játsza a főszerepet. Ilyen esetekben a nagymennyiségű folyadék adagolása nem elégséges, sőt, amint *Rowntree* vizsgálatai kimutatták, ez ú. n. vízintoxicatiohoz vezethet, mely görcsöket és halált okozhat. Az állatkísérletekben és a közölt klinikai eseteikben a leghatásosabb eljárás a korán alkalmazott, ismételt vértransfúziók voltak. Emellett dextrose és mérsékelt mennyiségű folyadék javalt. Ha a transfúzió következtében polycythaemia jelentkezne, citrátos vérplasma befeckendezések végzendők. (Sz. 21.)

Szodoray Lajos dr.

A mykosis fungoides eredete és gyógykezelése. *N. Niehammer.* (Arch. f. Derm. 179. 5.) A mykosis fungoidest régebben egyesek a leukaemiás csoportba, mások a sarkomák közé sorolták, míg újabban a szerzők legnagyobb része infectiósz granulómanak tekintti. A fertőző eredetet részben a bőrelváltozásokból és a végbélből kitenyészett baktériumok (coccobacillusok) és az ezekkel végzett pozitív agglutinációs és complementkötéses reakciók, a pozitív tengerimalacoltások — részben a sokszor észlelt septikus klinikai kép — támasztják. A szerzőnek sikerült a bőrelváltozásokból tisztán kitenyésztenie egyik streptococcus törzset, mely Gram-labilitásával és atypusos alakokkal (ovalis alakok, coccobacillusok) tűnt fel. Az előállított antigennel végzett complementkötési reactio pozitív volt, de a tengerimalac- és nyul-oltások negatívak voltak. A disepthal B és C készítményekkel átmenetileg kedvezően lehetett a betegséget befolyásolni. (Sz. 18.)

Nékám Lajos dr.

A hajas fejbőr favusa kapcsán keletkezett septicaemia. *Carlo Marchi.* (Giorn. It. di Derm. 1939. 727.) 10 éves, a hajas fejbőrön favusban szenvedő beteg, súlyos általános tünetek között — 40°C-os láz, zavart sensorium, aluszékonyság, megnagyobbodott lép és májtompulat — került kórházi kezelésbe. A vérből, valamint a pleuraüregeg exsudatumából achorion Schönleinit lehetett kitenyészteni; ebből adódott a favus septicaemiák kórisméje. A lefolyás megegyezett az egyéb kórokozók által okozott septicaemiák lefolyásával. Vaccina-kezeléssel 6 hét alatt sikerült az anergiás beteget meggyógyítani. (Sz. 30.)

Kovács Zsigmond dr.

Nagy adagokkal intravenás cseppmódszer szerint kezelt korai syphilis-esetek. *H. Th. Hyman, L. Chagrin, J. L. Rice, W. Leifer.* (Journ. of Amer. Med. Assoc. 113, 1208.) *Hyman* és munkatársai már 1931-ben beszámoltak rapid intravenás cseppmódszerrel kezelt syphilises eseteikről. Ennek az eljárásnak az a célja, hogy a nagy dosisban adagolt arsenobenzol mennyiségét mintegy 15 óra alatt 1500 ccm dextrose oldatban cseppgettették a vénákba. Ámbar eseteik legnagyobb részében az elsőleges és másodlagos tünetek gyorsan visszafejlődtek, a spirochaeták a jelenségekből gyorsan eltűntek, 67 beteg pedig véglegesen seronegativvá vált, mégis a nagy százalékban jelentkezett toxikus tünetek (50—60%) láz, bőrképzés, neuritis, két esetben enkephalitis egy halálos véggel, miatt eljárásukat mai formájában még nem tartják az általános gyakorlat számára alkalmazhatónak. (Sz. 2.)

Szodoray Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A manual of tuberculosis. For nurses and public health workers. A. Underwood. (E. S. Livingstone kiadása, Edinburgh. II. kiadás.) A 18 fejezetre osztott, 396 oldalnyi kötetben a gondozóknak és általában az egészségügygel foglalkozó nem orvosok mindazt megtalálják, amit a gümőkóról tudni kell. A kitűnő összeállítású munka felhívja a figyelmet, a gümőkór korai megállapításának fontosságára, szól a tünetmentes kezdetről, a grippe képeben meginduló tüdőfolyamatokról és aláhúzza a röntgenvizsgálat fontosságát. A tüdőbeteg gondozókról azt írja, hogy azok röntgenvizsgálat végett betegeiket központi intézetbe küldik, mert csak némely gondozó rendelkezik röntgenfelszereléssel. Ha ez igaz, akkor hazai gondozóink lényegesen magasabb szinten működnek, hiszen mindegyik korszerű röntgenfelszereléssel rendelkezik, 53 kitűnő kép és röntgenfelvétel szemlélteti a könnyen érthető szöveget és csak kívánható, hogy a most gyors ütemben kiépítés alatt álló hazai gondozóintézetek személyzete részére mielőbb hasonlóképpen használható kötetről történjen gondoskodás.

Puder Sándor dr.

Elements de physiologie clinique. L'appareil circulatoire. J. Castaigne et P. Dodel. (Masson et Cie. Páris, VI. 1939. 146 oldal, 81 ábrával. Ára 27. fr.) A könyv két szerzőjét, kiknek egyike a belgyógyász, másik a lélektan tanára, e mű megírásában az a cél vezette, hogy röviden összefoglalva ismertessék a modern élettani kutatásnak, a vérkeringés szerveivel összefüggő eredményei közül mindazokat, amelyeket a klinikai diagnosztika a terapia szempontjából már felhasználhatónak tart. Olyan a célkitűzés, amelynek megvalósítása csak valóban nagy tapasztalattal rendelkező kutatók által oldható meg eredményesen, különösen akkor, ha az ismertetés elsősorban gyakorló orvosnak szól. Ha végigolvassuk e kis könyvet, azt látjuk, hogy céljainak mindenben megfelel. A legbonyolultabb tételeket, a legelrontabb hypothesiseket is a legegyszerűbb módon s abban a világos tárgyalási modorban mutatják be, amelyben a francia szerzők szinte utólrhetetlenek.

A könyv öt fejezete közül az első kettő a legrészletesebb. Ezek egyike a szív fiziológiáját, másik a vér artériás keringését ismerteti. A harmadik fejezetben a capillaris rendszernek fiziológiáját és klinikumát, a negyedikben a vénás keringést tárgyalják a szerzők. Végül az ötödikben a keringést szabályzó mechanizmusról kapunk rövid összefoglalást, amelyben az idegrendszer befolyása alatt álló belsősecretiós szervek működésével kapcsolatos mechanizmus ismertetése foglal helyet. 81 ábra teszi szemléltetővé az egyes fejezeteket.

Hasznos, talán nélkülözhetetlen kézikönyve lehet ez a munka a gyakorlóorvosnak, az orvostanhallgatóknak, s mindazoknak, akik a keringés mechanizmusát s annak részleteit a modern physiologia tükrében akarják megismerni.

Blaszó Sándor dr.

Behandlung, Arbeitskur und Nachfürsorge bei der Tuberkulose. W. Bronkhorst. (J. A. Barth, Leipzig, 1939. Tuberkulose Bibliothek, 77. sz. Ára 5.40 RM.) Bronkhorst munkájában a tuberculosis-kérdés nehéz és fontos feladatának foglalkozik: a beteg munkaképességének és munkakedvének helyreállításával. A tüdőbetegeket gondozni kell, gyógyítani és istápolni. A gondozás a megfelelő gondozók feladata, de az istápolás, illetve gyógyítás csak a kellően berendezett sanatoriumokban végezhető eredményesen. A Berg en Bosch sanatoriumban az ápolási idő korlátlan, az intensiv gyógy-mód elvei irányadók, az átlagos gyógytartam 1 1/2 év. A hosszabb sanatoriumi kezelésnek hátrányai is vannak: a beteg kötelességérzete lassan megszűnik, munkakedve, munkaszeretete nincsen, bizonyos fokig elfásul s ugyanakkor csökkentértékűség érzete lép előtérbe. Az életörömet és munkakészséget helyre kell állítani, mert így a beteg, illetve a meggyógyult a socialis életre alkalmatlan. Erre szolgál a munkagyógy-mód, amivel kettős célt érnek el, mert az elért gyógyeredményt is tartóssá teszik. A munka adagolása a legnehezebb, mérése olyanformán történik, mint az elektromosság-nál a KW-számítás: munkaminőség \times munkautem \times munkaidő. Ebből természetesen a legkönnyebb az idő mérése. Először két órával kezdik a munkát és fokozatosan térnek át 4—6—8 órára, s a beteg csak annyit dolgozik, amennyit könnyen elbir. Lassan megszűnik a csökkenértékűségi érzés, visszatér a munkakedv és önbecsülés. S ez a munkagyógy-mód legfontosabb célja, mert a keresetnek csak másodlagos jelentősége van. A környezet is alkalmazkodik az élethez: az üzem olyan, mint egy rendes műhely, gépek-

kel is dolgoznak, nemcsak házi eszközökkel. Az átképzést nem erőltetik, mert különösen idősebbeken nagyon sok időt venne igénybe, az sem fontos, hogy saját mesterségében dolgozzon, mert a cél a testi és lelki harmónia és erő helyre-állítására így is sikerül. Arra vigyáznak, hogy jótékonyági mellékíze ne legyen az actiónak, mert az ismét csökkent-értékűséget okoz, az adó-műhelyt a sanatorium támogatja anyaggal, gépekkel es üzemműkösséggel s így teszi lehetővé, hogy a sanatorium munkásait rendesen fizethesse. Az utok-kezelési telep 45 egyszemélyes hálókunyhóból áll, társalgó is rendelkezésükre áll, de minden csak a legegyszerűbb eszközökkel van felszerelve.

Nálunk a munkagyógy-mód még megoldás előtt áll, a könyv sok hasznos tanácsot nyújt.

(K.)

Vadászképek, tárcák, karcolatok. Avarffy Elek dr. (Bp. 1939. A szerző tulajdona.) Avarffy dr.-t, mint Bársony János professor tanítványát és mint hallgatóságát magával ragadó szónokot jól ismerjük. Most mint természetmegfigyelő, a másik nagy Bársony Istvánnak, az írónak követője mutatkozik be, a vadászélet ünnepeiből és hétköznapijaiból rajtot karcolataival. Eiményeit nem nagyítva, a természet gondos megfigyeléseit megkapó közvetlenséggel előadó phylosophus. Mottója lehetne: „Nem pusztul el senki . . . élünk tovább a síron túl is . . . mert az ami valami volt . . . nem is lehet semmivé, ha el is tűnik a mi szemünk elől . . .” (145. o.) Írásának minden sorából tisztult erkölcsi felfogás, mélységes haza és fajszeretet csendül ki. Könyve élvezetes, de nem felszínes olvasmány. Sok nyugati megyéinkben megszokott kifejezést használ, melyeket a színmagyar megért, de nem a pesti aszfalton felnőtt ember.

Avarffy dr. könyve joggal számíthat széleskörű érdeklődésre. —

Halász Aladár dr.

Bäder- und Klimaheilkunde. (Közrebocsátotta az „Akademie für ärztliche Fortbildung, Dresden. 1939. 101 oldal. Ára: 3.25 RM.) Az Elsterben 1938-ban megtartott továbbképző tanfolyam 22 előadásának gyűjteménye, különös tekintettel a reumas betegségekre. A fürdőtan és reumatologia általános tudnivalóin kívül az egyes betegségek kezelését, a klimabehatásokat, a különféle kezelési módokat, stb. tárgyalja. Sajnos az előadások legnagyobb része túlságosan, 2—3 oldalra van lerövidítve s ezért igen vázlatosak. Hogy eredeti terjedelmükben milyenek lehettek, mutatja a le nem rövidített 3 előadás, melyek igen élvezetesek és tanulságosak. Különösen tetszik a reumas betegségeket kísérő allergiás szövétlváltozások ismertetése. Előttünk szokatlan-nak látszik a „Naturheilkunde” németországi nagy elterjedése és közkedveltsége, ezért szokatlan fejezet az is, amelyik a természetes gyógy-módok szerepét tárgyalja a reumas betegségek kezelésében. Az erősen lerövidített és egyoldalú diaetás előadás azt állítja, hogy a láz, a gyulladás és fájdalom legjobb orvossága a koplalás, s a reumas betegség és az allergiás gyógyításnak, továbbá egy fertőző góc megszüntetésének legfontosabb gyógyszer a napfürdővel egybekötött diaetás inger. A könyv Elster, Brambach és Oberschlemma gyógytényezőinek bőséges leírását is tartalmazza.

Kunszt János dr.

Atlas de phonocardiographie clinique. A. Calo. Préface du prof. A. Clerc. (Masson et Cie, Páris, VI. 1939. 104 old. Ára: 60 fr.) Bár a phonokardiographia a szívbetegségek körismezésében nem nevezhető új módszernek, róla olyan össze-foglaló munka, amely ennek a diagnostikus módszernek gyakorlati alkalmazását és a kapott eredmények felhasználását tárgyalná, alig ismeretes. A Calo atlasza az ilyen irányú munkák elsője. Igen értékes tanulmányok és megfigyelések gyűjteménye ez a könyv, mely mind a szöveg-rész összeállításában, mind feltételeiben és azok magyarázatában egyaránt világos és érthető. A leírt pár dicséző szóval azonban korán sem lehet elintézni ezt a munkát. A könyv első részében a szívzörejelekről illetőleg a phonographias felvételekről írt fejezet minden sallang nélküli s e kérdésekről átfogó képet nyújt. Harminchétt esetének ezután ismertetésével pedig igen érthetően szemlélteti az előző fejezetben elmondottakat. Az egyes esetek ismertetésének igen nagy értéke a phonokardiogrammal párhuzamosan felvett és bemutatott elektrokardiogram, orthodiagramm és sphygmogram, valamint a physikaliss vizsgálat eredményének egyidejű leírása. Az atlasz e része határozottan értékjelzője a munkának. Nemcsak a szakember, de a mindennapi gyakorlattal elfoglalt orvos is haszonnal forgathatja ezt a szép kiállítású könyvet.

Blaszó Sándor dr.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának február 21-i ülése.

Bemutatók:

Dósa A.: a) *Elephantiasis genito-anorectalis*. 50 éves asszony: 4 év óta beteg. Jelenleg végbele csak 16 Charr-nak megfelelő sondát fogad be. A vagina is szűkült. A külső nemi szervek és a végbél elefántkórosan elváltozott. A végbél körül számos genyező sipoly, Frei-próba erősen pozitív. A lymphogranuloma inguinale késői tünetei közül legsúlyosabb a heges végbélszűkület. Kórjósata quoad therapiam, quoad vitam egyaránt komor. Tüneti kezeléssel, főleg sorozatos diathermiás besugárással enyhítjük a székeléskor jelentkező fájdalmakat, mely miatt a beteg nem mer kielégítően táplálkozni. De a beteg erőit nemcsak az éhezés, hanem a bajt kísérő mérgezés is sorvasztja. Eddigi tapasztalataink szerint ilyen betegek ritkán élnek túl az 50. évet, s a betegség tartama átlag 15 évre tehető. A beteg végbél nyugalombelhelyezésére sokszor mesterséges csipőtályi végbélnyílás készítése szükséges. A sulfamid-készítmények rosszabb időn át szedve a baj heveny tüneteire kitűnő hatásúak. — b) *Actinomykosis*. 27 éves földműves, napszámos férfi: baja 3 éves. 1939 októberében a nyak jobb oldalán és az állkapocstályon hatalmas, élénk-vörös, genyet irtó sipolyos beszűremkedés támadt, teljes szájjárral. A genyben actinomyces-tökék, melyekből Izrael-féle anaerob actinomyces-gomba tenyésztett ki. Saját-vaccina és solganal B.-oleosumra lényeges javulás.

Venkei T.: *Mal des confiseurs*. 20 éves cukrászsegéd kézkörmei kivétel nélkül kb. fél év óta megvastagodtak, végeiken letöredeztek és rajtuk harántirányú szarufelrakódások támadtak. A körömágyak csaknem kivétel nélkül duzzadtak, gyulladtak, nyomásra érzékenyek. Gombát az elváltozás kaparekában tenyésztéssel sem sikerült kimutatni. Kevert gomba-oltóanyag iránt a beteg nem is mutatott érzékenységet. Az allergiás bőrpróbákat foglalkozásának megfelelő anyagokkal elvégezve, rajta natrium hydrocarbonat, s cacao-cukor-tojáspep iránti túlérzékenység mutatható ki. Két ízben kapott 300—300 R besugárást, s helyileg pix-fagi bedörzsölést.

Szélvári F.: *Akrodermatitis continua Hallopeau*. 42 éves nőbetegnek 4 éve végtagjain, nyakán, tarkóján részarányos, égető, viszkető kiütése támadt. Állandóan kis kiemelkedő genyhólyagocskák jelentkeznek, pörkké száradnak be. Leválásuk után megvékonyodott, sima, fénylő, vörösen elszíneződött, élesen határolt bőrfelület maradt vissza, melyen újabb genyhólyagocskák jelentkeznek. A beteg vérsavójában a calciumsint csökkent. A hólyagok tartalma csiramentesnek bizonyult, s pyococcusok iránt bőrérzékenységet nem sikerült kimutatni.

Pribék L.: *Az epeköileus oldódása*. 11 évvel epeköroham után közepes erősségű hasfájás után ileus jelentkezik, kp. súlyos cukorbeteg, amely a klinikán hamarosan oldódik s 3.4×2.5×2 cm nagyságú epekő távozik. Ismerteti az epekő-bélelzáródás röntgenvizsgálattal észlelhető tüneteit: az epeút levegővel, contrastanyaggal töltését s a vizsgálat nehézségeit.

Előadások:

Rapcsányi J.: *Szilágyi Ete, a kolozsvári egyetem tanára*. (Kézirat nem érkezett.)

Matolesy K.: *Mikor adhatók hypophysis hátsólebeny kivonatok intravenásan a szülészetben?* A fájáskeltők ismerése a szülészeti farmakologia egyik legnagyobb felfedezése, melynek azonban árnyoldalai is vannak, mert a hibás alkalmazás még, ha subcutan történik is, nagy ártalmakat okozhat, mind az anya, mind a magzat szempontjából. A helytelenül adott intravenás fájáskeltés pedig azonnali katasztrófhához vezethet. Epen ezért nagyon fontos a feltételek és javallatok alapos ismerete. Előadó az indikációkat 5 csoportba osztva tárgyalja: 1. koponyafekvés; 2. mendencevégű fekvés; 3. császármetszés; 4. placentalis és postpartalis szak; 5. incomplet abortus. Az indikációk körvonalazása után részletesen ismerteti saját tapasztalatai alapján a feltételeket és megállapítja, hogy az intravenás fájáskeltés legnagyobb hatású és eredmények mellett a legborzalmasabb szerencsétlenségek előidézője lehet. Ezért alkalmazására csak a szülészetben teljesen jártas orvos vállalkozzék.

Batizfalvy J.: Előadó hasznos munkát végzett azzal, hogy rendszerbe foglalta a hátsólebeny kivonatok intravenás adagolásának javallatait. Általában egyetért előadóval, de a gyakorló orvosnak, sőt a kezdő intézeti orvosnak sem ajánlja

az intravenás adagolást kitolási szakban, avagy farfekvés esetén. Ez utóbbiakon inkább görcsoldó szerek használata jöhet inkább tekintetbe, hiszen gyakran a méhszár görcsös állapota nehezíti a fej világrahozatalát. A többi javallat már kiállotta a gyakorlat tűzkeresztjét és így nyugodtan ajánlható. Főleg a lepényi szak vérzései esetén, valamint a postpartalis vérzések ellen megbecsülhetetlen a venába adott hátsólebenykivonat.

Az Érsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának február 26-i és március 4-i ülése.

Előadás:

Angyán J.: *A pneumonia kezelése sulfapyridin-készítményekkel*. 1939 szept. közepe óta rövid megszakitással a klinikára felvett typhosus lebenyre kiterjedő pneumococcus pneumoniaában szenvedő betegek száma jelentékeny emelkedést mutatott s így lehetségessé vált a sulfapyridinrel, ezzel az angol irodalom közlése szerint oly nagy eredményeket feltűntető chemotherapeuticummal behatóbban foglalkozni. Az esetek túlnyomó részében a ronin néven forgalombahozott magyar sulfapyridin készítményt alkalmazta. Február 15-ig észlelt 60 esetet a nemek és a nemekre jellemző életkorcsoportok szerint mutatja be. Az ifjúkorban minden esetben a most már jellemzőnek mondható chemotherapiás hatás állapítható meg: a hőmérséklet és az érverés 24—48 óra alatt bekövetkező csökkenésével. Az asszonykorban, ámbár a közvetlen hőcsökkenés jellemzően észlelhető, a lázgörbét a további megfigyelésben is e korban gyakorta szereplő egyéb fertőzéses állapotok is befolyásolhatják, mint pl. régi endokarditis, parametritis, cholecystitis, stb. fellebbanása. — Az idősebb korban lueses szív- és érrendszeri betegség, tüdőtuberculosis, diabetes, arteriosclerosis, gyakorisága ellenére is jellemző, gyors láztalanságra vezető hatás állapítható meg. Az aggkorban a bekövetkező jellemző hatás ellenére is észlelt halálos esetet a szívizombántalom következtében A therapiás hatás ellenőrzésére néhány nem kezelt esetben kívül, elsősorban az elmúlt 15 év statistikáját mutatja be. Ámbár az utóbbi évek folyamán klinikájának statistikájában a régebbi 20%-on felüli halálozás 20% alá csökkent; 7.5%-ot egy időszakban sem mutatott. Kiemeli, hogy 40 éven innen halálestet nem volt és hogy ez a 7.5% a 40 éven felüliek statistikájában azon pneumonia halálesteket is magában foglalja, amelyek beszállításuk után 24 órán belül állottak be. Hagsúlyozza az idejében beszállított és kezelt esetekben a szövődéses folyamatok kis számát és azok enyhe lefolyását. Rámutat arra, hogy elégtelen és korán elhagyott kezelés következtében újra fellebbanhat a folyamat. Jók a tapasztalásai bronchopneumoniában is. Ismerteti a szer gyógyszeres mellékhatásait és esetleges túlérzékeny egyéneknél észlelhető toxikus ártalmait és amikor a sulphapyridin therapiás hatásának csak a salvarsanhoz mérhető nagy chemotherapiás jelentőségét hangsúlyozza — figyelmeztet arra, hogy az csak gondos, szakszerű ellenőrzés mellett nyerjen alkalmazást.

Frank-Nádrai: *Adatok a gyermekkori pneumococcus fertőzések chemotherapiás kezeléséhez*. Részletes beszámolót adnak a pécsi gyermekklinikán az elmúlt évben bevezetett magyar sulfanilamid-származékok (ronin és ultrasceptyl) hatásáról. A sulfapyridin készítményeket 100 pneumococcus-fertőzéses esetben próbálták ki s kontrollképen az egy év előtti ugyanolyan időszakra jutó klinikai eseteket vették. Croupus pneumonia 47 esetében alkalmazták, mindenkor kétségtelenül kitűnő hatással. 50 bronchopneumoniás esetükben a hatás nem volt oly meggyőző, ami a betegek fiatal korával (nagyobbrészt csecsemők), társfertőzésekkel és korai szövődésesekkel magyarázható. Jelentős 3 pneumococcus-peritonitis esetük, amelyek közül kettő pár nap alatt teljesen gyógyult.

A chemotherapiás kezelés kapcsán lényeges ártalmat nem észleltek, kisebb átmeneti gyomor-bél-tünet, vagy methaemoglobinképződés előfordult néhány esetben, de ezek könnyen befolyásolhatók voltak.

Berde K.: Klinikáján a sulfamid készítményeket már négy éve, a sulfapyridin készítményeket pedig egy év óta alkalmazza. Több, mint ezer eset kapcsán van alkalma a kérdéshez hozzászólni. Ezek az új chemotherapeuticumok a dermatologist az orbánc, a kankó és úgy látszik a negyedik nemibetegség gyógyításában is a régebbi képest igen előnyös helyzetbe hozták. A gyógyhatásuk páratlanul jó, óvatos adagolás mellett veszélyes mellékhatásokat egy esetben sem látott. Mindkét gyógyszer alkalmas a complicatiók

megelőzésére. Igen magas életkorban (97 év!) is jól elviselhető és kifogástalan gyógyeredményt biztosít. A ronin kellemetlenségei a 2. lökés idején enyhébbek, mint az első aiatt; járóbetegéi a ronin-lökés idején is zavartalanul el látták munkájukat, sőt az egyik kifogástalanul elviselt nagy testi megerőltetést is. A betegein észlelt különös immunbiológiai jelenségekről más helyen számol be.

Svastits P.: Klinikájának több, mint egy éves tapasztalata alapján joggal mondhatja, hogy a sulfapyridin készítményekben gyógyszerkincsünknek egy újabb, kitünő hatású antipneumoniás chemotherapeuticumát ismertük meg, melyeket frappáns hatásuk miatt méltán sorolhatunk a hasonlóképpen jó hatású orbáncellenes sulfamid készítmények mellé. Nagy megnyugvást és bizonyos therapiás határozottságot biztosít a kezelőorvosnak az a tudat, hogy a sulfapyridin-készítményektől nemcsak a jóindulatú croupos, hanem a kevésbé jó prognózisú csecsemőkori bronchopneumoniák esetében is jó eredményeket várhatunk. Bár a gyermekklinikán évek óta használatos pneumoniás kezeléskéntől (optochin basic., pneumonia reconv. savó, stb.) is átlagon felüli szép eredményeket láttak és a ronin, és ultra-septyl alkalmazása alacsony pneumonia halálozásukat már alig javította, mégis e szerek bevezetésével a láztalanvá válás és a gyógyulás időtartama lényegesen megrövidült, a pneumoniás szövödmények pedig (empyema, otitis, cystopyelitis, stb.) jelentékenyen háttérbe szorultak, aminek külön is nagy jelentőséget tulajdonít.

Szilárd Z.: Beszámol egy esetről, hol az előírásos paraminobenzolsulfamid adag szedése mellett, már három nap után súlyos toxikus állapotot észlelt. Haemoglobinurián és haematurian kívül magas láza és leukocytosis is volt a betegnek. Vérátömlesztés után a tünetek néhány nap alatt visszafejődtek. Az előadó gondosan feldolgozott beteganyagát értékesnek tartja a veseártalmak megelőzésére. Pécssett a köbetegségek igen gyakoriak, így itt kell elsősorban az acetilálás útján képzett koártalmakra tekintettel lennünk. Általános körtani szempontból érdekes, hogy a sulfapyridin megváltoztatja a pneumoniás betegségekben észlelhető allergikus tünetcsoport lefolyását.

Ángyán J.: Alkalma volt a pneumococcus sepsis esetét is észlelni, amely abortus (spontan?) után fejlődött ki és már három hét óta tartott, amikor gyógykezelésre került: a sulfapyridin hatásosnak mutatkozott ugyan, de a gyógyulást csak pneumonia reconvallescens savó együttes adásával érték el. Az amerikai irodalomban sokan még ragaszkodni látszanak a specificus (typus) savó therapiás alkalmazásához, de előre látható, hogy ez nem fog soká tartani. A sulfapyridin elődje a pneumonia chemotherapiájában az optochin, a vele járó veszély miatt nem nyerhetett elterjedést, de jelentős eredményre vezetett a rendszeres chinintherapia (klinikáján chinin-uretan injectio formájában). Tapasztalása szerint a chinint a sulfapyridin therapia kiegészítéseképpen igen jól fel lehet használni azon esetekben, amikor a sulfapyridin-lökés után a beteg még eihűződően subfebrilises. Csakúgy, mint a salvarsan a sulfapyridin is az eltelt rövid idő alatt különböző fertőzésekben jut klinikai kipróbálásra. Meg kell várnunk, vajjon mindezekre nézve oly nagy értékű-e, mint a pneumoniában. Hangsúlyozza, hogy a sulfapyridin a therapiában a sulfanilamidhoz képest ügylészlik ritkább a súlyosabb toxikus mellékhatás; ezekről többnyire a magángyakorlat számol be; nem kívánna ugyan a gyógyszer kipróbálását kizárólag a klinikus számára fenntartani, mégis a magángyakorlatot óvatosságra inti.

Mansfeld G.: A csodálatosan szép klinikai eredmények mellett reá kell mutatni arra is, hogy a sulfanil készítmények alkalmazása nem egészen veszélytelen és az irodalomban, különösen az amerikaiban, elég nagy számban találunk mérgezéseket leírva, melyek között halálos kimenetelűek is elég gyakoriak. A mérgezés főtünetei láz, vérvizelés, sárgaság és methaemoglobinképződés. A mérgezési esetekből folyó legfontosabb tapasztalat, hogy legtöbbször nem az adagok nagysága okozza a mérgezést, hanem egyéni túlérzékenység, ami a gyakorló orvost arra inti, hogy figyelmesen észlelje betegét a gyógykezelés közben. A mérgezés therapiájában leghatásosabbnak bizonyultak a vértransfusiók, a májártalmak esetében pedig szőlőcukor-insulin-kezelés.

Nádrai A.: A prontosil felfedezésének már rendkívül nagy fontossága volt, de a belgyógyászat és gyermekgyógyászat részére talán még nagyobb jelentőségű a sulfapyridin. Az esetleges ártalmak miatt azonban csak megfelelő indikációk esetén és óvatos adagolásban alkalmazzák.

Az amerikai egyetemek fejlődéséről.

Irta: *Ádám Lajos dr., egyetemi ny. r. tanár.*

Assistens koromban gyakran hallottam volt főnökömtől, *Dollingertől*, mely tudatlan amerikai egyetemi hallgatókkal volt együtt a bécsi egyetemen, mely zilált egyetemi viszonyok vannak Amerikában. Főorvos koromban több amerikai orvos kereste fel osztályomat, köztük egy végtelen sympathikus sebész, *Donald Guthrie*, ki melegen hívott Amerikába. Ekkor kezdtem az amerikai orvosi újságokat olvasni s nagy meglepetéssel láttam, hogy a régen hallottak és az amit a mostani orvosi irodalom mutat, nem fedik egymást. Közben nemcsak tudatlan orvosok keresték fel az osztályomat, hanem oly típusok is, mint *Guthrie*, kinek uri lénye, műveltsége, orvosi tudása, emberszeretete mintaképe lehetne bármely európai egyetemen nevelt orvosnak. Így fogamzott meg bennem a gondolat, hogy saját szememmel győződöm meg a valóságról. Hat év előtt voltam először az Egyesült Államokban s mindaz, amit ott láttam, tapasztaltam, felejthetetlen maradt. Azóta amerikai orvosokkal állandó érintkezésben vagyok: érthető, hogy nem tudtam ellenállni — a háborus hírek ellenére sem —, hogy ne keressém újra fel az Egyesült Államokat, mikor alkalmam nyílt Sayre-ben nagyszámú, igen díszes orvos-társaság előtt előadást tartani, majd a new-yorki Post Graduate Kórházban műtéteket is bemutatni. Mindaz, amit ez utamon láttam, csak megerősített abban, hogy első utamon is jól ítéltem meg a helyzetet s Európának bele kell törődnie abba, hogy Amerika az utolsó 4 évtized alatt nemcsak utolérte, de sok tekintetben túlszárnyalta, nemcsak technikai téren, de a tudomány terén is. Szegényen, szerény viszonyok között is alkottak már nagyot mind az irodalom és művészet, mind a tudományok terén; ismeretes azonban az is, hogy a tudomány és művészet mindig ott virágzott legjobban, hol megfelelő maecenásokra akadt, hol az anyagi alapok is megvoltak, természetesen a milieu, a traditio is sokat jelent s Amerika az európai kultúrpontokhoz képest fiatal ország, azonban mérföldes csizmákban jár.

Európában csak a nagy trustokat látják, melyek kezükben tartják az egész termelést, a nyersanyagtól a készáruig, csak a futószalagokat, a kizsákmányolt bányas és gyári-munkást, az óriás-vagyonokat, a felhőkarcolókat, a tudatlan embereket, vagy — mint valaki nekem mondta — a fehér négereket. Mi csak a közigazgatás óriási corruptiójáról és gangstervilág kinövéséről, a fehér és fekete faj sokszor kegyetlen ellentétéről, a mérhetetlen gazdagságokról s talán az épen olyan mérhetetlen szegénységről tudunk, *de jöttekonysági intézményeiről, egyetemeiről egészen hamis fogalmaink vannak*, pedig ezek oly méreteket öltöttek, mint egyetlen más országban sem. Gondoljuk csak meg, hogy *New-York* alig 300 éves (1609) holland alapítás; selymet kerestek s nagyszerű állatbőröket találtak a rézbőrűeknél, akiket pálinkával mérgeztek meg és megvették tőlük a Manhattan-félszigetet 24 tallér értékű üveggyöngyért, melyen *New-York* épült. Régi recept ez, a kínaiakat is selyemért ópiummal fizették, aranyért pusztították el Mexikót és Perut, cukor- és gyapotért hozták be a néger emberkereskedelmet. 1664-ben az angolok vették birtokukba, s az alig 400—500 emberből álló és tizennyolefélé nyelvet beszélő kolónia rohamos növekedésnek indult s rövidesen 20.000 lakost számlált. Ma eléri a 9 milliót. Amerika fellendülésének a gőzhajó adott tápot, megerősödésének a vasut. A new-yorki kikötő bejáratánál a szabadság szobra áll és ez mindent meg-

magyaráz. Bármilyen modernül legyen is az európai beállítva, csak úgy értheti meg az amerikai, ha az európai ezeréves tradíciókat itthonhagyja. Minden más, egészen a legkisebb részletekig. Sok minden a tömegéletből indul ki és a tömeghez tér vissza. Ha sokan állítják is, hogy a személyi beállítottság ki van kapcsolva, ezt nem tapasztaltam, az egyéniség odaát is érvényesül s nem a tömeg nyomja rá bélyegét az egyéniségre, hanem megfordítva. Egyéniségek kitermelése Amerikában is meg van, nemcsak a technika, de szellemi téren is és ezeknek Amerikában kiszámíthatatlan befolyásuk van. A mai Amerikát csak 1814 óta lehet számítani, a genfi békekötéstől, amikor Amerika végleg megszüntette minden összeköttetését Európával, óriási bevándorlás indult meg s mindinkább nyugat felé húzódtak az emberek a partvidéktől. Ez időben mindenki munkához jutott, mindenki pénzt keresett, gazdagodott. Fejlődése azonban megakadt, mikor az északi ipari vidék ellentétbe került a déli rabszolgatartó államokkal. 1860-ban *Lincoln Ábrahámmal* és *Grant* tábornokkal az élén 18 északi állam felvette a harcot a 15 déli ellen, eleinte csak az együttmaradásért, később a rabszolgák felszabadításáért. Négy évi háború után az Egyesült Államok egysége meg volt mentve s ennek óriási jelentősége volt Amerika további fejlődésére, a bevándorlás százezrek-ről milliókra rúgott. Később azonban ezt is korlátozni kellett, nemcsak azért, mert 1901—1910-ig 8.7 millióra emelkedett, hanem főleg azért, mert míg eleinte csak írek, skótok, angolok, németek, svédek, szóval főleg északi népek vándoroltak be és ezek gyorsan asszimilálódtak, addig később főleg szlávok, délvidékiek, kik nem asszimilálódtak, hanem egy kis pénzt keresve hazamentek. Így féltő volt, hogy az ország caractere megváltozik, mert amerikában a pénzt nemcsak megkeresik, hanem ki is adják s mindenki kötelességének tartja a köznek is juttatni. Amerikában mindent elkövettek, hogy az állam minél kevesebbet avatkozzék be a magánéletbe, míg nálunk mindenki mindent az államtól vár. Amerikában nemcsak vagyont gyűjtöttek egyesek, de tudták olymódon a pénzt ki is adni, hogy az a közre termékenyítőleg is hasson. *Sehol a világon nem adtak olyan ajándékokat tudományos intézeteknek, mint Amerikában.* A magasabb kiképzés lehetőségének megteremtését az állam a társadalomnak engedte át, ez azután oly bőségesen ellátta intézményeit anyagiakkal, ami a legmagasabb igényeket is kielégíti. Ezen intézetekből került ki Amerikának szellemi arisztokráciája. *Siegriest* szerint „az amerikai nevelés soha nem feledkezik meg az egyes ember természetes szükségleteinek hangsúlyozásáról, az egyén erejének fokozásáról, s hogy az élete boldog, de hasznot hajtó legyen. Az életfelfogás át van hatva a boldogság utáni vágytól. Az egyetemhez számos iskola csatlakozik, melyekben orvosok, ügyvédek, papok, tanítók képeznek ki. A nyilvános könyvtárak gazdagok és mindenki számára hozzáférhetők. A pénz nem kolostorok kapják, hanem könyvtárak, nevelőintézetek, kutatóintézetek s míg Európában az irigység sokmindent megfúr, amerika minden kiváló teljesítményt örömmel üdvözl és vele örül.”

Az orvosi tudomány tényleg fiatal és talán ezért minálunk még mindig nem akarják belátni, hogy nem lehet semmibe venni azt az amerikai orvostudományt, mely az insulint és májtherápiát adta a világnak, ahol már 1843-ban *Oliver Wendel Holmes* Bostonban ugyanolyan eredményre jutott a gyermekágyi fertőzés kérdésében, mint a mi *Semmelweis*ünk, hol *Wilhain Thomas Green Morton* az első, ki 1846-ban aether-narkosisban fogat húzott, 1846. okt. 16. *John Collins Wakken* már műtétet végzett aether-narkosisban és nov. 18-án *Bige-*

lows között is ezt, hogy az egész világ tudomására jusson. Fontos mérföldkő volt 1873. Ekkor halt meg *Johns Hopkins* kereskedő, aki 7 millió dollár vagyonát egy kutatóegyetem alapítására adta. 1876-ban nyílt meg a philosophiai facultása, utána az orvosi. A háború és az utána következő óriási pénzbőség nemcsak múzeumok, iskolák alapítását, hanem orvosi intézetek, kórházak olyan fellendülését vonta maga után, melyre sehol a világon példa nem volt. Az orvosi világ központja az évszázadok alatt változott a XVII. században Hollandia és Olaszország volt az, majd Anglia, Bécs, Páris, legutóbb Németország. Most már nem kell jóstehetség ahhoz, hogy a súlypont át fog tevődni az Egyesült Államokba.

Eleinte Amerikában is, aki orvos akart lenni, beállt egy orvoshoz tanulónak s gyakorlatilag tanulta meg a gyógyítást. Egyesek átjöttek Európába és itt tökéletesítették magukat. Később az egyetemek orvosi fakultást állítottak fel, 1765-ben Philadelphiában felállított orvosi College 1791-ben a pennsylvániai egyetem facultása lett. 1768-ban New-Yorkban a Kinge College orvosi osztályt nyitott, mely 1814-ben a Columbia Egyetembe olvadt. 1783-ban Harward, 1798-ban Dartmouth, 1810-ben Yale, 1817-ben Transsylvania egyetemei állítottak fel orvosi facultást. A hallgatók rendszeren négy évi practikus előtanulmányok után jöttek az egyetemre, hol egy év alatt theoretikus kiképzést nyertek s a kórházban is a tanárok vezetése alatt klinikai tudásukat bővíthették. Így Amerika az egységes fejlődés útjára lépett.

Mikor azonban Nyugatra a nagy bevándorlás megindult, nem volt elég orvos és az a pár egyetem nem tudott eleget képezni. Orvosi iskolák keletkeztek minden rendszer, minden alap nélkül. Néhány orvos összeállt, kinevezték magukat tanároknak és kész volt az orvosi iskola; se kórházuk, se laboratóriumuk, se könyvtáruk, se ember-, se hullaanyaguk nem volt s a tanítás tisztán elméleti volt. A tanítási idő egy-két évet, de esetleg csak 4—5 hónapot tett ki. Ha a tanuló sokat fizetett, még az előképzettséget sem kérdezték. Így lassanként 100 év alatt vagy 400 orvosi iskola működött az Egyesült Államokban, de hogy milyen orvosok kerültek ki ezen iskolákból, azt könnyen el lehet képzelni. A praxis szabad volt, az állam nem törődött vele, sőt egyes szekták is követelték maguknak azt a jogot, hogy orvosi gyakorlatra engedélyt adjanak. *Erről az időről, erről az állapotról hallottunk mi európaiak annyit és ez oly mélyen rögzítődött képzeletünkbe, hogy még ma sem akarjuk elhinni,* hogy másképen van. Lassanként ugyanis a helyzet tarthatatlanná vált és úgy a 70-es években többszörös hiábavaló kísérletezés után úyszólván az összes államok vizsgálóbizottságokat állítottak össze (State Boards of Medical Examiners) és csak ezek adhatták meg a praxisra az engedélyt.

A Johns Hopkins orvosi iskola alapításának is óriási jelentősége volt. Volt egy tudományra nevelő kutató és magas képzettséget adó iskola, mely mintául szolgál más iskoláknak és az innen kikerültek szétszóródtak az egész országban és mindenütt vezető állásokba kerülve, követelték, hogy az orvosi iskolák könyvtárral, laboratóriummal, stb. fel legyenek szerelve, erre azonban a legtöbb iskola nem volt képes.

A fordulópontot 1908 hozta meg, amikor a Carnegie-alapítvány megbizta *Flexner Ábrahámot*, hogy az iskolák állapotáról jelentést tegyen. Kétévi utazás és tanulmány után *Flexner* nyilvánosan és kíméletlenül megmondta véleményét az egyes iskolákról és megjelölte a követendő utat is. *Flexner* jelentésének hatására sok iskolát becsuktak. A Rockefeller-alapítvány a

General Education Board segítségével pedig egyes iskolákat, így Chicagóban, Washingtonban, St. Louisban reorganizált és felsegített. New-York államban Rochesterben *Eastman* a Kodak-gyáros segítségével új modern egyetem alakult. Más egyetemeket pedig a Wanderbilt-család segített meg.

A legtöbb helyre új tanárokat állítottak és ezek rendszerint a Johns Hopkinsból kerültek ki és rányomták bélyegüket az új egyetemre is. Sok helyen behozták a *Full time* rendszert, azaz a legtöbb professor feladta praxisát és csak a tanítással és búvárkodással foglalkozott; természetesen olyan jól fizették meg őket, hogy praxis nélkül is kényelmesen élhettek. Vannak „part time professorok” is, kik praktizálhatnak, de a tanításban és kutatásban is résztvesznek. A háború után sok egyetem új épületbe, márványpalotába költözött, amelyekben új professorok vezetése alatt új tanszékek, laboratóriumok, kutató, búvárhelyek alapítottak olyan mértékben, hogy a háború utáni 20 év óriási haladást jelentett az egyetemi tanítás és búvárkodás terén. *Mit Európa 2—300 év alatt lassú tempóban ért el, azt Amerika e rövid idő alatt nemcsak elérte, de messze túl is haladta*, úgy hogy nincs messze az idő, mikor az európai megy tanulni Amerikába, ha ugyan lerongyolódásunk után még módja lesz rá.

Az óriási fellendülés természetesen 100 és 100 millió dollárba került. A márványpaloták azonban nem csak külső mázt jelentenek, hanem beteggyógyító, szépen berendezett kórházak is, melyek minden ország közegészségügyének díszeré válnának. Mindenütt nagyszerű felszerelés, megfelelő segédszemélyzet áll rendelkezésre, mely lehetővé teszi az eredményes tanítást, tanulást, s a tudományos elmélyedést. Nálunk többször halottam, hogy *Bunsen*, *Helmholtz* egyszerű viszonyok között nagyot alkottak. Ez így is van, de ma hogy lehetne felvenni a versenyt a mindennapi megélhetésért küszködőnek minden segédeszköz nélkül olyanokkal, kiknek a megélhetéssel törődni nem kell, kik egész napjukat a kutatásnak szentelhetik s minden eszköz a kényelmes intézetben rendelkezésükre áll, sőt a tudósok egész selege siet segítségükre, ha erre szükségük volna. Nálunk az a vélemény, hogy a tudós egyénisége pótolja mindent, ami alatt azt is értik, hogy a legprimitív munkát, metszetek beágyazását, felszerelését, festését is maga végezze, nem is szólva arról, hogy a szükséges vegyszereket maga fizesse és rozoga műszereit maga javítsa, vagy javíttassa ki.

Minél jobb intézetek keletkeztek Amerikában, minél szebb épületekben helyezték el őket, annál inkább fogyott az iskolák száma, mert a jobbak mellett a rosszabbak nem tudtak fennmaradni. Az utolsó 20 évben is megszűnt vagy 72 orvosi iskola, de maradt 63 elsőrangú egyeteme Amerikának, ezenkívül vagy 10 nem teljes facultása is, két haemopathikus és vagy két néger egyetem.

Minden egyetem autonom. *Tantervét mindegyik maga állapítja meg, ebbe az állam nem szól bele, de minden egyetemről kikerülő orvosnak le kell tennie az államvizsgát, hogy gyakorlatot űzhessen.*

A gyermek 6 éves korában beiratkozik az iskolába. 6 elemi után, 6 középiskola következik, ezután mennek a college-be. Ilyenszerű iskola Európában nincs. A legtöbb College magánalapítvány, de van állami is. A tanulók lehetnek bentlakók és kintlakók. Női- és férfi-college-k vannak, de vannak együttesek is. A tanulási idő 4 év, utána kapják a „Baccalaureus” fokot. Ezek a College-k nem készítik elő hallgatóikat valami hivatásra, csak általános műveltséget adnak. A hallgató maga választhat egyes tárgyakat, de ügyelnek rá, hogy azokat

meg is tanulja. A létező 800 College nem egyforma magaslaton áll. Az orvosi egyetemre nem is vesznek fel mindegyikből. Egyes egyetemek, mint a Johns Hopkins, csak bizonyos Collegek-ből vesz fel hallgatót. Sok College viszont összeköttetésben áll valamelyik egyetemmel. Némelyik egyetemnek nemcsak philosophiai, orvosi, jogi, hanem mérnöki, kereskedelmi, tanári, sőt művészakadémiai, színészképző, stb. iskolája is van.

A College-k bizonyos tekintetben tagozódnak, mert pl. az, ki orvosi egyetemre akar bejutni, már a College-ben physikát, vegytant, biológiát tanul, sőt bakteriológiát, psychológiát, orvostörténetet, francia vagy német nyelvet, vagy latint tanulhat és laboratóriumban is dolgozhat. A jogra készülő hallgató viszont neki megfelelő tárgyakat választ.

A legtöbb egyetem zárt számmal dolgozik. A Johns Hopkins csak 75-öt vesz fel az első évre, a medikusok legfeljebb 300-an lehetnek. Minden egyes felveendő diákról irformatiót szereznek azok caractere, képessége, szorgalma felől. A felvettek már érettebbek, mint nálunk, legalább 22 évesek. A fel nem vettek tovább tanulhatnak a College-ben s következő évben újból próbálkozhatnak vagy külföldre mennek, ott szereznek orvosi diplomát, otthon azonban ezeknek is államvizsgát kell tenniük. Újabban az európai egyetemekről kikerültek bizony nagyon rosszul vizsgáznak.

A tanítás nem német mintára megy. Nálunk a hallgatók a tanár előadását hallgatják és jegyzik. Az amerikai egyetemeken jó könyveket ajánlanak a hallgatóknak, akik kis csoportokban a nagyszámú tanítószemélyzet, assistensek, magántanárok felügyelete alá helyeztetnek. Az egyetem végzi a maga kutató és gyógyító munkáját és ide beosztva, mindig ugyanaz a tanuló vesz részt a munkában. Ha a hallgató anatómiát tanul, akkor egész napját az anatómián tölti és az intézet munkájában is résztvesz. Amikor a sebészetre kerül a sor, akkor egész napra oda osztják be őket megfelelő tanítószemélyzet felügyelete mellett, akik jól ismerik őket és így jól vannak értesülve a szorgalmukról, előrehaladásukról. A tanévet négy negyedre osztották és így negyedévenként változtatják a tárgyat. A tanár csak időnként tart összefoglaló előadást. A hallgató nincsen óráról-órára reggeltől-estig befogva, mint nálunk, van annyi szabadideje, hogy elmélyedhet, olvashat, gondolkodhat tárgya felett, ha valamely tárgyban gyengének érzi magát, vagy ellenkezőleg: intenzívebben akar vele foglalkozni, akkor a kötelező tárgyakon kívül megfelelő cursusok is állanak rendelkezésére. Negyedik évben a kórházi viziteken úgy vesz részt, mintha kész orvos volna, ennél fogva sokkal önállóbbak, mikor kikerülnek a gyakorlatba, mint a micink. A második év végén az elméleti, a negyedik év végén a klinikai tárgyakból van vizsga. A vizsgán nagyon számításba veszik a klinikai munkát vezető docensek jelentését. A negyed év végi vizsga sikeres letétele után doktor lesz a hallgató, de még nem practizálhat. A legtöbb államban egy évi kórházi gyakorlatot kívánnak az államvizsgára bocsátás előtt. Ez a vizsga írásbeli és az összes tárgyakat magában foglalja. A vizsgáztató tanárok, úgy mint nálunk az ügyvédi vizsgán nemcsak egyetemi tanárok, hanem főleg gyakorló orvosok. El lehet mondani, hogy Amerika az utolsó 25 év alatt egyetemi kérdésben századokat haladt és hogy a most évenként kikerülő 5000 orvos nemcsak egyenrangú az európaiakkal, hanem bizonyos tekintetben különb is. Az Egyesült Államoknak közel 160.000 orvosa van és így érthető, hogy vannak még régi iskolákból gyengébb tudásúak, az európaiak csak ezeket látják, pedig ezek rövidesen kihálnak és az újak mindig jobbak lesznek. Minthogy

az orvosoknak majdnem egynegyede specialistának mondta magát, alakult a „College of Surgeons” és az „American College of Physicians”, melyek már nagyon megválogatják tagjaikat. Az „American Medical Association” csak 353 kórházat jelölt ki, ahol szakorvosok képesíthetők.

Egy különös intézmény is van Amerikában kifejlődében s ez az *orvoscsoporthoz intézménye*, melynek mintaképe és jelenlegi alakjában egyedülálló az egész világon a „Mayo-Clinic.” Az orvosképzés, az orvosi berendezés nagyon drága és ezért több orvos összeáll, közös titkárnőt alkalmaz, laboratóriumot, röntgen, stb. rendeznek be. Az összeálló orvosok különböző specialista orvosokból tevődnek össze, így együttesen jobban elláthatják a beteget, különösen, ha még valamely kórházzal is kapcsolatban vannak. A költségek így megszanak.

William W. Mayo (1819—1911) 1863-ban telepedett le Rochesterben, mint sebész, majd a két fiából is, William J. Mayo és Charles H. Mayo-ból is orvos, illetőleg sebész lett. 1889-ben alapították a St. Mary kórházat 45 ágygal. Később más szakorvosokat is vettek maguk mellé s 1929-ben már 386 orvosuk volt. Az új, csak diagnosztikus célokat szolgáló klinikájukban már 288 vizsgáló szoba volt, majd összeköttetésbe kerültek a minnesotai állami egyetemmel, mint továbbképző intézet (Mayo foundation for Medical Education), később saját tudományos kísérleti állomást létesítettek, természetesen kórházukat is kibővítették és jelenleg vagy 20 műtőteremben dolgoznak felváltva kiválóan nevelt szakorvosai. Bármily sok kézből is tevődjenek össze a vizsgálatok, akárhány kézen menjen is át a beteg míg a helyes kórismét felállítják, a végén egy kézbe kerül, hol nagy szeretettel és egyénileg kezelik. Az öregek halála után a kitűnő unoka Ch. Mayo és a kiváló vő Balfour a régi színvonalon tartják az intézményt. Azóta hasonló intézmények másutt is keletkeztek. Így Crile klinikája és kórháza Clevelandban és Guthrie Sayre-ben. Guthrie többször járt Magyarországon nagyon megszeretett bennünket, mi is őt. A Budapesti Királyi Orvosegyesület 100 éves jubileumán előadást tartott és az egyesület tiszteleti tagja. A néhány év előtt újraépített kórháza mintaképe lehetne minden új kórháznak. Nemcsak practikusán a higiéne minden követelményének felel meg, műtőtermei hűthetők, barátságosak, a legmodernebbül felszereltek, könyvtára, laboratóriuma kifogástalan, az egyes szobák egyéni kiváló izlással választott bútorokkal, függönyökkel, világítással, hangfogókkal, rádióval színüknek megfelelő fürdőszobával stb. vannak ellátva. Mindenben meglátszik a sokat utazott, nagyműveltségű, kiváló izlésű, csupaszív feleség szelleme, ki nemcsak nagyszerű feleség és háziasszony; de igazi társa is a finomlelkű, finomkezü, nagytudású Guthrie-nek, ki nagyszerűen tudta kiválogatni munkatársait. Őszintén el lehet mondani, hogy Amerikának nagyszerű egyetemei, kórházai, laboratóriumai, könyvtárai és a jól képzett egyetemi tanárai, hallgatói biztosítják a mielőbbi vezető helyet, annál is inkább, mert a társadalom hisz a tudományban a tudományos kutatás fontosságában és minden rendelkezésre álló módon mind anyagilag, mint erkölcsileg támogatja.

Kórházai, melyek egy része egyetemekkel kapcsolatban áll, az utolsó 20 évben óriási változáson mentek keresztül. Ezt a változást nem állami beavatkozással érték el, hanem egyszerűen az American College of Surgeons felállított egy „Minimum Standard”-ot az orvosokra, a laboratóriumokra, a berendezésre, a vezetésre vonatkozólag és amely kórház e követelménynek megfelel, az „Fully approved” kórház, mely ennek a

követelménynek nem felel meg, de elfogadták a követelményeket és mindent elkövetnek a megvalósításában, azok a „Conditionally approved”, a többiek a „not approved” kórházak. A bizottság minden évben felülvizsgálja a kórházakat, az eredmény pedig az, hogy azok a kórháztypusok melyek közül csak 12% felelt meg a kívánalmaknak, jelenleg 100%-ig megfelelnek. A kórházak száma is megkétszereződött és jelenleg több mint 7000 kórház van, közel egymillió ágygal. Nagyrészüik állami, vagy alapítványi, közel egyharmada magánkórház.

Az ápolónők nagyrésze egyetemet végez, kb. 25 egyetem képez ápolónőket, a new-yorki Columbia egyetemen pedig ápolónőket képező tanárnőket képesítenek. Amerikában kb. félmillió ápolónő van, kiknek kétharmada magasabb képzettségű. Az orvosok mellett mérnökök, vegyészek, stb. egész hadserege vesz részt a „Public Service” keretében, melynek feladata a fertőző betegségek leküzdése, járványok meggátolása, a nép felvilágosítása, szóval a közegészségügy ápolása.

Szociális bajok ott is vannak. A sok szegény munkanélküli ott is ellátatlan Kisérleteznek is biztosítással, gyárak, nagy vállalatok külön kórházzal, orvosi ellátással, népbetegségek állami ellátásával. Eggyel azonban szintén tisztában vannak, hogy annyi pénz, annyi évi munka, annyi tudás, amit egy orvos képzése jelent, nagy tökélet képvisel és azt nem lehet éhbérért kizsákmányolni.

Az „American Medical Association” székhelye Chicago. Százeczer példányban megjelenő újságját saját nyomdájában nyomja. Minden orvost meghallgat és minden fontosabb kérdésben hallatja szavát; gyógyszer, táplálék, kuruzslás, néptanítás, az orvosok szellemi és anyagi helyzete érdeklődésének tárgya. Hatszázféle orvosi újság van könyvtárában és azt bármely vidéki orvosnak is megküldi olvasásra.

Sok félreértést okoz Európában, hogy nem tudják, hogy 160.000 orvos mellett vannak homeopáták, osteopáták és chiropractikusok. Ezek tulajdonképpen orvosok, csak a beteg kezelésében térnek el, amennyiben az utóbbiak kezeléséhez a massaget fűzik hozzá. Persze Amerikában is vannak kuruzslók, orvoslással foglalkozó vallásos szekták, mint Christian Science és a New-thought ezek elég jól boldogulnak, akár csak Németországban, hol a kiválóan képzett sok orvos sok tekintetben korlátok között mozog, addig a kuruzslók szabadon működhetnek.

Az így felkászult Amerika ma már nemcsak világszerte közös tudományos problémákon dolgozik, de sok tekintetben vezető szerepet is játszik. A most megnyílt új rákkutató intézet New-Yorkban 30 különböző physikus, biologus, kórboncnok, sebész, belgyógyász, stb. tudóssal indul a rákellenes harcba, olyan intézetben, olyan felszereléssel, amelyet Európában még álmodni sem lehet. Rockefeller ehhez is 3 és 1/2 millió dollárt adott, holott eddigi tudományos alapítványai is megközelítették már az 1 milliárd dollárt. A new-yorki Rockefeller-kutató intézet nemcsak emberi, hanem állati és növényi betegségekkel is foglalkozik és a kiváló vezetők mellett egész internationalis gárda áll rendelkezésükre. Flexner mellett Smith Noguchi Carels, Jack Loeb, Landsteiner, stb. dolgozott az intézetben.

A Yale-egyetem „Institute of Human Relations”-a már egész új utakat keres. Nemcsak pszichiátriával foglalkozik, hanem az ész higiéniájával is és nem elégszenek meg a betegek gyógyításával, hanem a megelőzésre helyezik a fősúlyt és így a gyermekek fejlődésének kutatásával. Psychologiai és psychologiai problémáival, a jogászok pedig az ember viszonyát a környező világhoz biologiai és sociologiai alapon tanulmá-

nyozzák. Míg Európában az anatomia csak hullatanulmány, Amerikában a fiziológiával együtt dolgozik és kísérleteket végez, az élettan pedig a fejlett vegytan révén termékenyítőleg hat a gyógyszerntanra. A röntgenvizsgálatok és gyógyítás is sokat köszönhet az amerikai kutatóknak. *A tudományos élet igen népszerű Amerikában és, ha bárkinek van valami új gondolata, biztos lehet, hogy az útját egyengetni fogják.* Az igaz, hogy már 1776 június 4-én, amikor Washington vezetése alatt a congressus kimondta, hogy Angliától elszakadnak és Független ország lesz az Egyesült Államok, egyúttal kijelentették: „mi magától értetődő igazságnak tartjuk, hogy az emberek mind egyenlőknek teremtődtek, hogy a teremtőtől bizonyos elidegeníthetetlen jogokkal vannak felruházva, hogy ezen élethez szabadság és boldogság utáni törekvés szükséges.”

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift, 11. sz. *Ottó H.*: Vérhas a lenygel harctéren. — *Werle E. és Schwarz H. I.*: Kallikrein görcsoldó hatása a nyúl mesterséges kardiospasmusára. — *Metz E.*: Napszúrás okozta szívserülés elektrokardiogramja. — *Vertán E.*: Száritott pajzsmirigykészítmények gyógyhatása a golyvára. — *Winkler A.*: Az ankylostomia duodenale előfordulása bányamunkásokban. — *Büchler F.*: A prostatahypertrophia hormonkezelése. — *Rietschal H.*: C-avitaminosis tiszta hústáplálás mellett.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 11. sz. *Rogge H.*: Sinkötés az alsó végtag csontsérülésének rögzítésére és vértelen nyújtására. — *Kroetz Ch.*: A vérkeringés biológiai 24 órás rhythmusa egészséges állapotban és szívgyengeségben. — *Simons R.*: Gyógyul-e a psoriasis a tropusokra költözés után. — *Wustrow*: Fogpótlás összefüggése a táplálék kihasználásával. — *Jamin F.*: A kávészén gyógyhatása. — *Orsós I.*: Égési sérülések rationalis kezelése. — *May F.*: „Syrocert” egy új fecskendő és sterilizálókészülék magasnyomású gőzsterilizálásra.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 11. sz. *Hegler A.*: Heveny lebenyes tüdőgyulladás gyógyítása enbasinnal. — *Löhe és Waversig*: Összehasonlító vizsgálatok különböző diszeptalok hatékonyságáról a gonorrhoea kezelésében. — *Stoeckel*: Chemotherapia a nőgyógyászatban. — *Müller R. L.*: Az álomról.

Wiener Klinische Wochenschrift, 11. sz. *Bohn H. és Basler R.*: Intestinalis indolintoxicatio jelentősége az endokrin-ideges enteropathiában. — *Breu W. és Zollner S.*: Az elektrokardiogram egyes csipkéinek és azok magasságának változása hyperthyreosisban. — *Hutter K.*: Vesefunctiovizsgálat és intravenás urographia.

La Presse Médicale, 22., 23., 24. sz. *Roux Berger és Jadlovker*: Nyirokmirigybeszűródés a nyelvgyök rákjaiban. — *Coste, Lamotte és Guiot*: Histamin és kóros izzadás. — *Madilrac P.*: Evipannarkosis a nőgyógyászatban. — *Letulle*: Székvizsgálatok jelentősége az idült háborús enteritisek elkülönítő kórműjére és kezelésére. — *P. G.*: A tachykardiák kezelése. — *Durel P.*: Sulfapyridin a blenorhoea kezelésében. — *Leriche és Fontaine*: Az első ágyéki sympathicus ganglion eitávolításának technikája. — *Mouriquand, Dauvergne és Eden*: Éhségosteopathiák. — *Peralta Ramos*: Tüszőhormon adagolás, mint a klinikai és therapiás orientatio alapja a gynaekológiában. — *Roffo sen. és jun.*: Hypercholesterines, praecancerosus ártalmaknak Wood-fénnyel előidézett fluorescentiaja. — *Kindberg, Adida és Rosenthal*: Eosinophiliás pneumopathiák. — *Baruk, David, Racine és Lauret*: Folliculin psychosik és keringési zavarok. — *Janbert de Beujen, Adallah és Picard*: Multiplex óriáshólyagú symmetrikus tüdőemphysema.

The Lancet, márc. 9. *C. D. Williams*: Gyermekek malariája. — *D. Jennings*: Perforált ulcus; változások a kor és nemek szerinti megoszlásban, az utolsó 150 évben. — *J. N. M. Chalmers*: Az emberi vér ólomtartalma. — *W. Gissane*,

D. Blair és B. K. Rank: Combesont-nyaktörések görcs-therapiában.

The Journal of the American Medical Association, febr. 17. *L. R. U. Gardner*: A pneumoconiosis pathológiája és kimutatása röntgennel. — *R. T. Johnstone*: A foglalkozásból származó betegségek tanítása. — *L. E. Booher*: Az ipari munkások kielégítő élelmezése. — *P. A. Davis*: Benzolmérgezések. — *G. Wilson*: A hőszúrás kardiopathológiája. — *P. A. Neal*: Dermatitis lemezvésők között. — *H. J. Johnson*: 2400 látszólag egészséges férfi elektrokardiogramjának tanulmányozása. — *E. R. Koontz*: Ipari sérültek és foglalkozásukból kifolyólag beteggé váitak kártalanítása; néhány törvényes és orvosi szempont. — Február 24. *W. D. Stroud és P. H. Twaddle*: 15 éves megfigyelés rheumatikus szívbajban szenvedő gyermekeken. — *A. Stadnichenko, S. J. Cohen és H. C. Sweany*: Gyomormosás a tuberculosis diagnózisában és kezelésének ellenőrzésében. — *J. H. Barach és L. Lewis Pennock*: Az occult haematuria diagnostikus értéke; — *E. G. Brown, G. R. Combs, stb.*: Eleteredetű infectio-salmonella Aertryckkel. — *G. F. Dick és G. Feerman*: Temporalis arteritis. — *F. G. Dorwart*: „Lassú epinephrin”, egy kísérlet. — *A. F. Darr, B. F. Heskett, stb.*: Epinephrin hydrochlorid az uterus acut puerperalis inversiójában.

VEGYES HIREK

Eugenio Morelli prof. a római egyetem ny. r. tanára s a Forlanini Intézet igazgatója 14-én „a tbc-elleni küzdelemtől Oiaszországban” és 16-án „a tüdő pathophysiologiájáról” tartott a közegészségtani intézetben rendkívüli látogatottságnak örvendő és nagy figyelemmel hallgatott előadást olasz nyelven, mit magyarul tolmácsoltak. A kitűnő előadónak legnagyobb sikere az volt, hogy hallgatói, szinte azt mondhatnánk, tolmácsolás nélkül is megértette. A két előadás rövid kivonatát jövő számunkban közöljük.

Halálozás. *Hlatky Tivadar dr.* a MÁV. BBBI. és az OTI. főorvosa f. hó 18-án elhunyt.

Az Országos Közegészségügyi Tanács újonnan kinevezett tisztikara és tagjai. Elnök: *Scholtz Kornél* titkos tanácsos, másodelnök: *Bakay Lajos*, titkár: *Margitay-Becht Dénes*. Kinevezett tagok: *Angyán János; Baló József; Balogh Ernő; Barla-Szabó József; Belák Sándor; Benedek László; v. Berde Károly; Bókay Zoltán; Boros József; Bosányi Andor; Burger Károly; Csilléry András; Darányi Gyula; Engel Rudolf; Fenyvessy Béla; Frigyesi József; Gärtner István; Gortvay György; Grenzer Béla Orsz. Chem. Int. ig.; Grosz Emil, Guszmán József; Hainiss Elemér; Herzog Ferenc; Hints Elek, Hunkár Béla szföv. vegy- és élelmiszervizsg. int. ig.; Hüttl Tivadar; Illyés Géza, Imre József; Issekutz Béla; Kelemen Béla; Keller Lajos Orsz. Stefánia Szöv. ig.; Kopits Jenő; Kotsis Iván műegyetemi ny. r. tanár; Kováts Ferenc; Kramár Jenő; Lénárt Zoltán; Lovrekovich István; Löcherer Tamás gyógyszerész; Lőrincz Ferenc; Manninger Rezső; Manninger Vilmos; Máthé Dénes; Melly József; Mészáros Gábor; Mihálkovic Elemér; Milkó Vilmos; Mozsonyi Sándor, Mutschenbacher Tivadar; Nagy Géza; Nékám Lajos; Neuber Ede; Nyíró Gyula; Orsós Ferenc; Pankotay-Niedermayer Gellért; Parassin József; bilkei Pap Lajos; Petres József; Petz Aladár; Rejtő Sándor; Sarbó Arthur; Schulek Elemér; Soós Aladár; Szaller Miklós; Széki Tibor Chem. Int. ig.; Szinyei József; Tóthfalussy Imre; Vámosy Zoltán; Weber Dezső gyógyszerész; Wolff Károly. — Hivatalbéli tagok: *Grosch Károly min. osztályfőnök; Kacsóh Bálint min. tan.; Kulcsár Győző min. tan.; Molnár Andor min. tan.; Frank Richard vezértörzsorvos; Tomcsik József; Verebely Tibor; Korkoly Thege Gyula min. osztályfőnök.**

Új hivatalos rendelvényeket állapított meg az Orsz. Közegészségügyi Tanács által a belügyminiszter és azok rendelkezését egész sor régebbi rendelet hatálytalanításával a Budapesti Közlöny febr. 29-iki 43. számában közölte és 139.549—1939. sz. rendeletével életbe léptette. Ez a rendelet a kísérletében lévő 259 vénymintával, s azok pharmakotherapiái csoportosításával, valamint a közgyógyszerellátás terhére engedélyezett, hivatalos és nem hivatalos gyógyszerek és serumok névsorával az Országos Kamarai Közlöny 3. számában is közzétett, — de meg fogja azt kapni minden orvos a Magyarországi Gyógyszerész Egyesület elő-

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

FAGIFOR „CITO”

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos kreosot-syrup
Ideális enyhe expectorans
 Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
 lag. orig. P 2'30, pénzt. csom. P. —'96

CITO gyógyszervegyészeti gyár
 Budapest, XIV. Lengyel-utca 33.

zényességéből használatra igen alkalmas vászonkötésű zseb-könyv formájában, melynek szétküldését husvét után, 26-án kezdik meg. E rendkívül egyszerű és modern terápiás igények legjobb kielégítése volt a vezérelv, ami oly mértékben sikerült, hogy e receptek áttanulmányozása a helyes gyógyszerrendelés terén kiegészíti és tökéletesíti orvosaink farmakoterápiás tudását, lényegesen megkönnyíti nekik céljuk elérését és a soknevű, drága különlegességek mellőzését, melyek ostromának napjainkban annyira ki vannak téve. Hogy ez mit jelent az államkincstár és a betegpénztárak költségvetésében, azt nem kell bizonyítani egy orvos előtt sem, de a receptgyűjtemény használatát a magánrendelést igénybevevő közönségre is kiterjed, mert hiszen hivatalos formulákat bárkinek, bármikor felírhatják szegénynek-gazdagnak egyaránt, kihasználva azt az előnyt, hogy nem kell a recept-combinációkon gondolkodni és annak sokszor időrabló és felelős felírásáival foglalkozni.

Kiterjedt II. fokú égés belső kezelése. Röviden utalva az O. H. 1939. 36. sz.-ban megjelent közleményemre, a rapide keletkező bullák fellépését, nagyságát és utólagos megjelenését sikerül lehetőleg korán alkalmazott belső szereléssel kedvezően befolyásolni. Én erre a célra korábban a berlini Schering-Kahlbaum-gyógyszergyár „Vasano” ampullás készítményét alkalmaztam, de mivel ez a szer külföldi készítmény és újabban nem szerezhető be, ajánlom az egészen friss esetekben az „Eri” gyártmányok között Tsz. 50.232. jelzésű ampullát, melynek tartalma *morph. hydrochloric. 0.02* és *scopolamin hydrobromic. 0.00025*. Súlyosabb esetekben az ugyancsak „Eri” készítmény Tsz. 50.194. jelzésű ampullát, melynek tartalma *morph. hydrochloric. 0.015* és *scopolamin hydrobromic. 0.0005*. Ezek ugyan nem tartalmazzak hyosciamint, de korábbi kísérleteim alapján közömbösnek találtam az élet megmentése szempontjából, hogy melyik atropin-csoportbeli alkaloidával kezelek. De mivel egyelőre a hyosciamin-sók, scopolamin-sók nálunk Ac. camphoricummal nem szerezhetők be, kötelességemnek tartom pótszerűen egyelőre a fentnevezett készítmények ajánlását. —

Mint hogy a modern háború sérülései között nagyobb számú, súlyos kiterjedésű II.-fokú égés nagyobb szerepet játszik, mint ezelőtt, megismétlem azt az óhajvásommat, hogy repülőink és motoros legénységünk a szert még az orvosi első segély előtt önmagán alkalmazni begyakorolja. Ezért az ampullát közömbös túlnyomásos gázzal töltve, steril tűvel szerelve szeretném kihozni, ami bizonyára egyszerűsíti az applikálását s lehetővé teszi az égő repülőgépen, vagy az égő motorból menekülés pillanatában használatát.

Az eredeti cikket az orvosi kar tagjainak kívánatra tisztelettel megküldhetem.

Melzer Károly dr.

Fürdők rendelése az orvos gyakorlatában címen tartott igen érdekes és látogatott előadást f. hó 18-án este 7 órakor a Geilert-fürdő disztermében *bilkei Pap Lajos* egyet. magántanár az Orvosszövetség rendezésében. Meggyőzően mutatott rá az általa követett kombinált fürdőkezelés szép eredményeire a rheumás és általában mozgáskorlátozással járó betegségekben, felhívván a magyar orvosok figyelmét hazánk gyógykincseire, különösen az itt, helyben fakadó kitűnő hév-vizekre és tökéletes berendezésű fürdőintézményekre, melyek pártolása egyben hazafias kötelesség.

Az ülésen, melyen *József Ferenc kir. herceg, Karafiáth Jenő főpolgármester, Salamon Géza és Némethy Károly* tanácsnokok is résztvettek, több egyetemi tanár és nagyszámú orvoshallgatóság mellett, *Herepey Csákány Győző* egyet. magántanár elnökölt s köszönetet mondva az előadónak az érdekesnek ígérkező vitát a következő ülésre halasztotta.

A Magyar Nőorvosok Társaságának igazgató tanácsa úgy határozott, hogy az 1940. év tavaszára tervezett VIII. nagygyűlését őszre halasztja.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen márc. 14-én: *Magyar Miklós János, Peller Zoltán*. Üdvözlőjük az új Kartársakat.

Vidéki egyetemi klinika könyvtárának kiegészítésére szüksége volna az Orvosi Hetilap következő évfolyamaira: 1869—1895-ig, 1905—1912-ig, 1914, és 1916—1920-ig. Ajánlatokat kiadóhivatalunknak kérjük megküldeni.

Frontátvonulások es kísérő jelenségeik márc. 10—16. között. Számos többé-kevésbé erős betörési front és egy gyenge felsiklási front érkezett. A betörési frontok legerősebb reakciói 8-án délelőtt és 15-én egész nap feltételezandók. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapestén	A front		Kísérő események*	
	hó	nap/óra		tajtája
10	1	Betörési	Mérsék	Egy szellőkés 7 m/mp, hőzapor 2 mm
10	8	Betörési	Erős	Szel 17 m/mp, kis hőzapor
10	17	Betörési	Mérsék.	Uj szélélénkülés
11	7	Betörési	Gyenge	Szelélénkülés és felhősodás
11	12	Felsikl.	Gyenge	Praefrontalis borulás
11	13	Betörési	Mérsék.	Szelrohamok és kis hőzállingóz. 150 -ig
13	11	Betörési	Gyenge	Gyenge zápo es
13	20	Betörési	Gyenge	Kis szelnyugtalanóság
13	23	Betörési	Gyenge	Kis szelnyugtalanóság
14	0	Betörési	Gyenge	Kis szelnyugtalanóság
14	13	Betörési	Mérsék.	Hirtelen szelrohamok 8 m/mp
14	20	Betörési	Mérsék.	Hirtelen szelrohamok 10 m/mp
15	1	Betörési	Erős	Heves szelbetörés 22 m/mp, légnyomásugrás
15	5	Betörési	Erős	Uj szelvihar, légnyomásugr., NY-on zivatarok
15	7	Betörési	Erős	Orkányszerű szelvihar, 26 m/mp, kis zápor 0.2 mm
15	12	Betörési	Erős	Rendkívüli orkán 32 m/mp
16	2	Betörést	Mérsék.	Uj szelérésődés 14 m/mp
16	21	Betörési	Mérsék.	Kis hőzapor

* A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a m. kir. Meteorológiai Intézet önrítő műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd az 1940. évi I. ill. borítóoldalon.

HETIREND

Budapest:

Szerdán, 27-én 6 ó.: a Közkóházi Orvostársulat ülése: *Telegdi I.*: Ultraseptyllyel kezelt meningitis epidemica esetek; — *Campián A.*: Az orr- és gégegyógyászat az általános gyakorlat szempontjából. —

Szerdán, 27-én, 6 ó.: a Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének ülése. *Fülöp I.*: Duodenum-polypus esete; — *Beliczay-Pavlik M.*: Vékonybéldiverticulum esete; — *Kováts F.*: A röntgenképek jelentősége a tüdőgümőkór formáinak elkülönítésében.

Szerdán, 27-én 7 ó.: a Szföv. Közs. Szívvizsgáló és Sportorvosi Intézet orvosainak ülése: *Szendrey-Karper J.*: A tonsillakérdés mai állása.

Pénteken, 29-én 6 ó.: a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése: *Kiss P.*: Szívzavar csecsemőkori grippe heveny szakában; — Sorozatos előadások: Újabb kutatások eredményei a gyakorló orvos szempontjából. IX. előadó: *Hainiss E.*: Irányelvek és individualizálás a csecsemőkori diatetikában.

Vidéki városok:

Csütörtökön, 28-án, 6 ó.: a Tiszaháti Orvosegyesület ülése Ungváron. *Hüttl T.*: Időjárás és betegség.

SEDYLETTA

tabletta 30 × 0.015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

Szabadon rendelhető:
 OTI, MABI, MAV, Széke főv. S.A, DOBBI

Podmaniczky-gyógyszertár
 Budapest, VI

Idült gyomorfekély kezelésében utókúra gyanánt igen 676—1940. kórh. sz.

jó szolgálatot tesz a Mira glaubersós gyógyvíz (Schaffler: O. H. 1926. 8.) Hyperaciditással járó esetekben a savérték csökkenését eredményezi és a subjectiv panaszokat szünteti. Főleg langyosan alkalmazott ivókúra ajánlatos. —

Vasvármegye és Szombathely város közkórháza.

578—1940. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Vasvármegye és Szombathely város közkórházában megüresedett egy *segédorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetnek. A segédorvosi állás kezdő javadalmazása a XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében. A segédorvos kinevezése 2 évre szól. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. A kinevezett orvos magányakorlatot nem folytathat.

A pályázati kérelemhez csatolni kell: 1. életleírást; 2. Az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet; 3. egyetemi lecke-könyvet, kórházi szolgálati könyvecskét és szigorlati bizonyítványokat; 4. közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletű hatósági orvosi bizonyítványt; 5. újkeletű hatósági erkölcsi bizonyítványt, vaia mint családi állapotot igazoló bizonyítványt; 6. magyar honnosságot, vagy illetőséget igazoló okmányt; 7. születési anyakönyvi kivonatot; 8. igazolványt arról, hogy az 1939. IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ának rendelkezései szerint az említett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá nem esik; 9. orvoskamarai tagság igazolását.

A pályázati kérvényeket Szücs István dr. vasvármegyei főispánhoz címezve, hozzám legkésőbbben *j. évi április hó 4-én déli 12 óráig* kell beküldeni. Csak szabályszerűen felszerelt, okmánybéllyel ellátott és kellő időben benyújtott kérvényeket vehetek figyelembe. Kinevezés esetén az állás azonnal elfoglalandó.

Szombathely, 1940 március hó 16-án.

Pető Ernő dr., igazgató-főorvos.

Dr. FARKAS vizgyógyintézet

V. BATHORY-UTCA 3 — TELEFON: 126—438

Szénsavas-,bélfürdők, ultrarövidhullámú kezelés

Lapunk mai számához a Magyar Pharma Gyógyáru Rt., (Budapest, V., Arany János utca 10.) gyógyszerkészítményeiről szóló ismertetést mellékeljük.

Carbo Königsfeld

Histobase-tartalmú növényi szénkészítmény. Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

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

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában megüresedésben lévő *1 segédorvosi és 2 orvosgyakornoki állásra* pályázatot hirdetnek. A pályázati határidő *1940. április 10. déli 12 óra*. A segédorvosi állás javadalmazása: az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő fizetés, az orvosgyakornoki havi 80 P tiszteletdíj és mind a segédorvosnak, mind az orvosgyakornoknak 50%-os térítmény ellenében nyújtandó I. oszt. ételmezés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés és világítás. A segédorvos kinevezése 3 évre szól, az orvosgyakornoké 1 évre. A kinevezett orvos magányakorlatot nem folytathat és állását kinevezése esetén azonnal elfoglalni tartozik.

A pályázati kérelemhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. hatósági orvosi bizonyítványt; 4. magyar állampolgársági bizonyítványt, esetleg illetőségi bizonyítványt; 5. orvostudori oklevelet; 6. rövid önéletrajzot (curriculum vitae); 7. A pályázók a felsorolt okmányokon kívül, az 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-ainak rendelkezései szerint igazolni tartoznak, hogy az említett törvény 1. §-ában meghatározott korlátozás alá nem esnek. A pályázók pályázati kérvényükben tüntessék fel azt, hogy csak a segédorvosi, vagy annak el nem nyérése esetén az orvosgyakornoki állásra is pályáznak-e.

A szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybéllyel felülbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja thj. város főispánjához címetten, Baja város közkórházába adandók be.

Baja, 1940. március 12.-én.

Berhart Sándor dr. s. k., polgármester.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Fehér Kereszt Országos Lelencház Egyesület közkórházában megüresedett fül-, orr-, gége osztály *alorvosi állására* pályázatot hirdetnek. Az alorvosi állás javadalmazása havi utólagosan fizetendő 120 P, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítással és térítés nélkül nyújtott I. oszt. ételmezés. A kinevezés három hónapi próbaidő után két évre szól és háromszor meghosszabbítható. A próbaidős alkalmazás ideiglenes jellegű, a próbaidő alatt minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltat. Csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak. Előzetes alapos sebészeti képzettség igazolandó. Kellően felszerelt pályázati kérvényeket a kórház igazgatóságához (Budapest, IX., Tűzoltó utca 7. sz. alá) kell benyújtani, *1940. évi április hó 15-ig*. A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot és leszármazás igazolását; 2. magyar állampolgárságot igazoló okmányt; 3. magyar orvosi oklevelet, (illetve ennek egyetemi hivatalos másolatát); 4. magyar orvosi kamarai tagság igazolását; 5. eddigi esetleges működést igazoló okmányokat; 6. curriculum vitae-t. A kinevezett alorvosnak az intézetben kell laknia, lakását csak saját személye részére veheti igénybe. A szakorvosi képesítés lehetősége megvan. A kinevezett a lakást azonnal elfoglalni és a kórházi szabályzat házi, illetve munkarend szerint működni köteles. Elkészve érkezett, vagy hiányosan felszerelt pályázati kérvények figyelembe nem vehetők.

Budapest, 1940. március hó 15.-én.

Petőnyi Géza dr. igazgató-főorvos, egyet. m. tanár.

PHYLAXIA

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

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

Távbeszélő: 145—610; 137—809.

Meningitis cerebrospinalis epidemica **kezelésére** 10 és 20 cm³-es ampullákban

magyar meningococcus-szérum.

a hashajtókat változtatni kell!!
**neold az „Certa”
 görcs nélkül hat!!**
 30 db P O 60

230.574—1940. XVI. B. M. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszatért kárpátaljai területen állami igazgatás alá került nagyszőlősi és aknaszlattinai állami kórházban üresedésben lévő több *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat (nőek házassági anyakönyvi kivonata is); 2. a zsidók közéleti és gazdasági térfoglalásának korlátozásáról szóló 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. sz. rendelet 1. és 3. §-a értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az idézett törvény 1. §-ának korlátozó rendelkezése alá; 3. orvostudori oklevél; 4. állampolgárság igazolása; 5. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 6. Magyarországnak a trianoni szerződés által megállapított területéről pályázók orvoskamarai tagságának igazolása; 7. esetleges katonai szolgálatra vonatkozó iratok; 8. közszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletüket, közszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítványa; 9. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 10. Nyilatkozat arról, hogy a pályázó bírja-e a magyar-orsz. nyelvet és mily mértékben?

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalban, közintézetben és közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem? Igénlő esetben az alkalmazó szervezetet és az élvezett összes járandóságok összegét meg kell jelölni.

Közszolgálatban álló pályázók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi-lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltésekor — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek megfelelnek — a 7.800—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi aug. 20-iki, 188. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül igényük van azoknak: a) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek vagy szolgálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július 26. napján a visszatért kárpátaljai területen volt, állásukat azonban magyarságuk vagy politikai magatartásuk miatt a csehszlovák uralom alatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszatért kárpátaljai területeken laktak; — b) akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szol-

gálati kötelekben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napjáig a visszatért kárpátaljai területen volt, állásukat azonban magyarságuk vagy politikai magatartásuk miatt a csehszlovák uralom alatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni szerződésben megállapított területére költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; — c) akik az 1939. évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területen kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben csehszlovák közszolgálatban állottak; — d) az a) pont alatt említetteknek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laktak; e) mindazok, akiknek az 1939. évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területeken állandó lakóhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laktak. — Az a), b) és c) pontok alá eső személyek a d) és e) pontok alá eső személyekkel szemben egyenlő sorban vétetnek figyelembe; az a)–e) pontok alatt említettek közül azonban legelső sorban azok vétetnek figyelembe, akik a kárpátaljai területeknek visszatérése iránti mozgalmakban érdemeket szereztek.

Pályázók hiteltérdemlően igazolni tartoznak azt, hogy a 7.800—1939. M. E. sz. rendelet 7. §. a)–e) pontok hatálya alá tartoznak. — Az említett kormányrendelet 7. §-a hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 7.800—1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni.

A pályázati kérvények magyar, vagy magyar-orsz. nyelven nyújtandók be. A kérvényben mellékeik és nem magyar vagy magyar-orsz. nyelven kiállított okmányok hiteles fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámban tartoznak és ezért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek. Az alorvosi állások a X. fiz. oszt. legalacsonyabb fokozata szerinti javadalmazásban részesülnek. Az alorvosok a megjelölt illetményen kívül egy bútorozott szobából álló természetbeni lakásban részesülnek, azonkívül az élelmezésért az önköltségi ár 50%-át tartoznak fizetni. Az alorvosi állásra csak nőtlen, illetve hajadon orvosok pályázhatnak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetemnek a „Budapesti Közlöny” c. hivatalos lapban történt első közzétételétől számított 15 napon belül hozzám címezve — közhivatalban lévők szolgálati főnökük útján — nyújtsák be. Az ezen határidőn túl érkező és hiányosan felszerelt pályázatokat nem vehetem figyelembe.

Budapest, 1940. évi március hó 12-én.

M. kir. Belügyminiszter.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTAN.

TOROKÖBLÍTÉS HELYETT

AKRI „RÉTHY”**A SZÁJÜREG ÉS A TOROK FERTŐTLENÍTŐJE**

3 mg diamino-methyl-acridiniumchlorid tartalmú pasztillák.

A szájbán és torokban fellépő megbetegedések, gyulladások, torokhurut, angina, diphtheria, influenza, skarlát, soor, alveolar-pyorrhoea eseteiben.

Orvosi mintát és irodalmat kívánságra küld:

RÉTHY BÉLA Gyógyszerészeti Laboratóriuma **BÉKÉSCSABA**

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A poliomyelitis orthopaediai vonatkozásai.

A Heine-Medin kór vi:usa leggyakrabban a gerincvelő szürke állományának mellső szarvaiban lévő mozgató magvakat támadja meg s a betegségnek ezt a leggyakoribb alakját jelöljük *poliomyelitis anterior acuta* névvel. A megbetegedett mozgató sejtek ilyenkor a hozzájuk tartozó peripheriás neuronnal együtt elfajulnak. Az így elfajult körzeti mozgató pálya pedig nem tudja többé a központi idegrendszer-től az ingerületeket az izmokhoz vezetni, úgy, hogy ezek az izmok activ működésre, összehúzódnásra képtelenek, vagyis a petyhüdt bénulás (paralysis) állapotába kerülnek. A körzeti bénulásnak ezt az alakját „nuclearis typus“-nak nevezzük, szemben az idegtörzs sérülése kapcsán keletkező „fascicularis typus“-sal (Toby-Cohn). Minthogy azonban mindkét esetben a körzeti neuron vezetése szűnik meg, az eredmény mindig petyhüdt bénulás.

Régebben azt gondolták Erb vizsgálatai nyomán, hogy az idegrostok elfajulása feltétlenül az izomrostok zsíros, vagy viaszos elfajulását vonja maga után s ezzel magyarázható az ú. n. elektromos „elfajulási reactio“. Strümpell és tanítványai Jamin, Stier, Hauck, Lewy és mások vizsgálataikkal kiderítették, hogy az izomelfajulásnak vélt elváltozások műtermékek voltak s hogy a körzeti bénulások következtében az izomrostok nem fajulnak el, csak tétlenség miatt szerkezetük megtartása mellett egyenletesen és fokozatosan elvékonyodnak, egyszerűen elsorvadnak (voluminaria atrophia). Az izomrostok elfajulása viszont fertőzések és mérgezések közvetlen következménye. Aschoff, Küttner és Landois ugyanezt a nézetet vallják. Strümpell az elektromos elfajulási reactiót az idegtől megfosztott izom saját reactiójának (idiomuscularis reactio) tekinti, mely átmeneti állapot s mely az idegvezetés helyreállítása esetén normalis ingerlékenységi viszonyoknak ad helyet, évek hosszú során pedig, ha az izomrostok száma jelentékenyen fogy (numerikus atrophia) teljes ingerelhetetlenségbe megy át.

Saját szövettani vizsgálataim, melyeket évekkel a gyermekbénulás fellépése után végeztem béna izmokon, a Strümpell-féle felfogás helyességét igazolták. Azt találtam, hogy minél több idő telik el a bénulás fellépése óta, annál inkább elvékonyodnak az izomrostok, de ha áncsikolatukat egészen addig megtartják, míg el nem tűnnek. Ilymódon egyre fogy az izomrostok száma. A közöttük lévő hézagokat kötőszövet, majd később zsírszövet tölti ki, amely az erek környékéről burjánzik be az izomrostok közé. Szó sincs tehát sem viaszos, sem zsíros elfajulásról, mert a zsírszövet hézagpótló túlnyúlván révén burjánzik, de sohasem rakódik le zsír magukba az izomrostokba.

Az idegtörzsek szövettani vizsgálata azt mutatta, hogy azoknak egyenlő mérvű és kiterjedésű elfajulása nem áll mindig arányban az általuk beidegzett izmok állapotával. Az izmok közül ugyanis a mechanikailag kedvezőtlenebb helyzetben lévők, melyek egyes végtagok önsúlya ellen dolgoznak (pl. m. tibialis anterior, m. peronei, m. quadriceps femoris, m. deltoideus) fokozott tétlenségre lévén kárthatva, nagyobb mértékben sorvadnak, mint antagonistáik, mert passive nyújtott helyzetbe kerülnek s ezért nehezebben regenerálódnak. Max Lange állatkísérletei is azt mutatták,

hogy az idegátvágás után a túlnyújtott izmok nehezebben regenerálódnak, mint a többiek. A mindennapos klinikai megfigyelés és nagy gyűjtőstatisztikák (Zappert és Wiesner, Köhlisch és Lubarsch, Biesalski és van Assen) pedig azt bizonyítják, hogy a fenti kedvezőtlen mechanikai helyzetben lévő izmok sokkal gyakrabban benuznak, mint a többiek. Haglund nagyon helyesen rámutat arra, hogy a klinikailag „béna“ izmok gyakran csak látszólagosan bénák („pseudoparalysis“) és a bénulás kapcsán észlelt contracturák nagyrészt szintén nem valódiak, hanem „pseudoparalytikus contracturák“, melyek egyes izmok passiv túlnyújtása által fejlődnek ki.

A gyakorlat pedig azt mutatja, hogy sokszor még évekkel a contracturák (pl. lólábállás) kiegyenlítése és megfelelő utókezelés után helyreállhat a látszólag béna izmok működése. A contracturák típusa szintén értetővé teszi egyes izmok praedilectióját a bénulás terén. Tudjuk, hogy leggyakoribb a váll adductió, a csípő és térd flexiós contracturája és a bénulásos dongalólábállás. Véleményem szerint tehát a klinikailag bénulást mutató kép a neurolaesia és ízületmechanikai tényezők combinációjának az eredménye.

Ezekből a megállapításokból fontos gyakorlati következtetések vonhatók, a gyermekbénulás orthopaediai gyógyítását és különösen a contracturák megelőzését illetően. Ezek az elméleti vizsgálatok igazolják azt a régi klinikai tapasztalatot, hogy a gyermekbénulásnak már a heveny szakában rögzítenünk kell azokat az ízületeket, melyeknek az izmai megbénultak. Hogy a rögzítést gipszsínnel, gipszkötéssel, vagy készülékkel végezzük-e, az részletkérdés. Fontos azonban, hogy a váll-izületet abductióban és kifelé rotációban, a könyököt derékszögű hajlításban, a kézcsuklót enyhe dorsalflexióban és az ujjakat nyújtott helyzetben rögzítsük, az alsó végtag bénulásakor pedig a csípőt és térdet nyújtott helyzetben, a lábat derékszögű dorsalflexióban. A törzs izmainak bénulása esetén a beteget gipszágyban fektetjük. Ha a heveny szak lezajlása után a kezdetben kiterjedt bénulás néhány izomra vagy egyes izomcsoportokra húzódott vissza, akkor a beteget talpra állítjuk és megfelelő készülékekkel biztosítjuk az ízületek fenti helyzetét. Ha viszont a contracturák már kifejlődtek, akkor ezeket vagy altatással, vagy fokozatosan ki kell egyenlíteni (redressement) s az elért eredményt gipszkötéssel kell rögzíteni. Az ízületek kívánt helyzetét azután is megfelelő készülékkel biztosítjuk.

A készülékek hordatása mellett massage, villanyozás, activ és passiv gyakorlatok útján küzdünk a tétlenségi sorvadás ellen és ilymódon igyekszünk legalább a megmaradt izomrostok működését fenntartani. A többé-kevésbé csaknem mindig jelenlévő vasomotoros bénulás miatt ezenkívül ajánlatos meleg fürdők, diathermia, rövidhullám-kezelés óvatos alkalmazása, különösen télen és ilyenkor fontos a meleg ruházódás, hogy a könnyen fellépő súlyos fagyásokat megelőzzük. Néhány évig is eltart, míg a végleges állapot kialakul, de erről természetesen csak akkor beszélhetünk, ha contracturák sohasem fejlődtek ki, vagy azok kiegyenlítése óta 1—2 év már eltelt.

Csak a végleges állapot kialakulása esetén állíthatunk fel műtéti terveket. Ha csak egyes izmok bénák, akkor gondolhatunk más épen maradt izmok inainak átültetésére. A sok speculativ *inátültetés*ből csak néhány

vált be a gyakorlatban. Legjobb eredményeket adja a *musc. peroneus longus* inának a *musc. tibialis anterior* tapadási helyére átültetése pes equino-valgus paralyticus esetén, főleg ha Lange szerint a csonthártyához s nem az inhoz (*Vulpinus*) varrjuk oda s ha a béna in in-hüvelyén húzzuk át a működő izom inát *Biesalski* szerint. Jó eredményt ad a m. tibialis ant. inának a m. peroneus tertius tapadási helyére ültetése is pes equino-varus paralyticus esetén. Míg a benulásos sarok-láb javítására elég jó eredményt ad, ha a m. peron. long. inát az Achilles-in tapadási helyén varrjuk a sarokcsont-hoz. A béna elülső lábszárizmoknak pótlása a hátulsó láb-szárizmokkal nem szokott jó eredményt adni, különösen ha a membrana interossea mesterséges nyílásán vezetjük át pl. a m. tib. post. inát előre, mert könnyen lenőhet az átültetett in, ami meghiúsítja a sikert. Általában igen jó eredménnyel jár a béna combfeszítő izmok helyettesítése a combhajlítókval. Ez a *Gocht*-féle „quadri-ceps-plastika“ abban áll, hogy a m. biceps fem. és a m. semimembranosus, vagy m. semitendinosus inait ültetjük a térdkalácsra. Általános fontos szabály, hogy lehetőleg ne messziről hozzuk az átültetett inat és az ne szenvedjen megtöretést lefutási irányában, sem pedig lenővések ne keletkezzenek körülötte. A *Nicoladoni* majd *Vulpinus* által ajánlott régebbi módszerek, melyek az inat inra ültetik át, a maguk idejében nagy haladást jelentettek ugyan, de ma már, midőn tökéletesebb módszerek (*Biesalski*, *Lange*) birtokában vagyunk, nem korszerűek. Az innak *Lange* által ajánlott selyemkötéssel való megoldása szükség esetén megkísérülhet ugyan, de nem tekinthető ideális megoldásnak. A csípő- és vállizület körüli átültetések: a m. gluteus pótlása a m. latissimus dorsi által (*Lange*), vagy a m. deltoideus pótlása a m. trapeziussal (*Bastos*) sajnos nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket.

Ha a végleges állapot kialakulása esetén valamely izületet mozgó összes izmok bénák, akkor szóba jön az illető izület merevítése. A merevítésre legalkalmasabb izületek a boka- és vállizület (*Gocht*). A térd- és csípőizület a merevítésre nem nagyon alkalmasak, mert az üléskor erős akadályt képezhet a merev térd, vagy csípő. Mindazonáltal szóbajönnek ezek a műtétek különösen akkor, ha pl. mindkét alsó végtagon kiterjedt benulások vannak. A teljes alsó végtag benulása esetén a Böhm-féle ú. n. „statikus átépítés“ is alkalmazható. Ez a szellemes műtét abban áll, hogy a combcsont és sípcsont átvésése után a térdizületet a súlyvonal mögé helyezük. Az így létrejövő, a „genu recurvatum“-ra emlékeztető állapot lehetővé teszi álláskor az alsó végtag biztos támaszkodását és nem akadályozza a térd passiv mozgását járaskor.

A műtéti terv felállítása, mint általában a gyermekbenulás következményeinek gyógyítása minden részletre kiterjedő figyelmet, neurológiai és izületmechanikai ismereteket s nagy technikai és sebészeti készséget igényel, valamint nagy türelmet a beteg és orvos részéről egyaránt. Ez a küzdelem azonban megér minden fáradságot, mert célja a magával tehetetlen nyomorék gyermek talpraállítása és önálló emberré nevelése.

Kopits Imre dr.
egyet. magántanár.

Az elektrokardiographiai vizsgálatok jelentősége csecsemőkorban.

Míg az elektrokardiographia (ekg) a belgyógyászatban ma már általánosan használatos és nélkülözhetetlen diagnosztikai eljárás, mely a gyermekgyógyászatban is elfoglalta az őt megillető helyet, a csecsemőgyógyászatban eddig csak szóróványosan nyert alkalmazást. Kétségtelen, hogy ennek főoka a felvétellel járó technikai nehézség; a nyugtalan, síró, állandóan mozgó csecsemőn értékelhető görbét készíteni alig lehet. Kis türelemmel és műfogásokkal azonban ez a nehézség jól áthidalható.

A csendes és lehetőleg elsötétített ekg-helyiségbe hozott csecsemőre azonnal szereljük rá az elektrodokat, kábeleket és most megteáztatva, esetleg az arcát eltakarva, várjuk meg, míg megnyugszik, illetőleg elszendereg. Ilyen módon legtöbbször sikerül teljesen használható görbét kapni. Nagyfokú nyugtalanság, motoros izgalommal járó idegrendszeri betegségek esetén azonban elkerülhetetlen lesz a chloralhydrát (2—3 kávéskanál), mely annál is inkább nyugodtan adható, mivel az ekg-t egyáltalán nem befolyásolja.

Egészséges csecsemők ekg-ja lényegesen különbözik a felnőttekétől. A jobb szívfél relative izmos volta, nagyobb tömege miatt az ekg jobb oldali typust mutat (jobb szívfél-túlsúly), feltűnő mély az S₁, olykor az S₂, hiányzik, ill. rendkívül alacsony az R₁, legmagasabb az R₃. A csecsemő-ekg. az alakbeli eltéréseken kívül abban is lényegesen különbözik a felnőttekétől, hogy az átvezetési idő, valamint az egyes hullámok tartama rövidebb, a szív működés frequentiája pedig lényegesen magasabb.

Ujszülöttek és koraszülötteken az első életnapokban ezeken kívül gyakran láthatunk feltűnő alacsony kitéréseket (low voltage), továbbá elég gyakoriak a T hullám ST szakasz két vagy több elvezetésben észlelhető eltérései, olykor extrasystolék, mely elváltozások a szív szülés alatti megviseltetésének következményeként jelentkeznek. Ezek az ekg-eltérések reversibilisek, pár nap alatt visszafejlődnek.

A csecsemőkori ekg. egy további jellegzetessége a meglehetősen gyakran észlelhető ST-elevatio, mely főleg az ST₁ és ST₂ elvezetésben lehet kifejezett. Míg az egészséges csecsemők ekg-ján észlelhető ST-elevatio csak mérsékelt (1—2 mm az isoelektromos vonal felett) kóros körülmények között asphyxiában, heveny-fertőző betegségekben oly nagy fokú lehet, hogy az ekg. képe az egyfázisú actióis áram görbéjéhez hasonlít.

A csecsemőkorra jellemző ekg. a 2. év vége felé már felnőtt típusúvá válik, a frequentia egyre csökken, az egyes hullámok átvezetési időtartama pedig a korrallal előrehaladva nő.

Míg a felnőttkorban és a gyermekkorban már jól ismeretes, hogy mely kórképekben várhatunk az ekg. vizsgálat elvégzésétől értékes útbaigazításokat, tudjuk azt, hogy milyen esetekben készíttessünk ekg-felvételt, csecsemőkorban erre vonatkozólag még nincsenek kialakult vélemények.

Éppen úgy, mint gyermekkorban, csecsemőkorban is rendkívül fontos útbaigazítást ad a szív állapotáról az ekg-felvétel heveny fertőző betegségek kapcsán. Diphtheria, dysenteria, toxicus grippe, pneumonia, sep-

Náthánál **ANARA** - CHINOIN

Gőzeinek beszipantása azonnali könnyebbséget okoz! Használatrakész tubus.

sis, colitis etc. kapcsán gyakran észlelhetünk a myocardium károsítására valló eltéréseket (ST-depressio, T lelapulása vagy negatívvá válása 2 vagy több elvezetésben).

Congenitalis vitiumok diagnosisában sokszor nagyon nagy segítségünkre lehet az ekg. Rendkívül gyakran láthatjuk ilyenkor a QRS-complexum kiszélesedése és felrostozódása mellett a negatív hullámok igen kifejezett voltát (feltűnő mély S_1 , S_2 , Q_2 , Q_3) esetleg rhythmus zavarokat is észlelhetünk.

Rhythmus zavarok esetében az ekg-felvétel csecsemőkori is épp oly jelentőséggel bír, mint a későbbi korban. Blokk, extrasystolék, avagy egyszerű sinusarrhythmia közötti elkülönítés a legkönnyebben és legpontosabban az ekg. segítségével történhet.

Némely esetben az ekg. nemcsak a szív állapotáról ad felvilágosítást, hanem jellegzetes eltérése alapján diagnosisunk helyességét is alátámaszthatja.

Igy újszülöttkori *aggyvérzések* gyakran láthatunk súlyos és progrediáló ekg-eléréseket, ami kétes esetben az aggyvérzés fennforgása mellett értékelhető. *Aggyvörzések* járó betegségekben (hydrocephalus, pachymeningitis haemorrh. int., agytumorok) ugyancsak gyakoriak az ekg-nak a myocardium kárositottságát jelző eltérései, vagy rhythmuszavarok.

Lényegesen fontosabb ezeknél az angolkór rendkívüli nagy elterjedtsége következtében gyakran észlelhető *tetania* jellegzetes ekg-kepe. Tetániában a legállandóbb ekg-tünet a QT-távolság kifejezett megnyúlása, a T hullám rövid, hegyes volta. A súlyos állapotban, görcsökkel beszállított csecsemőn sem a mechanikus, sem az elektromos ingerlékenység vizsgálata nem végezhető el, a serum Ca/P vizsgálata hosszabb időt vesz igénybe, míg a chlorallal megnyugtató csecsemőn azonnal elkészített ekg-felvétel segítségével biztosan eldönthetjük, hogy tetaniás, vagy más természetű görcsökkel állunk-e szemben.

A QT szakasz megnyúlása más betegségekben is észlelhető (di, pylorospasmus etc.), de a T hullám jellegzetes alakjánál fogva, kis gyakorlattal biztosan felismerhetjük annak tetaniás természetét.

Tekintet nélkül az alapbetegsége, mindazon esetekben, amikor a csecsemő keringési viszonyainak romlását észlelhetjük, amit a hastonus csökkenése, haspuffadás, hűvös cyanotikus végtagok, esetleg máj-megnagyobbodás is elárul, végeztessünk ekg vizsgálatot is. Így igen sok esetben fogunk meggyőződni arról, hogy a keringési zavarok előidézésében nemcsak a vasomotorok beidegzési zavarai, ill. kezdődő bénulása, hanem magának a szívizomnak kifejezett kárositottsága is fontos szerepet játszik, tehát terápiánkat az adrenalin, ephedrin, cardiazol készítmények mellett, digitalissal is ki kell egészítenünk.

Nádrai Andor dr.
egyet. tanársegéd, Pécs.

A totalis thyreoidektomia eredményei szívujakban.

Amerikai szerzők 1933-ban közölték, hogy decompensált szívbírentyűhibák és szívizombetegség esetén a pajzsmirigy részleges eltávolítása a keringési decompensatio javulását idézi elő, akkor is, ha nem állt fenn pajzsmirigy túlműködés. Később a subtotalis thyreoidektomia helyett a totalisat ajánlották és a műtéti javallatok közé sorolták az olyan angina pectoris eseteket is, amelyek a szokásos kezelési módokkal dacoltak. Egyes szerzők arról számoltak be, hogy a pajzsmirigy ereinek a lekötése épp oly jó eredményt szolgáltat, mint

a mirigy eltávolítása, a műtét veszélyei viszont ilyenkor kisebbek.

Az eljárás eredményességének a kórélettani alapja: 1. a pajzsmirigy részleges, vagy teljes kiirtása után csökken a szövetek oxygenfogyasztása, ezért a szívnek kevesebb vért kell az időegységben a szövetekhez juttatnia, ami a szív munkájának megkisebbedését vonja maga után; 2. a pajzsmirigyhormon hiánya a szívnek mellékvesevelő-hormon (adrenalin) iránti érzékenységet csökkenti, tehát a szív kisebb szaporasággal és gazdaságosabb szénhidrátanyagcserével fog dolgozni.

Amerikai és európai szerzők kezdetben igen jó eredményekről számoltak be: a decompensációs tünetek közvetlenül a műtét után megszűntek, vagy csökkentek és az újbóli decompensatio is nehezebben köszöntött be. Mások viszont a műtét teljes, vagy részleges eredménytelenségét közölték. Egyrészt nagy műtéti halálozásról számoltak be, másrészt műtét utáni tetania eseteket ismertettek. Sok esetben kifejezett myxoedema lépett fel és a keringési decompensatio sem javult mindig a kívánt mértékben.

Összegezve az egymással sokszor ellentétes irodalmi közléseket és a hazai tapasztalatokat, azt mondhatjuk, hogy az esetek $\frac{1}{3}$ részében jó az eredmény, $\frac{1}{3}$ -ban mérsekelt, $\frac{1}{3}$ -ban pedig eredménytelen a műtét. A műtéti halálozás járatos sebész kezében nem nagyobb — sőt talán kisebb — mint a más okból végzett pajzsmirigykiirtás esetén. Tetania és recurrens sérülés igen ritka. Myxoedema gyakrabban lép fel, de jól befolyásolható pajzsmirigy-készítményekkel.

Hogy milyen tartós az eredmény, azt ma még nem tudjuk megítélni, tény azonban, hogy a betegek egy része, akinek a keringése régebben évente többször volt decompensált állapotban, újra munkaképessé vált. Az is tény, hogy ha az ilyen betegen decompensatio tünetei lépnek fel, ezek lényegesen könnyebben tüntethetők el, mint a műtét előtt.

A műtét javallatát illetően azt mondhatjuk, hogy amíg a keringés a szokásos belgyógyászati kezeléssel többé-kevésbé compensált állapotban található, addig ne operáljunk. Ha azonban a szív elvesztette digitalis, ill. strophantin- és leander-készítmények iránti érzékenységét, — akkor, mint ultimum refugium — végeztessünk subtotalis pajzsmirigykiirtást. Angina pectoris esetén is csak mint ultimum refugiumot vegyük igénybe a műtétet. Javalt viszont a beavatkozás olyan angina pectoris esetekben, ahol a keringés decompensatiójakor a rohamok megszűnnek, az újra helyreállt compensatiókor viszont újra megjelennek. Ilyenkor a beteg a compensatio-decompensatio határán tartandó, ami könnyebben vihető keresztül pajzsmirigykiirtás után.

A műtét után esetleg fellépő myxoedema kezelésében arra kell törekednünk, hogy a beteg alapanyagcsereje inkább a minus 20%-hoz legyen közelebb, mint a 0%-hoz. Ezt éppúgy csak próbálgatással érhetjük el, (szájon át: thyroxin, vagy még inkább pajzsmirigykivonatok), mint az insulin optimalis adagolását cukorbetegség esetén. Természetesen nemcsak az alapanyagcsere számértékei döntenek, hanem a klinikai tünetek is.

Enyhe esetekben megpróbálhatjuk a pajzsmirigyműködést belgyógyászati módszerekkel is csökkenteni: A-vitamin (virgin, vogan), ergotamin készítmények (ergam, gynergen, stb.) időnkinti magaslati klíma (600—1000 m), vagy röntgen-besugárzások. Utóbbi eljárást illetően kétséges, hogy egészséges pajzsmirigy-szövet reagál-e egyáltalán röntgen-sugarakra. Ennek ellenére egyesek mégis jó tapasztalatokról számolnak be.

Zárday Imre dr.
OTBA főorvos.

Újabb adatok a croupus pneumonia chemoterapiájához.

A croupus tüdőgyulladás oki gyógykezelése csakis a szervezetbe behatolt pneumococcusok elpusztításán ill. a toxinok közömbösítésén alapulhat. Ezt a célt vagy biológiai vagy kémiai úton érthetjük el. Az előbbi módon hatnak a gyógyszerek, hátrányuk azonban, hogy gyógyító hatásuk a különféle pneumococcus-typusokra nem egyforma erős.

A pneumococcusoknak kémiai úton elpusztítására irányuló kísérletek nem újkeletűek. Az első, eredményekkel kecsegtető felfedezés az optochin (aethylhydrocuprein) volt, melynek bakteriumölő hatását a pneumococcusok valamennyi csoportjára *Morgenroth* és munkatársai állatkísérleteikkel bebizonyították. Emberen is kétségtelenül hatásos volt, de az a sajnálatos körülmény, hogy már gyógyító adagban is a látóideg sorvadását okozhatja, használatát kockázatosná teszi.

A bakteriumos fertőzések elleni küzdelemben korszakalkotó fordulatot jelentett a különböző genyeltő bakteriumok ellen hatásos sulfamid-származékok bevezetése. A pneumococcus fertőzésekre kifejtett hatását *Rosenthal*, valamint *Buttle* és munkatársai állatkísérletekben mutatták ki. Megállapításaikat a kutatók egész sora igazolta. A klinikai tapasztalatok azonban ezeket a reményeket nem váltották be, bár egyes szerzők közlése szerint még a legnagyobb mortalitású, III. csoportba tartozó pneumococcus által okozott fertőzésekben is sikerült általuk a halálozási arányszámot lényegesen csökkenteni.

Whitby 1938-ban a p-aminobenzolsulfamid pyridin-származékának hatását vizsgálta pneumococcusokkal fertőzött egereken. Eredményei nagyon biztatóak voltak, nevezetesen a vegyület 0.25—2 mg/testsúly-g. adagjával a 10.000-szeres halálos dosissal fertőzött egereket is két napig életben tudta tartani.

Amint a legújabb hazai és külföldi irodalom adatai bizonyítják, ez a vegyület már megfelelt a hozzáfűzött reményeknek. Hátránya, hogy elég gyakran okoz kellemetlen melléktüneteket, elsősorban hányingert, sőt csilapíthatatlan hányást, ezenkívül fejfájást, szédülést, bőrkiütéseket és leukopeniát.

Az elmúlt évben a Chinoi-gyár nagyobb mennyiségű kísérleti anyagot juttatott hozzánk egy akkor K₃₃ jelű készítményből, amely azóta *ultraseptyl* néven forgalomba került. Ez ugyancsak p-aminobenzolsulfamid-származék, a *Whitby*-féle vegyülettől azonban lényegesen különbözik, azáltal, hogy szerkezetében a pyridin-gyűrű helyett thiazolgyűrű szerepel: 2-p-aminobenzolsulfamido-4-methylthiazol.

A készítményt az elmúlt év folyamán 60 croupus tüdőgyulladásban szenvedő betegen alkalmaztuk. Ezek közül férfi 36, nő 24 volt. Életkor szerint 10 volt a 17—25. év között, 34 a 26—40 év között, 13 40—60. év között, végül 60 éven felül volt 3 beteg. A betegek közül 15 a betegség kezdetétől (hidegrázástól) számított másodikon napon, 14 a harmadikon, 12 a negyediken, 9 az ötödiken, 6 a hatodik és hetediken, végül 4 a tizedik napon túl került felvételre. Utóbbiak közül egyiknek kezdődő, pneumococcusokat tartalmazó empyemája volt.

Az *ultraseptyl* adagolását minden betegen azonnal megkezdjük. Ezenkívül semmi más gyógyszert nem adtunk, kivéve szükség esetén a kínzó köhögés csillapítására 2—3 cg codeint vagy a keringés támogatása végett tetracort. Eleinte napi 3 g-ot, azaz 6 tablettát adtunk, majd lassan emelkedve 4—5 g-ot, sőt 6—8 g-ig is felemeltük a kezdeti adagot, később általában napi 5 g-nál (10 tabl.) állapotunk meg.

A gyógyszer adagolásának megkezdésétől számított 1 napon belül láztalaná vált 14 beteg (23.3%), 2 nap alatt 13 (21.7%), 3 nap alatt 14 (23.3%), 4 nap alatt 12 (20%), 5 nap alatt három (5%), még később 4 (6.7%). Vagyis a betegek 88.3%-a 4 napon belül láztalaná vált. A hőesés 41 betegen kritikusan, 19-en lytikusan következett be. 10 betegen észleltünk a magas láz elmulása után még 3—6 napig tartó alig lázas állapotot. A betegség kezdetétől számított 3—4 nap alatt láztalan lett 8, öt-hat nap alatt 15, a 7. napon 24, a 9—11. napon 10 beteg, míg 4 beteg a 11. napon túl vált csak láztalaná. Vagyis 47 betegnek (78.3%) 7 napon belül megszűnt a láza.

Az egyes betegek által bevett *ultraseptyl* össz mennyisége a következő volt: 10—15 g-ot kapott 12 beteg, 15—20 g-ot 19 beteg, 20—30 g-ot 25 beteg, 4 beteg 30 g-nál többet, még pedig egy 29 éves 32 g-ot, egy 17 éves fiú 40 g-ot, egy 30 éves nő 45 g-ot, egy 27 éves férfi 50 g-ot kapott egyfolytában.

A szövödmények közül a fentemlített empyemáson kívül, (aki már így került kórházba) még egy esetben fejlődött ki empyema és egy 37 éves nőn vetélés következett be.

A 60 beteg közül 1 halt meg (1.7%) betegségének 3. napján. A boncolás adatai szerint vitiuma is volt.

Mellékhatások nem fordultak elő, kivéve, hogy néhány esetben masszív adagokra (több mint napi 5 g) hányást észleltünk, mely azonban egy esetben sem volt erős. De ez is csak oly betegeken fordult elő, kik saját bevallásuk szerint azelőtt is gyenge gyomrúak voltak és más gyógyszereket sem töltek. Napi 3 g *ultraseptyl* adagolása mellett egy esetben sem észleltük a hányást. Volt két olyan betegünk, kik napi 8 g-ot szedtek, az egyik 3, a másik 5 napig és minden zavar nélkül bírták ezt az adagot. Bőrtüneteket, valamint a vérképben toxikus elváltozásokat nem láttunk, úgyszintén a vese vagy májparenchyma ártalmát sem.

A croupus tüdőgyulladás súlyossága és mortalitása évszakonként változik. Ha saját, az előző években tünetenként kezelt eseteink halálozási számát nézzük, le számítva az elhanyagolt, haldokló állapotban beszállított eseteket, akkor a következő eredményt kapjuk: 1936-ban 37 beteg közül meghalt 4, azaz 10.8%, 1937-ben 41 közül 5, azaz 12.1%, 1938-ban 42 közül 4, azaz 9.7%. A három év átlagos halálozási százaléka 10.8. — *Ultraseptyl* le kezelt 60 betegünk közül 1 halt meg (1.7%). A különbség annyira nyilvánvaló, hogy a készítmény hatásosságát még a legszigorúbb kritika mellett sem tagadhatjuk. Ez a körülmény, továbbá a készítmény ártalmatlan volta indokolta teszi általános használatát.

A gyakorlat számára *adagolásul* napi 4 g (4x2 tabl.) kezdő adagot ajánlunk s emellett a láztalan állapot bekövetkeztéig megmaradunk. Ha ez 4 napon belül nem következik be vagy gyomorpanaszok jelentkeznek, napi 3 g-ra, 3x2 tabl.-ra csökkentjük az adagot. 8 napnál tovább nem érdemes adni. Természetesen emellett nem hanyagolhatjuk el a pneumonia tüneti kezelését sem, így az oldalszúrás, kínzó köhögés, stb. ellen fájdalomcsillapítók, borogatások, stb. alkalmazását, valamint az esetleg jelentkező keringési zavarok megfelelő kezelését. Bár nem tartozik szorosan a tárgyhoz, de a teljesség kedvéért megemlítjük, hogy 3 kankós izületi gyulladás esetében, amelynek gyógyszeres gyógyulása közismerten nehézkes, elhúzódó és nem mindig maradék nélküli, — napi 5 g-nál lökészerű, egy-két ízben történt adásával gyors és klinikailag tökéletes gyógyulást értünk el.

Both Béla dr.,
közkórházi orvos.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

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

Előfizetések postautalványon vagy csekklapon küldendők. A feladó-
vevényt nyugtául ismerjük el.**MÉGJELENIK 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, vagy Le-page könyvkereskedés, Cluj, Str. Matia 1. Szlovákiában: Eleőd Z. Solt O. H. Dunabank, Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollár-chequeben kérjük a kiadóhivatalba.**Előfizetési díj:** az „Orvosi Hetilap”-ra és az Orvos-tudományi Közlemények-re együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a bel-földi díjak + portóköltés (összesen 32 P) félévre ezen össze-gek fele, negyedévre negyede, egy óra 2.50 pengő. — A „Magyar Orvosi Archivum” egész évre 10 pengő, 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

SYMPATOL

a szív és vérkeringés gyógyszere

**KARDIACUM
ANALEPTICUM
TONICUM**

«A Sympatol főleg a csekély mérgező hatá-
sa miatt tűnik ki, s éppen emiatt nem kell,
hogy az adagolása bátortalan és aggodalmas
legyen, sőt ne is legyen az.»

Zischinsky, Münch. med. Wschft. 1936, 1023.

«Az adagolás cseppekben kollapsusnál ugy-
történik, - ha egy per os adott gyógyszer
egyáltalában segíthet, - hogy 15 - 20 - 30
cseppet adunk, mely rendszerint elegendő
is. Ritka esetben kellett a Sympatolt inji-
ciálni.»

Schembra, Münch. med. Wschft. 1935, 1480.



C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim am Rhein

Tudományos iroda: Budapest V., Ferenc József-tér 5/6 félemelet 5

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC,
VÁMOSSY ZOLTÁN,

MISKOLCZY DEZSŐ,
VIDAKOVITS KAMILLÓ,

GORKA SÁNDOR,
REUTER KAMILLÓ,

HÜTTL TIVADAR,
JENEY ENDRE,

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Ricci James Vincent: Az extraperitonealis császármetszés egyszerűsítése. (159—161. oldal.)
Hetényi Géza: A sinus carotis-reflex túlérzékenységének jelentősége. (162—163. oldal.)
Blaszó Sándor: A mellékvese szerepe a toxikus dysenteria kóroktanában. (164—165. oldal.)
Luzsa Endre: Emlőrák áttétele mindkét szemben. (165—167. oldal.)
Preisich Kornél: A tuberculosus allergia. (167—168. oldal.)

Irodalmi szemle: (163—170. oldal.)
Könyvismertetés: (170—171. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (171—174. oldal.)
Petrányi Győző: E. Morelli professor előadásai. (174—175. oldal.)
Grósz Emil: A klinikák ágyszáma az országgyűlésen. (176. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (a borítólapon III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A new-yorki városi közkórház nőgyógyászati és szülészeti osztályának közleménye.

Az extraperitonealis császármetszés egyszerűsítése.*

Írta: Ricci James Vincent dr., osztályvezető főorvos.

Dewees William Potts a bábaképzésről szóló nyomtatványának egyik oldaljegyzetében (1830) egy levél jelent meg 1824 szeptember 28-iki kelettel Horner William Edmonds tollából, aki akkortájt a pennsylvaniai egyetemen az anatomia adjunctus tanára volt. Ez a levél *Physick Philip Syng*-et, az intézet sebésztanárát a császármetszés extraperitonealis új elvének igazi megalapítójaként említi. *Horner* egyik helyen azt mondja, hogy „a peritoneumot a hólyag felső fundusáról a kötőszövet sejtes állományának a széjjelválasztása útján kell lefejtetni”. *Physick* többek között azt ajánlja, hogy a hólyagot meg kell tölteni közepes tágulásig, miáltal a hólyag teste könnyebben láthatóvá lesz és a széjjelválasztás elősegítődik. Ez az utalás azonban észrevétlenül tünt el. A XIX-ik század végső szakaszából fennmaradt az extraperitoneális császármetszésre vonatkozó egynehány törekvés, mint a milyen a: *Baudelocque L. A.* (1843), *Cianglone Francesco* (1862), *Thomas Gaillard T.* (1870), *Skene A. J. C.* (1874—1884), *Budin P.* (1877), *Hime Thomas W.* (1878), *Edis W. Arthur* (1878), *Gillette William R.* (1879), *Dandridge N. P.* (1883), *Jewett Charles* (1883), *Pouillet J.* (1886). Ezek tulajdonképpen valamennyien a *Ritgen—Baudelocque—Bell* féle typushoz tartozók voltak. Rendkívüli véletlennek minősíthető, hogy e közül a 14 műtét közül hatot New York-ban végeztek. *Ritgen Ferdinand August* volt az első, aki kísérletet tett az extraperitonealis császármetszés elvégzésére 1820 október 12-én, a jobboldali *Poupart* szalaggal párhuzamosan vezetett metszéssel, a symphysis közepétől a crista ileumig haladva. A „lazán kitöltődő” peritoneum félrehúzósa után a vaginocervicalis terület alsó segmentumát bemetszette. A műteti technikának ez az „újítása” *Ritgen* gyakorlatában nem vált be, sőt hibás-

kezményes collapsusa a műtét befejezését megnehezítette. Az aljárast *Ritgen* gastroelytrotomiának, illetve, nak bizonyult. A súlyos vérvesztés és a beteg követlaparo-elytrotomiának nevezte el. *Baudelocque L. A.* erről a kérdéstről írta párisi thesisét 1823-ban, *Bell Charles* pedig, aki sebésztanár volt Edinburghban, az „Institute of Surgery”-ben megjelent dolgozatában 1838-ban a műtét részleteit körvonalazta. Ennek az újfajta császármetszésnek típusairól egymásután jelentek meg a közlemények.

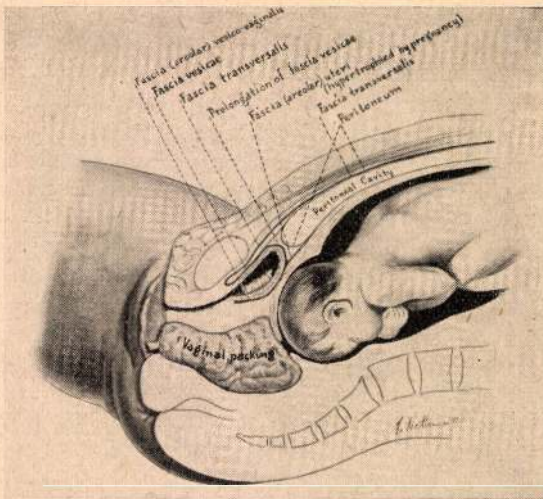
A kölni *Frank Fritz* volt az első, aki az extraperitonealis császármetszés műtétjét a *Physick* ajánlotta módosítással végezte 1907-ben. *Frank* mutatott rá arra a lehetőségre, hogy a hashártyát igenis le lehet választani a hólyag boltozatáról, feltéve, hogy a hólyag telt állapotban, vagyis magasan áll. *Frank*, bár vállalkozása egynehány esetben sikerrel járt, a hashártyahajlatnak a hólyag kupolájáról leválasztásakor jelentékeny nehézségekkel küzdött. Az igazi extraperitonealis császármetszés technikájának megoldásában a következő esztendőben, 1908-ban *Sellheim Hugó* hasonló nehézségekbe ütközött. Ennek a technikának az elvét már teljesen elvetették, amikor megjelent *Latzko Wilhelm* az ő extraperitonealizáló módszerével 1908-ban, melyben mindkét szervet: a hólyagot és a hashártyaredőt is oldalra és kihelyezte.

Frank és *Sellheim* nehézségeinek oka elsősorban abban található, hogy ők a hashártya redőnek a hólyagfalról leválasztását következetes csökönnyösséggel mindig a középvonalban kezdték el, már pedig tudvalevőleg ez a középvonal a hashártya és hólyag közötti rész, ennek a két szervnek legkimagaslóbb egyesülési pontja (urachusfusio). Ennek a dolgozatnak a szerzője ezt a nehézséget azzal kerüli el, hogy egyszerűsítve együttesen módosítja a *Frank Sellheim*-féle módszert a *Latzko* féle oldalsó behatolással. E közlemény célja e régi elv egyszerűsítésének körvonalazása, hogy ez a principium sebészileg újólag alkalmazhatóvá és hasznossá válhassék. Ez a módszer nem igazi újítás, csupán részletezése a vegyes methodus megvalósíthatóságának, hiszen megelőzőleg már mindegyiket megkísérelték; annyi azonban bizonyos, hogy megkönnyíti a méh alsó segmentalis területére az extraperitoneális behatolást és ezzel csökkenti a sebészi sérülést és kikerüli a sebészi trauma kockázatos veszedelmét a hólyagot illetőleg. A műtét alkalmazható akár folyamatban van a szülés,

*) A cikket ákosházi Sárkány Géza dr. fordította.

akár nincs. Olyan esetben, mikor a szülés még nincs folyamatban, a leválasztást nagyobb technikai ügyességgel és nagyobb sebészeti finomsággal kell végezni.

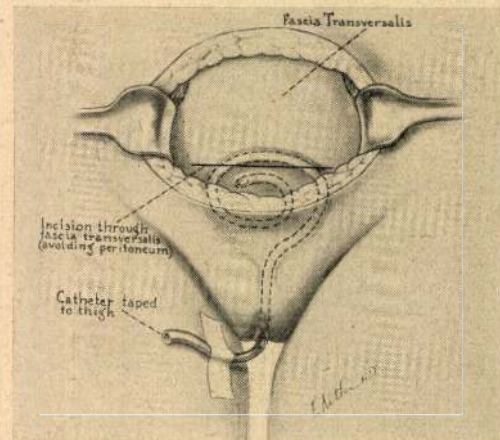
Végzése: A beteget felemelt alsó végtagokkal fektetjük a műtőasztalra u. n. lithotomiás helyzetben. A hüvelyfalak előzetes aseptikus előkészítése után a hólyagot egy 16-os számú francia katheter segítségével kiürítjük; a katheternek háromnegyedrésznyi darabját a hólyagban hagyjuk. Ez az eljárás ugyanis praktikusabb formában ábrázolja a hólyag körvonalait mint az u. n. „vesicoclysis”. Majd a hüvelyt gondosan kitömjük jodoform gauzeval azzal a céllal, hogy a méh alsó segmentumának alsó részlete (és ha szükséges, a magzat feje is) felfelé a symphysis felé kerüljön; így a fontos részletek négyszögletes formában kerülnek bele a műtői mezőbe. Ezután a beteget mérsékelt Trendelenburg-helyzetbe hozzuk. A Pfannenstiel-féle metszési vonal $4\frac{1}{2}$ inch (11.43 cm) hosszúságban közvetlen a fانسont felett vezetendő, normalis bőrredőben a supra-symphysealis mezőben. Megfelelő kampózással a rectus izmokat hátra és oldalra húzzuk, miáltal a fascia transversalis parietalis előtérbe kerül és láthatóvá válik. Ezt a szövetrészt jóval a hólyag felett *harántirányban* átvágjuk, megkímélve a fasciának azt a részét, amely a parietalis hashártyát takarja; a fasciának ez a része mintegy támasztéka a különben rendkívül vékony hashártyának. Ez a „kulcsa” a műtét eredményességének. A fali hashártyát borító fascia átvágása rendszerint a hashártya folytonosságának megszakítására vezetett. Ez a kezdeti tévedés volt az oka az elválasztási nehézségeknek és annak, hogy Frank és Sellheim módszere nem valósulhatott meg.



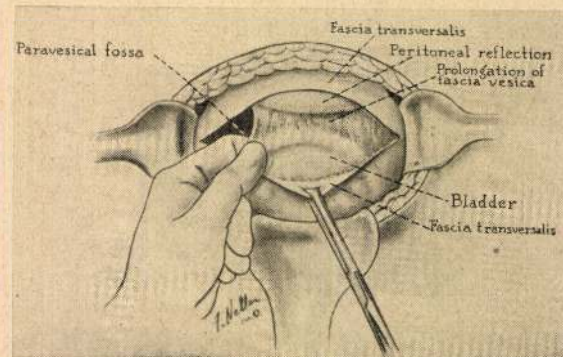
1. ábra. A peritoneum, fascia vesicae és a méh alsó segmentumának egymáshoz való viszonya.

Helyénvaló megjegyezni, hogy az áldott állapotban lévő nő terhessége végén bizonyos változásokat mutat a hólyag, méh, peritoneum és fascia egymáshoz való viszonyában a szöveti szerkezetet, formát és alakot illetően. Ezen szövetek, elsősorban a hashártya — beleértve azt a részét, amely az anyaméhhez hozzá van növe és vele határos — jóllehet nem mutatják a terhesség alatti ismeretes hypertrophiáját és duzzadását a nemi szerveknek, mégis jellegzetes alakváltozást mutatnak a hólyag és a rectumhoz való viszonylatukban. Másodsorban, a hólyag fel van tolvá, mintegy a terhes méh által „lefejezve” és így még ki nem tágult állapotban is inkább hasüri, mint medencebeli szervvé vált. Harmadszor, a vékony, de kötőszövetes fascia transversalis parietalis már a symphysis alatt megkezdte vándorló visszahajlását és terjeszkedését azzal a céllal, hogy az egész hó-

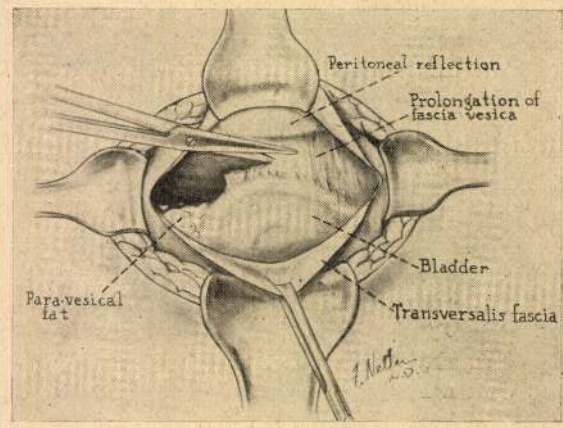
lyagot betakarja. A fasciának elülső vesicularis része megtartja kötőszövetes jellegét és ahhoz tömören hozzá is tapad, de amint áthajlik a hólyag hátulsó felszínére és az alsó uterinalis segmentum elülső felszínére, a terhes állapot következményeképpen nagymértékben túltengett és lazán szőtt areoláris kötőszövevé válik. Ez a hypertrophia tulajdonképpen az elvékonyodott alsó segmentalis területnek többlétszerű támasztékaul szolgál a szülési folyamat alatt. A fascia transversalisnak az a része, amely a medencébe hatol „fascia endopelvina” nevet kapta, sőt részletesebb és leíróbb meghatározás



2. ábra. A Pfannenstiel-féle bőrmetszés. A hólyag és a fascia transversalis feltárása és ez utóbbinak a bemetszése.



3. ábra. A hashártyaredőzet és a hólyag kupola, valamint a közbeeső szövetrész feltárása.

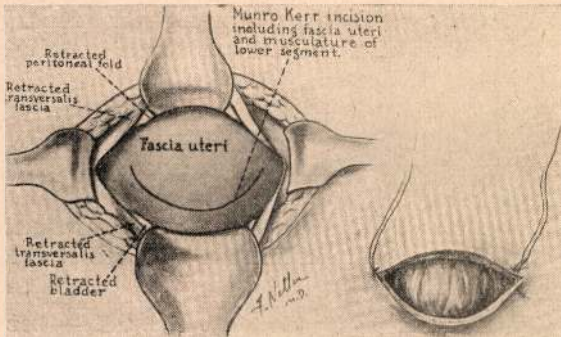


4. ábra. A hashártyaredőzet és a hólyagkupola közötti szövetrész bemetszése.

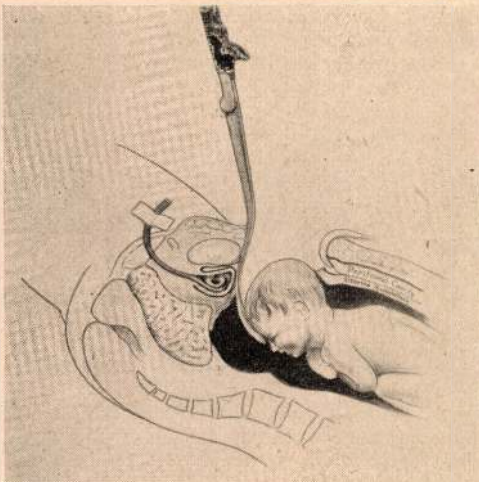
fascia vesicae-nek és fascia uteri-nek nevezi. A fascia uteri, akárcsak a visceralis peritoneum, körülbelül a belső méhszáj magasságában a méh állományával teljesen egybeolvad, úgyannyira, hogy mindkét szerv elveszti identitását. Goff Byron H. nulliparákon a fascia endopelvina-nak a medencebeli szervekhez való tény-

leges viszonyát, valamint azoknak a sűrű kötőszövetes lemeztől a laza areolaris párnázottságig terjedő elváltozásait mind anatómiai, mind szövettani szempontból rendkívüli pontossággal és terjedelemmel tanulmányozta és írta le 1931-ben.

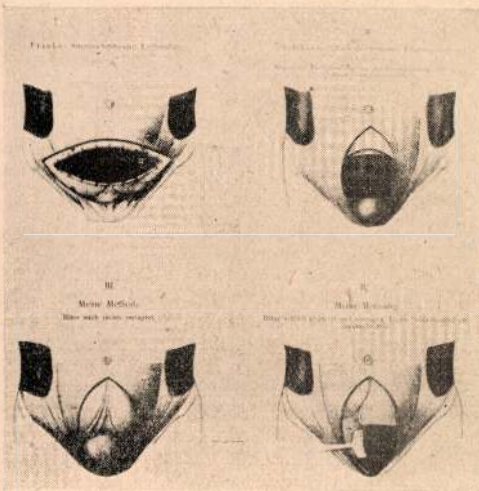
Ha ezeket az anatómiai leírásokat ábrák segítségével tanulmányozzuk, kitűnik az a legjelentősebb tény, hogy a hólyag szabadon fekszik, beágyazva a fascia



5. ábra. A méh alsó segmentumának harántirányú bemetszése.



6. ábra. A magzat fejének fogós megszületése.



7. ábra. A Selheim- és Latzko-féle extraperitoneális behatolás.

vesicába, (közel a húgycsővi részéhez) a fascia transversalis parietalis és a túltengett réteg felett a fascia endopelvina lazán szövött méhi részében mindkét oldalról laza zsírszövettel párnázva ki. Ha behatolunk ebbe a területbe a hólyag jobboldalán fekvő határnál (paravesicalis fascia), ezt könnyen leválaszthatjuk, a mutató és közép ujjunkkal, elkülönítvén azt az alatta elterülő

fascia uteri-től. Ennek a különválasztásnak befejeztével a hólyagot gyengéden kiemeljük ágyából és reáefektetjük a balkéz két ujjának tenyéri részére. Ezzel a mozdulattal a hólyag kupolás részét, amint azt a hólyagba helyezett húgycsap is láthatóvá teszi, továbbá a szürkés fehéren áttűnő hashártya visszahajló fodrát, valamint a vékony közbeeső és átlátszó szövetet, a fascia vesicae-nek hypertrophizált és megnyúlt részét felszabadítjuk. Ezt a szövetrészt azután ollóval átvágjuk. Ez az átlátszóság, a középső rész magasságában, vagyis ahol a peritoneum sorozatos hullámokban hajlik vissza, körülbelül az umbilicalis szalag (urachus) középső részénél és az obliterált arteria hypogastricánál eltűnik. Mindezek ellenére a határvonal felismerhető, mert a terhesség vége felé ezeknek a hólyaghoz tartozó u. n., állszalagoknak a redői és kötegei laposan elterülnek és elvékonyodnak. Ily módon a hólyagkupolának a hashártyától való elkülönítése eredményesen valósítható meg, anélkül hogy bármelyik structurát is megsértenénk; következőszerűen a méh alsó segmentuma a méhet takaró fasciával együtt extraperitoneálisan feltárul. Ezt a feltárást meg lehet nagyobbítani azzal, hogy egy Doyenkampóval a hólyagot a symphysis megett lefelé elhúzzuk. Az így szabadabbá tett részt azután félholdalokban bevágjuk (Munro Kerr-féle metszés), kezdve a közepvonalon és olyan mélyen, ahogyan csak lehetséges, azzal a céllal, hogy a metszésvonal végei az alsó ícsgmentális részben maradhassanak. Az átvágott izmokból eredő vérző pontokat Allis vagy Peam fele fogókkal ellenőrizzük. A metszésvonalnak a két végét átöltő varratokkal felemelve rögzítjük, hogy ezzel a sebszélek feltárást könnyebbé tegyük és a reconstructiót elvégezhessük. A magzat fejét kézi rotálással elülső egyenes fejtető tartásba hozzuk. A fogó egyik lemeze (előnyösebb a Tucker Mc Lean-féle fogónak a baloldali lapja) ráefektetve a symphysisre, illetve annak középső részére, mint támaszpont szerepel. Ezzel a mozdulattal és a terhes méh oldalára gyakorolt nyomással a magzat fejét kimozdítsuk és kivezetjük. Tanácsos a köldökzsinór elvágásával késlekedni, addig, amíg az altató az anyával megfelelő CO₂-ot lélegeztet be. Ez a művelet ugyanis serkenteni fogja az elaltatott magzat lélegző szerveit is.

A lepényt vagy kézzel választjuk le a fundus felől, feltéve, hogy „tisztá” esettel van dolgunk, vagy extraabdominálisan távolítjuk el abban az esetben, ha u. n. „potentialisan fertőzött” eset a problémánk. Ez utóbbi a köldökzsinórra gyakorolt húzással és a fundus összenyomásával könnyen keresztülvihető. A szerző legtöbbször előnyösnek tartja a méhüregét egy 2 inch (5.08 cm) szélességű gazeel kitömni. Meg kell győződni arról is, hogy a gaze egyik vége a külső méhszájban legyen, ami az eltávolítást megkönnyíti. Némely esetben, különösen olyan császármetszéses betegben, akinek cervixsze nem tágulhatott még ki, ez a gazeel való kitömés puhábbá teszi a szöveteket, tágítja a nyakcsatornát és szabadabb (sapræmiás) szádlásról gondoskodik. Ez a gaze körülbelül 36 óra múlva távolítandó el. A gaze eltávolítását megelőzőleg a beteg 5 egységnyi pituitrint kap subcutan. A méh sebet folytatólagos, kettes számú cat-guttal két rétegben zárjuk el; az egyik réteg az izomzatot, a másik réteg pedig az izomzatot és a fascia endopelvinát egyesíti. A hólyagot visszahelyezzük az ágyába és a fasciát harántirányban külön öltésekkel egyesítjük; a sebet szádlás nélkül zárjuk.

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

A Stefánia-úti Belgyógyászati Intézet közleménye.

A sinus carotis-reflex túlérzékenysége jelentősége.

Írta: Hetényi Géza dr., egyetemi magántanár

A vérkeringésben bizonyos fokig önszabályozó mechanizmusok is szerepelnek. Ezek céljukat különböző reflexekkel érik el: részben a szív működés szaporaságának, részben a vasomotoronusnak változtatása útján. E reflexek egyike az ú. n. depressor-reflex, amelyet a physiologusok rég ismertek *Cyon* 1866-ban történt felfedezése óta. *Daly* és *Verney*, majd *Anrep* és *Segall* bizonyították be véglegesen, hogy az aorta ascendensben bekövetkező nyomásemelkedés reflectorikusan a szív működés megritkulását és az apróosztoerek kitágulását idézi elő. *Heringé*, a kölni physiologusé az érdem, hogy felfedezte egy másik: hasonlóan fontos mechanizmus létezését. 1923-ban írta le, hogy az art. carotis communis szétágazásának táján jelentőségteljes sensorikus érterület található, amely ugyancsak képes a szív működést és a vasomotoronust befolyásolni. Ez a zona az ú. n. sinus caroticus-nak felel meg, ami az art. carotis interna kezdeti részének kiöblösödése, de kiterjedhet a carotis communis szomszédos területére is. E helyen az ér fala vékonyabb, mint egyebütt: az intima megvastagadott, az elastica vékony és a fal bőven el van látva érzőidegvégződésekkkel (*de Castro*). A sinus caroticusból jól elhatárolható ideg vezet a n. glossopharyngeushoz, de összeköttetés áll fenn a sinus és a vagus, illetve a sinus és a felső nyaki sympathicusganglion között is. A sinus caroticus-szal valamilyen módon összefügg az ú. n. globus caroticus is, a carotis szétágazásában fekvő — eredetileg belső elválasztású szervnek vélt — sejtcsoport is, melyet igen gazdagon látnak el erek és az erek körül sűrű ideghálózat mutatható ki, amely ugyancsak a glossopharyngeus és — kisebb részben — a vagustörzs felé folytatódik.

A sinus caroticus kísérletes: *villamos* vagy *mechanikus* ingerlése a szív működés ritkulását és a vérnyomás csökkenését váltja ki, szakasztott úgy, mint a n. depressor centralis végének izgatása. Az élő állatban és emberben a sinus caroticus-reflexet a *carotisban levő nyomás változása* váltja ki elsősorban. Valószínű, hogy a sinus caroticus *vegyi ingerekkel*, a *vér összetételének megváltozásával* szemben is érzékeny, de ez vitatott. vannak, akik a vegyi ingerekre való reactiot a globus caroticus funkciójának tartják. — Kétségtelen, hogy a sinus és globus physiologiai egységet alkotnak: elválasztásuk klinikai szempontból sem vihető keresztül.

Az aorta és a sinus vasosensibilis zonáinak fő jelentősége abban van, hogy a szervezetet védik minden olyan befolyással szemben, ami az arteriás vérnyomás abnormis megváltoztatására irányul. Míg az aorta inkább a szív- és aortanyomás szabályozásának célját szolgálja, addig a két sinus caroticus az *agyi erek* arteriás nyomását szabályozzák s így az agyi idegközpontok működésének épségét védik. Különösen szembetűnő ez a védelem nagyobb vérvesztés következményeivel szemben vagy fekvő helyzetből való hirtelen felállás esetében. A carotisnyomás esése mindkét esetben vasoconstrictiot és a szív működés szaporábbá válását váltja ki, amiknek kompenzáló jelentősége kétségtelen.*

Csak röviden jegyzem meg meg, hogy a sinus caroticusok a légzőközpont működését sőt, úgy látszik, az

*) A kölni egyetem élettani intézetén (*Hering*) kívül még a ghenti pharmacologiai (*Heymans*) és a londoni egyetemi élettani intézetén (*Stirling*, majd *Anrep*) illeti az érdem a berendezések működésének tisztázásában.

emésztőrendszer sima izmainak tonusát is képesek befolyásolni. *Stern* esetében hasi görcsök és diarrhoea vezették be vagy fejezték be az öntudatlan állapotot. Erre vonatkozó ismereteink még hézagosak.

Mint annyszor, ezek a *physiologiai* laboratóriumokban tett felfedezések sem maradtak tisztán elméleti érdekességük: mihamar kiderült, hogy a sinus caroticusoknak a klinikai pathológiában is jelentőségük van. A fentebb mondottak értelmében minden olyan változás, amely a sinusok reflexingerlékenységének fokozódását idézi elő, elsősorban az agyi vérkeringés szabályozásában fog zavart előidézni. A klinikai tünetek tehát egészen olyanok lesznek, mint amilyeneket általában az agyi erek megbetegedésének szoktunk tulajdonítani.

Az elmúlt esztendőben egy esetben sikerült teljes bizonyossággal és egy esetben nagy valószínűséggel agyi tüneteket a sinus caroticus fokozott reflexingerlékenységére visszavezetnünk. Az első esetet a következőkben ismertetem:

56 éves férfi. 15 hónap előtt a borbélynál — borotválkozás közben — hirtelen elszédült. Esméletét nem veszítette el, görcsei nem voltak, erős hányigert érzett, majd hányt is. Lefektették, orvost hívtak, de mire az jött, a szédülés teljesen elmúlt úgy, hogy a borotválást be tudták fejezni és ő saját lábán ment haza, ahol már semmi baját nem érezte. Azóta nagyritkán érzett néhány másodpercig tartó bizonytalanságot, különösen reggel, ha gyorsan ugrott ki ágyából. — A vizsgálatot megelőző napon sokott esti sétáját végezte feleségével a budai Dunaparton, amikor kivilágított repülőgépvonta magára figyelmüket. Megálltak és néhány perccel át figyelték utját. Ekkor hirtelen ismét erős szédülés lepte meg, el is esett, pillanatokra eszméletét veszítette, mialatt — felesége szerint — mindkét karja görcsösen rángatózott. Nagynehezen kocsira ültették, hazavitték, orvost hívtak, de a súlyos szédülés érvágás és különböző fecskendezések ellenére is csak órák múltán szűnt meg. Az orvos agyvérzést állapított meg, amely diagnosist másnapra a tünetek teljes visszafejlődésére tekintettel — oda módosított, hogy nyilván érlemezésesedés következtében bekövetkezett tartósabb agyi érgörcsről volt szó. A systoles nyomás 135 mm volt.

A beteget másnap megvizsgálván kislökő elhízás és a szívcsucsnak mérsékelt kihelyezésétől kívül semmi kórosat nem találtam. Minthogy mindkét roham a nyak kifeszítve tartását követte, kifejeztem gyanumat, hogy talán a sinus caroticusok túlérzékenysége a rohamok oka és abban állapodtam meg az orvossal, hogy a beteget megfigyelés és vizsgálatok végett intézetbe szállíttatjuk.

Az intézeti vizsgálatok fontosabb adatai a következők voltak: systoles nyomás 118 és 135, diastoles nyomás 75 és 80 közt; vizeletben semmi kóros; szív a rtg-vizsgálatnál kissé feltolt, balra mérsékeltén megnagyobbodott, az aorta minimalisan tágabb; ekg: laevokardiogramm; szemfenék normalis; Wa.-r.: neg.; vörösvérsejtszám: 5.1 millió. haemoglobin: 96%; vércukor: 0.11%; labirinthvizsgálat: norm. lelet; koponyartg: norm. lelet.

Ezek után elvégeztük a döntő kísérletet. A beteget alacsony székre ültettük és feje hátrafesztett állapotban pihent egy támlán. Nem jól érezte magát, de nem szédült. Ekkor a nyak hátrafesztését a fejnek teljesen jobb oldalra fordításával kötöttük egybe: a hatás drámai gyorsasággal jelentkezett. A beteg néhány pillanatra eszméletét veszítette, bal alkarjában néhány rángás lépett fel, érverése, mely a kísérlet előtt 96 volt, 54-re ritkult, a vérnyomás alig: 123-ról 120-ra esett. Esméletre térése után még néhány percig erősen szédült, de 10 perc alatt valamennyi észlelt subjectív jelenség visszafejlődött.

Másnap megkíséreltük a sinusok összenyomásának hatását megfigyelni. A hátán fekvő beteggel szemben elhelyezkedve előbb a **jobb** oldali sinus ingerlékenységét vizsgáltuk. A carotis tágulatának lüktetését a bőr alatt jól lehetett érezni. A hüvelykujj palmaris felszínével fokozódó erős nyomást fejtettünk ki a nyaki gerincoszlop irányában. Néhány másodpercnyi nyomás élénk szédülést váltott ki, a pulusszám (84) alig változott. A **bal** oldali sinus nyomására pillanatok alatt szédülés, fenyegető eszméletvesztés jelentkezik, az érverés: 42.

Mind ezek alapján bizonyítottnak tekinthetjük, hogy a kórképet a sinus caroticusok fokozott reflexingerlékenysége okozza. Mindkét sinus túlérzékenynek bizonyult, de a bal-

oldali erősebben, mint a jobb. Nyilvánvaló volt, hogy a rohamokat a nyak túlfeszítése váltotta ki. Eremszesedésnek semmi nyoma sem volt.

1 mg atropin intramuscularis befecskendezése után $\frac{3}{4}$ órával is megismételtük a bal sinus összenyomását: különbség csak annyiban mutatkozott, hogy az érverés ritkulása nem következett be (108-ról 104-re) ám a szédülés és ájulás érzése változatlanul jelentkezett.

Melyek a s. c. túlingerlékenységét kísérő tünetek?

Közös tulajdonságuk, hogy a vérkeringés önszabályozásában beálló zavarnak kifejezői. Aszerint, hogy a sinus caroticusokkal összeköttetésben álló központok melyike reagál legerősebben a sinus ingerületbe jutásakor, a tünetek is változók lehetnek. Ilyen alapon amerikai szerzők (főleg Weiss és Capps) három csoportot különböztetnek meg: 1. a *vasomotor-typust*, amelyet a vérnyomás esése jellemez, 2. a *vagus-typust*, amelyre a szív működés ritkulása jellegzetes és 3. a *cerebralis typust*, amelynél synkope és görcsök jönnek létre, a vérnyomás és érverés minden változása nélkül. Ezek közül az első igen ritka tiszta alakjában és csaknem mindig a második typussal együtt fordul elő.

A végeredmény minden esetben azonos: *agyi anaemia az agyi működés időleges felfüggesztésével*. Ennek megnyilvánulása: *szédülési rohamok, synkope, görcsrohamok*.

Az enyhébb esetekben csupán néhány pillanatig tartó *szédülés* jelentkezik, sokszor ez is — mint esetünkben — csak akkor, ha a beteg hirtelen fordítja el fejét vagy felfelé néz, lehajol, vagy hirtelen változtatja teste helyzetét. Szűk gallér vagy nyakkendő is kiváltója lehet. Könnyen téveszthető össze, ha rövid eszméletvesztés is kíséri, *petit mal-lal*. A szédülés azonban tovább is tarthat, akár — mint esetünkben — órákig. Az *eszméletvesztés* nem igen tart tovább egy-két percnél: alatta a beteg sápadt, izzad, elesik. (A nyelv megharapása vagy a vizelet elfolyása igen ritka.) Fekvő helyzetben a rohamok jóformán sohasem fordulnak elő. Bevezető *aurát* — főleg gyengeség, ájulásérzés, zavartság, epigastriális fájdalom alakjában — ismételten leírtak.

E jelenségek felismerésére és körjelzésére egyetlen biztos eszközünk van: a nyomási kísérlet, melynek ugyanazokat a tüneteket kell kiváltani, mint amilyenekről a beteg panaszkodik.

Mikor válik túlérzékennyé a s. c.?

Elsősorban ismeretes, hogy *arteriosklerotikus* embereknél a s. c. idegreceptorai gyakran ingerlékenyebbek. Ugyanez derült ki *hypertoniás* egyénékről is, még pedig — úgylátszik — inkább az enyhébb esetekről, azokról, amelyeket labilis hypertoniáknak szoktunk nevezni, ahol általában feltételezzük, hogy a hypertonia létrejövételében vasomotor jelenségek nagyobb szerepet játszanak (Moore-Allen). „*Vasoneurotikus*” emberek hypertonia nélkül is fokozott reflexérzékenységgel bírhatnak.

A sinus izalmát az érfalon kívüli folyamatok is okozhatják, mint pld. *elmeszesedett nyirokmirigyek* vagy *tumorok*. Legtöbbször azonban a nyaki izomzat összehúzódása minden endo- vagy extravascularis ok nélkül is elegendő, amit persze csak úgy tudunk megmagyarázni, ha feltételezzük, hogy a s. c. már túlérzékeny. Ez volt az eset betegünkönél is.

Mit tehetünk a gyógyítás érdekében?

Mindenekelőtt — ha lehet — igyekezzünk a rohamok mechanizmusával tisztába jönni. Ez olyképp történhetik, hogy a sinusnyomási kísérletet megismételjük 1 mg atropin intramuscularis befecskendezés után 45—60 perccel, tehát az atropinhatás tetőfokán. Ha a synkope

épen úgy bekövetkezik annak ellenére, hogy sem lényegesebb pulzusritkulás sem a vérnyomás esése nem kíséri, a *cerebralis reflex* túlérzékeny.

A gyógyítás terén teendőnket a rohamok súlyossága és gyakorisága szabja meg. Ha ezek enyhék és ritkák, csupán megnyugtatóra szorítkozunk. Középsúlyos esetekben és sűrűbben előforduló rohamok esetén a betegek kitanítjuk, ne fordítsa gyorsan fejét, ne nézzen felfelé, ne hajoljon hirtelen. Nyakát semmire szorítsa! Ha a rohamok olyanok, hogy a beteget hivatása gyakorlásában is akadályozzák, gyógyszereket is adhatunk. A *vagus*-esetekben jól beválik az atropin: légcélszerűbb állandóan adni olyan belladonna-adagokat, amelyek a száját épen szárítják, de még nem kellemetlen mértékben! Ephedrin, benzedrin és adrenalin a szív kamra közvetlen ingerlése által lehetnek hatásosak. A — ritka — *vasomotor*-esetekben adrenalin vagy ephedrin ajánlhatók. A *cerebralis* esetek —, mint amilyen a miénk is — gyógyszeresen nehezen befolyásolhatók. Általában minden jól szokott hatni, ami az idegességet, a fáradtságot és gondokat csökkenti. Megvizsgálandó a dohány, alkohol és kávé esetleges szerepe! B-vitamint is ajánlottak. Esetünkben úgy látjuk, jól hatnak acidum phenylaethylbarbituricum kis adagjai.

Ha a rohamok igen súlyosak és a belgyógyászati kezelés huzamosabb idő múltán sem eredményes, jól megválogatott esetekben a műtét javallata is felmerülhet. A műtét a carotis communis, a bifurcatio és a carotis externa és interna feltárásából, kiproeparálásából, az ereknek legalább 4 cm-es darabon való lehámozásából (= az adventitia eltávolítása) és a globus caroticus eltávolításából áll azon az oldalon, amelyről a roham nyomással kiváltható volt. Így a s. c. az egyik oldalon valóban teljesen denerváltatik. A beavatkozásnak életveszélye nincsen. Craig és Smith a Mayo-klinikán a következő eredményt érték el operált 12 esetükben: 4 kitűnő, 1 jó, 4 elég jó, 3 semmi. Tekintve, hogy belgyógyászati nem befolyásolható esetekről volt szó, az eredmények kielégítőnek mondhatók. A legidősebb operált életkora 64 év volt. Későbbi vizsgálatok azt a félelmet is eloszlatták (Koch, Mies és Nordmann állatkísérletei), hogy állandó hypertonia vagy tachykardia állhatna be. Ez még azokban az esetekben sem következett be, ahol a s. c. denervációját mindkét oldalt elvégezték (Capps—Takáts): ellenkezőleg, kifejezett posturalis hypotensio volt kimutatható.

Esetünkre visszatérve azt a s. c. túlérzékenységet vago-cerebralis alakjának minősíthetjük. A betegnek belladonnát és sevenalettát írtunk elő. A roham óta 7 hónap telt el, roham vagy akárcsak kisebb szédülés sem jelentkezett. Műtéti javallat a jelen körülmények közt nem áll fenn.

A gyermekkori anaemiák gyógykezelésében a különböző vas és májkészítmények mellett a *rézvegyületek* is alkalmazást nyertek. A rézvegyületek kedvező hatása arra vezethető vissza, hogy csekély mennyiségű réz adagolása a vörösvérsejtek számát emeli. Ha a réz vassal és májjal kombináljuk, úgy a hatás potenciálódik, amiként azt a Richter-féle *Fercupar-ral* (vas-, máj- és rézcombinatio dragée alakjában) végzett klinikai kísérletek is igazolják. Gyermekeknek naponta átlag 3 dragée *Fercupar* adagolva, 3—4 heti kezelés után a vörösvérsejtek száma és ezzel egyidejűleg a haemoglobin értéke is jelentősen emelkedik. Az anaemiás betegekre jellemző objectív tünetek, mint aminő a sápadtság, fogyás, étvágytalanság is kedvezően javulnak, *Fercupar* adagolására. Figyelemre méltó, hogy adagolása kezdetén megindul már az étvágy hatalmas fokozódása, amely sokszor a kúra abbahagyása után is folytatódik. Megállapítható tehát, hogy a vas- és májkészítmények hatásfoka a rézvegyületekkel való kombinációjával átlag igen előnyösen módosul.

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

A mellékvese szerepe a toxikus dysenteria kóroktanában.

Írta: Blaszó Sándor dr.

Hazánk nagy csecsmőhalandóságát főleg a vérhas okozza. E betegség ijesztő halálzásában a septikus alak mellett elsősorban a toxikus formának van része. Eddigi gyógyító eljárásaink sikertelensége e betegség kórtanának további tanulmányozására kell, hogy késztesen bennünket. A klinikánkon immár öt éve folyó vizsgálatok ezt a célt szolgálják.

Az első kérdés az volt, milyen természetű ez a mérge, amely a toxikus dysenteria tüneteit létrehozza. — Az, hogy a toxikus tünetek függenek attól, hogy a fertőzés a toxikus Shiga-törzsszel vagy az atoxikus csoport tagjaival történt-e, továbbá, hogy a Shiga-bacillus ektotoxinjára beállított antitoxikus serum hatástalan, már eleve kétséges teszi, hogy igazi baktériumtoxinnal állunk szemben, bár az ellenkezőjét még nem bizonyítja. Kramárral végzett vizsgálatainkkal azt hisszük, sikerült ezt a kérdést eldöntenünk. Azt találtuk, hogy a vérhas toxikus formájára egy tünetegyüttes jellemző: a vízforgalom központi zavara s az ugyancsak ilyen eredetű verőeres vérnyomásemelkedés. A továbbiakban állatkísérletek segítségével, bizonyítottuk, hogy e tünetegyüttes esetében a beteg liquorában mérgeanyag van, amely a gyógyulás után eltűnik s egészséges egyénben sohasem mutatható ki. Ez anyag közelebbi vizsgálatok kiderült, hogy nem lehet bakteriális eredetű, hanem endogen, nem specifikus, mert kimutatható a csecsemőkori tüdőgyulladás toxikus formáiban s égési toxikózisban is; szóval a szövetszétésessel járó betegségekben.

Miután a problema egyik oldalát, a mérgező anyag eredetét megismertük, a másik oldal felé kellett fordulnunk: hogyan viselkedik a szervezet e mérgegel szemben s hogyan hatástalanítja?

Várady Máriával közösen a csecsemők vérének glutathion szintjét vizsgálva különböző toxikus állapotokban, feltűnt, hogy a toxikus vérhas alatt igen jellemző a lelet: az összes glutathion mérsékelt csökkenése mellett a reducált igen erősen csökkent, az oxydált viszonylag emelkedett. E megfigyelés alapján arra kellett gondolnunk, hogy a kimutatott mérgeanyag méregtelenítésében úgy látszik a glutathion-systema szerepel elsősorban s a reducált glutathion egyes esetekben kimutatható feltűnő csökkenéséből arra is lehetett következtetni, hogy e rendszer megterhelése igen nagy vagy hogy teljesítőképessége valami okból csökkent. Ez a lelet, de több más megfontolás is, a mellékvesekéreg felé terelte figyelmünket. Ismeretes, hogy itt történik a glutathion-synthesis (Blanchetier, Binet, Arnaudet), s hogy mellékvesekéreg elégtelenség esetében a vér glutathion-szintje a fentihez hasonló módon változik meg (Binet és Weller, Rivoire). A klinikai észlelés is erősíteni látszott gyanunkat: különösen az elhúzódó toxikus vérhas alatt sokszor figyelhetünk meg mellékvesekéreg-dysfunkcióra utaló tüneteket (pigmentálódás, adynamia). Mindez arra készítetett, hogy rendszeres vizsgálat alá vegyük a kérdést: mi a szerepe a mellékvesekéregnek e betegségben? Határozott bizonyítékokra volt szükség. Ezért 8 súlyos, toxikus vérhasban szenvedő csecsemőn sorra vettük mindazokat a jeleket, amelyek kéreg-dysfunctio esetében mai ismereteink szerint fellelhetők.

1. A vér Na-, K- és Cl-szintjének viselkedése. Ismeretes, hogy a mellékvesekéreg fontos a vérplasma elektrolytegyensúlyának fenntartásában. A kéreg kiirtása nagymértékű Na, kisebbmértékű Cl vesztéssel s egyidejű K visszatartással jár.

2. A reserve alkali csökkenése. Ezt egyrészt a vér elektrolytegyensúlyának megváltozása, másrészt a kéreg-dysfunctio miatt hibás oxydatio következtében felhalmozódott szerves savak hozzák létre.

3. A vér glutathion tartalmának fentemlített megváltozása.

4. A vér besűrűsödése, szárazanyag-tartalmának megszorodása, amint azt Donath, Gardinescu, Swingle és mások megállapították, igen jellemző kísérője a mellékvese-működés kiesésének. A vér besűrűsödésének fokára a haematokritből s a serum fehérjetartalmából következtettünk.

A kálium meghatározásokat Krámer és Tisdall, a natrium analysist Dreguss, a chlor-meghatározásokat Korányi-Rusznayák, a glutathion Binet és Weller cadmiumos eljárásával, a reserv alkálit Van Slyke, a fehérjemeghatározásokat refractometriás módszerrel végeztük. Vizsgálataink eredményét a mellékelt táblázatban foglaltuk össze.

Na** mg 0/0	K* mg 0/0	Cl* mg 0/0*	Res. alk.* cem	Össz. glut.* mg 0/0	Glut.		Haemat. 0/0	Feh.** 0/0	Vérnyomás Hg mm	Liquor-reacitók	Toxicus tünetek
					SH*	SS*					
296	183	356	28	26.2	55	45	34	7.08	110/80	—	+
302	192	364	31	27.9	70	30	43	7.81	124/90	Fok. ny. P \pm F0	++
274	210	358	32	24.2	47	53	36	6.85	98/75	Fok. ny. P \pm F0	++++
290	190	370	22	26.2	69	31	51	8.09	115/85 80/65	Fok. ny. P \pm F0	++++
304	176	360	31	29.1	38	62	39	7.23	100/75 75/55	Fok. ny. P \pm F0	++++
271	198	352	30	21.3	43	57	42	6.94	90/65	—	++
242	187	342	20	32.3	76	24	49	7.71	128/95 82/60	Fok. ny. F P0	++
291	202	372	28	28.2	75	25	48	7.23	75/55	Norm.	++++
normal értékek											
320	150	370	40	kb. 30 mg	95	1.5/0		6.5-ig	80-85		
* = összes vérben ** = vérsavóban											

Látjuk, hogy a natrium szintje minden esetben a rendes alatt volt, sőt egyes alkalommal túlságosan alacsony értékeket is találtunk. A vér kálium-tartalma kivétel nélkül jelentősen megnőtt. A serum-chlor értékek a szabályos alsó határon mozogtak, az esetek egy részében az alá is süllyedtek. Az alkali-reserve minden esetben erősen csökkent. A vér összes glutathion-tartalma csak egyes esetekben volt alacsonyabb a rendesnél, annál jelentősebb volt azonban a reducált-glutathion szintjének csökkenése s ezzel párhuzamosan az oxydált rész emelkedése. A haematokrit és serum-fehérjetartalom párhuzambaállítását mutatja, hogy minden esetünkben kisebb-nagyobbfokú, besűrűsödés is volt. A haematokrit-értékek aránylag magasak, de nagy a serum fehérjetartalma is.

A táblázat utolsó három oszlopában a klinikai kép-jellemzésére feltüntetettük a vérnyomást, a liquor viselkedését és (kereszttekkel) a toxikus tünetek fokát.

Az ismertett adatokból arra kellett következtetnünk, hogy a vérhas mérgező formájának kórtanában a mellékvese zavart működése jelentős szerepet játszik*.)

*.) Vizsgálataink lezárta s első ismertetése után jelent meg K. Stenger közleménye, melyben a vér K és Cl szintjének, továbbá a vérbesűrűsödés vizsgálata alapján hasonló következtetésre jut.

Érdekesnek látszott tisztázni, hogy e dysfunkciónak, vagy működéskiesésnek milyen anatómiai lelet felel meg. A fenti 8 csecsemőt kivétel nélkül elvesztettük. Egyetemünk körbonctani intézetében *Pottyondy dr.* minden esetben részletesen feldolgozta a mellékvesét, ugyancsak megvizsgálta még további 8 toxikus vérhasban elpusztult csecsemő mellékveséjét is. *Pottyondy* egyik előadásunkhoz történt hozzászólás, a Magyar Pathologusok Társaságának 1939. évi szegedi nagygyűlésén pedig előadás alakjában számolt be vizsgálatainak eredményéről. Lelete:

1. *Vérzések.* Egyes esetekben a vérzés nagy, másokban apró pontszerű volt. A nagy vérzések az egész mellékvese véres beszűrődésére vezettek, a kisebbek, mind a kéreg, mind a velőállományban egyaránt — néha csak mikroszkop alatt — voltak kimutathatók; 2. *Hámsejt-elfajulás.* A kéreg mindhárom zónájában a sejt lipoidja apró szemcsékre esett, vagy teljesen eltűnt. Utóbbi esetben a sejtekben vacuola-képződés volt. A zóna glomerulusa sejteiben hydropicus duzzadás. 3. *Elhalás.* A sejt-kötegek s halmazok a velőállományban is, de különösen a kéregállományban kisebb-nagyobb területen egyneműen festődtek, mert a sejtekből a magvak eltűntek. Az épen maradt sejtekből regeneratio megindulását lehetett megállapítani. A kölesnyi-lencsényi körülírtabb sejtelhalások szintén főleg a kéregre localizálódtak, az elhalt góccok körül fehérvérsejtek szaporodtak fel. Olyan esetekben, amelyekben a kéregállomány sejteinek pusztulása nagykiterjedésű volt, mikroszkop alatt a mellékvese felszínén sűrű behúzódnások voltak észlelhetők, a kéregállomány sejthalmazai közt pedig, különösen a zóna fasciculatában törmelékkel, vagy folyadékkal telt hasadékok. A körboncnoki vélemény, hogy „az észlelt szöveti elváltozások állandósága és kiterjedése indokoltá teszi, hogy dysenteria esetében a mellékvese működésének súlyos zavarával számoljunk.”

Hogy a vérhas a mellékvesében kóros elváltozást okozhat, az eddig sem volt ismeretlen a körboncnokok előtt (*Wirtz, Shinbo*), de eddig inkább, adott esetben bizonyára klinikai pelentőséggel is bíró, *lehetőséges* elváltozásnak tekintették, de semmi esetre sem olyanak, amely általánosabb jelentőséggel bírna a vérhas kórtanában. Az idézett boncletet s a mi megállapításaink ezzel szemben épen azt bizonyítják, hogy a *mellékvesekéreg hibás, vagy hiányzó működésének igen nagy a szerepe ebben a betegségben.* E szerepet közelebbről megvilágítják s egyben a kéreg-bántalom okára nézve is támpontul szolgálnak *O. Riml* vizsgálatai. *Riml* megerősítette azt a már régebben ismert (*Brown—Séguard, Langlois, Boinet*), tény, hogy a mellékvese kiirtása után a kísérleti állat seruma és szerveinek mosadéka mérgező hatású, egészséges állatba fecskendezve a mellékvese elégtelenségére jellemző mérgező állapotot idéz elő, egyben kimutatta, hogy ez az anyag az ép állat mellékveséjében különböző fokú elváltozást tud létrehozni. A továbbiakban azt találta, hogy a szövetek autolysise alkalmával képződött mérgező anyagok úgylátszik különös activvítással bírnak a mellékvese iránt s mennyiségüktől függően különböző súlyosságú elváltozást idéznek elő benne. *Riml* nézete szerint a legkülönbözőbb physikai, chemiai s mechanikus ingerek következtében beálló szövetpusztulás hasonló hatással van a mellékvesére. Ilyen módon tehát circulus vitiosus jön létre: a szövetpusztulás közben felszabadult anyagok a mellékvesének ártalmára vannak, a hibás mellékvese-kéregműködés miatt tökéletlen oxydatio s méregtelenítés révén pedig különböző mérgező anyagok képződnek, amelyek a mellékvesében további elváltozásokat, így további működésromlást idéznek elő s

újabb bomlástermékek felhalmozódására vezetnek. Ha e kettős eredetű toxikus anyagok mennyisége bizonyos fokot ér el, közvetlenül a kórosan alacsony vér-liquorigáton keresztül eljuthatnak a központi idegrendszerhez s okozói lesznek a súlyos toxikus (idegrendszeri) tüneteknek.

Összefoglalás: Toxikus vérhasban szenvedő csecsemők vérének Na, K, Cl és glutathion szintjének, továbbá reserve-alkali- s szárazanyagtartalmát vizsgálva olyan elváltozásokat talál, melyek a mellékvesekéreg dysfunktójára jellemzőek. Kimutatja, hogy ez a szerv nagy szerepet visz a mérgezési tünetek létrejöttében.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Emlőrák áttétele mindkét szemben.

Irta: *Luzsa Endre dr.*, egyet. tanársegéd.

Virchow megfigyelése szerint azokban a szervekben, melyekben gyakori az elsődleges daganat, ritkán fordul elő áttétel. Ezt bizonyítja az is, hogy a rosszindulatú daganatok által oly gyakran érintett szemtekében észlelt áttéti rákok között esetei mindössze 160 körül vannak. Az első metastatikus érhártyarákot *Perls* ismertette 1872-ben. Valamennyi e kérdéssel foglalkozó megegyezik abban, hogy az anyadaganat 60—65%-ban az emlőben volt. Kisebb százalékban szerepel a tüdőrákja s elenyészően ritkán egyes szervek elsődleges daganatai. Az emlőbeli eredet megmagyarázza azt a másik általánosan megállapított tény, hogy t. i. nőben gyakoribb az intraocularis rákátétel, mint férfiakban. Ez a sűrűn előforduló összefüggés emlőrák és szembeli áttétel közt azt a gyanút ébresztette *Van der Hoeve*ban, hogy sorozatos vizsgálatok kapcsán nagy számban kerülne ki emlőrákos nők szemében kezdeti, még tüneteket nem okozó áttét. *Török, Paquet* és *Wittersdörfer* vizsgálatai azonban ezt nem erősítették meg. Megállapított tény az is, hogy a metastasis többször jelentkezett a bal szemben, mint a jobbon. *Wolfrum* és *Idzuha* ugyan azt állítják, hogy mindkét szemben egyenlő számban fordul elő áttétel, ez azonban csak saját észleleteiből levont tanulság. Ezzel szemben kétségtelen, hogy az irodalom sokkal több balszemről számol be, mint jobbról. A bal szem gyakoribb betegségét azzal magyarázzák, hogy a bal arteria carotis communis közvetlen eredése erre nagyobb lehetőséget nyújt. A bemutatott esetben is a bal oldalon volt valószínűleg az első góc, tekintve, hogy a baloldali elváltozások előrehaladottabbak, mint a jobboldaliak.

M. T., 56 éves nő, 1939. szept. 21-én jelentkezett. Bal szemének gyengülését panaszkolta. Apja, anyja rákban halt meg. A beteg két év előtt jobboldali emlő- és hónaljmirigykiirtást végeztek egy vidék közpórházban.

A jobb szem látásélessége 5/20 + 1.0 D. 5/8, a balé 5/40 únj. Külsőleg mindkét szem ép. A jobb szemfenéken a papilla alatt és felett kissé nasálsan a chorioideából kiinduló két körülírt, kerek, 6 papilla átmérőjű, kissé kiemelkedő, de laposan kiterjedő, alig pigmentált, habosrajzú képlet. A papillától temporálsan, a macula mellett kezdődő hasonló, de valamivel nagyobb góc. Ez utóbbi képlet alatt ovalisan elinduló, üstökösszerűen végződő (a Purtscher-féle képhez hasonló), az idegrostok lefutását követő, csíkos rajzulatú és ki nem emelkedő anaemiás retinárész, melynek területére a középvonalban kis arteria fut, határán több helyen beszűkülve meg-megszakadozik, majd elvékonyodva vész el.

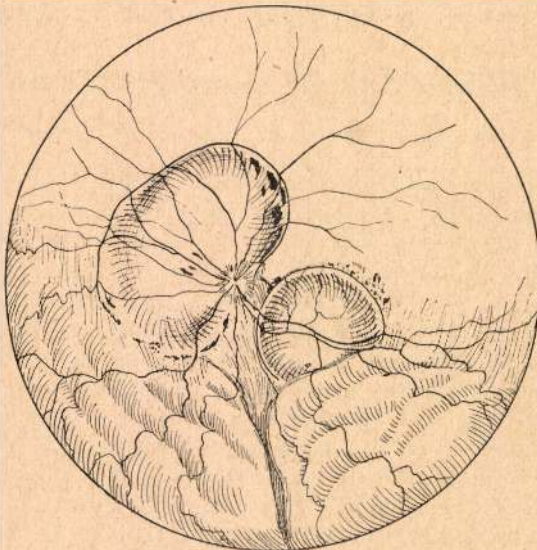
* A Magyar Szemorvostársaság 1939. október 7-i ülésén tartott előadás.

A bal szemfenéken a látóidegíót orriránt és felül a jobb-oldali gócnál jobban kiemelkedő, vesealakú, kevésbé pigmentált, éles határu és vérzésekkel körülvett képlet veszi körül. Az egész kiemelkedés feszes, hólyagszerű retinaleváláshoz hasonló. Alul két egymással érintkező, ugyancsak hólyagszerű, de nem annyira feszes, helyenként libegő zöldes-szürke retinaleválás. A papillától temporalisan kissé aiul még egy a leírtakkal megegyező góc, melynek alsó harmada a zöldes retinaráncok közt tűnik el.

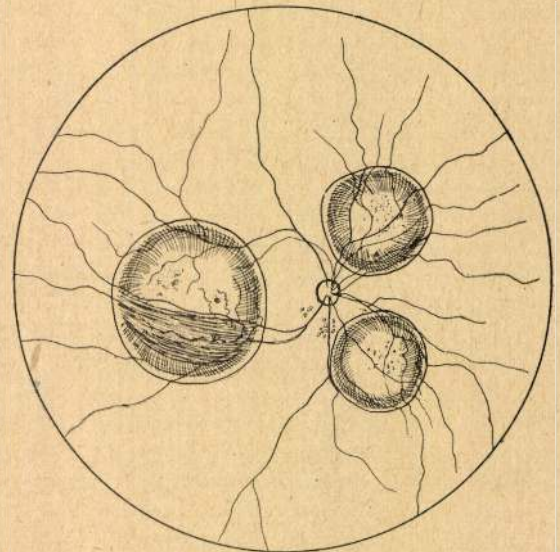
Skleraiámpával mindkét szemem minden irányból teljes vörös visszfény nyerhető. A feszülés mindkét szemem 16 Hg. mm.

Szövetteni leírást nem adhatok, mert a beteg állapota és prognosisa az enucleatiót ezideig nem tette indokolttá. Az elsöleges daganat szöveti lelete: adenocarcinoma.

Bal szem :



Jobb szem :



Esetünk jellegzetesessége az, hogy a körforma úgyszólván minden jellemző tünete szempontjából classikus például szolgál.

A között estek egy részében retinaleválást, valamennyiben a laposan terjedő növekedést, a vérzéseket és a pigmentatio feltűnő hiányos voltát írják le. Valamennyi szerző jellemzőnek tartja a hátsó pólusból történő kiindulást; *Németh* esetében a szemteke elülső részén kezdődött a daganat. Észlelhető *Stock* és mások által leírt az a jelenség is, hogy a daganat pigmentzegénysége és lapossága folytán a beszűródött helyeken is lehetséges a sklera átvilágítása.

Ritkább az esetünkben észlelt többgócú kiindulás bár ez valószínűleg mindig így van. Több apró góc a kezdet s később összefolynak. Bizonyíték erre a bal szem, amelyben a papilla feletti és melletti két góc összefolyása éppen folyamatban van. Bizonyítja továbbá *Kreibig* esete is, ki a szövettani készítmények számtalan daganat-embolust észlelt a szem ereiben. Egy ilyen daganat-embolus által létrehozott anaemiás retinaterületet esetünkben szemtükörrel észleltünk. Ez azért érdekes és ritka, mert a daganat a chorioideából indult ki.

A szövettani leltre az embolusok s a daganatsejtek rendkívüli polymorph és fiatal volta jellemző, még akkor is, ha az elsöleges daganat és az áttevődés között hosszú idő telik el.

Uthoff és *Papolczy* leírta elhalálosos területeket nem látunk. Valószínű, hogy csak a későbbi szakban várhatók. *Idzuha* feszülésnövekedést legalább 50%-ban észlelt, *Sgross* még előrehaladott esetekben sem látott. A mi esetünkben az észlelés egész ideje alatt puhább volt mindkét szem a rendesnél.

A daganat metastatikus voltát nem volt nehéz megállapítani, minthogy a folyamat kétoldali és a körelőz-

mény is arra terelte figyelmünket. Kétoldali áttétel csupán az esetek egyharmadában fordul elő. Egyoldalóság esetén már kevésbé egyszerű a felismerés, mert előfordulhat, mint *Michail* is leírja, hogy az áttételről veszünk először tudomást s hosszú idő múlva, az ő esetében 8 hónap elteltével, okoz csak tüneteket az elsöleges daganat. Ez gyakran előfordul, mert az áttétel rosszindulatóságban felülmúlja az anyadaganatot.

Segítségünkre lehet *Salvati* tapasztalatai alapján, a szemből kihúzott folyadék mikroszkopos vizsgálata.

Sarkomával is összetéveszthetjük az áttéti rákot. *Gilbert*tel előfordult, hogy a primaer sarkomának né-

zett daganatról csak a szöveti vizsgálat derítette ki a rákos eredetet s ennek alapján találta meg az első daganatot. Sarkomától elkülöníti lapos terjedése és a pigmentzegénység okozta világos sárgás-szürke szín s az ezekből származó átvilágíthatóság. A rákátételre jellemző a gyors növekedés és rohamos látásromlás, ellentétben a sokkal lassabban növekvő sarkomával, melytől a látásélesség hosszú ideig teljes maradhat.

Előfordulhat, hogy kezdeti szakban a *Junius* leírta *funduselváltozásra is gondolhatunk*. Ettől elhelyezkedése s főként említett rohamos növekedése alapján elkülöníthetjük.

Myopiás szemben észlelve, ha a betegek sérüléssel hozza látásromlását összefüggésbe, retinaleválás gyanújába kerülhet. Jellegzetes, hogy az ilyen, valamint a gyulladásos szemfenéki folyamatokkal keletkező esetekkel ellentétben az áttéti rák által megtámadott szemben az üvegtest tiszta marad.

E néhány elkülönítő adat ismertetése után megemlítem azt a néhány teoriát, mely a szembeli áttétel ritkaságát, valamint az emlőrák és chorioidea közti gyakori összefüggést igyekszik érthetővé tenni.

Papolczy a szembeli áttétek ritkaságát a szemteke kicsiny tömegének az egész testéhez viszonyított nagy különbségével magyarázza. A metastasis szembeli megjelenésének ily kicsiny valószínűsége mellett csupán a véletlennnek tulajdonítja. En azt hiszem, hogy az általános cc.-ben szenvedő és leromlottságánál fogva nem észlelt betegek szeme mindig tükrözésre kerülne, nagyobb számú esetről vehetnénk tudomást.

Azt a jelenséget, hogy a szemáttétet 65%-ban emlőrák okozza, egyesek az emlő és chorioidea szövetének hasonlóságában s a ráksejtek számára hasonló életfeltételekben keresik. (*Perls, Lagrange, Gilbert, stb.*) *Stein-*

chele az emlőrák hosszú élettartama alapján a generalisálódás nagyobb lehetőségét tételezi fel.

Valószínűnek tartom, hogy a főként erek útján terjedő emlőráknak nagy lehetősége van letelepedésre a bőven erezett szervekben s így a chorioideában is.

A prognózis tekintetében az az általános tapasztalat, hogy az így beteggé vált egyén a rák generalisálódásának tünetei mellett, rendszerint hamarosan elveszti látását, legkésőbb egy esztendő alatt elpusztul.

A lefolyás rohamosságát mi is tapasztalhatjuk. Míg ugyanis a beteg felvételekor szept. 21-én, a látásélesség a jobb szemem $5/20 + 1.0$ D-vel, 5/8 a bal szemem $5/40 + 1.0$ D-vel, 5/40 volt, addig okt. 2-án a jobb szemem $5/40 + 2.0$ D-vel 5/20, a bal szemem pedig szemelőtt olvas ujakat s az üveg nem javít.

Orvoslás csupán az enucleatio lehetne, de ez csak akkor javalt, ha fájdalmas másodlagos glaukoma keletkezik vagy ha a primaer daganat lassú növekedése azt a reményt kelti, hogy a gyorsan növekvő és közvetlen életveszedelemmel fenyegető áttétel eltávolításával meghosszabbíthatjuk a beteg életét.

A csepeli Weiss Manfréd gyár gyermekkórházának közleménye.

A tuberculosis allergia.

Irta: Preisich Kornél dr.

A tuberculosis kérdésben folytatott kísérletes tanulmányaim olyan ismeretekhez vezettek, melyek alapján tiszta betekintést nyerünk a tuberculosis allergia lényegébe.

A tuberculosis egyénnek megváltozott viselkedését újabb tuberkulin bevételre, Pirquet allergiának nevezte el. Tudjuk azt, hogy tuberculosis mentes egyén az Alt-tuberkulinnak igen nagy adagjait ártalom nélkül tűri, tuberculosis fertőződéssel viselkedése megváltozik, allergiássá lesz. Hogy az allergiának mi a lényege, ennek a magyarázatával a szaktudósok még ma is adósak; az allergia fogalmát szakkönyvek is értelmetlenül keverik össze immunitással és anaphylaxiával. Engem ez a probléma nagyon érdekelt és már 1902-ben tetten kísérletet néhai Heim Pál barátommal együtt ennek megfejtésére. Jutottunk is bizonyos megállapításokhoz de a lényeg magyarázása nem sikerült. Pirquet maga az allaergiát egy apotoxin képződésnek tulajdonította, de ezt igazolni nem tudta. Fenyvessy sejtekhez kötött jelenségnek minősíti; ma tudjuk, hogy a reticuloendothel. sejteknek van ebben döntő szerepük, de hogy ez a szerep miben áll, miben különbözik ugyanilyen sejteknek immunanyag-antitest képzésétől vagy anaphylatoxin képzésétől, azt eddig megállapítani nem sikerült. Tudjuk azt, hogy az allergia passzívát nem vihető, tudjuk, hogy ezzel szemben az antitestes immunitás és az anaphylaxia átvihető. Tudjuk azt, hogy a tuberkulin reactio, melyet tuberculosis egyén ad, nem azonos azzal a reactióval, melyet pl. diphtheria, vagy vörheny, vagy hasihagymáz vagy kolera iránt érzékeny egyén mutat ezen betegségek kórokozójával vagy a kórokozó mérgeivel, toxinjával szemben. Eleve lehetetlennek minősítettem azt a felfogást, hogy a tuberkulin a nevezettektől eltérő jellegében kell keresni a magyarázatot, mert a tuberkulin értékére és jellegére nézve miben sem különbözik pl. a typhus-, vagy kolera-vaccinától.

Más sokirányú kísérletezés és tanulmány után azal az elgondolással fogtam állatkísérletekhez, hogy a tuberkulin teljesen azonos összetételre az élő tuberculosis bacillussal és ennek tenyészeti termékeivel együtt

véve, a különbség csak az, hogy a bacillus amig el nem öltük, élő vírus, a tuberkulin pedig élettelen.

Hogyha a tuberculosis fertőzöttség, előfeltétele a tuberkulin iránti érzékenységnek, akkor a tuberkulin hatás alá helyezett egyébként egészséges szervezetnek is érzékenynek kell mutatkoznia. Egészséges nyúlba és tengerimalacba tuberkulint fecskendeztem tehát nagyobb mennyiségben (Alt-tuberkulinból 0.30 g-t), most mialatt ezen tuberkulin a szervezetben keringett, intravenás injectio után 1—2 óra múlva, subcután, újabb, kicsiny adag (0.05 g) tuberkulint fecskendeztem a kezelt állatok bőre alá vagy vérébe, az eredmény az volt, hogy ezen állatok hőemelkedéssel reagáltak, vagyis allergiásaknak bizonyultak. Ezen allergia órák multán megszűnt, mert a befecskendezett tuberkulin a szervezetből kiküszöbölődött vagy mint ilyen megszűnt. Ez azt bizonyította, hogy tuberculosisban a reticuloendothel-sejtek csak addig képesek allergiára, amíg tuberkulin hatás alatt állanak. Tuberculosis egyén azért allergiás tartósan, mert a tuberculosis benne állandó. Említettem, hogy v. Pirquet egy újonnan képzett mérregnek, az apotoxinak tulajdonította az allergiát. Én az elért eredmények után, melyeket pozitív értelemben egészséges gyermekeken is megtudtam ismételni, olyan állatkísérleteket végeztem, hogy tuberkulin hatás alá helyezett és ilyennek hatása alatt tartott egészséges nyulak vérért vettem, ehhez hozzávettem kevés (0.05) tuberkulint és egy másik egészséges nyúlba vittem át intravenásan; az eredmény az volt, hogy ez a nyúl is lázzal reagált. Mig hogyha a tuberkulin hatás alá helyezett nyúlba a vérért tuberkulin hozzáadása nélkül kapta az egészséges nyúl akkor ez nem reagált. Feltehettem tehát, hogy ezt a mérget, a melyik allergiában a reactiót létesíti, a szervezetben kívül is elő tudom állítani. Én ezt a v. Pirquet által már feltételezett apotoxint, miután mindenek szerint tuberkulinból alakul, apotuberkulinnak nevezem.

Ezen kísérleteim folyamán, melyek hosszabb időt vettek igénybe tuberkulin rendszeresen kezelt egészséges és tuberculósussá tett tengerimalacokat és nyulakat. Tartós kezelés után ezen állatok vérért tuberculosis immunanyagokra vizsgáltattam. (A vizsgálatokat Rósenthal Kornél dr. végezte, amiért e helyen köszönetemet fejezem ki.) Ezen vizsgálatok azt igazolták, hogy tartós tuberkulin kezeléssel, hogyha az úgy történik, hogy a szervezetet állandó tuberkulin hatás alatt tartjuk, sikerül az átlagnál 3—4-szer magasabb immuntitert elérni.

Miután egészséges állatot allergiás állat vérével, plus tuberkulinval, vagyis most már supponált apotuberkulinval sikerült allergizálni = lázassá tenni, most allergizált állat véréhez tuberkulint és bizonyos mennyiségű immunsavót tettem és ezt a keveréket fecskendeztem egészséges nyúl vénájába, az állat láztalan maradt. Sikerült tehát közömbösítenem azt a mérget, az eddig csak supponált apotuberkulint, mely az allergiás jelenségeket okozza.

Ezen kísérleti eredményekkel most már tisztán áll előttem az allergia lényege. Tuberculosis hatása alatt a szervezetnek reticuloendothel sejtjei azt a képességet nyerik, hogy akár a szervezetből magából, akár kívülről a szervezetbe vitt tuberkulint bontsák, belőle apotuberkulint alakítsanak. Ez az apotuberkulin ott, ahol keletkezik, lobot vált ki és általános jelenség gyanánt lázat okoz. A tuberculosis bacillus és a tuberkulin is, mely az előbbivel egyenértékű, mint allergen szerepel; ez csak arra képes, hogy allergizáljon, a tuberkulin átalakítására képesítsen, de nem tud úgy hatni, mint antigen, vagyis a reticuloendothel sejtet nem tudja antitest képzésre, immunanyag termelésre bírni. Ezért van az,

hogy tuberculosisban humorál-immunitás nem alakul ki sem a bacillus ellen, sem a tuberkulin ellen. Csak egy bizonyos és főleg sejtekhez kötött immunitás jön létre, illetve van már meg természetből fogva s ezt egy tuberculosis fertőzés specifikus irányban befolyásolja.

Az én kísérleti eredményeim még további tanulsággal is szolgáltak, kézzel fogható igazsággá lett most már, amit csaknem két évtizeddel ezelőtt 1921-ben állítottam, hogy tulajdonképpen nem a bacillus az, ami beteggé tesz sőt a tuberkulin sem az; ma már mondhatjuk, hogy szerzett allergia folytán egy új mérge, az apotuberkulin alakul ki és ez teszi a szervezetet beteggé. A bacillus ellen a szervezet egy sejt-productummal, a tuberculummal, endothel-sejtek (reticuloendothel) gyülemével védekezik. A tuberculumból a környezetbe és a szervezetbe jutó apotuberkulin ellen a szervezet már immuntesteket producál. A bacillus és a tuberkulin csak mint allergének szerepelnek, de az allergia folytán alakult mérge, az apotuberkulin már az antigen szerepét viszi és ellenanyagok termelését váltja ki. Tuberculosisban a reticuloendothel-systemának ezen antitest termelő képessége csak akkor van meg és addig tart, amíg apotuberkulin hatás alatt van vagyis amíg a tuberkulin az allergiát fentartja. Úgy az apotuberkulin, mint a tuberkulin és az antiapotuberkulin gyorsan bontódnak vagy a gyorsan küszöbölődnek ki. Ez a kérdés még tivábbi kutatás tárgyát kell hogy képezze. Fokozott mennyiségű tuberculosis- jobban mondva apotuberkulin ellenes immunanyag csak átmenetileg van a szervezetben. Ugyanigy van ez mindenek szerint a luesnél és a malleusnál is. Ezekkel szemben vannak olyan antigének (morbilli, scarlatina, typhus, kolera, variola, varicella stb.) melyek hogyha egyszer az antitest képzést megindították, ilyen spec. antitest képzésre egész életre képesítenek, s ezért maradandó az immunitás.

Állatkísérleti eredményeim után, világosan áll előttem, hogy a szervezetben a tuberculosis elleni küzdelem miként folyik le:

A szervezet fertőződik tuberculosis bacillusokkal, ezek valahol a szervezetben letelepsznek, körülöttük mint minden idegen test körül sejtgyülem, a tuberculum alakul ki. Hogyha ebből tuberkulin vagy autoinfectio útján újabb tuberculosis anyag jut a szervezetbe, akkor a reticuloendothel sejtek, elsősorban a tuberculumban magában allergizáltak lévén, apotuberkulint termelnek, ez az apotuberkulin már mint antigen hat, ellenanyagtermelést vált ki s ez a mérget közömbösíti. Mindig csak annyi vagy közel annyi ellenanyag képeztetik, mint amennyi az apotuberkulin lekötéséhez elegendő. Ilyen módon a szervezet tünetmentesen tűri el a fertőzést és azzal megküzdeni is képes. Tényleges betegségre csak akkor kerül a sor, amikor a fertőzés oly nagy tömegű, hogy a szervezet felkészültsége ehhez nem elegendő, akár ellenanyagtermelés szempontjából, akár a tuberculumok tömege okozta szervi működési zavarok miatt. Tudjuk azt, hogy a reticuloendothelialis systemának munkaképessége az általános egészségi állapot szerint változó, lehet jobb, lehet gyengébb és szünetelhet is, blokádba kerülhet. Én állapítottam meg már 1907-ben és v. Pirquet megerősítette, hogy főképpen morbilli alatt, de más heveny fertőzőes betegség alatt is a tuberkulin reactio elmarad; ma tudjuk, hogy ez, a reticuloendothelialis systemának átmeneti blokádja miatt van így.

Az allergia lényegének ismeretéből a tuberculosis fajlagos gyógykezelésére vonatkozó következtetéseket kellett levonnom, és az eddigi tuberkulinkezelési eljárást új alapokra fektetve módosítanom. Erről más alkalommal fogok beszámolni.

IRODÁLMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

A hypophysis-hátsólebenykivonat vizeletcsökkentő hatásának tartósabbá tétele Zn-sókkal. E. M. Boyd, K. J. Clark. (Amer. Journ. Med. Sci. 1939. 2.) Ismeretes, hogy Zn-sókkal a hormonok hatását tartósabbá lehet tenni. Zn-sók és pituitrin együttes alkalmazása békán a következő eredményekre vezetett: a diuresis gátló hatás átlag 20—60%-al tartósabbá vált, de nem fokozódott. Leghatásosabb volt a Zn-só + pituitrin, ha a Zn-só-concentratio 0,1%, i. m. alkalmazva. Ennél kisebb concentratio kevésbé, nagyobb pedig toxikusan hat. A vizeletcsökkentő hatás meghosszabbodását a Zn-ion okozza: mindegy, hogy milyen Zn-sót alkalmaztak. In vitro a pituitrin a Zn-sókat sem physikai, sem chemiai úton nem köti meg. (G. 15.)

Dögl Tibor dr.

A magasabb testsúly befolyásának értékelése egészséges emberek vérnyomásával kapcsolatban. J. J. Short, H. J. Johnson. (Amer. Journ. Med. Sci. 1939. 2.) A testsúlyt több szerző a kövér emberek magasabb vérnyomásának egyik okaként tekinti, de nem tisztázott a súlytöbblet fokának és az életkornak ezirányú szerepe. 2858 kövér és 658 rendszeres súlyú emberen végzett mérésekből a következő eredmények vonhatók le: a nagyobb testsúly magasabb vérnyomással jár, főként a diastolés nyomást illetően, de nem olyan mértékben, hogy ennek túlzott jelentőséget lehetne tulajdonítani. Minél kövérebb emberekről van szó, annál nagyobb volt a vérnyomásemelkedés. A legnagyobb eltérést 50—59 éves korig találták. (G. 17.)

Dögl Tibor dr.

A renin (veseeredetű vérnyomást csökkentő anyag) és a mellékvese közötti összefüggés. J. R. Williams, J. T. Diaz, T. R. Harrison. (Amer. Journ. Med. Sci. 1939. 2.) A vesekéregállományban található renin i. v. alkalmazva állat vérnyomását emeli. A hatás létrejöttének módja ismeretlen. Patkányok, a mellékvesék eltávolítása után reninrel szemben lényegesen kevésbé érzékenyek, mint az egészséges állatok. A mellékvesekéreg szerepe a döntő, a velőeltávolítás egymagában nem változtatja meg az érzékenységet. Kísérletileg bizonyítható, hogy a csökkent érzékenység oka nem lehet az állat legyengült állapota és hogy vesék renintartalma normalis. Feltehető, hogy a veseredetű magas vérnyomás kóroktanában a renin lényeges szerepet játszik. Hasonló kísérleteket végeztek a szerzők hypophysis, nemimírigyek eltávolítása, illetve nemi mirigykivonatok adagolása után, de attól eltekintve, hogy a hypophysis nélküli állatok reninérzékenysége nőtt, lényeges eredményt nem találtak. (G. 16.)

Dögl Tibor dr.

SEBÉSZET

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

A csontrendszer túlterheléses ártalmi fiatalembereken. Schneller. (Med. Welt. 1939. 40.) Katonai szolgálat alatt a csontrendszer különleges megterhelésnek van kitéve, főképpen a lábközépcsontok. A menettörések kétféleképpen jöhetnek létre: 1. a csont már az első tartós terhelésnek nem tud ellentállni és eltörik; ez az *oscillatio*s, vagy *lengéses törés*; 2. a csontban már megindult az átalakulási folyamat, ekkor éri egy hirtelen, vagy tartós megterhelés és eltörik. Ez a *csontátépítéses törés*. Mindkét törésfajta indirect törésnek fogható fel, melyek másodlagosan elmozdulhatnak. A törési vonal sokszor csak a controllröntgenfelvételeken látható. E törésfajta kezelése éppen úgy történik, mint az elmozdult töréseké: nyugalom, tehermentesítés. — (V. 15.)

Fraknoi József dr.

Vérzésesillapítás és vérpótlás. Rostock. (Med. Welt. 1939. 40.) Katonai szempontból hívja fel a figyelmet a vérzésesillapítás és a vérpótlás nagy fontosságára. Van időleges és végleges vérzésesillapítás. Lehet a vérzés parenchimas, venás és arteriális. Vérpótlás a folyadékmennyiség és a vörsvértestek szaporítása szempontjából fontos. A folyadékmennyiséget ampullázott normosal, vagy tutofusin oldatokkal pótolhatjuk, a vörsvértesteket csak transfuzióval. Vérsopórt-meghatározás után először csak néhány cem-t adunk a vérből, ha nem látunk anaphylaxiás tüneteket, akkor folytat-

juk a transfúziót, ez a biológiai próba. A véralvadást egy májkivonattal, vetrennel akadályozzuk meg. Ezt, ha nagyobb mennyiségben keverjük a vérhez, akkor az 24 óráig tárolható. (V. 14.)

Fraknoi József dr.

Négy chordotomián szerzett tapasztalatokról. *Platou.* (Acta. Chir. Scand. 85. 5.) A szerző négy chordotomiáról számolt be. Az első esetben tabes dorsalis kapcsolatos igen súlyos gyomorcrisisben, a második esetben dülmirigyekkel kapcsolatos folytonos hólyagtenesmusban, a harmadik esetben uterus carcinoma csigolyaáttételeiben lévő türethetetlen fájdalmakban, a negyedik esetben spondylosis deformans esetében a nyomás okozta neuralgiás fájdalmak miatt végezték. Minden esetben a fájdalom megszűnése, illetve lényeges csökkenése következett be, sőt hosszabb-rövidebb ideig tartó munkaképesség is bekövetkezett. (F. 20.)

Fedeles-Findeisen László dr.

A kettős processus vermiformis előfordulásáról. *Adams-Ray.* (Acta Chir. Scand. 83. 5.) A világirodalomban 27 eset ismeretes, melyek közül 18 biztosnak mondható, a többi valószínű. Szerző három csoportra osztja fel őket. Az első csoportba tartozók egyidejűleg más súlyos fejlődési rendellenességekben is szenvednek. A második csoportban a kettős processus vermiformis kettős coecumon található. A harmadik csoportban a nyulvány a basis Y-formájú oszlását mutatja közös apicalis lumennel. A kórképet ritkának mondja, de a sebésznek és a törvényszéki orvosnak mindig gondolni kell rá. (F. 21.)

Fedeles-Findeisen László dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ottó József és Benedek Andor.*

Hypophysis mellsőlebeny elégtelenség erős szüléstartáni vérzések után. *G. Effkemann és F. Müller-Jäger.* (Arch. f. Gyn. 168. 4.) A szerzők utánvizsgálatokat végeztek olyan asszonyokon, akik súlyosabb szüléstartáni vérzéseken estek át és ezeknek eredményeképpen megállapították a későbbi életben jelentkező nemiszervsorvadást, hypomenorrhoeát, valamint a meddőség és elhízás gyakoriságát. E jelenségeket minden valószínűség szerint a súlyos szüléstartáni vérzéssel állanak összefüggésben. Ezek az asszonyokon gyakrabban elégtelen tejtermelést és kóros soványságot észleltek. Minden valószínűség szerint az utóbbi kóros elváltozások nem állanak okozati összefüggésben a szülés utáni vérzéssel, hanem fordítva, — oly nőknél, kiknek belsősecretióis rendellenességei vannak, a szüléstartáni vérzőképesség nagyobb. (O. 17.)

Krenkó Anna dr.

A méh jelentősége a belsősecretio szempontjából. *P. Grumbrecht és A. Loeser.* (Arch. f. Gyn. 168. 4.) A szerzők ilyenirányú tanulmányaikat ereken és patkányokon végezték. E rácsalók anatómiai viszonyai mások, mint az emberé, mivel a petefészek egy tokkal összekötött a méhkürttel és méhhez. E berendezés kétségtelenné teszi, hogy tüszőrepedés esetén nemcsak a pete, hanem a hormon-tartalmú tüszőfolyadék is a méhbe jut. Ugyanígy méhnyálkahártya közvetlenül kitett a hormon-hatásnak és arra sokkal erősebben reagál, ahogy az castrált állatokon sikerült kimutatni. Így a rácsalók nemirészei kétrányú petefészek-hormonhatásnak kitettek: egyfelől a visszafejlődő, zsugorodó tüszőkből állandóan hormon jut a vérpályába és a nemi részek állandó tonusát biztosítják, másfelől a közvetlenül a méhbe jutott petefészekhormon a nyálkahártya gyors felépítését szolgálja. A szerzők a petefészek tokjának, vagy a méhkürtnek lekötésével igyekeztek megállapítani, hogy milyen elváltozások keletkeznek, ha a méhet közvetlenül hormonhatás nem éri. Úgy találták, hogy abban az esetben nemcsak, hogy a méhnyálkahártya szokot fejlettségét el nem éri, de a pajzsmirigyben ú. n. castratiós elváltozások jelentkeznek, amelyek az acinusok táglulásából és erősen festődő colloid felhalmozódásából állanak. Ugyanezen esetekben a petefészek hamarabb szüntetik be működésüket. Teljesen hasonló jelenségek következnek be azokban az állatokban, amelyek méhét eltávolították. Szerzők ebből arra a következtetésre jutottak, hogy a petefészekhormon a méhben vagy átalakult a pajzsmirigy működését serkentő hormonná, vagy a méhnyálkahártyáját arra készíti, hogy egy ilyen hatású hormont termeljen. A pajzsmirigy viszont a petefészekre hatna serkentően és a sárgatest jelenléte által csökkent tüszőhormontermelést újból megindítaná. Így a petefészek valószínűleg állandó hypophysis mellsőlebeny hatása alatt állana és a ciklusos tevékenységét a méhben és pajzsmirigyben át önmaga szabályozná. Embereknél észlelt számos jelenség is emellett szól, hogy annak ellenére, hogy külön petefészeknek nincs, a viszonyok mégis hasonlóak és a tüszőfolyadék a méhkürtökön át a méhbe jut és a pajzsmirigyben át újból a petefészekműködést szabályozza. (O. 18.)

Krenkó Anna dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Adatok a hydrokephalus internus pathogenesiséhez. *Brenner.* (Ztschr. f. Khk. 51. 3.) Szülési sérülés utáni szellemi visszamaradottságban, enkephalitis, valamint meningitis után enkephalographiás vizsgálatokat végezték összesen 7 esetben. A röntgenfelvételeket mindenkor topographikus agyoncolással ellenőrizte. Az agyat a csontos koponyával együtt rögtön a halál után formalinban rögzítette. Vizsgálati eredményeit a következőkben foglalja össze: aszimmetriás hydrokephalusban a cella media oldalsó és alsó részén észlelhető gyomroc alakváltozás a thalamus és a nucleus caudatus állományának sorvadása miatt jön létre. Normalis liquornyomás mellett az oldalsó kamrák nagysága a boncoláskor mintegy 1/5-el kisebb, mint az életben. E jelenség a liquornyomás halál utáni csökkenésével magyarázható. Meningitis epidemica után nyomási hydrokephalus esetében az enkephalogram jó áttekintést nyújt a 3-4. agykamráról és a basalis cisternáról. Ha a cisterna-cerebellomedullaris hátsó szöglete elváltozást mutat, úgy a liquorkeringés akadályozott. Szülési sérülés után aszimmetriás hydrokephalus internus és externus az agyáramlás sorvadásának jele. Meningitis epidemica után, ha az oldalsókamrák igen tágak és a cisterna cerebello-medullaris elváltozást nem mutat, azt hypersecretorikusnak kell felfogni, ezen esetekben a plexus chorioideus besugárzása igen jó hatású. A partialis elzáródásos hydrokephalus esetében a cisterna cerebello-medullaris mutat elváltozást. Ilyenkor igen jó a levegőbefúvás a letapadás oldására. Enkephalitisben a hydrokephalus legtöbbször ex vacuo keletkezik. (K. 21.)

Martyn Róbert dr.

Heveny bélbetüremkedés kisgyermekben. *Vogt.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 41.) A bélbetüremkedés leggyakoribb az első év végén és a második életév elején. Fiúgyermeken gyakrabban észlelhető. Az invaginatio három formáját különbözteti meg: 1. invaginatio ileocecalis; 2. invaginatio colo-colica; 3. invaginatio ileo-iliaca. Invaginatióra jellemző tünetek: hirtelen kezdődő nagy leromlás, hányás, heveny bélgörcsök, vérzés a bélből. Elkülönítő diagnózis szempontjából szöbajon: vakbélgyulladás, vérhas, Schönlein-Henoch-purpura. Az 1927 óta javasolt röntgenrepositiót több esetben kipróbálta. E repositiót narkosis nélkül végezte röntgenernyő alatt. A repositio csak invaginatio ileo-colica és invaginatio colo-colicában jön szóba, mivel magasabban már nem hat a bariumpép nyomása. 10 röntgenellenőrzés mellett végzett desinvaginatióból egy esetben fordult elő recidiva, a többi meggyógyult, 10 operált esetből 6 meghalt, 7 esetben, ahol a röntgenrepositio nem sikerült, az elvégzett műtét után 4 meghalt. Operált gyermekek bélbetüremkedésének kiújulását nem észlelte. (K. 22.)

Martyn Róbert dr.

A gyermekkori lymphaticus reactióról. *Herget.* (Arch. f. Khk. 117. 3.) Harmincnégy eset kapcsán tárgyalja a lymphaticus reactiót. Az ú. n. mirigyláz abszolút és relativ lymphocytosisal, illetve mononucleosisal jár, mely hajlamos monocytoid, fiatal, atypusos plasmasejtekkel átmenetre. E körképben kívül azonban a gyermekkor számos másfajta állapotáról tudunk, melyben hasonló vérképi lelettel találkozunk, sőt sokszor klinikai hasonlatosság is fennáll (láz, lép- és nyirokcsomóduzzanat, angina). Az első csoportba azon eseteit (összesen 22-öt) sorozza, melyekben constitutionalis alapon (status lymphaticus és thymicolymphaticus) váltotta ki e reactiót valamely infectio (angina, otitis, pneumonia, stb.). A következő csoportokba a súlyos hasmenésekkel, illetve bélfertőzésekkel, Plaut-Vincent-anginával, kanyaróval, tetanusal, pertussissal, stb. s végül anginával és lymphadenitisal járó lymphaticus reactiókat sorozza. Megemlíti, hogy cong. luesban szenvedő újszülötteken lymphaticus leukaemiával összetéveszthetően nagyfokú lymphocytás reactio jelentkezhet. 34 eset közül 22-n status lymphaticust észlelt, de a megmaradó esetek nagyrésztben is constitutionalis defectus talaján (exsud. diathesis) váltódott ki e sajátos reactio. A megmaradó esetekben különös constitutionalis jeleket nem látott. A vérkép abszolút és relativ lymphocytosis mutat, a lymphocyták idős magvú lympho-

cytáknak felelnek meg, bár fiatal atypusos lymphocyták is találhatóak plasmasejtes átmenettel. A neutrophyl lymphocyták balratalodást mutattak. A relativ lymphocytosis értékei 65 és 80% között mozognak, míg a mononucleosis értékei a 80–90%, sőt egy esetben a 99%-ot is elérték. (K. 24.)

Gerlóczy Ferenc dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő

Mély blastomykosis esete. R. Richter. (Arch. f. Derm. 179. 5.) Kiterjedt mély blastomykosis esetet ismertett, hol a betegség a bal alszárról áttétek útján terjedt széjjel a végtagok és a törzs bőrének számos pontjára. Az elváltozások mind kékes-vörös fluctuáló csomók kezdődtek és eves-sarjadzó élesszélű fekélyekké alakultak. A belső szervekben elváltozásokat nem sikerült kimutatni. A zárt jelenségekből tisztán kitenyészthető sarjadzó gombák, a glucoset, fructoset és mannoset elerjesztették és a velük végzett intracutan bőrreakciók a betegen pozitív eredményt adtak. Nagymennyiségű jódkáli adagolására teljes gyógyulás következett be. (Sz. 19.)

Nékám Lajos dr.

Az albucid és uliron alkalmazásakor előforduló májsérülések. F. Schaefer. (Arch. f. Derm. 179. 5.) 46 gonorrhoeás betegen, akik uliron, illetőleg albucid-kezelésben részesültek, vizsgálta naponta a vizelet urobilinogen reakcióját, továbbá a therapiás lökések előtt és után a vér bilirubin-tartalmát, a laevulosemegterhelést és a Takata-reakciót. 46 átvizsgált beteg közül csak 3 mutatott kisebb-nagyobb elterést a normalistól és így véleménye szerint a praeparatumok csak már előzőleg sérült májra ártalmasak. 206 ulironnal kezelt betegen tízszer jelentkezett dermatitis, de a bőr-elváltozások nem állottak összefüggésben májműködési zavarokkal. (Sz. 17.)

Nékám Lajos dr.

A dermato-stomatitis kórképe. T. Fritsch. (Arch. f. Derm. 179. 6.) Az 1922-ben Baeder és Schultz által első ízben leírt kórkép főtünetei: diphtheriaszerű garat- és nyálkahártyaelváltozások, felületes fekélyek a szájban és nemi szerveken, kötőhártyagyulladás, általános tünetek, mint fejfájás, levertség, láz, stb. A bőrtünetek leginkább az erythema exsudativum multiformera hasonlítanak; az eredet ismeretlen, lefolyása 2–3 hétig tart. Megkülönböztetendő a lues II-től, diphtheriától, erythema exsudativumtól. Az utóbbi bajra jellemző elhelyezkedést különösen a végtagok felszító oldalain nem találjuk meg. Plaut–Vincent-anginát a bakteriologiai vizsgálattal, a száj- és körömfájást pozitív tengerimalacojtással lehet elkülöníteni. Gyógyszer-exanthemák kizárhatók az anamnesis útján. A gyógyításban legjobban salicylátok, cytotropin-injectiók váltak be. (Sz. 22.)

ifj. Nékám Lajos dr.

ELMÉLETI TUDOMÁNYOK

Rovatvezető: Simon Sándor.

Megbízhatatlan-e a véresejt-süllyedési reactio? B. Katten-tadt. (Münch. Med. Wschr. 1939. 51.) Szerző egy betegén rövid egymásutánban két ízben végzett véresejt-süllyedési reactiót (v. s. r.), egyiket rendelőjében, a másikat a vezetése alatt álló kórházban. A két eredmény merőben különböző volt. Hogy e furcsa észleletre világosságot derítsen, megpróbálta a v. s. r.-t két pipettával elvégezni. Első kísérletének eredménye az egyik pipettában 67, a másikban 26 volt. Több szerzővel egyetértően (Greiser, Griesbach, Köster), akik hasonló megbízhatatlanságát észlelték a v. s. r.-nek, kutatni kezdte a hibák okát és hogy azokat mi módon lehet kiküszöbölni. Szerzőt magát a kítőró háború megakadályozta vizsgálatai befejezésében és így Köster megállapításait közli arravonatkozóan, mi módon lehet megbízható eredményt elérni, ha a v. s. r.-t két pipettában egyszerre végezzük. 1. A fecskendőnek teljesen száraznak kell lennie. A legkisebb nedvesség nagy különbségeket okoz. 2. Mielőtt felszívónak a 0.4 ccm citrát-oldatot, ugyanazzal az oldattal ki kell öblíteni a fecskendőt és ezt az öblítő folyadékot a vizsgálatban többé felhasználni nem szabad. 3. Jól össze kell keverni az anyagot, mert elégtelen keverés nagy különbségeket okoz. 4. A pipettákat a vérvétel után azonnal meg kell tölteni. 5. A pipettáknak teljesen száraznak és tisztáknak kell lenniük és 6. a két pipetta átmérője ugyanaz legyen. (O. 13.)

Zoltán Imre dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Manuel pratiques de l'infirmière soignante. M. N. Nappee. (Masson et Cie, Paris, 1939. Ára 36 fr.) 400 oldalas, kis formátumú könyv, amely 17 jó ábrával szemléltetve tárgyalja mindazt, ami gyakorlati szempontból összefügg a betegápolással, illetve az ápolás teendőivel. A könyv nagyobbik fele a kórtermi betegápolással foglalkozik és ez felöleli az összes orvosi előírásra ápolónő által végzendő beavatkozásokat is. A második rész a műtői előkészítésről, a gyermekágyas asszony és újszülött ápolásáról és a fertőző beteggekkel bánásmódról szól. Kitűnő fejezet foglalkozik a sürgős esetekkel: vérzés, égés, fulladás és mérgezés ellátásával. Végül ismerteti a háziápolásban működő ápolónő teendőit. A könyv maga teljesen megegyezik azzal, amit ápolónő-képző intézeteinkben tanulnak a növendékek. Különös elismerést érdemel azonban az a gondosság, és minden részletben szabatos pontosság, amivel az utasítások fogalmazva vannak. A maga nemében tökéletes kis könyv.

Fornet Béla prof.

Précis de biologie animale. M. Aron et P. Grassé. (Masson et Cie, Paris, 1939. 1002 oldal, 714 ábrával. Ára: 130 fr.) Szerzők munkája, amely a fenti cég ismert könyvsorozatának, a Précis-knek sorozatában immár második kiadásban jelenik meg, egyike a legjobbaknak. E munka éppen úgy, mint első kiadása, öt nagy részre oszlik. Az útdolgozás azonban az előzőhöz képest mintegy kétszáz oldalal növelte a könyvet. Az egyes részekben belül változtatások is történtek. Az első rész sejtani része három fejezetből áll e munkában s ezzel az idetartozó kérdések tárgyalása az előző kiadáséhoz képest világosabb lett. A harmadik részben új fejezetet találunk, amely a hormonális correlációkat tárgyalja. A negyedik részben az oki embriológiának külön fejezetet szentel P. Grassé, amely azokat az eredményeket foglalja rendszerbe, amelyből a tudomány ez ága keletkezett. Ugyan-e részben a sexualis hormonok constitúcióját tárgyaló új fejezeteket is találunk. A leglényegesebb változást a könyv ötödik része mutatja, ahol a szervezet és fajok fejlődését tárgyalja P. Grassé. Ez a rész egyben a legérdekesebb is mert teljesen új felfogás szerint, a paleontologia és genetika legújabb eredményeinek feldolgozása és egyeztetése alapján készült. Bár a munka tankönyvnek készült, a szerzőkkel egyértelműen azt hisszük, hogy mindenki, aki a biologia egy-egy problémájának kiindulópontját és alapját akarja megismerni, hasznos segédeszközt talál benne.

Blaszó Sándor dr.

Le temps de réaction. Techniques, Applications cliniques. P. Michon. (Masson et Cie, Paris, VI. 1939. 100 oldal. Ára: 22 fr.) A reakciós idő, vagyis azon időnek mérése, amely az izgatás pillanatától a motoros reactio megjelenéséig eltelik különösen a psychotechnika legutóbbi nagy haladásával egyre fontosabb segédeszközévé válik a kísérletes neurológiai diagnosztikának. A tehetség-kutatással foglalkozó experimentátorok a reakciós idő mérésével igen jó segédeszköz birtokába jutottak és azt kiterjedten használják is. Alkalmazása azonban a klinikai diagnosztikában nem kevésbé fontos. A szerző munkájának első fejezetében a reakciós idő mérésének különböző módjait és annak klinikai alkalmazását foglalja össze. A másodikban a normalis értékek és azok lehető eltéréseit tárgyalja röviden. A harmadik fejezet a tárgyalt módszernek klinikai alkalmazását méltatja és sorra veszi azokat a betegségeket, amelyekben a reakciós idő megváltozása jellemző. E részben a peripherias sensitiv ideg-bántalmakat tárgyalja először, majd a medullaris betegségekkel foglalkozik különösen a sklerosissal és a gerincvelő lueses betegségeivel. Végül azon cerebralis bántalmakat veszi sorra, amelyekre a reakciós idő megváltozása jellemző s főképen a parkinsonismust és a postencephalialis állapotokat tárgyalja. Bőséges irodalmi utalás egészíti ki ezt a főképen neurológusoknak hasznos utbaigazításokkal szolgáló könyvet.

Blaszó Sándor dr.

Das Wesen und Wert der Tomographie. W. Deutschmann. (Praktische Tuberkulose-Bücherei. 23. füzet. 40 oldal. 39 ábra. G Thieme Verlag, Leipzig, 1939. Ára: 3 RM.) A tomographiának, illetve stratigraphiának vagy planigraphiának — magyarul réteg-felvételnek — célja: egy meghatározott szervréteg röntgenfényképezése, miközben a zavaró árnyékok elmosódnak. A réteg-felvétel technikai lényege abban áll, hogy a filmet és a csőfókust a vizsgálandó szervréteg

körül, mint forgatópont körül egyidejűleg elmozdítjuk. Ezáltal olyan kóros elváltozások mutathatók ki, amely átvilágítással, vagy egyszerű felvétellel nem láthatók. Különösen a tüdőgümőkór kórisméjében és itt is jelesül a cavernadiagnostikában, a részleges művi légmell felismerésében és a szalagok elhelyeződésében komoly segítségünkre lehet. A füzet az eddigi eredményekről és az eljárás értékéről rövid, tartalmas áttekintéssel szolgál.

Puder Sándor dr.

Die Bewertung des Röntgenbefundes bei der kindlichen Tuberkulose. O. v. Chiari. (Beihefte zum Arch. f. Khk. 18. füzet. 44 oldal, 25 ábrával. F. Enke Verlag, Stuttgart, 1939. Ára 4.80 RM.) A bécsi gyermekgyógyászati klinika anyagán készült munka röviden és kifejezően ismerteti a gyermekkori tüdőgümőkór jellegzetes alakjait. Célja különben, hogy a hilus- és a hiluskörüli elváltozások túlzott értékelésével támasztott zavart és a szülők felesleges aggodalmát okozó tévedéseket lehetőleg kiküszöbölje. Hamburger prof. előszavában kellő mértékben hangsúlyozza, hogy csak azoknak az orvosoknak röntgenlelete használható, akik a röntgenológiában és a gyermekgyógyaszatban egyaránt valódi tapasztalatokkal rendelkeznek, emellett a tuberkulinvizsgáló módszert is teljes mértékben uralják.

Puder Sándor dr.

A Debreceni Orvosegyesület február 29-i ülése.

Bemutatók:

Ambrus M.: Szabad hasüregebe áttört köves epehólyag műtéttel gyógyult esete. (Kézirat nem érkezett.)

Előadás:

Szendi B.: A magzatvíz kicserélődésének és méhbeli szerepének kísérletes vizsgálata emberben. Kísérletesen vizsgálta a II—VI hónapos emberi terhességben (és nyúlterhességben) a magzatvíz kicserélődésének gyakoriságát és módját diffúzibilis és nem oldódó festékeknek (suspensióknak) magzatvízbe befecskendezésével. Megállapította, hogy a magzatvíz minden 14—26 órában kicserélődik, megújul. A kiválasztás az amnionon, az emésztőcsatornán és tüdőknél keresztül történik. Már a II—III. hónaptól rendszeres és élet-tani a magzatvíznek a belekbe és tüdőbe jutása nyeléssel, aspirálással, ill. a terhességi méhconcentrációk hatása alatt. Az élettani sóoldatoknak, tápanyagoknak, sókban gazdagabb magzatvíz tömegével, de a magzat és magzati-nyaljai válaszfal állandó átmosásával is nagy szerepet kell, hogy játszó az ébrény anyagcseréjében. Szerepe van úgy látszik az emésztőcsatorna és a légutak üregessé képzésében és működésére előkészítésében. A tüdő szivacsos szerkezetével, vagy felszínével s dús glikogen-tartalmával fontos szerve a magzat anyagcseréjének. A magzatvíznek tehát az eddig felvett mechanikai védőszeret mellett egyéb, a méhbeli anyagcserében fontos szerepe is van. Ennek tudatában szükségessé válik, hogy a magzatvíz sajátosságait is tovább vizsgáljuk.

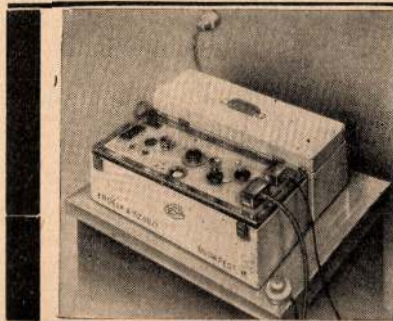
Jankovich L.: Kétségtelen, hogy a magzatvíz tisztán mechanikusan felfogott szerepe nem elégíti ki a mai igényeket, de azért azt teljesen sutbavetnünk nem lehet. Az emberi szervezetben ugyanis nem ez az egyetlen hely, ahol a vízben többé-kevésbé szabad felfüggesztés és csontos burok védelmet nyújt az illető szervnek. Ilyen pl. a gerinc és az agyvelő is. Erre a védelemre a fejlődő magzat is rászorul annál is inkább, mivel egyik oldalról, felülről a csontos medence nem védi. Hogy a magzatvíznek ezenkívül azonban más fontos szerepe is van azt rég tudjuk abból, hogy a magzat a magzatvizet nyeli és benne légzőmozgásokat is végez. Az utóbbi különösen azóta vált köztudomásúvá, amióta a figyelem a magzati tüdők szövettani vizsgálatára is

kiterjedt. Hogy azonban a magzatnak a táplálkozásában vagy anyagcseréjében a magzatvíz milyen szerepet játszik, az még nagyon kérdéses és ezért előadónak kísérletes vizsgálatait örömmel kell üdvözlőnk.

Törő I.: A magzatvíznek, mint mechanikai tényezőnek a jelentőségét igen nagyfontosságúnak tartja. Igazolja ezt az a kísérlete, amelyben üvegben keltetett csirkében az amnion-belüli nyomásváltozásokat figyelhette meg. A szokatlan környezetben fellépő nyomásváltozás (ellapulás) a mellkas záródásának szabályszerűen fellépő akadály (extracardia). Nagy jelentősége van a magzatvízbe állandóan beleszűrődő és széteső sejtekből kikerülő mitogenetikus hatású anyagoknak. Nem gondolja, hogy a tüdő az egész embryo szempontjából fontos szénhidrát központ lenne, az előadó által megfigyelt különleges jelenségek véleménye szerint inkább a tüdő rendkívül bonyolult histogenesisével kapcsolatosak.

Szendi B.: Megköszöni az érdeklődő értékes hozzászólásokat. A magzatvíz mechanikai haszna és fontossága kétségtelen, de hangsúlyozza, hogy a magzatvíznek a méhbeli életben nemcsak védelmi, hanem egyéb, a méhbeli anyagcserében fontos szerepe is van. A tüdők már azzal is részt vesznek az anyagcserében, ha csak a magzatvizet szűrik, illetőleg felszívják. Megelőző vizsgálataiban kimutatta, hogy a terhesség középső harmadában a tüdőben nagymennyiségű glikogen van, amely a decidua glikogénjének csökkenésével jelenik meg, függetlenül a tüdőnek mint szervnek a növekedésétől s úgy látszik, hogy a foetalis máj glikogén gyűjtését előzi meg, helyettesíti és pótolja. Ebből gondolja előadó, hogy a terhesség bizonyos idejében a tüdőnek az ébrényi szénhidratanyagcserében is szerepe van. A máj hasonló működését pótolja addig, amíg a máj a terhesség első kétharmadában a vérképzés szolgálatában áll.

Gesztai J., Nagy L., Domokos K.: Kísérletek és megfontolások a Monaldi-féle caverna-drainage-val kapcsolatban. A Monaldi-féle caverna-drainage az új problémák egész tömegét veti fel. Kísérleteinek lényege jodipinnek és menthol-paraffinolajnak a katheteren át a cavernába befecskendezése. Előadók is azt a kérdést vizsgálták, vajjon a Monaldi-eljárás hatására eltűnt caverna fennáll-e még vagy sem? A kérdést az tette indokoitá, hogy egyik esetükben már három hét múlva a caverna-gyűrűt nem észlelték a röntgenképen. Az az ismert tény, hogy az eltűnt cavernák jórésze ismét megjelenik, óvatosságra kellett, hogy intsen. A contrastanyaggal történt feltöltés után készített röntgenkép kétséget kizáróan igazolta, hogy a caverna körvonalainak eltűnése önmagában a gyógyulásnak semmiesetre sem bizonyítéka. Kísérleteikkel megállapítható, hogy a drainage-bronchus nyitva áll-e vagy sem, s ha nyitva áll, hol van ennek a nyílása, stb. Így a drainage-bronchus viszonyairól elég pontos és megbízható tájékoztatást lehet nyerni. Ez akkor válhat különösen fontossá, ha bebizonyítást nyerne, hogy a drainage-bronchus elzáródása nem a caverna-gyógyulással párhuzamosan haladó folyamat, hanem a caverna gyógyulásának valóban feltétele és ha a drainage-bronchus mesterséges elzárása, nagyobb kockázat nélkül, lehetővé válnék. A köpet a Monaldi-drainage után állítólag nagyon hamar — már hetek múlva — negatív lesz. Ezt nem észlelték. Lehetséges, hogy ilyen kedvező változás valóban beállhat s együtt jár a caverna megkisebbedésével vagy eltűnésével. Fel lehet tételezni, hogy ez a kedvező változás a drainage-bronchus elzáródásával függ össze. De a caverna-drainage milyen hatására vezethető vissza a bronchus-elzáródás s az egész gyógyulási folyamat? Monaldi ezt az endocavernalis nyomásviszonyok megváltozásával magyarázza. Véleményük szerint azonban lehetetlen a szívó-drainageval állandó nyomáscsökkenést fenntartani. A cavernában folyton változó nyomás semmiesetre sem hasznos a gyógyulás szempontjából. Monaldi nyomás-elméletét a gyó-



Állandó készenlét előnyét nyújtja a világítási hálózatra közvetlenül kapcsolható katódcső regisztrálású

Ersza elektrokardiograph

beépített phonokardiograph-fal.

Gyártja: ERDÉLY és SZABÓ tud. műszergyár

Budapest, IX., Lilliom-utca 46.

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

Részletes ismertető kívánatra.

gyító tényezők magyarázatául nem fogadják el. Felmerül az a kérdés, hogy melyek lehetnek a caverna-gyógyulást elősegítő tényezők? Két hatótényezőt tételeznek fel: a váladék kivezetését és az ingerhatást. *Monaldi* szerint pungált cavernában könnyű és veszélytelen befecskendés egyben az endocavernalis gyógykezelés lehetőségét is jelenti. A „hogy” tehát nem problema többé, problema a „mivel”.

Jáki Gy.: A caverna-drainage lényegében nem új eljárás. A tüdőgümőkör, nevezetesen a k. sebészi gyógyítását először a helyi kezeléssel, a megnyitással s a legkülönbözőbb gyógyszerek befecskendezésével kísérelték meg. Az eredménytelen és veszélyes módszereket elhagyták. Ezek az eljárások azonban állandóan fel-felbukkannak. A *Monaldi*-féle k. dr.-ban a szívás új, de kérdés, hogy ez a kezdeményező elgondolása szerint egyáltalában kivihető-e. A magyarázat nem fogadható el. Véleménye szerint klinikai értelemben véve zárt caverna nincs. Az eljárás veszélye a szurcatorna fertőződése s a közvetlen beavatkozásra létrejövő szóródás. Feltűnő, hogy a cavernák túlságosan gyorsan tűnnek el. Arra sem adnak feleletet az eljárás kezdeményezői és hívei, hogy a caverna milyen módon gyógyul meg. Hangsúlyozza, hogy a caverna gyógyulásának nemcsak helyi, hanem általános feltételei is vannak és az utóbbiak a döntőek.

Március 7.-i ülés:

gr. Hoyos J.: A *Luschka*-járatban képződött epekő. 20 éves asszony kőpanaszai miatt kiírtott epehólyagjában 2 db mogyorónyi koleszterin-kő volt és egy helyen a *Luschka*-járatok babnyi, epés járatba ágyazott kölesnyi-gombostüfejni kövekkel kitöltött üregeket alkottak. A *Luschka*-járatok keletkezését ismerteti. A járatokban uralkodó nyugalom a kristályosodást elősegíti. A bakteriumok előszeretettel telepednek meg a járatokban. Az epehólyagban uralkodó nagyobb nyomásban a járatok kitágulhatnak és ezekbe kövek sodródhatnak be. Az itt rekedt kövek meg is nagyobbodhatnak. A *Luschka*-járatok keletkezésében a járatok és nyílásaik bonctani, alaktani változásai is szerepet játszanak.

Székely A.: *Arachnoiditis adhaesiva spinalis*. K. J. 36 é. kőművesegéd két ízben állott kezelés alatt a klinikán, és pedig 1939. júl.–aug. hónapjában és 1940 februárban. Betegsége 1939. májusában kezdődik a bal alsó végtagban jelentkező gyengeségérzéssel, majd pedig igen heves fájdalommal. A fájdalmak nyilaló, hasogató jellegűek. Klinikai tünettanilag b. o. ischias áll fenn Achilles arreflexiával, Lasgue-, Bonnet-tünettel. Érzészavar, paresis nincs. Typusos kímélő és skoliosis törzstartás és járás. Az 1939. évben két ízben végzett liquorvizsgálat eredménye: normalis sejtszám, fehérjeszaporulat (0.88–0.40%), positiv globulinreakciók, a kolloid reakciókat kiesések. Myelographiás lelet: lipiodol töltés után negatív. A liquor-laesio arra mutat, hogy a betegen arachnoiditis serosa és ennek következtében radiculoneurotis áll fenn. A bevezetett kezelések után panaszmentesen távozik. 1940 februárjában újrafelvétel a klinikára, a kiújuló és igen heves fájdalmak miatt. Az idegrendszeri lelet az előzővel megegyezik. Lumbalpunkciókor szokatlanul heves fájdalmak és égés érzése mindkét lábban, a liquor-ürülés akadályozott és spontán elakad. A liquorvizsgálat eredménye teljesen negatív. A lipiodol-töltés utáni myelographia az arachnoiditis spinalis adhaesiva karakteristikusan typusos képét adja, hosszant lefutó csikok alakjában lipiodol-stop a XII. háti csigolya alsó szélétől a IV. ágyéki csigolya felső peremszéléig. A lipiodol helyzete 3 hét múlva is változatlan, azaz az előbb említett niveauban teljes stenosis-blokád áll fenn. A betegen spontán javulás indult meg, amely az anaemiája miatt bevezetett máj-injectiók kezelésre, ezenkívül a röntgenbesugárzásokra fokozódik, úgy hogy jelenleg majdnem panaszmentes, járása rendez, csupán a skoliosisos törzstartás észlelhető még. A kórfolyamat sajátosságai a következőkben foglalhatók össze: a myelographiával igazolt és hosszú ideje fennálló arachnoiditis spinalis adhaesiva ellenére úgyszólván tünetszegénység és monosymptomás forma, azaz a bal nervus ischiadicus radiculo-neuritise, spontán kezdődő és állandóan

fokozódó javulás. A blokád ellenére negatív liquorlelet. Kórismézési szempontból értékesíthető tünet a lumbalpunkciókor mutatózó igen heves fájdalommal és égésérzés. Az aetiológiát tisztázni nem sikerült. Az anaemiák szerepe igen kétséges, a bevezetett máj-injectiók kezelés kedvező hatásának ellenére.

Kopáry J.: A daganatok röntgenkezelésének alapirányai. A sugártherápia lényege a szórtsugárzások átalakulása biológiai hatássá. A szórtsugárzások létrejöttét ábrákkal demonstrálja. Ezek ismerete bebizonyította azt, hogy a biológiai hatás a feszültség fokozásától, illetve a hullámhossztól független. A biológiai hatás csak a belső röntgen-energiának a keringő elektronokra hatásától függ. Ismerteti azokat a vizsgálatokat, amelyek arra vonatkoznak, hogy a primaer támadási pont a magban, plasmában vagy sejthártyában keresendő-e? Együttal, mivel ez a kérdés tisztázva nincs, a milieu fontosságát igazoló vizsgálatokat tárgyalja, s a környezet rendkívüli jelentőségét méltatja. Specifikus sugárhatás nincs, minden régebben specifikusnak tartott elváltozás más ingerekkel is előidézhető. Mai felfogás szerint a sugárzás lényege a functio fokozása, amely a sejt haláláig fokozható. Ca.-dosis nincs a Wintz-féle értelemben csak olyan optimális dosis, amely a daganatsejtek nagy többségére elective hat, de a környezetet lehetőleg kíméli, mert a daganat elleni küzdelemben az ép alapszövetnek, környezetnek nagy szerepe van. — A sugártherápia jövője nem a physikai adagolásban van, hanem azoknak a biológiai tényezőknek a kikeresésében, amik a sugárérzékenységet meghatározzák és együttal a daganatkörnyezet tollerantiájára vonatkoznak. A sejtoszlás rhythmusának vizsgálata a különböző biológiai tényezők között a mai napok érdeklődésének középpontja. Errevonatkozó vizsgálatok további célja azoknak a biológiai ismereteknek megkeresése, amelyek a sugárérzékenység általános és időrendbeli összefüggésén alapulnak. Továbbiakban ismerteti a különböző methodusokat a protrahálást, a fractionálást, a telítési eljárást, *Holfelder* methodikáját, valamint a *Chaul*-féle közeli besugárzást, mely az utóbbi idők legértékesebb eredménye. Kiemeli, hogy további eredmények nem a különböző methodikáktól, hanem a daganatok élettanának közelebbi megismerésétől várhatók.

A Ferenc József Tud. Egy. Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 6-i ülése.

Bemutató:

Környey I.: *Atypusos extramedullaris daganat; multiplex neurinoma*. 52 éves férfi mindkét alsókar és kéz izomzatának atrophias paresisét találták fibrilláris rángásokkal. Csupán egyes ágyéki szelvényekben volt minimális érzészavar. J. o. a térdhajlítók gyengültek, a mély reflexek enyhén fokozottak voltak. A benulásos tünetek hirtelen jelentkeztek. Más intézetben myelographiát végeztek. A contrastanyag a 6–7. nyaki csigolyatest magasságában ideiglenesen megakadt és extramedullaris daganatra jellemző árnyékot adott. Miután ezt megelőzően a j. supraclavicularis árokból daganatot távolítottak el, valószínűleg áttételre gondoltak, mert a gerincoszlop sugárkezelését végezték. A supraclavicularis daganat rendelkezésére bocsátott kőbonctani leletéből és készítményeiből kitént, hogy az teljesen jóindulatú neurinoma volt. Ezért felvették, hogy a gerincevelő összenyomását a körlefolys és a tünetek ellenére is intraspinalis neurinoma okozza. Műtétkor bemutató a myelographiás akadálynak megfelelő magasságban a gerincevelő elülső felszínén alatt mintegy 2 cm hosszú és 1.7 cm széles daganatot talált, amely a j. o. 8. elülső nyaki gyökkel függött össze, úgyhogy csak vele együtt volt eltávolítható. Szövettanilag a daganat neurinomának bizonyult. A javulás már a műtétet követő nap mutatkozott a fibrilláris rángások elmáradásában és egyes izmok erejének javulásában. Az érzészavar csaknem teljesen eltűnt, a javulás egyébként is halad. Két héttel a műtét után a beteg jární engedték. A tünet-tani atypiát a daganat ventralis elhelyezkedése s az elülső gyökhöz és a gerincevelői erekhez viszonya magyarázza.

BIROBIN-CHINOIN

Haemopoeticum, roborans, hizlalószer

100 drb tabletta

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD)

minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

Előadás:

Gáspár J.: Az *asthenia*, mint népbetegség. Egész sor örökletesnek tartott betegséget, illetve hajlamot helytelenül sorolnak az örökklődő betegségek fogalma alá. Nem is lehet ismétlődésükben szabályos örökklődésmentet felismerni (myopia, pes planus, luxatio, coxae vong., dymphatikus diathesisek, stb.) Ezek alkati rendellenességek, amelyeket a mesenchyma egészének, vagy egyes részeinek hypoplasziája és functionalis gyengesége okoz. Az ország különböző részeiben végzett anthropologiai vizsgálatokból az derül ki, hogy egyes alkati rendellenességek és különböző astheniás típusok olyan populációkban gyakoriak, amelyek fajilag erősen keverték és így csiraanyaguk belső összetétele sok tekintetben disharmonias. Ez hozza létre az egész alkat hypoplasziáját és functionalis gyengeségét. Pl. az egyke miatt megfogható és idegen típusú bevándorlókkal keveredő Szemle községben az anthropologiai feltételek nyomon tudták kísérni egyes kevert fajú családokban astheniás típusok kialakulását és nyomában a népanyagnak biologiai leromlását, a tbc. kispósitio fokozódását, alkati és örökklődő betegségeknek keletkezését.

Bános A.: A szegedi gyermektuberculosis elleni küzdelem szervezete és működése. A tuberculosis elleni küzdelem fontos kiegészítője a gyermekkori védelem. Ennek a csecsemőkortól a kisgyermek- és iskolás koron át kell tartania. Szegeden az újszülöttek oltása már évekkal ezelőtt megkezdődött. Az iskoláskori védelem kiindulása 1931, mikor *Petrányi* a szegedi gyermekeken 32%-os fertőzöttség mellett 10—15%-ban talált olyan tüdőelváltozást, mely orvosi intézkedést tett szükségessé. Ez a vizsgálat volt alapja az iskolaorvosi intézménynek, melyet a város 1938 óta évi 6000 pengővel tart fenn. Ez az intézmény végzi a hatósági orvosok bevonásával az elemi iskolások és óvodások első kiválogatását és ennek alapján a röntgenvizsgálatokat. Évente kb. 6000 röntgenátvilágítás történik. A tanyai iskolákban tavasszal és ősszel a városi mozgó röntgenkészülékével végzik ezeket a vizsgálatokat. Ezek alapján osztályozzák a gyermekeket a tennivalók szempontjából. A komolyabb elváltozás nélkül fertőzött gyermekek a nyári tiszaparti üdültesben vesznek részt, hogy ezáltal a szervezetük ellenálló legyen a betegségekkel szemben. Komolyabb elváltozásokat mutatók a rókusi és alsóvárosi fekvőcsarnokban részesülnek kezelésben: jó táplálkozásban és szabadlevegős fekvőkúrában. 4 év alatt 300-nál több gyermek nyert itt ápolást 60%-os javulással. Sajnos a rókusi fekvőcsarnok ebben az évben nem működhetett, pedig a két fekvőcsarnok is kevés. A két fekvőcsarnokot az Orsz. Gyermekvédő Liga tartja fenn a város és a belügyminisztérium támogatása mellett. A tanyavidéken természetesen nem lett volna sem célszerű sem lehetséges fekvőcsarnokot létesíteni. Ezért az Orsz. Gyermekvédő Liga ú. n. „Árpád-otthon”-át alakították át erre a célra. Egy évi működés már igazolta ezen intézmény létjogosultságát, mert 72 gyermeket ápoltak, kik közül 54—75% teljesen gyógyultan távozott s csak azokon volt szükség további kezelésre, akik kevés ideig voltak még ott. Az ide bekerült gyermekek ápolási díját a belügyminiszté-

rium utalja ki az intézményt fenntartó Orsz. Gyermekvédő Ligának. A gyógyiskola nemcsak pótolja a tanyai gyermekek részére a fekvőcsarnokok intézményét, de átmenetet képez a sanatorium felé is, amennyiben már komolyabb kórformák kezelésére is alkalmas, azonkívül a sanatorium gyógyuló betegek utókúrában részesülnek. Az intézetben rendszerint röntgen-, vérszétsüllyedés- és egyéb orvosi vizsgálat folyik. Az intézményt a belügyminisztérium 30 óvodás ágygal bővítette ki. Újabban a szegedi középiskolák is bekapcsolódnak a tbc. elleni munkába s ezek alsó négy osztályában is rendszeresen történik a röntgenvizsgálat. A fekvőcsarnok a legolcsóbb ellátást (60—70 f. naponta fejenként), a gyógyiskola valamivel drágább (1.50 P) s csak ezután jön a lényegesen drágább sanatoriumi, kórházi, vagy klinikai kezelés (3—4 P.)

Hedry M.: A film jelentősége a klinikai esetek megörökítésében. A fénykép és mozgókép objectivitásának az orvostudományban —, amely különleges célokra alkalmazott természettudomány — igen nagy jelentősége van. A keskeny filmnek is felbecsülhetetlen értéke lehet, ha a felvételt kellő elbirálással és körültekintéssel eszközöltük. Az egyszerű filmekkel szemben előnyben részesíti a színes filmeket, mert a színes filmekben a plasticitás tökéletesebb, azonkívül az élő, lüktető szervek vérvő felülete egyszerű filmfelvételeken tükröz és a mozzanatok finomságait elfedi. Két nőgyógyászati műtét filmjeit mutatja be; ezeket Cine-Kodak 8 mm-es és 2.7-es fényerejű fix focusú, amateur-készülékkel vette fel.

Az Érzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának március 11-i ülése.

Göttche O.: A szamárköhögés felismerésének és kezelésének mai állása. A szamárköhögés felismerésének vannak elősegítő és döntő diagnosztikus eszközei. Elősegítő módszer a röntgenvizsgálat és a vérkép. Döntő módszer a Bordet-Gengou-bacillusok kimutatása, a complementkötési próba és az agglutinatio. A bacillaris vizsgálat eléggé körülményes és eredmények főleg a betegség első két hetében várhatók, mégis ez a módszer hozzátartozik a szamárköhögés diagnosztikájához, a complementkötési próba vizsgálata a klinikus számára sokkal egyszerűbb, mert csak egy vérvételt jelent, azonban a complementkötési próba csak egy évnél idősebb gyermekeken ad rendszerint pozitív eredményt és amint azt előadónak *Gajzágóval* eszközölt vizsgálatai kimutatták, a próba eléggé sokáig marad pozitív, ezért csak az ellenanyag titrálásából tudjuk megmondani, hogy friss pertussisról van-e szó, vagy sem. Előadó felhívja figyelmet a felnőttkori ú. n. „második szamárköhögésre, mely szamárköhögésben szenvedő gyermekek szülei közt eléggé gyakori, klinikailag nem jellegetes, de veszélyes, mert ezek a felnőttek fertőznek. A szamárköhögés kezelésében egyedül a friss levegő hat biztosan, a vaccina-kezelés sem elméletileg, sem gyakorlatilag nem vált be. A megelőzés terén sem domborodik ki a vaccina jelentősége. Jelenleg a

Megjelent

Soós Aladár:

Étrendi előírások a gyakorlatban

IV. bővített kiadás 312 oldal ára 5.— pengő.

Benderek - Külley:

Gyógymasszázs és mechanotherápia

I. kiadás 232 oldal ára 4.— pengő.

Kapható a kiadóhivatalban és a könyvkereskedésben. Kiadóhivatalunk kívánatra betekintésre is megküldi, kérve meg nem tartásuk esetén portómentes visszaküldését 8 nap alatt.

Gyomor- és béltractus megbetegedéseinel

Carbo Königsfeld

Histobase-, coffein- és B₁-vitamin-tartalmú szénkészítmény.
Irodalmat küld: Szilágyi gyógyszerész, Bpest, II., Erőd-u. 11.

legcélsezerűbbnek látszik az incubatio kezdetén felnőtt véralkalmazása a kanyaró prophylaxisának mintájára.

v. Duzár J.: Előadó elvi álláspontjával teljesen egyetért. A pertussis diagnostikájában, de különösen a complicatiós halálozás (pneumonia, bronchiolitis) és a klinikai beteganyag szempontjából legfontosabb csecsemőkori pertussis korai felismerésében legnagyobb jelentőséget a Bordet—Gengou-bacillus kimutatásának tulajdonít (85—95%-os positivitás az első hetekben). Támogat a véresejtsüllyedés alacsony értéke is. A fertőzőképesség szélső határa a 3. hó. A complement-kötési próba és az agglutinatio csecsemőkorban és a betegség elején megbízhatatlan és egyébként sem megy párhuzamosan az immunitással. Ezért nem lehet állati immun-savót termelni Bordet—Gengou-vaccinával és ezért nem megbízható hatású a vaccinakezelés prophylactikus és kétséges értékű terapiásan. A reconvalescens és felnőtt (anyai) vérsavó, melyet a vezetése alatt álló klinikán minden új betegnek befecskendeznek, sokkal értékesebb és eddig házi-járványok felléptét teljesen megakadályozta. A pertussisos tüdőgyulladás terapiájában nagyjelentőségű az alimentaris dystrophia és hypovitaminosis, valamint a rachitis egyidejű erélyes kezelése (lökés-therapia) és az erélyes antipneumonias kezelés, amely a sulfapyridin-készítmények megkísérlésén kívül: optochin-csörék (basicum), reconvalescens-pneumoniasavók és az egyéb kísérő bakteriумok szerinti specifikus therapia alkalmazásában álljon. A pertussisos tüdőgyulladás terapiájában nagyjelentőségű az eredményessé tehető általános roborálással (vértransfusio, máj-, insulin-therapia, stb.).

Gagy J.: A pertussis bac. kitenyésztésére a Levinthal-táptalajt 1% szőlő- és nádcukorral, valamint 0.01% cystin-nel gazdagította. E táptalajon 24—48 óra alatt dús Bordet—Gengou-bacillus tenyészetet sikerült elérnie s a tenyésztés nagyobb százalékban volt positiv, mint a Bordet—Gengou-táptalajon.

Dr. Szontagh: Szanatóriumok és gyógypalota UJTÁTRAFÜRED

Egész évi üzem. Igazgató: Dr. Szontágh Miklós
Felvilágosítás: Tátra Iroda, Budapest, V., Dorotya-u. 5-7.

Az O. H. kiadványait olcsón kapják meg kiadóhivataltól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások IV. bővített kiadás	Sajtó alatt 5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16. old. műmelléklettel	5.— „
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdő- és üdülőhelyei, 215 oldal	6.50 P helyett 5.50 „
Vászonba kötve	8.— „ „ 7.— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal	2.50 „ „ 2.— „
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana	4.— „
Benderek István és Külléy László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, füzve	4.— „

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

E. Morelli professor előadásai:

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága elnökének *Darányi Gyula* professornak meghívására *E. Morelli* a római egyetem ny. r tanára, az Instituto Carlo Forlanini igazgatója *március 14-én és 16-án* igen nagy érdeklődés mellett tartotta meg előadásait. *Március 14-én „La cotta antituberculare in Italia” (A tuberculosis elleni küzdelem Olaszországban)* címmel hihetetlen suggestivitással, nagy előadói készséggel, még a magyar hallgatók számára is könnyen érthető olasz nyelven vállalta a fascista Olaszországnak és nagy vezérének *Mussolininak* a tuberculosis elleni küzdelem terén elért kiváló eredményeit. Megköszönve a meghívást mondotta: „Úgy érzem, hogy ez a megtisztelés — személyemen túlmenően — az én hazám és annak nagy vezére *Benito Mussolini* felé is irányul, aki elsők közé tudta emelni Olaszországot a gümőkór elleni küzdelem terén. Ebből a kedves meghívásból megérzem az önök szeretetét és az olasz tüdőgyógyászok nevében hasonló érzésekkel viszonom!” — 10 éve múlt, hogy az olasz nép védelmére megalkották a kötelező gümőkór elleni biztosítás törvényét, ez alatt az idő alatt sikerült az évi halálozást 60.548-ról 34.000-re leszorítani. Az elért eredmények nem magyarázhatók egyedül a tuberculosis leküzdésére irányuló intézkedésekkel, az eredmények igazi oka a Duce genialitásában keresendő, aki jól tudta, hogy a gümőkór elleni küzdelem nem csak egészségügyi szervezkedésből áll, hanem szükséges ezzel egyidőben a nemzet gazdasági és socialis megszervezése is. Ez a kettős irányú eredményes munka biztosították a teljes győzelmet. Az olaszoknak a Vezér iránti szeretete, kívánságát parancsá emeli. Szép példája ennek a gümőkór leküzdésének szolgálatába állított ú. n. „Virág” és „Kettős-kereszt” napok, melyek 10 évvel ezelőtt 7 és félmillió lírát, a múlt évben pedig már 26 millió lírát jövedelmeztek. Továbbiakban vállalta az olasz gümőkór elleni küzdelem szervezését. A belügyminisztérium közegészségügyi főfelügyelőségének irányítása alatt álló konzorciumok, tüdőbeteggondozók és az Instituto Nazionale Fascista delle Previdenza Sociale” intézményét. Vezetése alatt lévő sanatoriumi szervezés kapcsán 20.000 ágyat létesítettek, igen nagy eredményként emelendő ki, hogy a betegek a biztosítás terhére gyógyulásukig maradhatnak a sanatoriumokban. Hangsúlyozta, hogy igen fontos volna, ha a tüdőbeteggondozók a betegeket már a betegség egészen kezdeti szakában fel tudnák fedezni és sanatoriumba küldeni, általános tanácsadók „policonsultoriumok” megszervezését tartja ebből a szempontból fontosnak. (Lásd nálunk Zöldkeresztes általános tanácsadók, melyek a tüdőgondozók munkáját kiegészítik. Ref.) Korai kórismezés nagy gazdasági jelentőségére s ezzel kapcsolatban a konzorciumok és az olasz anya- és gyermekvédelmi intézmény feladatait élénk színekkel ecseteli, majd rátér az egyetemi oktatással kapcsolatos *Forlanini Intézet* ismertetésére. (Az intézetet eleinte *Mussoliniról* nevezték el, s csak a Duce óhajára változtatták meg a nevé!.) Miután a kormányfő tisztában volt azzal, hogy a gümőkór elleni küzdelem eredménytelen marad jólképzett szakorvosok nélkül, az intézetben tanintézetet is létesített, ahol számos bel- és külföldi orvos szerzi meg szakképesítését. Az intézetben 1650 ágy van, ezenkívül 50 a nem gümős eredetű tüdőbetegek részére. A sanatoriumi osztályok

„EXPECTIN“ EXPECTORANS

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

mellett, sebészeti, orthopaediai, gyermekgyógyászati, valamint orr-, fül-, gégeosztály is van, az osztályok élén a római egyetem egy-egy professorával. Az intézetet gazdagon felszerelt laboratóriumok, múzeum és statisztikai osztály egészíti ki. Vetített képeken bemutatva az intézet építési elveit, mellyel az ország többi sanatoriumának építési elvei egyeznek. Képeket mutatott be a Sondrio-tartományban lévő 3000 ágyas, ú. n. sanatoriumfaluról. Említésreméltó a sanatoriumokból elbocsátott betegek részére készült 2000 ágyas üdülőtelep, a preventoriumok és a dopolavoro szervezetének nagy jelentősége. Ez utóbbi társadalmi vonatkozású szervezkedés igen nagy súllyal esik latba a tuberculosis elleni küzdelem terén, ezek nélkül hiábavaló lenne az orvosok fáradozása. A sok ezernégyzetkilóméternyi mocsaras terület megjavítása, munkásházák építése, kisbirtokok szaporítása, vízvezeték, útépítés, a munkásoknak az erejükhöz viszonyított igénybevétele, a bőséges táplálkozás azok a tényezők, amelyeknek a gümőkór leküzdésében igen nagy szerep jut. „Az olasz nép érzi — fejezte be igen nagy tetszéssel kísért előadását Morelli professor —, hogy egy hatalmas s szünetnélkül szerető kéz vezérli s ezért bizva vezérében követi parancsait a tuberculosis elleni nagy nemzeti küzdelemben is.”

La fisiopathologia del polmone. (A tüdő physiopathológiája) címmel, mozgófelvételekkel kísérve tartotta meg Morelli professor a második nagy gyakorlati értékkel bíró tudományos előadását. Előadásának érdekességét nagyban növelte, hogy Magyarországon először volt módunkban, röntgenröntgényképről felvett mozgóképfelvételt látni. Az első képeken a normal mellkas mozgásait demonstrálta, kiemelve a rekeszmozgás jelentőségét. Már a normalis mozgóképeken szembevető volt, hogy ez az eljárás kiválóan alkalmas a mellkasmozgások finomabb analysisére. A második képsorozat a köhögésnek a mellkas és tüdőmozgásra kifejtett hatását mutatta. A köhögés a Valsalva-kísérlet mechanizmusát utánozza s a tüdőre az erőltetett beléggzéssel és az ezt követő compressióval összefüggésben kettős traumát jelent. A következő képeken kóros esetek bemutatására tért át. A tüdő és a mellkasmozgás hatása felsőlebeny cavernára a következő beléggzés alkalmával a caverna növekszik, a növekedés iránya felfelé és oldalt. Következő képben a jobb felsőlebenyfolyamat mozgásmechanizmusát mutatta be, rámutatva, hogy ez esetben a bordák mozgásának a rekesznél döntőbb szerepe jut, beléggzéskor a mozgás itt is felfelé és oldalt irányul.

A következő képsorozat a tüdő—mellkasmozgást rekeszidegbénítés után mutatta be, különösen érdekes a bénult diaphragma paradox mozgása. A képek kapcsán bizonyította, hogy tökéletlen plastica esetén a légtelen területek mellett lévő, félig levegővel telt részek a tüdőt ért ártalmas behatások kapcsán különösen szenvednek. Ezzel magyarázható az a klinikai tapasztalat is, hogy a nem elastikus thorakoplastika esetében (Brauer, Sauerbruch) a plastica jó hatását közvetlenül a műtét után, amikor a bordacsonkok a paradox mozgást még megengedik, a legjobban. Bemutatott képeivel az elastikus thorakoplastika mellett hoz fel érveket. Következő képsorozatában a negatív nyomás mellett fenntartott incomplet légmell esetén észlelhető mozgásviszonyokat

mutatja be és arra a következtetésre jut, hogy az incomplet légmell csak azokban az esetekben jogos fenntartani, ha complet légmell klinikai vagy functionalis szempontból veszélyes. Továbbiakban a kétoldali légmell s a tökéletes (complet légmell) mozgásmechanizmusát demonstrálja, kiemelve a tökéletes légmell nagy jelentőségét. Érdekesebbek voltak azok a képek is, melyek a pleuralis összenövés következtében keletkező tökéletlen légmell esetében szembevetően mutatták be, hogy az összenövés a beteg tüdőrészeket a beléggzés alkalmával mily nagyfokú trauma hatásának teszik ki. A mozgóképeken jól lehetett követni a beléggzés alkalmával a szálagos kinövés következtében a felfüggesztett caverna megnövekedését. A pleuralis összenövéseknek a cavernaképződés mechanizmusában jelentős szerepére meggyőző bizonyítékot szolgáltat. Előadásának végén a pleuralis összenövéseknek Jacobeus-műtéttel történő megoldását mutatta be igen szemléltetően.

Morelli professornak ez utóbbi előadása, mely tulajdonképpen röntgenröntgényképről felvett mozgóképsorozat bemutatása volt, nehezen foglalható össze egy referátum keretében; ahhoz, hogy az előadást kellően értékelhessük, feltétlen szükséges volna a bemutatott mozgóképsorozat szemlélése is.

Petrányi Győző dr.

Tavaszi bágyadság, a resistentia nagyfokú csökkenése fertőzőes betegségekkel szemben a biológiai tavasz beálltával C-vitaminhiányra vezethető vissza. A téli hónapokban a táplálék alig tartalmaz C-vitamint, s így a fokozott anyagcsere következtében teljesen kiürülnek a szervezet depot-i. C-hypovitaminotikus állapottok leküzdésére, valamint a tavasszal jelentkező pigmentációk (szeplők, stb.) fellépésének csökkentésére igen alkalmas a dr. Wander-féle C-vitamin, a Citamino, tableta, forte tableta és injectio alakjában. 1—2 ampulla Citamino injectio súlyosabb zavarok esetében is prompt hat.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik március 17—23. között. Ezen a héten mindkét fajta frontból aránylag elég sok érkezett, de erősen fejlett frontátvonulás nem volt. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje		A front		Kísérő események*
hó	nap/óra	hajtája	fejlettsége	
	17 4	Betörési	Gyenge	Szélelénkülés
	17 8	Betörési	Mér-ék	Szélelőkülés, max. seb. 13 mmp
	17 19	Betörési	Mérsék.	Új szélrohamok, max seb. 13 mmp
	17 22	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	18 10	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	18 13	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	19 0	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	19 13	Felsikl.	Gyenge	Fölsikló borulás, nyugaton havazás
	20 8	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis havazás, 1 mm
	20 12	Betörési	Gyenge	Szélelyugtalanág, felhőoszlás
	20 16	Betörési	Gyenge	Szélelénkülés
	20 19	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés, esti enyhülés
	21 7	Betörési	Gyenge	Kis hőzár
	21 9	Betörési	Gyenge	Kis záporosó
	21 14	Felsikl.	Gyenge	Kis esőszemérgés 13 ó-tól
	21 19	Felsikl.	Gyenge	Praefrontalis eső 17 ó-tól, 1 mm, enyhülés
	21 20	Betörési	Gyenge	Kis szélelénkülés
	22 14	Betörési	Gyenge	Cumulus congestus felhők, szélelénkülés
	22 18	Felsikl.	Gyenge	Borult s és köd
	23 20	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső 17 óratól

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

a hashajtókat váltogatni kell!!
neolax „Certa”
 30 db P 0 60
 görcs nélkül hat!!



10 tableta ára Pengő 2'20, 20 tableta ára Pengő 3'85

C. F. Boeringer & Soehne. G. m. b. H. Mannheim — Waldhof
Magyarországon forgalomba hozza: Walter és Dummel, Budapest, V., Mérleg-u. 10.

IMINOL

idejekorán alkalmazva
meggátolja
az **asthmarohamot**

Nem vezet megszokáshoz!

A klinikák ágyszáma az országgyűlésen.

Az országgyűlés képviselőházában *Konkoly-Thege Kálmán* képviselő szóváltotta egy, a kultuszminiszterhez intézett interpelláció keretében, hogy a budapesti tudomány-egyetem szülészeti klinikáin „a férőhelyek nem elégségesek”, ilyenek hiányában nem tudunk felvenni szülönöket s költségvetés hiánya folytán a székesfővárosi kórházak szülészeti osztályai is kénytelenek a vajúdó szegény nőket elutasítani*). Az interpelláló képviselő úr azt kéri a közoktatásügyi minisztertől, hogy a „szülészeti klinikák ágylétszámának felemelésével sürgősen intézkedni szíveskedjék.”

Homan Bálint kultuszminiszter azonnal válaszolt s igen helyesen megmondotta, hogy az ágyak megvannak, de fedezet hiányában nem tudják a betegek rendelkezésére adni. A klinikákon most is kb. 30%-át a felszerelt ágyaknak üresen kell tartani. Sikerült azonban a pénzügyminiszter úrtól kieszközölnie, hogy a budapesti klinikákon 50 ágy s a jövő év folyamán további 50 ágy felhasználására álljon fedezet rendelkezésre. A miniszter azonban annak az óhajának adott kifejezést, hogy a kérdést a többi klinikákon is megoldja.

Ez az óhaj mindenképpen indokolt. *Teleszky János* az országgyűlés felsőházában 3 év előtt tartott beszédében kifejtette, hogy a budapesti egyetem klinikáinak költségelirányzata 450.000 ápolási nap fedezésére elegendő, holott 650.000 ápolási napot tudnának ellátni, s kijelentette, hogy „ennél nagyobb pazarlás kevés van”. Már pedig mindenki tudhatja, hogy *Teleszky* az államháztartás egyensúlyára nagy súlyt helyezett. Tény az,

*) Ez nem szabatos megállapítás. De a fővárosi kórházak nem is tartoznak a kultuszminiszter hatáskörébe.

hogy a klinikák ágyszámának 30%-a betöltetlen, bár jelentkező busásan van, mert az 1931. évi crisis következtében a budapesti egyetem 8 millió budgetjét 2.5 millióval csökkentették s ez óriási reductio túlnyomó részét a klinikák szenvedték el.

Az állami költségvetés 1000 millióról kb. 750 millióra csökkent, de e mélypontról azóta felemelkedett s ma már eléri, vagy meghaladja a régi állapotot, de a klinikai ágyak reductiója nem szűnt meg, sőt fájdalommal kell constatólnunk, hogy ma már csak 409.500 ápolási napra van fedezet. Amíg az elmeegógyintézetek ágyak teljes mértékben ki vannak használva, amíg a közkórházakban az ágyak 85%-a befektethető, addig a klinikákon, ahol a legjobb segítséget kapná a beteg, most már csak az ágyak 65%-a áll rendelkezésre. E helyzet a közegészségügyre, az orvosképzésre, a tudományos munkára rendkívül hátrányos.

Az egyetemek más tetelei is elégtelenek (az elméleti és gyakorlati oktatás), de az, hogy a klinikák ágyai még olyan mértékben sem használhatók ki, mint a közkórházaké, valóságosan megdöbbentő. A miniszter kijelentése reményt nyújt, hogy a sajnálatos állapot enyhül. Elérkezett az idő, hogy a klinikus tanárok *együttiesen* valamennyi klinika ágyainak kihasználása érdekében összes befolyásukat latbavessék.

A honvédelem elsőbbségét mindenki elismeri, de, — amint azt *Konkoly-Thege* képviselő is hangsúlyozta, — éppen a honvédelem elsőrangú érdeke a nemzet erejének növelése, az egészség védelme s a betegség gyors és sikeres gyógyítása. De az is kétségtelen, hogy a költségvetésben oly tételek is vannak, amelyeket a beteggyógyításnak s betegség megelőzésnek meg kell előznie.

Grósz Emil prof.

PHYLAXIA

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

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

Távbeszélő: 145-610; 137-809.

Meningitis cerebrospinalis epidemica **kezelésére** 10 és 20 cm³-es ampullákban

magyar meningococcus-szérum.

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap utolsó szombatján.

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

Felölös szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, IX., Hőgyes Endre-u. 7. sz.

Segéd-szerkesztő: FRITZ ERNŐ

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

„Utóblockade“ a lipiodographiában.

Irta: Benedek László dr. és Juba Adolf dr.

A jodolajos contrast-diagnostika tökéletesítésére már 10 év előtt a szakaszos kinematographiás röntgenfilm-eljárást tartottuk leginkább célravezetőnek (Benedek), amely gyorsított leadásban a cseppnek útját, formai változásait a leghűségesebben adná vissza és a staticus myelographiát dinamikus körjelzéstani eljárássá változtatná. Sajnos külső körülmények ezt az akkor még teljesen új technikai ötletet nem engedték megvalósulni, úgy hogy a kérdés akkor csak a röntgenológusokkal való tárgyalásoknak stadiumában megakadt. A kinematographiás észlelést sorozatos felvételekkel pótolva meggyőződünk arról, hogy az árnyékképződés sokszor váratlan módosulásokat tüntet fel. Verticalis ülő helyzetben a lipiodol már 5—10 perc alatt a cisterna terminalisba juthat. A septum medianum posticum és a gyökök között kifeszített ferde, ú. n. Peiper-féle „Wurzeltaschen”, illetve recessus laterales obliqui a ligamenta denticulata mögött lévő hátsó tér-felet az arachnoidealis kötőszöveti gerendázatnak hézagosszövedékévé teszik; ez az üregrendszer különösen az élettanilag is szűkebb cervicalis 7- és dorsalis 5-ik szelvények között (Sicard és Laplane) lassítja meg a jodolajnak passagét. Idült arachnoiditisek, meningopathiákkal járó „total block”-ot (Sicard) nem okozó idült gerincvelői folyamatok guirlande-os, olvasó-, stalaktit-, szeder-, szőlőszerű vagy szétszórtabb cseppes ú. n. kis rekedéseket: „stop”-okat okoznak.

A „complete” és „partial arrêt”-nek, a „cul de sac” változatos egyéni formáiról, az élettani és kóros oldal-recessusoknak megfelelő depot-ról, a Souques-féle „u”-alakról, a „contour festonée”-ről (Sicard és Hagenau), a „petites languettes”, „en dome” lovagló, „ecset”-, „medaillon”- (Roger), „en croissant” silhouette-ekről, a „fluid buffer”-nek (Stookey) előállításáról, a tumor- és gerincvelőnek „felületi ábrázolásáról” itt nem kívánunk sokszáz észleletünk alapján ezúttal beszámolni és ide vonatkozólag Sicard és Forestier, Laplane, Prieur, Hagenau, Byron Stookey, Peiper, Roger, Nils Antoni, Thurzó eredeti közléseire és monographiáira utalunk.

Ezúttal egy általunk tanulságosnak vélt variációt kívánunk ismertetni gyulladásszerű meningopathiában, amelyet, mint ilyen diagnostizáltunk és myelolysist ajánlottunk. Az operatio felvételünket mindenben megerősítette.

F. T., 43 éves tisztviselő, 1940 II 5-én vétetett fel.

Körelőzmény: Ismételt rheumatikus panaszok. Jelen betegsége 1935-ben kezdődött. Bal alsó végtagja hirtelen fájdalmassá vált, ugyanakkor meg is gyengült. Ez az állapot változatlan maradt kb. másfél évvel ezelőttig, amikor járása kifejezetten gyengébbé vált, hamar fáradt, bal lábát húzta. 1939. májusában a jobb alsó végtag is gyengülni kezdett, majd a bal felső végtag is ügyetlenné vált. A gyengülésekkel párhuzamosan először a bal, majd a jobb alsó végtagban hidegérzés jelentkezett. Kettős látás, látási zavar, kiürítési zavar nem volt.

Jelen állapot: Jól fejlett és táplált, testalkat normális, secundär nemi jelleg kifejezett. Belgyógyászati eltérés nincs. Vérkép normális. Idegrendszer. Agyidegek: a bal pupilla minimalisan szűkebb a jobbnál, a bal szemrés is minimalisan keskenyebb, Enophthalmus b. o. nincs. Pupillareactiók rendben. Szemfenék ép, temporális decoloratio nincs. Agyidegek részéről más eltérés nincs. Beszéd rendben. Mozgatókör: a bal felső végtag izomereje az összes ízületi mozgásokban egyenlően kismértékben gyengült; b. o. a biceps, radius-periost reflex lefokozott, tricepsin reflex hiányzik. J. o. a felső végtagon normális izomerő, in-, periost reflexek normálisak. Alsó végtagok paraplegiásak, a bal alsó végtag activ mozgáskészsége hiányzik, j. o. minimalis láb-dorsalflexio és térdhajlítás lehetséges. Tonus csökkent. Sorvadás értékelhető fokban nincs. Térd- és Achilles inreflexek m. o. kiválthatók, m. o. Babinski, Oppenheim, Böttiger, Schukowski időnként triple-flexion kísérletében, mindkét oldalt lábclonus. Has-, epigastriális, mediopubialis reflex felső-alsó felelete hiányzik. Intentiós tremor felső végtagban nem észlelhető. Erzőkör: a bal alsó végtagon normális mélyérzés, j. o. minimalis mélyérzésbizonytalanság. Más protopathikus vagy epikritikus kiesés nincs.

Cisternás diquorban összefehérje 20 mgr⁰%, fehérje reactiók negatívak. Lumbalis liquorban összefehérje 36mgr⁰%, globulin reactiók egyrésze (Pándy, Zaozieczky-Grahe reactio) +, Ross Jones, Nonne-Apelt, Weichbrodt, Takata-Ara ±, az arany-solgyörbében a parenchymás zóna területén egészen kis kiesés. Liquorban, vérben Wa. r. negatív Lipiodographia (1 ccm lipiodol descendens): 2 óras felvételen a lipiodol főrésze a durazsákban elnyultan helyezkedik el (1. ábra), a lumbalis IV. és V. csigolyák niveaujában A dorsalis IV. és V. csigolyák magasságában elszórt cseppek (2. ábra). 3, 4 és 6 napos kontrollfelvételen a szállt lipiodol alakja változatlan, viszont a dorsalis III. és IV. csigolya határán massív, fordított „u” alakú lipiodolstop látható (3. és 4. ábra). A kettős punctio alkalmával a Queckenstedt és Valsalva kísérletek normálisan folynak le.

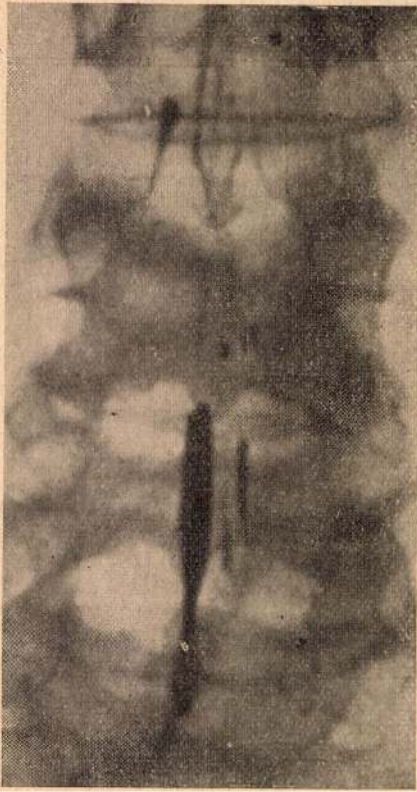
Körlefolys: Változatlan neurologicali tünetegyüttes; a dorsalis V. háti csigolya környéke nyomásérzékennyé válik, ennek megfelelően m. o. bizonytalan határu hyperaesthesiás zóna.

Diagnosis: Extramedullaris tumor? Arachnoiditis?

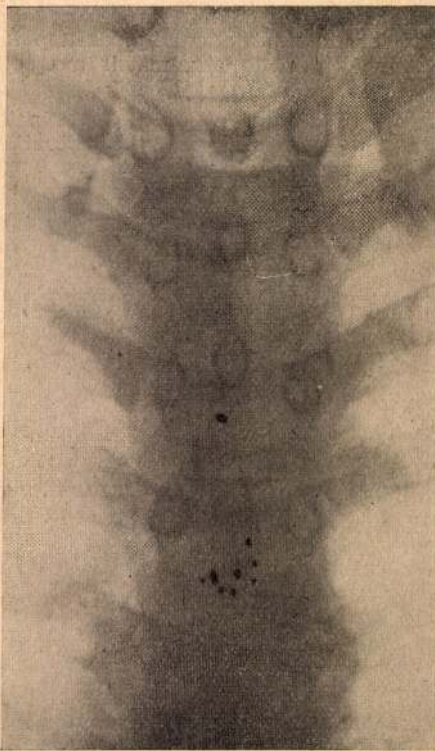
Műtét: 1940. II. 21. Bakay klinika). A II., III. és IV. háti csigolya ivét eltávolítva a gerincscatorna feltáródik; a dura erősen elődomborodó, nem pulsál, megnyitása után nagy nyomás alatt, kb. 15—20 ccm folyadék ürül. Az arachnoidea rekeszes összenövést mutat.

Ami a fenti lelet magyarázatát illeti, az a következőkben véljük megadhatni. A lipiodol a hátsó subarachnoidealis térfelet jellemző trabeculák között szétoszolva a meningopathiának, arachnoiditis cysticának hangsúlyozott és a cavum subarachnoideale-t részlegesen elzáró, illetve a „fluid buffer”-ig beszűkítő helyén át az első tömeges depot súlyánál fogva a folyadék-ütköző résén és ezenkívül a szövetnedv kiszorításával gravitációs erejénél fogva átjut; ennél fogva a contrast anyag legnagyobb része a terminalis hüvelybe jut el, — és így a legszűkebb helyen megrekedését nem észlelhettük. A következő periodusban az igen vékony és contrastárnyékot nem adó, a gerincvelő hátsó felszíne és a lig. denticulat. mögött az idült arachnoiditis miatt még inkább szűkített résrendszerben helyet foglaló, az „arrête transitoire” értelmében az adhaesiós zacskókból („Adhaesionstaschen”) igen lassan aláfelé szivárgó lipiodol utólag a subarachnoidealis tér legszűkebb helye fölé gyülik össze és (az arachnoiditis folyamatnak megfelelőleg) fordított „u” alakú záradékot alkot. Megjegyezzük, hogy a gerincvelő hátszínét finoman bepermetező és contrastárnyékot még nem adó lipiodolt a punctio után fokozottan secernált liquor az akadály felé

mossa; míg a lipiodol bevitelét megelőző suboccipitalis punctio a liquormennyiséget csökkentve az odaáramlást gátolta.



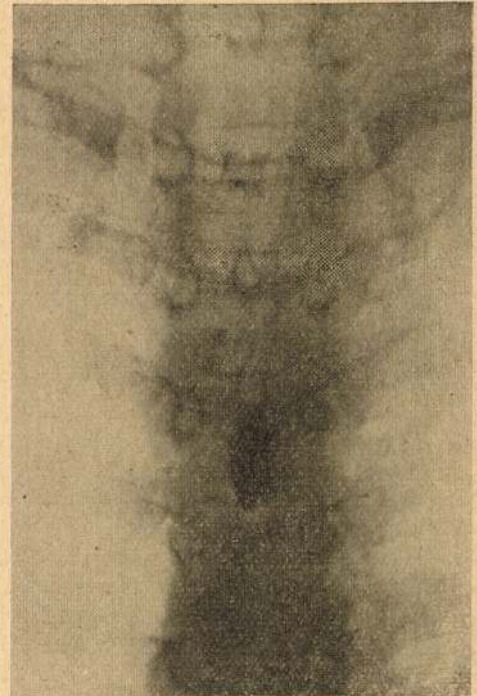
1. ábra. A durazsákban elhelyezkedő leszálló lipiodol rész 2 órával a beadás után.



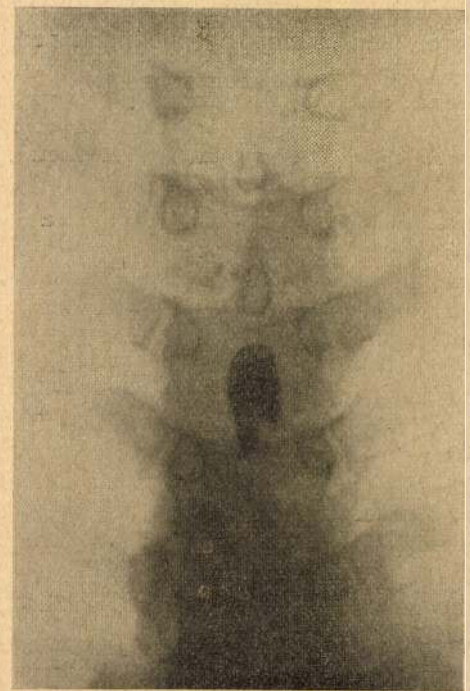
2. ábra. Elszórt cseppek a 4. és 5. háti csigolya magasságában 2 órával a beadás után.

Egy más esetben (E. I.nél) nyert sectió anyagot sikerült (1930. IX. 14.) bebizonyítanunk, hogy a canalis spinalisból burkaival együtt kiemelt gerincvelőnek radiogrammján a hátsó felszín egész hosszában még 5 hónap múlva is finoman elszórtan eloszlott mozaik-szerű képet nyújtott. Ugyanakkor Orsós és egyikünk

(B.) tanulmány tárgyává tette az oleogranulomának keletkezési viszonyait. A lipiodol Sicard és Forestier szerint teljesen ártalmatlan és legfeljebb 30—40 sejtszámmal jelzett asepticus meningealis izgalmat hoz létre, amely pár nap alatt teljesen kijavul. Ezzel szemben amerikai szerzők, így Ayer és Mixer 4000-ig emelkedő sejtszámot, Davis, Haven és Stone állatkísérletekben pedig degeneratív myelopathiákat írtak le a lipiodol



3. ábra. Massív fennakadás a 3. és 4. háti csigolya határán 3 nappal a beadás után.



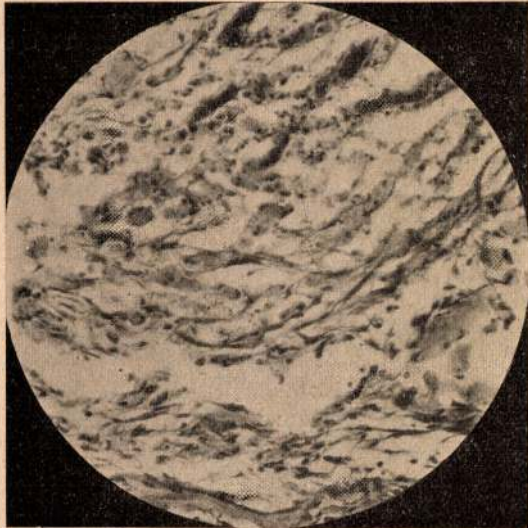
4. ábra. A fennakadt lipiodol változatlan képe a 6 nappal felvételen.

injecciónok nyomán. Magunk részéről jelenleg is állatkísérletekben tanulmányozzuk a meninxeknek és savós hártýáknak a lipiodolra tanúsított szöveti reakcióit. Ezen kísérletek még folyamatban vannak. Az intraperitoneálisan beadott lipiodol granulomaképződés nélkül felszívódott. A subarachnoideális üregbe jutott lipiodol

sorsára, szervülési módjára viszont tanulságos képet nyújt a következő, sectiós lelettel kiegészült eset.

Cs. I., 57 éves, IX. 19-én vétetett fel a klinikára.

Kórelőzmény: 1936-ban erős fájdalmak a baloldalon, később a bal, majd a jobb alsó végtag zsibbadni kezdett. Kolozsvarott laminektomiát végeztek nála eredmény nélkül. M. o. alsó végtag fokozatosan gyengült, az érzés nem tért vissza, székletét nem tudta tartani.



5. ábra. 2. eset. A lipidoigranuloma átnézetes képe. Häm. eos. festés, mikrophotogramm, kb. 120-szoros nagyítás.

Jelen állapot: Agyidegek, felső végtagok rendben. M. o. alsó végtag, a bal kifejezettebben — praedilectiós paresist mutat. Tonus fokozott. Járásnál m. o. circumductio és bizonytalanság. Térd-, Achillesreflexek m. o. fokozottak, j. o. lábclonus, Babinski, Oppenheim, Rossolimo, Mendel-Bechterew, Schukowski. M. o. hármashajlítás. Hasreflexek kiválthatók, cremaster reflexek kiestek. M. o. L₂-től lefelé az összes felszínes kvalitásokra kiterjedő hypaesthesia, b. o. kifejezettebben. Mélyérzés ép. Cisternásan sejtszám 19/3, összfehérje 43mgr^o%. Lumbalisan erős fibrinkiválas, sejtszám 35/3, összfehérje 61 mg^o%, erősen positiv globulinreakciók, Wa. r. a liquorban komplett positiv. Lipiodol descendens: olvasószerű elosztásban számos csepp fennakad a thoracolumbalis szakaszon.



6. ábra. 2. eset. A habsejtek az oleoigranulomából erős (585-szörös) nagyítással. Häm. eos. festés, mikrophotogramm.

Diagnosis: Spondylarthrosis luetica, arachnoiditis.

Kórlefoiyás: 1938. I. laminektomia. Helyenként malignus elfajulást mutató heges kollagen szövetet távolítanak el a dura belső felszínéről. Utána petyhüdt paraplegia, érzészavarok masszívabbak, kiürítési zavarok. Exitus.

Kórboncolási lelet: Erős arachnoiditis, a subarachnoideális üregben — részben a gyököknek megfelelően — sárgás

szemölcsös gombostüfejnyi növedékek. A szövettani vizsgálat folyamán az arachnoiditis fennállása megerősítődik, kifejezett éréiváltozások a Heubner-féle endarteriitishez közelálló értelemben. A gyökök egyrésze elfajult, a gerincvelő fehérállományában a széli zónákban és a hátsó kötelek nagyobb területén elszórt, elég kifejezett velőshüvelylebontás. A szabadszemmel feltűnt sárgás arachnoideális növedékek szerkezete jellegzetes: a dura felé réteges sarjszövet helyezkedik el, amely a liquorüreg irányában fokozatosan a habsejtek tömegének ad helyet (5. ábra); a habsejtek duzzadtak, helyenként többmagvúak is (6. ábra) és sűrűn, mozaik-szerűen rendezkednek el. Valószínű, hogy jórészt a granuloma gazdag fiatal kötőszövetes sejtjeiből (7. ábra) alakultak ki. Miután a gerincvelő területén messze nem folyik olyan tömeges lebontás, amely ennyi lipoidanyagot az arachnoideában való jelenlétét megmagyarázná, kétségtelen, hogy a számos cseppben fennakadt lipiodol szervülési folyamataival állunk szemben.

A sectiós anyagnak feldolgozása rendjén nyert következményes elváltozás tehát az oleoigranulomának felel meg tömeges, vagy egymagvú, asymmetriás magfestésű „foam cells”-hez hasonló szemcsés sejtekkel, a jodolaj-detritust körülvevő epitheloid, részben orsósejtű rotos kötőszövettel, idegen-test-óriás-sejtekkel, kisebb



7. ábra. 2. eset. Fiatal, polyvalens kötőszöveti sejtek az oleoigranuloma duralis zónájából. Häm. eos. festés, mikrophotogramm, 585-szörös nagyítás.

rés-szerű vagy idegen-test-cysta-szerű eltolódásokkal, gyakran hyalinosan megvastagodott falú erekkel. Az operációs területnek megfelelően véralakelemek és berlini-kék reakciót adó haemosiderin rögök találhatóak fel. A kísérleti állatoknál I. Bruskin és N. Proppernek^{*} közlései szerint 2—3 hónapra a cisternába bevezetés után élénk proliferatív jelenségek, az idegparenychymában pedig sejtelfajulások és kis vérvédek voltak kimutathatók, amelyeket az idegentest reakción kívül részben a jodipin halmazott hatására és részben az elszappanosításnak termékeire vezethették vissza. (A lipiodol ascendenre kutyákon megjelenő depressio és marasmus miatt az utóbbinak az emberben alkalmazását teljesen kiküszöbölni ajánlották). A lipiodol ezért operációval vagy ha ez nem következik be, akkor liquorlebotsátás útján eltávolítandó.

Összefoglalás. Szerzők a jodolajos contrast-diagnostica körébe vágó, tanulságosnak vélt variatiót ismertetnek. Meningopathia esetében a részleges megakadás helyén a leszálló lipiodol első tömege részben a gravitációs hatás, részben a „fluid buffer” effectus révén áthalad; a következő periodusban azonban a fi-

^{*}) Z. f. Exp. Med. 75. k. 31. o.

noman elszórt és ezért contrastárnyékot már nem adó lipiodol aláfelé szivárogha a subarachnoidealis tér legszűkebb pontján meggyúlt és fordított „u” alakú fennakadást adott. Szerzők ezt a jelenségeket „utó-blockade”-nak nevezik. Más eset kapcsán a lipiodol szervülését kísérték figyelemmel és szövettani vizsgálatra támaszkodva leírják az ezt szolgáló oleogranuloma alaki tulajdonságait.

A Fehér Kereszt kórház sebészeti osztályának közleménye.
(Főorvos: vitéz Borsos László dr., egyet. magántanár.)

A szájpadasadás műtéteiről.*

Irta: vitéz Borsos László dr., egyetemi magántanár,
a Fehér Kereszt kórház sebészfőorvosa.

Az ajak és szájpadasadások műtéti megoldása az utóbbi időben fokozott mértékben foglalkoztatta a külföldi szakirodalmat s ezért is időszerű, hogy a kérdést kellő tapasztalatok — 62 beteg műtéte — alapján kritika tárgyává tegyük. Előrebocsáthatjuk, hogy a szájpadasadás megszüntetése úgy, hogy az a bonctani és élettani követelményeknek megfelelően, egyetlen műtét-típussal alig érhető el. Individualis megítélés alapján lehet csak e nehéz és bonyolult kérdésben dönten. Elsősorban e gyakori fejlődési rendellenesség keletkezéséről kell megemlékeznünk.

A koponya a csigolyaívекből fejlődik. A hátsó ívek-ből fejlődik a koponya, míg az elülső nyulványokból és bimbókból az arckoponya képződik. Az elülső felső nyulványokból fejlődik a felső állcsont íve. Ez a nyulvány megkésztéződik s egyike a szájpadasadás képzésében vesz részt. Az elülső agyhólyagból keletkező nyulvány képezi a középső és oldalsó orrnyulványokat, s a homloknyulvánnyal együtt az orrot alakítja ki a felső ajakkal és közti állcsonttal együtt (os intermaxillare), melyben a két metszőfog foglal helyet.

Ezen fejlődési dudorok, bimbók és nyulványok rendszeres körülmények között az ébrényi élet 6—7. hónapjában úgyszólván nyom nélkül összetapadnak.

Az alsó állcsont, szóval az állkapocs az első csirlemezéből fejlődik és már az ébrényi élet 25. napján a felső állcsont megfelelő részeivel egyesül. Amint bármilyen gátlás adódik a fejlődés e bonyolult menetében, az egyesülés, illetve összetapadás zavarai állhatnak elő.

Egyébként a hasadékképződések okát magyarázni alig tudjuk. Szerepelhet intrauterin trauma, vagy magzatvíz- és téraránytalansági zavar. — Lues szerepet nem játszik. Kétségtelen, hogy életerős egyénekben ritkábban fordul elő, míg satnyább alkatúakon és csökkent vitalitásúakon gyakoribb. Kétségkívül bizonyított, hogy a terhesség 6—7. hónapjában, tehát az összetapadás idejében előforduló zavarok ok gyanánt szerepelhetnek. E fejlődési rendellenességek öröklődése Birkenfeld szerint az esetek kb. 20%-ában kimutatható. Szájpadasadások fiugyermekeken gyakrabban fordulnak elő s háromszor gyakrabban a bal-, mint a jobb oldalon, s kb. 1000 szülésre esik egy ajak vagy szájpadasadás.

Az ajak és fogmedernyulvány hasadéakai lehetnek oldalsók, mindkétoldaliak s ritkán a középvonalban előforduló medialisak, melyek azonban igen ritkák és létrejöttüket csak nehezen tudjuk megmagyarázni. Ha az orrüregbe is beteretjednek complet vagy szövödményes, — ha csak a felső ajakra szorítóknak, incomplet vagy egyszerű nyulajakról beszélünk. Azon esetekben, mikor

a nyulajak farkastorokkal együtt fordul elő, complicált hasadékról beszélünk.

A hasadékok zárásához tehát a felépítő erő hiányos működését kell műtéttel pótolni. A beavatkozás azonban, mivel az ilyen csecsemők csökkent értékűek, fokozottabb nehézségekkel jár, mert sokszor a szervezet más pontjaira is kihat a fejlődési rendellenesség.

A megváltozott bonctani és élettani viszonyok a testi és lelki adottságokat is megváltoztatják és különböző betegségekre teszik hajlamossá már az újszülöttet is. A legfontosabb élettani működés, a szopás rendkívül nehéz s így a fejlődés sem kielégítő. A légutak hurutos betegségeit a kellőleg meg nem melegített levegő s a kiszáradó nyálkahártya nagymértékben fokozza. Ehhez járul még az orrüregbe jutó és ott pangó ételmaredekok betegítő hatása is. Természetes, hogy minél súlyosabbak a bonctani elváltozások, annál gyakoribbak az ezzel kapcsolatos szövödmények. Főleg az Eustach-kürtön keresztül csatlakozó középfülsvödmények gyakoriak. Mindezen szövödmények nagymértékben megnéhezítik a szándékolt beavatkozás elvégzését s néha hosszú időre is kitolhatják. Ugyanezen szövödmények következményeivel kell számolnunk a műtét után az utókezelés folyamán is.

A fejlődési rendellenességek minden fajtáját általában helyénvaló minél előbb megszüntetni, ha lehet. Ezért nem tanácsos a műtét halogatása, bizonyos időpontokhoz kötése, hiszen az előbb vázoltak miatt sokszor el kell azt halasztani. A csecsemők erőbeli állapota, fejlettsége és a műtő gyakorlottsága nagymértékben elősegíthetik a műtét korai elvégzését. — Vannak azonban élettani ellenjavallatok az időpontot illetőleg, ami előtt nem tanácsos a hasadékok zárása. Az egyszerű ajakhasadékokat pl. csak a 8—10. nap után tanácsos elvégezni, de nem később, mint az első, vagy második hónap.

A felső állcsontra is ráterjedő hasadékokat az ajkak egyesítésével kell kezdeni 2 hónapos koron belül, hogy az összevarrott ajkak természetes tonusa a maxilla fejlődésében érvényesülhessen. Kétoldali complet hasadékok esetén az ajakképzés legyen az első műtét, mely a nem túlságosan előreálló os intermaxillaret is hátrább szoríthatja s csak azután végezzük el ennek be- és hátrahelyezését a 3. hónap végéig. Sajnos az eredmények a közti állcsont rossz vérellátása következtében bizonytalanok. A műtétre váró csecsemőt, akit otthon táplálni, gondozni nem tudnak, csecsemőosztályon kell elhelyezni és intézetben kell tartani addig, míg kellő előkészítés után a műtéti terhelést kiállhatja.

A teljes szájpadasadás műtéti zárásának legkedvezőbb időpontja az elválasztás utáni időben kezdődik, tehát a 8—9. hónaptól kezdve és feltétlen elvégzendő a 2. életév végéig. Az elválasztás után —, ha csak lehet — havonként figyeljük, mikor van itt a műtét kedvező időpontja. Természetes, hogy minél kiterjedtebb az elváltozás és gyengébben fejlett a csecsemő, annál jogosultabb a műtét kitolása. A jó állapotban lévő csecsemő lágyszájpadlását azonban még 1 éves kora előtt is összevarrhatjuk, amit sok esetben el is végeztünk. Leghelyesebb tehát, ha tapasztalt sebész szabja meg a műtét időpontját. Ezért kívánatos, hogy szülés után azonnal műtő is lássa a fejlődési rendellenességet s megfelelő tanáccsal szolgáljon az előkészítést illetőleg és ellenőrzés alatt tartsa a csecsemőt a helyesen választott műtét időpontjáig. Sajnos, — mint ahogy összeállítá-somból kiderül — ez csak hiú ábránd, mert még ma is évekig várják az elváltozás „kinövését” eltűnését, főleg vidéken és így helyrehozhatatlan torzulásokkal kell vesződnünk kozmetikai és fonetikai szempontból.

*) A fonetikai és a fül-, orr-, gégészeti szakosztály felkérésére tartott előadás nyomán.

Az hiszem nem tér el túlságosan a tárgytól, ha a *nyúlajak* (*lapium leporium*, *cheiloschisis*) műtéteiről is megemlékezem, hiszen azok igen gyakran fordulnak elő a teljes szájpadhasadékkal együttesen s fontos vonatkozásban állanak a rendellenességek teljes megoldásával. A felsőajkak egyszerű hasadásának műtéte gyakorlott sebésznek nem nehéz feladat; hiszen az elváltozások operatív javítását az eljárások igen pontos leírásai nagymértékben megkönnyítik. *Mirault, Nelaton, Hagedorn, Malgaigne, Langenbeck, Bruns, König* és *Veau* eljárásait minden szakkönyv talán túlzott részletességgel tárgyalja s a legkritikább alaknak is megvan a megoldási ábrája.

A műtéti eljárás helyes megválasztásában főkövetelmény legyen a feszülésmentes összevarrás, melyet kellő felszabadítással érhetünk el, továbbá a *musculus orbicularis oris* pontos összevarrása, illetve egyesítése. A varratvonalat kb. $\frac{1}{3}$ -al hosszabbra kell képezni a normalisnál, mert másképpen a sebvonal hegesedése, zsugorodása által behúzóadás keletkezik, mely a kívánt eredményt elronthatja. Az természetes, hogy a varrást három rétegben kell elvégezni. Igen nagy segítségünkre vannak a szétálló orrszárnyak tövén elhelyezett feszítelő varratok, melyekkel szabályozni tudjuk a felsőajkak és az orrszárnyak arányát és feszülésmentessé téve a varratot a sebszélek simább gyógyulását segítjük elő. Kötés, ragasztás az ilyen műtétek után éppoly céltalan, mint ártalmas, mert a kötés alatt felgyülemlett váladék rontja a gyógyulás esélyeit. A sebvonaltól távolosó egyéb feszítelő selyem, vagy drótvarratok alkalmazása néha indokolt lehet, de csak ritkán szükséges.

A nyúlajak korai műtéteinek indokát a szepásképeség helyreállításán kívül az arc, a felső állcsont fejlődésének előmozdítása adja meg s a hozzátartozók részéről a kozmetikai szempontok siettetik. Az ajkak izomzatának kifogástalan működése a magán és más-salhangzók képzésében majdnem olyan jelentőséggel bír, mint a légyszájpad működése, tehát ezért fontos itt is a működésbeli eredményre gondolni. A műtét elvégzéséhez különösebb előkészítés vagy felkészültség nem szükséges s lelógó fej mellett, fúvó aethernarkosisban könnyen elvégezhető.

A fogmedri nyúlvány vagy a felső állcsont hasadékanak (*gnatho-palatoschisis*) műtéte már bonyolultabb s erre *Veau specialis* eljárása nagyon ajánlható. Fel kell használni a zárásra minden olyan rendelkezésre álló felszabadítható lágyrészt, a felső állcsontból és a septumból, hogy az egyesítés feszülésmentesen elvégezhető legyen. Az áthajlási redő zárása és kiképzése néha igen nehéz lehet. Fokozhatja a nehézségeket kétoldali hasadékkal mellett a túlzottan előreálló orrmányszerű os intermaxillare, amelyet előbb műtéttel kell hátrahelyezni, mert csak azután tudjuk a felső ajkakot összevarrni. Nagyon előreálló os intermaxillare határahelyezésére ajánlható a *Bardeleben-féle* műtét, mely a septum átvésésében s egymás melletti elcsúsztatásában áll s eközben lehetőség nyílik a szétválasztott septum-nyálkahártya és az orrfenék nyálkahártyájának azonnali egyesítésére is. Ezt a beavatkozást azonban csak többhónapos csecsemőn tanácsos elvégezni. A nem nagyon előrenyúló os intermaxillare, mint már említettem, maga a korán elvégzett felsőajkak összevarrása hátranyomhatja.

Az ilyen esetekben sokszor igen nehéz a tömpe orr kijavítása, mert hiszen a merevítő septumrészlet hiányzik s lágyrész is alig áll rendelkezésre. Emiatt a septum elülső behúzott rövid részlete az ajkak középrészéből V-alakú metszéstől meghosszabbítható úgy, hogy a V-alakból Y-alakot képezzük az összevarráskor, mire az orr

kiemelkedik. Ha ez tartást nem biztosít s az orr még mindig benyomott, a 12. borda porcos-csontos végéből megfelelő transplantatumot véve, annak átültetésével kiemelhetjük az orr hegyét. A szétálló orrszárnyakat megfelelő oldalmetszéssel mozgósítva süllyesztett, a másik orrlyukba áthúzott, ott gaze felett megcsomózott selyemvarrattal javíthatjuk ki.

E műtétekhez már kellő gyakorlat, felkészültség s néhány különleges műszer és raspatorium is szükséges, hogy a felszabadításokat is elvégezhessük. A csecsemőt pedig még inkább olyan állapotba kell hozni, hogy a nagyobb műtéti terhelést elviselhesse.

A műtét időpontjának helyes megválasztásáról már volt szó, ami mellett nem hangsúlyozható eléggé, hogy az operálandót jóval a műtét előtt csecsemőosztályra kell felvenni. A táplálás nehézségeit csak igen gyakorlott személyzet tudja leküzdeni. Az előkészítésnek ki kell terjednie az orr és a garatüreg kezelésére, a majdnem mindig fennálló hurutos jelenségek leküzdésére. A hibásan fejlődött állcsontban a fogak satnyák, időelőtt szuvasodnak, tehát azokra is külön gond fordítandó.

A legnagyobb elővigyázat és gondosság mellett sokszor hetekig kell várni a műtéttel a sokféle szövödmény miatt. Így is nem egyszer derült ki a műtét után, hogy a csecsemők diphtheria vagy scarlatina bakteriumhordozók. Emellett minden szerző arról panaszkodik, hogy az altatást milyen rosszul türik s külön kiemelik a narokosishalál gyakoriságát.

A kemény és légyszájpad hasadásának műtéte már igen komoly sebészi feladat s csak olyan műtő vállalkozzon rá, aki azt hibátlanul el is tudja végezni. Mint az újraoperált esetekben kiderül, a második, harmadik műtét már olyan nehézségekkel jár, hogy sokszor alig megoldható és csak nehezen sikerül a zárás. E műtéteket csak megfelelő beteganyag és képzett szakember segítségével lehet elsajátítani és begyakorolni. Autodidaxis útján, ábrák után hosszú sikertelenséggel kell számolni.

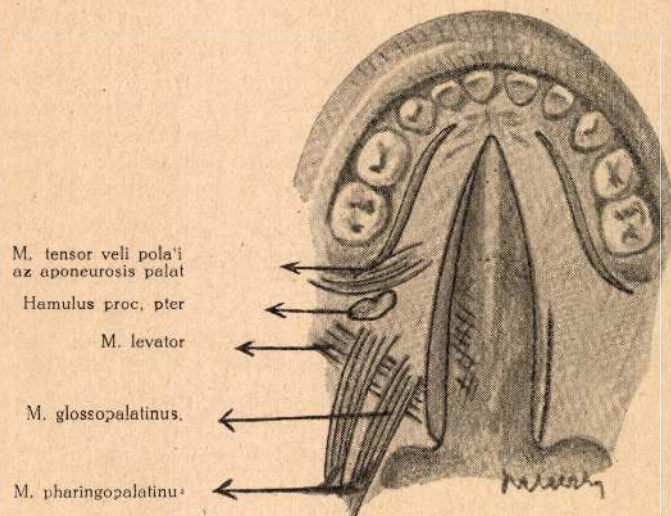
A műtét lógó fejjel, melegített műtőasztalon végzendő, megfelelő szájterpesztővel s a *Braun-féle* fúvóaltató készülékkel. A felgyülemlett nyál- és vér eltávolítására vízvezetékkel egybekötött szívót használunk, mely tetszés szerint szabályozható. A nyáladás csökkentésére atropint adunk. A felnőttek műtéteit cocainnovocain érzéstelenítésben végezzük, míg altatásra csak aethert használunk s chloroformot egyáltalán nem alkalmazunk. Az igen csábító végbélnarkotikumokkal, pl. az avertinnel, nem próbálkoztunk, mert általában nem igen ajánlják.

A jól bedolgozott segédlet rendkívül fontos, mivel legalább négyen kell, hogy dolgozzunk a parányi csecsemőszáj körül, melyhez csak felváltva tudunk hozzáférni. *Specialis* törlok és műszerek elengedhetetlenek. Szükségtelennek tartjuk azonban a raspatoriumok túl nagy számát, az egészen *specialis* műszerek és tűk túlsok változatát, amelyek csak bonyolultabbá teszik a műtétet. 4—5 megfelelő raspatorium teljesen elegendő és különleges tüket mi sohasem használunk. Varróanyagunk a vékony selyem és catgut s néha drótot is alkalmazunk. A műtétet apró szakaszonként, oldalanként felváltva úgy végezzük, hogy minden mozzanat után jodoformgaze tampon behelyezésével csillapítjuk a vérzést, hogy mindig pontosan tájékozódhassunk. Így minden, még a legnehezebb műtétet is 30—40 perc alatt el tudjuk végezni, aminek nagy jelentősége van ilyen fiatal korban. Műtét előtt csak az arc bőrét mossuk le benzinnel és alkohollal a szájüreget nem deszficiáljuk. Felnőttek előzetes szájoilettyére nagy gondot fordítunk, s a beteg valamennyi fogát gondosan rendbehozzatjuk.

A szápadhasadékok műtéti megoldásáról szóló részletes munkát a magyar szakirodalomból csak keveset tudunk felhasználni, s csak kevéssé tudunk rájuk támaszkodni, mert sok évvel ezelőtt jelentek meg. Ezért méltatásukról is csak később lesz szó, a classikus eljárások ismertetése után. Főleg ez ösztönzött arra, hogy összefoglaljuk a legújabb különböző eljárások bírálatát is s megkíséréljük a tudnivalók összefoglalásával rámutatni arra, hogy milyen műtétet s mikor alkalmazunk. Az eredmények egybevetése miatt sorba kell veyük a fontos műtéti eljárásokat, mert csak így tudom érthetővé tenni elgondolásunkat.

Dieffenbach, Gräfe, Roux és *Krimer* voltak a farkastorok műtét úttörői a XIX. század első felének végén, kik felszabadító metszésekkel és lebenyes megoldásokkal kísérleteztek s valóban bámulatra készítenek műteteik még a sebészet hőskora előtt.

Langenbeck volt az első, aki e kérdéssel rendszeresen foglalkozott s classikus eljárása még ma is a legismertebb. A műtét menete a következő: (1. ábra.)



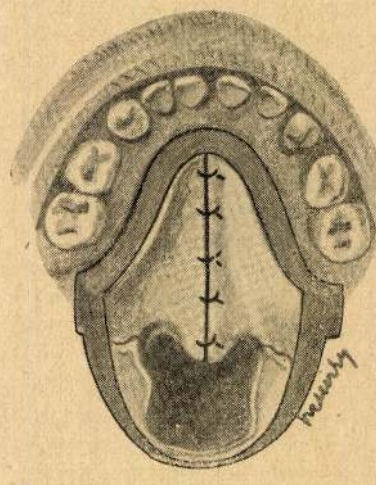
1. ábra.
Langenbeck műtete.

A hasadék széleinek felfrissítése után, oldalbemetéseket végzünk, amelyek a fogak belső széle mellett túlhaladják az utolsó fogat, szóval a felső állcsont hátsó szélét és a lágyszájpad azon részén végződnek, ahol a hamulus proc. pterigoidei fekszik. A hamuluson tapadó lágyszájpadizmokat a hamulussal együtt levessük vagy lemetszük. A keményszájpad lágyrészeit felemelve és letolva felszabadítjuk a középvonalig úgy, hogy azok lazán és feszülésmentesen közelíthetők és összevarrhatók legyenek. Ezután hátulról előre a nyelvcsapnál kezdve egy rétegben összevarrjuk az előre felfrissített sebszéleket. *Langenbeck* eredeti eljárása még ma is kiterjedten használatos, pedig néhány olyan hibája van, ami miatt a kétségkívül jobb eljárásoknak ki kellene azt küszöbölniök a gyakorlatból. Történeti értékéből ez mitsem von le, hiszen az összes eljárások és módosítások ebből indultak ki.

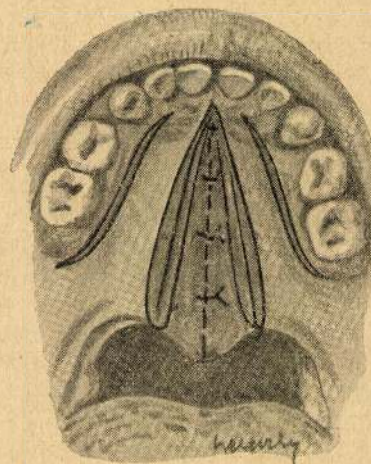
Nem foglalkozunk bővebben azokkal az eljárásokkal, amelyek a felső állcsont csontos vázának szükítését célozták, s amelyeket az amerikai *Brophy* és a német *Schröder* és *Helbing* alkalmaztak. Sokszor igen brutális eljárások a fogsorok articulációját kórosan megváltoztathatják s a műtéti megoldást legfeljebb megkönnyíthetik, de nem teszik nélkülözhetővé. Hasonló eljárásnak csak ott van jogosultsága, ahol a sikeres műtét után a fogak és fogsor szabályozása válik szükségessé.

Ernst olyan felszabadító körülfutó bemetszést alkalmazott, amely a fogak mellett kiindulva a garat hátsó falát megkerülve ugyanoda tér vissza, szükíti az orrgarat bemetszetet, de bemetszései kevéssé szüntették meg a feszülést s emiatt eljárását alig alkalmazták. (2. ábra.)

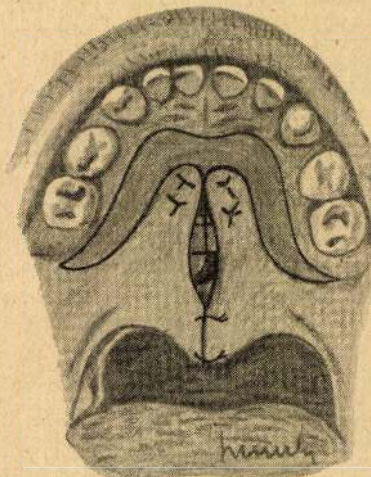
Kirschner Langenbeck eljárását oly módon javította, hogy az orrfenéket külön kiképezi s a lágyszájpadot három rétegben varrta össze. (3. ábra.)



2. ábra.
Ernst műtete.



3. ábra.
Kirschner műtete.



4. ábra.
Veau műtete.

Hasonló eljárást követnek *Arhausen* és *Luhman*, kik elgondolásaikkal ugyanarra törekednek, mint a francia *Veau*.

Veau csak az utolsó fogakig végzi az oldalbemetszéseket, melyek elől félrombusz vagy háromszög alakban találkoznak. Ezzel mindkét lebenyt az arteria palatináig fel tudja szabadítani. Ugyanakkor az orrnyálkahártyát úgy szabadítja fel, hogy az külön összevarrható legyen. A lágy szájpad izomzatát dróttal és különös gondjal egyesíti, ott oldalbemetszést nem használ. A kiképzett orrfenekhez odarögzíti a kemény szájpad felszabadított lebenyeit átöltő varratokkal. Ha csak a lágyszájpad hasadása van jelen, minden oldalbemetszés nélkül egyesíti annak rétegeit. (4. ábra.)

E fontos eljárásokat is csak röviden említve, futólag megemlékezünk néhány eljárásról, elhagyva a jelentéktelenebb műtéti eljárások egész sorát.

Az angol *Lane* a zsenge csecsemőkorbán a fogzás előtt hatalmas lebenyeltolásokkal zárja el a hasadékot. míg *Rosenthal* és *Schönborn* a hátsó garatfalból hozott lebennyel zárja el a lágyszájpad hasadékát.

Lannelongue az orrsövényvel, *Kraske* az orrkagylóval, *Thiersch* bőrrel, *Eiselsberg* a kiss ujj bevarrásával kísérelték meg a hiány pótlását. Ezen eljárások csak a végső esetben s csak akkor jönnek szóba, ha anyaghiány miatt más eljárást használni nem tudunk.

Hazánkban *Kóós* statisztikája 1923-ból 70 operált esetről számol be. *Langebeck* szerint végezte a műtéteket és 76% gyógyulást mutat ki; azonban nem bocsátkozik a részletek és functionális eredmények bővebb taglalásába, hiszen akkor még a mai elgondolásokról nem igen volt szó. *Winternitz* 1907-ben több esetről ír, amelyeket még akkor *Wolf* szerint két ülésben operált. *Kassay* septum lebeny alkalmazásáról számol be, míg *Liebermann* a lágyszájpadot felpraeparált lebennyel egyesíti egy esetben. *Milkó* a műtét időpontjáról értekezik, *Kubányi* általánosságban ír a farkastorok műtétek technikájáról, *Ertl* a csont és csonthártya fontos szerepét bizonyítja, míg *Jakabházy* lebenyes plasztikát ír le.

Igen figyelemreméltó *Berndorfer* cikke, az ajak és szájpadhasadásokról, ki *Veau* osztályán tett tapasztalatairól számol be, nem teljesen elfogulatlan kritikával, míg saját eseteit nem ismerteti. Igen dicséretreméltó és uttörő munkája *Berndorfer*nek az ajak és szájpadhasadások sebészi és fonetikai problémái című, nálunk tartott előadása, mely a fonetikai kérdések taglalásával igen helyesen világította meg a kérdést. Meg kell még emlékeznem *Súlyomi Schulmann* „A farkastorok okozta beszédzavar és javításának módja” című könyvéről, melyben beszámol nehéz és bonyolult tevékenységéről, s mely mint kitűnő gyógypedagógiai tanulmány hézagpótló.

Ezen rövid beszámoló után arra szeretnék rámutatni, hogyan tudjuk a farkastorok műtétek technikáját s ezzel párhuzamosan az eredményeket tovább javítani a saját tapasztalataink alapján.

A Fehér Kereszt kórház vezetésem alatt álló sebészeti osztályán 3^{1/2} év alatt 62 ajak és szájpadhasadás műtétet végeztünk.

Az operáltak életkora az első műtét idején:

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-
19	8	7	6	4	9	9 = 62

Megemlítem, hogy még az I. számú sebészeti klinikán *Verebélj* professor útmutatásai szerint 11 műtétet végeztem *Langebeck* szerint. A 62 beteg közül 27-nek komplett nyúlajka, szóval fogmedri hasadása is volt s ezek műtétét több szakaszban végeztük. Ez utóbbiak közül két beteget vesztítettünk el. Az egyik 3 éves beteg a műtét elkezdése előtt chloroform narcosisban syncopet kapott. Azóta chloroformot nem hasz-

nálok. A második 2 hónapos csecsemő volt kit két-három hétig készítettünk elő, szopni, táplálkozni nehezen tudott s a súly csökkent. Az egyszerű, percek alatt történt ajakösszevarrás után 6 nappal toxikus decompenszióban elpusztult. Ezen eseteken kívül azonban még súlyosabb szövödményt is alig észleltünk. Komoly utóvérzést egyetlen esetben sem láttunk, pedig tampont csak kivételesen alkalmaztunk s azt is csak a műtét napján estig hagyjuk benn, nehogy az bármilyen szövödményt is okozhasson.

Időleges celluloid vagy egyéb obturator vagy bevarrt, beerősített tampon létjogosultságát alig tudjuk elismerni. Operált fájdalmas szájpadlását a kis beteg önként védi, s varratelégtelesség oka alig kereshető ez irányban.

A műtét utáni napon csak théát s 8-10 napig csak folyékony táplálékot adunk, minden étkezés végén théát itatva leöblítés céljából. 6 esetünkben a teljes műtéti terület szétvált, 2 esetben szájdipteris miatt, a többi 4 esetben is a műtét utáni napon megjelenő lázas hurutos jelenségekkel kapcsolatos gyulladás miatt az azt kísérő lepedék úgy látszik, főoka a varratelégtelességnek. E célból végzett bakteriologiai vizsgálat, ha spirillumokat spirochactákat mutatott ki, medobist és bismosalvant alkalmaztunk óvatosan minden ilyen esetben, bár nem mindig hatásosan. 7. esetben kisebb-nagyobb nyílás vagy hiány maradt vissza, amelyek ha a keményszájpadon vannak, különösebb jelentőséggel nem bírnak.

Betegeink functionális és bonctani eredményei kielégítőek, főleg azért, mivel a lágy szájpad hátrahelyezésére különös gondot fordítottunk. A functionális és fonetikai eredmények megítélése hazai viszonyaink mellett igen nehéz. A főleg szegénybeteganyag berendelése és ellenőrzése ugyyszólván lehetetlen s emiatt tanácsainkat sem igen fogadhatták meg. Minden egyes alkalommal felhívtuk a figyelmet az utókezelés fontosságára. Egyes esetekben azonban az eredmények igen biztatóak. Van olyan 5 éves korban operált esetünk, melyben a beszéderedmény különösebb utókezelés nélkül is bámulatos. Több olyan 1 éven aluli gyermek kisebb lágyszájpadhasadását operáltuk, — kinek a beszéderedményét még alig van módunkban ellenőrizni. Ezekről csak évek múlva lehet majd véleményt mondani. Beszámolhatunk olyan esetekről is, melyben a kifogástalan műtét után csak a garatmandulák eltávolítására javult meg teljesen a beszéd. Sok esetben a beszéd, a kiejtés, a hangok tisztasága talán független is a műtétől, mert — mint említettük, — a farkastorkos gyermekek nagy része szellemileg hátramaradt s ezeknek külön gondos ápolásra és tanításra volna szükségük.

A 24 ellenőrizhető esetben, 14-ben teljesen kielégítő a beszéderedmény, 4-nél tűrhető, 6 esetben rossz, alig érthető. Kétségtelen, hogy ezek az eredmények végleges következtetések levonására nem alkalmasak, mivel kellő utókezelésre alig tudunk módot találni. Azonban az a törekvésünk, hogy minden alkalmat ki fogunk használni a kellő együttműködés kiépítésére az utókezelést illetőleg mind a fonetikai társasággal, mind a megfelelő intézeti szakemberekkel.

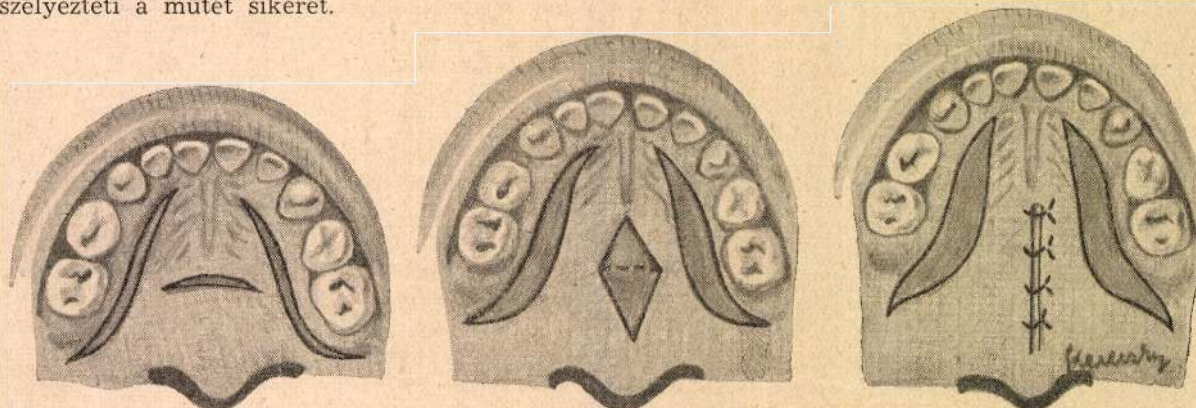
A műtéti technikát illetőleg az esetek legnagyobb részében farkastorok műtéteinket *Luhmann-Kirschner* szerint végeztük s a fokozatos felszabadítást csak addig szorgalmaztuk, míg a lebenyek nem feszültek, de ha kellett, átvágtuk vagy felszabadítottuk az arteria palatinát, levéstük a hamulust, ha lehet a septum nyálkahártyáját is felhasználjuk sőt a lágyszájpad feszülő nyálkahártyáját is bemetszettük, ha arra szükség volt.

Mindig réteges varratot alkalmaztunk és drótot ritkán használtunk a lágyszájpad izomzatának összevarrására mert véleményünk szerint a catgut is ugyanúgy megfelel a célnak. 9 esetben *Veau* műtétét is elvégeztem olyan betegeken, kiknél elég anyag állt rendelkezésemre, de az érzésünk az, hogy a lágyszájpadot, nem viszi mindig eléggé közel és hátra a garatfalhoz s nem mindig zár *tökéletesen*. Sohasem lehet olyan feszülésmentesen egyesíteni a lágyszájpadot mint más műtét-nél, ami miatt két esetben szét is ment a varratsor.

Az a véleményünk, hogy az egyes eljárásokhoz me-reven ragaszkodni speciális esetekben nem lehet. Ki kell választani mit hol lehet legjobban alkalmazni. 16 esetben végeztünk olyankor farkastorok műtétét, mi-kor már előzetes beavatkozás történt. Ezek közül 5 esetben már ismételt műtéteket végeztek a betegeken. Ezek bírnak a legkevesebb lágyszájpadanyaggal s ezeken el sem tudom képzelni *Veau* műtétének jogosultságát. Ez esetben sokszor még a réteges varrat is nehezen volt elvégezhető. Azonkívül tisztában kell lenni azzal, hogy a szájüregben végzett műtétek sikere nem kizárólag az eljárástól és a technikától függ, hanem az ott jelenlévő baktériumflórától és mivel úgyszólván csökkent vitalitású operáltokról van szó, a fertőzés nagymértékben veszélyezteti a műtét sikerét.

természetes viszonyokat hozzon létre. Evéskor azonban záróképes lehet a lágyszájpad anélkül, hogy beidegzése, izomzata teljes értékű lenne, míg a hangadás finomabb mechanizmusához az izomzat hibátlan működésére van szükség. Itt állanak elő a műtétekkel szemben a legmagasabb követelmények. Lényeges bonctani hiba tehát, ha a lágyszájpad rövid-heges, vastag és záródáskor nem éri el a garatfalat. Nem kedvező a hangadás szempontjából az sem, ha a lágyszájpad heges és túl vaskos. Nem látszik tehát nagyon fontosnak a lágyszájpad izomzatának túlságosan erőszakolt szélesfelületű összehozása. Nem akarjuk ezzel azt mondani, hogy az izomzatot nem kell összevarrni, de ne képezzük ki azt túlvaskosra; legideálisabb, ha lazán vitorlaszerű. mert így helyesen resonál és könnyen mozog. Emiatt époly káros minden olyan műtét, mely a lágyszájpad izomzatot és az idegeket sérti; tehát az oldalbemet-szésekkel is óvatossá kell lenni.

A műtét sikere szempontjából pedig az is igen fontos — mint már sokszor hangsúlyoztuk, — hogy feszülés se legyen. Rámutatva a követelményekre, az eredeti *Langenbeck* eljárás nem felel meg mindenben ennek, míg *Kirschner*, *Axhausen*, *Veau*, *Luhman* eljárásait általában el lehet fogadni.



5. ábra.

Eljárásunk a lágyszájpad meghosszabbítására.

A szájpadhasadékok oly változatos és tarka megnyilatkozásban fordulnak elő, hogy typusműtéttel azokat aligha tudjuk egyforma jól megoldani, tehát mindig azt a megfelelő eljárást alkalmazzuk, ami legjobban megfelel a célnak.

Biztos csak az, hogy ma *Veau* áll a szájpadhasadásokat operáló sebészek élén, legnagyobb és gondosan ellenőrzött anyagával, (500 eset) páratlan gyakorlattal, tapasztalattal és a *Mme Borel* által vezetett utókezelő intézetével. *Veau*nak úgylátszik mindig sikerül a saját eljárásával a legjobbnak látszó eredményeket elérni, hiszen annyit mint ő, még nem operált senki s eljárásának tökéletességéről meg is lehet győződve.

Mindezek után vegyük azonban szemügyre, mik a farkastorok műtét bonctani és élettani követelményei: a műtétnek el kell zárni a szájgaratüreget az orrüregtől, melyből mintegy adódik az, hogy a műtétnek az egész felső állcsont további helyes fejlődésében is jótékony hatásnak kell lennie. Bonctanilag tehát minden olyan eljárás, amely a normalis viszonyokat helyreállítja, illetve azt legjobban megközelíti, helyesen oldja meg feladatát. E szerint természetes, hogy az orrüreg alapját is ki kell képezni s hacsak lehet úgy, hogy ott tasak ne képződhessék s ahol van ott a septumot is összekötetésbe kell hozni a szájpadlással. Eszerint eljárva mindegy, hogy milyen módon érjük el ezt a célt. További követelmény, hogy az operált lágyszájpad zárni tudja az orrgaratüreg hátsó részletét s így működve

Veau műtéti eljárásában mint azt említettem a lágyszájpad záróképesége szempontjából aggályaim vannak, mint azt *Mme Borel* önkénytelenül elárulja, mikor arra hivatkozik, hogy a garatmandulák eltávolítása káros, mivel az a lágyszájpad záróképeségét megszüntetheti, tehát a lágyszájpad nem mindig fekszik a garatfalhoz.

Nekünk mindig ez volt az aggályunk *Veau* eljárását illetően, hiszen oldalbemetzés, az arteria palatina a fascia veli palati és a hamulus felszabadítása nélkül nem minden lágyszájpad lesz záróképes. Erre *Luhmann* is rámutat, sőt ábrával demonstrálja azt a kritikus helyet. *Veau* műtete tehát csak ott célszerű s akkor kétértelműen a legjobb is, mikor a lágyszájpadhasadék lágyszájpad hátsó részének s így elegendő lágyszájpad áll rendelkezésre a feszülésmentes összevarráshoz és az orrgarat üreg elzárásához.

Megvalljuk, főleg az első műtétek alkalmával sok nehézséggel kellett megküzdenünk, főként már előzőleg operált esetek megoldásakor; sok olyan beteg is került műtétre, kiknek az előző műtétek hegedése kapcsán már rövid lett a lágyszájpadja. Egyedül egy felvidéki községből még a megszállás előtt végzett műtétek után, három sikertelenül operált beteg került osztályunkra, akiknél aztán nem kis nehézségeket kellett megoldani.

Az ilyen esetek műtéti javítására tehát, ahol a lágyszájpad rövid, *Nelaton* elgondolása alapján, új mű-

téti eljárást dolgoztunk ki. *Nelaton* félholdalakú bemetszésével csak a behúzódtott uvulát korrigálta. Mi ezen félhold alakú bemetszést meghosszabbítva és előrehelyezve a kemény és lágyszájpad határán ejtjük s oldalbemetszésekkel felszabadítva a lágyszájpadat sike- rült a félholdalakú metszést rombuszalakúra széthúzni és összevarrni s ezzel tetszés szerint a lágyszájpadot hátrahelyezni. Ezt a műtétet négy esetben volt alkal- mam eddig elvégezni kétrétegű varrattal, minden eset- ben teljes sikerrel. (5. ábra.)

Nem tudunk ez előadás keretében minden részletre kitérni. Nem foglalkozhattunk a normalis és pathológiás meszéd mechanizmusával s a különböző beszédzavarok ismertetése is túlhaladta volna a megadott kereteket. Az ajak és lágyszájpad hangzó és szóképző működését ép úgy nem érinthettük, mint ennek pathológiás és phone- tikai vonatkozásait. Fő törekvésünk oda irányult, hogy az eredmények javítása szempontjából ismertessük, s ajánljuk azokat az eljárásokat, amelyek a szövödmény- mentes szájpadláshasadás helyreállítását a műtök a be- tegek java szerint maguk döntsék el. A sikeres műtét után pedig ne elégedjünk meg az operatív eredménnyel, hanem az utókezelésre fordítsunk fokozott gondot.

Végül is összefoglalva az elmondottakat, a követ- kezőket állapíthatjuk meg:

1. A szájpadhasadék műtétét kellőleg képzett szak- ember a 9. és 24. hónap között végezze el, saját belá- tása szerint választva meg annak időpontját. Az egy- szerű ajakhasadék a 8. naptól a 2. hónapig egyesítendő.

2. Olyan műtéti eljárást ajánlunk, amely az orrfe- nék és szájpad bonctani és élettani viszonyait helyre- állítja és feszülésmentes réteges összevarrást tesz lehe- tővé.

3. A lágyszájpad záróképessége és működése csak akkor felel meg a kettős követelményeknek, ha megfe- lelően hátrahelyezve, megbízhatóan elzárja a garat- orrüveget.

4. A már operált rövid lágyszájpad hátrahelyezé- sére kidolgozott eljárásunkat ajánljuk.

5. Az operált betegek utókezelése mindenképp szor- galmazandó.

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

A hypothalamus megbetegedéseinek klinikai tünettana.*

Irta: Molnár István dr.

A köztiagy morphologiaiilag négy részre tagozódik, ugymint a thalamus-, metathalamus-, epithalamus- és a phylogenetikailag legöregebb részre, a hypothalamusra. A hypothalamus határai: oralisan a chiasma opticum, lateralisan a tractus optici, caudalisan a pedunculus ce- rebri és dorsalisán a thalamus felé, a sulcus hypo- thalamicus. A hypothalamushoz tartoznak az ú. n. vege- tativ magvak, melyek a III. agykamra köré csoporto- sulnak, továbbá a corpus subthalamicum *Luysii* és *Spatz* szerint a globus pallidus is, mely a corpus subthalamu- cummal áll kapcsolatban; a pallidum elpusztulásánál a corpus *Luysii* nagyrésze atrophisál. Az anatomiaiilag jól elhatárolható u. n. vegetativ sejtcsoportokat vagy ve- getativ magvakat nem szabad kizárólag egyes vege- tativ functiók élettani központjainak tartanunk, melyek hyper-, hypo- vagy dysfunctiója az élettani folyamatok

azonos változását vonják maguk után, hanem egy olyan rendszernek, mely az endokrin rendszerrel szorosán ka- röltve fejti ki a működését. A hypothalamusban ora- caudalis irányban haladva a következő fontosabb vege- tativ magvakat különböztetjük meg: a chiasma magas- ságában kezdődő *nucleus supraopticus*, a III. agykamra kétoldalán helyet foglaló *nucleus paraventricularis*, a tractus opticus és a fornix között megjelenő *nucleus tubero-mamillaris* s. *mamillo-infundibularis*, a pedun- culus cerebri, a III. agykamra szürke állománya és for- nix által határolt területen a *nuclei tuberis laterales*, melyeknek helyébe caudalis irányban haladva a *corpus mamillare* lép. A corpus mamillare középső részében a *nucleus cinereus*, caudalis részében a *nucleus inter- calatus* fekszik. A tuber cinereumban megkülönböz- tethetők még a *nucleus pallido-infundibularis* és a *nucleus interformicatus* alkotó sejtcsoportok. A massa intermedia megjelenésénél, oralisan, találjuk a III. agy- kamra falában a *nucleus paramedianus*, a massa in- termediában pedig a *nucleus reunienst*. A *corpus sub- thalamicum Luysii*, mely caudalis irányban a substan- tia nigrába megy át a közti és a középagy határán fekszik. A *substantia grisea centralis* sejtseloh sem csoportosulnak a környezettől elkülöníthető magvakká, hanem a hypothalamusban mindenhol megtalálhatók, de különösen kifejezettek a III. agykamra falában és környékén. A hypothalamus rostrendszerének részlete- zése nem tartozik előadásom tárgyához és így röviden csak azt említem, hogy a most felsorolt magvak az agy egyéb részeivel, így a nervus olfactoriusal, a tha- lamussal, a hypophysissal, a telencephalonnal és a kö- zépaggyal, ezenkívül még azonos és ellenkező oldalú vegetativ magvakkal állanak összeköttetésben.

Ha ezután felsorolom azokat a klinikailag jól jelle- mezhető kórképeket, melyek tünettana a hypothalamus betegségével kapcsolatba hozható, a nehézség abban van, hogy ezek az aránylag élesen körülírt kórképek kórtana nem egységes, aminek legfontosabb oka a hypophysis és a köztiagy szoros kapcsolata. Hogy ez a localisatiót igen megnehezíti, (sőt in vivo sokszor lehetetlenné teszi), bizonyítják azok a sectióval igazolt esetek, melyekben különböző helyek betegsége teljesen azonos klinikai tü- neteket okozott. Konkrét esetet említve, az ú. n. Sim- monds-féle betegség *Curschmann*, *Kylin*, *Schürmann*, *Schmidt* és sok más neves szerző megfigyelése szerint anatomiaiilag teljesen ép hypophysis mellett, a köztiagy isolált megbetegedésében is észlelhető és ezért helye- sen nem is *Simmonds* féle betegségről, hanem *Sim- monds* féle tünetcsoportról beszélünk. Példának hozhat- nám fel továbbá a diabetes insipidus, melynek oka vagy a tractus supraoptico-hypophyseos, vagy a neu- rohypophysis, vagy a hypothalamus megbetegedése. Ezek előrebocsájtása és tekintetbevétele után a hypo- thalamus megbetegedésére utaló tüneteket a következő klinikai kórképekben láthatjuk: hypophysistumorok, *Cushing* és *Simmonds* féle tünetcsoport, a női jellegű elhízással, de férfias típusú szörzettel, néha polyuriá- val és polydipsiával társuló *Morgagni* féle betegség, diabetes insipidus, dystrophia adiposogenitalis, lipodys- trophia progressiva, encephalitis, narcolepsia, az akro- mikria, mely gyakran társul genitális atrophíával és di- abetes insipidussal, sérülések, daganatok, gyuladásos folyamatok stb. a III. agykamra környékén, hydrocep- halus, agyalapi megbetegedések (elsősorban lues és tbc.) és végül a *Laurenc-Biedl* féle betegség, melyben gyak- ran, de nem szükségszerűen köztiagy tüneteket is lá- tunk és amelyet *Berblinger* a köztiagy heredodegene- ratiós megbetegedésének tart.

*) Magántanári próbaelőadás.

Áttérve előadásom tulajdonképpeni tárgyára, a hypothalamus megbetegedéseinek klinikai tünettanára, elsősorban a központok vagy központ által szabályozott különböző *vegetatív életfolyamatok ritmusának megváltozását* említem. Ez a ritmuszavar a klinikai körképben legfeltűnőbb azokban a vegetatív funktiókban, melyek megfigyelése egyszerű betegági észleléssel is elvégezhető, így az alvásban és a vízforgalomban. Ha a központ kifejezését nem élesen körülírt, hanem nagy kiterjedésű területekre értjük, úgy az ébrenlét és az álmot szabályozó központul a köztiagy átmenetét a középagyba, az aquaeductus Sylvii elülső részének táját jelölhetjük meg. Az alvás ritmuszavara abnormisan hosszú vagy abnormisan rövid alvási periodusban, vagy pedig az ébrenlét és az álm periodusos változásának inversiójában nyilvánulhat meg. Az álm mélysége exact uton az alveolaris széndioxydfeszültség mérése útján határozható meg, mely alveolaris széndioxydfeszültség a légzőközpont ingerlékenységének csökkenésével növekszik. Az egészséges álmgörbe két csúcspontot mutat, melyek közül az első és magasabb az álm első óráira esik; úgy ideges, mint organikus alvászavarokban az álmgörbének e normális viselkedésétől való eltérését láthatjuk, egészen a legsúlyosabb eltorzulásokig. Külön említést érdemel a genuin és symptomás narcolepsiában észlelhető alvászavar, mely a genuin alakban az affectiv tonusvesztés mellett ennek a betegségnek a legjellemzőbb tünete. Erre az alvászavarra a hirtelen jövő imperatív kényszerrel jelentkező elalvás a jellemző; az álm a betegeket a legkülönbözőbb helyzetekben és mozgások között, így pl. kártyázás, evés, autóvezetés, katonai őrtállás, orvosi rendelés stb. közben lepi meg. A narcolepsiás álm physiologiás ingerekkel könnyen megszüntethető, a spontán ébredés legtöbbször néhány percnyi alvás után következik be, tudatzavar nem marad. — A vízforgalom ritmusának megváltozását e vegetatív működés tárgyalásánál fogom említeni.

A hypothalamus megbetegedéseiben észlelhető *psychikus elváltozásokra* csak röviden térek ki. Ismeretesek azok a pszichés elváltozások, melyek a nem gondos észlelő figyelmét teljesen elkerülő eupórián, beszédkényszeren és „Witzelsucht”-on kívül nagyobb fokú ingerlékenységben, súlyos dührohamokban és tudatzavarban nyilvánulhatnak és jellemző módon ahogy jöttek, úgy el is tűnnek. Mánia, teljes lelki érzéketlenség és torpiditás, érdektelenség és depressiv kedélyállapotok nem tartoznak a tul ritka tünetek közé. *Gagel* és *Foerster* szerint a hypothalamus oralis része izgatja, caudalis része pedig bénítja az agykéreg működését.

A hypothalamus megbetegedéseinek egyik igen jellemző tünete a *hőszabályozás zavara*, mely legszembe-tűnőbbben a tuber cinerum és környékének megbetegedésében észlelhető. A hőszabályozás zavara nem jelentkezik azonban mindig szembe-tűnő módon és sokszor csak külön ily irányban végzett rendszeres megfigyelésekkel állapítható meg, mint ezt *Kellernek* encephalitisben, *nekem* és *Webernek* pedig köztiagy-betegségekben sikerült kimutatni. Ilyen betegek hőszabályozása hőlégszekerényben történő melegítéssel vizsgálva a nucleai tuberis cinerei-vel nem rendelkező poikilotherm állatokéhoz közeledő viselkedést mutat, testhőmérsékük ugyanis a környéki levegő lehűtésével vagy felmelegítésével párhuzamosan ingadozik. A hypothalamus megbetegedéseinél gondos megfigyelést igényelnek a hőmérsék esetleg subnormális értékei, mert a fázás subjectív érzése rendszerint már csak kifejezetten alacsony hőmérsékletnél jelentkezik. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk a hőmérsék összehasonlítását az előző

egészséges állapotban meglévő testhőmérsékkel sem, mert látszólag normális értékek, pl. állandó 36.2—36.3° C kóros jelentőséggel bírhatnak az olyan betegnél, ki-nek egészséges korában hőmérséke állandóan 36.7—36.9° C között volt. A hypothalamus megbetegedésére utalhatnak lázas és láztalan szakok látszólag indokolatlan változása, vagy állandó, a szokásos gyógyszerekkel teljesen befolyásolhatatlan hyperpyrexia. *Foerster* nagy műtéti anyagán a magas hőmérsék dacára e betegek feltűnő jó közérzetét észlelte. A hypothalamicus hyperthermiára igen jellemző a hőleadás hiánya; a physicalis hőszabályozás legfontosabb tényezője, mely a kóros hőmérsékemelkedés ellen küzd, az izzadás, teljesen vagy nagyrésztben felmondja a szolgálatot. Az izzadás teljes hiánya vagy erősen csökkent volta könnyen és pontosan demonstrálható a testsúly mérésével. Jellemző továbbá a hypothalamicus hyperpyrexia, hogy a légzés és a pulsus-frequentia, valamint az alapforgalom nem növekszik szabályszerű arányban a lázzal, hanem alacsonyabb szinten mozog, a vérnyomás alacsony, leukocytosis nincsen (*Gagel*).

A hőszabályozással szorosan összefügg a *verejték- elválasztás* viselkedése, melynek kóros elváltozását a hypothalamicus lázban éppen előbb érintettük. Az izzadás zavarát azonban normalis hőmérséklet mellett is észlelhetjük, miről saját vizsgálataim tanuskodnak, melyeket a *Minor* féle jod-keményítő módszerrel végeztem. Ezekben a vizsgálatokban arra az eredményre jutottam, hogy az agynyomás fokozódása mint általános tünet az izzadásban zavart nem idéz elő (vagy legfeljebb csak igen kivételesen), míg a hypophysis és tájékának megbetegedése majdnem szabályszerűen okoz csökkent vagy fokozott verejték-elválasztást és így góctünetnek tekinthető. A hyperidrosisnál gyakrabban észlelhető a hypo- illetőleg anidrosis.

Az izzadás viselkedésénél sokkal nagyobb gyakorlati jelentőséggel bír a *vízforgalom* kóros megváltozása, mert ennek nem ismerése, vagy figyelmen kívül hagyása a betegre végzetessé válhat. Itt azokra a köztiagy-betegségekben szenvedőkre gondolok, kiken a különben teljesen ártatlan *Volhard-féle* vízkísérlet elvégzése halálosan végződött. A köztiagy sérülésében a hypophysis hátsó lebenyének hormonja egyik támadáspontján nem tudja a hatást kifejteni, minek következtében a hirtelen vizenyösen duzzadtá váló az agy intracranialis nyomást acutan fokozza. Ezekben a „cerebralis oliguriában” szenvedő betegeken tehát a vízkísérlet elvégzése szigorúan ellenjavalt. A cerebralis oliguriát élesen el kell különíteni a constitutionalis primaer oligodipsiához csatlakozó oliguriától, mert előbbi megelőző teljesen normalis vízforgalomnál a hypothalamus megbetegedése idején jelentkezik. *Parhon* egy általa hyperhydropexiának nevezett tünetcsoportot ír le, melynek oka a hypophysis anti-diureticus hormonjának túlproductiója volna, klinikai képe pedig a diabetes insipidus ellentéte. A hyperhydropexiás syndroma legjellegzetesebb tünetei az oliguria, a vizelet magas fajsúlya, a szomjúságérzés hiánya, vízretentio a szövetekben, a testsúly növekedése, elhízás, menstruációs zavarok, hypercholesterinaemia, fejfájás és bágyság, tehát mind olyan tünetek, melyeket a hypothalamus betegségeiben is látunk.

Az oliguriánál sokkal szembe-tűnőbb tünet a polyuria, mely a diabetes insipidus kórképében enormis voltával és kínzó szomjúságérzésével a betegnek igen kellemetlen panaszokat okozhat. A vizeletre ilyenkor nagy mennyisége, alacsony fajsúlya és a vese koncentrálóképességének hiánya vagy erősen csökkent volta jellemző. A szomjajtatási kísérletben a vizelet mennyisége vagy egyáltalán nem, vagy számba nem vehető mennyi-

ségben csökken csak, miközben a beteg vére besűrűsödik és a beteg nyugtalansága, majd komoly rosszullete miatt a szomjaztatási kísérletet hamarosan abba kell hagyni. A polyuria legtöbbször csak acut trauma vagy műtéti beavatkozás után fejlődik ki hirtelen, sokkal gyakoribb a vizelet mennyiségének fokozatos növekedése. A diabetes insipidus jellegzetes kórképén kívül gyakran találunk még a hypothalamus betegségeiben olyan polyuriával, mely a vizelet előbb felsorolt karakterisztikus tulajdonságaival nem rendelkezik, ami a szomjaztatási kísérlettel könnyen megállapítható. Érdekes az a megfigyelés, hogy a polyuria gyakran csak mint múltó tünet szerepel és a betegség előrehaladtával megszűnik, vagy egyenesen oliguriába megy át. Megváltozhat továbbá a vizeletválasztás rhythmusa is, amennyiben az éjjel ürített vizeletmennyiség a nappalival egyenlővé válik, vagy azt meghaladja. A vízforgalmat szabályozó központot élesen körülírni nem lehet, a szóbajövő vegetatív magvak közül azonban elsősorban a nucleus supraopticus-t kell említeni.

Változás a szervezet *konyhasóforgalmában* vagy a vízforgalom zavarához csatlakozva, vagy monosymptomásan fordul elő. Az izolált konyhasóforgalom cerebralis zavarának kórképét egy suprasellaris hypophysistumor kapcsán elsőnek 1922-ben *Jungmann* ismertette. A kórkép ismerete, mely secundaer úton nagyfokú anasarca és universalis hydropshoz vezethet, azért fontos mert fel nem ismerése esetén szív vagy vesebajosokként kezelik ezeket a betegeket, holott ezen szerveik teljesen épek. A konyhasóforgalom zavarának manifest klinikai tünetei, így elsősorban transsudatum megjelenése a bőr alatt és a savós üregekben meglehetősen ritka, annál gyakoribb azonban a konyhasóforgalomnak sömegtérheléssel kimutatható, ú. n. rejtett zavara, mint ezt *Gruber dr.*-al végzett vizsgálataimban találtuk. A sóforgalomzavar két főmegjelenési formában nyilvánulhat meg, mégpedig sóretentióban és fokozott sóürítésben. Látszólag rendes konyhasóforgalom létesülhet, ha a szervezet csökkent sóconcentráló képessége által létrejövő sóvisszatartást egy kiegyenlítő polyuria ellensúlyozza. A sóretentio vagy a szervezet sóconcentráló gyengesége, vagy abszolút, illetőleg relatív oliguria vagy mindkettő együttes előfordulása folytán jön létre. A konyhasó-retentio legtöbbször egyidejű vízvisszatartással társul, ismeretes azonban az ú. n. száraz sóretentio is; az így retinált konyhasótól a szervezet látszólag egy periodusos fokozott sóürítéssel igyekszik megszabadulni.

A hypothalamus betegségeiben kórosan megváltozhat a szervezet *fehérje, szénhidrat és zsírforgalma*, melyek közül főként utóbbi kettő képezte a klinikai kutatások tárgyát. Hogy a pankreatogen diabetes mellitus nem hozható összefüggésbe a hypothalamus betegségeivel, mint azt egyesek írják, azt különösen *Gagel* és *Bodechtel* hangsúlyozza. Diabetes mellitusban a nuclei paraventriculáresek, de főképp a mamilloinfundibularisok górcsövi elváltozását írták le, de *Gagel* szerint ezek Nissl-szerkezetükben normalisan is olyan elváltozásokat mutatnak, melyek a kórostól csak igen nehezen különíthetők el. Ismeretesek azonban a vér és vizelet cukortartalmának, valamint a terhelési vércukorgörbének olyan elváltozásai, melyek a hypothalamus betegségének következményei. A neurogen vagy *v. Noorden* által chromaffinnak nevezett diabetesnek több jellegzetes tulajdonsága van, így az intact glykogenszintézis a májban, egyéb köztiagytünetekkel (elhízás, vérnyomásemelkedés, genitális zavarok, stb.) együttes megjelenése, gyakori insulin-refractaer volta, a glykosuria a felvett szénhidratmennyiségtől és a glykaemiától nagyfokban független, a glykosuria gyakran múltó jellegű, látszólag indoko-

latlanul tűnik el és jelenik meg újra. Dextrosemegtérhelésre a vércukorgörbe nem ritkán szabálytalan, a vércukor gyorsan emelkedik és gyorsan csökken, a hypoglykaemia reactiv tünetei igen erősek. Normalis vércukorszintben és glykosuria nélkül a szénhidratanyagcsere megváltozása az insulinérzékenység megváltozásában is megnyilvánulhat, legtöbbször a fokozott insulinérzékenység értelmében. A hypothalamus betegségeiben az éhgyomri vércukorérték a normalis alatt is lehet. A nem ritka spontan hypoglykaemia tonusos-clonusos görcsökhöz és epileptiform rohamokhoz vezethet.

A kóros *hízás és soványodás* a köztiagy betegségeinek sokszor igen szembeötlő tünete. Kóros elhízás esetében az arc, a nyak, a mellkas, és a felső végtagok erős lesoványodása mellett igen bőséges zsírfelrakódást látunk a medenceöv- és combokon. Még szembetűnőbb a kóros soványság kórképe, mikor is a zsírpárna megfogyása vagy egyenletesen az egész testen észlelhető, vagy férfiakon nagy ritkán a lesoványodás mellett az eunochoid jellegű zsírelhelyezkedést mutatja. A szemmel látható lefogyással egyidejűleg a belső szervek zsírtartalma is csökkent. *Marsovszky dr.*-al végzett kísérleteimben kísérleti állatok agynyomásának chronikus fokozásával a máj, a vese és az izomzat zsírájának megfogyását észlelhettük, ami biztosan a fokozott agynyomás következményének volt tulajdonítható. Ismeretesek a hypothalamus betegségeiben azok a néha igen kifejezett testsúlyingadozások, melyek a táplálékfelvétellel, mint egyedüli okkal, nem hozhatók összefüggésbe, sőt nagymérvű fogyás kóros polyphagiával egyidejűleg is előfordulhat.

A *vérvnyomás* kóros viselkedése szintén nem tartozik a hypothalamus betegségeinek ritka tüneteire. Míg a kórosan fokozott vérvnyomás ezekben a betegségekből legtöbbször fixált és ekkor a legtöbbször már amúgyis meglévő fejfájáson és szédülésen kívül más tünetet nem okoz, addig alacsony, vagy normalis systolés vérvnyomásban is az ú. n. hypodynamiás functiózavar sok panaszt okozhat a betegnek. Ez a functiózavar, melyet *Schellong* orthotikus hypotoniának nevez, abban nyilvánul, hogy a keringés külső körülmények változása esetén nem tud alkalmazkodni, így pl. felálláskor a systolés és a diastolés nyomás nagyfokban csökken és nehezen mérhetővé válik, majd hanyattfekvéskor újra gyorsan visszatér az eredeti értékhez. A vérvnyomás gyors süllyedése igen kellemetlen subjectiv gyengeségérzéshez vagy akár ájuláshoz vezet. *Schellong* szerint a hypodynamiás functiózavar oka a splanchnicus terület compensatiós érzéskülésének kimaradása felálláskor, mert a központi impulzusok hiányoznak.

Gyakoriak a hypothalamus betegségeiben a *genitális zavarok*, melyek gyakrabban a nemi működések csökkenésében, ritkábban ezek fokozódásában nyilvánulnak. A menstruatio rendetlenné válása vagy teljes elmaradása, a libido és a potentia csökkenése és a külső nemiszervek csökkent fejlődése vagy sorvadása a gyakoribb, a sexualis koraérettség vagy hypersexualitás pedig a ritkábban észlelhető tünetek közé tartozik.

A genitális zavarok gyakran a *növekedés zavarai*val egyidejűleg észlelhetők; a növekedés zavara vagy csak egyes testrészekre terjed ki, úgymint az akakra, mikor is mind a lágyrészek, mind a csont hypertrophizál, vagy akromikria kórképében atrophizál, vagy pedig az egész testre terjed ki a növekedészavar. Ritka tünetként említem a hemiatrophíát és a hemihypertrophíát. A növekedés zavaraiiban a lágyrészek és csontokon kívül a zsigerek is résztvehetnek (splanchnomegalia, splanchnomikria.)

Pigmentanomaliák és trophiás zavarok egyes klinikai kórképekben gyakoriak és ilyenkor igen jellemzőek. A bőr halvány, vagy barnás-szürke, néha kifejezett hyperpigmentációval; igen jellegzetes a striae distensae típusos localisatiója és vöröses-kékes színe, az arc feltűnő vörös színe, az akrákra vagy az egész testtakaróra kiterjedő cyanosis. Kisebb vagy nagyobb területek anarcája ritkán bár, de előfordul. Vastag haj és hypertrichosis, vagy vékony, töredező haj, hajhullás, a szemöldök, szempillák, hónalj és szeméremszőrzet teljes elvesztése a betegnek igen jellegzetes külsőt kölcsönözhet. A körmökön töredezés, sárga elszineződés, óraüvegformájú kivájtás és hyperkeratosis keletkezhet.

A vérkép változásával központi befolyások hatására különösen Hoff foglalkozott sokat és bár adatai nem maradtak ellenmondás nélkül, mégsem mondhatók teljesen alaptalanoknak. A vörösvérsejtek szaporodását nem egy, előadásom elején felsorolt betegségben láthatjuk, sőt a Cushing syndromában ez a legállandóbb tünetek közé tartozik. Ismeretes továbbá az agykamrák levegőtöltése és egyéb, a III. agykamra és környékének akut betegsége után észlelhető, kifejezett leukocytosis, mely rendszerint a vérkép balratolódásával együtt jelentkezik és egyéb vegetatívan innervált életfolyamatok megváltozásával egyidejűleg jelentkezik.

Némely hypothalamus eredetű tünetcsoportban, így pl. a Simmonds-félében az anyagcsere megváltozása a cardialis tünetekhez tartozik és a klinikai kórkép megnyilvánulásában is domináló szereppel bír. A köztiagy eredetű anyagcsereváltozások közül subjectív panaszokat jóformán csak a kórosan csökkent alapforgalom okoz, a kórosan fokozott csak igen ritkán. Basedowot, ill. hyperthyreosist ismertettek akromegalia, enkephalitis, szénmonoxydmérgezés, Erdheim-féle tumor, göcos köztiagygyulladásal társuló parkinsonismus és cerebriális sklerosisban. Gyakoribb azonban az anyagcsere kóros változásának klinikai tüneteket alig okozó formája, mely a betegnek subjectív panaszokat egyáltalán nem okoz és csak az anyagcsere exact mérésével mutatható ki.

A hypothalamus betegségeiben fontosabb és gyakoribb tünetek közül végül a gyomor-bélcsatorna, valamint egyéb hasi szervek részéről előforduló panaszokat és tüneteket kell még megemlítenem. Itt kevésbé az elsőnek Cushing által leírt és részben megerősített, részben cáfolt gyomor- és bélulcusok, valamint nyálkahártyaerosiókra gondolok, melyek a köztiagy, illetőleg a hypophysis-köziagyrendszer betegségeivel hozhatók kapcsolatba, hanem a gyakran észlelhető anorexiára, az epigastriumban és a jobb bordaív alatt jelentkező fájaldalmakra, melyek ulcusi és cholelithiasist utánozhatnak és spastikus tünetekre a gyomor-bélcsatorna részéről, melyek a betegnek sok panaszt okoznak és gyógyításuk vagy enyhítésük csak a kóroktan helyes felismerése után sikerül.

A hypothalamus betegségeinek tünettáiban legvégül említsem azokat a tüneteket, melyek bár állatkísérletben sok szorgos kutatás tárgyát képezték már, a betegágyban azonban csak ritkán észlelhetők és így még több és pontos megfigyelésre szorulnak. Ide tartoznak a légzés és szív működés megváltozása, epileptiform rohamok, zavarok a könny és nyálérválasztásban, valamint a nyálkahártyasecretióban, az oculopupillaris tünetek és a hólyag működési zavarai.

A hypothalamus betegségeinek tünettáiban tehát mind olyan tünet szerepel, mely a vegetatív életfolyamatok megváltozásának következménye. A tünetek monosymptomásan, kettesével-hármasával, vagy csoportosan jelentkeznek. Egyes tünetek gyakoribb együttes

előfordulása vitathatatlan, máskor azonban kaleidoskop-szerű csoportosulásban jelentkeznek, anélkül, hogy ennek, vagy különböző helyek betegségeinek azonos tünetekkel jelentkezésének mindig kielégítő magyarázatát tudnánk adni. Néhány vegetatív életfolyamat kóros változása körülírt sejtcsoportok betegségével hozható kapcsolatba, nem szabad azonban ezeket az ún. vegetatív magvakat izolált élettani központoknak tekinteni, mert csak az egész szervezet harmonikus együttműködése biztosítja az életben oly fontos szereppel bíró vegetatív funkciók zavartalan lefolyását.

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

A gyermekkori acut dementia új formája.

Irta: König Gyula dr. és Zimányi István dr.

A gyermekideggyógyászat aránylag eléggé ismert fejezete a dementiával járó kórképek. Több olyan betegséget ismerünk, amely előbb-utóbb elbutulással végződik. Egymástól való elkülönítésükkel a multban kevesebbet törődtek, mert ezek a kórképek azelőtt leginkább idiotia, mikrocephalia, epilepsia, Little-kór, stb. diagnosis alatt szerepeltek, ma azonban, a klinikai vizsgálómódszerek kifinomodásával a gyermekorvosnak is mindinkább alkalmat nyílik, egyrészt anatómiai localisatio, másrészt szükség esetén is vivo elvégzett szövettani vizsgálatok révén a különböző, több-kevésbé súlyos psychés és somatikus tünetekkel járó, rövidebb-hosszabb időn belül elbutulással végződő gyermekkori kórképek egész sorát elkülöníteni. Különösebb diagnostikai nehézséget azok a kórképek okoznak, amelyeket rohamokban fellépő görcsök kísérnek, mert a gyermekkori görcsök kóroktana és elkülönítő kórisméje még nem eléggé tisztázott fejezete a paediatricának.

Intelligenciadefectus és affectuszavar igen sokféle abnormalis agyi folyamat következménye és kísérő jelensége lehet. Azokkal a szerzett, acut dementiákkal járó defectpsychosisokkal, amelyek eredetét kétségtelenül traumára, vagy gyuladásra vezetjük vissza, itt részletesebben nem foglalkozunk. Ezzel szemben a tisztázatlan aetiológiájú csecsemő és gyermekkori elbutulások egész sorát ismerjük, amelynek többé-kevésbé jól definiálható klinikai tünetcsoport s ennek megfelelően jellemző kórbonctani kép felel meg s amelyek alább közlendő eseteinktől jól elkülöníthetők. Ide soroljuk a familiaris amaurotikus idiotiákat (infantilis Tay—Sachs, juvenilis Spielmeyer—Vogt), a Heller—Zappert által leírt dementia infantiliist, az epilepsiát, a Friedmann f. pyknolepsiát, a familiaris myokloniát, az agylues egyes következményeit (progressiv paralysis), a Heller—De Sanctis által leírt dementia praecocissimát. (Ez utóbbi a szerzők többsége szerint a dementia praecox keretébe tartozna.) Ugyancsak ide tartozik a familiárisan megjelenő Pelizaeus—Merzbacher f. betegség és az először Heubner által diffus agy-sklerosis néven leírt betegség is, amelynek számos többé-kevésbé jól elkülöníthető változatát különösen amerikai szerzők írtak le különböző néven. (Diffus agy-sklerosis Scholtz, infantilis cerebral sklerosis Sherman, De Witt, B. Roman, stb., corticalis sklerosis Brønson, encephalitis periaxialis diffusa Schilder, Vorster, Drought, stb.)

Egy előbbi közleményünkben (Zimányi) agy-sklerosis néven felhívtuk a figyelmet az acut elbutulás egy esetére. Alább, minden valószínűség szerint nem is olyan ritka, de eddig még nem ismert kórképet ill. kór-folyamatot ismertetünk eseteinkkel, amelyek leletei a

már közölt esetről meggyőzőbbek ill. kórszövettani elváltozásai részben kifejezettebbek.

Eseteink a következők:

1. L. S. 3 és fél éves cigányleány, anyja öccsének 10 éves fiától eltekintve, aki dadog, származásáról említésreméltó nincs. Anyja 10 terhességéből az ötödik és hetedik második hónapra abortus. Betegünk a kilencedik terhességéből, rendes időre, normálisan született, jól fejlett volt és azonnal sirt. Statikai funkciói, fogzása rendszeren folyt le. Exsudatív jelenségeket nem észleltek. Ritka náthától eltekintve beteg nem volt. Hét hónapos korában hmlő ellen oltották, rá három napra — láz nélkül — kezei, lábai görcsösen összeszorultak, szemeit forgatta, eszméletét elvesztette, bevizelt és beszélt. A roham kb. 8—10 percig tartott. Ezután egy hétre megismétlődött s ettől kezdve mind sűrűbb lett, előbb csak nappal, később inkább éjjel. Felvételét megelőzően kb. másfél hónappal még beszélt, érdeklődött, figyelt, székletét-vizeletét tartotta, de ez idő óta 1 héttig egyáltalában nem beszélt, alig evett valamit, székletét, vizeletét magaalá bocsájtotta s felvételét megelőző 3 hét óta összefüggéstelenül és igen keveset beszél, de csak erőltetéssel etethető. Rohamai olykor naponta 6—8 szor ismétlődnek s utána néha 2 óra hosszát is eszméletlen.

zetű plasmája, a sejtmag nem egyszer oldalranyomott. Az apicalis nyújtvány rendszeresen messze követhető. Egy esetben körülírt gliaszaporulattal kísért ducsejtszétéseket is láttunk. Érkörűli beszűrődések nincsenek. A velőállományban értékelhető eltérést nem láttunk. *Dg.: Idiült lebontással és neutralis zsír felhalmozódásával járó kérgi folyamat. (Benedek professor.)*

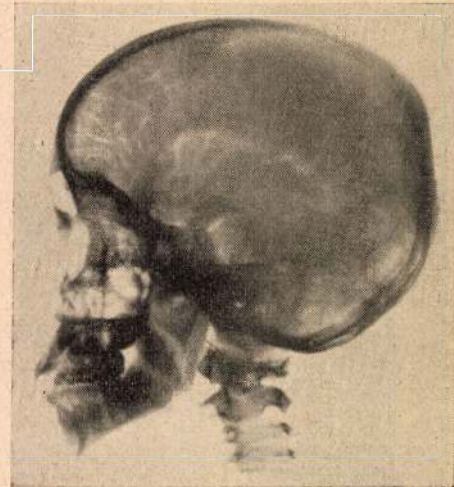
2. Sz. J. ugyancsak 3 és 1/2 éves fiú gyermek, akinek családjában sem felmenő, sem oldalágon terheltségre utaló adat nincs. A szülők amennyire visszaemlékezni képesek csak magyar nevű ill. származású felmenők vannak. A családban sem lues, sem tbc. nem fordult elő. Betegünk az anya rendes lefolyású egyetlen terhességéből született gyermeke. — Ab.: ∅. A kis fiún kilenc hónapos koráig semmi rendelleneset nem vettek észre. Ekkor azonban minden előzmény nélkül alvás közben, szemei hirtelen fennakadtak, kezeivel-lábaival rángatózott, de utána nem vizelt be. (Megelőző traumáról nem tudnak.) A roham pár percig tartott, utána sirt, nem aludt el. A roham után kb. 6 héttel — görcs, vagy láz nélkül kibujt az első foga. Három hónap múlva, járás közben, minden előzmény nélkül, jobb szájzuga hirtelen elhúzódott, szemei fennakadtak, majd gyorsan forogni kezdtek, 15 hónapos korában szépen beszélt, feltűnően okos volt. A görcsös rohamok 2 éves koráig körülbelül



1. ábra.

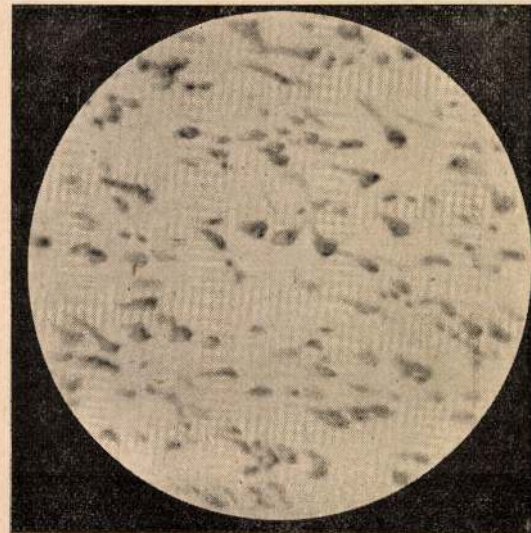


2. ábra.



3. ábra.

Rövid statusa: Jól fejlett, erősen lesoványodott, halványbarnabőrű leánygyermek, akinek fejkörfogata 46,5 cm, testsúlya 11 kg., testhossza 85 cm. (l. az 1. sz. ábrát) Szemei értelmesek, de 1—2 incohaerens, rosszul kiejtett szón kívül (adjál) nem beszél. Hangulata rendkívül könnyen esik egyik végteléből a másikba. Ha nem kap enni, keservesen sír, de ha csiklandozzák azonnal nevet. Nyála folyik, sokat köpköd. Tüdő, szív részéről kóros elváltozás nem észlelhető. Lép, máj nem tapintható. Csont, ízület, izomrendszer részéről kóros eltérés nem észlelhető. Nemi szervek külsőleg normálisak. Járása nem egészen egyenletes, kissé szélesebb alapú, olykor fejével rotáló mozgást végez. Az idegrendszer részéről kóros eltérés nem észlelhető. Hgb.: 90%, vörösvértestszám: 3,640.000, fehérvérsejtszám: 13, 400, ebből 3% St., 26% Segm., 70% Ly., 1% Pl. Vértestsúlyedése Linzenmayer sz.: 3 óra 18 perc. Mantoux (1:10.000) és Ectebin reakciók, WaR és MTR negatívak. Vérsérum összlipoid tartalma: 0,71 mg%. Líquor vizsgálata a köv. eredményt adta: közepes nyomással ürülő viltiszta líquor, amelyben a globulin reakciók (Pandy, Zaloziecki—Grahe, Nonne—Appelt, Ross—Jones, Weichbrodt, Braun—Hussler) negatívak. Fehérjetartalom diaphanometriás eljárással 24 mgr. % Cuor: 72,5 mgr. %, sejtszám: 6. Üledék negatív. A 40 cm levegő segítségével végzett encephalographia a homlok lebenynek megfelelően nagyfokú levegő felhalmozódást, ugyanott a gyrusokat keskenyeknek, a sulcusokat tágaknak és mélyeknek mutatta. (l. 2. és 3. ábrát). Diagnosisunk megerősítésére a bal homloklebeny felett az os parietalel megfúrva agypunctiót végeztünk. Az agypunctatum szövettani lelete: (l. 4. sz. ábrát.) A cylinderek alsó kéregrésztleteket és velőállományt tartalmaznak; tehát épen a kéreg-velő állomány határát látjuk. Zsirkészítményeken a ducsejtek, a gliaelemek és a capillárisok körűli adventitiális sejtek sok neutralis zsirszemcsét tartalmaznak. Ennek megfelelően Nissl készítményekben feltűnik a ducsejtek helyenként habos szerke-



4. ábra.

három hónaponként ismétlődtek meg s mind hosszabb ideig tartottak. Két éves kora után előfordult, hogy naponta kétszer is voltak görcsök. Ekkor már bevezető sikitás után rendszerint hirtelen elesett, szemei fennakadtak, kezei-lábai görcsbe szorultak, végtagjaival csavaró mozgásokat végzett. Utána ekkor már nem sirt és előfordult, hogy el is aludt. A klinikai felvételt megelőző egy év óta, hetenként-kéthetenként, gyakran sorozatosan ismétlődnek meg a görcsök. Rendszerint este kezdődnek s óránként-másfélóránként ismétlőd-

nek meg, reggelig tartanak. A felvétel előtt három hónappal szülei azt vették észre, hogy már nem olyan okos, mint annak előtte. Előbb ugyanazokat a kérdéseket többször egymásután ismételve tette fel, környezetével a kapcsolatot mindinkább elvesztette. Később székletét-vizeletét sem tudta tartani. Mind kevesebbet beszélt. Két hónap óta 2—3 szószul kiejtett szón kívül semmit sem beszél.

Rövid statusa: Közepesen fejlett és táplált fiúgyermek, akinek hajas fejbőre mélyen a homlokába benőtt. Fejkörfogata 49 cm. Fülcimpái alig fejlettek, lenőttek. A szemöldökök feltűnően fejlettek. Szív, hasiszervek részéről kóros eltérés nem észlelhető. Mindkét oldalt határozatlan jellegű Babinski-r. váltható ki. Egyébként sem tonus, sem reflex anomalia (bőr, in, tonusos reflex) nem mutatható ki. Mérsékelt strabismus convergens van. Járása kissé tántorgó, bizonytalan. Időnként el is szédül. Igyekszik minél hamarabb négykézlábra eszkezkdni. Környezetével egyáltalában nem képes contactust felvenni, a parancsokat sem érti meg. Székletét, vizeletét maga alá bocsátja. Legprimitívabb óhajának sem képes kifejezést adni, sem szavakkal, sem jelekkel. Teljes szellemi vaksága ellenére arckifejezése psychés statusával szemben értelmesnek mondható. (l. 5. sz. ábra.) Fundusa ép. Ectebin r. erősen positiv. Röntgen átvilágítással főleg a j. o. erősebb hilus látható, összefolyó árnyékot adó puha mirigyekkel. J. o. paravertebralisán, felül, zöld mandulányi, a középpárnyékból félkóralakúan kiemelkedő, élesszélű, egynemű homály látható. Dús élettenszélű ágazat a hilusok körül. Hgb.: 75%, vörösvértestszám: 4,360.000, fehérvérsejtszám: 9200, emeiyből 1% a Tu, 41% a Segm., 56% Ly., 1% Mo, 1% Eo. Vörösvértesttüledése 1 óra 30 perc. Az 50 ccm levegővel készített encephalogramm

tipikusan egyes szavakat mondogat, felfogó és megjegyző-képessége ugyszólván semmi, ughyogy a hozzá intézett leg-egyszerűbb parancsokat sem fogja fel, ill. érti meg. A teljes idiotiának megfelelő szellemi állapota ellenére motorikája és mimikája teljesen normális gyermek benyomását kelti. Az elvégzett összes vizsgálatok (neurologiai, szemészeti, vér, liquor) negatívok. A görcsök szaporodnak és a kezdetet követő másfél éves periódus alatt számuk fokozatosan 15—20-at ér el, miközben típusuk a legnagyobb változatoságot mutatja, — az egyszerű absencetól a legkülönbözőbb petit mal formájú attacka-okon át a legsúlyosabb grand mal megjelenésű rohamokig. A görcsök már nem csak tonusosak, hanem clonikusak is, praedilectiós localisatiót nem mutatnak. Az egészen nagy adag (napi 30 ctgr. Sevalal, vagy 15 ctgr Sevalal + 40 ctgr Prominal, vagy ugyanezeknek brommal való combinatiója) is alig befolyásolja a görcsök számát és intenzitását. Erélyes tejinjectiós kúrára átmeneti javulás állott be. A kórkép másfél éves fenállása után végzett encephalogramm az egész homloklebeny kifejezett sorvadását mutatja, mély sulcusokkal, sorvadtt gyurusokkal. Az encephalographia elvégzése után állapota ismét romlik s bár a görcsök száma kifejezetten csökken, de nagyfokú adynamia és a cerebellaris ataxiára emlékeztető, valószínűleg frontális eredetű járászavar mutatkozik, tántorgással, úgy hogy 5—6 lépésnél többet nem is tud megtenni, mert elesik. Ebben az időben arckifejezése már bamba, mimikája elvész, nyál-folyás jelentkezik, majd hólyagzavarok lépnek fel.

Negyedik esetünkre, amelyet idetartozónak vélünk, már fenntebb utaltunk, — agysclerosis néven már közöltük. Sp. M. 10 éves 29.7 kg súlyú, 129 cm magas, 52.2 cm fejkörfogató, egészséges sváb szülők fiúgyermke. Apai



5. ábra.



6. ábra.



7. ábra.

az előző esetenél is kifejezettebb homloklebenytáji levegő-felhalmozódást, elkeskenyedett gyurusokat, tág és mély sulcusokat mutatott (l. 6. sz. ábrát). Diagnosisunk biztosítására ezen betegünkön is agypunctiót végeztünk. Az agypunctatum szövettani lelete: A cylindereken kéreg és veifállomány egyaránt foglaltatik, egyes metszetekben a teljes kéregretegződést át lehet tekinteni. Herxheimer-féle zsirfestéses készítményekben az erecskéik adventitiájában kevés neutralis zsir; ilyen szemcsék elvéve a glia elemekben is felbukkannak. Velő-idegrostkészítmények negatívek. Sejtfestéses készítményekben a 3 rétegben néhány halványabban festődő ducsejt, gliareactio nélkül. Dg.: kétségtelen kóros elváltozás nem mutatható ki. (Benedek prof.) Lumbal punctiókor közepes nyomással viztiszta liquor ürül, amelyben a globulinreactiók negatívak, fehérjetartalma diaphanometriával 27 mgr %, cukor: 67 mgr %, sejtszám: 4, üledék negatív. Gdlsol, benzoegyanta és bicolorált mastix reactiók, mint a schellack és egyéb kolloid reactiók, Takata-Ara r.: negatívok. WaR, MTR úgy a vérben, mint a liquorban negatív.

3. H. J. leánygyermek, fiatal szülők gyermeke. Időre született, normális szüléssel. Családi anamnézise idegrendszereleg negatív. Anyai nagyatyja potator volt. Két és fél éves koráig testi és szellemi fejlődése kifogástalan, sőt az átlagon jóval felüli volt. Ekkor minden előzmény nélkül, eleinte ritkábban, — napjában egy-kétszer — majd gyakrabban, öt-hatszor a salaamgörcsökre emlékeztető, rövid ideig tartó, tonicus jellegű görcsrohamok jelentkeztek, amelyek tartama alatt az öntudat zavart. Enuresis, enkoprosis nincs, utána nem alszik. A rohamok jelentkezésével egyidejűleg gyors szellemi hanyatlás indul meg, amely három hónap után odáig fejlődik, hogy a gyermek már csak stereo-

nagyapja balkezes, apja férfitestvérenek 14 éves leánya dadog, szellemileg visszamaradott. Betegünk testvérei (első és negyedik terhességből származók (egészségesek és szellemileg jól fejlettek. A harmadik terhesség halvszületéssel végződött. Szülei az utóbbi három év alatt nagy változást vesznek észre. Az első elemi osztályt, mint jó tanuló végezte el, okos, élénk gyermek volt. Az iskolaév végén észrevették, hogy gyengébben figyel, tanulását elhanyagolja, gyakran pislog, szeméit furcsán tartja. A II. osztályban már feltűnően gyengén tanult, — elégtelen bizonyítványt kapott, a III. osztályba már be sem iratták. Kb. 3—4 hónap mulva, hogy szokatlan szemjátékát, tanulmányi visszaesését észrevették, szemforgatások kíséretében többször eszméletét is veszítette, de nem rángatózott. Az eszméletvesztés eleinte kb. havonként, majd minsűrűbben ismétlődött meg. Érdeklődése fokozatosan csökkent, mind kevesebbet beszélt. Kb. fél évre rá, hetenként, 4—5 naponként voltak eszméletvesztéssel járó rohamai, de ezek abban különböztek az eddigiektől, hogy a bevezető hangos sikoltás után, szemforgatások közben egész testében megfeszült, kezeivel bizonytalan merrev mozgásokat végzett, bevizelt. Utána nem aludt s pár perc múlva felületes kábultságából magához térve jól érezte magát. Ez idő óta alig beszél, etetni kellett s csak segítséggel tudott járni. Megemlíti a szülők, hogy öt éves korában autó ütötte el, feje ekkor könnyebben megsérült, de utána azonnal játszott s a jelen betegségig nem is vettek észre rajta semmit.

Statusát a következőkben foglalhatjuk össze röviden: A jól táplált, kissé alacsonyabb termetű, előrehajlott testtartású banba arckifejezésű fiúgyermek belső szervei kórosat nem mutatnak, (l. 7. sz. ábra). Vállizomzata kissé gyen-

gében fejlett, vállal lecsapottak. A felső végtagok tonusa csökkent, ízületek lazák. Patella és Achilles inreflexek élénkek, kóros reflexek nem válthatók ki. Járása apró léptű, bizonytalan, egyenetlen, lábfejét ilyenkor erősen befelé rotálva tartja. Idegrendszeri eltérés nem észlelhető. Szemfenék ép. Alig mond egy-két szót, de nevét megmondja. A 34 napi klinikai tartózkodása alatt öt alkalommal volt sorozatos rosszulléte. Sem a rohamokat, sem a rohamokra való készséget nagy adag nyugtatók nem befolyásolták. (Egy alkalommal 34 ctgr. i. m. + 20 ctgr. Sevalnal per os.) Rohamok után olykor feltűnően élénkek látszott, mintha psychéje valamelyest feltisztult volna. Ilyenkor többet beszélt, a hozzáintézett szavakat, rövid mondatokat gépiesen többször is elismételte, nevetett, tréfálkozott, környezetét tréfásan ijesztgette. Előfordult azonban ezzel ellentétesen, amikor rohamok után 1—2 napig teljesen negativistikussá vált. Hangulata általában igen hullámzó volt. Vér, liquorvizsgálati eredmények negatívak voltak. Az enkephalogram a homloklebeny sorvadását, mély sulcusokat, tágult oldalkamrákat mutatott. (l. 8. sz. ábrát.) Az agypunctióval nyert agyrészecskék sajnálatos módon a velőállományból valók voltak s így a folyamatra vonatkozólag felvilágosítást nem adhattak.

Betegeinken külsőleg látható, kiemelendő testi jeleket nem figyelhettünk meg. Sem koponyaalakjukat, sem koponyaméreteiket közös tulajdonságok nem jellemzik. Különösen feltűnő azonban, hogy a betegek arckifejezése általában értelmes még a szellemi hanyatlás előrehaladott szakában is. Testtartásuk ilyenkor ernyedtt, fejelmezetlen, mozgásuk ügyetlen, differenciálatlan, lassú. Mozdításukat ekkor már, általában a primitív elemekből összetevődés jellemzi (rhythmisálás, perseveratio), a mozgások következményét nem mérlegelik, hiányzik a mozgás ésszerű alkalmazása. A betegek intellectusára elsősorban nemcsak annak fejlődésben megállása jellemző, hanem az is, hogy a megmaradt fokon az értelem egyenetlen. Általában betegeinken a betegség folyamán az intellectus az affectussal szemben mind-



8. ábra.

inkább és rohamosan háttérbe szorul, tehát *intellectualis dementiával* állunk szemben. Az intellectus nagyfokú csökkenését az is jellemzi, hogy differential psychikus reakciókat egyáltalában nem észleltünk. Noha betegeink jól láttak és hallottak, olykor már az egyszerű észrebevételt is befolyásoltuk találtuk, de különösen az észrebevétel mégértése, a személyek és tárgyak felismerése volt zavart. Az emlékezés, tehát az engrammképzés szinte teljesen hiányzott. Az affectivitást, az általános zavar keretén belül ugyancsak károsultnak találtuk. Az öröm, kedv, harag, düh, fájdalomérzés többé-kevésbé fejlettek voltak. Eseteinkben az elbutulás, tehát a szellemi élet nagyfokú szegénysége a teljesítmények niveaujának igen kifejezett csökkenése, a fogalmak szétesése és eltűnése mellett a beszéd majdnem

teljes hiánya jellemzi, amivel szemben a mimika motorikája, — a jelek szerint adaequat lelkiháttér nélkül aránylag jól megtartott volt.

A testi jelekkel és a psychikus tünetekkel ellentétben klinikailag, az enkephalogramtól eltekintve a kórkép igen szegényes. Neurologiailag teljesen ép viszonyokat találtunk. (Egy esetben bizonytalan Babinski-r.) Mind a négy esetünkben a lumbal punctiókor normalis nyomással ürülő víztiszta liquorban kóros nem volt kimutatható. Normalis eredményeket adtak a különböző vér- és serumvizsgálatok is (Vérkép, süllyedés, serum Ca, P, Cl, RN, complementkötés, vérszír). Eltérést csak a fehérvérsejtszám megszorodásában találtunk (10.000 körül), normalis qualitativ viszonyok mellett. Ugyancsak említésre méltónak tartjuk, hogy egyik esetünkben a Takata—Ara-reactio és az ezzel párhuzamosan meghatározott serumfehérjefraksiók eltérést mutattak a görcsös roham alatt és a rohamközti időszakban. Figyelemreméltó, hogy két esetünkben erősen positiv Ecktebinreactio és friss, egy lebenyre localisált specificus infiltratiót találtunk. A szemfenéki vizsgálat eseteinkben normalis viszonyokat mutatott.

Eseteinkben jellemző volt az *enkephalographia* eredménye. Különösen a homloklebeny nagyfokú sorvadása tűnt fel, amely mellett a kamrák tágassága, a sulcusok széles és kimélyült voltát figyelhettük meg. Kórszövet-tani vizsgálatot három esetben végeztünk. Két esetünkben az agypunctio sikerült. A punctiót bal oldalt a tuber frontale alatt, kb. két harántujjnyira a közepvonaltól végeztük. Egyik esetünkben (4. sz.) a punctatum csak velőállományt tartalmazott s így a leletet értékesíteni nem tudtuk, másik esetünkben (2. sz.) a punctatum kérgi elváltozásai csak a 3. sejtrétegnek megfelelően mutattak eltérést. Harmadik esetünkben (1. sz.) az észlelt kérgi elváltozást a kórfolyamat lényegére elsősorban jellemzőnek tartjuk. A 2. sz. esetünkben, miután az *enkephalographia* a homloklebenyt sorvadtnak mutatta, a kórkép klinikai megjelenése a többi eseteinkével feltűnően megegyezett, a kórszövet-tani lelet szegénységét annak tudjuk be, hogy a punctio a kórszövet-tani characteristikus elváltozás szempontjából nem épen szerencsés helyen történt.

A betegség lefolyásának megfigyelésére vonatkozólag aránylag rövid idő állott rendelkezésünkre. Eseteinket fél-másfél év óta észleljük. Különösen jellemzőnek tartjuk a hirtelen kezdetet a sorozatos rohamokkal jelentkező görcsökkel. Ezt követi gyorsan a teljes elbutulás. (Három esetben kb. három hónap alatt, egy esetben kb. egy év alatt). A görcsrohamok mindinkább szaporodnak és súlyosabbakká válnak. Egyik — második éve észlelt — esetünkben a sorozatos görcsök szinte naponta, 15—20-szor is megismétlődnek. A nagy adagban nyújtott csillapítók nem befolyásolják sem a görcsök számát, sem azok erősségét.

A görcsök megjelenési formájában, lefolyásában, tartalmában széles átmenetet észleltünk, a legenyhébb absencetől, petit maltól, az epileptiform tonicus-clonicus görcsökig, amelyek rendszerint sorozatosan jelentkeztek. A görcsös állapot minden előzetes megérzés, lehangoltság, szorongóérzés bevezetése nélkül hirtelen következik be. Öt percnél tovább tartó görcsös állapotot nem észleltünk. A betegek görcs alatt vagy után nem szoktak bevizelni, beszélni, s a görcsös állapot elmúltával ritkán aludtak. Egyik-másikon inkább fokozott élénkséget tapasztaltunk s rövid időre a psyche is feltisztultnak látszott.

Feltűnő, hogy betegeink arckifejezése az elbutulás után is sokáig értelmes maradt s hogy a tünetek megjelenéséig szellemileg korukat meghaladóan fejlettek. A

már kifejtett szellemi functiók egyrészt leépítődnek, a felfogóképesség csökken, az emlékezés gyengül, az associációk hiányossá válnak. Míg a psyche productiv functiói aránylag hamar károsodnak, a reproductiv functiók, — ha meg is lassubodnak —, de csökkenésük aránylag késői és fokozatos. Ez Stertz megfigyelésével ellentétben áll, amennyiben ő az elbutulási folyamat e típusát a durvább agyfolyamatokban (nagyobb sérülés, daganat) észlelte, míg a diffus folyamatokra az egyenletesen előrehaladó psychikus kieséseket tartja jellemzőnek.

A betegség folyamán a mimika hosszabb ideig jó. Az idegrendszer minden esetben épnek találtuk (agyidegek, reflexek, tonus). A kórkép előrehaladtával azonban a frontalis ataxiára emlékeztető járástypus fejlődik ki. A betegek igen hamar kifáradnak s rendszerint 2—3 lépés után leülnek, vagy négykézlábra ereszkednek. A fenti tünetek mellett diagnosisunkat alátámasztja az enkephalogramm, mely eseteinkben a frontalis lebenyeknek megfelelően nagyfokú levegőfelhalmozódást, tág kamrákat, széles és mély sulcusokat mutatott. Biztos kórhatározást azonban csak az agypunctatum szövettani feldolgozása adhat.

A gyermekkori görcsökkel, görcsaequivalensekkel kísért, dementiaiába hajló kórképek esetén a fentiekben vázolt kéregfolyamatra is kell gondolni. A kórképet klinikailag a görcscomplexum és a dementia fellépése jellemzi. Elkülönítő diagnostikában tehát a görcsök és a dementia elkülönítésének van nagy jelentősége. Tudjuk azonban, hogy a gyermekkor különösen disponál görcsökre. Ezért a kórkép helyes felismerésének és egyéb dementiaiktól elkülönítésének nagy jelentősége van. Bischoff a görcsöt okozó lehetőségeket chronikusan és acut módon ható factorokra osztja fel. Gött szerint viszont a gyermekkori görcsök organikusak és functionalisak lehetnek. Ha az általunk leírt kórképet egyéb görcsrel járó kórképektől akarjuk elkülöníteni, leginkább célravezető, ha mindkét szempont figyelembevételével igyekszünk a diff. diagnosist megállapítani.

Szempontunkból a hirtelen ható factorok által okozott görcsök alig jönnek szóba. Eseteinkkel kapcsolatban lázas állapotot, sem a betegség kezdetén, sem későbbi lefolyása során, — még átmenetileg sem tapasztaltunk. A hirtelen, lázzal kezdődő betegségeket, amelyek görcsök kísérhetnek, szintén számításon kívül hagyhatjuk. Azoktól a betegségektől elkülönítése, amelyek ugyancsak hirtelen, de láz nélkül is kezdődhetnek, — agythrombosis, agyembolia, Virchow-féle enkephalitis interstitialis congenita, kephalhaematoma int. — localizált, anatómiai leasióra utaló tünetek (parésisek) reflexeltérések, szemfenéki lelet, stb. és lefolyásuk révén nem okoznak nehézséget. Különös jelentősége a chronikusan lefolyó láznélküli állapotoknak, ill. betegségeknek van. Mivel eseteink egy részében a görcsök már a 7. ill. a 9. hónapos korban jelentkeztek, elsősorban a görcsökkel járó, csecsemőkori kórképeket kell kizárnunk, így elsőnek a spasmophiliát, mely nehézséget rendszerint nem okoz. Ebből a szempontból idesorozzuk a biccentő, tekintő és Saalam-görcsöket is. A hydrocephalus chron. internus, mikrocephalia, porenkephalia, agyi heredo-degeneratiós betegségek, — mint a familiaris amaurotikus idióták, familiaris progressiv cerebralis diplegia, agylues különböző megjelenési formái, — kórképüktől ugyancsak jól elkülöníthetők, organikus tünetek, seroliquorreactióik, szemfenékvizsgálat és esetleges tipikus enkephalogramm által.

A késői gyermekkorban jelentkező görcsök elkülönítése azok organikus vagy functionalis eredete szerint történhet. Természetesen az elválasztás nem vihető

mindig hiánytalanul keresztül. A functionalis eredetű görcsök közé sorozhatjuk a *neurotikus symptomaként jelentkező rohamokat*, amelyek az epilepsiás rohamokat utánozhatják. Azonban a rohamok fellépésének körülményei, száma, módja, megismétlődése (a külvilággal való conflictusokra tekintettel) — nem is szólva az elbutulások tünetek hiányáról, — nagymértékben hozzájárulhat a helyes diagnosis megállapításához. Ide tartozik a *psychopathákon észlelt affectepilepsia* (Bratz), amely rendszerint deprimáló élmények hatására jelentkező epileptiform görcsben nyilvánul meg, valószínűleg vasolabilitás következtében. Ugyancsak *vasolabil gyermekek* észlelhető a Moro—Husler-féle orthostatikus albuminuriát kísérő, rendszerint hosszás állás által kiváltható (lordosis) görcs, vagy ájuláshorham. Hovatartozásának kétséges volta miatt itt említjük meg az ú. n. *Spätekklampsiát* (Thiemich, Mann), amely ugyancsak epileptiform görcsokban nyilvánul meg, inkább idősebb gyermekeken. Husler 1—2 év alatt elbutult esete valószínűleg azonban már az általunk ismertetett kórképbe tartozott és csak a teljes átvizsgálás (enkephalographia) hiánya miatt soroltattott e szerző által a „*Spätekklampsia*” keveset mondó csoportjába. A Friedmann és Heilbronner által leírt ú. n. „*gehäuften Absenzen*” 4—5 éves korban jelentkezik és 1—2 másodpercig tartó eszméletzavarban nyilvánul meg, melyet néha enyhe motoros jelenségek kísérhetnek. A kórképpel kapcsolatban, — évekig tartó fennállás ellenére — karakterváltozást nem észleltek, a szellemi fejlődés zavartalan. A szerzők véleménye szerint ez a kórkép az epilepsiától elkülönítendő. A Friedmann által leírt *pyknolepsiát* petit malok formájában jelentkező gyakori roham jellemzi. Az iskolás kor elején jelentkezik, a pubertásig tart. Prognosisa jó. A pyknolepsiások ugyancsak bróm-luminal resistensek. Glanzmann és Copulsky az epilepsiához sorolják. Kórképünket a *familiaris myokloniától* (myoklonus epilepsia) a görcsroham karaktere különbözteti meg. Ez az öröklékeny betegség rendszerint a gyermekkori második felében tipikus epilepsiás görcsökkel jelentkezik, majd egymásután, rendszertelen villámszerű izomrángások észlelhetők, amelyek az álomban sem tűnnek el teljesen. A betegség évtizedek után végződik elbutulással. Noha elkülönítés szempontjából — gyakoriságánál és tünetei sokfélesége miatt is a *genuin epilepsia* a legfontosabb, vele kapcsolatban csak annyit jegyzünk meg, hogy többek között a családi anamnesis, a hosszú lefolyás, az azzal kapcsolatos szellemi állapot esetleges lassú megváltozása s nem utolsósorban a roham jellemző megjelenése, azok a momentumok, amelyek az elkülönítés megkönnyítéséhez hozzásegíthetnek. Brom-luminállal befolyásolható.

Míg az eddig felsorolt betegségekben, ill. állapotokban elsősorban a görcscomplexum állt előtérben s psychikus tünetek, az elbutulás csak mint esetleges másodlagos tünet szerepeltek; a továbbiakban átmenetképpen az elsősorban dementiaival járó kórképekhez, — az Ibrahim által adott *spasticus cerebrosinialis symptomacomplexum* név alatt szereplő kórformákat említjük meg, mint amelyek differentialediagnostikai szempontból nehézségeket okozhatnak, bár a spasticitás és az ezzel járó reflex-eltérések, — ellentétben az általunk leírt esetekkel — mindegyik idetartozó kóralaknál megtalálhatók. A kórszövettani vizsgálatok pedig a velőállományban mutatják a jellemző eltéréseket, míg kórszövettanilag megvizsgált eseteinkben a velőállomány eltérést soha sem mutatott. Az idetartozó kórképeket Bielschowsky és Henneberg ajánlatára *leukodystrophia cerebri hereditaria progressiva* néven foglalták össze s két csoportját különböztetjük meg: a) *subacut juve-*

nilis formát (Scholtz), amely a gyermekkorban kezdődve, fokozódó szellemi elesettséggel mellett az összes végtagok spasticus bénulásával, süketiséggel, megvakulással jár. A betegség tartama 1—3 év. Kórszövettanilag a nagyagyhaemisphaerákban kisagyban, agyszárakban, hidlábakban, pyramispályában észlelhető symmetricus velőtenedés jellemzi. b) *chronikus formája* a Pelizaeus—Merzbacher-féle typus, amely rendszerint az első hónapokban kezdődik nystagmus, fejforgatás kíséretében. Lassanként spasticus contracturák, vele párhuzamosan mérsékelt szellemi visszamaradottság, bradylalia fejlődik ki. Trophikus vasomotoros zavarok, hiányzó hasfalreflexek, pozitív Babinski reflex s a mély reflexek fokozódása jellemzi még a kórképet, amely rendszerint fiúknál fordul elő. Ritkában észlelt, de differenciáldiagnosztikai szempontból fontos kórkép az, amelyet általában *enkephalitis periaxialis diffusa* (Schilder) néven ismernek. Mint a bevezetésben is megemlítettük, ezen elnevezés alatt valószínűleg számos betegség rejlik, amelyek Ibrahim szerint később talán különböző csoportokba lesznek oszthatók. Jellemző, hogy a kora gyermekkorban lépnek fel s feltartóztathatatlanul progrediálnak. Egy-két év, de nem ritkán (Gasul) 1—2 hónap alatt a fokozódó intelligencia defectus a teljes dementiáig súlyosodhat. A testi és szellemi zavarok jelentkezése nem mindig követik egymást. A motoricus zavarok közül leginkább az epileptiform-apoplectiform rohamok, a végtagok, törzs és arc spasticus állapotai mozdulatlanúság, beszéd és nyelésizavarok, szemmozgászavarok (nystagmus, strabismus) észlelhetők. Korai tünet lehet esetleg a pangásos papilla is (Heubner). Mindezek a somatikus jelenségek az általunk leírt kórképekben, még a késői stadiumban is teljesen hiányoztak. Előfordulhat azonban, hogy elhúzódó lefolyás mellett féloldali bénulásokkal kísért epileptiform görcsöket, fokozódó pseudobulbär paralyssal, korai centralis vakságot, ataxiát, süketiséget észleltek. (Zappert egy esetében epileptiform rohamokkal kísért progrediáló pseudobulbär syptomacomplexumot észlelt nem lényeges intelligencia csökkenés mellett, amely több évi fennállás után teljesen visszafejlődött és meggyógyult.) Kórszövettanilag a kötőszövet és a velőállomány támasztósejtjeinek jelentős megszaporodása mellett a ganglionáris elemek relatív intact volta jellemző. Schmaus szerint interstitiális gyuladással folytat. Schilder szerint a szövettani kép a következő: A nagy agy velőállományában nagyobb kiterjedésű góccok vannak, amelyekre főleg a velőhüvely kiesése, zsíros lebontása jellemző. Peripheriásan az erek körül gyuladással reagáló észlelhető. A centralis gliás hegesedés teljesen, vagy nagy mértékben megkiméli a tengelyfonalat.

Az ezután megemlítendő kórképekben az eddigiekkel szemben az elbutulás tünetcomplexuma áll előtérben. A *dementia infantilis* (Heller—Zappert) néven ismert kórképre jellemző, hogy a fejlődés kb. a harmadik évig mindenben normális. Ekkor félelem, izgatottság, beszélőképességszökkenés kíséretében teljesen negatív neurologiai lelet mellett nagyfokú intellectualis és affectív elbutulás következik be, — a korábbi intelligens arckifejezés megtartásával. Míg Weigandt organikus, endogen agyelfajulásnak tartja, Montesano a schizophreniához sorolja. Eseteinket főképp a görcsök és a jellemző enkephalographiás lelet különítik el ettől a kórképtől. Ugyancsak a schizophreniához tartozónak vélik a *Sante de Sanctis* által leírt *dementia praecoxisimá*-t is. A kora gyermekkorban jelentkező *dementia praecox* változatos tüneteivel ugyancsak diagnosztikai nehézségeket okozhat. Igen ritka gyermekkori betegség a Heubner által *diffus agysclerosis* néven leírt kórkép,

amely 6—8 éves korban, fejfájással, szédüléssel, epileptiform rohamokkal beszéd zavarral, az alsóvégtagok spasticus bénulásával kezdődik s progrediálva az egész motilitást, a magasabb psychikus functioikat megsemmisíti. Fél- másfél év alatt teljes elbutuláshoz vezet. — Eseteinkben spasticus — pareticus tünetek teljesen hiányoznak. — Mint elkülönítő kórisme szempontjából ugyancsak szóba jövő, de gyermekkorban igen ritka megbetegedéseket megemlítjük a *multiplex sklerosist*, *sklerosis tuberosát*, *diffus gliomatosis*, *poineuritist*, *Wilson-féle betegséget* és a *pseudosclerosist*, amelyek azonban gazdag neurogilai leletükkel eseteink negatív neurologiai statusától mindig elkülöníthetők.

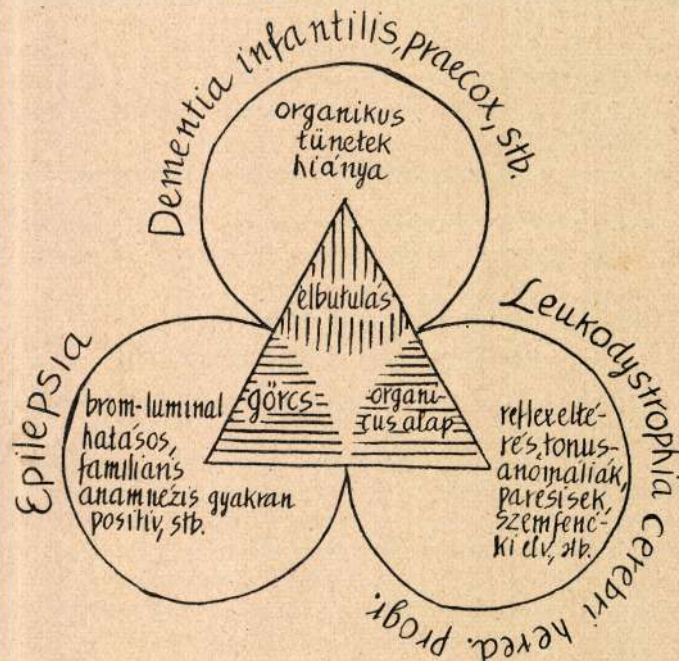
Összefoglalás: 1. Eseteinkben a fejlődés (szellemi és staticai functioik) hosszabb-rövidebb ideig teljesen normális volt és csak a normális periodus után jelentkeztek az első tünetek, amelyek,

2. eleinte csupán motoros jellegűek voltak s leginkább a genuin epilepsiára emlékeztettek, de antiepilepticumokra nem reagáltak.

3. Ezekhez a tünetekhez, legkésőbb $\frac{1}{2}$ —1 év leforgása alatt súlyos psychés jelenségek társultak, amelyek nagyon rövid idő alatt (1 év, 2—3 hónap) teljes elbutuláshoz vezettek.

4. Ugyanekkor azonban a *motorica* és mint annak a legkifejezőbb része a *mimika*, még sokáig intact maradt. A teljesen elbutult gyermek értelmes benyomást kelt és *neurologiailag* (reflexek, tonus anomáliák, stb) sokáig semmi értékelhető tünetet nem mutat.

5. csupán, már az elbutulást követő későbbi stadiumban léptek fel *ataxiás* (rendszerint frontális typusu) jelenségek.



9. ábra. A vázlat, eseteinknek az elkülönítő kórisme szempontjából számbajövő három legfontosabb kórformához, ill. tünetcsoporthoz való viszonyát, ill. a velük szemben elfoglalt helyzetét ábrázolja.

6. Az *enkephalogramm* jellemző képet ad.

7. Egy esetben *agypunctióval* kifejezett frontális kéregsorvadást állapíthattunk meg, egy másik esetben csak a 3 réteg sejtjei mutattak eltérést. Gyuladással kórszövettanilag jelenségek, velőállomány szétesésére utaló tünetek a punctatumból nem voltak kimutathatók.

8. Az organikus idegrendszeri tünetek hiánya (spasticitás, paresis hiánya) az eddig leírt, elbutulással járó görcsös betegségektől, a pozitív enkephalographiás lelet;

esetleg front. kérgi szövettani lelet az organikus idegrendszeri tüneteket nem mutató egyéb acut elbutulásos formáktól, (dementia praecocissima, genuin epilepsia) különíti el élesen. (L. mellékelt vázlatot.)

Ha tehát nem gondolunk már korán a kezdődő szellemi hanyatlás korában a fent leírt syndromára és nem végezzük el az ilyenkor egyedüli támpontot adó encephalographiát, — esetleg a frontalis lebenyből történő agypunctios vizsgálatot, — akkor úgy a kórfolyamat lényege, mint a rossz prognózisa tekintetében könnyen tévesen ítélnénk.

A kóroktan tisztázatlan s jelenleg eldönthetetlen. Mint oki momentumok, elsősorban az öröklés tényezői jöhetnek szóba. Eseteink anamnezisében azonban támpontot erre nézve nem találunk. A csiraártalmak szerepe (alcoholismus, lues, fertőző betegségek) kétséges. Hajlamdefectusra utaló adatok a rendelkezésre álló anamnesisében nem fordulnak elő. Egyik esetünkben a káros jelenségek kezdete előtt kb. 2 évvel koponya-sérülés történt. Előre ment agy és agyhártya betegségek feltételezésére okunk nincs. Vérrokonság egyik esetünk felmenőinél sem fordult elő. Az utóbbi időben gyakran szerepelnek az irodalomban az első szülés, törvénytelen szülés, koraszülés és a szülők életkora, mint praedisponáló körülmények szellemileg deficiens utódok nemzésénél. Eseteinkben erre vonatkozólag sem találtunk felhasználható adatokat, mint ahogy morphium, cocain, stb. élvező sem fordult elő családjukban. Ma még az sem dönthető el minden esetben, hogy primár idegrendszeri folyamattal állunk-e szemben, vagy az idegrendszeri elváltozások nem csupán részjelenségei-e egy általános, súlyos anyagcsere zavarnak. — Ha azonban a jövőben ilyen esetekre gondosabban figyelünk és mint eseteinkben is a neurológiai status pontos feldolgozása mellett egyéb (vérchemiai, szövettani, örökléstani, stb.) vizsgálatokat is elvégzünk, akkor talán lehetőség nyílik a kórképek aetiológiájának és pathogenezisének megismerésére.

Az Erzsébet Tudományegyetem Orvosi Fizikai Intézetének közleménye (Igazgató: Császár Elemér ny. rk. tanár.)

Egyszerű módszer lázhőmérők hitelesítésére.

Irta: Orbán György dr. egyet. magántanár, adjunktus.

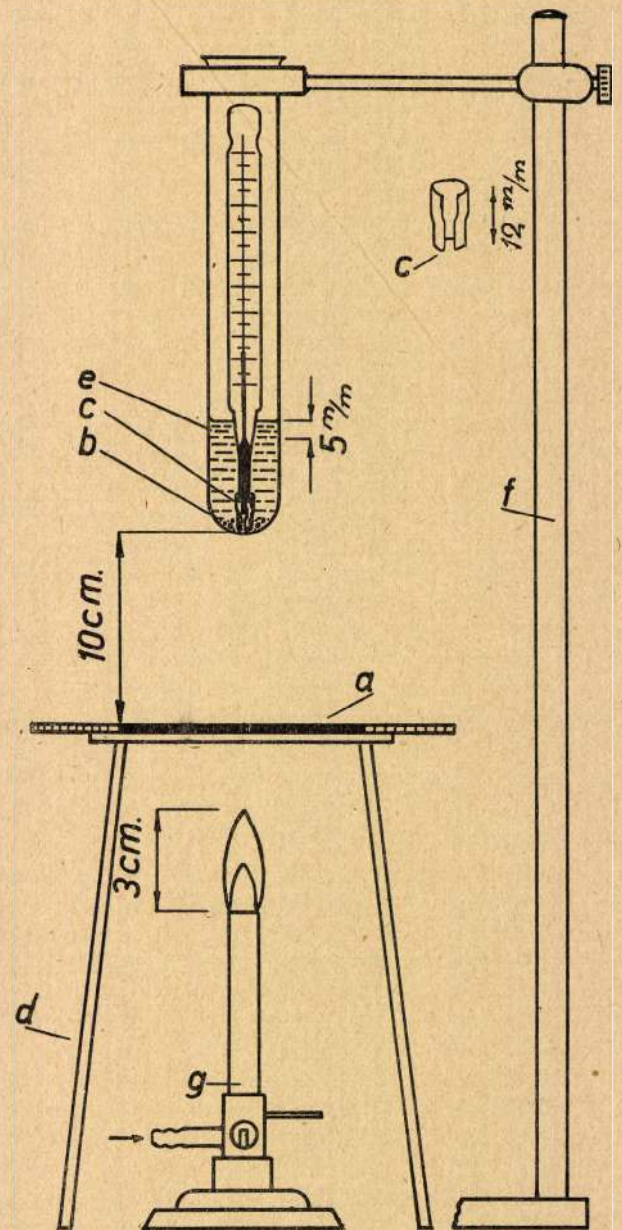
Gyakran merül fel kétely hőmérők megbízhatósága iránt. A közönséges hőmérők ellenőrzése úgy történik, hogy először forró víz gőzében, majd olvadó jégben megállapítjuk a két alappontnak, $0\text{ }^{\circ}\text{C}$ -nak és $100\text{ }^{\circ}\text{C}$ -nak helyességét. Ez a módszer a lázhőmérőnél természetesen nem használható. A magyar gyártmányú lázhőmérők skálája $34\text{ }^{\circ}\text{C}$ -nál, sokon már $33\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on kezdődik. Ilyen hőmérők hitelesítésére észleleteim szerint jól alkalmazható az aethylaether forráspontjának megállapítása.

A IV. kiadású Magyar Gyógyszerkönyvben szereplő aetherkészítmények közül a kivánt célnak csupán az aether ad narcosim felel meg. Ennek forráspontjával $34.3\text{--}34.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ -ot ír elő a Gyógyszerkönyv. Forráspont alatt itt normalis forráspontot kell érteni, azaz a 760 mm Hg-oszlop barométerállásnak megfelelő forráspontot. Minden mm Hg-oszlop nyomáscsökkenésének megfelelő az aethernél $0.04\text{ }^{\circ}\text{C}$ forráspontcsökkenés. Legyen eredetileg az aether rendes forráspontja $34.3\text{ }^{\circ}\text{C}$, akkor pl. 755 mm Hg barométerállásnál $5 \times 0.004\text{ }^{\circ}\text{C}$ -kal alacsonyabban, azaz $34.1\text{ }^{\circ}\text{C}$ -on lesz. Hasonlóképpen 765 mm

Hg külső nyomásnál a forráspont $0.2\text{ }^{\circ}\text{C}$ -kal magasabb, tehát $34.5\text{ }^{\circ}\text{C}$. A barométerállást természetesen a forráspont észlelésének helyén kell leolvasni.

A Merck-féle aether pro narcosi rendes forráspontjával $34.45\text{ }^{\circ}\text{C}$ -ot, a Chinoïn- és Richter-féle aether ad narcosim esetében pedig $34.36\text{ }^{\circ}\text{C}$ -ot mértem.

1. Lázhőmérő-hitelesítés az aether forráspontjának a folyadékban való meghatározása által. Régi szabály az, hogy pontos forráspont-meghatározáskor nem szabad a hőmérőt a folyadékba tenni, mert a folyadék könnyen túlhevül. Mindazonáltal tapasztalataim szerint lehetséges a túlhevülést megszünteni, ha a melegítést nagyon lassan végezzük s ezenkívül porózus anyagok hozzáadásával gondoskodunk a buborékok keletkezésének megkönnyítéséről. A buborékok képződésének elősegítésére igen alkalmasnak találtam a durva reszelővel frissen reszelt faszén (vasalók melegítésére használt faszén teljesen megfelel). A melegítést elég lassúvá tehetjük, ha az aethert kémcsőbe töltjük és langyos, fel szálló levegőáramba helyezük.



1. ábra. Lázhőmérő-hitelesítés aether forráspontjának a folyadékban meghatározásával. a) azbesztes drótháló d) vas-háromláb, g) Bunsen-égő 3–9 cm magas lánggal, f) Bunsen-állvány, b) közönséges kémcső, fenekén 0.15 g reszelt faszénnel; c) 0.1 mm vastag ezüstlemezéből készült elől nyitott cső.

A kísérleti összeállítást az 1. ábra mutatja. Közön-séges kémcső (16 cm hosszú, 15 mm belső átmérőjű) fe-nekére kb. 0.15 g reszelt faszenet szórunk. Azután annyi aethert (kb. 5 ccm) öntünk bele, hogy a hőmérő higany-tartályának felső széle 5—10 mm-re legyen az aether-szint alatt. A hőmérő alján 12 mm hosszú oldalt nyitott ezüstcső van, amelyet 0.1 mm vastag ezüstlemez-ből ma-gunk vághatunk ki és görbithetünk megfelelő alakra. Ennek a csőnek közepét kissé benyomjuk, hogy a hő-mérő csak a közepéig érjen benne és így ne jusson érint-kezésbe a kémcső fenekével. A kémcsövet függőleges helyzetben Bunsen-állványba fogjuk, a cső feneké 10 cm-re legyen a vasháromlábba helyezett azbesztes drót-hálótól. Ilyen távolság mellett nincs tűzveszély. Az az-beszteset alulról 5—9 cm magas Bunsen-lánggal melegít-jük. Ezek az adatok arra az esetre vonatkoznak, amikor a szobahőmérséklet 18° C a kémcső fala vékony jeni üveg a Bunsen-égő csővének belső átmérője 9 mm, az azbeszt-réteg vastagsága pedig 1.5 mm. A fontos az, hogy a me-legítés mértéke olyan fokú legyen, hogy 10 perc alatt a kémcsőben lévő aetherből 3—10 mm magas réteg páro-logjon el. Mérés közben a forrásnak nem szabad meg-szakadnia. A forraláskor először a kémcsövet kell he-lyére illeszteni az azbesztháló közepe fölé, csak azután kezdődhet az azbesztlap melegítése.

A következő táblázat a Merck- és Richter-féle altató-aetherrel a folyadék belsejében végzett forráspontméré-sek eredményét tartalmazza.

Kísérleti körülmények: 748.5 mm. Hg. barométerállás, 29 C° szobahőmérséklet, (0 C°-ra corr. barométerállás 745 mm. Hg.), melegítőlámp magassága 3.5 cm, aetheroszlop magas-sága az epruvettában 4 cm, a higanytartó felett lévő aether-oszlop magassága 10 mm, a kémcső fenekének távolsága az azbeszthálótól 10 cm.

Idő perc	Merck C°	Richter C°
1	33.20	33.12
1.5	33.40	33.20
2	33.90	33.71
3	34.—	33.92
4	34.—	33.92
5	34.—	33.92
6	34.—	33.92
7	34.—	33.92
8	34.—	33.92
9	34.—	33.92
10	34.—	33.92

Mint a táblázat adataiból kitűnik, 3 perc alatt érte el a hőmérő a forráspontnak megfelelő értéket és ez a hőmérséklet a kísérlet folyamán további 7 perc alatt állandó maradt. 10 perc alatt a kémcsőben lévő 40 mm magas aetheroszlopból elforr 9 mm, tehát nem követ-kezett be nagyfokú bepárolódás. Az erősen bepárolódott maradék forráspontja több tized fokkal magasabb le-het már csekély szennyeződés (víz) jelenléte esetében is. A folyadékban való forráspontmérés alapján tehát a táblázat szerint

a Merck-féle aether forráspontja	34.— C°
a Richter-féle „ „	33.92 „

A kísérletek alkalmával a higanybarométerről leolvasott légnyomás 748.5 mm Hg volt, a szobahőmérséklet 29 C°. A 29 C° hőmérsékletű higanyoszlop magasságot át kell számítani 0 C° hőmérsékletűre. A correctiót kielégítő pontossággal úgy hajtjuk végre, hogy sárgaréz- és üveg-skálájú barométernél a szobahőmérséklet adatát eloszt-juk 8-cal és a kapott számot kivonjuk az észlelt baro-méterállásból. Aneroid baraméternél nem szerepel ilyen igazítás. Az adott esetben a correctió $29/8 = 3.6$. 3.6 mm-t levonva az észlelt 748.5 mm Hg barométerállásból, azt

kapjuk, hogy a 0 C° hőmérsékletű higanyoszlopra át-számított, reducált légnyomás 745 mm Hg.

A kétféle aether forráspontját gőztérben is megha-tároztam a szokásos módon ugyanazzal a hőmérővel, amellyel a folyadékban is mértem:

Forráspont 745 mm. Hg.-nál gőztérben történt mérés alapján	Merck	Richter
	C°	C°
Forráspont 745 mm. Hg.-nál folyadéktér-ben történt mérés alapján	33.89	33.82
Különbség	34.—	33.92
	0.11	0.10

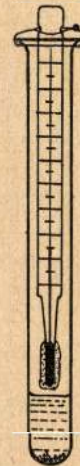
Amint látjuk, a folyadéktérben 0.1 C°-kal magasabb forráspontot mérünk, mint gőztérben. Ez a különbség azonban nem jelent kimutatható túlhevülést. A forrás az epruvetta fenekéről indul ki, amelyre 40 mm aether-oszlop hydrostatikai nyomása rehezedik, ennek megfelel 2 mm Hg-oszlop. Hogy a forrás létrejöhessen, az epru-vetta fenekén a gőznyomásnak 2 mm Hg-vel nagyobb-nak kell lennie a külső légköri nyomásnál. A 2 mm Hg nyomásnövekedésnek pedig megfelel 2×0.04 C°, vagyis 0.08 C° forráspontnövekedés. A forralócső alján tehát 0.08 C°-kal nagyobb-nak kell lennie a folyadék hőmér-sékletének a barométerállásnak megfelelő forráspontnál. A buborékok elkeverik a folyadékot és ezt a nagyobb hőfokot mutatja a hőmérő is. A fenti adatok mutatják, hogy kereken 0.1 C° correctió levonása után a gőztér-ben és a folyadéktérben mért forráspontok kitűnően egyeznek. Mivel a lázhőmérő adatainak pontossága 0.03 C°, ezért a túlhevülés ennél a módszernél nincs befolyás-sal.

Fentebb a Merck-féle aether rendes forráspont-jául 34.45 C°-t, a Richter-félénél pedig 34.36 C°-t adtunk meg. Ez a mérés a Physikalisch-Technische Reichsan-stalt által újonnan hitelesített hőmérővel történt. 745 mm Hg-nél 0.60 C° forráspontcsökkenés van, tehát a 745 mm Hg-re tászámított forráspontok 33.85 C°, ill. 33.76 C°. Összehasonlítva ezeket az adatokat a folyadéktérben mért forráspontokkal:

Forráspont 745 mm. Hg.-nál	Merck	Richter
	C°	C°
Ugyanaz H ₂ jelzésű lázhőmérővel folya-dékban mérve 0.1 C° levonva	33.85	33.76
Különbség	33.90	33.82
	0.05	0,06

Látnivaló, hogy lázhőmérőnk 33.8 C°-nál a kelletté-nél 0.05 C°-kal magasabb értéket mutat. Ez a hiba nem számít. A hőmérőt használhatónak minősítjük.

Lázhőmérőt úgy hitelesítünk a forró aether folya-dékában mért forráspont alapján, hogy a hőmérőn ész-



2. ábra. Lázhőmérőhitelesítés kémcsővel csekély mennyiségű aether gőztérben. A hőmérő higanytartályára vékony vatta-réteget erősítünk. Ezt mérés előtt aetherrel átmedvesítjük. A kémcső fenekén 0.1—0.2 g horzsakő van.

lelt forráspontból correctióként 0.1 C°-t levonunk és ellenőrizzük, hogy az így kapott érték a barométerállásnak megfelelő aetherforrásponttal megegyezik-e.

A lelt módszer lehetővé teszi, hogy a folyadék túlhevülését a mérési hibák határában belül csökkentjük és pontos forráspontmeghatározást végezzünk mindössze 5 ccm aetherrel. Az eljárás tehát nagyon takarékos.

2. Lázhőmérő hitelesítése gőztérben való forráspontmeghatározás alapján csekély mennyiségű aether felhasználásával. A gőztérben való forráspontmérés a szokásos eljárásnál elég tekintélyes aethermennyiséget kíván meg. Lehetséges azonban csekély mennyiségű folyadék gőztérben is megbízható forráspontmeghatározást végezni, ha a melegítést levegőárammal végezzük. Az 1. alatt leirt kísérleti összeállítást azzal a különbséggel használjuk, hogy a kémcsövet a 2. ábrán feltüntetett módon szereljük fel. Kb. 3 cm magasságig töltünk aethert (kb. 5 ccm) és 0.1—0.2 g horzsakövet teszünk bele. A lázhőmérő higanytartályára vékony gyapotrétet erősítünk. Melegítés előtt ezt rázogatással aetherrel átnedvesítjük (fontos!). A lázhőmérő nyakára hurkot kötünk pl. vékony rézdrótból, ezzel a hőmérőt a kémcső karimájára felakasztjuk. A higanytartály ne legyen 1 cm-nél közelebb az aether felszínhez. A kémcsövet függőleges helyzetben úgy kell befogni a Bunsen-állványba, hogy a hőmérő higanytartályán lévő vatta ne érjen a kémcső falához. A kémcső fenekére 10 cm-re legyen az azbeszthálótól. Az aethert csak annyira szabad melegíteni, hogy 10 perc alatt 10—15 mm magas aetheroszlop párologjon el. Az előző pontban megadott körülmények között ilyen mértékű párologás 9—11 cm magas Bunsen-lángnál következik be. A hőmérő vattáját a 10 percig tartó melegítés után nedvesnek kell érezni. Az alábbi táblázat két mérési sorozat adatait tartalmazza.

Kísérleti körülmények: 7 cm magas láng, a kémcsőben 3 cm magas aetheroszlop szobahőmérséklet a Merck-féle aether vizsgálatánál 28.5 C°, a Richter-félénél 30.5 C°. Reducált légnyomás 747.4 mm Hg, ill. 744.7 mm Hg. Az összes felsorolt mérések a H₂ jelzésű hőmérővel történtek.

Idő perc	Merck C°	Richter C°
1	—	33.15
2	—	33.58
3	33.93	33.75
4	33.95	33.78
5	33.98	33.80
6	34.—	33.80
7	34.—	33.80
8	34.—	33.80
9	34.—	33.80
10	34.—	33.80

Mint az adatokból látható, mintegy 5—6 perc múlva áll be a hőmérsékleti egyensúlyállapot. Ha a higanyfonál állandóan emelkedik az észlelési 10 perc időtartam alatt és nem állapodik meg néhány percre, ez a készítmény szennyezettségére mutat. A szennyezettség jele továbbá az is, (egyébként kifogástalanul végzett kísérleteknél), ha a folyadéktérben és gőztérben végzett forráspontmérések — a correctiók figyelembevételétől — különböző értékeket adnak.

Az észlelt forráspontokban a kétféle aether közt 0.2 C° különbség van. A különbség azonban onnan ered, hogy a Merck-féle aethert 747.4 mm Hg, a Richter-félét pedig 744.7 mm Hg reducált barométerálláson vizsgáltam. A barométerállás figyelembevételével számított normális forráspontok, 34.50 C°, a Merck-féle, ill. 34.41 C° a Richter-féle aethernél kitűnően egyeznek az előző módszerrel kapott és ugyancsak 760 mm Hg-re átszámí-

tott 34.50 C°, ill. 34.42 C° értékekkel. A hőmérő hibáját 34 C°-nál ezzel a módszerrel is + 0.05 C°-nak találjuk.

A magyar hőmérők megbízhatósága. Az utóbbi hónapokban különböző időben különböző helyekről beszerzett 6 magyar gyártmányú hőmérőt összehasonlítottam egy normálhőmérő adataival. Az eredményt a következő táblázat adja meg:

N	34.77	36.24	37.45	38.23	39.52	41.16
H ₁	34.79	36.23	37.47	38.25	39.60	41.20
H ₂	34.82	36.29	37.51	38.30	39.69	41.27
H ₃	34.84	36.30	37.49	38.30	39.63	41.22
H ₄	34.92	36.47	37.69	38.50	39.60	41.01
H ₅	34.79	36.25	37.47	38.27	39.59	41.22
H ₆	34.80	36.29	37.51	38.30	39.59	41.23

N a normálhőmérő adatainak sora, H₁—H₆ a magyar hőmérőké. N adatait a Physilisch-Technische Reichsanstalt által hitelesített hőmérővel mértem. A H₄ hőmérőt leszámítva a H₁—H₆ eszközök adatai egymásközt jól egyeznek, de a valóságos N hőmérsékletekhez képest végig több század fokkal nagyobb értéket mutatnak. Ekkora eltérések a valódi hőmérséklettől azonban a legjobb külföldi gyártmányokon is előfordulnak. A H₄ hőmérő eltérései mindazonáltal túllépnek a megengedett határon.

Végeredményben a magyar gyártmányú lázhőmérők a külföldi gyártmányokkal összemérhetők és joggal örvendhetünk a magyar ipar már eddig elért teljesítőképességének.

A Pázmány Péter Tudományegyetem általános kórtani és bakteriológiai intézetének közlemények. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.)

Különböző saválló baktériumok emberi tüdőgümőkórgócokban.

Irta: Gróh Ede dr.

Az emberi tüdőgümőkórt a kutatók megállapításai szerint többnyire a human gömöbacillus okozza, a bovin bacillusoknak ellenben kisebb szerepük van. Gallinaceust tüdőtuberculosisban eddig senki sem talált. Ismert dolog, hogy az emberi gümöbacillusok telepei az egymásutáni tenyészetekben sem külső formájukat, sem színüket, sem pathogenitásukat nem tartják meg. Ezt a kutatók a telepek ismeretlen okból bekövetkező változásával, ú. n. mutálásával magyarázzák.

A megváltozott törzsek telepei egyes kutatók szerint új formájukat és színüket megtartják, mások szerint a telepek a továbboltásokkal visszaalakulnak és az eredeti törzsek telepeinek jellegét nyerik vissza.

A bacillusok pathogenitása egyesek szerint a telepek sima, félgömb, mások szerint a ráncos egyenetlen voltától függ. Vannak azonban, kik a törzsek sima és ráncos telepeit egyformán pathogennek tartják.

Vizsgálataink 12 felnőtt tüdőtuberculosis esetről szólnak. Kulturáinkat az elhaltak tüdejéből tenyésztettük ki. A gümős szervekből először pépet készítettünk, melyet 25 térfogatszázalékos HCl-el kezelés, semlegesítés és kimosás után festék nélküli Löwenstein-féle tojástartalajra kentünk fel. E táptalajunk kétféle volt: 2.5%-os glicerines és glicerintelen. Használtunk még sautont glicerinnel és glicerinnélkül, azonkívül 4%-os glicerint tartalmazó és glicerinnélküli bouillont is.

Valamennyi tenyészetünk már az első generációban olyan dúsan nőtt, hogy 4—5 heti tenyésztés után típus-megállapítás céljából, mind az állatoltásokhoz, mind a folyékony és szilárd táptalajokon történt tovább-

oltásokhoz felhasználhattuk. Kísérleti állataink tengerimalacok, nyulak és szücsök szerint tyúkok voltak.

Az eddig ismert vizsgálatok alapján valamennyi törzsünk jellegzetes humánnak bizonyult, de a pálcikák szerkezeti vizsgálata alapján, amely a carbolfuchszinnal vitalisan festett és a nativ készítményekben 1800-szoros nagyítás mellett történt, megállapítottuk, hogy törzseink nem tiszták, noha telepeik színre, alakra nézve nagyjából egyformák voltak. A Ziehl—Neelsen-készítményekben, nem tekintve a pálcikák különböző nagyságát és alakját, többféle színárnyalatú (élénk-, sötét-, vagy kékes-piros) bacillusokat találtunk, jelöljük annak, hogy egyes pálcikák fuchszinnal nemcsak különbözőképpen festődnek, hanem még az utófestéshez használt methylenkéket is némileg felveszik, amely jelenség a fuchszinnal telített tuberculosisbacillusokon nem észlelhető, mert ezek a Ziehl—Neelsen-festéskor fuchszinnal annyira telítődnek, hogy az utófestéket már felvenni nem tudják. Ezek alapján kulturáinkat tisztaságra a legnagyobb gonddal vizsgálni kezdtük. E vizsgálat két irányban történt: egyrészt 1—1 telepből 10 ccm phys. NaCl oldattal rázó lombikban suspensiót készítettünk, azt konyhasóoldattal 100., 1000, 10.000 stb-szerre hígítottuk és a különböző hígításokból 1—1 cseppet a tojás táptalajokra oltottunk, másrészt kulturáinkat thermostatban tartva az egyes telepeket 10-szeres lupával időnként megvizsgáltuk. Így láttuk, hogy a telepek körül hol lágyabb, hol keményebb s nem egyszer a telep színétől és külsejétől eltérő udvar fejlődött s vagy ezen udvarból, vagy a telepek oldalából vagy a tetejéből, színre és külsőre teljesen különböző másodlagos telepek nőttek ki. 3—4 hó múlva a telepek udvarai összefolytak és az egész táptalajt nedves, vagy száraz, esetleg váltakozva száraz és nedves, néha tarka színű lepedék vonta be, melyből a légkülönbözőbb telepek álltak ki. E telepek, melyek saválló bacillusokból álltak, a fejlődés folyamán többé-kevésbé meg is változtak aszerint, hogy melyik kolóniatypus, vagy másodlagos telep fejlődési viszonyai váltak kedvezőbbé s így melyik jutott túlsúlyba. Mi a másodlagos telepekből és az összefolyt különböző részekből is készítettünk suspensiókat, a fent vázolt módon, de akármilyen módon jártunk is el, egyazon eredményre jutottunk: különböző típusú szintenyészeteket nyertünk, amelyeknek saválló pálcikái belső szerkezetüket tekintve egymástól eltértek. Megtörtént, hogy egyetlen telepből 5 különböző törzset tudtunk elkülöníteni. E törzsek évek óta tartó állandó átoltások ellenére jellegüket megtartották s azt semminemű külső behatással (szobahőn és jégscrényben különböző ideig tartva) megváltoztatni nem tudtuk. A nyert típusoknak ezen állandó volta, valamint az, hogy az eredeti törzsek egyes telepei évek óta, az állandó átoltások ellenére is változatlanok, bizonyítja, hogy az új típusok az eredeti tenyészetekben is jelen voltak s nem az eredeti törzsekből hasadtak le, tehát azokkal fejlődési kapcsolatuk nem lehetett. Vizsgálataink folyamán feltűnt, hogy az eredeti törzsek human jellegű telepeiben noha azokban többfajta saválló bacillusok is voltak, e típusok jellege még sem bontakozott ki azonnal, hanem csak hónapok múlva, ami talán amellettszól, hogy az új típusok fejlődése egyidejű gátolva volt. E jelenséget vizsgálatnak vetettük alá, melynek eredményéről annakidején beszámolunk.

A nyert típusok a következők voltak:

1. Típusos human törzs, melyben mindig maradt néhány bovin szerkezetű pálcika és ezektől a törzset kitisztítani nem lehetett;

2. Jellegzetes bovin törzs, melyet tisztán is megkaptunk;

3. Dysgoniás, a szilárd táptalajon apró üvegszerű félgömböket képező, a folyékony táptalaj felületét vékony hártáival bevonó, tehát bovin típusú törzs. E törzsünk mindennemű kísérleti állatra teljesen apathogen volt. A bőr alá oltott állatokon az oltás helyén kemény, de nem sajtos göb fejlődött, mely hetek múlva eltűnt. E törzsünk tehát mindezek alapján avirulens bovin lehetne, ha a pálcikák szerkezete ennek ellent nem mondana. A pálcikák szélessége 0.3 μ -nál, hosszuk 0.5—0.8 μ -nál nagyobb sose volt. A pálcikák egyenesen festődtek és oszlással szaporodtak. Többnyire V-alakban behajlítva, diplococcusok alakjában láttuk őket. Ilyen bovin bacillusokat mi sohasem láttunk, tehát e törzsünket sem tarthatjuk bovinnak annál kevésbé, mert e törzsünk folyékony táptalajon savat is termelt, már pedig ismert dolog, hogy bovin bacillusok lúgot termelnek.

4. Eugoniásan, fehér zsírfényű félgömbök, vagy koszorúalakú telepekben növe, tehát gallinaceus típusú törzs. A törzs tyúkokra avirulens volt s a folyékony táptalajon azt egyenesen zavarosítva, a lombik fenekén finom szemcsék alakjában egyenesen nőtt. Mi úgy láttuk, hogy törzsünk glycerines táptalajon jobban nőtt, mint a nemglycerinesen, s nyulakra kórokozó volt. Az 1 cg bacillussal bőr alá oltott nyulak lesoványodtak és kb. 4 hét után elpusztultak. Az oltás helyén nem sajtos, kissé vizenyős, kemény göböt találtunk, amely a bőrrel és izmokkal is összenőtt. A szervekben a máj és a lép megnagyobbodásán kívül gümőt nem láttunk, de ezek kaparékában elvéve saválló bacillusokat találtunk. A szervekből kitenyészített kultúrák a beoltott törzssel teljesen azonosak voltak. E törzs tengerimalacokra épp oly kórokozóknak bizonyult, mint nyulakra, de a malacokon sem találtunk gümőt, hanem csak lépés májmegnagyobbodást. A nagyító alatt diphtheriabacillushoz hasonló, szakadozottan festődő, saválló bacillusokat láttunk, melyekben szemcsék nem voltak és a pálcikák fejlődése is megfelelt a diphtheriabacillus fejlődésének. A nagy bacillusok 3—4, sokszor 10 részre, 0.2—1.0 μ hosszú, ú. n. izekre estek szét, melyek bacillusokká fejlődtek.

5. Csak glycerines táptalajon növe, folyékony táptalajon a felületen hártáit képező, a fenéken pedig laza, törmelék alakjában növe, nem zavarosító, erősen saválló bacillusokból álló törzs. Telepei tojástáptalajon egy hét múltán apró, üvegszerű, később kissé sárgás, mindinkább a sötét sárgáig változó, sima, 3 mm-t is elérő félgömböket képeztek, melyek gyorsan nőttek és az egész táptalaj felületét vastkos, lepedékkel bevonták. Tengerimalacokra kórokozók voltak s a májban, lépben cseplezben és tüdőben gümöket okoztak. A bőr alá oltott malacaink 2—4 hó múlva pusztultak el, s gümős göcaikból a beoltott törzssel azonos törzset tenyésztettünk ki. E típus nyulakra és tyúkokra pathogen nem volt. A pálcikák szerkezete, megfelel a diphtheria bacillusok szerkezetének, mégpedig az általánosan ismert Park-törzsnek. Színtelen, festetlen, hosszú fonalakban rendszertelenül válaszfalak keletkeztek, a szomszédos válaszfalak közti részek mindinkább nagyobbodtak és mindinkább savállóvá váltak. A kifejlődött részek a festetlen pálcikákból kiszakadtak és újabb pálcika fejlődött belőlük. E típusunk a folyékony táptalajon szintén savat termelt.

6. Glycerines és glycerinmentes szilárd táptalajon apró üvegszerű telepeket alkotó, lassan szürkés-fehérré, majd kékes-vörössé, egészen lila színig változó s az egész

táptalajt lágy, fénylő lepedékekkel bevonó törzs, mely állatokra pathogennek bizonyult. A bőr alá oltott állatok nem pusztultak el, de az oltás helyén kisebb-nagyobb véres, vizenyős duzzanatot kaptunk, mely csak hetek múlva és csak igen lassan kisebbedett. E törzseink folyékony táptalajt zavarosítottak, savat termeltek és a lombik alján elég gyorsan, finom törmelék alakjában nőttek, míg a táptalaj felületén csak igen későn fejlődött a felületet lassan bevonó, vékony, sima hártya. E törzsben 0.6—0.8 μ széles, 8—10 μ hosszú, egyenletesen festődő pálcikák nőttek, melyek kb. 1—2 μ hosszú darabokra estek szét. E kicsiny pálcikák megnyúltak és ismét több, 1—2 μ nagyságú darabokra estek szét. A fiatalabb pálcikák erősen savállóak voltak, míg az idősebbek savállóságukat elveszítették. A tenyészetek elég gyorsan nőttek, s kb. 1 hét múltán már látható telepeket találtunk, csupa saválló bacillusokkal, de a 4 hetes kulturában már igen sok volt a nem saválló alak is s a telepek lágy, nyálkás színes lepedékké nőttek össze.

A törzsek megoszlása a következő volt:

7 esetben találtunk humant, bovinat, a 3., a 4. és a 6. típust; 2 esetben találtunk humant, bovinat a 3., a 4., az 5. és a 6. típust; 3 esetben találtunk humant, bovinat, a 4. és a 6. típust 1 törzsön belül.

Hogy a különféle saválló bacillusoknak, melyek a gümöbacillusokkal együtt élni és fejlődni képesek, az emberi gümőkórban minő szerepük van, azt a legnagyobb gondnal vizsgáljuk, azonkívül az újabb törzseinket technikánk fejlődésével a különböző típusokra rendszeresen megvizsgáljuk. E beható vizsgálatok alapján állíthatjuk, hogy a különböző saválló bacillusok (saprophyták s többé-kevésbé pathogen csírák) a human, bovin és gallinaceus gümőkór bacillussal együtt sokkal gyakrabban fordulnak elő a gümőkóros esetekben, mint azt eddig gondoltuk. E különféle típusokat a gümöbacillus szerkezetének ismerete nélkül elkülöníteni sohasem tudtuk volna.

Összefoglalás: 12 esetben tüdőgümőkórban elhaltak gümös gócaiból a human s a bovin typus mellett találtunk még 4 fajta, a kísérleti állatokra részben kórokozó, részben csak az oltás helyén beszűrődést okozó, saválló bakteriumot, melyek kulturális viselkedésükben és a pálcikák szerkezetét tekintve az eddig ismert pathogen saválló bakteriumoktól teljesen eltértek; ez azt jelenti, hogy a beható bakteriologiai vizsgálat a tuberculosis lényegébe mélyebb betekintést enged.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Boros József ny. r. tanár.)

A vérplasma phosphatase-tartalmának jelentősége májbetegségekben.

Irta: Zemlén Béla dr.

A vérplasma phosphatase-tartalmának meghatározása jelentős vizsgálati eljárássá vált Roberts megfigyelése óta, ki magas értékeket talált elzáródásos sárgaságban, szemben egyéb eredetű sárgaságok alacsonyabb értékével. Azóta a szerzők egész sora foglalkozott ezzel a fermenttel, de azt a kérdést, vajjon a phosphatase-meghatározás segítségével az elzáródásos sárgaság más sárgaságfajtáktól elkülöníthető-e, egyöntetűen eldönteni nem tudták. Mégis a kutatók legnagyobb része Roberts-hez csatlakozott, aki szerint 10 egységen (E) felüli érték erőművi elzáródás, 10-en aluli egyszerű sárgaság mellett szól. Mások az értékek következtelensége miatt mint

elkülönítő kórismei segédeszközt nem tartják eléggé megbízhatónak.

A phosphatase meghatározásnak nemcsak elkülönítő értéke van, hanem a májműködés milyenségére is felvilágosítással szolgál. E munkámnak éppen az a célja, hogy sárgaságos betegekben összehasonlítsam a phosphataset egyéb májműködési próbákkal és hogy diagnosztikus értékét felülvizsgáljam. A nagyszámú májműködési próba közül összehasonlításul a Takata-reakciót és a galaktose-próbát választottam ki. Az előbbi pár év alatt nagyon használhatónak bizonyult s különösen a májsugorodás kórismezésében van fontos szerepe. Az utóbbi pedig évtizedek óta használatban lévő, bevált vizsgáló eljárás. Mindkettő gyakran pozitív parenchymás ikterusos eseteiben, mechanikusban viszont ritkán, ezért a phosphatase-értékek eltolódásában összehasonlításul szolgálhattak.

Az eljárás a következő volt:

Phosphatase-meghatározás Rothmann szerint. A módszer natrium β -glycerophosphatból lebontott phosphor mennyiségét határozza meg és 100 ccm vérplasmára számítva E-ekben adja meg. Phosphormeghatározás Fiska—Subbarow szerint. A meghatározásokat éhgyomorral vett oxalatos vérplasmában végeztem, mely ugyan a savónál és a hirudinplasmánál kisebb értéket ad, v. ö.: Levi) de előnye, hogy a vér a levétel után azonnal feldolgozható. Megfigyelésem szerint szobahőmérsékleten álló vérben az enzimhatás működni kezd és 24 óra múlva jelentős phosphoremelkedés és phosphatasesüllyedése található.

I. táblázat.
Parenchymás ikterus.

Sorszám	Takata-reakció	Galaktose gr	Serumbilirubin mg o/o	Phosphor mg o/o	Phosphatase	Kórismeret
1.	—	0.2	2.5	5.5	44.5	Xanthomatosis.
2.	+++	6.0	16.0	3.7	16.3	Salvarsanikterus
			3.2	3.1	5.2	
3.	—	4.0	9.0	5.0	11.6	"
			1.0	3.5	13.0	
4.	++	4.2	11.8	6.3	10.3	"
5.	—	5.6	10.4	2.3	9.2	Ikterus simplex
6.	+	—	9.4	2.7	4.9	Ikterus simplex
	++	3.0	1.8	3.8	6.2	
	—	—	1.3	3.6	8.4	
	—	—	0.6	3.0	6.1	
7.	—	7.1	9.6	3.6	6.4	Ikterus simplex-cirrh.!
	+++	—	9.3	3.2	2.9	
	+++	—	5.5	3.3	4.2	
	+++	3.9	1.1	3.9	2.4	
8.	+++	2.3	1.9	2.8	7.3	Ikterus simplex
9.	—	0.6	3.9	3.3	6.7	" "
	—	—	1.7	3.0	3.2	
10.	+	1.1	1.3	3.6	6.4	" "
11.	+	4.0	8.8	3.6	6.4	Salvarsanikterus
12.	—	3.9	4.8	2.8	5.6	Lymph. leukaem. ikt.
13.	—	4.8	18.8	4.5	5.5	Ikterus simplex
14.	—	0.8	4.1	3.1	5.2	" "
15.	—	2.7	4.2	3.4	4.9	" "
16.	—	0.6	1.7	1.8	4.5	" "
	—	0.8	1.7	4.1	4.2	
17.	—	—	10.4	2.6	4.5	" "
18.	—	2.6	3.7	2.8	4.3	" "
19.	—	—	6.4	3.0	4.0	" "
20.	—	4.8	7.0	2.6	4.0	" "
21.	+++	7.5	16.5	5.0	3.3	Salvarsanikterus
22.	—	0.4	2.0	2.8	3.2	Hepat. ikterika chron.
23.	—	0.6	3.8	3.3	2.9	Ikterus simplex
	+	—	1.0	4.3	12.5	
24.	+++	4.6	11.8	1.8	2.7	Atrophia flava f.
25.	+++	5.8	26.0	2.0	1.1	Ikterus simplex gravis
26.	++	4.0	8.9	4.1	0.4	Salv.-ikt. Agranulocyt.

A Takata-reactiót a Jezler-féle módosításban végeztem. (Zemplén.) Galaktose-terhelésre 40 g cukrot használtam és a vizeletben történt kiválasztást mennyileg határozta meg.

Eseteimet a kórisme szerint 3 csoportba osztottam: parenchymás ikterus, mechanikus ikterus és cirrhosis. Parenchymás sárgaság alatt foglaltam össze az ikterus simplexet (u. n. ikterus catarrhalist), a salvarsanikterust és másféle toxikus sárgaságot, ahol az epeutak átjárhatóságát nem erőművi akadály függesztette fel. I. I. táblázat.)

Nagyszámú egészséges és rendes anyagcseréjű egyéneken végzett vizsgálataim szerint a foszphatase 3—5 E. között ingadozik.

A táblázat adatai szerint a meghatározást 26 betegen 38 esetben végeztem el. 26 közül 20-szor 9 E-en aluli és csak 6 esetben találtam 9 E-en felüli értéket. A legmagasabb foszphataset az 1. betegen találtam, ki xanthomatosisban szenvedett (Niemann—Pick?) és parenchymás ikterusa csak mint mellékes lelet szerepelt. A 9 Enél nagyobb értéket mutató esetek között találtunk ezenkívül 3 salvarsanikterust, melyek közül egyben (2.) a folyamat javulásával már rendes értékre szállt le. A 23. esetben a foszphatase a sárgaság csökkenésével egyidőben 2.9-ről 12.5-re növekedett. A betegek legnagyobb részében szabályos, vagy kissé nagyobb értékeket találtam. Határozott süllyedés csak 3 esetben mutatkozott, klinikailag is igen súlyos állapotban. A 24. beteg atrophia flava hepatisban meghalt, a 25.-nek hónapok óta súlyos sárgasága (serumbilirubin 26 mg%) volt és az elzáródás gyanúja miatt műtetre is került. A 26. beteg salvarsan-adagolás után agranulocytosist és sárgaságot kapott. (fvs. 1100, granulocytá —). Összegezve tehát eredményeimet, megállapíthatjuk, hogy parenchymás ikterusra általában 9 E alatti érték jellemző, súlyos májártalom (salvansan) okozhat növekedést, igen súlyos betegség pedig ellenkező hatást válthat ki és az értékek subnormalisak lesznek.

Egyéb májműködési próbakkal összehasonlítva azt találjuk, hogy a Takata-reactio 12, a galaktoze-próba 14 esetben, mindkét reactio pedig 8 esetben volt positiv. Az igen magas és igen alacsony foszphatase értékeket positivnak véve 8 beteg közül 5-ön mind a három próba positiv volt. Ámbár a három reactio a májnak más és más rész működéséről ad felvilágosítást, súlyos kórképek

II. táblázat.
Mechanikus ikterus.

Sorszám	Takata-reactio	Galaktoze gr	Serumbilirubin mg o/o	Foszphor mg o/o	Foszphatase E	Kórisme
1.	—	2.1	1.1	2.9	22.1	epekő
2.	++	3.6	7.2	2.2	17.8	"
3.	—	0.7	3.5	4.1	15.5	"
4.	++	0.6	2.6	2.3	14.2	"
5.	++	—	4.6	1.8	14.6	" , cukorba
6.	—	1.1	1.8	3.8	14.2	gyomorrák
7.	—	0.9	8.0	1.8	13.8	daganat
8.	—	0.2	11.7	3.1	13.5	"
9.	—	0.8	1.2	3.5	10.8	"
10.	—	2.9	2.3	3.0	9.5	"
11.	—	0.1	7.8	3.0	9.5	hasnyálmirigyrák
12.	—	0.8	12.1	3.1	9.4	epekő
13.	—	1.2	2.2	3.5	9.0	"
14.	—	1.9	9.7	3.5	9.0	epehólyagrák
15.	—	—	18.0	3.3	9.5	"
16.	—	2.0	15.0	3.0	8.2	daganat
17.	—	0.9	9.0	2.7	7.3	epekő
18.	—	1.3	7.5	3.8	6.2	hasnyálmirigyrák
19.	—	0.8	5.4	3.0	7.0	epekő
20.	—	3.2	14.0	3.1	2.7	hasnyálmirigyrák

mindhárom irányban positivnak bizonyultak. Kevésbé súlyos állapot csak egyik-másik irányban mutatott eltérést.

A II. táblázatban az elzáródásos sárgaságban szenvedő betegeket foglaltam össze. Itt a foszphatase értékek tetemes növekedése (9 E-en felül) található 19 eset közül 14-szer. Az öt 9 E-nél alacsonyabb eset közül 4 a rendesnél magasabb (7—3.2 E.), az egyetlen subnormalis érték pedig (19. beteg), pangreasfejrákos betegből származik (műtéti diagnosis), hetek óta tartó teljes elzáródással és haemorrhagiás diathesisrel. A Takata-reactio ebben a csoportban 3 esetben (mindig csak ++), a galaktosepróba két esetben volt positiv. A foszphatase növekedése az elzáródás fennállásának idejével és a serumbilirubin nagyságával nem szorosán párhuzamos, tehát a bilirubinaemia, ill. cholaemia nem egyetlen oka az emelkedésnek. Hosszabb ideig fennálló elzáródás ugyancsak mégis az értékek növekedésével jár ugyanazon esetben, mint ezt a 14. betegen látjuk. A növekedés magyarázatához más tényezőket is figyelembe kell venni, melyek közül a májszövet milyensége a legfontosabb. Magas érték létrejötteléhez működésileg ép májszövetre van szükség (túlnyomóan negatív galaktose és Takata-reactio), parenchyma bántalom az értékek süllyedésére vezet.

III. táblázatban a cirrhosisos és ikterus haemolytikus betegeket foglaltam össze. 7 májsugorodásban szenvedőn 9 esetben végeztem el a vizsgálatot és, mint a táblázatból látható, 3 esetben rendes, 3 esetben subnormalis értéket találtam, 1 esetben pedig (3. beteg) a szabályos érték a folyamat előrehaladásával 2.0-ra süllyedt. A májszövet ártalmára utal, hogy a Takata-reactio minden esetben +++-es volt és a galaktosepróba 4 esetben ütött ki positivben. A három legsúlyosabb esetben, hol nagyfokú májártalom felvehető volt, mindhárom reactio positiv eredményt adott.

III. táblázat.
Cirrhosis.

Sorszám	Takata-reactio	Galaktoze gr	Serumbilirubin mg o/o	Foszphor mg o/o	Foszphatase E
1.	+++	7.2	0.4	2.6	5.4
2.	+++	1.5	1.4	3.3	4.4
3.	—	0.4	0.5	3.0	4.2
4.	+++	0.2	0.5	4.0	2.0
5.	+++	1.2	4.2	2.7	3.5
6.	+++	3.8	0.9	2.6	2.4
7.	+++	5.0	0.6	3.0	2.2
8.	+++	8.0	1.1	4.8	0.7

Haemolytikus ikterus.

1.	—	—	4.6	5.0	2.6
2.	—	2.25	1.8	1.7	1.2
3.	—	0.17	2.5	2.0	0.3

Ikterus haemolytikusos (I. III. tábl. 3. eset.) betegeimen is alacsony foszphatase értékeket találtam. Itt a májszövet aránylagos épsége mellett szól a Takata- és a galaktoze-próba negatív volta, ezért ezekben az esetekben a süllyedés oka máshol keresendő. Tekintettel az ikterus haemolytikusos betegek öröklött anomáliáira, a ferment rendszer csökkent értékűsége lehetne az oka, bár bizonyos hogy familiaris ikterus számos esetéről bebizonyították, hogy a máj működése nem kifogástalan.

Áttekintve összes eredményeimet, megállapíthatjuk, hogy ikterus parenchymatosisra szabályos v. mérsékelt növekedett foszphatase-érték jellemző. Hosszú

folyamat, az epefolyás akadályozottságával egyes esetekben 10-en felüli értéket is okozhat. A parenchyma komoly bántalma alacsony phosphataseval jár. Az ikterus simplex legsúlyosabb kimenetele a májzsugorodás s ennek megfelelően cirrhotikus eseteiben alacsony értékeket kaptam. Elzáródásos sárgaságra 9 E-en felüli érték jellemző, súlyos májártalom itt is sülyedésre vezet.

A fentiekből adódik a phosphatase-meghatározás elkülönítő kórismei jelentősége. A phosphatase értékek nagysága a klinikai kép egybevetésével és egyéb májműködési próbákkal összehasonlítva, értékes útbaigazítással szolgálhat a sárgaság milyenségére: elzáródás, vagy parenchymás ikterus? Ezenkívül a májsejtek működési állapotára is következtethetünk, különösen azokban az esetekben, hol a várt magas értékek helyett alacsonyokat kapunk. Tehát a phosphatase meghatározásnak részben mint kórhatározó segédeszköznek, részben mint májfunctiók próbának jogosultsága van a klinikai laboratóriumban.

Összefoglalás: A vérplasma phosphatase-tartalma különböző májbetegségekben az esetek legnagyobb részében jellemzően változik meg. Parenchymás ikterusban normalis, vagy mérsékeltten növekedett, mechanikus ikterusban magas, cirrhotikus esetén és haemolytikus sárgaságban alacsony. — A phosphatase-meghatározás, mint májműködési próba is használható. Bármely eredetű súlyos májártalomban alacsony értékeket találunk.

Az OTI központi betegségmegállapító állomásának közleménye. (Vezető: Csépai Károly egyet. magántanár.)

Ekg-vel kórismézett tetaniás epilepsia.

Irta: Fernbach József dr. és Szandányi Zoltán dr.

Az epilepsziának az a formája, amely tetania, ill. a mellékpajzsmirigy csökkent működése (hypoparathyreoidismus) következtében jön létre, aránylag ritka. Alábbi esetünket közlésre azért tartjuk érdemesnek, hogy a figyelmet e kórképre felhívjuk; egyben vázolni akarjuk azokat a körülményeket amelyek a helyes kórismét akadályozzák és azokat a szempontokat, amelyek megkönnyítik.

Osztályunkra 1939. V. 15-én vettük fel K. M. 35 éves háztartási alkalmazottat. Szülei egészségesek, 7 testvére közül egy gyermekkorában, egy pedig baleset következtében halt meg, két nőtestvére golyvás. Gyermekekorián báránymimlője, vérhasa és szemgyulladás (trachoma?), később többször mandulagyulladás volt, emiatt 1932-ben manduláját kiírtották. Gyermekekora óta golyvás, de ez panaszt nem okozott, csupán hiúságból operáltatta magát meg 1927 febr. 9-én.

1935. óta jellemző epilepsziás rohamai vannak. Felvétele előtt csaknem naponta volt rohama. E panaszai miatt 1938 márciusában és októberében már feküdt két különböző belosztályon, ahol azonban rohamai nem voltak és kórisméje neuropathia, hysteropilepsia volt.

Nehezebb munkára képtelen, mert gyenge, hamar elfárad, mellkasában nyomást érez. A golyvaműtét óta fáj a gyomra. Állandó székrekedése van. Nem fogyott. Tisztulása 4 éve rendetlenül és kevés vérzéssel jelentkezik.

Gyengén fejlett, közepesen táplált beteg. Nyakán per primam gyógyult strumektomiás heg, a gége magasságában tyúktöjásnyi, a nyelvmozgásokat követő terimanagyobodás. Kissé erősebb légzés. A szív nagyságbeli eltérést nem mutat, halk systolés zörejt az összes szíjadék felett. Erverés száma: 84. Vérnyomás: 95/60 Hgmm. Pupillái fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, a jobb tágabb. In- és csonthártáreflexei kétoldalt egyformán jók, élénkek, kóros reflexe nincs. Psychéje ép.

Fulladásos panaszai miatt V. 17-én ekg-vizsgálatot végeztünk (1. ábra.), ami a meghosszabbodott Q—T szakasszal tetaniára ill. hypocalcaemiára hívta fel a figyelmet,

bár a kórelőzményben nyílt tetaniára utaló adat, ill. tünet nem szerepel. Ezért a beteget ilyen irányban kikérdeztük, átvizsgáltuk és így kiderült, hogy a golyvaműtét után kb. 2 héttel kezei ú. n. szülész-kéztartásba és lábai görcsbe húzódtak; szemeit nem tudta mozgatni, szája jobbra húzódtott, eszméletét nem vesztette el. Mindenekszerint tetaniás görcsei voltak. 4 évig panaszmentes volt. Akkor egy ízben izgalom kapcsán kezei a fenti módon görcsbe szorultak. 1935 óta meglévő epilepsziás rohamai mindig tavasszal és ősszel jelentkeztek. Fogai egy év óta rohamosan romlanak. Chvostek és Erb tünet (KZR: 0.5 mA a n. ulnarison) kiváltható. A Trousseau-tünetet nem tudtuk kiváltani. Dermographismus. Szőrzete rendes, haja gyér, nem ősz; bőre sápadt, arcán májfoltok (műtét óta). Vér-cacium (Kramer—Tisdall): 6.2 mg/o (V. 19.). Wa.-r.: neg. Vvs.: 4.400.000, Hgb. 79%, Fvs.: 7000. Vizeletében kóros nincs. Alapanyagcsere +7%. Röntgen: a szív rendes nagyságú, bal kamraíve kissé elődomborodik, a gyomron, nyombélen kóros nincsen, tágabb coecum és ascendens, fokozott haustatio. Az érverés és légzés száma megterhelés után 84, ill. 20-ról 120-ra, ill. 30-ra növekedett és 3 perc múlva ismét a kiindulásra esett vissza. Szemészeti lelet: maculae corneae diffusae o. utr. Réslámpával vizsgálva mindkét, de különösen a jobb lencsében vacuolus elfajulások és elszürkült részek láthatók (Luzsa dr.). Nőgyógyászati lelet negatív.

Ezek alapján felvettük, hogy lappangó, műtét utáni tetaniában szenved a beteg és AT 10 kezelést kezdtünk V. 20-án. V. 22-én kezei ökölbe szorultak, lábai kifeszültek és elvesztette eszméletét. Pupillái gombostűfejnyire szűkültek (az egész roham alatt így maradtak) és fény nem volt hatással rájuk, 15 perc múlva magához tért, azután mélyen aludt. A rohamot egyikünk végigérezte és jellemző epilepsziás rohamnak találta; a pupillaszűkülést volt az egyetlen szokatlanabb tünet. Az A T 10-t rendszeresen tovább szedte, eleinte másodnaponként 20, azután egyideig 30 cseppet. Kórházból történt távozása óta hetekint kétszer 20 cseppet szed. Több rohamra sem a kórházban, sem odahaza (januárban vizsgáltuk utójára) nem volt.

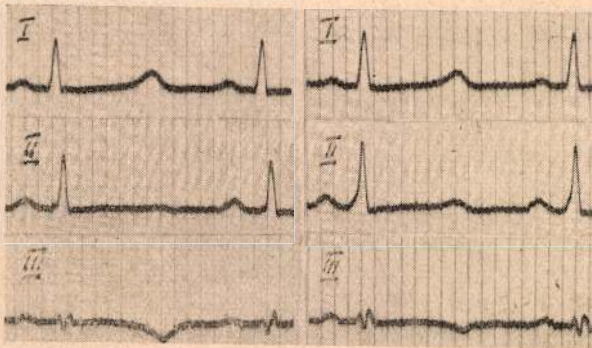
Tehát esetünk idült, lappangó tetania, epilepsziás rohamokkal. Neurastheniásnak látszó panaszai voltak: idegesség, fáradékonyság, gyengeség, fulladás. Az epilepsziás rohamok csak 8 évvel a golyvaműtét után jelentkeztek. Így érthető, hogy késői genuin, vagy tüneti (agyvelőbaj) epilepsia kórismével kezelték éveken át, odahaza is, a belosztályokon is. Valóban csak az osztályunkon bármilyen szívpanasz, vagy arra gyanus panasz esetén szokásos ekg-vizsgálat pozitív eredménye hívta fel a figyelmet a további vizsgálatokra, amelyek bizonyították a tetaniát: csökkent vércaeciumérték, Chvostek-Erb-tünet, lencseelfajulás. Trousseau-tünet nem volt kiváltható, ami idült tetaniában nem ritka. Az epilepsziás rohamok pedig az A T 10 gyógykezelésre elmaradtak; ez a tetania és epilepsia közti összefüggést bizonyítja.

A tetaniás epilepsziával a legtöbb tan- és kézikönyv igen röviden foglalkozik; vagy az epilepsia, vagy a tetania fejezetében éppen csak megemlíti e kórformát, de részletes taglalását nem adja. Legújabbban többek között Hoesch (1938) monographiája a mellékpajzsmirigy epilepsziáról és Sioli (1939) dolgozatai hívják fel a figyelmet az ú. n. túlingerlékenységi vagy tetaniás epilepsziára. A mellékpajzsmirigyelégtelenség (hypoparathyreoidismus) rendszerint idült — esetleg öröklött, családi — betegség, igen változó tünettél. Főtünetei a fogak romlása, törékeny, barázdált körmök, hajhullás, korai őszülés, sürkehályog, az izomzat túlingerlékenysége, csökkent vércaeciumérték, ekg-eitérések (különösen a meghosszabbodott Q—T szakasz) villamos túlingerlékenység (Erb-tünet), belső szervekben görcsök, vasomotoros és sectiós zavarok. A sokféle ideges tünet miatt gyakran neurasthenia, hysteria, psychopathia téves kórismével helytelen kezelésben részesülnek e betegek. Tónusos, tónusos-klonusos, ritkán tisztán klonusos görcsök mutatkozhatnak, néha asymetriásan. Jellemző epilepsziás rohamok is lehetnek, melyek megkülönböztetése a valódi epilepsziától igen nehéz. A rohamok inkább csak alkal-

miak, rendszerint tavasszal és ősszel, izgalmakra, megerősítésre vagy étrendi hibára jelentkeznek. Az egyéniségre hatással nincsenek. Általában élénk, érzékeny, ingatag idegrendszerű egyének ezek, betegségük nem halad előre, elmebeli gyengeség nem következik be, hiperventillációra tetanián reagálnak, cardiazolra viszont nem kapnak epileptikus rohamot. A legfontosabb, hogy a rohamok nem epilepsia-, hanem tetaniaellenes orvoslásra javulnak és ettől teljesen meg is gyógyulnak. Ezért is fontos erre a kérdésre gondolni és ilyen irányban tisztázni az eseteket, mert hiszen a genuin és tüneti (agyvelőgyulladás, stb.) epilepsia legtöbbször gyógyíthatatlan, sorsa mind egyéni, mind eugenetikai szempontból kilátástalan. A műtét utáni tetania gyakran évekig lappang és hirtelen, mint epileptikus roham jelentkezik; *Hoersch* egyik esetében 18 évvel a műtét után. *Sioli* szerint az epilepsia működési, túlingerlékenységi formája ez és az oka nem az agy sajátos epileptikus állapota, hanem az egész szervezet különleges és fokozott görcskésztsége. A görcsök oka valószínűleg motorikus érzavar. Hogy adott esetben erről van szó és nemcsak görcsre hajlamos neuropathiáról, azt a csökkent vércalciumérték dönti el.

A tetania, ill. a csökkent vércalcium (hypocalcaemia) ekg leleteiről 1922 óta tudunk, amikor *Carter* és *Andrus* közölték, hogy két esetükben, 4 és 5 mg% vércalcium mellett, a Q—T szakasz megnyúlt. Az azóta megjelent közlemények ezt megerősítik. Néhány szerző a T-hullámok és az S—T szakaszok kóros változását is észlelte. Calcium befecskendésre, a T. 10 adagolásra ezek az eltérések megszűnnek.

Betegünk ekg-lelete felvételkor (1. ábra): 78-as frequ. sinus rhythmus mellett a Q—T 0.45 (rendesen, *Fridericia* szerint, $0.347 \pm 0.045''$), P—Q: 0.15'', QRS: 0.07'' S—T₁ felfelé homorú, S—T₃ felfelé domború, T₁ pozitív, hegyes, T₂ alig láthatóan pozitív, T₃ negatív hegyes. Az ekg-felvételeket Siemens kis (időjel: 0.05'') ill. nagy, három elvezetéses (időjel: 0.02'' és 0.10'') készülékekkel készítettük a szokásos három végtagelvezetéssel, újezűst elektródokkal; érzékenység: 1 mV: 10 mm.



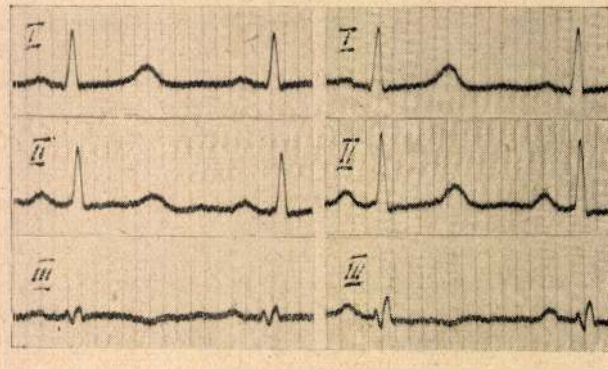
1. ábra.

2. ábra.

Ez eltérések közül a Q—T meghosszabbodás, az alacsony vércalciummal van összefüggésben. A T és S—T eltérésre vonatkozólag a vélemények ellentmondóak és nem tisztázottak. Ezért érdemesnek láttuk megfigyelni, hogy az A T 10-re miképpen és mennyi idő alatt változik meg az ekg-lelet, a fulladásos tünet és a vérnyomás. V. 15-től VI. 2-ig osztályunkon tartottuk a beteget, más kezelésben, mint — V. 20-tól — A T 10-ben nem részesítettük, gyakran ellenőriztük a vércalciumot és az ekg-t; a fontosabb adatokat alább részletezzük:

V. 24-én vércalcium 6.5 mg%, ekg- (2. ábra) lelet: 75-ös frequ. mellett a Q—T még 0.45'' ($0.355 \pm 0.045''$ helyett), S—T₂ és S—T₃ felfelé domború, kissé a nullavonal alatt, T₂ magasabb, T₃ nem olyan mély. VI. 10-én a vércalcium 9.6 mg%, Erb-tünet megszűnt. (KZR: 2.2 mA), időként még fullad,

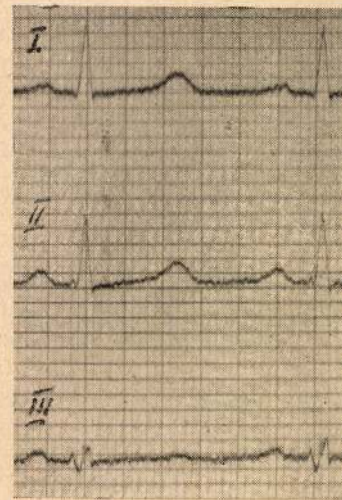
ekg- (3. ábra) lelet: 80-as frequ. mellett a Q—T 0.37 (rendes $0.347 \pm 0.045''$), S—T szakaszok a nullavonalban, S—T₂ és S—T₃ felfelé domború, T₂ még magasabb, T₃ lapos. VII. 1-én nem fullad, vércalcium 10.4 mg%, ekg- (4. ábra) lelet: 82-es frequ. mellett Q—T 0.37'' (rendes $0.347 \pm 0.045''$), S—T₂ és S—T₃ kissé a nullavonal alatt, T₂ olyan magas, mint a T₁, T₃ negatív, lapos. —



3. ábra.

4. ábra.

Tehát a Q—T szakasz hossza, a vércalcium növekedésével együtt, a rendes értékre csökkent. A kóros T₂ és T₃ függetlenül a vércalcium növekedésétől kezdett változni és lassan tért vissza a rendes magasságra és formára. Az S—T-k kisméretű lenyomottsága, nem tekintve az átmeneti kisebb ingadozásokat, változatlan maradt. A fulladás megszűnt; a vérnyomás 105/65 Hgmm lett. Ellenőrzésképpen X. 24-én újra megvizsgáltuk, vércalcium 9.2 mg%, ekg- (5. ábra) lelet: 96-os frequ. mellett Q—T 0.34'' (rendes $0.323 \pm 0.045''$), S—T₂ és S—T₃ kissé a nullavonal alatt, T₃ is pozitív. Tehát teljesen normalisak lettek a T hullámok, csak az S—T₂ és S—T₃ maradt kissé a nullavonal alatt. Vérnyomás 110/65 Hgmm lett. Fulladásról nem panaszkodik, jól érzi magát, dolgozik és bírja a munkát.



5. ábra.

A Q—T szakasz megfelel a systole időtartamának (az ingerület időtartamának), amelynek hossza különösen az érverés percnkénti számától függ. Ennek a relatív Q—T-nek kiszámítására leginkább a *Fridericia* képlete ($8.22 \cdot \sqrt{6000/\text{frequ.}}$) használatos. A lényeges az, hogy a Q—T értéke a normális szóródás (*Fridericia* szerint $\pm 0.045''$) területén belül, vagy kívül esik. Bizonyos szívizomzavarok egyedüli ekg-jele lehet e szakasz meghosszabbodása. Chinin, arsen, foszfor, insulin, hypoglykaemia, hypocalcaemia, szívizombetegségek okozhatják ezt. Ez az eltérés általában reversibilis. Magyarázata

a szívizom kóros működésváltozása ioneltolódás, táplálkozási, esetleg anyagcsere-zavar következtében.

Amennyiben ehhez a T-hullámok és az S—T szakaszok eltérései, az ingerület alakjának megváltozása is csatlakoznak, akkor véleményünk szerint a csökkent vércalcium mellett bizonyára olyan körülmények is szerepelnek, amelyek vagy a szívizom sérülését, vagy a koszorúerek elégtelen működését okozzák. Hypoglykaemiás shok, epilepsiás rohamok vagy spasmophiliás állapotok az egész, esetleg csak a bal vagy jobb szív túlterhelését vagy a koszorúerek átmeneti elégtelenségét (spasmus) okozhatják, ami a megfelelő T és S—T eltérések formájában jelentkezhet. Esetenként különböző eltérések lehetnek. Természetesen ezek létrejöttében számít az egyéni hajlam, a vegetatív idegrendszer beállítottsága, a szívizomzat állapota (ioneltolódás, előrehaladt szívizombántalom, koszorúsérbetegség, stb.), a kiváltó ok időtartama, gyakorisága, a betegség alatt végzett és a szívet megterhelő munka, stb. Így megérthető, hogy számos tetaniás, ill. hypocalcaemiás esetben az ekg-n ily elváltozások nem láthatók, viszont másokon láthatók.

Esetünkben a T₂ és T₃, meg az S—T₂ és S—T₃ volt kóros, ezért a szívizomzat sérülését és a jobb koszorúsér hiányos működését vettük fel és ezt az évek óta fennálló tetaniás epilepsia következményének fogtuk fel. Emellett szól az, hogy a tetaniás és epilepsiás tünetek és panaszok megszűnésével együtt lassan, fokozatosan javultak a T-hullámok és az S—T-szakaszok. E javulással együtt múlt el a beteg fulladása, mellkasi nyomása és emelkedett a vérnyomása 95/60 Hgmm-ről 110/65 Hgmm-re.

Összefoglalva esetünket, érdekessége abban van, hogy epilepsia képében jelentkező, lappangó, idült tetaniát ekg segítségével sikerült kórismézni. Az ekg-on pedig nemcsak az általában tetaniára jellemző Q—T-szakasz meghosszabbodása volt látható, hanem a T-hullámok és az S—T-szakaszok kóros eltérései is, amelyek a T 10-el történt sikeres gyógyítás kapcsán megszűntek.

A Pázmány Péter Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: Neuber Ede ny. r. tanár) és a Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (megbízott igazgató: Rávnay Tamás c. rk. tanár) közleménye.

A complement-tartalom és a gonorrhoea-complementkötéses reactio viselkedése sulfamid-kezelés alatt.*

Irta: Szép Jenő dr., egyet. magántanár, tanársegéd és Árokháty Vilmos dr., egyet. tanársegéd.

Annak a megismerése, hogy változik-e a vérsavó complement-tartalma betegségekkel kapcsolatban, növekedésének vagy csökkenésének van-e kórisme jelentősége, állandó vizsgálat tárgya 1901. óta, amikor Neisser és Döring elsőnek számolt be a complement-tartalom meghatározásáról. Még ma is eltérők azonban a vélemények erre vonatkozólag.

Anélkül, hogy e kérdés különböző kórtani vonatkozásaival foglalkoznánk, a jelen alkalommal bennünket érdeklő gonorrhoeára vonatkozólag a következőket kell előrebocsátanunk. Érdemesnek látszik a complement-tartalom figyelemmel kísérése elsősorban Scaltritti vizs-

gálatai alapján; ő azt találta, hogy a normalis kísérleti állatok vérsavója a gonococcusokra baktericid hatást gyakorol, de ez megszűnik, ha a savót 56 C°-ra felmelegítjük. Ez utóbbi megállapításból következtettünk arra, hogy az emberi vérsavó —, minthogy ennek gonococcid hatása complement jelenlétében is igen gyenge — teljesen elveszítheti gonococcusölő hatását, ha complementje nagyon megkevesbbedik. Legyen szabad itt megemlítenünk, hogy A-avitaminosisban és részben C-avitaminosisban is a fertőzésekkel szembeni érzékenység és a vérsavó complement-tartalma között összefüggést találtak (Olin).

A kutatók eredményei eltérők a kankós betegek serumának complement tartalma szempontjából. Wendlberger és Volavsek szerint a complement-titer gonorrhoeával fertőzött szervezetben szabályos értékeken belül ingadozik. Olin szintén nem észlelt változást sem a fojyamat fennállása alatt, sem kezelése hatására. Ezekkel szemben Marquardt azt találta, hogy az emberi savó complement-tartalma kankóban átmenetileg növekedik és ez átlag a fertőzés 14. napján észlelhető, később ismét leszáll a szabályos értékre. Ezeket az eredményeket a gyógyulás megítélésében nem tartja értékesíthetőeknek, rámutat azonban a szervezet általános reactiójára, valamint a fertőzés időpontjára.

Az eddigiekben azt vizsgáltuk, hogy a complementkötési reactio hogyan viselkedik a sulfamid-kezeléssel kapcsolatban. Még pedig arra a kérdésre igyekeztünk feleletet kapni, hogy e készítmények hogyan befolyásolják a complementkötési reactio erősségét és van-e különbség hatásosság tekintetében a kezelés előtt negatív és pozitív esetek között? Eredményeink azt mutatták, hogy a complementkötési reactio nem ad határozott útbaigazítást a sulfamid-kezelés bevezetésének időpontjára vonatkozólag, vagyis e reakciók eredményétől függetlenül hatásos, vagy hatástalan lehet a sulfamid-therapia. A kórjóslat szempontjából azt találtuk kedvezőnek, ha a kezelés végén erősen pozitív a complementkötési reactio. Eredményeiket támogatja legújabbban Putkonen megállapítása. Nem vagyunk egy véleményen Cohn-nal, aki arról számolt be, hogy ha a sulfamid-kezelés hatástalan volt, a go. compl. köt. r. pozitív maradt és ha e kezelés hatására a betegek meggyógyultak, az előzőleg erősen pozitív reactio negatívá változott.

A ma még kevés vizsgálat és ezek eltérő eredményei szükségessé teszik a további adatgyűjtést és nem engedik, hogy ma még határozott állást foglaljunk e kérdésekben. Ezért tovább folytattuk vizsgálatainkat és azokat összekapcsoltuk a complement-tartalom meghatározásával. Még pedig a fentiek mellett azért, mert adatokat találtunk arravonatkozólag, hogy bizonyos kezelések befolyásolják a serum complement-tartalmát. Így syphilisesek savójában tartós neosalvarsanozás után a complement-tartalom nőtt (Marquardt), Wendlberger és Volavsek pedig sülyledését észlelték ojtási malaria alatt, szóval orvosló beavatkozások megváltoztathatják a savó complementjének mennyiségét. Ezeknek alapján a mi themánkkal, vagyis a sulfamid-kezeléssel kapcsolatban is feltétlenül érdeklődésre tarthat számot annak megvizsgálása, hogyan viselkedik e kúrák után a vér complement-tartalma és főleg van-e a complement-tartalom megváltozásának kórjóslati jelentősége. Itt meg kell említenünk, hogy kankós betegségekkel kapcsolatban a complement-tartalom meghatározásának ezideig egyetlen gyakorlati jelentősége a kankós arthritis elkülönítésében van, t. i. rheumás arthritisek eseteiben csökkent, ellenben kankós arthritisek eseteiben változatlan a vérsavó complement-tartalma.

* A Magyar Dermatologiai Társulat 1939. évi (X. 13.) nagygyűlésén tartott előadás.

32 kankós (22 férfi és 10 nő) vérsavójával végeztük el a complement-tartalom meghatározását és a go. compl. köt.

Diagnosis	Sulfamid előtt		Sulfamid után	
	Complement titer	Go. cr.	Complement titer	Go. cr.
Go. urethrae et cerv. ac.	4	+++	8	++
" " " " "	6	++	7	++
" " " " "	7	+++	7	+++
" " " " "	8	+++	7	++
" " " " "	14	++	7	++
" " " " "	8	+++	5	+++
" " " " "	8	+++	10	+++
Bartholinitis	5	++	7	+++
Urethritis go. ant. ac.	6	—	7	++
" " " " "	7	—	7	+
" " " tot. "	7	+	5	+++
" " " " "	4	+	7	++
" " ant. "	7	—	—	—
" " " " "	7	+	—	—
" " " " "	5	—	8	—
" " " " "	7	+	7	++
" " " " "	6	+	6	+
" " " " "	7	—	7	+
" " " " "	4	—	6	++
" " " " "	6	+	7	++
" " " " "	7	—	6	+
" " " " "	5	+	7	+
Epididymitis go. ac.	11	++	—	—
" " " " "	6	++	—	—
" " " " "	4	—	7	+++
" " " " "	5	+++	14	+++
Arthritis go.	7	+++	—	—
" " " " "	6	+++	7	+++
" " " " "	6	+++	7	+++
" " " " "	5	+++	10	+++
" " " " "	6	+++	4	++
Urethr. go. subac. et abscess. periurethr.	8	+++	5	+++

reakcióját. A férfiak közül 14-nek szövödménytől mentes, 8-nak pedig szövödményes volt a baja. A nőbetegek közül 8 volt szövödménytől mentes, 2 pedig szövödményes. A kankós folyamat minden esetben heveny, legfeljebb 2 hetes volt. Sulfamid-kezelésben 27 beteg (18 férfi és 10 nő) részesült. A férfibetegek közül szövödménytől mentes go.-ja volt 15-nek, szövödményes kettőnek, a nőbetegek közül szövödménymentes volt 8, szövödményes go.-ban szenvedett 2. A 27 beteg közül 21 elektlyt (Chinoin), 6 pedig ronint (Wander) szedett. Betegeink a sulfamid-készítményekből 3 napon át szedtek háromszor két tablettát. A vizsgálatokat a készítmény szedése előtti és utáni 2—3. napon végeztük el 5 óránál idősebb és 24 óránál sohasem idősebb (jégszékényben tartva) serummal. Az egyes esetekben kapott eredményeinket a mellékelt táblázatban mutatjuk be. Tekintettel arra, hogy a roninnal kezelt esetek száma csekély és a vizsgálatokban eltéréseket az elektlyl eredményeitől különben sem mutatott, a két készítménnyel nyert eredményeket összegeztük.

A complement-tartalom meghatározását a szokásos módon tízszerezésére hígított savóval (1.5+13.5 ccm) végeztük. Mégpedig 0.1—1.5 ccm-ig emelkedő sorozatot készítettünk élettani konyhasóoldattal hígítva és minden cső tartalmát ugyancsak konyhasóoldattal 1½ ccm-re egészítettük ki. Ehhez adtunk 1 ccm 1:20 hígítású birka-vörösvérsejtet és 1.0 ccm megfelelő — előzőleg tengerimalac savó complementtel kitért — haemolysint. ½ órai 37 C° vízfürdő után történt a leolvasás. A complement-titert a sorozat azon hígítása adta, melyben az oldás még teljes volt. Tapasztalat szerint a vérsavó complementtartalma rendszeren 0.5—0.7.

A complementkötési reakciót, az általunk már több helyen ismertetté compligonnai és Szép-féle roncsolt antigénnel végeztük.

Az egyes esetekben kapott eredmények megítélésakor és a táblázat adataiból nyert százalékos számítások alapján a következőket mondhatjuk:

Heveny kankós betegek vérsavójának complement-tartalma általában (69%) rendszeren volt, az eltérések pedig igen csekélyek, egy-két eset kivételével (csökkenés 17.5%-ban, növekedés 12.5%-ban). Különbség ebben a tekintetben a szövödménytelen és a szövödményes betegek között nem mutatkozott.

Háromnapos sulfamid-lökés után a complement-tartalom nagyságában általában csak kiscsökkenést észleltünk. Ezt tekintetbe véve azt találtuk, hogy az emelkedés a sulfamid-kezelés után megszűnik és ismét szabályos értékeket kapunk. Ez megfelel Marquardt fentebb említett ama megállapításának, hogy a complement-tartalom a fertőzésnek kb. 14. napján növekedik, majd visszamegy a rendszerre. Ezt a megállapítást most kiegészíthetjük azzal, hogy a complement-titer emelkedését, majd visszatérését a szabályos értékre a sulfamid-lökés nem befolyásolja. Azoknak az eseteknek a száma, ahol a complement-tartalom csökkenését találtuk, a sulfamid-kezelés után (18.5%), kb. egyezett a sulfamid-kezelés előtt észlelt csökkenés számával. (17.5%).

A complement-kötéses reactio sulfamid-lökés után vagy változatlanul erősen pozitív maradt vagy inkább erősödött. A pozitív esetek százalékszámára 53.1-ről 77.7-re növekedett. Ez bizonyos tekintetben megfelel a bevezetésben említett ama régebbi megállapításunknak, amelyet 2—3 sulfamid-lökés után kaptunk.

Hogy a complement-titernek e kisebb változásai mennyiben értékesíthetők a körjósztatban és különösen a sulfamid-kezelés hatásosságának megállapításában, arravonatkozólag természetesen csak nagy anyag vizsgálata után nyilatkozhatunk érdemlegesen. Így csak mint adatot amlítjuk, hogy a sulfamid-kezelés után 5 esetben észlelt emelkedéssel kapcsolatban a kankós folyamat határozatlan terjedt.

A complement-titer és a go. compl. köt. r. közötti összefüggés szempontjából a következőket találtuk: egészen friss esetekben, melyekben a go. compl. köt. r. még negatív, vagy gyengén pozitív volt, a complement-titer rendszeren, vagy kissé növekedett értékeket mutatott. Erősen pozitív go. compl. köt. r. esetében normalis vagy csökkent complement-titer értékeket találtunk. Sulfamid-kezelés után pedig negatív és gyengén pozitív go. compl. köt. r. esetében szabályos és egyesek kivételével csökkent complement-titert; erősen pozitív go. compl. köt. r. esetében éppen úgy, mint a sulfamidkezelés előtt szabályos és csökkent complement-titer értékeket kaptunk.

Friss eseteinknek 25%-ában észleltük azt, hogy a complement-titer emelkedése megelőzte a go. compl. köt. antitestek megjelenését.

Külön kívánunk kitérni a kankós arthritisekre. Fentebb említettük ugyanis, hogy a complement-titer a go.-s arthritiseknek a rheumás arthritistől elkülönítésében jelentőséggel bír. — Tapasztalat szerint ugyanis csúszos arthritises betegek vérsavójának complement-tartalma megkevesebbedett, ezzel szemben a go.-s arthritisben szenvedőké rendszeren. Öt go.-s arthritises esetiinkben kaptunk normalis eredmény megerősíti az eddigi észleleteket. A sulfamid-kezelés után változó volt ennek viselkedése. Ugyanis két esetben hasonlóképpen szabályos, egy esetben növekedett, egy esetben pedig csökkent értékeket kaptunk (sulfamid-kezelésben 4 arthritises beteg részesült.)

A most bemutatott eredmények elsősorban theoretikus, nem pedig klinikai diagnostikus jelentőségűek. Ezek bizonyos serologiai történésekre mutatnak ugyan, de feltétlenül szükségessé teszik a további adatgyűjtést és nem engedik, hogy véglegesen nyilatkozzunk e kérdésben. Szükséges ez azért is, mert a go. immunfolyamatairól ma még nagyon keveset tudunk és ma már úgy látszik, hogy azok az anyagok, melyeket a go. compl. köt. r.-val kimutatunk, nem felelnek meg a feltett fajlagos védőanyagoknak. Mélyrehatóan kell kimutatni azt, hogy a pozitív go. compl. köt. r. mennyiben jelenti a szervezet kielégítő reakcióképességét.

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

Pylorus passage-zavar érdekesebb esete gyermekben.

Irta: Martyn Róbert dr. egyet. tanársegéd.

A gyermek- és felnőttkorban a pylorus passage-zavar pathogenesisében különböző okok szerepelhetnek. Mint tudjuk, a gyomorkiürülést mechanikus és dinamikus okok hátráltathatják. A mechanikus okok között szerepelnek a pylorus, a duodenum heges, daganatos, külső összenyomás okozta passage-zavarai. Gyakorlatilag kórképek közt legfontosabb a pylorusstenosis és ennek leggyakoribb oka a heges zsugorodással gyógyuló pylorustáji ulcus. Más esetben rákos infiltratio, a környező szervek daganatai, összenövésék zárhatják el a passage útját. Ritkábban észlelhető, hogy a nyálkahártya duzzanata, tuberculosis, lues szerepel a stenosis okai között. A dinamikus okok folytán létrejövő gyomorkiürülési zavar létrejöhethet a gyomorizomzat atóniája folytán, heveny gyomorbénulás következtében, a pylorus spasmusa, idegbehátások kapcsán. Nagyobb gyermeknél és felnőttéknél az organicus pylorus stenosis kétségtelenül megállapítható tünetei mellett alig jön szóba a funkcionális eredetű pylorus stenosis. Kifejezett kórképeknél a stenosiszt organikus eredetűnek kell tartanunk. Funkcionális vagy organikus pylorus stenosisról akkor beszélünk, ha a gyomorban a maradék 6 óra után még több mint a fele, — ami 12 órás kiürülési időnek felel meg, — avagy még ennél is több.



1. ábra.

Az antrum görcsösen összehúzódott, csörszerű. A nyílall jelzett helyen túl contrastpép nem halad.

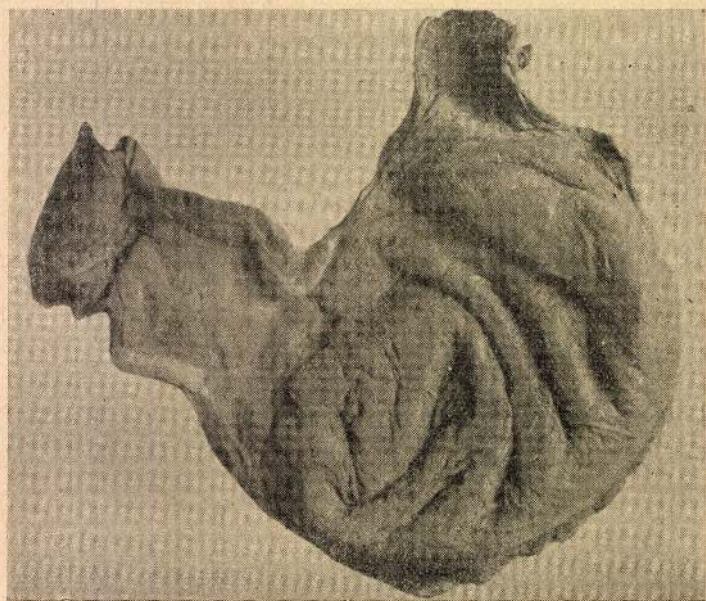
14 éves leány. Szülők egészségesek, tuberculosis és lues nem fordult elő a családban; 2 testvére él, egészséges. Kanyarója, bárányhimlője s utána vérszegénysége volt, s ezt állandóan kezelték. A családban a gyomor-, bél megbetegedésekről nem tudnak.

Betegsége ez előtt 10 hónappal fejfájással és hányással kezdődött. Eleinte naponta csak egyszer hányt, az étkezés után, máskor fél nap múlva hányt ki a felvett táplálékot. Orvosa gyomorsavhiányt állapított meg nála s eszerint kezelte. Betegsége 6. hónapjában vért is hányt, ezért kór-

házba vitték, ahol 2 hónapig feküdt ulcus duodeni és anaemia kórismével. A kórházból való kijövele után annak ellenére, hogy minden utasítást betartott, állapota még tovább romlott, gyomorgörcei voltak és hányása fokozódott.

Igen rosszul táplált állapotban vettük fel klinikánkra (a leánygyermeket). Bőre száraz, közepesen pigmentált, korpázdó hámlást mutat. Bőr alatti zsírszöveve nincs. Feje kicsi, madárcarcú. Szeme beesett, mellkasa részarányos, tüdőlelet negatív. Szívhatárok normálisak, szívhangok a csúcson tiszták. Pulmonalis első hangja kissé elmosódott. Hasa erősen besüppedt, nyomásra diffuse érzékeny, de legérzékenyebb a köldök felett középen. Máj, lép nem tapintható, ellenben a has jobb oldalán a köldök mellett almányi tömött terimenagyobbodás tapintható. Idegrendszer, fül, orr torok, szemészeti lelet negatív. Vizeletlelet: f., g., c., üledék: negatív. Vértkép mérsékelt anaemiát mutat. Hgb.: 32%, Vvs.: 3.660.000, Fvs.: 8.000, Sg.: 80%, Ly.: 15%, Mo.: 1%, St.: 1%, Eo.: 1%, Ba.: 1%. Vércukor: 79 mgr. %. Mantoux 1:10.000 pozitív. Vörösvértest-súlyedés: 3 óra 15 perc. Felvétel után Weber-diaetára fogtuk, majd később teljesen folyékony étrendet irtunk elő. Weber-próba pozitív. A többször elvégzett széklet-pete-vizsgálat mindenkor negatív volt. Maradék-nitrogen: 21 mgr. %, serumchlor 340 mgr. %. Intelligentia-quotiens: 0.55. Vérnyomás: 85/90 Hg mm. Klinikán tartózkodása 3. napján az Ewald-féle próbareggelire sok nyálkás tartalmat nyertünk, melyben pH 5, szabadsósav: 0, összaciditás: 18.

Láztalan volt, naponta többször hányt, étkezés után, vagy jóval utána. Igen bágyadt, kiasztottnak látszott. Gyomorgörcei, a nagyfokú köldöktáji nyomási érzékenység változatlanul fennállottak. Naponta 20 ccm 20%-os dextroset + 40 ccm phys. konyhasót kapott intravenásan. A gyomor-bél-röntgenvizsgálat, melyet két ízben is elvégeztünk, a következőket mutatta (Ratkóczy): Köldök magasságában fekvő, aiapjában hypotóniás gyomor, kifejezetten durva nyálkahártyarajzolat. A pép jórészét kihányja, a gyomorban maradt contrastanyag 2 órai oldalfekvés után csak az antrumig jut előre. Az antrum görcsösen elhúzódott, csörszerű. A pyloruson contrastanyag 1 órával 2 ctg. papaverin injectio után sem jutott keresztül. 24 óra múlva a pép egészében még a gyomorban, a belekben contrastanyag egyáltalán nem látható. Atropin adagolás után 2 óra múlva sem látható a pépnek a pyloruson való áthaladása.



2. ábra.

E leletek alapján tehát kétségtelennek látszott, hogy organikus pylorusstenosis forog fenn.

A szervi pylorus szűkület esetén gondolni kell a daganatra, hegre, infiltratióra, nyomás folytán bekövetkezett akadályra. Előbbiek esetén az ulcusos heg, a carcinomás és a gyulladáshoz köthető szűkület jöhet szóba, az utóbbiban az ephólyag és pylorus közti összenövésék és daganatok jöhetnek számításba. Esetünkben a klinikai észleletek, a kimutatható áttétek hiánya, vörösvértest-súlyedés inkább ulcusra engedtek következtetni. Ezt meg-

erősíteni látszott a röntgen is, mert mint tudjuk, pylorusszűkületnél, amennyiben az akadály oka ulcus az ulcus kimutatása nem mindig sikerül; míg a carcinomás pylorus szűkületnél a röntgenképen legtöbbször elárulja a daganatos elváltozást. Összenövések vagy a környezet okozta nyomás is többnyire felismerhető a röntgenképen. Betegünk decompensált állapotba került, a gyomor motoricus elégtelensége oly nagyfokú volt, hogy az előző napokban elfogyasztott tápanyagok a gyomorban kimutathatóak voltak. Stenosis pylori, ulcus parapyloici? diagnosissal a sebészeti klinikára tettük át gastroenteronastomosis elvégzése céljából.

A műtétkor a gyomor fehér, inszerűen megvastagodott, a duodenum és az antrum a mesocolonnal összenőtt. A nyirokmirigyek fehér hegszerű köteget alkottak. A kép daganatos benyomást keltett, csak a gyomor elülső falán látszott mintegy 5 pengőnyi terület, mely az elülső gyomor- bélegyesítés elvégzésére alkalmasnak látszott. Azonban a műtétkor kiderült, hogy ez a terület is hegesen megvastagodott.

A beteg 4 nappal a műtét után hashártyagyulladásban meghalt. A gyomor felső vékonybélkacs anastomosisának hátsó szöglete gyomortartalom számára átteresztő volt. (Boncolta: *Farkas dr.*) A gyomor felvágatlan állapotban, mint a műtétkor, tömörségével és fehér inszerű voltaival tűnt szembe. Felvágva a gyomrot, az elvégzett sondázási kísérlet alkalmával a pylorus kisujjat sem fogadott be. Tágítás után azonban a kisujj számára átjárhatóvá vált. Feltűnt az izomzat vastagsága, mely 4—5 mm-t is elért, a nyálkahártya megvastagodása, mely majdnem egész a fundusig terjedt s az antrum pyloriban gyermektenyérszerű, göbös alakú, zeg-zugos szélű fekély tűnt fel.

Jól látható az antrum pyloriban a gyermektenyérszerű, kissé göbös alakú, lekerekített szélű, zeg-zugos határu fekély.

A kép nem felel meg a szokott chronicus gyomorfekélyeknek. A szokatlan pylorustájifekély pathogenesisének kiderítését lehetővé tette a boncolás. Enyhe, lezajlott endokarditist találtunk billentyűmegvastagodással. Az antrum pylori megvastagodott falához ludtollnyi köteg vezetett (arteria gastroepiploica dextri) borsónyi göbvel, ami emboliás eredetű aneurysmák érkötegeknek volt sejtethető. Górcsövi vizsgálattal a göbben érfali rugalmas rosthártya csekély maradványa volt látható, amit azonban a hegesedés szétzilált. Tehát a makroszkopos lelet a szokatlan nagyságú fekély, endokarditis nyoma, az antrum pylorihoz vezető heges köteg, a górcsövi lelettel egybevetve, több valószínűséggel arra engedett következtetni, hogy a fekély endokarditis után emboliás alapon keletkezett.

A gyomorfekélyek keletkezésének tisztázására igen nagyszámú vizsgálattal találkozunk. Alapvető vizsgálatok tisztázták a különböző ártalmak jelentőségét a gyomor pepticus fekélyeinek keletkezésében. E vizsgálatok szerint a gyomorfekély létrejöhet keringési zavar, ideg-behatások, biochemiai elváltozások, infectiók, mechanikus behatások, a gyomornyálkahártya fejlődési rendellenessége folytán. Embolia után keletkezett gyomorfekély az irodalomból több ismeretes. Így atheromatosis esetében, ami alkalmat szolgáltat embolia keletkezésére, többen észleltek gyomorinfarctust következményes ulcussal. *Buday, Jacot Descombes* írtak le egy-egy esetet. Ritkán friss endokarditisben embolitás alapon jön létre gyomorfekély. *Nitke* észlelt ilyen esetet. *Schridde* zsirembólia után a gyomorban infarctusok keletkezését észlelte. Statistikai adatok szerint a gyomorfekély a gyermekkorban aránylag ritkán észlelhető. A pubertás

felé az arányszám emelkedni látszik. Az irodalomban csak egy-egy esettel találkozunk. *Cachovic, Gruber* szerint a gyermekkori gyomorfekély az összes ulcusok 0.5—1%-ában fordul elő. *Gruber* 1147 gyermek boncolási anyagában kilenc 1—10 éves korig terjedő esetet talált és valamennyi ulcus rotundum chronicum volt.

Kimutatható-e a kén bejutása a szervezetbe budapesti hévfürdő-kúrák alatt.

Írta: *Horváth István és Tasonyi Tihamér.*

A kénnek már régen antiphlogistikus, antiparasitikus és antitoxikus hatást tulajdonítanak, emellett az az anyagcserére gyakorolt hatása is jelentékeny. Különösen az elemi kén az, amelyet különböző formákban kiterjedten alkalmaznak. Az elemi kén hatásmódjáról elsősorban *Hejfter* vizsgálataiból nyerünk felvilágosítást. Ezek szerint nemcsak a belsőleg adott kén reducálódik a bélben kénhydrogenné és a peristaltika fokozásával segítené elő a bélműködést, hanem a szövetekbe fecskendezett kén is kénhydrogenné, majd sulphydrillé alakul.

A kénnek a bőrön és a nyálkahártyán át történő felszívódását kísérletileg is többen bizonyították.

A bőrön át történt felszívódást *Maliwa* a nyál rhodantartalmából és a kilehelt levegő H_2S koncentrációjából következtette, ezenkívül fehéregereknek bismuthot fecskendezett bőrük alá és kénés fürdő után ezen a helyen fekete elszíneződést észlelt, ami a képződött bismuthsulfidtól származott.

Basch szerint kénés fürdő esetén a kén bejutását a szervezetbe az a tapasztalat is bizonyítja, hogy a fürdőreactio jóval fokozottabb mértékben jelentkezik, mint a közönséges hévfürdők után, emellett a megnyugtató és fájdalomcsillapító hatás is erősebb. A kénés fürdők ugyanis mindenféle fájdalmat enyhítenek, kivéve a fejfájást, tekintet nélkül a fájdalom pathogenesisére. Ezt az általános pharmacologiai hatást a bőrön és a nyálkahártyákon keresztül a szervezetbe jutó kén hozza létre.

Ezt bizonyítja *W. Rödel* tapasztalata is, aki colloidalis, kénés fürdő használata után jelentős javulást észlelt, különösen chronikus ízületi bántalmak esetén, mikor a kén hatása azért olyan szembeötlő, mert a részecskék felületének a megnagyobbodása révén több kén jut felszívódásra.

Minden élő anyag tartalmaz ként. Az élő molekulában ez a cysteinhez van kötve mégpedig a sulphydril (SH) gyök alakjában. Ez könnyen oxydálódik cystinné (SS, disulfid), viszont éppen olyan könnyen vissza is alakulhat cysteinné. Egyike ez tehát azoknak a reversibilis chemiai reakcióknak, melyek bizonyos chemiai automatizmussal szabályozzák az életfolyamatokat. A kén további sorsát tekintve, a disulfidból hosszú chemiai sor után kénsav lesz. A kénsavban a kén már elvesztette élő, biológiai energiáját és mint hasznavehetetlen salak távozik a vizelettel.

Hammert és munkatársai kimutatták, hogy a regeneratiót az SH-gyök szabályozza. Ha a szövetekből az SH-t pl. ólommal eltávolítjuk, a növekedés megáll. Az SH tehát a növekedés természetes ingere.

Markwalden hangsúlyozza, hogy a kén a közbülső anyagcserében mintegy kormányozza a oxydatiót, ill. a dehydratiót olyan folyamatokban, melyek arthritis, illetve rheumatikus betegségek esetén csak lassan, renyhén, vagy egyáltalán nem következnek be a szervezet-

ben. Ez bizonyítja azt a feltevést, hogy a vegyületek egész sora a kén jelenlétében az anoxybiotikus légzés számára hozzáférhetővé lesz.

Bürgi és Gordonoff kimutatta, hogy kén hatására az állatok májának glykogentartalma megszorodik, a vércukor pedig lezár. Az insulin maga is tartalmaz kén, mégpedig cystein alakjában és ha ezt eltávolítjuk, elveszti hatékonyságát, sőt Abel és munkatársai azt is megállapították, hogy az insulin hypoglykaemizáló hatása arányos a kén tartalmával.

Hopkins 1921-ben az izmokból és a májból elkülönített egy sulfhydryl kötést, mely nem volt azonos a cysteinnel, de a vegyületben a cystein is szerepel, mely chemiailag γ -glutamyl-cysteyl-glycin és ezt felfedezője glutathionnak nevezte el. A glutathion a szervezetben nagymértékben elterjedt és úgyszólván minden sejtben megtalálható. Különösen gazdag glutathionban a lép, máj, mellékvese, pankreas, szív és az izmok. Mennyisége a szervezetben meglehetősen állandó. A vérben a vörösvérsejtekben találjuk, lévén szoros összefüggésben a haemoglobinnal. *Litarczek* felteszi, hogy a haemoglobin tulajdonságai a pyrrhol, FeO_2 és a glutathion SH-csoportja között fennálló antagonizmusból erednének.

Fontosak még biológiai szempontból a szövetekben található sulfhydryl-proteinek. *Walker* kimutatta ezeket a bőr „anyagcsereactiv” rétegében, *Giroud* pedig a glutathion mellett minden protoplasmában. *Okudu* szerint különösen az anyagcsereactiv szervekben és szövetekben található nagyobb mennyiségben. Bizonyos proteolytikus fermentumok is tartalmazzák a proteinként.

A sulfhydryl-kötésnek, mint láttuk, az a sajátosága hogy rendkívül könnyen oxydálódik disulfidá és újra reducálódik sulfhydrillé ($\text{SH} \rightleftharpoons \text{SS}$) Ilyenforma anyagok a szövetek oxydatiós és reductiós folyamataiban egyrészt, mint SH, oxygenacceptorként, másrészt, mint SS, hydrogenacceptorként szerepelnek. Ezúton segítik elő az oxydoreductiós folyamatokat és kiépítik a redox-rendszert.

Az oxydatiós folyamatok, valamint a szénhidrat-anyagcsere szorosabb vonatkozásaiban kitűnik, hogy az SS—SH rendszer résztvesz a szénhidrat-anyagcsereben is. Ezt úgy lehetett megállapítani, hogy az SS-glutathion a glyoxalase activálója, egy olyan fermenté, mely a cukor leépítése során közbülső termékként képződő methylglyoxal tejsavvá alakítja. Megállapították továbbá, hogy munkában teljesen kimerült izomnak csökkent a glutathion értéke, viszont a nyugalomban lévő izom glutathion-tartalma nagyobb lesz.

Szembetűnő módon tapasztalhatjuk a glutathion activáló hatását a fermentfolyamatokra a fehérje-anyagcsereben. A proteolytikus enzymek activálása, a papain, a katherpsin, továbbá az urease activálása SH által bizonyított tény.

Az SS-csoport sokoldalú tevékenysége nemcsak physiologiás, hanem kóros esetekben is jelentős. Toxinok és anyagcsere-salaktermékek minden szervre és szövetre ártalmas hatást gyakorolnak. Ezek fokozott anyagcsere esetén gyorsabban leépítődnek és kiválasztódnak. Életfontos anyagcsere-folyamatokban a sejtek activálása révén a sejtek munkaképessége is fokozódik, amely végeredményben az ellenállóképesség fokozódását jelenti. Ebben nyilvánul meg a glutathion indirect méregtelenítő szerepe.

Közvetlen méregtelenítésről akkor beszélünk, amikor a sulfhydryl anyagok egyrészt megkötik a mérgeket, másrészt azokat a közbülső anyagcsereben keletkező anyagokká alakítják át. Így kéksavmérgezés esetén a glutathion, a cystein és a kénben gazdag proteinek hatásosan működnek közre a méregtelenítésben. Kobra- és

tetanustoxin ellen a glutathion szintén hatásos. Arsen esetén *Voegtlin* kimutatta, hogy a glutathion SH-csoportja arsen-acceptorként szerepel. Azonban nemcsak a glutathion SH-csoportja szerepel, mint fémacceptor, hanem bizonyos proteinek SS- és SH-csoportjai is, különösen azok, amelyek egyes fermentumokban találhatóak.

Egy további méregtelenítési lehetősége a szervezetnek a méregtelenítő párosítás. Ismeretes, hogy a szervezetben számos mérgező kénssavval glutaminsavval, glykokollal történt párosítás folytán veszít mérgező hatásából és a vesén kiválasztódik. A kénre vonatkoztatva az aetherkénssavaknak és a mercaptursavaknak van ebből a szempontból legnagyobb jelentőségük.

Az intoxicatiók egész sorában felhasználhatjuk a fajlagos kénés anyagokat, elsősorban a glutathiont. Kóros körülmények között gyakran találjuk a sulfhydryl-csökkenését, így anaemia, diabetes, tüdőbc., ikterus, májcirrhosis és más esetekben is a glutathion jelentős csökkenését találták a vérben és a szövetekben.

A legújabb időkben a sulfhydryl-kötések és más reducáló anyagok bizonyos vonatkozásba kerültek a reticulo-endothel-rendszerrel. Kísérletileg megállapították, hogy az immuntestek képzéséhez a glutathion és az ascorbinsav jelenléte szükséges. Továbbá vitaminszegény táplálkozás mellett ezen anyagok készleteinek kimerülése következik be a mellékvesében. Ezzel összefügg az a kísérleti tény is, hogy az összes szervek közül a mellékvesék tartalmazzák a legtöbb kén, mégpedig SH alakjában. Említésreméltó *Rivoire* azon megfigyelése is, hogy Addison-kór esetén cystein bevitele után jelentős javulás áll be. Egy további összefüggés a reducáló anyagok és a R. E. rendszer között abban nyilvánul, hogy tengerimalacok antigen-antitest reakciói esetén keletkező anaphylaxiás shock SH bevitelével feltartóztatható.

Újabban a glutathion-quotiens meghatározása is szóbajön egyes diagnostikai esetekben. ($\text{SS} : \text{SH} = \text{Q}$) *Rivoire* szerint a Q nullává válása, vagy ahhoz közeledése, alapanyagcserevizsgálattal még ki nem mutatható hyperthyreosisnak a biztos jele. *Spiera* és *György* szerint májbántalom esetén a Q szintén alacsonyabb értéket mutat.

Az elemi kénnek e felsorolt hatásai magyarázatul szolgálnak arra, hogy a kénes fürdők miért oly hasznosak és áldásosak különböző betegségekben.

A kén felszívódásának kimutatására a vér glutathion-tartalmát és a vizelet sulfatkénssavtartalmát határoztuk meg. — Vizsgálatainkat a Szent Lukács fürdő „Lukács”-forrásának vizével végeztük, melynek szabad H_2S -tartalma 0.0013 g^o/. A vizsgálatokat fürdő előtt, néhány esetben az első fürdő után, minden esetben pedig a fürdőreactio jelentkezése idején és a fürdőkúra végén végeztük el. A glutathion meghatározásában a Gabbe-féle eljárást követtük, mely azon alapszik, hogy a glutathion hidegen, savanyú közegben reducálja a ferricyanidot ferrocyaniddá. A feleslegben maradt ferricyanid mennyiségét jodometriás úton lehet meghatározni. Így megkapjuk az összes glutathion értékét SH alakban. Egy másik próbában a fehérjéknek trochlorecessavval történt kicsapása után a praeformáltan SH alakban lévő glutathion értékét kaptuk. A kettő különbsége adja az SS értékét.

A vizeletből a sulfatokat benzidinnel kicsaptuk és alkalimetrián határoztuk meg.

Vizsgálatainkat 11 egyénen végeztük. Az eredmények a következőképpen oszlanak meg:

A vér glutathion-tartalma 9 esetben (82^o%) megszorodott, 8 esetben már a fürdőreactio idején találtunk szaporulatot, míg egy esetben az csak a fürdőkúra végén állott be. A szaporulat a fürdőreactio idején átlagban

41.4%-osnak, még a fürdőkúra végén átlagban 17.2%-osnak felel meg. Tehát az egész fürdőkúra hatására a szaporulat átlagban 54.3%-os volt az eredeti értékhez viszonyítva.

A vizelet sulfatkénsavtartalma 7 esetben (64%) szaporodott, mégpedig 6 esetben a fürdőreactio jelentkezésekor, 1 esetben a szaporulat pedig a fürdőkúra végén következett be. A szaporulat a fürdőreactio idején 65.8%-os, a fürdőkúra végén 55%-os volt. Az eredeti értékhez viszonyított átlagos szaporulat 110%-os volt.

Megfigyelhetük azt, hogy beteg egyének fürdetése esetén a vér glutathiontartalmának növekedése összefügg a tünetek javulásával, ill. megszűnésével. A hatás tartósságát az bizonyítja, hogy több ízben végeztünk vizsgálatokat az utolsó fürdő után 8—14 nappal és azt tapasztaltuk, hogy a növekedett glutathion-érték kb. 14 napig megmaradt. Egyes fürdő után változást egyáltalán nem találtunk, sőt két esetben a glutathion azonos értékét kaptuk a vizsgálatok során. Két egyénen feltűnt a glutathion-quotiens növekedése a fürdőreactio idején.

A Lukács-forrás vizében a kén carbonylsulfidgáz (COS) alakjában van jelen, mely hydrolysis útján thio-

szénsavvá $\text{CO} \begin{cases} \text{SH} \\ \text{OH} \end{cases}$ majd ez CO_2 és H_2S -né alakul.

Tehát a kén, mint H_2S szívódik fel és a szervezetben sulfhydrillé alakulva fejt ki physiologiai és pharmacologiai hatását.

Hogy a felszívódott kén az oxydoreductiós képességével teljesíti szerepét az életfolyamatokban, abból is kitűnik, hogy vizsgálataink során, míg az utolsó fürdő után 8—14 nappal a glutathion értéke növekedett, addig a vizelet sulfatkénsavtartalma tetemesen csökkent, mutatva, hogy a felszívódott kén legnagyobb része sulfhydrillé alakult, melynek végső oxydatiós terméke az aetherkénsav.

A szervezetbe jutott kén már ismerttetett hatásain kívül jelentékeny haemodynamiás ingert és képvisel activ hyperaemia, a systole erősödése, propulsiv edény-munka, a véráram meggyorsulása lesz a kénes fürdő haemodynamiás következménye. Különösen figyelemre méltó az a tény, hogy kénes fürdőkben a vérkeringés javulása nem a fokozott izommunka, hanem a vérkeringés mesterséges ingerlésének következménye.

A keringési functiók fokozása, kísérve a hajszálerek áramlási gyorsulásával, a venás vér lefolyásának könnyebbé tételével, az anyagforgalom növekedik, a vizenők eltűnnek, a salakanyag kimosódik, egyszóval a szervezet a rendes működés felé közeledik.

Betegeinken a szervezetbe jutott kén gyógyító hatását szinte törvényszerű pontossággal láttuk bekövetkezni. A közérzet javulását a fájdalomcsillapító hatást, a jobb vérkeringést betegeinken mind meg tudtuk figyelni, ami mind a kén felszívódását bizonyítja a Lukács-fürdőben végzett kénes fürdőkúra folyamán. Ez bizonyítja a budapesti gyógyvizeknek felbecsülhetetlen értékét és joggal nevezte van Breemen professor ezeket a vizeket „élő vizek”-nek.

Lavato de organismo. A latin államok kedvelt, bevált módszere, mely a híg sóoldatok kúraszerű alkalmazásában áll. A salak eltávolítása után az anyag- és nedvforgalom megélnkül és az egész szervezet áthangolódik. A belek, az epe és húgyutak ilyen átöblítésére különösen alkalmas a magyar „Mira” glaubersós gyógyvíz, mellyel olcsó, de eredményes házi ivókúrákat tarthatunk, habitualis obstipatio és túlhízás esetén is.

Adatok a csarnokvíz keletkezéséhez.*

(Előzetes közlemény.)

Irta: Weinstein Pál dr.

A szemészeti irodalomnak régen vitatott kérdése a csarnokvíz keletkezésének mechanizmusa, amelynek nagy elméleti és gyakorlati jelentősége van. Leber fel-fogása szerint a csarnokvíz filtratio útján jön létre, míg Seidel, Serr vizsgálatai szerint secretio útján. A leg-újabb időkig Duke-Elder is a filtratiós theoriát vallotta, míg Douglas Robertson ném régi kísérletei után Duke Elder módosította eddigi álláspontját és elismeri, hogy a filtratió kivül feltétlenül secretio is szerepel.

A kérdésnek azért van gyakorlati fontossága, mert ha a csarnokvíz secretio útján jön létre, akkor a pilocarpin glaukomaellenes alkalmazása problematikussá válik, mert a pilocarpin erősen secretiót fokozó szer és így glaukomás szemek csarnokvíztermelését fokozva a szemfeszülésre esetleg fokozólag hat. Valóban vannak pilocarpin refractaer esetek, amelyekben kénytelenek vagyunk kisebb töménységű pilocarpint alkalmazni és Kapuscinsky szerint több hydrophthalmusos egyén pilocarpinra nagyon rosszul reagált, míg atropinra javult.

Kísérleti vizsgálataimat —, melyeket a pesti izr. hit-község kórháza szemosztályán és közp. laboratoriumában végeztem, — két részre osztottam. Az első részben nyulakon vágzett kísérletekben manométerrel vizsgáltuk narkotizált nyulak szemfeszülését, amely 200 H_2O mm körül volt és a narkosis folyamán a halál beálltáig egyenletesen esett az érték, de 0-ra csak a halál után mintegy 24 órával. Majoros is úgy találta, hogy embe- reken a szemfeszülés a halál után még hosszabb ideig mérhető. A halál után, illetve a szív működés megszű- nése után a vérnyomás 0-ra süllyed, tehát megszűnik a filtratiós nyomás; ha ennek ellenére még hosszú ideig a szemnek jól mérhető feszülése van, úgy az annyit jelent, hogy a filtratiós nyomáson kívül secretio is szerepel. Ennek további vizsgálata céljából sorozatos kísér- letekben kibocsátottuk a csarnokvizet és így a szemben a nyomást 0 alá vittük és újból összekötöttük a ma- nométerrel és azt találtuk, hogy már félóra múlva a ma- nométerben a nyomás egyenletesen emelkedett 5—25 H_2O mm-rel. Régen tudott dolog, hogy a csarnokvíz le- bocsátása után azonnal új csarnokvíz termelődik. Seidel szerint a corpus ciliare nyulványaiból, amelyekben a működő mirigysejtekhez hasonlóan vacuolákat talált és működési áramot tudott kimutatni. A mi kísérleteink- ben a halál után még mutatkozott csarnokvízképződés, ami szükségképen secretióval magyarázható.

Kísérleteim második részében azon elgondolásból indultam ki, amelyet Ernst Jenő a secretiós mechanis- musra vonatkozólag leírt s amellyel physikalís magya- rázatát adja a secretiónak. A classikus osmosis törvény szerint, ha valamely oldatot semipermeabilis hártyával választunk el egy töményebb oldattól, akkor a nagyobb concentratio felé folyadék áramlik a kisebb concen- tratio felől. Ernst abból a kérdésből indult ki, hogy mi történik akkor, ha két egyenlő töménységű oldatot vá- lasztunk el semipermeabilis fallal, de úgy, hogy különbö- ző legyen a két oldalon a temperatura. Elmélete sze- rint a magasabb hőmérsékleten magasabb lévén a gőz- tensio a melegebb oldatból kell kidiffundálnia a víznek a hidegebbe mindaddig, amíg a két oldalon a gőztensio kiegyenlítődig. Hasonló folyamat történik szerinte a működő sejtekben, amelyek működés közben hőt ter-

* Herceg Esterházy Pál támogatásával készült dolgozat.

melnek, a termelt hő felmelegíti a helyet, ahol keletkezett és onnan folyadék diffundál ki a környezetbe, azaz secretio keletkezik.

Ezen elgondolást véve alapul abból indultunk ki, hogy ha a csarnokvíz a corpus ciliaréból secretio útján lön létre, akkor ha állatok egyik szemét pilocarpinozzuk, ezzel fokozzuk a secretiót, tehát fokozzuk a termelt hőt és így thermoelektromos úton a pilocarpinozott szemben nagyobb hőmérsékletet kell találnunk. Ezen vizsgálataim folyamatban vannak.

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

Veleszületett összenőtt szemhéjak.

(*Ankyloblepharon laterale congenitum.*)

Irta: Majoros János dr., tanársegéd.

A szemhéjszél elváltozásai közül az ankyloblepharon többnyire csak szerzett alakjában okoz gondot a szemorvosnak, a veleszületett forma a ritkaságok közé tartozik. Elméletileg négy lehetőség van: összenőhet a szemhéjszél egész hosszában, a külső, vagy belső zugban s végül közbeeső helyen. A szemhéjszél kiterjedt összenövése majdnem mindig egyéb más fejlődési rendellenességgel kapcsolatos, így anophthalmus, kryptophthalmus, stb. Jellemző rá, hogy bármilyen kiterjedésű legyen, ha marad egyáltalán nyílás, az a belső zugban van. Ennek ellentéte a *van der Hoove* leírta belső-zugi ankyloblepharon, mely az alsó könnycsövecské meghosszabbodásával jár együtt. Később *van der Hoove* összefüggésbe hozta ezt a kórképet a hypertelorismussal. A szemhéjszél veleszületett összenövését a két zug közötti területen ankyloblepharon filiforme adnatum néven ismerjük. *Wintersteiner* adta ezt a nevet, de már *Ammon* ismerte, sőt képet és közölt róla. Esetének érdekessége volt, hogy ugyanakkor a praeputium bőre is lenőtt a glansra. Egy, vagy nagyritkán több vékony rugalmas köteg feszül ki a szemhéjszélek között. Hámmal borított kötőszövetből áll. Gyakorlati jelentősége nem nagy; kis beavatkozással könnyen eltávolítható. Többnyire csak az egyik szeme forúul elő. A negyedik lehetőségre, t. i. a szemhéjszél külső zugi összenövésére, tudomásom szerint ez az eset az első példa.



22 éves férfi, ki látáspanaszokkal kereste fel a klinikát. Mindkét oldalt a külső zugban laza, erősebben pigmentált, széthúzáskor kifeszülő, egyébként ráncos hártya volt látható; pillaszórsor ezen a területen hiányzik. A felső szemhéji redő valamivel kijebb ért, mint

a normalis viszonyok között szokott lenni. Invers típusú myop astigmiaján kívül egyéb szemészeti eltérést nem mutatott.

A fejlődéstan tanítása szerint a szemhéjak a 2. foetalis hónapban kezdenek megjelenni. 34–35 mm-es embryón már elérték egymást a szemhéjszélek és össze is nőttek. Körülbelül az ötödik hónap végén kezdenek szétválni, mégpedig a zugtól kezdve. *Nussbaum* szerint a szétválás röviddel a születés előtt következik be. Az összetapadás helyén elszarusodnak a hámsejtek és ez szünteti meg az összenövést. *Hippel* szerint azt, hogy az ankyloblepharon a szemhéjak elmaradt oldódásától, vagy gyulladástól származik, többnyire nem lehet eldönteni. Lehetséges, hogy a szemhéjak normalis szétválásában a növekvő szemgolyó feszítése is szerepet játszik. Ez hiányzó, vagy atrophias bulbus esetén elmarad s talán ez volna az oka az ilyenkor észlelt nagyfokú ankyloblepharonnak. Esetemben az összenövés időpontjának meghatározására fontossággal bír azt tény, hogy a pillaszőrök egyáltalában nem fejlődtek ki. A pillaszórsor és vele együtt a Meibom mirigyek fejlődése akkor indul meg, mikor a szemhéjszélek összenőttek. Ha hiszünk a szervezet célszerűségében, a teleológiában, akkor ez a betege megóvta attól, hogy szemrése túl nagy legyen s ezzel ennek minden hátrányától.

TARTALOM:

- Benedek László és Juba Adolf:** „Utóblockade” a lipiodologiában. (61–64. oldal.)
- vitéz Borsos László:** A szájpadhasadás műtéteiről. (64–69. oldal.)
- Molnár István:** A hypothalamus megbetegedéseinek klinikai tünettana. (69–72. oldal.)
- König Gyula és Zimányi István:** A gyermekkori acut demencia új formája. (72–78. oldal.)
- Orbán György:** Egyszerű módszer lázhőmérők hitelesítésére. (78–80. oldal.)
- Gróh Ede:** Különböző saválló bakteriumok emberi tüdőgümőkórgócokban. (80–82. oldal.)
- Zemplén Béla:** A vérplasma phosphatase-tartalmának jelentősége májbetegségekben. (82–84. oldal.)
- Fernbach József és Szandányi Zoltán:** Ekg-val kórismézett tetaniás epilepsia. (84–86. oldal.)
- Szép Jenő és Árokháty Vilmos:** A complement-tartalom és a gonorrhoea complementkötéses reactio viselkedése sulfamid-kezelés alatt. (86–87. oldal.)
- Martyn Róbert:** Pylorus passage-zavar érdekesebb esete gyermekben. (88–89. oldal.)
- Horváth István és Tasonyi Tihamér:** Kimutatható-e a kén bejutása a szervezetbe budapesti hévfürdő-kurák alatt. (89–91. oldal.)
- Weinstein Pál:** Adatok a csarnokvíz keletkezéséhez. (91–92. oldal.)
- Majoros József:** Veleszületett, összenőtt szemhéjak. (92. oldal.)

Jód-keserűvízben *Straub* (B. O. U. 1930. 47.) vizsgálatai szerint a jászkarajenői Mira forrás használata mellett deciliterenként 56 γ jód kerül a szervezetbe. *Mc Clendon* szerint literenként 10 γ jódot tartalmazó víz élvezete mellett már nem fejlődik ki golyva. A Mira víz használata mellett tehát a tekintélyes mennyiségű jód párhuzamos gyógyhatását is figyelembe kell venni, ami különösen jód-szegényvízű vidékeken fontos.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Centrum Kiadóvállalat Részvénytársaság,
Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144–122.
Felelős üzemvezető: Csontos Lajos.