

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetőek: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára. *Jugoszláviában* az A vala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában:* Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Slovákiában:* Eleőd Solt. Handels u. Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltés (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2:50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

A MALÁRIA

minden változatának
kezelésére

ATEBRIN

A kúra

rövid: 5-7 napig tart
egyszerű: 3 drb 0.1 g-os tablettá naponként
alapos: kitűnő gyógyhatás a legkisebb recidiva-eséllyel
veszélytelen: káros mellékhatása nincs. Különösen javallt feketevérizelés és terhesség esetén.

Hatásos megelőzésre
2-szer hetenként 2 drb 0.1 g-os tablettá

Súlyos esetek kezelésére
ATEBRIN pro injectione (parenterális alka mazás)

A recidiva és az átviteli
lehetőség további
csökkentésére

PLASMOCHIN

a gametaszer

Atebrin és Plasmochin közkórházakban külön engedély nélkül beszerezhető, az OTI, MABI, MÁV és valamennyi betegségi biztosító intézetnél főorvosi engedéllyel rendelhető. Az OBA terhére csak Plasmochin-simplex-tabletták rendelhetőek.

»Bayer«
LEVERKUSEN

Magyarországi vezérképviselőt:
MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
BUDAPEST, V., Arany János-u. 10,
KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18



ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

TARTALOM:

Linner Bertalan: Zsákvarrótú eltávolítása a szív jobb kamrájából. (303—306. oldal.)
Lelkes Zoltán: Az emberi magzati mellékvese és a paraganglion aorticum abdominale adrenalin-tartalma. (306—307. oldal.)
Hogyan László: A gümös genymellúség kezelése enzimátikus oldással. (308—310. oldal.)
Pap Károly: A vörösvértestcsüllyedés értéke a test-egyenészetben. (310—311. oldal.)

Rákos Rezső: Invaginatio haustri coeci. (311—312. oldal.)
Irodalmi szemle. (312—313. oldal.)
Könyvismertetés. (314. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv. (314—315. oldal.)
Lőrincz Ferenc: Megjegyzés Mészáros A. »Cysticercosis cerebri esete« c. cikkére. (315. oldal.)
Vegyes hírek. (316. oldal.)

A beregszászi m. kir. állami kórház sebészeti osztályának közleménye. (Igazgató-sebészfőorvos: Linner Bertalan.)

Zsákvarrótú eltávolítása a szív jobb kamrájából.

Írta: Linner Bertalan dr.

Aristoteles a szív sérülését minden esetben halálosnak tartotta; *Fallopio* is azt mondta, hogy csodaszamba megy, ha sérült szívvel életben marad valaki. Még a nagy *Billoth* is úgy nyilatkozott mintegy 51 évvel ezelőtt, hogy »Az a sebész, aki meg akarná kísérni a sérült szív varrását, bizonyára elveszítené kartársai előtt tekintélyét«. Mégis 6 évvel *Billoth* idézett kijelentése után *Rehn* 1896-ban már beszámolhatott első eredményes szívvarratáról!

Ezzel az első heroikus szív-műtéttel egy csapásra eloszlott az a nagy félelem, amely még a legjobb sebészeket is elriasztotta attól, hogy súlyos szív-sérülteket műtéti beavatkozással megmenteni próbáljanak és évről-évre több, immár 500-on felüli sikeres szív-műtétről számol be a szakirodalom.

Feltűnően sok ide vonatkozó közlemény jelenik meg Szovjet-Oroszországból.

Tű a szívben a ritkábban előforduló idegen testek közé tartozik, ezzel szemben meglehetősen gyakoriak a szív lövés- és szúrásokozta sérülései. *Maffei* 1931-ig az irodalomból 64 esetet gyűjtött össze, melyek közül 45 meghalt. *Canuto* közleményében további 5 halálos esetet találtam, melyek *Maffei* gyűjteményéből kimaradtak. 1932-től a mai napig az én esetemmel együtt még beszámoltak 5 gyógyult és 1 halálos esetről, tehát a mai napig összesen 75 tüvel előidézt szív-sérülés ismeretes, ezek közül 24 meggyógyult vagy más bajban halt el, 51 pedig meghalt sérülése folytán, tehát 32%-a gyógyulási, 68% pedig a halálozási arányszám; utóbbi feltűnően nagy. Az újabban közölt esetek közül sokkal több gyógyult, így az 1932-től ismertetett 6 eset közül csak 1 halt meg. Ez a javulás annak tudható be, hogy hova-több több sérült részesül műtéti segítségben, míg a

régi esetek közül kevesebbet operáltak meg és közülük sokan hirtelen meghaltak anélkül, hogy életükben felfedezték volna bajukat.

Tű háromféle módon juthat a szívbe: 1. gyilkosság (4.3%), öngyilkosság (37.2%) és baleset (58.5%) folytán. A szív-sérüléseket előidéző tűk nagyon különbözők: előfordul köztük varró-, himző-, zsákvarró-, biztosító-, kötő-, nyakkendő- és melltü.

Tű a szívbe bejuthat közvetlenül a mellkas falán át a szívtájon ejtett szúráson át úgy, hogy a szúrást szándékosan ejti *gyilkos* vagy *öngyilkos*, vagy *műhiba folytán az orvos*: (szív-szúrás thorakocentesisnél: *Hinton*), vagy a *ruházatban elrejtett tű véletlen rászorítása, a tübe való esés* folytán, avagy a véletlenül vagy szándékosan *lenyelt tűnek* a nyelőcsőn, esetleg a gyomron és rekeszekben át történő *vándorlása* révén. Ilyen esetek *hysteriás nőkkel*, vagy *gondatlanságból* fordulnak gyakrabban elő. *Növényevő állatoknál* is találkoznak hasonló esetekkel. A takarmány közé jutott szeg, drót vagy tű, különösen a kérődzők szarvú gyomrának a rekesz felé irányuló erős peristaltikája következtében átfúrja a gyomrot, a rekeszizmot és bejut a szívburokba s halálos genyes perikarditist okoz. (Marek.)

A szívbe jutott tű sorsa nagyon különböző lehet. Ha az izomfalban helyezkedik el és nem ér be a szív üregeibe, kötőszöveti tok képződik körülötte s évtizedekig ott maradhat baj nélkül. *Ambrose* esetében egy néger nő a gyomor és rekesz perforációjával a szív jobb kamrájába jutott tűt 9 évig viselte ott, míg egyéb bajban el nem halt. Egy megrögzött öngyilkosjelölt kiegyenesített biztosítótűt szúrt a szívébe s mivel ez 18 hónapig semmi bajt nem csinált, automobil alá vetette magát. Boncoláskor a tűt a bal pitvarban találták, mely azt átnyársalta. (*Petersen*). A szívbe jutott tű különösen kedvező esetben a szíven keresztül vándorolva onnan ki is juthat, mint *Nehrkorn* 17 éves férfi betegénél, kinek bal szívkamrájába műtét közben az eltávolítási kísérletnél egészen becsúszott a tű s azt nem sikerült eltávolítani. A műtét után 8 nappal készült röntgenfelvétel azt mutatta, hogy a tű már kijutott a szívből és előbb

a gerincoszlop mellett, 3 hét múlva pedig a II. borda-közben feküdt, ahonnan újabb műtéttel könnyen el lehetett távolítani.

Súlyos, sokszor végzetes *szövődményeket* okoz a szívbe jutott tű. Ilyenek:

1. *Vérzés.* A mellkas falába rögzített, de a szív-izomba hegyes végével behatoló tű a szív mozgása folytán a szíven vonal alakú sebet ejthet, melyen át a vér a szívburokba ömlik s az ú. n. *szívtamponade* tünetei közt megáll a szív, ha sürgős beavatkozás nem történik.

2. *A szív koszorús érének sérülése* szintén szív-tamponadeot okoz. Az arteria coronaria sin. ramus descendensének lekötése nem okoz komoly vérrellátási zavart a szívizomban. Legutóbb *Djurišić* közöl a ramus descendens lekötése után gyógyult esetet szív-szúrásnál. Korábban *Bircher*, *Fischer* és *Hesse* számoltak be hasonló esetekről.

3. *A szív papillaris izmának lefűrészelését* előidézhetheti a szívbe hatoló tű, mint az *Östreich* esetében történt a kéthegyű billentyű mellső papillájával.

4. Az *ingervezető-rendszer megsértése* is szerepelhet a halálokok között, de ez inkább késszúrás és lövés eseteiben fordul elő, mert a vékony tűvel való megszúrás, mint az intrakardialis injekciónál is tapasztalhatjuk, semmi bajt nem okoz, ezért találoan mondja *Bachlechner*, hogy intrakardialis punctiókor az ingervezető rendszer rostjait mindenesetre eltávolítjuk s nem utolsó sorban éppen ebben rejlik a beavatkozás életmentő hatása. Ha azonban a tű vastagabb és a szív erős mozgásban van, könnyen elképzelhető, hogy nagyobb sérülés éri az ingervezető-rendszert s a szív megáll.

5. A szív *idegapparatusára kifejtett shockhatással* magyarázható a túsérülés után beálló hirtelen halál olyan esetekben, amikor a haemoperikardium olyan kisfokú, hogy szívtamponadeot nem is okoz.

6. Az *infectio* is súlyos veszélyt jelent a szívbe hatoló idegen testek s így a tű okozta sérüléseknél. Különös, hogy a pathologus anatomusok a szívsérülések után beálló halál okainak tárgyalásakor a fertőzés eshetőségeivel alig foglalkoznak, holott ez — különösen nagyobb idegen testek nyomán — gyakran előfordul s tűvel kapcsolatban is közölt *Hasen* és *Grüniger* egy 1½ éves gyermekben előfordult gnyes perikarditist, mely előbb a perikardium szád-lása, majd a rendkívül súlyos általános állapot javulása után végzett tüeltávolítással gyógyult. A perikarditis purulentán kívül az áthatoló szívsérülések esetén, különösen ha az idegen testet idejében nem távolítják el, a szívben fejlődő septikus thrombus és következményes embolia veszélye fenyeget annak minden súlyos következményével. A szív üregeiben szabadon fekvő idegen-test vagy megbúvik a két-, illetve háromcsúcsú billentyű hátsó vitorlája mögött, de bekerülhet a vérárammal a peripheriás erekbe s valahol elakadva, előbb-utóbb valamilyen zavart idéz elő. Ilyen esetekre utal *Schloffer*, *Dänecke* és *Kienböck*. Fentebb említettük már, hogy az idegen test a szív izomfalát átszúrva, ki is vándorolhat a környező képletekbe.

Mint láttuk, a szívben hagyott tű előre kiszámíthatatlan életveszéllyel jár a betegre, ezért minden friss esetben távolítsuk el a tűt, illetve az idegen testet, ha remélhető, hogy az a szív üregeinek megnyitása nélkül lehetséges, mert a szív üregének ki-nyitása és az abban való keresgélés nemcsak az el-

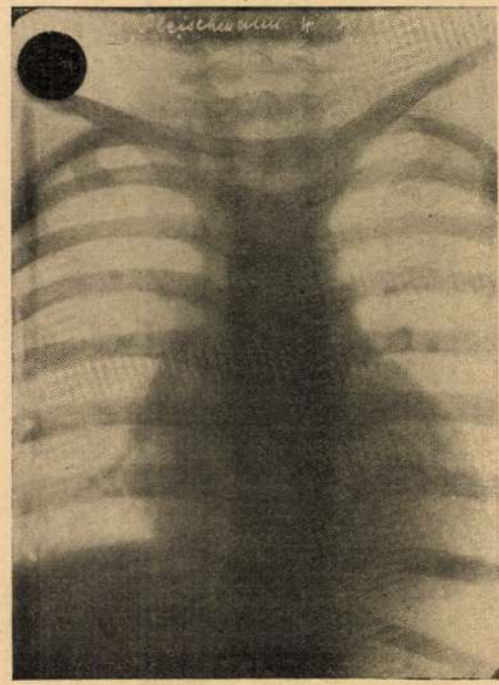
vérzés veszélyét jelenti, hanem endokardium izgatása reflexszívhalált is okozhat.

Későbbi esetekben még óvatosabbak legyünk a műtéti javallat felállításában, mert a késői esetekben sok olyat láttunk, ahol a tű kedvező helyzete miatt a beteg élete különösebb veszélyben nem forog. Nagyon helyesen követeli meg *Bird*, hogy ne járjon a műtét nagyobb veszéllyel, mint az idegen test benthagyása.

A behatolás módját és helyét a tű behatolási helye és fekvése határozza meg. Igen nagy jelentőségű a pleura sérülésének elkerülése a műtét folyamán, különösen akkor, ha nem rendelkezünk túlnyomásos készülékkel, mert a műtét közvetlen és késői veszélyei pleura-megnyitás esetében megsokszorozódnak. Amilyen fontos a pleura megkímélése, éppen olyan fontos a tájék kellően tág feltárása is, különben apró idegen testet nem találunk meg, vagypedig betolhatjuk a tűt a szív üregébe s ezzel többet ártanánk, mintha meg sem operáltuk volna a beteget. Ha a tű eltávolítása után a szív sebzése nem vérzik, nincs szükség a nyílás elvarrására, mert az izomrétegek egymás fölötti eltolódása a kis sebet tökéletesen zárja. Ha azonban a tű rést fűrészelt a szív izomfalán, azt se-lyemöltésekkel a leggondosabban összevarrjuk, mert még ha a momentan elvérzés tökéletlen bevarrásnál nem is következett be, igen könnyen aneurysma képződhet a sebzés helyén, mely előbb-utóbb megreped s a beteg hirtelen halálát okozza.

Ha a szívburok üregében vér van, azt gondosan és tapintatosan kitorörljük. Akár a benthagyott és szervült vérrög, akár a perikardium durva kitorlése synaechia perikarditit eredményez annak minden súlyos következményével.

F. H. 2 éves fiút 1940 június hó 25-én szállították be kórházunkba. Anyja előadta, hogy a gyermek a szobában a díványnak támaszkodva játszott, miközben megcsúszott s mellkasát a padlóhoz ütötte. Azonnal heves fájdalmakat jelzett és melléhez kapkodott. Az anya figyelmét ez felkeltette és megtekintve a fájó helyet, a mellkas közepén egy vastag, a bőr felszínéből mintegy 1½ cm-nyire kiálló törött tűt talált, mit el akart távolítani, de kitért, hogy a testbe behatolt tű kiálló része is eltört, az a kezében maradt, a tű hegyes vége pedig bentrekedt a test belsejében. A tűnek füles részét megtalálta a padlón, nyilvánvaló tehát, hogy a tű a desz-



1. ábra.

kák részében hegyével felfelé tekintve helyezkedhetett el s a reá eső gyermek mellébe behatolt kisebbik része, míg a nagyobbik kint maradt része két darabba törött.

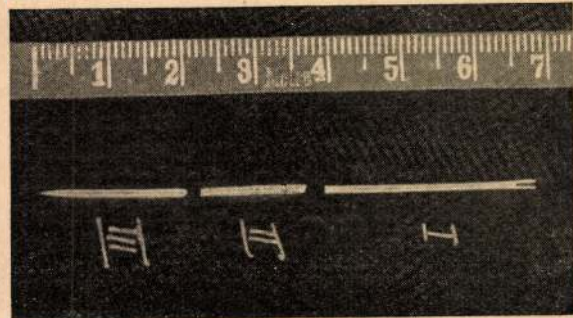
Beszállítás után azonnal röntgenfelvételeket készítettünk (1. és 2. ábra), melyeken a tűdarab a közép-vonalban a 4. borda magasságában a corpus sternibe ékelve látható úgy, hogy nagyobbik része intrathorakalisan helyezkedik el, ezért féltettük, hogy a tű a szívbe is behatolt, bár kopogtatási és hallgatósági eltérés nem volt. E. K. G. vizsgálatot nem végezhetünk, mert abban az időben elektrokardiographunk még nem volt.



2. ábra.

Műtét a felvétel napján aether narkosisban. Mivel röntgenfelvétel szerint a tű a corpus sternibe ékelve látszott, megkíséréltem a beszúrási hely körül a porcös consistentiájú csontot apró részletekben késsel eltávolítani, de a türe nem találtam rá, holott egészen a perikardiumig praeparáltam. A műtétet trochoskopon végeztem, hogy közben a tű helyzetét röntgen-átvilágítással ellenőrizhessem. Így kitűnt, hogy a tű a szívvel együtt mozgott, tehát a szegycsontból kiszabadításakor a szívbe ékelte a tű a szívvel együtt a gerincoszlop irányában a mellkas mellső falától eltávolodott. Ekkor a szegycsonton ejtett rést kitérítettem annyira, hogy azon át fogóeszközzel benyúlva, röntgen ellenőrzés mellett a tűt megfoghasam, de ez a szív gyors mozgása miatt nem sikerült. Erre a rést tovább nagyobbítottam annyira, hogy azon át a szemészeti kézi mágnes hatékony polusát bevezethettem, de a tűt ez sem húzta ki. Nem volt más hátra, mint a szívtájékot szabályszerűen teljesen feltárnom, mit adott helyzetben a Sauerbruch-féle mediastinotomia anteriorral ejtettem meg, tekintettel arra, hogy a tű a közép-vonalban hatolt be s a szegycsont közepén már egyébként is jókora rést készítettem. Így szabadon feküdt a perikardium, melyről nagyon óvatosan félretoltam a pleura áthajlási redőjét, anélkül, hogy a szabad mellüreg kinyílt volna. A tű így sem látszott, azonban óvatosan betáplálva éreztem azt a szív jobb kamrájának falában. Nem volt tehát más hátra, mint hogy hosszanti metszéssel kinyitottam a perikardiumot is, amikor lát-hatóvá vált a sulcus interventricularistól 2 cm-rel

jobbra és 1½ cm-rel a rekesz felett a jobb kamra falából 1 mm-nyire kiálló tű, mely a szív-actiókkal együtt olyan heves ingaszerű mozgásokat végzett, hogy eszközzel egyszerűen megfogni lehetetlennek látszott s az ilyen manipulációval betoltam volna a tűt a szív üregébe. Ezért a tű felett selyemöltést helyeztem el a szív izomfalába s ennek segítségével kiemeltém és megrögzítettem a szívet úgy, hogy a betolás veszélye nélkül sikerült az alig 1 mm-nyire kiálló tűt bonci-csípővel megfogva, a jobb kamra falából kihúzni.



3. ábra.

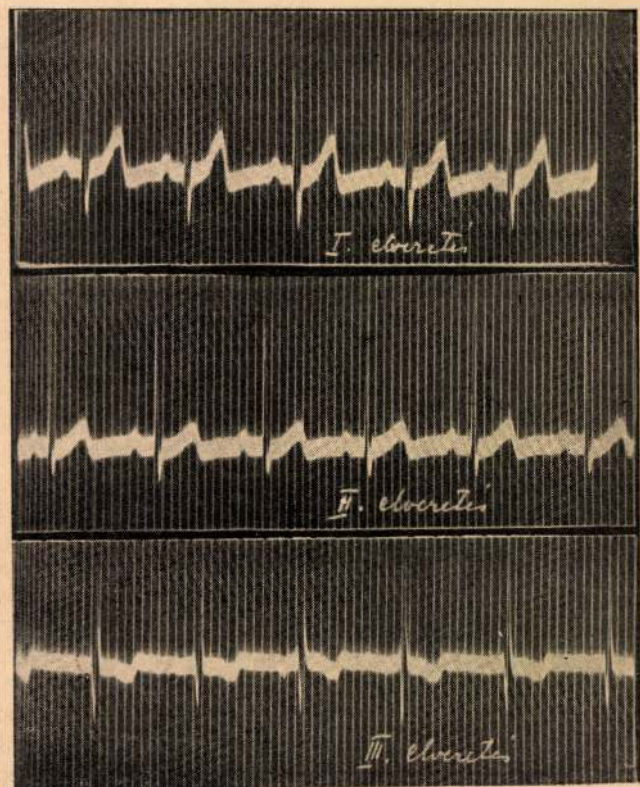
A tű kihúzása után a szúrás csatorna teljesen zárult s azon semmi vér nem ürült, ezért nem láttam szükségét varrásnak. A burok üregében vért nem találtam. Ezek után a burkot, a sternumot és a lágyrész-sebet szádlás nélkül rétegesen zártam.

Két napig tartó subfebrilitás. Zavartalan sebgyógyulás, VII. 2-án varratszedés, 5-én elbocsátás elsődlegesen gyógyult sebbel, kitűnő közérzet mellett.

A teljesen panaszmentes beteget f. é. nov. hó 20-ára ellenőrző vizsgálatra rendeltem be.

Physikalís vizsgálattal eltérés nincs, a szív tom-pulata és a szívhangok rendesek.

Elektrokardiographiás lelet: P-P = 0.60", R-R = 0.60", P-Q = 0.15", Q-T = 0.25"



4. ábra.

$Q-S = 0.06''$, $R_2 > R_1 > R_3$, $S_1 > S_2 > S_3$, $Q_3 > Q_2 > Q_1$, T_1 , T_2 magas, T_3 negatív-positív, S T szakasz I—II. elvezetésben kissé ferdén halad. Sinus rhythmus III. elvezetésben mély Q csipke. Myokardialis bántalmat nem mutat.

Röntgenlelet: A szív — szemben a műtét előtti állapottal — balra megnagyobbodott. A megnagyobbodás a bal kamrára szorítkozik, elváltozás nincs. A corpus sterni belső felszínén periostalisán képzett vonal alakú mészfoltok.

Subjective a gyermek tökéletesen egészségesnek érzi magát.

Összefoglalás: Előzetes röntgenfelvételekkel törént localizálás után mielőbb végzett műtéti beavatkozással lényegesen javul a tú okozta szívserülések gyógyulási arányszáma, mert így megszabadul a beteg a később fenyegető halálos szövődmenyekről.

Bő feltárással és a szívnek — izma falába öltött fonál segítségével — kiemelésével és rögzítésével elkerülhetjük azt a veszélyt, hogy a tü betoljuk a szív üregébe.

Az Erzsébet Tudományegyetem Élettani Intézetének közleménye. (Igazgató: Pekár Mihály ny. r. tanár.)

Az emberi magzati mellékvese és a paraganglion aorticum abdominale adrenalin tartalma.

Írta: Leikes Zoltán dr.

Az emberi magzati mellékvese és a paraganglion aorticum abdominale adrenalin-tartalmáról csak szórványos adatok állnak rendelkezésre. Az endokrin mirigyeknek a fiziologiában egyre fokozódó jelentősége szükségesszerűvé teszi, hogy az egyes endokrin mirigyeknek már a magzati életben megnyilvánuló szerepét is kikutassuk. Különösen érvényes lehet e kíváncsosság a mellékvesére nézve, amely szervünk a legkorábban fejlődésnek induló és differenciálódó endokrin mirigyek közé tartozik. Ennek a körülménynek magyarázata valószínűleg a mellékvese phylogeniái fejlődésében keresendő, amennyiben a mellékvese valamennyi gerinces állatban már jelen van s csak az amphioxusnak és a gerincteleneknek nincsen mellékveséje. Általánosan ismert dolog, hogy a kéreg- és a velőállomány két egymástól független szervnek tekintendő, melyek csak a későbbi fejlődés folyamán egyesülnek egymással. A magzati életben az emberi chromaffin szövet eloszlása az alacsonyrendűekben való viszonyokhoz hasonló. Azok a phaeochromblastok, amelyek a sympathicus határkötegről lefűződtek ugyan, de nem nyomultak be az interrenalis szervbe, legnagyobb részét az aorta szomszédságában találhatók. Ezeknek, mint csökevényes szerveknek, a legutóbbi időig csupán fejlődéstani jelentőségük volt, míg rá nem mutattak arra, hogy az élet bizonyos szakában a mellékvese velőállományával azonos fiziologiás szereppel bírnak.

Ha végigtekintünk az eddig megjelent vizsgálatok adatain, rögtön szembeötlő, hogy azok legnagyobb részét csak az állati magzati mellékvesére vonatkoznak. Sőt ezek közül is egyesek csak az adrenalinnak a chromreactióval kimutatható megjelenésére mutatnak rá. Az emberi újszülött mellékveséjével Elliott, az emberi magzatokéval Danisch foglalkozott. Az ő vizsgálataik kimutatták, hogy

nemcsak a magzati mellékvese, hanem a paraganglionok is tartalmaznak adrenalin, sőt a magzati élet végén és az újszülött korban az adrenalin fő tömege éppen a paraganglionokban van jelen. És ez a körülmény az ontogeniai és phylogeniái fejlődés közötti összefüggéssel könnyen magyarázható. Elliott a saját maga kidolgozta kitűnő vérnyomásmérő eljárással dolgozott, míg Danisch a Comesatti-féle kolorimetriás eljárást használta. A kolorimetriás eljárást Maiweg és Frowein vizsgálatai tették erősen kritika tárgyává és ők arra a meggyőződésre jutottak, hogy minden kolorimetriás eljárásnak elvi hibái vannak, mert a kolorimetria alapjául szolgáló chemiai reakciót nemcsak a biologiailag hatásos adrenalin, hanem annak ú. n. előfokozata és oxydatiós termékei is adják. Frowein a kolorimetriás és pharmokologiás eljárást összehasonlítva arra az eredményre jutott, hogy a Folin-eljárás adatai túlmagasak voltak s valószínűleg egyik kolorimetriás módszer sem alkalmas az adrenalin kiértékelésére.

Methodika. Maiweg és Frowein megállapításából kifolyólag saját vizsgálataimon az Elliott-féle vérnyomásmérő módszert alkalmaztam. A kiértékeléseket kutyákon végeztem, a vagotomia és a mesterséges tüdőventillatio bevezetése után a 4. hátcsigolyát trepanáltam és a gerincevelőt elroncsoltam. Az így előkészített szervezet valóban a mérleg érzékenységevel reagált az adrenalinra. Narkoticumul minden alkalommal Pernoctont használtam. A gerincevelőbe fecskendezett novocain hatása nem bizonyult elég tartósnak és hosszabb vizsgálatok alkalmával a gerincevelő átmetszése nem volt elkerülhető. A vérnyomás mérése Ludwig-féle higanyos manometerrel történt. A mérés adatait egy esetben Trendelenburg-féle békaparaeparatumon is ellenőriztem, aminek eredménye az Elliott-módszer adataival jól egyezett. A kiértékelés synthetikus adrenalin frissen előállított hígításainak hatásával való összehasonlítással történt, a kapott eredmények adatainak segítségével diagrammot szerkesztettem, amiből a keresett értékek leolvashatók voltak. Az adrenalinnak a mellékveséből és a paraganglionokból való kivonása Frowein eljárása szerint történt, azzal a különbséggel, hogy a várható csekély adrenalin mennyiségre való tekintettel a mellékveséknél 1:10, a paraganglionokból 1:5 arányú hígítást végeztem. A kivonatok sósavval való megsavanyítás után jég-szekrényben jól eltarthatóknak bizonyultak.

Az Elliott-módszer az esetek egy részében olyan érzékenynek bizonyult, hogy a vérnyomást már a vénának átszűrésével járó mechanikai inger is befolyásolta. Ez többnyire néhány milliméteres vérnyomásesést idézett elő, ami azonban 1—2 perc alatt megszűnt és fokozatosan az eredeti szintet foglalta el. Az ilyen esetekben a vizsgálandó anyag befecskendezésével természetesen egy kicsit várni kellett. Hasonló megfigyelésre vonatkozó adatokat nem találtam. A vérnyomásesés ez esetben csak reflektorkusan következhetett be, de ennek pályája a kísérleti feltételekből kifolyólag nem a nyúltvelői vasomotoros központon, hanem valamely mélyebben fekvő, alacsonyabb rendű centrumon vezethetett át. Ha ez így van, ez a megfigyelés e vizsgálatok kereteit túlhaladó jelentőséggel is bírhat és esetleg némely kórtani és klinikai jelenségnek szolgálhat magyarázatul.

A vizsgálatok a szülészeti klinikán elvégzésére kerülő magzatokon történtek. Bár ezek az elvégzés

után a feldolgozásig jégsekreánybe kerültek, mégis minden esetben feljegyeztem azt az időt, ami az elvetélés és a feldolgozás között eltelt. Ez az adrenalinak közismert, könnyen bomló természete miatt látszott szükségesnek. Elég, ha Elliott vizsgálataira utalok, ki kimutatta, hogy a mellékvesék a halál után a szervezeten kívül 17 C fokon tartva 6 óra alatt adrenalintartalmuknak 30%-át elvesztették.

A két mellékvese adrenalintartalmát összesen 15 esetben, a paraganglion aorticum abdominaleét 8 esetben vizsgáltam meg. A vizsgálatok eredménye az alábbi táblázatban van összefoglalva.

A magzat hossza cm-ben	A 2 mellékvese adrenalintartalma gammában	A paraganglion adrenalin tartalma gammában	A vetéléstől a feldolgozásig eltelt idő órákban
9	4.5	0	17
11	6.6	0	24
12	0	—	3
20	8.1	nyomokban	24
21	50.0	—	3
23	62.0	—	10
25	100.0	—	4
26	110.0	—	3
27	nyomokban	—	16
27	2.0	3.5	16
30	16.5	—	12
30	36.0	9.0	4
34	14.0	30.0	3
37	47.0	50.0	6
48	1.4	50.0	12

Adataink összehasonlításakor szembeötlő, hogy az értékek mennyire ingadozóak. Ennek okát az egyéni különbségeken kívül a feldolgozásig eltelt időben kell keresni. De még az erre vonatkozó adataim sem lehetnek teljesen mértékadók, mert nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a magzat elhalása a méhben az elvetélés bekövetkezése előtt különböző időben beállhatott. Olyan esetekben, mikor a magzatnak már rothadásos szaga volt, adrenalin még nyomokban sem volt kimutatható. Egy további érdekes körülmény az, hogy az adrenalin mennyisége a magzati élet vége felé a mellékvesében csökken, a paraganglionban ellenben nő. Adataim megerősítik Elliott és Danischnak azt a megfigyelését, hogy a fejlődés bizonyos szakában az adrenalin főtömege a paraganglionokban van jelen. Itt szeretném felhívni a figyelmet azokra a szerkezeti változásokra, melyeket a histologusok (Thomas) a magzati mellékvese szöveti szerkezetét illetőleg leírnak. Bár ez legnagyobb részben a kéregállományt illeti, nem lehet kizárni, hogy ennek is szerepe lehet az adrenalintartalom ingadozásában.

Saját vizsgálataimban az adrenalin legkorábban a 9 cm hosszú magzatban volt mérhető mennyiségben kimutatható. Ez megegyezik a chromaffinitás megjelenésének idejével és így sokkal korábban állhatott, mint azt Danisch kísérletei mutatták. A Zuckerlandl-féle szervben pedig csak későbbben kezdődik az adrenalin. Amint tehát e vizsgálati adatokból kiolvasható, a velőállomány szerepét a magzati élet vége felé nagyrészt a paraganglionok veszik át és a mellékvesék csak a megszületés után gyakorolják újból az uralkodó szerepet, mint azt erre vonatkozó vizsgálatok (Danisch) következtetni engedik. A felnőtt szervezet paraganglionjai már nem tartalmazzak adrenalin. Ezek szerint a paraganglionok az élet bizonyos szakaszában fontos élet-tani szerephez jutnak, ami a mellékvese fejlődésének körülményeivel jól összeilleszthető jelenség.

Kérdéses lehet, hogy adott esetben a paraganglionok képesek-e újból átvenni a velőállomány

szerepét. Az exstirpációs kísérletek arra mutatnak, hogy csak a kéregállomány bír életfontos jelentőséggel, míg a velőállomány izolált elpusztítását a kísérleti állatok rendszerint túlélők. Nem lehetetlen, hogy ennek a körülménynek a magyarázatát a paraganglionok szerepében kell keresnünk, melyek szükség esetén a funkciót újból felvenni képesek. Itt nemcsak a Zuckerlandl-féle szervre, hanem a többi paraganglionra is gondolhatunk.

Ami a chromaffin-rendszer adrenalintartalmának abszolút értékeit illeti, ez a magzati életben még nem lehet nagy, de a talált értékek a körülményekhez képest mégis tekintélyesek, ugyanis az első 10 életév átlagértékének egytizedrészét megközelítik. Figyelemre méltó körülmény ez, ha a magzat egyéb endokrin mirigyeinél eddig észlelt viszonyokat tekintjük, amelyekben biológiailag hatásos inercitumot eddig csak elenyésző csekély mennyiségben tudtak kimutatni, vagy egyáltalán nem találtak. De nem is lehet az egyszerű számértékekről a functionális viszonyok mértékére vonatkozólag jelen esetben messzemenő következtetéseket vonni, mert az adrenalin a mellékveséből állandóan folyik a véráramba, a physiologiás szükségletnek megfelelő mértékben. Amellett Danisch szerint már az asphyxia is az adrenalinkészlet teljes kimerülésére vezet, mint azt halvaszületetteken megfigyelte. Ez pedig olyan körülmény, aminek lehetőségét az elvetélésnél nehéz lenne esetenként kizárni.

Arra vonatkozólag, hogy a lepényen az adrenalin átjár-e, eddig semmiféle adat nem áll rendelkezésre. De tekintve, hogy ennek lehetőségét egyéb hormonokra, mint az insulinra, pajzsmirigyhormonra nézve már kimutatták, az adrenalinra is joggal feltételezhetjük. Tévedések elkerülése végett ezért a vizsgálatot magzati májjal és léppel is elvégeztem, de ezekben az adrenalinra nyoma sem volt egy esetben sem. Ezeknek alapján joggal feltehetjük, hogy a magzati mellékvese már igen korán, a 3. hónaptól kezdve működőképes állapotban van s hogy megfelelő physiologiás hatását már ettől az időtől kezdve valóban ki is fejt.

A vizsgálatok eredményét a következőkben foglaljuk össze:

1. Az emberi magzati mellékvesék és a paraganglion aorticum abdominale adrenalintartalmát biológiai úton határoztuk meg.
2. A kísérletek eredménye szerint az adrenalin a mellékvesében a 3. hónap végén, a paraganglionokban az 5. hónapban jelenik meg.
3. A magzati élet vége felé a paraganglionok adrenalintartalma felülmúlja a mellékvesékét.
4. A chromaffin-rendszer a magzati életben specifikus inercitációs tevékenységet fejt ki.

Az O. H. kiadványait olvasón kapják meg kiadó-hivatalunktól 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	5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel	4.— „
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 rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvétellel történő rendeléskor a portó költséget is felszámítjuk.

A szabolcsvármegyei »Erzsébet« közkórház belosztályának közleménye. (Főorvos: Sarvay Tivadar.)

A gümös genymellúség kezelése enzimátikus oldással.

Irta: *Hogyan László dr.* alorvos.

A gümös genymellúség kezelésében a műtéti eljárások helyett az utóbbi években a szakemberek nagy többsége inkább a fertőtlenítő szerekkel való orvoslás felé hajlik. Főleg mióta *Morelli* és munkatársai ettől a kezeléstől minden eddigi eljárásnál jobb eredményeket láttak.

A genymellúség orvoslása folyamán eddig használatos eljárásainkkal az állandó genytermelődést nem igen tudtuk befolyásolni: folytonos termelődését sem a gyakori lebocsátás, sem a síma oleothorax, sem a fertőtlenítő oldatok befecskendezése, sem az ezekkel való mosás nem csökkentette eredményesen s emellett a kezelési idő is olyan hosszúra nyúlt, hogy annak következtében a mellüregben belül mind a fajlagos, mind a nem fajlagos sarjadzás is valószínűleg átjárhatatlan szövetpáncélt képezett, melyen keresztül a kezelés, vagy az esetleges műtét is igen körülményessé vált.

Az eddig ismeretes beavatkozások közül legjobb eredményt a *Korompay* féle vékonyesöves szádlóval, majd a *Morelli*-féle kezeléssel értük el. Ez eljárásokkal a régebbiekhez képest rövidebb idő alatt és aránytalanul gyakrabban értünk el gyógyulást. Meg kell azonban említenünk, hogy vékonyesövezéssel kapcsolatban egyes esetekben eltokolódások jöttek létre, miáltal a kezelési idő nem rövidült meg. A *Morelli*-féle kezelésnek is volt ilyen, ha nem is kifejezett hátránya, ami viszont abban nyilvánult meg, hogy ha a mosó fertőtlenítő oldatot nem tartottuk kellő hőmérsékleten, igen gyakran kisebb-nagyobb fokú pleurális shock jelentkezett s úgy a mosás, mint az ezt követő detenziós kezelés még készüléket is igényelt.

Köztudomású, hogy a mellüreg belső felületén genymellúség esetében rostonyás felrakódás képződik, mely a bakteriumoknak állandó melegágya és rejtekhelye. A gyógyuláshoz első és legfontosabb feladat ennek a rostonyás rétegnek a mellüreg faláról zárt mellüreg mellett való lehetőleg maradéktalan eltávolítása. Míg az utóbbi *Morelli* tisztán mechanikai úton igyekezett elérni, addig mi ugyanezt a feladatot jóval tökéletesebben enzimátikus oldás útján valósítottuk meg, minden különösebb felszerelés nélkül.

Feltevésünk szerint ugyanis a genymellúség kezelése annál eredményesebb és gyorsabb, minél tökéletesebben tudjuk eltávolítani ezt a genyes rostonyás felrakódást, mely által egyúttal a genytermelés okának nagyrésztét is megszüntetjük s a folyamatot csupán a kiindulási területre localizáljuk. Az aránylag ép mellüreg reaktív és inkább következményes lobjának megnyugvását pedig fertőtlenítő oleothorax-szal biztosítottuk. A genyes hártya kiemésztése után a genyedés nem szűnik meg azonnal, de aránytalanul alácsökken a geny mennyisége, miáltal a beteget mind ritkábban kell csapolni. Az olajos kezelés következtében a mellhártya-eltávolítás fokról-fokra megnyugszik, a váladékképződés elmarad, úgyhogy csak mellüri túlnyomás elkerülése végett kell negyed, illetőleg félvényként ellenőrző csapolásokat végezni.

Az enzimátikus kezelés nem újkeletű. A sebészek renyhén gyógyuló fekélyek ellen régen alkalmazták s egy-két esetben már a genymellúség nyitott kezelése közben is kísérleteztek vele. Ezek a kezelési eredmények azonban nem bizonyultak jobbakká a más eljárások eredményeivel szemben. Ez magyarázza meg, hogy az utóbbi évek empyema-irodalmában nem is találkoztunk vele. Az eredménytelenség oka abban rejlik, hogy az enzim-oldat egyrészt rövid ideig érintkezett a vastag, rostonyásan bolyhos genyes tüdőfelülettel, másrészt nem is minden ponton érintkezett vele. Súlyosbította a helyzetet, hogy általában nem gondoskodtak az emésztési folyamat kellő időben való megszakításáról és nem szüntették meg az emésztést kísérő lobot sem, minek következtében a beteg állapota a kezelés után sokszor súlyosabb képet mutatott, mint a kezelés előtt.

Kezelésünket úgy végeztük, hogy a mellüri geny lehetőleg levegőmentes lebocsátása után egy-egy és fél deciliter steril ph 8.9 borát puffer oldatban, esetleg élettani konyhasóoldatban oldott, 0.5 g, kinázéval nem aktivált trypsint (trypsin absolut Schuchardt) fecskendeztünk a mellüregbe. A borát puffer oldatot úgy készítettük, hogy 2.48 g bórsavat 20 ccm normal nátriumhydroxydban oldva, vízzel 200 ccm-ig feltöltöttük s ebből 160 ccm-t 40 ccm normáltíz sósavoldattal elegyítve, sterilizáltuk, vagy ultrafilteren megszürtük.

A kezelés után a beteget lefektetjük és felszólítjuk, hogy többször forduljon az ágyban, hol a hasára, hol a hátára, hogy ezáltal az enzim oldat az esetleg összefekvő áthajlásokban is mindenütt érhesse a mellhártyát. A kezelés befejezése után 3–5 óra múlva a beteg hőmérséklete 38–39° Celsiusra emelkedik, ami egyúttal annak a bizonyítéka, hogy a pyogen hártya kiemésztődött és kezdődik a lob. Ilyenkor a beteg gyakran fájdalokról is panaszkodik. A lázas reactio erősen leromlott betegeken néha később és enyhébben jelentkezik. A fájdalomérzés nem lehet összefüggésben a mellüregben lévő emésztő folyadék maró hatásával, mert annak savi vegyhatása emésztés után sem igen fokozódik, a savérték 10 ccm exsudatumban phenolphthalein indikátor mellett normálötöd káliumhydroxyddal titrálva általában 1.25–1.50 közötti változást mutat akkor, midőn hasonló körülmények között kémcsőben végzett caseinemésztéskor ugyanennyi idő alatt 6–7.8-as emelkedést észleltünk. A lázas reactio beállta, mint figyelmeztető jel után a mellüri folyadékot ülő helyzetben a mellüreg legalsó részén lebocsátjuk, majd a beteget oldalra fektetve, a tűt egy-két centiméterrel mélyebbre toljuk be s azon keresztül 20 ccm-es record fecskendő segítségével testhőmérsékletre felmelegített 3–400 ccm 2%-os steril oleum nicaolis paraffinolajat fecskendezünk be. E művelet közben minden 20 ccm olaj befecskendezése után kissé visszahúzzuk a dugattyút, ezzel a tűből kiszívjuk az olajat s így azon keresztül a mellkasban lévő levegő könnyebben távozhat el. A töltés vége felé, mikor a dugattyú visszahúzásakor már olaj ürül, leszívjuk a maradék levegőt s vele együtt egy kevés olajat, hogy ezáltal a mellüri negatív nyomást csúcsi levegősapka nélkül biztosítsuk. Ez utóbbi műveletet, vagyis a maradék levegő eltávolítását olyan módon végezzük, hogy a tűt csaknem egészen a mellhártyáig húzzuk vissza, reá egy háromfuratú csapot helyezünk s így szívjuk ki a maradék levegőt. A negatív nyomás absolut bizto-

sítása céljából a levegőn kívül még legalább 40–50 cm olajat is. A levegő teljes eltávolítása következtében kitáguló tüdő térfogatának növekedése biztosítja a megfelelő negatív nyomást teljesen légtelen mellüreg és a lehető legkisebb oleothorax mellett. Ez az ideális állapot nem mindig sikerül, mert a betegek az esetek nagy részében már olyan állapotban jelentkeznek, amidőn a tüdő már nem tud kitágulni, illetőleg specifikus folyamat van a tüdőben is.

A hőmérséklet a csapolás után rendszerint még aznap, de legkésőbb másnap a kiindulásra esik vissza s ugyanakkor a szűrő fájdalmak is megszűnnek. Hevesebb reactiót vagy vegyes fertőzést az olajtöltésekkel kapcsolatban sohasem tapasztaltunk. Hasonlóképpen nem észleltük az olajnak a tüdőbe való betörését, valamint túlnyomásos tüneteket sem. Az olaj szagát a kilégtett levegőben a túlnyomás hiánya ellenére is mindvégig érezték a betegek. Az olajszagérzésnek mint tünetnek tehát a nyomásingadozáshoz semmi köze. Haematogen szóródást ezideig nem tapasztaltunk.

Ujabb csapolást csak abban az esetben végeztünk, ha a beteg hőmérséklete 37.5° Celsius fölé emelkedik, utóbbi esetben azonban a csapolást fél napon belül feltétlenül megismételjük. A genytermelődés foka s ezen keresztül a csapolás szükségessége a mellhártya esetenkénti reactiójától függ. Az olajjal abban az esetben, ha a geny leszívásakor a tüdő már nem tud teljesen kitágulni s a beteg feszítést érez, avagy ha a tüdőben nagyobb collapsust igénylő specifikus folyamat van, nem takarékoskodunk. Ilyenkor mindig annyit adunk, amennyi az üreget a leszívási feszülés érzéséig kitölti; így megtörténik, hogy egyszerre 700–800 ccm-t is kap a beteg. Ha a harmadik-negyedik csapoláskor túlsók (4–500 ccm) s inkább savós jellegű a geny s emellett a csapolás szükségessége is túlkorán merült fel, akkor ismételten, még pedig a leszívott genymennyiség felének megfelelő olajat töltünk a mellüregbe, mert ilyenkor kevés az olaj s ezáltal nagy a negatív nyomás. Az exsudatum-képződés tehát ex vacuo nagyobb.

Ha a mellüri nyomás a genytermelődés következtében ismét eléri a még megengedhető magasságot, a szervezet ezt a hőmérséklet emelkedésével (37.3–37.5) jelzi. A csapolások az első két-három héten időben csaknem szabályosan követik egymást, később ritkábbá válnak. A mellüri folyadék először híg, genyes, azután savósabb lesz, majd teljesen feltisztul, végül csak néhány köbcentiméter, habosnak látszó váladék nyerhető. Három-négy hónap múlva ez a tiszta váladék is elmarad és csupán olaj marad vissza a mellüregben.

A kezelés alatt mosást csak elvéve alkalmaztunk olyan esetekben, mikor a tüvel a genyes mellüreg legmélyebb pontjánál magasabban szűrtünk az üregbe, ilyenkor is csak azért, hogy a visszamaradó genyet a higítás által a lehetőséghez képest eltávolítsuk. A mosáshoz 1‰-es trypaflavint vagy 1‰-es rivanololdatot használtunk s egy-egy alkalommal 50–100 ccm-nél nagyobb mennyiséget nem fecskendeztünk be.

A fenti eljárással elért eredményeink oly jók, hogy ezideig egyetlen halálesetünk sem fordult elő és egyetlen sem kellett operáltatnunk. Legsúlyosabb eseteink átlag három-négy hónap alatt meggyógyultak. Eljárásunk annak ellenére, hogy a mellhártya zsigeri és fali lemeze a kezelés folytán nem

tapad össze, semmivel sem marad mögötte a Morelli-féle gyógmódnak, sőt olyan esetekben, amikor a tüdőben activ folyamat van jelen, előnyösebb is, mert mindig olyan collapsust tudunk biztosítani a tüdőben, amilyenre az adott esetben szükség van. Ha a mellüreg tartalma az emésztés befejezése után véressé válnék, akkor ebben az esetben is alkalmazzuk az olajutántöltést, mert vele kapcsolatban ezideig semmiféle szövődményt nem tapasztaltunk.

A kérdés tökéletesebb megvilágítása céljából az alábbiakban két kórtörténetet közlünk:

1. V. S. 25 éves férfi. 1934 szeptember 5-én 8 hónapi szanatóriumi kezelés után jelentkezett osztályunkon. Jobb kulescsontja alatt erősen disseminált környezetben diónyi nagyságú üreget találtunk. (Röntgen.) Köpete Koch-positív volt. A szanatóriumban előzetesen bevezetett tüdőtöltéseket a szeptember hónap 15-én bekövetkezett spontán pneumo thoraxáig folytattuk. A beteg ezen a napon orvosi tanács ellenére is elhagyta a kórházat. 1935. évi II. hó 27-én genymellűséggel jelentkezett, melyet április hó 17-ig mosásokkal kezeltünk. Erre az empvénnyel annyira meggyugodott, hogy a beteg láztalan lett és havonta csak egyszer kellett csapolni. A csapolások alkalmával 800–1000 cm³ geny lebocsátása után a mellüregét mindig átmostuk. Mivel képző mütébe nem egyezett bele, április 17-én hazabocsátottuk. Ettől kezdve 1935 november 19-ig havonként egyszer jelentkezett csapolásra. 1936 január 8-án ismét felvettette magát a kórházba. Empvemája ekkor már eltokolt volt úgy, hogy három helyen röntgen ellenőrzésével végzett csapolás után sem tudtuk a genvet teljesen lebocsátani. Hőmérséklete állandóan emelkedett volt, e mellett teljesen le volt soványodva s nagyon köhögött. Január 10-én trypsinnal emésztettük. Négyórás emésztés után hőmérséklete 38.5° Celsiusra emelkedett, mire lecsapoltuk, kitűnt, hogy az üreg ismét complit lett. Ekkor 780 cm³ olajjal feltöltöttük az üreget, melynek hatására másnap láztalanná vált. Január 20-án újból 400 cm³ genyet bocsátottunk le s helyébe 200 cm³ olajat adtunk. Február 5-én 200 cm³, 20-án 50 cm³ genvet bocsátottunk le. Február 22-én hazabocsátottuk. Negyedévenként két ízben jelentkezett ellenőrző vizsgálatra. Az első ellenőrzéskor habos olajat kaptunk, másodsor már tiszta olaj ürült az ellenőrző csapolás alkalmával. Utóliára 1940 szeptember 5-én jelentkezett. Sajat állítása szerint állandó munkája ellenére olyan jól érezte magát, hogy a közben eltelt időben az ellenőrző vizsgálatra jelentkezést nem tartotta szükségesnek.

2. E. G. 18 éves nő. 1939 augusztus 3-án jelentkezett osztályunkon. Elmondta, hogy egy éve tüdőbajos, 6 hónapig feküdt az egyik kórházban s töltéseket kapott. Később mellhártyagyulladását támadt, mely hat héttel ezelőtt elgenyedt. Azóta lázas (38–39° C). Az utolsó héten még fekvő helyzetben is fullad. Csontig lesoványodott, teljesen elesett, erősen dispnoés és szerdes beteg. Kóretete positiv. Vérszétsüllyedése 100 mm. egy óra alatt. Röntgennel vizsgálva csaknem a kulescsontig érő, intenzív, vízszintes folyadékárnyék van, fölötte levegősapka. A jobb tüdőcsúcsban néhány lenesényi kemény gócsárnyék. A középpárnyék erősen jobbra tolt.

Megcsapoltuk s 1500 cm³ sűrű, zöldessárga genvet bocsátottunk le. Utánna az üreget 1‰-es rivanol oldattal kiöblítettük s 500 cm³ olajat fecskendeztünk a mellüregbe. A geny kenetében bakteriumot nem találtunk. Másnap és harmadnap a beteg még lázas volt s ezért ismét megcsapoltuk. Ez alkalommal 600 cm³ genvet bocsátottunk le s újabb 500 cm³ olajat fecskendeztünk le. Ezután subfebrilis lett. VIII. 13-án 300 cm³, VIII. 28-án 800 cm³, IX. 2-án 400 cm³, IX. 9-én 300 cm³ genvet bocsátottunk le. Állapota erre sem javult, sőt ellenkezőleg hasmenések jelentkeztek. A beteg időnként lázas is volt. Lába megdagadt. A kongó próba amyloidra nem mutatott positiv reactiót, vizeletben fehérje nem volt. IX. 16-án 600 cm³ genvet bocsátottunk le s vele együtt az egész olajat. Másnap 0.5 gr 100 cm³ puffer-oldatba oldott trypsin fecskendeztünk be. Két óra múlva a beteg hőmérséklete 39° Celsiusra emelkedett. Ezért lebocsátottuk az emésztő folyadékot s a mellüregét újból 700 cm³ olajjal feltöltöttük fel. Újabb 24 óra alatt a beteg láztalan lett. IX. 25-én 200,

IX. 27-én 120, XI. 1-én 120 és XI. 15-én 400 cm³ genyet bocsátottunk le. Ez utóbbi alkalommal ismét 200 cm³ olajat töltöttünk a mellüregbe. IX. 23-án a köpetvizsgálat negatív eredményt adott, véresejtsüllyedés egy óra alatt 40 mm volt. (Westergreen.) XI. 27-én 100 cm³ hig. kissé zavaros izzadmányt bocsátottunk le. XII. 16-án kevés habos váladék lebocsátása után és hat kilogrammos súlygyarapodással hazaengedtük. Ellenőrző vizsgálatra 1940 júniusában jelentkezett, mikor a mellkasból már csak tiszta olaj volt nyerhető. 1940 IX. 10-ig összesen 16 kilogrammot hízott. Hazabocsátása óta dolgozik s teljesen panaszmentes.

Az Új Szent János-kórház orthopaediai osztályának közleménye. (Főorvos: Horváth Boldizsár egy. rk. tanár.)

A vörösvértestsüllyedés értéke a testegyenészetben.

Irta: Pap Károly dr. műtőorvos,
orthopaed-szakorvos

Mind a sebészetnek, mint a testegyenészetnek sajátos eljárásai mellett szüksége van néhány, a helyes kórismézésre, kezelésre és kórjóslatra útbaigazító, segítő vizsgálatra. Ilyen kémlések között fontos szerepe van a vörösvértestsüllyedésnek, mert adott esetben mindhárom irányban értékes felvilágosítást adhat. Ez is megtéveszthet, amiért is egyesek nem tulajdonítanak neki komolyabb értéket; mégis azt mondhatjuk, hogy egyrészt lényegének ismerete, másrészt zavaró tényezőinek mérlegelése esetén megbízható és igen jól használható segítőeszköz. A lényege a vér globulin és albuminfractio viszonyán alapul. A colloidalis rendszerben a globulinok tényleges, vagy viszonylagos túlsúlya a süllyedés gyorsulását idézi elő. Mások szerint a lipoidok, só, tejsav vagy a cholesterolintartalom változása a kiváltó ok. (Mandelstamm, Büttner).

Erzékenysége miatt minden egyes alkalommal számításba kell vennünk a vérvétel időpontját, az étkezési viszonyokat, a felszívás gyorsaságát, a vérvétel helyét (körzeti viszerből kapott vér süllyedése nagyobb, Gawrilow), a beteg helyzetét és adott pillanatnyi vérellátási körülményeit (jó keringés vagy pangás), a beteg és környezete hőmérsékletét, de még a tú keresztmetszetét is (vékony túvel véve gyorsabb a süllyedés, Dimitrijew). Fokozott izommunka után is változik az érték.

Hogy a Westergreen-cső függőlegesen vagy ferdén állítása milyen feltűnő különbségekre vezet, arra csak az u. n. döntésem módszert hozzuk föl példának. Ez abból áll, hogy az üvegcövet 45 fokos helyzetben rögzítve a süllyedés négyeszerére gyorsul (1 óra helyett 15 perc!). A kémlést siettethetjük akkor is, ha citrát helyett oxalattal keverjük a vért (fele idő!).

Ezenkívül még számos tényező ismeretes, mely a vizsgálatot befolyásolja és éppen ezért zavarólag hat a helyes becslésben. Ilyen néhány állapot: hasüri szervek süllyedése, havibaj, terhesség. (Nők vvst. süllyedése rendes körülmények között is kb. 5–6 mm-rel gyorsabb. Siedler). Nemritkán jóindulatú daganatok — főleg golyva* — jelenléte fokozólag hat, úgyszintén vérzések (elsősleges és másodlagos vérszegénység) és sárgaság. A művi behatások közül megemlítjük a véres és vértelen műtétek nagyrészét s a röntgensugarakat. A gyógyszerek közül leginkább az adrenalin, a nemfajlagos fehérjék és a kocsonyá-

sodó anyagok (gelatina) zavaró befolyása jöhet számításban. Ha pedig magasabb süllyedésem esetekben az eddig ismeretes tényezőket egytől-egyig kizárhatjuk, olyan esetben kénytelenek leszünk az »idiopáthikus« vagy »endogen« globulineltolódás elnevezéshez folyamodni, jelezvén ezzel azt, hogy a befolyásoló tényezők egyrésze még ismeretlen. Azonban — mint azt vizsgálataink kapcsán tapasztaltuk — az említett tényezők legtöbbje mégis ritkán zavarja lényegesen vvst. süllyedés értékét, mert rendszerint néhány mm-nél nagyobb kilengést nem okoz. Az először említett körülményeket (étkezés, vérvétel helye, ideje stb.) könnyen kiküszöbölhetjük, ha mindég ugyanazon viszonyok közt vesszük a vért.

Mindezek szemmeltartásával feleletet kerestünk az Új Szent János-kórház orthopaed osztályán 1000 beteg rendszeresen ismételt süllyedésvizsgálata kapcsán arra vonatkozólag, hogy mennyiben használható az a testegyenészeti betegségek kórisméjében, elkülönítő-kórisméjében, a gyógyítás menetében és a kórjóslatban. Általában rendesnek vettük (Westergreen-csövet használva) az egy óra alatt 1–3 mm-es értéket, mérsékeltnek a 4–9 mm-t, közepesnek a 10–19 mm-t és gyorsultnak a 20 mm-nél nagyobbat. Az 1 és 2 órás értékeket jegyeztük fel. Bár újabban használjuk a döntésem módszert is, de mivel ennek adatait a függőleges csővel vett régebbi értékekhez megbízhatóan nem hasonlíthatjuk, jelen esetben mellőzzük. A szűkre szabott keretek miatt a részletes kimutatásokat és táblázatokat nem közöljük, ezért vizsgálataink eredményéről röviden a következőben számolunk be.

Csontgümőkór esetében ismeretes e kémlés jeles szerepe, mert megbízhatóan lépést tart a folyamat változásával és egyben a kezelés eredményére vonatkozólag is ad felvilágosítást; 745 csont, ill. ízületi gümőkóros beteg kezelése kapcsán (átlag 3–5 hónaponként végezve a vizsgálatot) azt figyelhettük meg, hogy rendszerint útbaigazító volt olyan részletkérdésekben is, mint pl. szükséges-e még a teljes nyugalmi helyzet, vagy adható-e már járógép, megnyitható-e az előkészített ízületi zár stb.? Emellett természetesen a másik, igen fontos vizsgálatot, a röntgen-felvételt egyidejűleg mindég elkészítettük, mert e kettő együttes eredményéből adhattuk meg a további pontos utasítást.

Bár már alaptételül vehető az a megállapítás — mely szerint rendes süllyedésem érték esetén activ gümőkór kizárható (Kamarenko) — mégis előfordult, hogy talán a zavaró tényezők miatt néha merőben ellentésem értékeket kaptunk. Ilyenkor önként felvetődött az a kérdés, hogy a röntgen- vagy a süllyedésvizsgálat vehető-e inkább irányadóul. Erre már azért sem könnyű minden esetben felelni, mert néha mind a kettő félrevezethet. Így pl. a röntgenképen megjelenő meszesedő árnyék kétségtelenül gümős folyamat gyógyulása mellett szól, azonban megtörténik, hogy a képződött mészarányék elfedi a mélyebben még korántsem megnyugodott vagy újra fellobbanó folyamatot. Ismeretes a szervezet szünetnélküli csonttépítő tevékenysége is, mely miatt a röntgenkép a mészlerakódásról csak pillanatfelvételt ad, mert a szervezet pillanatnyi calciumlerakódását és szétoztását rögzíti le. A csontfelépítés és lebontás játékát oly sok tényező irányítja (hormonok, vitaminok stb.), hogy csupán a mészlerakódás fokából a gümőkór gyógyulására pontos következtetéseket levonni nem mindég lehet.

* Orvosi Hetilap 1937, 18. sz.

Vörösvérsejtsüllyedés kapcsán pedig 7 esetben fordult elő, hogy actív folyamatkor alacsony értéket kaptunk, viszont 33 megnyugodott vagy gyógyuló esetben gyorsult süllyedést észleltünk. Megtörtént 4 esetben az is, hogy e két vizsgálat (süllyedés+röntgen) megnyugtató adatai együttesen kiterjedt folyamatot lepleznek. Három betegen pedig azt találtuk, hogy alacsony süllyedéssel érték mellett a röntgen actív folyamatot jelzett. Mint utolsó észlelt változatot, 38 olyan esetet említünk meg, melyben a röntgen megnyugodott folyamat mellett, a süllyedés magas volt. Ha e két utóbbi eshetőséget grafikonnal ábrázoljuk: a süllyedés és a röntgenvizsgálat értékei néha kereszteződhetnek — vagy, ha szabadna ezt a kifejezést használnom — interferálhatnak.

Ilyen ellentétes eredmények, bár vizsgálataink kapcsán előfordultak (45 eset=6%), mégis kivételes példák. Az előbb feltett kérdésre ezek alapján azt válaszolhatjuk, hogy a két eljárás közül a röntgenvizsgálat megbízhatóbb, a süllyedés érzékenyebb. Értékesebb a süllyedés adata a gümőkór kezdeti szakában az elkülönítő kórismében. A kezdődő gümős csipőgyulladás pl. nem igen különíthető el egy korai Perthes-kórtól, mert a röntgen jóformán még semmit sem mutat. Még a puha sugarakkal készült kép — melyen a lágyrész-körvonalak jobban láthatók és a tágabb ízületi tok esetleg felismerhető — sem használható, mert mindkét esetben előfordul. Ilyenkor a süllyedés olyan értékes felvilágosítást ad, hogy már ez is biztosítja a helyét a testegyenészet nélkülözhetlen vizsgálatainak között.

Teljesség kedvéért még a tuberculin-próba viszonyáról megemlítjük, hogy gyermekkorban a tuberculin-próba használhatóbb, azonban felnőtteknek csak nemleges eredménye értékelhető. Ezért főleg a felnőttek csont és ízületi gümőkórjának korai felismerésében a vörösvérsejtsüllyedésnek a többi vizsgálatok felett kimagasló hely jut.

Az egyéb orthopaed-betegségeket a vörösvérsejtsüllyedés szempontjából a következőképpen csoportosíthatjuk:

Más, nem gümőkóros ízületi gyulladásokban (reumas 84 eset, septikus 34, kankós 3), mivel a vizsgálat nem fajlagos, azt jelzi csak, hogy van-e gyulladás, ezért az elkülönítő kórismében nem igen használható. A vérfehérjék szétesése már a gyulladás kezdetén bekövetkezik, ezért pozitív eredményt ad már olyankor is, midőn még a klinikai tünetek nem fejlődtek ki. Így Bechterew-kór esetében is — melynek kialakulását, mint ismeretes, a kisizületekben lejátszó sokizületi csúsz indítja meg, már olyankor felhívhatja a gyorsult süllyedés a betegségre a figyelmet, amidőn annak jellegzetes tünetei még nem fejlődtek ki (15 eset).

A nemfertőzőes orthopaed-betegségeiben (109 eset) így a csirtalan csontelhalásokban, lágyulások, terheléses, úgyszintén idegeredetű elferdülésekben általában rendes vagy mérsékelt gyorsult süllyedést észleltünk, de egyben azt is tapasztaltuk, hogy minden e csoportba tartozó betegségben lehet gyorsulás, azonban nem feltétlenül szükséges (l. befolyásoló tényezőket); 47 Perthes-kóros beteg vvst. süllyedése, 4 kivételével, alacsony volt és így jó szolgálatot tett a gümőkórtól elkülönítésben. A torzító ízületi betegség (arthrosis deformans) 27 esetében egészen alacsony értékeket kaptunk, azonban néha a kór heveny rosszabbodási szakában (acut exacerbatio) fokozott süllyedést figyelhettünk meg, 12

csontdaganatos beteg süllyedése rendszerint gyorsult volt.

Összefoglalásképpen azt mondhatjuk, hogy a vörösvérsejtsüllyedésnek már azok a tulajdonságai is maradandó helyet biztosítanak, hogy nem igényel sok munkát, e miatt a nagy gyakorlatban is könnyen elvégezhető, aránylag rövid ideig tart (döntésszerű, oxalatos módszer), valamint a vizsgálatok közül a legolcsóbb és rendszerint megbízhatóan elkülöníti a szervi és működési elváltozást. Mivel a csont- és ízületi gümőkórnak nemcsak korai felismerésében és elkülönítő kórisméjében, hanem kórjósolatában, sőt kezelésében is olyan nélkülözhetetlenül fontos útbaigazítást ad, ezért mind a sebészetnek, mind a testegyenészetnek a leginkább használatos vizsgálati eljárásai közé emelkedett.

A Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Hüttl Tivadar ny. r. tanár.)

Invaginatio haustri coeci.

Írta: Rákos Rezső dr.

A betüremkedések ritka alakjai közé tartoznak a vakbél részleges betüremkedései. Ezek oldalsó vakbélbetüremkedés, részleges vakbélbetüremkedés, vagy a vakbél haustumának betüremkedése néven szerepelnek a közleményekben. A tankönyvek nem is említik és az irodalomban is csak szóróványosan találkozunk egy-egy esettel. Először Blauel, Propping foglalkoztak velük behatóbban. Azóta egyre többen: Köhler, Rizzo, Takashima, Greco közöltek hasonló eseteket. Legutóbb a Tiszaháti Orvosegyesületben Orsós Jenő hívta fel a figyelmet jelentőségükre. A következőkben egy klinikánkon észlelt ritka vakbélbetüremkedésről számolok be.

A 33 éves férfi bejövetele előtti napon zsákolás közben hirtelen igen erős görcsös fájdalmakat érzett hasa jobb alsó részében, miket hányinger és hányás kísért. Panaszai bejövetelkor is fennállottak.

A vakbél tájon izomvédekezést találtunk. Az élénk fájdalom 3—4 cm-re a Mac-Burney-pont felett volt a leghevesebb. A Rovsing- és Blumberg-tünet kiváltható volt. A hasüregben kórosat nem tapintunk. Fehérvérsejtszám 9000, hőmérséklet 37,2, érverés perenként 84. Vizeletében kóros nincs. Felvétele előtt rendes széklet.

Heveny féregnyúlvány-gyulladás kórisméjét állítottuk fel és azonnal műtétet végeztünk.

A hashártya megnyitásokor a kissé magasan fekvő és mozgékony vakbelet előhúzza, a féregnyúlványon kórosat nem látunk. A vakbelet vizsgálva azonban kiűnt, hogy a taenia libera és lateralis között a vakbél kúpjától számított második haustum a vakbél üregébe türemkedett. A betüremkedett haustumot sikerült könnyen kibuktatni. Feltűnt, hogy a vakbél betüremkedett fala erősen megvastagodott, vizenyösen duzzadt, halvány fakó és hashártyaborítékát apró véres pettyek tarkítják. A betüremkedett haustum területén a bélfalon kórosat nem tapintunk.

Féregnyúlvány-kiirtás után a mozgékony vakbelet a taenia lateralisnak megfelelően két öltéssel a fali hashártyához rögzítettük. Elsődleges sebgyógyulás, panasz nélkül távozott.

Az irodalom hasonló eseteit tanulmányozva kiűnt, hogy a klinikai tünetek csaknem valamennyiben egyezők voltak. A legtöbb a heveny féregnyúlványgyulladás tüneteit utánozva, ennek kórisméjével került műtetre és csak nagy ritkán terelődött a gyanú vakbélbetüremkedésre. Ezekben azonban már nem egy haustum, hanem a vakbél egész oldalsó fala türemkedett be. A műtéti leletek is ha-

sonlóak voltak. Valamennyiben coecum mobile volt jelen, a betüremkedett részt pedig a vakbél egyik, vagy másik, vagy esetleg már 2-3 haustruma alkotta. A betüremkedett bélrész falában a már leírt jellegzetes vizenyős duzzanatokon kívül kóros elváltozás egy esetben sem volt fellelhető. Valamennyiben a műtéti megoldás a betüremkedett bélrész kibuktatása után a vakbél oldalsó rögzítéséből állott.

A vakbélbetüremkedés keletkezésének módja és oka még ma sem teljesen tisztázott. A különböző állatkísérletekből és a műtétkor talált leletekből vont tapasztalatok a vékony- és vastagbél betüremkedésének módját mondhatni teljesen tisztázták, a vakbél betüremkedésének módjáról azonban még ma is vita folyik.

Régebben a vakbélbetüremkedések keletkezését *Leichtenstern* szerint úgy magyarázták, hogy a vékonybél legalsó szakasza a Bauchin-billentyű előrehatolása által a vakbélbe nyomul s az így betüremkedett vékonybél tovasodródik a felhágó vastagbélbe és magával vonszolja a vakbelet is. Az újabb megfigyelések és vizsgálatok alapján azonban már a legtöbb szerző kétségbe vonja a csipőbél-vakbél-szájadék hajlamosító szerepét és helyteleníti az invaginatio ileocecalis elnevezést is. *Blauel, Lorenz, Delore* stb. szerint az esetek többségében először a vakbél kúpja türemkedik be. *Propping, Fromme* és *Orsós Jenő* a vakbél oldalsó falának elsősleges betüremkedését tartják gyakoribbnak. Véleményük kialakításában nagy szerepet játszottak azok az általuk is észlelt részleges vakbélbetüremkedések, amelyek a teljes vakbélbetüremkedés egy-egy fejlődési szakaszának feleltek meg. Szerintük éppen ezek az esetek bizonyítják, hogy a kezdeti állapotot nem mindig a Bauchin-billentyűnek, hanem gyakran a vakbél oldalsó részének betüremkedése és csak a betüremkedett bélrész növekedésekor vonaglódik a csipőbél-vakbél-szájadék is a vastagbélbe. Mivel tehát a vakbélbetüremkedés keletkezési módja különféle lehet, *Propping* az elnevezésben olyan felosztást ajánl, amely az elsősleges betüremkedés megjelölése mellett azt a bélrészletet is feltünteti, amelybe a betüremkedés tovább folytatódik.

Megkülönböztet: 1. invaginatio entericát, 2. invaginatio iliaca-coecalist, 3. invaginatio coecalist, 4. invaginatio cocco-colicát és 5. invaginatio colicát. Az invaginatio ileo-coecalis elnevezés szerinte csak mint gyűjtőfogalom szerepelhet a 2., 3. és 4. alakban, mert mindezekben a betüremkedés teljes kifejlődésekor már a csipőbél is résztvesz a betüremkedésben. E felosztás szerint esetünk is invaginatio coecalisnak felel meg és annak teljes kifejlődését a korai műtét akadályozta meg.

A betüremkedések keletkezésének okai sem teljesen tisztázottak. Könnyű a magyarázat, ha a betüremkedett bélrészlet bonctani elváltozását (a bél üregébe lógó polypus, nyálkahártya alatt ülő zsír-, kötőszövetdaganat) vagy fejlődési rendellenességet (Meckel-gurdély, coecum mobile) tudunk kimutatni. Az esetek többségében azonban alaki elváltozást nem találunk és ilyenkor az okot a bél működési zavarában kell keresnünk.

A szerzők megegyeznek abban, hogy a vakbél-tájékot bonyolult bonctani szerkezete és működése hajlamosítja a betüremkedések keletkezésére. Ez a megállapítás még sokkal inkább vonatkozik a mozgékony vakbéltre. És a vakbélbetüremkedések csaknem mindig mozgékony vakbélben jöttek létre.

Nem elegendő azonban egyetlen hajlamosító tényező kimutatása, hiszen nem minden bélpolypus vagy coecum mobile okoz betüremkedést, s a kóros elváltozások egész láncolata alakítja azt a kört, amely ha bezárul, betüremkedés jön létre.

Megemlítem még a betüremkedett bélrész esetünkben is észlelt és a legtöbb szerző által kiemelt különös vizenyős duzzanatát. A bél leszorításból eredő pangásos vizenyői sötét szederjes színűek. Ezekben az esetekben pedig a vizenyős részek teljesen fakó, elefántesont színűek voltak és porckemény tapintatúak. Kezdetben nem foglalkoztak behatóan ezzel a jelenséggel. Újabban *Greco* és *Orsós Jenő* ebben látják egyik okát a betüremkedés létrejöttének. *Greco* anaphylaxiás jelenségnek tartja, *Orsós* szerint az elváltozás az allergiás alapú Quincke-oedemához hasonlít. Ez az angioneurotikus vizenyő, ha a bélesatornán mutatkozik, a bélfalban valóban hasonló tüneteket hoz létre. Leggyakrabban gyógyszer-túlérzékenység az okozója, de a legkülönbözőbb allergének kiváltói lehetnek.

A bélfal e jellegzetes, különös duzzanata esetünkben is megfigyelhető volt és valószínűleg ez játszott közre a mozgékony vakbél oldalsó betüremkedésének létrejöttében.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: ifj. Verebélj Tibor és Fedeles Findeisen László.

Kísérleti vizsgálatok a csontgümőkór kérdéséhez. *Miyoshi*. (Arch. klin. Chir. 199. 3.) Tengerinyulaknak intracardialis és intraarteriálisan bovin typusu tbc. bacillus kulturákat fekszkendezett be és tanulmányozta a folyamat elterjedését. Fiatal állatokon a góccok főleg a dyaphysis felé helyezkedtek el, míg felnőtt állatokon a metaphysis epiphyser részén. Intravenásan adott kulturák után a csontvelőben talált nagyobb számú gócot, de a bacillusok nagyrésze gyorsan phygoctalódik. A csontvelőben vérzések és vérbőség található kereksejtes beszűrődés, velóatrophia és gümőképződés. A folyamat terjedése a dyaphysis felé történik. A velőben a gümőképződés 7-8 nap után indul meg és ettől az időtől kezdve a bacillusok is kimutathatók, főleg a reticularis sejtekben. (F.14.)

Fedeles Findeisen László dr.

A spondylitis tuberculosa és a hugyutak gümőkórjának összefüggéséről. *Hemprich*. (Dtsch. Z. Chir. 254. 2-3.) A gerincoszlop és a hugyutak együttes gümőkórja sokkal gyakoribb, mint az egyidejű csípő-izületi vagy térdizületi megbetegedés, főleg az ágyéki gerincoszlop egyidejű megbetegedése gyakori. Nagyobb számú esetének észlelése után felveszi, hogy a folyamat nyirokutakon terjed a csigolyákról a vesék, illetve a hugyutak felé. Minden ágyéki csigolyagümőkór esetében kutatni kell már idejekorán, nincsen-e a hugyutakban egyidejű tbc, fertőzés jelen. (F.20.)

Fedeles Findeisen László dr.

A koponyaalapi törések kezeléséről. *Rathcke*: (Arch. klin. Chir. 199. 3.) 209 férfi és 21 nőtetről számolt be, leggyakrabban 20-30 éves korban fordult elő. Leggyakoribb tünet volt a vérzés a hallójáratból; kétoldali volt ez 18 esetben, a szem körüli vérömleny nem döntő, mert az arc sérüléseinél is előfordul gyakran, ugyanez áll az orrvérzésre is. Meghalt 113 beteg, mely 50% halálzásnak felel meg; a kórbonctani lelet leggyakrabban súlyos contusio és vérzés volt. A trepanatio gyakrabban és előbb végzendő, mint általában szokásos, nem szabad az agnyomásos pulsus fellépését megvárni. Második helyen a meningitis áll a halálokok között, az orreredetű gyakoribb, mint a füleredetű. Kitért meningitissel szemben tehetetlenek vagyunk. Fülörvos minden esetben consiliumba hívandó. (F.13.)

Fedeles Findeisen László dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

Ultrarövidhullámú gyógykezelés a szemészetben. Bürki. (Ophthalm. 100. 1—2.) A szerző előtt már a szemészek egész sora foglalkozott ezzel a terapiával; így a magyarok közül Grósz István, Klein és Bánya stb. közölte tapasztalatait. Az egyes szerzők adatai közötti nagy eltérésre való tekintettel Bürki 144 betegén próbálta ki rendszeres kezelés formájában az ultrarövidhullámú gyógymód hatás módját. Azt találta, hogy a közönséges meleg (thermophor) kezelést nem múlja felül s így a szemészeti gyógykezelés számára nem jelent különösebb gazdagodást. Csak a szemfüggelékek heveny geszes folyamatainak eseteiben eredményez olykor gyorsabb gyógyulást, különösen akkor, ha az eddigi gyógymódokkal együttesen alkalmazzuk. Magának a szemnek betegségeinél az ultrarövidhullámú kezelés folytán bekövetkező gyógytartam-megrövidítés ritkaságszámba megy. (G. 6.)

Lugossy Gyula dr.

Az ideghártyai érmegbetegedések, főként venathrombosisok Rtg.-besugárzása. Hessberg. (Ophthalm. 100. 1—2.) A venathrombosisok szomorú következménye a legtöbb esetben a glaukoma haemorrhagicum és absolutum. Ezen esetekben az eddigi conservatív és operatív gyógymódok eredménytelensége következtében az enucleatio csaknem mindig elkerülhetetlen volt. Rtg.-besugárzással viszont fájdalomtalanul és a szem megnyugtatót lehet elérni. A vérzések felszívódnak, a szemteke megtartja alakját. A megmaradt látóélesség érintetlen, esetleg javul. Gyakori a tensio-csökkenés, ez azonban a fájdalommentességhez nem feltétlenül szükséges. Csak kemény szugarak eredményesek. Tapasztalt röntgenológus és szemorvos együttműködése szükséges. A sugárhatást a sympathicus idegfonat közvetíti; kis adag vasodilatációt, nagyobb adag vasoconstrictiót idéz elő. A jó hatás feltétele a korai protrahált-fractionált besugárzás! (G. 7.)

Lugossy Gyula dr.

Szürkehályog dystrophia myotonica-ban. Allen és Barer. (Arch. of Ophth. 1940 nov.) Mind a 22 dystrophia myotonica-ban szenvedő beteg szemlencséjében ki lehetett mutatni réses lánppával kisebb-nagyobb homályokat és előrehaladásukat is megfigyelték. Egyéb szemészeti elváltozások közül szemhéjesüngés minden esetben, szemhéjkifordulás csak néhány esetben volt jelen. A betegség maga a tályogműtét sikerét nem befolyásolja. (G. 2.)

Nagy Ferenc dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Klinikai és kísérleti vizsgálatok B₁₂-vitaminnak a postdiphtheriás bénulásokra irányuló befolyásáról. Dieckhoff. (Mschr. Kh. 82. 1—2.) Allatkísérletben a B₁₂-vitamin postdiphtheriás bénulásnál sem prophylaktikusan, sem terapiásan nem bizonyult hatásosnak. Toxikus diphtheriánál a korai és késői bénulás fellépését és súlyosságát a vitaminkezelés nem befolyásolja. Egészséges, normalisan táplált 7—13 éves gyermekek vérplasmájának aneurintartalma 5.5—12 g között változik. Toxikus dysenterianál a betegség 2.—3. hetében a vérplasma aneurintartalma kistokú süllyedést mutat. A postdiphtheria neuritis és a vérplasma aneurintartalmanak átmeneti csökkenése között nincs összefüggés. Postdiphtheriás bénulások megelőzésére egyedüli lehetőség — amire Kleinschmidt már korábban rámu-

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-keosot-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

tatott — még mindig az acut diphtheriának korai, intensív serumkezelése. (K. 36.)

Tamási Gyula dr.

Chorea minor nirvanolkezeléséről. Gahlemann. (Mschr. Kh. 82. 2—3.) Leírja a nirvanol-kúrara beálló bizonyosan allergiás természetű elváltozásokat. (eosinophilia, leukopenia, exanthema) idiosyncrasiát, sőt a Soeber által leírt egy halálesetet is. Ajánlja a régebben szokásos nagy dosis (2—4 gr) helyett a kisebb adagnak (0.45—0.90 gr) 4—6 napra való elosztását. Ennek egy esetében nagy hasznát látta, ugyanis a nirvanol-exanthema bullosus formája lépett fel, minek kimenetele nagy adag esetén legalább is kétséges lett volna. Nirvanol alkalmazását ellenjavallja a fehérvérsejtek erős megfogyatkozása (6000 alatt) miatt. Kis adagok alkalmazása mellett a régebben megfigyelt praexanthemas nyugtalanság kimaradt, sőt betegeinek 30%-ában exanthema nélkül következett be a gyógyulás. (K. 35.)

Csépanyi Lóránd dr.

Gyógyult enterococcus sepsis esete. Ohr. (Mschr. Kh. 82. 3/4.) 5½ hónapos csecsemőnél acut, magas lázas megbetegedés lép fel, uralkodó cerebriális (görcs) tünet-complexummal. Liquorlelet negatív, tüdő, szív részéről kóros eltérés nincs. Vércultúra eredménye: enterococcus. Diagnosis: enterococcus sepsis. A betegnél alkalmazott pyramidon, urtropin, vértransfúziós kezelés hatástalan volt, a gyógyulás csak a peroralis albucid terapiára következett be. Megállapítja, hogy gyomorbél-tünetek teljes hiánya dacára tenyésztették ki a vérből az enterococcut, tehát valódi enterococcus sepsis volt jelen. Ez a tapasztalat azonban nem zárja ki, hogy a kórokozó számára a valószínű behatolási kapu a bél-esatorna. A beteg gyógyulása pedig azt bizonyítja, hogy az enterococcus sepsis nem absolut rossz prognosistú akkor, ha a szív ép marad. (K. 33.)

Dudás Pál dr.

A korai életkor cystein-cystinanyagcsere-zavaráról, vonatkozással a törpenövéshez és a renalis rhachitishoz. Pache. (Zschr. Kh. 62. 1.) Egy testvérpáron a cystein-cystinanyagcsere-zavar súlyos tünet-complexumát írja le, melyben a diagnosis intravitalisan lett megállapítva. Az egyik gyermekben nephritis, súlyos rhachitises csontelváltozások, anorexia és törpenövés bontakozott ki a betegség kapesán, míg a testvérén csupán a vese-elváltozás és a rhachitises csontelváltozások manifesztálódtak, növekedés- és súlygyarapodásban zavar nem támadt. Míg az első gyermekben a rhachitis ú. n. atrophias formája alakult ki, addig a másikon a florid csontelváltozások domináltak. A kezelésben laza vesekímélő diétát, quarz- és D-vitaminkezelést vezettek be, azonkívül megkísérelték a kezelést basisdús étrendnek és élesztőnek adagolásával. (K. 32.)

Wirth József dr.

DIGICLARIN-CHINOIN

digitalis purpurea készítmény Solutio — Tableta — Injectio — Suppositorium

EXHEPAR

NAGYHATÁSÚ
FAJDALMATLAN
MAJ-INJEKCIÓ

CERTA

„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

KÖNYVISMERTETÉS

Anyavédelem a védőnő és gondozóorvos céljaira. Szénásy József. (400 oldal. Ara 8.— pengő. Az Országos Stefánia Szövetség kiadványa.)

A könyv két részre oszlik. Az elsőben elméleti, részben bonctani, élettani és fejlődéstani alapismereteket közöl. Azután a normalis terhességet (szülést) és gyermekágyat ismerteti, majd a szülészeti tisztaság rövid vázolója után a terhesség és szülés közben felmerülő rendellenességeket tárgyalja. A gyermekágyi lázról szólva fejezi be a könyv felét kitevő első részt.

A második rész a gyakorlati. Ebben fogalmi meghatározások után az anya- és magzatvédelem egyes munkaterületeit ismerteti elismerést érdemlő gondossággal. Küzdelem a vetélés, a koraszülés, a halvaszülés ellen; a terhesgondozás irányelvei; a munka és anyaság; az anyaság és különböző megbetegedések e rész főbb fejezetei. Ugyancsak e rész tartalmazza a terhes, a szülő és gyermekágyas nő körüli teendők gyakorlati útmutatóját. A fejezet a jövő anyavédelem célkitűzéseit is vázolja.

Az anya- és csecsemővédelemben eltöltött munkásélet értékes tanulságai szólnak hozzánk a könyvből. A kérdés iránt érdeklődők haszonnal forgathatják.

Margitay-Becht Dénes dr.

Lachende Medicin. Schleicher Irene. (Thieme G. kiadása, Leipzig, 1941. Ara 3.38 R. M.)

Az orvosi hivatással együttjáró komikus élmények és ferdeségek, orvosok és betegek furcsaságai Molière óta mind e mai napig gazdag anyagot adtak a komoly hivatást vidám oldaláról néző tréfaesimuláknak. Ezúttal — amire alig volt még példa — egy rokonszenves női humorista lép a nyilvánosság elé »Nevető orvostudomány«-nak nevezett tréfás könyvecskéjével. A szerző *Wilhelm Busch* bevált receptje szerint saját-kezü karrikatúrákkal illusztrált csengő-bongó rímekben énekl meg a különböző mulatságos orvostípusokat, az orvosok telefon- és automatizációját, a különböző terápiás divatokat, a betegséggel büszkélkedő kávézenikék, emésztési hypoconderek, »Kneip«-kúrázó stb. kacagtató figuráit. Az egészséges humorral megírt, éles megfigyelésről tanuskodó, áraban is nagyon igénytelen művésce bizonyára sok derűs pircel fogja megajándékozni azokat, akik e gondterhes időkben sem veszítették el minden érzéküket a humor iránt.

Milkó Vilmos dr.

Elektrokardiographie. Prof. Erich Boden. Hatodik javított és bővített kiadás. (Verlag Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1941.) Rövid kilenc év alatt hatodik kiadását érte meg prof. Boden könyve. Ez már magában a legtekélyesebb bizonyítéka a könyv értékének. A tizenöt előadás keretébe foglalt tudnivalók magukba foglalják mindazt, amire a kezdőnek szüksége van, de megtalálják benne a fontos és újabb értékes kutatások eredményeit azok is, kik már meglévő tudásukat akarják kiegészíteni. A stílus egyszerűsége, rövidege, hangjának könnyedsége, melyhez az előadási forma megtartása nagyban hozzájárul, az első oldaltól az utolsóig a legközvetlenebb kapcsolatot teremti meg az író és olvasó között. A kitűnő papír és 107 kifogástalan ábra a könyv forgatását nemcsak igen tanulságossá, hanem nagyon élvezetessé is teszi.

Binder László dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 23-i ülése.

Bemutatás:

Friedrich L.: Érdekesebb esetek a vastagbél-kórtanának köréből. a) Jóindulatú daganatot utánzó colon Ce 61 éves nőnél a röntgen az ascendensben kerek, szűkületet nem okozó, körülhatárolt kiesést mutat, amely jóindulatúnak látszik. A műtét carcinomát mutatott, resectio, gyógyulás. b) Diverticulitis: 48 éves férfi, időként hasmenések, lázak. A beöntéses röntgennél a leeresztés után számos diverticulum a szigmban, majd későbbi vizsgálatnál a tolon egyéb helyein is. Veszélyei: a tályogképződés, esetleg rosszindulatú elfajulás. Kezelés egyelőre tüneti és konservatív. c) Szokatlanul gyógyult colitis ulcerosa esete. 32 éves férfi évek óta súlyos colitis ulcerosában szenved. A caecum tájon tályogot kap, melyről kiderül, hogy az ileum utolsó részén lévő fekély átlukadása révén jött létre. Műtét után ezen perforatiós nyílásba drainső kerül és 16 hónapig ezen keresztül lesz a colon mosogatva. Eredmény 10 kg hízás és a colitis meggyógyulása.

Előadás:

Tátrallyay Z.: Serologiai adatok a mandulaműtét immunbiológiai hatásához. A mandulaműtét immunbiológiai (ib.) hatásának megvilágítására Sikli Kornéliával 50 esetben vizsgálták a vér complement-titerét és opsonizálóképességét tonsillektomia előtt, majd 1 és 8 nappal utána. A vizsgálati körülmények azonoságára gondosan ügyeltek. A jobb áttekinthetőség okából kiszámították az angol significans differenst, az egyes kísérletsorozatokat átlagértékeiket és az átlagértékeket százalékra átszámítva grafikont szerkesztettek. Általában azt találták, hogy a complement-titer a műtét utáni napon jelentékenyen esökken, azaz a műtét bakteriumkiszóródás a complementkészlet elhasználására vezet, a szervezet ib.-lag kimerül. Azonban 8 nap alatt a műtételőtti szintet többnyire meghaladó complementpótlás következik be, azaz a szervezet védekezőképessége nemcsak helyreáll, de javul. Az opsonizálóképességet, illetve a phagocytaindexet staphylococcusra és typhusra vonatkozólag vizsgálták. A staphylococcus phagocytaindexének sokkal magasabb a szintje, mint a typhusé, de a műtét által előidézett értékváltozás mindkét baktériumfaj esetében csaknem párhuzamos és jelentékeny emelkedésben jut kifejezésre, jelölül egyfelől annak, hogy a fertőző góc kiküszöbölése által a szervezet nagy ib. tehertől szabadul meg, másfelől annak, hogy a tonsillektomia képesen a szervezetbe jutó bacteriumok mint antigének szerepelnek és élénk ellenanyagtermelést indítanak meg. Előadó e vizsgálatok egyik tanulságként hangsúlyozza, hogy a szervezet leromlott vagy ib.-lag kimerült állapotában (előrement műtét, vagy lobos betegségek után 3 hétig) ne végezzünk tonsillektomiát, másik következtetése pedig az, hogy a mandulaműtét nemcsak mint góckiirtás jótékonyhatású, hanem azáltal is, hogy fokozott ellenanyagtermelést indít meg, ami a másodlagos gócfertőzéses bántalnak gyógyulását segíti elő.

Ifi. Nékán L.: A vizsgálatok a betegek complement tartalmának változását illetően főleg a szervezet immunbiológiai erejének és ellenállóképességének ingadozására vetnek fényt focalis góccal és tonsillektomiával kapcsolatban. 1935-ben Földvárival végzett kísérleteinkben az kutatták, hogy vajjon kimutatható-e focalis gócek jelenléte complement-kötési

SEDYLETTA

tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

reactio segítségével. A focalis gócból fehérjebontó fermentumok hatására állandóan bakterium toxinok, fehérjebomlás termékek jutnak a vérkeringésbe és ellenanyagok képződésére adnak alkalmat. A reakciókhoz az antigén részben a tonsillákból kitenyészített bakteriumok suspensiója (többnyire staphylococcus aureus), részben az eltávolított, szárított és porított mandulák fiziologiás konyhasók oldata szolgáltak. Összesen 116 esetben végeztünk vizsgálatot a következő eredménnyel: Kimutatható góc mellett pozitív reactio 28%, negatív reactio 28%, góc hiánya esetén pozitív reactio 8%, negatív 36%-ban fordult elő. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a complementkötési reactio focalis góca kimutatására nem eléggé megbízható. Negatív reakciók kimutatható góc esetén azonban nem zárják ki annak pathogenetikai jelentőségét.

Az évváró közgyűlést nyitja meg ezután az elnök:

Illyés G.: A mai ülésünkkel lezárul a Budapesti Királyi Orvosegyesület 104. esztendeje. Elmondhatjuk, hogy a mostanihoz hasonló világrengető, nagy eseményekben bővelkedő időszakunk még nem volt. Országunk területében kétízben is gyarapodott azáltal, hogy vissza tudtuk szerezni azokat a országrészeket, amelyek ezer esztendőn át a mieink voltak. Hála érte bőles Vezérünknek, Kormányzónknak és dicső honvédeinknek.

Nagy bánat is ért minket, mert tragikus körülmények között hagyott itt bennünket Miniszterelnökünk, kitől az ország érdekében még nagyon sokat remélhattünk és villámcapásként vesztettük el volt elnökünket, tiszteleti tagtársunkat, ki egyike volt legjobbjainknak.

A rohanó eseményeket megállítani vagy irányítani senki sem tudja, elemi erővel sodor minket magával sorsunk s nem is képzeljük, hol fogunk megállani.

Ma, mikor nem a beszédek, hanem a tettek idejét éljük, tegyük meg — mindenki a maga helyén — teljes mértékben kötelességünket, bízunk az isteni Gondviselésben és reméljük, hogy a következő idők jobb és gondtalanabb jövőt tartogatnak országunknak és a benne élőknek. Ugy legyen!

Ezekután elnök kiosztja az aranydiplomákat és a pályadíjakat. Aranydiplomát kaptak: *Sarbo Artur, Bokor Gyula, Epstein Manó, Kossa Gyula, Szücs Illés.* Pályadíjat nyertek: *Jáki Gyula* »Az emlő daganatai« c. munkája, az Orvosi Hetilap pályadíját *Mansfeld Géza:* »A pajzsmirigy eddig ismeretlen hormonja« c. dolgozata, a *Mészáros Károly*-jutalomdíjat: *Törő Imre:* »A szövetek vonzódása és ennek jelentősége a szerveződésben« c. munkája, a Bókai-díjat: *Gegesi Kiss Pál:* »Heveny szivzavarok csecsemőkori grippe alatt« c. dolgozata, a *Friedrich Vilmos*-jutalomdíjat *Pályi Márton:* »A kereskedelem egészségügye« c. munkája, *Widder Ignác*-pályadíjat *Babics Antal:* »Kísérleti vizsgálatok a férfi nemiszervein és a mesterséges megtermékenyítés kérdése« c. dolgozata, *báró Herzel Manó* jutalomdíját *Pitörfi Szabó Béla:* »A húgyivarszervi daganatok körtana és gyógyítása« c. dolgozata, a *Schaffer-émlékérmét Horányi Béla:* az *id. Johan Béla*-jutalomdíjat *Szenthe Lajos:* »A fültömirigy daganatairól« c. munkája és a *Tauszk Ferenc*-jutalomdíjat *Pommersheim Ferenc:* »A jód szerepe a Basedow kezelésében« c. előadása nyerte el. Dícsérő elismeréssel illették: *Kerpel Fronius Ödön:* »A kóros vízvesztés és sóforgalom kapcsolatairól« c. munkáját, valamint *Egyed Béla:* »Adalékok a rák morbiditásához« című munkáját.

Végül a főtitkár, főkönyvtáros, pénztáros, valamint a könyvtár- és pénztárvizsgáló bizottságok jelentései után 7 új tag felvételével ért véget az ülés.

Megjegyzés Mészáros A. „Cysticercosis cerebri esete“ c. cikkére.

(O. H. 1941. 21. szám.)

Orvosi lapjaink tudományos cikkeiben leírt, olykor valóban elemi hibák túlnyomórészt megjegyzés nélkül maradnak, mivel a szakember jóindulatú megjegyzése gyakran érzékenységre ütközik és nem kívánatos vitára vezet. Viszont ezekre a hibákra rámutatni kötelesség, mert az előismeret nélküli olvasó a tekintélyes helyen nyomtatásban megjelent állítást helyesnek fogadja el, terjeszti, sőt alapigazságnak véve, további elgondolásokat épít rá. Alulírott eddig, mint kritikus, elvből nem jelentkezett az Orvosi Hetilap nyilvánossága előtt és sok mulasztása után ezúttal először tér el álláspontjától és hívja fel Mészáros kartárs figyelmét arra, hogy a *cysticercus nem közvetlenül a petéből fejlődik.* A petéből az embryo a gyomorbelesatornában kiszabadulva a nyálkahártya hajszálérhálózatába jut s rendszeren a portakeringés, esetleg a ductus thoracicus közvetítésével megjárja a kis vértörést s a bal szívfélbe jutva onnan a nagy vértör útjába iktatott szervek bármelyikében fennakadhat (izomzat, csontrendszer, szem stb.). Leggyakrabban valóban a koponyaürben (a pókhálóhártyán, agykéregben, kamrákban) fejlődő cysticercust észleljük, de nem ritka a szemben észlelt sem, mert ezek alig maradnak rejtve. Nem lehet tudni, hogy a szerző miként gondolja »az endogen vagy exogen fertőzés útján bejutó parazita« szervezeten belüli viselkedését, de szerinte »a bejutó parazita disseminációjának útját a liquoráramban kereshetjük«. Ez kétségtelenül nincs így, mint ahogy »a liquoráramban tovasodródo cysta per oclusionem hydrocephalus kialakulására« sem vezet, azaz a hydrocephalust nem a tovasodródo cysták okozzák. Több hibás megállapítása közül csak ezeket említjük meg abból a célból, hogy hibás alapfogalmak ne terjedjenek. Amennyiben az eset közlését szerző szerint a parazitológiai lelet tette indokoltá, kötelező a kérdésnek ilyen értelemben utánajárni; amennyiben a klinikai kép tűnt fel rendkívülinek, kár volt a parazitológiai tárgyalást erőltetni és a parazita morfológiájára és biológiájára vonatkozó hibákat ejteni.

Lörincz Ferenc prof.



VEGYES HIREK

A Magyar Élettani Társaság XI. vándorgyűlésén az elnöki megnyitót *Jeney Endre* prof. tartotta, amelynek tartalmát külön cikkben is közölni fogjuk. *Jankovich László* dékán üdvözlőbeszéde után *Bay Zoltán* tartotta »A mesterséges rádióaktivitás és annak biológiai alkalmazásai« c. nagy érdeklődéssel kísért díszelőadását. Ezután a kitűzött program első részében feltüntetett 102 előadás közül 95-öt sikerült a vándorgyűlés első két napján lebonyolítani. A Társaság közgyűlése egyhangú lelkesedéssel táviratban üdvözölte Esterházy Pál herceget, ki azt levélben köszönte meg. Köszönetet mondott a közgyűlés Grósz Emil professzornak is az Esterházy herceg által adományozott összegek felosztása során nyújtott támogatásáért. Új tagokként többekkel együtt beiktatták *Bay Zoltán*, *Szalay Sándor* és *Békésy* fizikus professzorokat. A jövőévi vándorgyűlés színhelyéül a Társaság Kolozsivárt választotta és az elnöki teendők ellátásával *Méhes Gyula* egyetemi ny. r. tanárt bízta meg. A tudományos ülések jegyzőkönyveit a *Magy. Orv. Arch.* 4. száma szeptemberben fogja közölni.

Széchenyi Tudományos Társaság. A Széchenyi Tudományos Társaság szenátusa május hó 29-én *Baranyai Lipót* társelnök elnöklésével ülést tartott, melyben az elnök kegyeletos szavakban emlékezett meg gróf Teleki Pálnak, a szenátus tagjának elhunytáról. A szenátus ezúttal Schimanek Emil főtitkár előterjesztésére 68.000 pengő kutatási segélyt osztott ki. A zárszámadást és a költségvetést Jakubovics Dániel főtitkárhelyettes terjesztette elő. Eszerint a Széchenyi Tudományos Társaság a technikai, természettudományi, mezőgazdasági és orvosi tudományos munka támogatására 1940-ben 85.000 pengőt osztott ki, tizenkétévi fennállása alatt 1.200.000 pengőt. Az orvosi tudományos munka támogatására ezúttal 23.000 pengőt, tizenkét év alatt 250.000 pengőt. A bevételek az ipar és vállalatok tagdíjaiból gyűlt egybe. Az adminisztrációnak nincsenek személyi kiadásai, a dologi kiadások alig 1%-ot tesznek ki. A társulat ügyeinek éltető lelke Schimanek Emil műegyetemi tanár.

Befejeződött a Fürdősképző Tanfolyam. A napokban vizsgáztak a Gyógyhelyi Bizottság rendezésében megtartott ideai Fürdősképző Tanfolyam hallgatói. A hallgatók a belügyminiszter vizsgabiztosának jelenlétében, nagy elméleti és gyakorlati felkészültségről tettek tanúságot.

Kórházak az Egyesült Államokban. Az Egyesült Államokban a kórházi ágyak száma 1.226.245, múlt év óta 31.219-el emelkedett. Az ágyak száma 1918 óta megkétszereződött, 1909 óta megháromszorozódott. A kórházak száma 6291, a növekvés egy év alatt 65. A betegek száma 10 millió, ezenkívül 1.214.492 a kórházakban született csecsemők száma. Az üres ágyak száma átlagban 200.000 (szükséges tartalék! Ref). Az ápolási napok száma 375 $\frac{1}{2}$ millió. A kórházi gyakorlat eltöltésére 1093 kórházat nyilvánítottak alkalmasnak.

Gáspár Gyula: A visszatért Erdély. Utikönyve. Franklin Társulat, Budapest, 1941. Gáspár Gyula tanár a visszatért Erdélyről igen hasznos és érdekes utikönyvet ír, mely mindenkinek, aki a hazatért ország részét meglátogatja, jó szolgálatot tesz. Rövid történelmi tájékoztatót kívül szép képekkel illusztrált leírást kapunk, melyben úgy a városokról, mint a híres fürdőkről megfelelő tájékozódást nyerünk. Kolozsivár, Marosvásárhely, Székelyföld, Szováta, Borszék, Tusnád, Gyilkos-tó, Kalotaszeg s útközben Szent László városa: Nagyvárad a Püspök- és Félix-fürdővel mindmegannyi vonzóerő! Reméljük, hogy június hóra a közlekedés is megjavul.

G. E.

Orvosdoktorrá avattattak a Budapesti Tudományegyetemen május 24-én: *Kuhár Gabriella* Mária Etelka, *Lexa László*, *Pászner Károly*, *Stekler Ede*, *Sulyva-Szűcs József*, *Tiszavölgyi Miklós Péter*. A *Pécsi Tudományegyetemen* május 23-án: *Turóczy Elek*, *Lederer Kurt*, *Király István*, *Székely László*. Üdvözljük az új Kartársakat!

Olesó ivókúrák otthon. Epe-, máj-, gyomorba-joknál, veszélytelen fogyókúrára tartassunk 4–6 hetes kúrát a Mira glaubersós gyógyvízzel. Már analysiséből is következik, hogy a diabetesnél és köszvénynél a hiányos oxidációt sulfationjai erősen felfokozzák. Heveny sárgaság esetén 2–3 héten át kellően laxáló adag biztos eredményű.

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik ápr. 27–május 10. között. Ebben a két hétben a frontok száma nem volt nagy és hosszabb frontmentes időszakok is előfordultak. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapestben	A front		Kísérő eseményei*		
	hó nap óra	fajta		fejlettsége	
Április	27	0	Betörési	Mérsékelt	Fokozatos szelerősödés. Felsikló borulás, néhány csepp eső. Felhőátvonulás.
	27	21	Felsikl.	Gyenge	
	28	0	"	"	
	29	6	"	"	
Május	1	12	Felsikl.	Mérsékelt	Praefrontális eső 8 órától, 5 mm. Heves záporosó, 3 mm. Szélugrás és kis záporosó. Kis záporosó. " " " " szélélénkülés. Szélbetörés. Felhőátvonulás és szélélénkülés. Szélugrás Dny-ról Ny-ra. Kis záporosó (Dunántúlon zivatarok). Borulás, néhány csepp eső. Heves záporosó és lehülés. Záporosó és szélrohamok. Kis szélélénkülés. " " " " " "
	1	21	Betörési	"	
	2	11	"	"	
	2	15	"	"	
	2	17	"	"	
	3	12	"	"	
	4	3	"	"	
	5	6	"	Gyenge	
	7	18	"	"	
	7	20	"	Mérsékelt	
	8	9	Felsikl.	Gyenge	
	8	12	Betörési	Mérsékelt	
	8	15	"	"	
	9	22	"	Gyenge	
10	1	"	"		
10	7	"	"		
10	19	Felsikl.	Mérsékelt		

Az összes időadatok nyári időszámítás szerint értendőek.

* A táblázat utolsó oszlopában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Orsz. Meteorológiai Intézet önrör műszerrel készült adatai. Részletes magyarázatot l. 1941. évi 1. szám, 15. old.

1341/941.

PÁLYAZAT SEGÉDORVOSI ALLÁSRA

A veszprémi m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa az intézetnél megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdet. A teljesszövegű pályázati hirdetmény a »Budapesti Közlöny« c. hivatalos lap 1941. június hó 3-án, 4-én és 5-én megjelenő számában található.

Veszprém, 1941. évi május hó 29-én.

vitész dr. Szenttornyay Sámuel s. k.
igazgató-főorvos



Hasmenéses bélzavarok kezelésére Prof. Hainiss előírása szerint, az írőhoz hasonló, fehérjedús, zsírszegény, szénhidrátokkal kiegészített, hasmenéstgátló gyógytápszert hozott forgalomba a Krompecher-gyár, *Maltiron* néven. Nagy előnye a Maltironnak állandó összetétele, megbízható csiraszegénysége és tápanyagainak jó kihasználhatósága. A *Maltiron-gyógytáplálék* könnyű elkészítési módja lehetővé teszi intézetben kívüli praxisban író helyett való alkalmazását, hasmenéssel járó bélmegetedések esetében. A *Maltironból* a gyár előírása szerint készített gyógytáplálék kalóriaértéke az anyatejével megegyező, azaz decinként kb. 70 kal. Alkalmazása azon elveknél és feltételeknél megfelelően történik, mint egyéb hasmenést csökkentő gyógytáplálékoké.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóórját kedden és pénteken 12–1 óra között tartja.



ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára. *Jugoszláviában* az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. *Romániában:* Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. *Szlovákiában:* Eleőd Solt. Handels u: Kredit-B. Bratislava. *Egyéb külföldről:* az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portóköltés (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2:50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

ANDIROIFORT

Szintetikus him sexualhormon. 1 ampulla 5, ill. 10 mg testosteronacetatot tartalmaz.

Impotentia.

Sexualis neurasthenia.

Klimakterium virile.

4 ampullát tartalmazó dobozok.

BIOVIN

Glandubolin (tüszőhormon)
+ ovariumkivonat

A csökkent vagy hiányzó petefészekműködés erélyes kezelésére.

1 ampulla (á 1 cm³) 10.000 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0.6 g friss petefészek-kivonatot, 1 cm³ solutio 500 i. e. Glandubolint (tüszőhormont) és 0.2 g friss petefészek-kivonatot tartalmaz.

SYNTOVAR

Syntestrin (4,4'-dipropionyloxy-alfa-beta-diaethylstilben dipropionat) és ovariumkivonat kombinációja

Az ovarium hiányzó vagy csökkent működéséből eredő genitális és extragenitális panaszok kezelésére.

40 dragéét tartalmazó üvegekben.

SYNTESTRIN

Szintetikus oestrogen-hatású készítmény.

A petefészek csökkent vagy hiányzó működéséből eredő genitális és extragenitális megbetegedések esetén.

1 ampulla, 1 tableta, 1 kúp, 1 g kenőcs 0.1 g 4,4'-dioxy-alfa-beta-diaethylstilben dipropionatot tartalmaz



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

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

TARTALOM:

Burger Károly: Hydrothoraxsal szövődött myoma esete. (317—319. oldal.)
vitéz Nagy Károly: Háborús eredetű kizárt rekeszsérv. (319—321. oldal.)
Németh Lajos: Szemelváltozás Kerion Celsi kapcsán. (321—322. oldal.)
Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)

Irodalmi szemle. (322—323. oldal.)
Könyvismertetés. (323. oldal.)
Galambos J.: Válasz Dreguss M. dr. »Megjegyzésére«. (324. oldal.)
Vámosy Zoltán: Dr. Fuszek Rezső. (324—325. oldal.)
Lapszemle. (325. oldal.)
Vegyes hírek. (325—326. oldal.)
Hetirend. (326. oldal.)

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

Hydrothoraxsal szövődött myoma esete.

Irta: Prof. Burger Károly.

A méh jóindulatú daganatainak kérdése minden tekintetben alaposan feldolgozott. Ezért szinte valószínűtlennek látszik, hogy a női nemiszervek ily természetű daganatával kapcsolatban — legalább is klinikai szempontból — még valami újat lehetne mondani. Nem régen azonban mégis egy olyan eset került klinikánkra, mely mind kísérő tünetei, mind lefolyása szempontjából feltétlenül említésre méltó. Tudomásom szerint hasonló eset a világirodalomban eddig nem ismeretes.

N. I. (flsz.: 764/1940.) 55 éves, hajadon. Az utolsó év folyamán két ízben volt méhvérzése. Nov. 13-án vétetett fel klinikánkra. Nevezett augusztus óta beteg. Azóta mellhártyagyulladás, illetve izzadmánnyal kezelték előbb vidéken, majd szeptember óta a székesfőváros egyik belgyógyászati osztályán (Galgóczy főorvos). Hasában hatalmas képletet tapintottak, amely a beteg elmondása szerint 13 év óta fokozatosan növekvő myoma. Az említett idő óta nőorvosi megfigyelés alatt áll, operálni azonban nem engedte magát. A belgyógyászati osztályra történt felvételkor (szept. 17.) a hasban említett képlet mellett ascitést találtak, mellkasában j. o. a hatodik bordától lefelé helyetfoglaló, a bal mellkasfélben pedig kb. kétujjnyi folyadékgyülemet. Röntgen átvilágítás: Mindkét csücs és tüdőmezők felső fele világos, j. o. a hatodik bordától lefelé egyenletes homály, mely lefelé intenzitásában erősödik, felső részében két fölfelé convex sáv árnyékkal (interlobalis köteg, eltokolt folyadék). A bal sinusban kétujjnyi folyadékgyülem. A rekesz mindkét oldalt kb. két harántujjal magasabban áll. Baloldalt jól mozog, jobboldalt renyhébben. Az erősen felnyomott szív hossz tengelyében megnyúltnak látszik, aortokus konfigurációjú, igen erős, de rytmusos pulzátiót mutat. Az említett mellkasbéli folyadékgyülem háromszori (szept. 12., szept. 26., okt. 23.) csapolás után minden esetben újból kifejlődik, noha minden alkalommal kb. két liternyi folyadékot távolítanak el. Hőmérsék: 37.2—37.4° C, pulsus 80—90. Köpetvizsgálat negatív, vizelet fajsúlya 1015, vegyhatása lúgos. Benne fehérje, geny, cukor, urobilinogen nincs. WaR negatív, vörösvérsejtszűnyedés szept. 17-én 1 óra alatt Westergreen sze-

rint 16, október 1-én 35, 19-én 5, 23-án 6 mm. Haemoglobin 70%, vörösvérsejtszám 4,200,000, leukocyta 9,200. A pleuracsapolással nyert folyadék szalmasárga színű fajsúlya 1016. Fehérjetartalma, Eschbach szerint kb. 2.5‰. Mikroszkop alatt megfestést adó sejt alig található benne, csupán néhány lymphocytá. Tumorsejt sem mutatható ki. Digitalis, novurit és dextrosekezelésre a has körfogata valamennyire csökken, 106 cm-ről 104 cm-re, a vizelet mennyisége növekszik.

Daganatsejteket a mellüri folyadékban azért kerestek, mert gyanú volt arra, hogy esetleg valamely rosszindulatú daganat okozta áttételtől van szó. Okt. 18-án konziliarusként vizsgáljuk a beteget. A nőgyógyászati vizsgálat: a has erősen elődomborodó, de oldal felé is kiszélesedik. Tapintáskor benne a köldök fölé két harántujjal erő, kemény tapintatú, kissé egyenetlen felszínű képletet találunk. A kopogtatási hang a lumbalis tájon mindkét oldalt tompa, helyzetváltozáskor feltisztul. Ujjhegyet befogadó hymenalis gyűrű. Rectalis vizsgálattal a karesú portio folytatásában a fent leírt képletet találjuk. Baloldalt hátul a ligamentum sacrouterinum táján, helyesebben annak megfelelőleg kb. jókora lúdtőjányi képletet tapintunk. Ez utóbbról elképzelhető, hogy maga a félrenyomott méhtest, vagy pedig a beszűrődött hátsó parametrium. *Diagnosis:* tumor uterinalis seu ovarialis cum ascitide.

Mint hogy a betegnek hosszú évek óta hatalmas hasi daganata van ascitessel és mellkasi folyadékgyülemmel anélkül, hogy láza volna (csupán subfebrilis), az első és legközelebb fekvő gondolat, hogy rosszindulatú daganattal állunk szemben, amely a mellkasban áttételt okozott, noha a mellkasi folyadékban — mint említettük — daganatsejtet kimutatni nem lehetett. Csak természetesen, hogy a beteg ezen nagy daganata, továbbá ascitese és mellkasi folyadékgyüleme miatt nehezen lézlik és így a műtéti megoldás semmiképpen sem látszik kedvezőnek. Mint hogy az esetben, ha a mellkasi folyadék daganat-áttételnek volna következménye, a daganat, amely a hasban az említett képet nyújtja, úgyis imperabilis, úgy döntünk, — és ez a véleménye a tanácskozásba bevont belgyógyász konzilliriussnak is (Szi nyei főorvos) — hogy egyelőre tovább észleljük az esetet. A pleuralis folyadékot azonban lebocsátjuk, hogy ezáltal a beteg szívét tehermentesítsük. A további észlelés folyamán azonban a beteg étvágytalan, soványodik, általános állapota romlik. Mint hogy

a már említett belgyógyászati kezelésre a hasban levő folyadékgyülem valamennyire csökken, a mellkasi folyadékgyülem azonban újból (egészen az ötödik bordáig) felszaporodik, nov. 13-án újabb mellkasi csapolás történik, ezúttal immár negyedizben. Ekkor 1600 ccm enyhén vörhenyes folyadék eltávolítása után próbalaparotomiára határozzuk magunkat és azt el is végezzük. Kétségtelennek látszik ugyanis, hogy a beteg élete csak abban az esetben menthető meg vagy legalábbis egészségi állapotán csak úgy tudunk javítani, ha a daganatot sikerül eltávolítani.

November 14-én alsó median *laparotomia* evipan narcosisban. A hashártya megnyitásakor szabad hasüri folyadék ürül, majd előtűnik a köldök fölé érő kissé egyenetlen felszínű, myomának látszó daganat. Ezt museux-vel megragadva kibuktatjuk. Jobb alsó polusán a feltűnően oedemás jobboldalig infundibulo pelvicumot találjuk, a zsugorodott adnexummal. A ligamentum infundibulopelvicumot és az oldali ligamentum rotundumot átmetszve, most már jobban elő tudjuk buktatni a daganatot. Ekkor kiderül, hogy az jókora emberfejnyi subserosus myoma góc, amely a rendesnél nagyobb méh jobb sarkából indul ki. Könnyebb hozzáférhetőség céljából egyelőre a nagy myomagócot távolítjuk el, majd utána a méhtestet, amelynek fundusán még két kisebb subserosus góc van, szokásos módon esonkoljuk. A csontot peritonisálva, a hasat rétegesen zárjuk. A súlyos állapotban lévő beteg a műtétet kitűnően tűrte. A műtét utáni első öt napon 38°C -ig menő hőemelkedései voltak, azontúl kissé subfebrilis, a 11-ik naptól kezdve teljesen láztalan. Érdekes, hogy már a műtét utáni 13. naptól kezdve mellkasában folyadékot többé kimutatni belgyógyászati vizsgálattal nem lehetett. A műtét előtt hónapokon át nehéz légzéssel, rossz általános állapotban lévő beteg rövidesen összeszedte magát s a műtét után három hét múlva a klinikáról gyógyultan távozott. Azóta teljesen jól van. Két hónappal a műtét után történt



1. ábra.

utóvizsgálatkor a méhcsont és a has teljesen szabad, a mellüregben folyadékgyülemnek nyoma sincs.

A műtéti készítmény a normalisnál valamivel nagyobb supravaginalisan amputált uterusból áll, amelyet síma serosa borít. Az uterus megvastagodott izomzatában néhány kölesnyi, babnyi, élesen körülírt, tömött nyomgóc fekszik, fundusának bal felől pedig cseresznye, illetve diónyi nagyságú két subserosus tömött nyomgóc kocsányosodott ki. A fundus felső jobb szélén a serosa és a felszínes izomnyalábok kétpengősnyi területen roncsoltak. Innen indult ki az ugyancsak síma serosával borított, dúdoros felszínű, rendkívül tömött tapintatú, jókora emberfőnyi nyomgóc, melynek alsó polusán megnyúlt, nyitott abdominalis végű petevezető és szilványi petefészek ül (1. ábra). A daganat metszéspapja is igen tömött, nyalábos szerkezetű, jókora férfitenyérsnyi területen nekrotisált, helyenként kisebb serosus bennéki üregképződéssel (2. ábra). A



2. ábra.

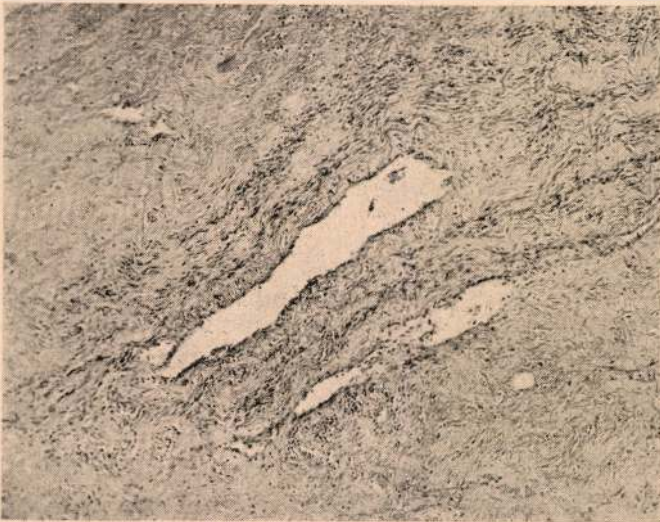
baloldali petevezető és szilványi tömött ovarium nem mutatnak elváltozást.

Mikroszkop alatt: a méhnyálkahártya a proliferatios statiumban van. Mirigyecsoveit kibélelő szabályos hengerhám nem működik. A méh izomzatában ülő, illetve subserosusan kikocsányosodott, körülírt daganatgócok sejtdús simaizom és kötő-



3. ábra.

szöveti sejtekből állanak, amelyek egymást keresztül-kasul szövő, örvényszerűen futó nyalábokban helyezkednek el (3. ábra). Hasonló szöveti szerkezetet mutat a külön eltávolított nagy daganat szöveti képe is azzal a különbséggel, hogy ebben a kötőszöveti rostok igen kiterjedt, hyalinos elfajulása figyelhető meg. A makroszkoposan is nekrotikus daganatrészekben kiterjedt elhalások látszanak és magfestés már csak a nagyobb erek körül fekvő tumorrészekben ismerhető fel. Különösen ezen daganatrészekben nagyszámú, feltűnően tág és thrombotisált eret látni (4. ábra). Szöveti rosszindulatúságnak semmi jele.



4. ábra.

Diagnosis: myoma uteri multiplex partim nekroticans.

Az eset fő érdekessége az, hogy teljesen jóindulatú méhfibromyoma mellett nemcsak ascitest (ami nem ritkaság), hanem nagyfokú, több mint két liternyi kezdetben jobb-, majd mindkét oldali, csapolás után többszörösen ismételt kiújuló, hatalmas mellkasi folyadékgyülemet találtunk. Az, hogy e folyadékgyülem a hasi daganat megoperálása után gyorsan felszívódott (3 nap alatt) s többé nem újult ki, kétségtelenül mutatja, hogy keletkezése azzal oki összefüggésben állott.

Mint már említettük, hasonló eset az irodalomban eddigéle nem ismeretes. Meg kell azonban említenünk, hogy *Meigs* és *Cass*¹ 7, *Hoon*² pedig 2 *petefészek* fibromáról számolt be, amely hydrothoraxszal szövődött. Ők ezt többféleképpen igyekeznek magyarázni. Magyarozatuk azonban saját véleményük szerint sem kielégítő. A magunk esetében lehet, hogy a daganat valamilyen pangást okozott, amire különben említett szerzők is gondoltak petefészek-fibromáikkal kapcsolatban. Emellett szólna, hogy esetünkben a jobboldali ligamentum infundibulopelvicum feltűnően vizenyős volt. Mindez azonban természetesen még nem magyarázza azt, hogy hogyan jött létre a méhdaganat következtében a mellüregben is folyadékgyülem. Nem szólva arról, hogy *Meigs* és *Cass* petefészekfibromái aránylag nem voltak nagyok, sőt volt köztük csupán »grapefruit« nagyságú is. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy a daganat inkább a has jobb felében

helyezkedett el és mégis a bal mellkasfélben is volt, bár kisebb folyadékgyülem, az említett amerikai szerzőknek pedig volt oly esetük, mikor egyikoldali petefészek fibroma mellett a másikoldali mellkasfélben volt a folyadék, úgy meg kell, sajnos, elégednünk egyedül a ténynek megállapításával, hogy nemcsak petefészek, de méhfibroma is idézhet elő ascitesen kívül nagyobb fokú mellkasi folyadékgyülemet.

Végezetül csak annyit jegyezni meg, hogy a közölt eset nemcsak mint kórtani ritkaság, hanem az orvosi gyakorlat szempontjából is érdekes. Egyrészt olyan értelemben, hogy belgyógyászati vizsgálatokkal nem magyarázható mellkasi folyadékgyülem esetén gondoljunk arra is, nincs-e a betegnek női nemiszervekből kiinduló daganata. Másrészt ezen esetünk élénk tanubizonyossága annak az általában jól ismert, de a gyakorlatban nem mindig kellőképpen méltányolt, pedig egyedül helyes felfogásnak, hogy valamely hasi daganat operálhatóságának kérdését teljes bizonyossággal csak próbahasmetszéssel lehet tisztázni. Azt régen tudják a szakemberek, hogy próbahasmetszések inoperabilisnak látszó eset is operabilisnak bizonyulhat. Ezen egvedülálló ritka esetünk kapcsán azonban felhívjuk a figyelmet arra, hogy még mellkasi folyadékgyülemmel szövődött hasi daganat esetén se adjuk fel a reményt, hanem végezzünk próbahasmetszést, mert megtörténhetik, amint saját esetünk is mutatja, hogy a daganat nemcsak hogy operabilis, de még rosszindulatúnak sem bizonyul és a beteg még ilyen kétségbeesettnek látszó esetben is teljesen visszanyerheti egészségét.

Sopron vármegye esornai közkórházának közleménye.
(Igazgató: vitéz Nagy Károly sebészfőorvos.)

Háborus eredetű kizárt rekeszsérv.

Irta: vitéz Nagy Károly dr.

A most dúló háború időszerűvé teszi egy világ-háborús sérülés késői következményének ismertetését.

A rekesz sérülései békeidőben túlnyomórésztben késszúrástól származnak. A szúrás sokféle irányból érheti a rekeszt. A kocsmái verekedésekkel kapcsolatos bicskázásokban nemcsak egyes népeknél, hanem hazánk különböző vidékein is kialakult szokások vannak. Vannak helyek, ahol alulról fölfelé szúrnak és mások, ahol felülről lefelé. Vas megyében pl. gyakori, hogy az ellenfelet átölelve, hátán fölülről lefelé vágják bele a kést.

A békebeli rekeszsérülésekkel ellentétben a háborús sérülések legnagyobb részben lövedékektől származnak. Gyalogsági és géppuskagolyótól, gránát- és aknarepszdarabtól és srappellgolyótól, az utóbbi a mai modern háborúban már nem használatos. A sebesültek nagyrésze, különösen akik tüzérségi lövedéktől sérültek meg, hamarosan elpusztulnak a hasüri és mellkasi szervek sérülései következtében. Műteti ellátása csak frissen, az egészségügyi oszlopnál vagy méginkább a tábori kórházban lehetséges. Felismerése se könnyű. Legbiztosabb jele, ha a mellkasi seben át cseplesz vagy egyéb hasüri szervek esnek elő, továbbá, ha a mellkasi sérülések kapcsán a hasban izomvédekezés, illetve egyéb, hassérülésre utaló tünetek jelentkeznek. Műteti eljárásra legalkalmasabbnak bizonyult a transpleuralis behatolás a mell-

¹ American Journ. of Obst. and. Gyn. 1937. 249. old.

² Hoon, Merle R. Surg. Gyneec. obst. 1923. 247. old.

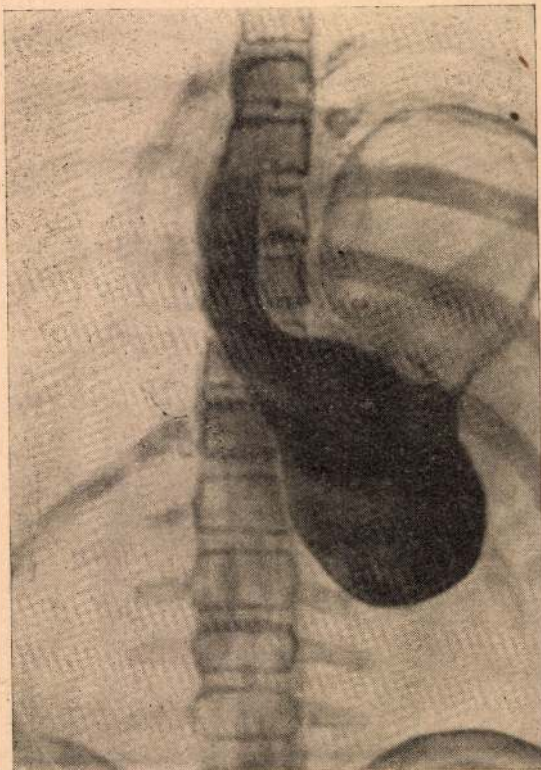
kasi seb megnyagobbításával, vagy a 7. bordaközben eszközölt bemetszés.

A sérültek egy része, különösen azok, akik kés-zúrástól vagy gyalogsági lövedéktől sérültek meg, műtéti beavatkozás nélkül is életben maradnak és meggyógyulnak. Ezeknél a rekeszsérülés esetleg csak akkor lesz ismert, ha a sérülés helyén rekeszsérv képződik s ez később tüneteket okoz. Ezeknek a rekeszsérveknek legnagyobb része baloldali; jobboldalon ugyanis a máj pelottaként szerepelve, megakadályozza a sérv kifejlődését. A rekeszsérveknek legtöbbször nincs is sérvtömlője, mert a hashártya is hiányzik.

A rekeszsérvek második csoportját a veleszületett rekeszsérvek adják. Ezeknek egy része a rekeszlapok összenövési hiányai, más része a tágabbnak maradt természetes nyílásokon keletkezik. Leggyakrabban a hyatus oesophagei szokott a sérvkapu lenni.

A rekeszsérveknek nagyrésze semmiféle tünetet sem okoz. Máskor gyomorfájdalmak, étvágytalanság, hasi puffadás, vagy különösen bőségesebb étkezés után légzési nehézségek jelentkeznek. A rekeszsérv azonban, különösen szűk sérvkapu mellett, bármikor kizáródhat.

1937 február 21-én felvettük kórházunkba Cs. Gy. 52 éves napszámost. A világháborúban mellkasi lövés érte. Elöl baloldalt a mellbimbó felett hatolt be a golyó és hátul a ballapocka alatt jött ki. Eddig semmi panasza sem volt, most azonban két nap óta nagyon rosszul van. Gyomrában erős fájdalmak vannak, sokat hány és csuklik. A beteg elég jó állapotban van, hasa puha, nem puffadt, nyelve bevont. A gyomortája nyomásra érzékeny. Baloldalán a bimbóvonalon, illetve a IV. bordaközben lövés heg, hátul a lapocka alatt a XI. bordaközben a kimeneti nyílás nagyobb hege látható. A beteg a kórházi megfigyelés alatt nagyobb időközökben hányt, állapota változatlan volt és csak február 23-án a korareggeli órákban került átvilágításra. A sugárfogóanyagot átvilágítás közben fogyasztja. Oesophagus, cardia kétujjnyi szélesen telődik és ürül át a gyomorba, amely szabálytalan félkör alakú. Alsó domborulata a cardiától lefelé és kifelé halad balra, ahol a pylorusra emlékeztető szögletet



1. ábra.

képez, így az egész gyomor a gerincoszlop baloldalán van. A balrekesz fölött tenyérnyi fölfelé ívelt határu árnyék van, mely a szívet jobbra átnyomja. (1. ábra.) A röntgenkép alapján megállapítható volt a kizárt rekeszsérv. A beteg haretéri sérülését eddig nem említette, a lövés hegek egyelőre figyelmünket elkerülték, úgyhogy ezen adatok csak utólag kerültek be a kórelőzménybe. A sugárfogót a gyomorból kimosva, azonnal megoperáljuk. Aethernarcosisban felső medián laparotomia baloldali harántmetszéssel. A műtétkor kiderül, hogy a gyomorból csak a fundus van a hasüregben s a gyomor haránttengelye körül 180°-kal megfordult, úgyhogy folytatása balra van és a cseplesszel és a harántvastagból egy részével együtt a rekesz kupoláján kissé hátul fekvő nyíláson át a mellüregbe tűnik el. A nyíláson két ujjal lehet behatolni s az ujjakkal tompa tágítás után sikerül visszahúzni a hasüregbe a vastagbelet, a csepleszt, a gyomrot és előtűnik a pylorus és patkóbél kezdeti része a sérvkapu tájáról. Az angulus táján a gyomor a mellüregbe le van növe, a szívurok felé, de ujjal tompán sikerül leválasztani. Azután a gyomor a szabályos helyzetbe kerül és a rekeszen a tágítás után kb. három harántujjnyi anyaghiány látható, melyet csomós varratokkal varrunk el. A betegnek még néhány napig szapora a szív működése, de azután simán meggyógyult.

1937 márc. 6-án röntgenvizsgálatot végzünk, mely szerint a gyomor rendes helyzetű, a pylorus a köldök alatt egy harántujjal, a fundus a symphysis fölött egy tenyérnyivel. A bal rekesz rendes helyzetben szabadon mozog. Felette a rekesz közepétől függélyesen felfelé induló hüvelyknyi vastag kötegárnyék, mely a szív kamra felső része magasságában befelé hajlik és a szívurokig halad. E kötegárnyék így egy háromszög alakú világos területet zár be, melynek alapja a szív (2. ábra).

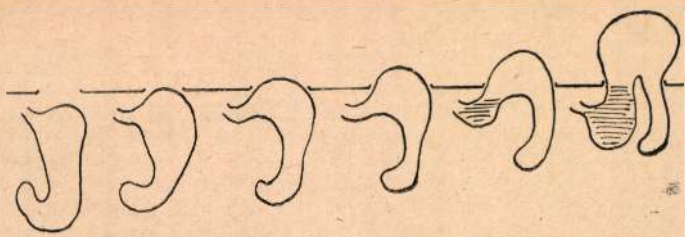


2. ábra.

A beteg 1940-ben ellenőrzővizsgálaton megjelent. Jól érzi magát, teljesen tünetmentes.

A műtétkor a gyomor és bélnek a mellüregből visszakerült része súlyos vérkeringési zavart mutatott, de üszkösödve vagy átlukadva még nem volt. Mindenesetre kivételes szerencse ez, hogy a beteg így mégis meggyógyult, mert hiszen már a felvétel után mindjárt meg kellett volna operálni.

A gyomor tengely körüli csavarodását Schlecht



3. ábra.

és Wels rajzának (Kirschner—Nordmann: Chirurgia) felhasználásával a 3. ábrán vázolólok.

A rekeszsérvek műtétére általában inkább a thoracotomiát ajánlják a VII. bordaközben tett metszéssel. A hasüreg felől történő behatolásakor a rekeszkupola jobb megközelítése céljából a Marweder-féle bordaátmetszés használható a betekintés megkönnyítésére. A legnagyobb betekintést a Kirschner-féle eljárás adja, ami mind a mellüreget, mind a hasüreget megnyitja.

Esetemben a sérvkapu jól hozzáférhető volt a hasüreg felől, de a mellüregbe lenőtt gyomor felszabadítása sötétben csak tapintás útján történt.

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Szemelváltozás Kerion Celsi kapcsán.

Írta: Németh Lajos dr. egyet. tanársegéd.

A gombás szembetegségek érdekes és eddig teljesen még fel nem tárt fejezetét alkotják a szemészetnek. A kórokozók felosztásának ismertetése igen messzire vezetne, emellett ez a kérdés még ma sincs lezárva. Mint saprophyták előfordulhatnak gombák a szemhéjakon, kötőhártyaszakban, de szerepelhetnek mint kórokozók is. A *schizomyeták* okozta szembetegségek általánosan ismertek. A *blastomyeták* már jóval ritkábban fordulnak elő, okozhatnak szemhéji fekélyesedést, *Albrich* a szemtekei kötőhártya fekélyéből, szaruhártya fekélyéből, stb. tudta őket kimutatni, leírtak metastatikus úton a szem belsejében kifejlődött, *blastomyeta* által okozott gyulladásokat. A *trichomyeták* csoportjába tartozó gombák ugyancsak okozhatnak szembetegséget, így könnyesövecske concrementumot, keratitist, sőt iridocyclitist is. *Ditrói* makacs kötőhártyahurutból *clamidothrixet* tenyésztett ki. Főleg a *hyphomyeták* csoportjába tartozó gombákkal foglalkozott több munkájában *Fazakas*, aki szemészeti szempontból 42 gombaféleség szerepét tisztázta. Megállapítása szerint nedves lakások előmozdítják a betegség keletkezését, továbbá kenyérről, narancsról, szőlőről, sajt-ról, stb. juthat a gomba az emberre. Egy ugyancsak csoportba tartozó gomba által okozott betegséget szeretnék a későbbiekben ismertetni.

A gombás betegségek létrejöhetnek emberről emberre, állatról, vagy növényről emberre történő átterjedés révén. Az állatok közül a ló, szarvasmarha, macska *trichophytiája* okozhat megbetegedést és így főleg falusiakon fordul elő. Az irodalomban egy-két eset (*Elschnig*, *Wirtz*) ismeretes a szemhéjon keletkezett *trichophytia superficialis*ből, amely mint herpes tonsurans jelentkezett. Ez élénk vörös, éles határu, középen hámló, a szélein apró hólyagcsákat mutató foltokból áll. Okozói legtöbbször emberi, ritkábban állati *trichophytonok*. A főleg háziállatoktól

megkapott *trichophytia profunda, capillitii* vagy *Kerion Celsi* gyermekek betegsége. Az állat sömörjé okozó *ektothrix trichophytonok* a gyermek hajas fejbőrére jutva vörös foltokat okoznak, a szaporodó gombák szürkés hüvellyel veszik körül a hajszálat, benőnek a szőrtüszők mentén a mélybe és genyedést hoznak létre. Ennek egy jellemző esetét szeretném ismertetni, amely szemészeti nézőponthól rendkívül érdekes azért, mert a szemhéjakra is ráterjedt.

Egy kilencéves kislány atyja elmondja, hogy otthon a gazdaságban két borjúnak körsömörje van, amely 20 filléres nagyságú száraz kiütések formájában mutatkozott. A fiú a borjúkkal való foglalkozás után egy héttel hajas fejbőren kiütéseket vett észre. Testvére és még három szomszéd gyermek, hasonló módon és hajban betegedett meg. A gyermeket a bőrklinikáról küldték át hozzánk *trichophytia profunda capillitii* diagnosissal. A fejen a *Kerion Celsi*nek is nevezett betegség jellegzetes képét láttuk, a bal occipitalis és parietalis tájon három nagy, félgömb-szerűen kiemelkedő lyukgatott, puha tapintatú, daganatszerű képlet alakjában, amelyekben sok genyes tüsző- és pörkképződés volt. A daganatszerű képződmények széli részein fehér köpennyel bevont hajsálak voltak. Subfebrilitás, levetség mellett az arcon, nyakon, törzsön és végtagokon szétszért kiütéseket, *trichophytideket* láttunk, mint általános jelenségeket.

E tünetek mellett rögtön feltűnt a bal szem környékén észlelhető egészen tipikus, de az irodalomban csak 1—2 szerzőtől említett elváltozás. A bal szemöldökív külső harmadától ívesen felfelé induló, majd az arcus zygomaticus feletti bőrre kiterjedő s innen az alsó szemhéj külső végéhez kanyarodó ívalakú terület, amely pörkkel fedett, kisebb-nagyobb kiemelkedésektől, helyenként apró pustuláktól egyenetlen felszínű. A pikkelyeket olajjal leáztatva, vörös, élesszélű területet láthattam, amelyen kisebb-nagyobb papulák, a szőrtüszők mentén genyógócok voltak. Ez a terület folytatódott az egész felső szemhéj, valamint az alsó szemhéj külső felének vörös duzzanatába. A felső szemhéj lelőg, a szemrés alig nyílik. A felsőben számos, az alsóban néhány tömött, másutt puhább borsó-kendermagnyi fájdalmas góc volt tapintható, amelyek megnyomására egyik-másikból a szemhéj szélén lévő nyíláson geny ürült. A pillaszőrösor hiányos, egyes pillaszőrök fehér hüvellyel bevontak, amely hüvely a pillaszőrt körül-növő *ektothrix* gombáktól származott. A szemhéjról vett genyben és pörkben lemezkészítményen vastag gombafonalakat láttunk. Tenyészetet megfelelő táptalaj hiánya miatt nem csináltunk. A klinikai kép azonban tökéletesen elegendő volt a kórhatározáshoz.



1. ábra.

A pörkök olajjal történt leáztatása után a pillaszörtsort epiláltam, a nyílásokon át a genyert enye nyomással kiürítettem s a megbetegedett bőrterületet hígított jódtincturával beecseteltem. Otthonra lenmaglisztes borogatást és rivanol-kenőcsös fedést kapott. A hajas fejbőrön lévő elváltozást bőrgyógyászszakorvos látta el. Emellett otthon vaccinás kezelésben részesítette a háziórvosa, a bőrgyógyászszakorvos utasítása szerint.

Sajnos, a betegség további lefolyásáról beszámolni nem tudok, mert a beteg ellenőrző-vizsgálatra többször nem jelentkezett.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Orthostaticus hypotensio és tachycardia kezelése az ágy fejfélőli oldalának megemelése által. *A. R. MacLean, E. V. Allen.* (J. Amer. Med. Assoc. 1940. 115. 25.) Orthostaticus hypotensioznak nevezik azt a kórképet, amelyben a beteg panaszai azáltal magyarázhatóak, hogy felálláskor, járáskor a vérnyomása lényegesen csökken, orthostaticus tachykardiának pedig, amikor a pulszsziporulat okozza a beteg panaszait. Mindkettő lehet essentialis, vagy pedig a sympathicus idegrendszer sérülése (pl. műtét) által előidézt. Jellemző, hogy a panaszok főleg reggel jelentkeznek. Ha ilyen betegeket úgy fektették, hogy az ágy síkja kb. 30 fokot alkotott a vízszintessel, panaszai pár nap múlva lényegesen csökkentek és 1–2 hét múlva megszűntek. Ha egy éjjel vízszintesen aludtak, panaszai ismét kiújultak. Az orthostaticus hypotensio oka nem teljesen tisztázott. A régi elmélet: hogy az arteliolák működészavara okozza, csak részben bizonyítható. Először, hogy ilyen betegek fekvő és álló helyzetben egyaránt jól reagálnak hőre, továbbá, hogy az érösszehúzó szerek (adrenalin, ephedrin stb.) vérnyomás-emelkedést idéznek elő fekvő, de hatástalanok álló helyzetben. Fent ismertetett kezelési eljárásuknak sem tudnak pontos magyarázatot adni; feltehető, hogy az extracelluláris szövetnedvek az alsó végtagból fekvő helyzetben kiürülnek és ezáltal felálláskor az alsó végtag ereibe túlsok vér áramolva, csökken kórosan a vérnyomás. Az emelt fejjel alvás a szövetnedveknek ezt a kiürülését akadályoná meg. (B. 15.)

Horváth Imre dr.

Szívinfarctus következtében fellépő vállfájdalmak. *A. C. Ernestene és J. Kinell.* (Arch. of Intern. Med. 1940. 66.) Egy vagy mindkét oldali vállban fellépő fájdalom gyakori következménye a szívinfarctusnak. A fájdalom foka igen különböző lehet, néha csak enyhe, máskor olyan erős, hogy a vállizület mozgása lehetetlenné válik. A fájdalom sokkal gyakrabban jelentkezik a bal vállban és több hétig vagy akár több hónapig is tarthat. Szerzők 17 esetet észleltek. Ezekből kettő már az infarctus keletkezése előtt régóta szenvedett angina pectorisban és mindkét oldali vállfájdalomban. Mindkettőnél az infarctus keletkezése után a fájdalom erősen fokozódott. (B. 16.)

Mihákovics Tibor dr.

Mast jelent meg

ORSÓS FERENC PROF.:

TÖRVÉNYSZÉKI ÉS RENDŐRI BONCTANA

ÁRA 5.- PENGŐ

KAPHATÓ A KIADÓH VATALBAN

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Benedek Andor.

A fájásmérés kórjelző és kórjóló jelentőségéről. *Ebergényi Sándor.* (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 1940. 20.) A Loránd-féle tokograph-fal végzett 300 mérés elemzése a fájásmérésnek sokoldalú és értékes alkalmazhatóságára hívja fel a figyelmet. Az eljárás érzékenysége folytán a méh nyugalmi tónusának és az összehúzódások minőségének megállapításánál pontosabban tájékoztat a szülőtevékenységről, mint a tapintás. A graphikus ábrázolás pedig könnyebben áttekinthetővé teszi a szülés lefolyását az esetleg alkalmazásra kerülő fájásbefolyásolás, vagy műtéti beavatkozást illetően. A tokogramm felhasználható a fájásérősítő szerek hatásának vizsgálatánál, művi és műtétes szüléseknél, továbbá fájásgyengeségnél. Kifejezésre jut a görbén a burokrepedés. Megállapítható általa, hogy a méhösszehúzódást jelző kilengés megelőzi a fájdalomérzést, a fájdalomérzés erőssége az alaptónustól függ és, hogy előfordul közepes erősségű contractio is fájdalomérzés nélkül. Végeredményben a fájásmérés, ha nem is nélkülözhetetlen szülészeti eljárás, de sok esetben igen értékes segítőeszközünk lehet. (O. 13.)

Orbán György dr.

A magzat méhenbelüli elhalása a 28-ik hét után. *Buxbaum.* (Am. J. Obst. Gyn. 1940. 659.) 16.834 szülés kapcsán a magzat méhenbelüli elhalását 128 esetben (0.7%) észlelték. Gyakrabban fordult elő 30 évnél idősebb nőknél. A szülés az elhalást követő 7 napon belül 70%-ban, 7–56 napon belül 30%-ban indult meg. A méhenbelüli elhalás gyakrabban fordult elő azoknál, akik ismételtelen vetéltek vagy már halott magzatot szültek, továbbá azoknál, akik már többször szültek, annak ellenére, hogy az V–X. szülőnők csoportjában a szülések száma általában csökkenni szokott. Sorozatukban az összes méhenbelüli magzati elhalások 50%-a többször szülő nők csoportjára esett. Leggyakoribb halálok — azok közül, ahol a halálok egyáltalán megállapítható volt — a vérbaj, terhességi mérgezés, idősebb vesebaj és cukorbetegség voltak. A szülés 92.1%-ban magától megindult, 7.9%-ban anyai szövődmények miatt megindították. Magától zajlott le a szülés 86.8%-ban, míg 13.2%-ban műtéttel fejezték be. A műtétben benne foglaltatik 13. — tanítási célból végzett — koponyafúrás is. A gyermekágy 90.7%-ban láztalan volt. Anyai halálozás: 0. A magzat méhenbelüli halála sorozatukban egyszer sem járt az anyára nézve súlyos következményekkel. Szülés tekintetében a várakozó álláspont híve. (O. 10.)

Kováts Károly dr.

Az előlfekvő lepény kezelése. *Hohage.* (Zbl. Gynäk. 1940. 15.) Intézetünk anyagából 8080 folyamatos szülési esetből előfordult 91 (1.1%) előlfekvő lepény kezeléséről számol be. Eljárásuk 41 esetben (45.1%) conservatív, 50 esetben (54.9%) műtéti volt. Conservatív eljárások közé sorolja az összes hüvelyen keresztül történő beavatkozásokat, míg műtéti eljárásuk a méhnyaki császármetszés volt. A beavatkozás javallatát a lepény helyzetétől, a vérzés fokától, tehát az anya életérdekétől, másrészt a magzat fejlettségétől tették függővé. Conservatív eljárással az anyai halálozás 7.3%, a magzati 21.2% volt; műtéti eljárással (császármetszés) kapcsolatban az anyai halálozás 4%, a magzati 10% volt; a 40 cm hosszúságon aluli magzatokat nem számítva. Eredményeik alapján úgy a conservatív, mint a műtéti eljárás jogosságát elfogadják, kiemelve, hogy a császármetszés jobb beavatkozásnak látszik úgy a magzat, mint az anya életérdekének szempontjából. (O. 11.)

Ember Károly dr.

A placenta praevia kezelésének változása az utolsó 40 év alatt. *(Hellmuth Winkler. l. Linden.)* (Münch. Med. Wochschr. 1941/3.) Szerző a marburgi női klinika 40 éves szülészeti anyagán (373 eset) szerzett tapasztalatok alapján összegezi a placenta praevia kezelésére vonatkozó nézeteiket. A placenta praevia gyógykezelése 4 évtized alatt mindinkább a sebészi irányba tolódott el. Az utolsó 10 év anyagát szembeállítva az előbbi évtizedek anyagával, kiderült, hogy úgy az anya, mint a magzat élete szempontjából az abdominalis császármetszés adja a legjobb eredményeket. (O. 12.)

Rohonyi István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYASZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Adatok a glandula submandibularis syalolithiasisának kezeléséhez. *Prietzl.* (Msdhr. f. Ohrenheilkunde etc. 1941. 76. 4.) Szerző az állkapocsalatti mirigy syalolithiasisát előzetes röntgen localisatio után a Wharton-vezeték felhasításával és a kövek eltávolításával oldja meg, ha pedig ez nem sikerül, a mirigyét eltávolítja. Utóbbi esetben azonban óvtosságot ajánl, mert a ganglion submaxillare és a n. lingualis műtéti sérülése sokszor nehezen kerülhető el, ami nyálkahártyaszárazságot, illetőleg azonoldali nyelvérzékletenséget von maga után. (A. 15.)

Farkashidy dr.

Adatok az otogen pachymeningitis interna infectiosa kórbonctanához, diagnostikájához és terapiájához. *Ertl.* (Archiv. für Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. 1941. 149. 1-2.) A pachymeningitis interna az esetek többségében per continuitatem, ritkábban a véráram útján metastaticus úton keletkezik. Szerző 3 kórbonctani formát különböztet meg: a) p. interna productiva, b) p. interna circum scripta purulenta, c) p. interna diffusa purulenta. A két utóbbi forma azonos a subduralis tályoggal, illetve a diffus subduralis gennyedéssel. A pachymeningitis internát a tünetek sokoldalúsága és a kórleflyás ingadozása jellemzi, melyek a duramegbetegedés különböző localisatiójától és kiterjedésétől függenek. Megfigyelései alapján szerző a következő tüneteket tartja fontosnak: 1. subduralis tályognál lymphocytosis a liquorban, még meningealis tünetek fellépése esetében is, 2. a liquor bacteriummentessége az egész kórleflyás alatt, 3. a műtét folyamán szabaddá váló dura pulsatiójának hiánya, amely azonban azonnal megjelenik, ha valamely eszközzel lenyomjuk és 4. már korán beálló spontán alvadékképződés a liquorban. A subduralis abscessus és agytályog közötti differentialediagnosis megállapítására a szerző agypunctiót és esetleges arteriographiát ajánl. A therapia a dura incisiojából és a subduralis tályog megnyitásából áll, a tályogüreg óvatos drainálásával. A dura esetleges necrotisált darabjait eltávolítja. (A. 14.)

Farkashidy dr.

A meningitis gyógykezelése sulfonamid készítményekkel. *Unterberger.* (Archiv. f. Ohren-, Nasen- u. Ohrenheilk. 149. 1-2.) A bécsi I. sz. orr-, gége- és fülklinikán másfél év óta 30 otogen meningitist kezeltek sulfonamid készítményekkel. A kezelés Eupatin II. parenteralis (intralumbalis, suboccipitalis) és Prontosil rubrum per os adagolásából állott, amit még a szervezet víztelenítésével (agyödema veszélye) egészítették ki. Ez utóbbit diatétis (száraz, sótlan koszt) és gyógyszeres (dextrose, euphylin) úton érték el. A prognosis annál kedvezőbb, mennél jobb a beteg általános erőbeli állapota, amit Omnadin adagolásával és vérátömlesztésekkel segíthetünk elő. A sulfonamid készítmények hatásmechanizmusa kettős: csökkentik a bakteriumok virulentiáját és alkalmassá teszik őket a phagocytosisra, továbbá megkötik a toxinokat. Fontos, hogy nagy dosisokat adjunk, egy meningitis kezelésében átlag 20 gr-ot. A meningitisek összes alakjainál (otogen, rhinogen, pharyngogen, meningococcus, metastaticus) igen jól beválnak a sulfonamid praeparatumok, de fontos, hogy az elsődleges góccal sebészileg ki legyen kapcsolva. Szerző eseteiben a legsúlyosabb labyrinthogen meningitisek is meggyógyultak, ha kellő időben és adagolásban részesítették a beteget a fent leírt kombinált kezelésben. (A. 11.)

Ajkay Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Vezérfonal a kórbonctani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz. Irta: *Orsós Ferenc* egyet. ny. r. tanár. 265 nyolcadrétdal. 33 ábrával. Budapest, 1941. Az »Orvosi Hetilap« kiadása. Ára füzve 5.— P. »A kórboncolás vezérfonala« cím alatt orvostudományok számára az 1928. évben kibocsátott s a könyvpiacon hamarosan elfogyott kitűnő kis munkának ez a második, átdolgozott, lényegesen bővített kiadása igen celszerű szervizvizsgálati egyéni újítások beiktatása mellett még a rendőri és törvényszéki boncolások különleges technikai igényeit is felöleli s számos kitűnően tájékoztató és hasznosítható ábrával gazdagodott. Igen értékes új fejezetei: a véleményadásra, halottkémlésre, kihantolásra stb. vonatkozóak, nemkülönben mind a felnőttek, mind az újszülöttek szervei átlagos súlyának, méreteinek számadatai s a kor meghatározására alkalmazható támpontok. A bonctani tájékok helyes magyar megnevezéseinek felsorolása orvosi műnyelvünk világos, kifejező erejének bizonyosságai. Az utolsó 122 oldalt betöltő 11 boncolási jegyzőkönyv (2 kórboncolási, 1 bírói-hullaszemle, 2 rendőrorvosi és 6 törvényszéki) szabatos, mesterien szemléltető leírásai folytán a hozzájuk fűződő vélemények éles, tiszta logikájú okfejtéseivel maradandó paradigmákként tarulnak elénk. A széles látókörű, illusztris szerző több mint negyvenéves kórbonctani és 3½ évtizedes törvényszéki orvosi felbecsülhetetlen értékű szakmunkásságának és gazdag tapasztalatainak ez a szellemi szűrelete mind az orvosnövendékeknek, mind a tisztai és törvényszéki orvosoknak kézzes és gyors tájékoztatást nyújt, igen értékes és nélkülözhetetlen segédkönyvet juttat birtokába.

n. Balogh Ernő prof.

Kleiner Kulturspiegel des heutigen Arzttums nach Zeitschriften des letzten Jahrzehnts. *Hermann Berger.* 152 oldal. Gustav Fischer. (Jena. 1940. Ára füzve 4.50 márka.) Aziránt nem forog fenn semmi kétség, hogy az orvosi tevékenység az utolsó évtizedekben igen lényegesen megváltozott. Mindenütt előtérbe tolult a vezető köröknek az a törekvése, hogy a lakosság minél nagyobb és szélesebb rétegeinek betegségére ingyenes vagy majdnem ingyenes orvosi segítséget, gyógyszereket nyújtsanak és ellássák mindazzal, ami munkaképességét minél teljesebb mértékben helyreállítja. Ennek első következménye a magánpraxisnak majdnem teljes megszűnése volt. A régi háziorvos, aki azelőtt mint a család barátja és bizalmasa, nemcsak orvosi segítséget nyújtott a hozzáfutóknak, hanem a polgári élet minden szövevényes vonatkozásában tanácsal látta el őket, egyszerre közegészségügyi hivatalnok lett, akiben úgy az ipari, mint a szellemi munkás ézentúl a betegpénztár megbízottját látta, aki első sorban munkaadójának érdekeit tartja szem előtt.

A szerző úgy orvosi szaklapokból, mint a napilapok hasábjából vett szemelvényekkel bizonyítja, hogy úgy az orvosok, mint a nagyközönség körében általános a régi, háziorvosi intézmény visszaállítását sürgető kívánság. Csak ez biztosíthatná a nagyon is megtépázott orvosi tekintély visszaállítását. És ha egyelőre utópiaszámba mennek is az ideirányuló kívánságok, úgy minden orvos és minden laikus azzal a jóleső tudattal fogja letenni a vonzóan megírt könyvet, hogy ez a szó legszebb értelmében »lelkéből beszélt«.

Vajda Károly dr.

**Streptococcus-
megbetegedéseknél**



»Bayer«
LEVERKUSEN

PRONTOSIL

Forgalomba hozza:

Magyar Pharma Gyógyszer Rt.
Budapest—Kolozsvár

**chemotherapiás hatása
felülmúlhatatlan**

EXHEPAR

NAGYHATÁSÚ
FAJDALMATLAN
MÁJ-INJEKCIÓ

ERTA

„ERTA” Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

Válasz Dreguss M. dr. „Megjegyzésére“. (O. H. 20. sz.)

1. Anélkül, hogy az »évtizede megdőlt« kifejezéssel vitatkozni akarnék, hivatkozom *Kolle—Hetsch* és *M. Gundel* könyvének megfelelő fejezeteire, *Gundel—Schürmann* »Lehrbuch der Mikrobiologie und Immunbiologie« című 1939 februárjában megjelent tankönyvére, mely szerint az epidemias grippe vagy influenza kóroktanában »immer noch nicht restlos geklärt«. A legjóindulatúbb számítás szerint sem telt el tehát a biztos kórokozó megállapítása óta hangoztatott »közel egy évtized«.

2. A Szent László kórház igen nagyszámú sectios anyagában nem találtam adatot hosszú évekre visszamenőleg Pfeiffer bacillusnak élőben liquorból és haemoculturából, sectios anyagban a különböző szervekből történt kimutatására. Rendkívül tanulságos volna számomra, ha Dreguss doctor úr által közismertnek jelzett Pfeiffer bacillus sepsis általa észlelt eseteiről tudomást szerezhethetnék. De azzal is megelégszem, ha közli velem, intézetének liquor anyagában, annak fennállása óta hány Pfeiffer-tenyésztet volt alkalma találni.*) Egyébként az a tény, hogy saprophyta ad hoc kórokozóvá válik, nem jelenti a saprophyta mindennapos tulajdonságát és nem jelenti egy ilyen ad hoc érdekességű eset közlésének felesleges voltát.

3. Az általam tenyésztett törzs Gram szerint nem festődött. A »nem« szócska sajtóhiba kapcsán maradt ki, ami különben a körleírásban közölt »Gram negatív cocoid pálea« kifejezésből is kiderül amit a bíráló is idéz. A Gram negativitást adataim alapján készséggel igazolhatom. Ugyanígy rendelkezésre áll a cikkírónak az identifikálás mindazon módszere, amely minden tankönyvben megtalálható és amelynek közlése egy casuistikai közlemény keretét meghaladja. A papírkorlátozás volt az oka, hogy az esettel kapcsolatban átnézett irodalmi adatok közül csak a legfontosabbakra térhettem ki. *Gundel*: »Die Typenlehre in der Mikrobiologie« című könyvének 124-ik oldala szerint a négy csoportba sorolható influenza bacillus típusok közül »von den anderen durch deutliche Hämolyse auf der Blutplatte ausgezeichnet«. *Gundel—Schürmann* fentjelzett könyvében olvashatjuk azt is, hogy véres táptalajon az influenza bacillus kicsiny harmatcseppszerű coloniák formájában nő. Az általam tenyésztett törzs tehát a fentjelzett »megbízható bakteriologiai tankönyv« leírását követte. Az állatpathogenitas szokatlan nagysága volt az, ami a törzsnél feltűnt és a közlemény megjelenésének egyik oka volt. Tévedés az a megjegyzés is, hogy a liquor lelet

csak kikent készítmény alapján adott támpontot a Pfeiffer-sepsis felvételére. Ismételt liquor vizsgálat és számtalan tenyésztés volt az alapja az identifikálásnak. Érthetetlen, hogy Dreguss dr. a Pfeiffer-bacillus számtalan egyéb betegségben való kimutathatósága ellenére ennek az egy esetben a diagnózisában kételkedik, amit kénytelen vagyok visszautasítani. Különben is a streptococcus haemolyticus agaron is nő, szemben a haemoglobinophyl influenza-bacillussal.

Sohasem gondoltam, hogy egyetlen casuistikai közleménnyel az influenza probléma kötetekre menő irodalmi vitáját egy csapásra elintézem. Indokolatlan tehát a közleménynek olyan végeredményt tulajdonítani, melyre az nem is törekszik. Utolsó mondatom ugyanis így hangzik: »Az endocarditis és meningitisek kóroktanában a szokásos genyeltőkön kívül az influenza bacillussal is számolni kell.«

Galambos J. dr.

Dr. FUSZEK REZSŐ

Liberia néger köztársaság egészségügyi főnökének halála hírére tudatja velünk egy szűkszavú távirat Monroviából. Vele egy ritka magyar orvostypus szállt korai sírjába (60 éves, robusztus, erős ember volt), mint bizonyára áldozata annak a küzdelemnek, melynek annyi fajtáját vívta meg sikeresen éghajlattal, fertőző csirákkal, öslényekkel és emberekkel. Egyike volt a legérdekesebb pályafutású embereknek, ki tanítványi hűséggel ragaszkodott hozzám s valahányszor pihenni hazatért, meglátogatott, sok érdekeset beszélve küzdelmeiről s eredményeiről, melyekre büszke volt, de amelyeknek leírására egyszer sem sikerült öt rávennem.

Jól képzett, fiatal doctor korában Genersich prof. intézetében dolgozott s a tanársegédségig vitte. Itt ébredt fel érdeklődése a protozoák és féregbetegségek iránt, ami csakhamar arra vitte őt rá, — jó módú budai fiú lévén — hogy a maga költségén kimenjen Hamburgba és beálljon »volontair«-nek a híres *Nocht* prof. »Tropenhygienisches Institut«-jába. Csakhamar kedvence lett professorának, kihez a világ minden részéből fordult segítségért egy-egy nagy járvány leküzdése vagy sanálás végrehajtása céljából. Az öreg *Nocht* gyakran küldte ki őt ily önálló megbízásokra, mert tudása mellett észrevette erélyét és leleményességét. Hat vagy hét ilyen trópusi kirándulásáról mesélt nekem kedves tanítványom, melyek közül már csak kettőre emlékezem: egy, a kopár chilei salétrommezőkön át hajtott sokezes lószállítmány bravúros megvédésére és egy mexikói óriási banánültetvény sanálására. Jelmező reá, hogy ez utóbbi esetben nem is orvosi

*) Erre megjegyezzük, hogy Dreguss dr. további vita helyett 118 Pfeiffer-bacillus sepsisre és meningitisre vonatkozó irodalmi hivatkozást küldött be nekünk továbbítás végett. *Szerk.*

tudásával, hanem a józan eszével használt megbízóinak, kimutatván a tudatlan amerikai állítólagos mérnökökkel szemben, hogy a területet nem lehet sanálni, mert a tenger felé lecsapolása lehetetlen. Kifizették szép honoráriumát és veszni hagyták a területet, mibe már sokezer dollárt beleltek.

Félévre rá újabb felszólítást kapott professorától, hogy a Liberia fővárosában dúló dysenteria-járványt fékezze meg, amivel már az angol kiküldöttek nem boldogultak. Vállalta, bár Nocht figyelmeztette, hogy Liberia klímájával, sárgalázával »az európaiak temetője« néven ismeretes. Vállalta, és jól el is végezte, mert sikerült kinyomoznia az oda torkolló folyó mentén azt a két néger falut, ahol a dysenteria főfészke volt és ahonnan kapta mindig a főváros a fertőzést. E hosszú munka ideje alatt rendbehozta, modernizálta kórházukat; mint autodidacta sebész nagy műtéteket végzett s mi sem természetesebb, mint hogy nem eresztették többet hazas minden kívánságát teljesítették. Csakhamar más, országos ügyekben is kikérték tanácsát s az elnökhöz szoros barátság fűzte. A sikereken felbuzdulva vakon követték tanácsát s az ott otthonos sárgaláz terén is lényeges javulást értek el. Csakhamar egészségügyi főnökük lett s történelmi érdekességű, hogy mikor a világháborúban a nagyhatalmak szorongatták Liberiat, hogy üzenje meg nekünk a háborút, Fuszek dr. miatt nem üzenték meg, kit internálni akartak az angolok. A németeknek megüzenték, de Ausztria-Magyarországnak nem!

Szeretett volna már hazajönni, itt élő kisfiának nevelésével foglalkozni, de nem engedték s talán őbenne is volt már mindig valami nostalgia a trópus iránt, mikor egy-egy hosszabb szabadsághazatért. Utoljára 4—5 év előtt keresett fel bennünket, hozván magával egy rendkívül gazdag és érdekes néprajzi gyűjteményt, ami a tisztviselőtelepi múzeum öt termét töltötte meg s kultuszminiszterünk nagy köszönettel vette azt át a Nemzeti Múzeum számára.

Hallgatóimnak sokszor emlegettem Fuszek Rezső dr. életét és sikereit, mint a helyét mindenütt megálló magyar orvos példáját s azt hiszem, most sokan felfigyelnek e szomorú halálhírré. Én e pár sorral adózom emlékének és annak a fényesóárnak, amit az ő élete és munkássága a magyar kultúrára vet.

Vámosy.

Nyári esecsemő dyspepsiáknál évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a esecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen Caphosein elnevezésű, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérjekészítményét. A Caphosein mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérjekészítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeizű és a tej összes fehérjéit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift 22. sz.
Kliewe H. és Helmreich W.: Dysenteria bakteriophagokról. *Cramer H. és Brodersen H.*: Tüszőhormon leukopeniában. *Zenker R. és Maurer H.*: K-vitamin a sebészben. *Hamburger F.*: Lakás és egészség. *Schliephake E.*: Általános megjegyzések a rövidhullámú kezeléshez. *Krämmerer H.*: Adatok egy új sulfonamidkészítmény: a *Tibatín* hatásához esetek kapcsán. 23. sz. *Seibert G.*: Bakteriophagok alkalmazása a vérhas leküzdésére. *Roelcke K. és Neuberger M.*: Statisztikai adatok a Németországban leginkább elterjedt fertőző bélbetegségről: a Kruse-Sonne (E.) dysenteriáról. *Sorgo W.*: Agydaganatokkal kapcsolatos látási zavarok sebészi kezelése. *Krug I.*: Német népesedési és egészségügyi politika. *Weber H.*: Az expectoratio kérdéséhez (Synguaajol).

Wiener Klinische Wochenschrift. 22. sz. Denk W.: Tempa hassérülések. *Winkelbauer A.*: Preripheriás értebetegek sebészi kezelése. *Zdansky E. és Konrad J.*: Epitheliomák röntgenbesugárzása.

The Journal of the American Medical Association.
 Apr. 12. *M. C. Myerson*: A trachea és bronchus tuberculosis. *M. R. Brown*: Chronikus alkoholisták polyneuritis. *S. F. Meek, C. P. McCord és G. C. Harrold*: Forrasztás elektromos ívvel. *H. Q. Woodard és N. L. Higginbotham*: Serum és szövet foszfátmeghatározás, mint segédeszköz, a csonttumorok besugárzási terapiájának az értékelésénél. *H. J. Vener és A. G. Bower*: Tetanus. *P. B. Nutter, E. C. Rodoniche és W. L. Palmer*: Giardia lamblia-infectio emberben. *W. W. Stiles és A. N. Curtiss*: Toru'a meningoencephalitis. — Apr. 19. *O. J. Farness*: Coccidioidomycosis. *M. Atkinson*: A Ménière f. tünet etiológiája és kezelése. *S. B. Harper A. E. Osterberg, Y. T. Priestly stb.*: A serum proteinváltozásai emberben, szárított vérplasma-oldattal történt transfusio után. *G. P. Bohlender, W. M. Rosenbaum és E. C. Sage*: K-vitamin adagolása szülés előtt, újszülöttek prothrombinhiányának a megelőzésére. *W. H. Requarth*: Aerootitis-media comprimált levegőben dolgozóknál; kezelés helium-oxygen keverékkel.

VEGYES HIREK

Halálozás. barankai *Demjanovich Emil dr.* e.ü. főtanácsos, aranydiplomás orvos, f. hó 4-én 81 esztendőskorában elhunyt. A régi jó »házi orvosok« mintaképe volt, egész nemzedékeken keresztül volt a belső Józsefvárosnak a legtiszteltebb és legszeretettebb orvosa. Lelkiismeretes, fáradhatatlan munkája sok elismerést és kitüntetést szerzett neki. Annakidején alelnöke volt a Budapesti Orvosszövetségnek és elnöke a Józsefvárosi Orvostársaságnak. A világháborúból is kivette részét és tartalékos törzsorvos volt. Halálát nemcsak a józsefvárosi s főleg annak szegényei gyászolják, hanem az egész budapesti keresztény társadalom, amelynek egyik közszeretettben álló tagja volt.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága meghívására *Alexander Stanischeff* egyetemi ny. r. tanár, a szófiai egyetem sebészeti klinikájának igazgatója folyó hó 19-én, délután 4/7 órakor a budapesti Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének tantermében (VIII., Eszterházy-utca 9) »Einige operative Methoden aus den Gebiete der Chirurgie« címmel előadást tart.

A diphtheria elleni oltások sikeres eredményeiről tanuskodnak a következő adatok. Ontarióban 1924-ben



DR. GUHR-SZANATÓRIUM
TÁTRASZÉPLAKON Magaslati gyógy- és
 üdülöhely 1010 m.
 Basedow- és belbetegeknek. (Tbc. kivételével)
 Diéta — Vízgyógy — Vezérképviselet, vízum stb. Budapest, V., Dorottya-utca 7.

3473 beteg közül 322 halt meg, tehát 100.000 lakosra vonatkoztatva 10.5%, 1936-ban már 290 beteg közül 30 halt meg, vagyis 100.000 lakosra vonatkoztatva 0.8%. Torontóban 117.000 gyermeket oltottak, megbetegedett 1930-ban 164, 1934-ben 3.5, 100.000 lakosra vonatkoztatva. Svájcban 1929-ben kezdték meg az oltást, ami 1932 óta kötelező. 1929–1936 között az oltottak közül egy sem halt meg, míg a nem oltottak közül évente 4–5.

Szabadságon lévő egyet. tanár és consiliarus Kartársaink névsorának közlését megkezdjük. Kérjük az érdekelteket, hogy szabadságuk idejét szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

Körbonetani, rendőri és törvényszéki boncoláshoz kitűnő vezértonalat írt *Orsós Ferenc* professzor, mit Hetilapunk adott ki a megszokott kis formában. A kitűnő rajzokkal, fényképekkel s egy színskálával illusztrált könyvet mai számunkban *n. Balogh Ernő* prof. ismerteti, mire felhívjuk olvasóink figyelmét. A könyv kiadóhivatalunkban 5 pengőért kapnató, az 5 pengő előzetes beküldésével portómentesen, s pár hét múlva könyvkereskedői forgalomba is kerül.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat tagjai közé a visszatért területek orvosai közül többen beléptek és szeretnék annak korábbi következő kiadványait megszerezni: *Stöckel: Szülészeti, Verebély: Sebészet II. és III., Kelen: Röntgenologia, Boros: Haematologia, Kovács: Szülészeti műtétan, Törő: Fej-3-déstan, Csákány: Extrapulmonális tbc., Ratkóczy: Lymphogranulomatosis, Melzer: IV. nemi betegség, Beznák: Elettan I., Darányi: Közegészségtan I. A Társulat június 5-én tartott közgyűlésén Nékám elnök az ország örvendetes megnagyobbodásával kapcsolatban utlat a sürgős kulturális feladatokra, melyek közül első sorban a helyi particularismus eisimításának szükségét jelölte meg, hogy a külön nyugati, erdélyi, déli, sőt északi mentalitás ékeket ne verjen az egységes nemzeti gondolatba. *Torday* főtitkár a Társulat 1940–41. évi munkásságáról számol be. Itt első sorban a tagok számának hatalmas emelkedését (1739) kellett jelentenie, ami részben a Nékám-Atlas vonzó hatásának részben a m. kir. tisztiorvosok testületi belépésének, számos visszatért orvos és sok medikus csatlakozásának tulajdonítható. Az új tagok egy része a régiek kiadványok iránt is érdeklődik; minthogy ezek forrójában vannak, a Társulat úgy intézkedett, hogy a készletet augusztus 31-ig a tisztiorvosok válogatásának tartja fenn; utánuk október 31-ig a visszatértek nyilatkozhatnak; november hóban az új, 1940 szeptember 1-e óta belépett tagok, decemberben pedig az orvostanhallgatók igényei kerülnek sorra; 1942-ben újra a bolti árak lépnek érvénybe. Minthogy a kiadványok egy része már teljesen elfogyott, a Társulat kéri, hogy azok a tagjai, akik nélkülözhetik a körlevélben visszakért köteteket, az akkor nekik felszámított áron bocsásák az új tagok rendelkezésére. Ebben a Társulat szívesen közzéveti, ha a régi tagok a kért és átengedhető kötetek jegyzékét neki beküldik. 1940. évben a tagok illetmény-könyvei a következők voltak: *Magyar-Kossa: Orvostörténeti emlékek IV.; Darányi: Köz-**

Plasmorobin

növényi roborans; tonicum, stomachicum.
Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált.

RÓMAI CSÁSZÁR GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, II., FŐ-UTCA 54.
Minden gyógyszerárban beszerezhető!

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lacto-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

egészségtan III.; *Went: Általános kórtan II.; Beznák: Elettan II. és Belák és társai: Rheumatologia* (ez utóbbi még nyomás alatt van). 1941. évben a következő munkák kerülnek kiosztásra: *Hetényi és munkatársai: Légzőszervek megbetegedései; Radnai: Elektrocardiographia; Grósz István: A szembetegségek fizikotherapiája; Wein Dezső: Allkapocssérülések; Darányi: Közegészségtan IV. és még egy hatodik könyv az alább felsorolt munkák közül. 1942. és a következő évek munkaterve: *Burger: Szülészeti; Bézy-Bosányi-Kalocsay: Fertőző betegségek; Buday: Alkattan; Barla-Szabó: Társadalombiztosítás; Belák és társai: Klimatologia; Csilléry és társai: Stomatologia; Gortvay: Iparegészségügy; Hainiss: Csécssemőgyógyászat, Huzella: Szövettan; Jendrassik: Orvosi vegymérés; Kopits Jenő: Orthopaedia; Petrilla: Járványtan; Pühr: Sebészeti pathologia. Jutalomkönyvek. Terve van véve ezenkívül rövid tankönyvek és az orvostudomány haladását ismertető referáló munkák kiadása is. Ezek, valamint a Nékám: Atlas (1938), Nékám: Lexicon (1942), a Diagnostika (1945) és a Therapia (1948) megszerzésének feltételei részletesen ismertetve voltak a minden magyarországi orvosnak elküldött körlevélben.**

Orvostokorra avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán 1941. évi június hó 7-én: *Fereczy Péter Sándor Antal Tibor és Szabó György Ferenc József.* Üdvözljük az új Kartársakat!

HETIREND

Csütörtökön, 19-én, 6 ó.: a Tiszaháti Orvosegyesület ülése Ungváron. *Csilléry A.*: Az állasonttörések ellátása a gyakorlóorvos szempontjából.

SOLTHIO AKTIV KÉNOLDAT

a percutan kén-kezelés hatásos eszköze. Főraktár:

Dr. BAYER ANTAL gyógyszerháza
Budapest, VI., Andrassy-út 84. sz.

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12–1 óra között tartja.

UROCARMIN-CHINOIN

vizelatesinficiens festékkészít nény cystitis, pyelitis, urethritis, prostatitis, stb. esetén

20 és 50 tablettá

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

»divinum opus est humanum
sedare dolorem«

Fájdalomcsillapítás és fájdalommegelőzés a harctéren.*

Minden fegyveres összeütközésből mérhetetlen fájdalom származik, noha a fájdalomkeltés lényegében nem tartozik a katonai műveletek végcéljához, mert elméletileg a hadviselő fél számára alárendelt fontosságú, hogy ellenfelének harcképtelenségét miképpen érte el. Régebben keveset törődtek a sebesült fájdalmaival; még a XVI. században is nem egyszer fordult elő, hogy bajtársai pusztán részvétebből agyonütötték a súlyos sérültet, ha már tűrhetetlenné vált a jajgatása! Alig száz esztendeje annak, hogy bevezették a hadisebészetbe az altatást és csak az 1866-os osztrák-porosz háborúban adták az első fájdalomcsillapító befecskendezést. Kétségtelen azonban az is, hogy a régi jó időben magasabb lehetett az akkori harcok alsó fájdalomküszöbe. Hozzá tartozott a katonai fegyelemhez, hogy pl. Napoleon gránátosainak csupán »a csont átfűrészeléskor, herekiirtás és a benőtt köröm kitépése alkalmából« volt szabad ordítaniok! Sajnosan, ma is gyakran tehetetlenül állunk szemben a fájdalommal. Azt tartósan megszüntetni nem bírjuk; többnyire csak rövidebb-hosszabb időre bódíthatjuk el a sebesültet, illetve fájdalomérzését.

A harctéri sebesülésből származó fájdalom csillapítása terén tekintettel kell lennünk a sebesült általános állapotára, a sebesülés minőségére és súlyosságára, valamint több külső körülményre. Sok katonai megsebesülés pillanatában, különösen a támadás hevében, kis ütődésen kívül nem érez semmit; bajára tehát nem a fájdalom figyelmezteti, hanem a szivárgó vér, a fullasztó érzés, vagy a hirtelen gyengeség. Még egy vastag idegtörzs lövéses átszakítása sem vált ki mindig fájdalmat. A kis tömegű lövedékek, szilánkok sebessége pedig rendszeresen messze túlszárnyalja az idegingervezetést; egy közepes távolságból jött puskalövedéknek pl. a felkar átütéséhez mindössze $\frac{1}{1000}$ mp-re van szüksége! A shock, a collapsus és az eszméletlenség is elnémit minden fájdalomérzést. Annál élesebb fájdalmat érez azonban később a súlyosabb sebesült, s nyomban jajgatnak a szemsérültek, sok gerinclövéses és a heresérültek. Ilyenkor orvosi és felebaráti kötelességünk, hogy a harctéren rendelkezésünkre álló szerekkel csillapítsuk a fájdalmukat. Különös tekintettel leszünk az agy-, tüdő-, szív-, has és csontlövésekre is. A kevésbé hatásos és nem mindenkor alkalmazható belső gyógyszeren (és cocainos szemcsépeken) kívül fájdalomcsillapító parenterális főszerünk a morphiom. Azonban annak is a jó híre gyakorlati hatékonyságánál nagyobb. Korszerű hadseregek egészségügyi anyagában találunk ezért különféle újabb összetételű anodynákat, amelyeknek egyik alkotórésze rendszerint a scopolamin; így a honvédségben is hivatalos a sol. aethylmorphini comp., melyben dionin, morphiom és scopolamin van, a német tábori felszerelésben pedig a SEE, azaz scopolamin, Eucodal és Ephetonin ke-

veréke. A friss sebesültek fájdalmainak csökkentésével azonban nem csak emberbaráti fájdalomcsillapítás a célunk, hanem egyéb jó is származik belőle. Valamennyi erősebb fájdalomcsillapító szerünk tudniillik egyúttal bódít is; ezzel lelkileg is megnyugtatja az idegkimerült, izgatott sebesültet, megkönnyíti orvosi beavatkozásunkat, elősegíti a gyógyulást és megelőzi a kisebb sérülést szenvedett, de lelkileg épp annyira megviselt katonák között könnyen kitörhető pánikot. Kivételes esetekben vannak a fájdalomcsillapításnak ellenjavallatai: chockosoknak, agyrázkódásos eszméletleneknek ne adjunk prophylactice sem bódítószert, mert ezáltal a légző központ bénulását idézhetjük elő. Szájsérültnek sem adunk szívesen erősebb fájdalomcsillapítót, mert a garatreflex csökkentésével fokozzuk a félrenyelésből származó ártalmakat. Egyes német és japán szerzők szerint az első 7—8 órában ne nyujtsunk haslövöttnek sem ópiumszármazékot, mert állatkísérletben azt látták, hogy ebben az időszakban a sérült bél lumene a seb felett és alatta erősen összehúzódik, ami nagyobb mennyiségű béltartalomnak a hasüregbe jutását megakadályozza.

A harctéri sebesültek legtöbbször kisebb-nagyobb műtétnak kell alávetni. A műtéti fájdalom megelőzése már szinte tökéletesen sikerül; hátránya azonban a fájdalommegelőző eljárásoknak, hogy olyan szervezeti mérgekkel dolgoznak, amelyek kívánatosá teszik azt, hogy a legrövidebb időre korlátozzuk kívánt hatásukat. Minden hadsereg egészségügyi vezetőse, kutató intézetek és nemzetközi kongresszusok foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy vajon milyen érzéstelenítőszer (szereket) célszerű már békében tárolni és a harcba induló seregeknek kiutalni? A tábori sebészetben sokféle, a békebelitől eltérő követelménynek kell még e téren is eleget tenni. Elsősorban számolnunk kell a harctéri sebesülteknek súlyosan megtámadott erőnlétével. Általánosságban a hadi fáradalmak által erősen legyengült s fájdalomcsillapító injectióval is ellátott sebesült kevés érzéstelenítőszer fogyaszt. Egész szervezete azonban annyira leromlott, hogy parenchymás szerveinek méregkötő képessége, a kimerült szív és a hurutos tüdő csupán kevés újabb megterhelést bír még el. Az érzéstelenítő szernek tehát minimalis méreghatása legyen; gyakorlati feltételek pedig, hogy az illető szer az anyaországban előállítható és olcsó legyen, vegyi összetétele hosszú tárolás közben ne változzék, könnyen és veszélytelenül lehessen csomagolni és szállítani, tehát kis térfogatú, lehetőleg szilárd halmazállapotú (por-, labdacsalakban), előkészítése a használatba vétel előtt a lehető legegyszerűbb és leggyorsabb legyen; sebési szempontból érzéstelenítő hatása mielőbb álljon be, minden közbeeső izgalmi állapot nélkül (haslövés, combesonttörés!), az adagolása egyszerű s megbízható, a segédszemélyzet által is könnyen megvalósítható legyen, az érzéstelenítés a műtét befejeztével excitatio nélkül és gyorsan szűnjék meg, mert pl. nincs elegendő ápoló személyzet az ébredező operált gondozására, stb., stb. A belélekezésre használatos érzéstelenítő szerektől megköveteljük fentiekben kívül még azt is, hogy tűzbiztosak legyenek, mert a harctéren rendszerint nyílt láng alatt operálunk, azután hogy forrponjtjuk magas legyen, mert

* Az 1941. május hó 3-án megtartott magántanári próbaelőadás nyomán.

különben a gázbiztos szűk műtőhelyiségben, az erődítmény vagy a hadihajó ugyancsak légmentesen zárt műtőszobáiban csakhamar telítenék az amúgyis kis térfogatú légtartalmat. Mindezeknek a követelményeknek természetesen egy érzéstelenítő szer sem bír egyedül megfelelni. A legalkalmasabb szerek megválasztásában egyéb körülmények is játszanak szerepet, mint a sebési előképzés iránya és foka, a haremodor és a harci helyzet pillanatnyi állapota, stb. A mostani háborúk tanulsága alapján következőképpen mérlegelhetjük a leginkább ajánlott szerek és eljárások használhatóságát, előnyeit és hátrányait: A helyi érzéstelenítéshez idő és bizonyos nyugalom kell, a vezetésihez azonkívül alapos technikai tudás, tehát ezek az eljárások a hátsóbb intézetekbe tartoznak; főjavallatuk a koponya- és az állcsontlövési sérülések. A lumbalis érzéstelenítés a vele járó hypotonia miatt friss sebesülteken mellőzendő, mert ez az ártalom súlyosan latba esik legelől, ahol a testileg kimerült, sebesültek folytán kivértett, shockos üregi sérülteknek még a hosszú ideig elhúzódó műtét shockját is el kell szenvedniök. A legtöbb kisebb beavatkozást úgy elől, mint hátrább legjobb aethylchloridbódulatban végezni. Az Evipan használata már több előkészületet (oldást), nagy gondosságot (orvost), más, drága ébresztő gyógyszer készletét kívánja meg, ezért leginkább hátsózági használatra alkalmas. A chloraethylbódulat folytatásaként alkalmazott aetheraltatás nagy előnye az, hogy könnyű a technikája s a legújabb kutatások szerint gázmérgezeteken is alkalmazható. Rosszul tűri ellenben az aether a haretéren minduntalan hirtelenes tüdő. 90 gm-iának a belélekezése már árt a májsejteknek is és hypotensiót okoz. Ugyancsak komoly hátránya az aethernek, hogy 34,5°-on meggyulad! A chloroform előnyei a csekély excitatio, gyors elalvás, gyors ébredés (az utóbbiak azért is fontosak, mert a felhasználó kicsi chloroformmennyiséget a szervezet hamar kiüríti, miáltal megrövidül a postoperatív shock, helyreáll a vérkeringés és az értonus ismét emelkedik), ritka hányás; a chloroform nem izgatja a légzőszerveket, nem robban oly könnyen, mint az aether és vele szemben csak $\frac{1}{10}$ annyi mennyiség kell belőle. Hátránya, hogy óvatosabban kell adagolni, melegben phosgen képződik benne s vegytiszta állapotában is megtámadta a szívet.

A haretéren is tehát más a legelőkeltebb felszerelés adottságán kívül mindig a helyes orvosi megítélés fogja a helyzetnek leginkább megfelelő fájdalomcsillapító és fájdalommegelőző gyógyszer kiválasztását és alkalmazását irányítani.

Lippay-Almássy Artúr dr.
2. o. főtörzsorvos.

A budai Szt. Erzsébet apácarend kórháza belosztályának közleménye. (Főorvos: Szentkláray János dr.)

A „Centroton“ mint az akut keringési zavarok centralis gyógyszere.

Romberg és Pässler állatkísérleteikben fertőzőes eredetű collapsusokban a vért kórosan elosztódnak találták. (1899.) A quantitativ eltolódásokat, melyek a cirkuláló és depot-vérmennyiség között collapsusokban létrejönnek, Eppinger és iskolája állapította meg oly értelemben, hogy az utóbbi mennyisége az előbbi rovására nagy mértékben növekedik. Ily módon a collapsus keletkezésének tisztázásával a therápia

útja is világos lett: hogy annak célja a vérdepot mobilizálása, illetőleg kiürítése. A collapsus állapotában a capillaris vérben a vörösvérsejtek száma annak megszűnté után 50%-kal emelkedik, ami a vérdepot-kban kórosan felhalmozott vérnek kiürülésével magyarázható. A lép megkissebbedését a collapsus megszűnése után Barcroft állatkísérletei bizonyítják s ez megfelelő, gondos methodikával emberen is észlelhető.

Az acutan jelentkező keringési zavarokban a közvetlenül a szívre ható gyógyszerek alkalmazása sürgős szükség esetén nem jár kielégítő eredménnyel. Digitalissal prophylaktikusan vagy gyógyítás céljából kezelt esetekben hirtelen, pl. műtét közben jelentkező elégtelenségben a strophantininjekciót a digitalissal cumulálódó hatása miatt nem alkalmazhatjuk. Ilyenkor a vasomotor központra ható gyógyszerek nyújtása válik szükségessé, melyek gyors hatásukkal a hevenyen fellépett keringési elégtelenségben a szívet átsegítve, életmentőek lesznek.

Hosszú időn keresztül az acutan fellépő légzési és keringési zavarok kizárólagos gyógyszere a kámfor volt, amelynek helyét újabban egyre inkább a centralisan ható synthetikus szerek foglalják el.

Haffner állatkísérleteiben narcotizált állatokon az ortho-phthalsavas bisdiaethylamidtól rendkívül erős ébresztő hatást észlelt, miközben a légzés erőteljesebb és mélyebb lett, a vérnyomás átlagban 20%-kal emelkedett. Azonban legfeltűnőbb jelenség a hatás gyors bekövetkezése volt.

Ez a vegyület, mely 0.10 g-os adagokban 2.2 kem. phys. konyhasóoldatban oldva ampullázottan Centroton néven kerül forgalomba, chemiailag a kettős alkylkötésű savamidokhoz tartozik és hideg vízben és szerves oldószerekben jól oldódik. Fehérszínű kristályos anyag, melynek olvadáspontja 39°.

Baetzner klinikai megfigyelései során arra a megfigyelésre jutott, hogy alkalmazása mindazon esetekben javallt, melyek a corticalis, subcorticalis és medullaris központok bántalmán alapulnak és klinikailag a légzés, keringés és öntudat zavarában nyilvánulnak. Így narkosis közben beálló légzési, keringési zavarokban, altatószerek, morphiium, gázmérgezések, stb. esetén, mikor ezenkívül természetesen a szükséges gyomormosásról, a hashajtásról, a diuresis fokozásáról esetleg vérlebocsátásról sem szabad megfeledkezni.

A fertőző betegségek, főleg diphteria és scarlat során fellépő collapsus esetén a centrotonnak a légzőközpont ingerlékenységét fokozó, illetőleg izgató, valamint a vasomotor központot tonizáló hatásában igen értékes, gyakran életmentő fegyverrel rendelkezünk. A tüdőtuberculosisban gyakran észlelhető és a központi idegrendszer toxikus bántalmára utaló tachycardia és hypotonia, melyek keringési elégtelenséget okoznak, indokoltá teszi a rendkívül gyorsan beálló hatását, erélyes agyanaleptikum: a centroton alkalmazását.

Központi izgató hatása az injectiós narcosisok kapcsán fellépő collapsusokban gyakran életmentő hatású. Azon esetekben, midőn akár túladagolás, akár gyors adagolás, akár a narcotizált szervezet fokozott érzékenysége folytán légzési vagy keringési bénulás következik be, feltéve, ha a narcoticumból nem halálos dosist adtunk, a centroton alkalmazásával a narcoticum hatását paralysálni tudjuk. Ilyen esetekben a kettő között mintegy antagonistikus hatásról beszélhetünk. A centroton ébresztő hatására vonatkozó állatkísérleteink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

Mély aethernarcosisban lévő nyulakon 2 kem (0.10 g) centroton s. c. nyújtását követően ½ perc alatt ébredés, majd igen heves izgalmi tünetek jelentkeztek. Az állat tonicus-clonicus görcsök közepette néhány perc alatt elpusztult. ¼ kem (0.025 g) centroton csupán gyors ébredést eredményezett csekélyebb fokú izgalmi tünetek kíséretében.

A narcoticum okozta bénító hatással az analepticum által gyakorolt izgató hatás szinte viaskodni látszik, mely harc az életfontosságú központokban folyik és amelyet az orvosnak vezetnie és irányítania kell, mindaddig, míg a bénító hatás legyőzésével az életveszély elháríttatik. Ezen esetekben alkalmazásának célja a kritikus idő áthidalása, amíg a szervezet a narcoticum lebontását saját erejéből elvégzi és így azt hatástalanra teszi. E célból minden, akár injectió, akár inhalációs narcosis esetén ajánlatos készenlétben tartani, hogy szükség esetén késedelem nélkül alkalmazhassuk. A narcotizált beteg gyorsan visszanyeri eszméletét és így a postnarcotikus szak nem jön létre, minek előnye főleg az ambuláns végzett narcosisok esetén bír különösebb jelentőséggel.

J. J. tonsillektomia utáni vérzés közben pantocainos érzéstelenítés után elvesztette eszméletét; bőre halvány, erősen izzad, verejtékezik. Pulsusa rendkívül szapora, alacsony hullámú, könnyen elnyomható, arrhythmias. Légzés felületes. 0.10 g centroton i. m. adása után ½ perccel a beteg eszméletét visszanyeri, jobban érzi magát, a pulsus és légzés rendeződik, s 2 perc múlva a saját lábán megy a műtőből a kórterembe.

A fentiekben elmondottak érvényesek a különböző altatószerek okozta mérgezések következtében beállott öntudatlan állapotokra is, valamint általában minden eszméletzavarral járó keringési és légzési collapsusra. Diabetikus és uraemiás coma eseteiben alkalmazása után a légzés rendeződik és az öntudat lassan visszatér. Általában minden dispnoe és szabálytalan légzéssel járó állapotot kedvezően befolyásol, így az asphyxia súlyos formáit is, mint pl. altatás esetén beálló légzőközpontbénulásokat is. Az alig tapintható pulsus erősebb és teltebb lesz, a vérdepót mobilizálja és így a keringést rendezi. Az ílymódon létrejött időnyerés a további gyógyeljárások alkalmazását és hatásosságát teszi lehetővé.

N. N.-en Wertheim-műtét közben chloraethyl-aethernarcosis kapcsán kifejezett cyanosis jelentkezik, a légzés és pulsus felületessé válik, arrhythmia észlelhető, a műtő a vér sötét, szederjes elszíneződését jelzi. 0.10 g centroton i. m. nyújtását egy perccel követően a cyanosis megszűnik, a légzés és pulsus rendeződik, a vér színe ismét normális lesz. A műtét ezek után zavartalanul folytatható volt.

Trendelenburg, Gremels és mások hexeton, cardiazol és coraminnal végzett kísérletei nyomán joggal következtethetjük, hogy ezekhez hasonlóan a centroton sem bír a szívre közvetlen hatással, hanem annak működését közvetve a vasomotor központra gyakorolt hatása révén befolyásolja. Local anesthesiában végzett műtétek kapcsán létrejött és általában mindennemű collapsusban a centroton rendkívül kedvező hatásának bizonyult.

L. L.-né stenocardiában szenvedő beteg. Gyakori és kínzó rohamai miatt állandó keringési zavarokban szenved, melyek időközönként aggasztó jellegű öltének. Három napon keresztül rendszeresen nyújtott napi 0.10 g centroton s. c. alkalmazása után légzése könnyebb, pulsusa szabályos lett, s stenocardiás rohamai úgy gyakoriság, mint intenzitás szempontjából lényegesen gyengülnek.

Singer R. összehasonlító vizsgálatokat végzett a centroton és cardiazol hatását illetőleg és megállapította, hogy a centroton intenzívebb, gyorsabban beálló, de rövidebb ideig tartó analeptikus hatást fejt

ki, mint a cardiazol, mely utóbbi az eszméletzavarokra kevésbé hat, azonban a vasomotor és légzőközpontra gyakorolt hatása tartósabb előbbinél. Analeptikus hatása körülbelül 15 percig tart, azonban ismételt befeccskendezéssel újból előidézhető. A hatás bekövetkezésének gyorsasága és intenzitása szempontjából minden eddigi ismert centralisan ható analepticumot felülmúl.

A centroton az állapot súlyosságától függően subcutan, intramuscularisan vagy intravenásan adható. Utóbbi esetben ajánlatos cukoroldattal együtt (centroton-dextrose) lassan befeccskendezni. Ha súlyos esettel állunk szemben, az intravenás injectiót azonnal követheti az intramuscularis befeccskendezés a hatás tartamának meghosszabbítása céljából. Szívizom-elfajulás, cardiovascularis megbetegedések esetén az adagolással óvatosnak kell lennünk. Alkalmazása kapcsán — igen ritkán — könnyebb természetű motoros nyugtalanság állhat elő, mely azonban múló természetű és rövidesen helyt ad a kívánt hatásnak. Súlyos mérgezési állapotokban az előírt adag (0.10 g) 3—4 szereséig is elmehetünk anélkül, hogy súlyosabb izgalmi tünetek (görcsök) jelentkezzenek. Baetzner szerint a görcsokozó mérgek toxikus adagja sérült medullaris központok esetén jelentékenyen magasabb. Így tehát a centroton is mindaddig adagolhatjuk, míg a motoros izgalom tünetei nem jelentkeznek. A napi összadag a fentiek szem előtt tartása mellett általában a 0.40 g-ot nem haladhatja meg.

Közlésünkben nem tértünk ki az esetek nagyszámú felsorolására, csupán a példa kedvéért néhány eset közlésére szorítkoztunk.

Saját megfigyeléseinket egybevetve a rendelkezésre álló nagyszámú, egymást kiegészítő és megerősítő irodalmi adattal megállapíthatjuk, hogy a centroton igen erővel agyanalepticum, amely a legkülönbözőbb okból létrejött collapsusokban, öntudatzavarral vagy anélkül fennálló légzési és keringési insufficienciákban, főleg a hatás gyors bekövetkezése és intenzitása folytán, igen értékes, gyakran életmentő gyógyszernek bizonyul.

Szentkláray János dr.

a budai Szt. Erzsébet apácarend
kórházának főorvosa.

Érdekes okból keletkezett fulladozás.

Az alább közölt esetet, — sajátos körülményei folytán — sajnos, nem tudtam kellően átvizsgálni. Minthogy mindmáig reménykedtem benne, hogy a beteg újból szemem elé kerül és pótolhatom a mulasztottakat, vártam a közléssel. Közben majd egy esztendő telt el; igyekeztem a beteget felkutatni, de hiába. Viszont az eset oly érdekes és nemcsak gégezeteti, de esetleg törvényszéki-orvostani szempontból is oly fontos tapasztalatot rejt magában, hogy mégis elhatároztam leírását, előre is elnézést kérve annak tökéletlenségeiért.

1940. július 20-án egy izgatott öregember, állítólag 64 éves, rontott be a rendelőbe azzal a kéréssel, hogy segítsék rajta azonnal, mert már kétszer majdnem megfulladt, egyszer az után is összeesett. Nem tudja, hogy mi akadályozza meg a levegő bejutását, az a valami most is bent van a torkában, de jelenleg valahogy még kap levegőt. A két említett esetben azonban egyáltalán nem kapott levegőt, elvesztette eszméletét. Csak annyit tud, hogy azután megint magához tért és folytatta útját hozzám.

A garat vizsgálata semmit sem mutatott, csupán bizonyos asymmetria tűnt fel az első pillanatban is. Gégetükörrel betekintve azt láttam, hogy egy zöldesfekete, nagy széles képlet takarja el a géget. A képlet bizonyos flottáló mozgásokat végzett, a gégebemenetet szelepszzerűen zárva és nyitva. Vizsgálat közben a beteg öklöndöző mozgásokat is végzett, kiharókolni is igyekezett a bejutott képletet. Kitűnt, hogy a *bal garatfele bénult*, nem mozog. Ezért nem képes az idegen test helyzetén változtatni, az a maga elfoglalt helyzetében megmarad és éppen csak hogy enged valami belégzést, bár aközben rásimul a gégére. A kilégzés nem akadályozott. A beteg keserves helyzete nem engedte, hogy az idegen test elhelyezkedését pontosabban tanulmányozzam, sürgősebb volt annak eltávolítása. Ez könnyen sikerült, mert a fennálló garatbénulás a védekező mozdulatokat lehetetlenné tette; még érzéstelenítés is felesleges volt. Megfelelő műszerrel benyúlva jókora sérületlen *babérlevelet* emeltem ki. Újra megtükrözve a géget. *recurrens* bénulást is találtam. Az idegen test főzelékkel került a garatba. A bénult garatizmok nem tudták a levelet összegyűrtüni és a nyelősöbe juttatni.

Figyelmeztettem a hálálkodó beteget, hogy állapota további vizsgálatra szorul s levéllel ideggyógyászhoz utasítottam. Ő azonban sürgős dolgára hivatkozva elköszönt és azóta nyoma veszett. Az általa bediktált adatok valótlannak bizonyultak.

Mint már a bevezetésben említettem, az eset többszörösen érdekes. Először is, mert a garatbénulás folytán olyan idegentest, mely különben ártatlannak volna mondható, fulladást okozhat. Hiszen bénulás nélkül a puha idegentestet a garatizmok összegyűrik és vagy falattá alakítva a nyelősöbe továbbítják vagy a szájon át távozik. Ha netán aspiráltaknak (ami alig fordulhat elő), akkor a gyakran leírt trachealis-bronchialis idegentest kórképét látnók.

Még érdekesebbek a könnyen elképzelhető törvényszéki-orvosi körülmények, melyek ily esetből származhatnak. A beteg, amint mondotta, fulladási rohamában elvesztette eszméjét. Mi sem valószínűbb, minthogy családtagok, járókelők, szomszédok különböző manipulációkkal segíteni igyekeznek a fulladozón, a torokba benyúlnak, a nyakon tesznek-vesznek. A torokbanyúlás hányást idézhet elő, a hányadék kitörölgetése közben pedig — esetleg már elkésve — napfényre kerülhet a babérlevél vagy hasonló szerepet játszó más ételrészlet, amelyről senki sem sejtí, hogy az volt a megfúlás oka, gondolva, hogy az csak a gyomorból kifordult ételrészletek egyike.

A vizsgáló törvényszéki orvos tehát találhat: tipikus fulladási halált, sérüléseket a garatban és a nyakon, melyek idegen kéztől, kendőtől, stb.-től erednek, de nem találja meg az igazi okot, az idegen testet, mely csak azért okozott fulladást a garatban, mert az bénult volt, amit pedig a hullában szintén aligha fog a boncolóorvos felismerni, különösen, ha nem is gondol rá és nem vizsgálja a szobajövő izmokat, idegeket sem makroszkoposan, sem görécsővel elfajulási állapotokra. Igen könnyen elképzelhető tehát, hogy a halál okát külső behatásban fogja megjelölni, aminek minősülése viszont ezer más körülménytől függhet, a gondatlanságból okozott emberöléstől a gyilkosságig.

Az eset pathogenesise felderítetlenségében egész

sor lehetőséget takar. A garatbénulások nem ritkák, de a hypopharynx egyoldali bénulása az. A légyszájpad egyoldali bénulása agyalapi okokból elég gyakran kerül a szemünk elé, ha megfelelő anyag áll rendelkezésünkre. A volt I. sz. belklinika anyagában többször láttam, azóta bizony csak ritkán, bár a vizsgált esetek száma óriási. Egyoldali hypopharynx-bénulást nagyon ritkán észleltem. Még leginkább nyaki sérülésekkel kapcsolatban, akkor is inkább mint átmeneti állapotot. Az idegek lefutásának anatómiai viszonyait szem előtt tartva, inkább gondolok valamilyen az idegeket érintő okra, pl. neuritisre, mint koponyánbelőli elváltozásra, mert az csak nagyon nehezen maradhatna hosszabb ideig egyoldali. Márpedig az a körülmény, hogy a beteg akadályozott nyelésről nem panaszkodott, arra vall, hogy állapota már régóta állt fenn, volt ideje azt megszokni és nyelési módját hozzá alkalmazni.

Szentlőrinczi Liebermann Tódor dr.,
közkórházi főorvos.

Kérdés — felelet!

Kérdés: 1. Közegészségügyi köröm községeinek betutazásával felmerülendő, az oda-vissza megteendő útvonal után 1941-ig km-ként 35 fillér, 1941 január 1-től valószínűleg 45 fillérben volt, illetve lesz megállapítva a 26.284—1940. sz. B. M. rendelet alapján. Székhelyemtől »K« község 2.5 km-re északra, »Cs« község 4.5 km-re délre fekszik. A fuvarosok nem 35 fillér, illetve 45 fillér km-kénti fuvarpénzt kérnek, hanem egy fix összeget, mely összeg már 1940 májusától kezdődőleg jóval meghaladja a havi, illetve az évi fuvarátalányomat. Ugyanis a kör községeinek közelsége folytán a km-kénti 35—45 fillér olyan csekély összeget tesz ki, melyért fuvarost nem tudok kapni. 1940 május óta szép idő esetén gyalog, csúnya idő esetén egy gebétől vontatott kordén teljesítettem szolgáltatam. Mindeztől az illetékes hatóság panaszomat nem orvosolta. Tisztelettel kérdezem: köteles vagyok-e gyalog, illetve meg nem felelő (csupán a kényszerűségből fogadott) fuvarossal ellátni a szolgáltatamot? 2. A körorvosi lakásom, melynek a fenntartói a kör községei, elhanyagolt állapotban van. Konyhakertje nincs, virágoskertje 30—40 négyzetméter. A magas községi pótladó miatt az orvosi lakás renoválását nem állították be a költségvetésbe, úgyszintén a konyhakertvétele sem. Községemnek piaca nincs. Ez tőlünk 10 km-re van. Fordulhatok-e valahová (vármegye, belügyminisztérium) anyagi támogatásért az orvosi lakás renoválása, illetve a konyhakert vétele céljából?

Dr. P. I. körorvos.

Válasz: ad 1. Ha a körorvosnak a rendelkezésére boesátott fuvarátalány nem fedezi a fuvarköltségeit, joga van községeitől természetbeni fuvar rendelkezésre boesátását kérni. Az 1908:XXXVIII. te. 21. §-a értelmében a természetbeni fuvar egyébként a fuvarátalánnyal csak abban az esetben pótolható, ha ahhoz a körorvos kifejezetten hozzájárult.

ad 2. Ez esetben a körorvos nem tehet mást, mint községeitől lakásának rendbehozását kéri, amennyiben az nem vezetne eredményre, főszolgabírája útján az alispánhoz forduljon. Leghelyesebb azonban, ha mindkét esetben tisztifőorvosának közbenjárását kéri ki aki az illetékes hatóságoknál kellő súllyal el tud járni. Ha pedig az sem vezetne eredményre, úgy joga van a körorvosnak, hogy panaszával a belügyminiszterhez forduljon.

Atzél Elemér min. tan.

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

ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap második és utolsó szombatján.

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

Felélős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, VIII., Üllői-út 26. sz.

Segéd-szerkesztő: FRITZ ERNŐ

Egy gyermekosztály vezetőjének teendői a gümőkórral kapcsolatban.*)

Irta: Göttsche Oszkár dr. egy. rk. tanár,
a Fehér Kereszt Gyermekképző főorvosa.

Megtisztelő felhívást kaptam arra, hogy a gyermekkori gümőkórral kapcsolatos tapasztalataimról beszámoljak, nem várhatom be osztályvezetői működésem tizedik évét, mint terveztem, és a kérésnek engedve, ezúttal kilenc év tapasztalatairól számolok be.

Az elmúlt kilenc év alatt az alábbi gümőkóros anyag fordult meg osztályomon:

Beszűrődés és hilusfolyamat	449 eset
Erythema nodosum	46 „
Gümős agyhártyagyulladás és miliaris gümőkór	138 „
Gümős mellhártyagyulladás	118 „
Serdülőkori gümőkór	33 „
Más szervek gümőkórja	70 „
Összesen:	854 eset

Osztályom ágyszáma 35 csecsemő és 35 nagyobb gyermekágy s ezeken kilenc év alatt 6150 gyermeket ápoltunk. Ebből, mint láttuk, 854 szenvedett gümőkóros betegségben. Hangsúlyozom, hogy *betegségben*, mert ebben a számban a csak fertőzött, de nem beteg gyermekek nincsenek benne. Ez a szám eléggé jelentős, mert a kórházi anyag 13,8%-át teszi. Még szembetűnőbb a helyzet akkor, ha a csecsemő és nagyobbgyermek-osztály anyagát különválasztom. Csecsemő-osztályunkra az elmúlt kilenc év alatt 2325 gyermeket vettünk fel (két éves korig vesszük fel a gyermekeket), ebből 204 szenvedett gümőkórosban, azaz 8,7%. A nagyobb gyermekek osztályára 3825 gyermeket vettünk fel (2—14 év között), akik között 650 szenvedett gümőkórosban, ami 16%-nak felel meg. *Ez a szám azt mondja, hogy osztályomon minden hatodik gyermek gümőkóros betegségben szenvedett.* Az anyag túlnyomó része minden válogatás nélkül gyűlt össze, a legtöbb gyermeket nem is az én orvosaim vették fel, hanem a kórház ügyeletes orvosai és a legtöbb gyermeket nem is gümőkórral, hanem sokszor egészen más címen küldték hozzánk s csak itt derült ki a betegség gümőkóros volta.

Nem tudom, hogy más intézet anyagában a gümőkóros betegségek milyen arányban szerepelnek. Saját anyagunk mindenestre arra tanít, hogy gyermekkorban a gümőkóros betegségek oly nagy arányban szerepelnek, hogy az osztályvezetőnek a lehető legkomolyabban kell a gyermekkori gümőkór kérdésével foglalkozni.

Az első és legfontosabb a *jó diagnosis*. Ez gümőkóros gyermekeknél a pontos kórelőzményen (igen fontos!) és alapos klinikai vizsgálaton kívül főleg két tényezőn épül fel: a *tuberkulinpróbán* és a *röntgenvizsgálaton*. Mindkettő a gyakorlat számára már oly alaposan ki van dolgozva, hogy ezeket az

orvosoknak ma már az egyetemen kell megtanulniok. Az életben azonban nem ez a helyzet, mert pl. a hozzánk beküldött gyermekek túlnyomó többségén semmiféle tuberkulinvizsgálatot sem csináltak, tehát ezt a legegyszerűbb diagnosztikus eljárást egyáltalán nem alkalmazták. Csak a legutóbbi időkben látunk egy-egy biztosító intézetet, ahonnan a gyermekek már a tuberkulinpróbával érkeznek. Nem beszélnek természetesen a tüdőgondozókról, a vidékiekről sem, mert ezeknél ez magától értetődik. Azonban ez nemcsak nálunk van így, mert pl. *Biróczy* útleírásából olvassom, hogy a bajor Scheideggben, Klare volt intézetben is akad jó néhány gyermek, akit csupán sápadtsága miatt küldtek gümőkóros gyermekek közé. Én magam is meg tudnék egy pár intézetet nevezni, ahol tuberkulinnegatív gyermekeket találtam gümőkóros gyermekek között. Szerintem ezeket az intézeteket nem menti az a tény, hogy a gyermekek kiválogatás nélkül érkeztek oda, mert ha már kiderült, hogy tuberkulinnegatívak, akkor azonnal vissza is kellett volna őket küldeni.

Mi minden egyes gyermek felvétel alkalmával elvégezzük a tuberkulinpróbát. Ez alól a szabály alól csak újszülöttek és fiatal koraszülöttek kivételek, ezeken a nines különösebb ok rá, csak egy hónapos koruk után végezzük el a próbát. Pirquet-féle után próbát csak azokon a gyermekeken végzünk, akik valószínű, hogy gümőkóros betegségben szenvednek, egyébként a többiek azonnal 1 mgrm-os intracután próbát csinálunk. Tudjuk azt, hogy a mai általános felfogás szerint *amely gyermek 1 mgrm tuberkulinra az intracután próba negatív, az a gyermek még nincsen fertőzve a gümőkór bacillusaival* (azt a pár kivételt, amellyel ilyenkor számolni kell, mindenki ismeri, legalább is ismernie kell). Tudjuk azt, hogy ma már a szűrő vizsgálatokat is a legtöbb szerző teljes joggal 1 mgrm intracután próbával végzi, — hát hogyne kívánjuk meg akkor ugyanezt egy kórházi osztályon, ahol sokszor a további vizsgálatok egész menete erre a próbára van felépítve! A próba első feltétele természetesen a teljesen megbízható tuberkulin. Mi a mostani háború kitöréséig kizárólag az eredeti Koch-féle Alt-Tuberkulint használtuk, de mivel ezt ma nálunk beszerezni nem lehet, kénytelenek vagyunk hazai tuberkulinnal dolgozni, ami bizony néha a diagnosis ingadozását vonta maga után. *Elsőrendű közérdek, hogy teljesen megbízható hazai tuberkulin álljon az orvosok rendelkezésére.* A tuberkulinpróba azon szempontból is fontos, hogy a *tuberkulinpositiv gyermekeket elkülöníthessük a negatívaktól* és más kórteremben helyezük el őket. Ne felejtjük el, hogy kórházba beteg, leromlott, gyenge ellenállású gyermekek kerülnek, akik a legkisebb fertőzésre is igen fogékonyak. Miért ne akadályozzuk meg a gümőkóros fertőzés lehetőségét e szigorú elkülönítéssel? *Pirquet* is eszerint csoportosította klinikáján a gyermekeket, utódja *Hamburger* ezt mint fölöslegest elveti. Mi *Pirquet* követjük, mert még a legpontosabb vizsgálat mellett sem lehet mindig tudni, nem csúszott-e be valami hiba a vizsgálatba, elég tökéletesek-e vizsgáló módszereink? Az óvatos-

* A tüdőgondozóintézeti orvosok balatonkenesei összejövetelén tartott előadás.

ság sohasem árt és ezzel a csoportosítással egyúttal mindenki, aki osztályomon dolgozik, önkénytelenül érzi a gümőkóros fertőzés elkerülésének fontosságát.

Az magától értetődik, hogy az ápolószemélyzetet gümőkórra pontosan megvizsgáljuk, mielőtt szolgálatba áll. Ne felejtjük el, hogy az osztályon nemcsak ápolónők, de takarítónők és dajkák is vannak, ezeket éppoly szigorúan meg kell vizsgálni, mint az orvosokat. Ujabban még tovább megyünk. Ismeretes, hogy a csecsemőosztályokra gyakran járnak be *anyák*, akik a kórházzal semilyen összeköttetésben sem állnak, csupán csecsemőikhez járnak beszoportatni. Előfordult, hogy egy ilyen bejáró anyja a saját csecsemője mellett fekvő csecsemőt megfertőzte (az ő csecsemőjének is gümőkórja volt, de amikor erre rájöttünk — elsőleges gümős góca volt szétesséssel és negatív tuberkulinpróbalával, ami fiatal csecsemőknél nem ritka — és mire az anyát megvizsgáltuk, addigra a szomszéd csecsemő már megfertőződött). Ennek az esetnek a tanulsága alapján azóta minden *bejáró anyát* is az első napon röntgenvizsgálat alá vesszük. Az ilyen vizsgálatok nemhogy nem ütköznek nehézségbe, de az anyák még hálásak is, hogy erre is gondolunk.

Az osztályon fekvő tuberkulinnegatív csecsemőkön és gyermekeken a tuberkulinpróbát *havonta megismételjük*. Ez a legbiztosabb módja annak, hogy esetleges osztályos fertőzést kiderítsünk. Az előbb említett esetet kivéve, egyetlen osztályos fertőzés sem észleltünk, kivéve egy tömegfertőzést, mely kórházi működésem kezdetén történt s amelyről később még részletesen szólok.

Amint a táblázaton látható, *serdülőkori gümőkór* (pubertáskori phthisis) igen kevés számmal fordul osztályomon elő (9 év alatt összesen 33 eset). Ennek oka az, hogy ezeket az eseteket, ha már a felvétel előtt biztosak vagyunk kórisménkben, *fel sem vesszük*. Ha az osztályra felvett gyermekről később kiderül, hogy serdülőkori phthisisben szenved (a kórisme nem mindig egyszerű, különösen elsőleges beszűrődéssel szemben nem), akkor azonnal más kórházba helyezjük őket. Ezek a gyermekek ugyanis annyira fertőznek, hogy ha nem különíthetők el a lehető legtökéletesebben, akkor könnyen *tömegfertőzést, esetleg tömegkatasztrófát* okozhatnak. Mikor 1931-ben osztályomat átvettem én is végigszeltem egy ilyen tömegfertőzést, mely egy erythema nodosum járvány alakjában folyt le. A járvány ugyan rendkívül tanulságos volt és Wallgren híres iskolajárványa után ez volt a második, igen pontosan kidolgozott járvány, de én ebből a tudományos gyönyörűségből többé nem kérek. A járvány előidézője egy 13 éves fiú volt, kinek bal felső lebenyében egy cavernája volt. Ez a fiú átszőködött a tuberkulinnegatív terembe sakkozni és beszélgetni. Az eredmény az volt, hogy 11 tuberkulinnegatív gyermekből 10 tuberkulinpositív lett. Ebből négyen ütött ki erythema nodosum és egy meghalt miliaris gümőkórban 6 héttel az erythema nodosum megjelenése után. Ez a járvány tanított meg arra, hogy milyen kevés idő kell ahhoz, hogy a gyermekek súlyos fertőzést kapjanak. Én magam is sokat foglalkoztam levegőtöltésekkel, de mivel a serdülőkori gümőkórban szenvedő gyermekeket nem tudom osztályomon teljesen elkülöníteni, inkább fel sem veszem őket.

Eseteink tehát, a most említett 33 eset kivételével, mind *elsőleges vagy másodlagos szakban lévő*

gyermekek voltak. Ezek között erősen fertőzők csak szételő elsőleges góccal találhatók, ezek pedig csaknem kivétel nélkül fiatal csecsemők, akik még ülni is alig tudnak, úgyhogy ezek külön kórtermekben biztosan elkülöníthetők.

Véleményem szerint *nem szabad a harmadlagos szakban lévő gyermekeket elsőleges vagy másodlagos szakban lévővel együtt tartani nemcsak kórházi osztályokon, de gümőkóros osztályokon sem*. A gümőkór harmadik szakában lévők az esetek nagy többségében erősen fertőznek, az elsőleges vagy másodlagos szakban lévő gyermekeknek viszont semmi szükségük sincs arra, hogy újabb és újabb fertőzés érje őket, sőt valósággal *műhibának tartom, ha a háromféle szakban lévő gyermekeket egymással összeeresztik*. Azért nem vagyok híve azoknak az intézeteknek sem, ahol *felőttek együtt vannak gyermekekkel*, mert ott is az a helyzet, hogy a rendszerint harmadik szakban lévő, fertőző felnőttek össze-vissza fertőzik az első vagy második szakban lévő gyermekeket. Ha ezek közé még tuberkulinnegatív gyermek is kerül, akkor gondolhatjuk, mi vár rá: esetleg halálos fertőzést szerez ott, ahová gyógyulni küldték. Jól vezetett intézetekben az elkülönítés természetesen megvan, de bizony sokszor nincs meg a különféle *üdüzőknek* vagy nem tudom miknek elnevezett *»klimatikus gyógyhelyeken*, melyek az utóbbi időben szinte gombamódra szaporodnak. Szerintem nem ártana ezeket a kis intézeteket időnként alaposan ellenőrizni, különösen azokat, ahol gyermekek is vannak.

A gümőkór felismerésének másik igen fontos eszköze a *röntgenvizsgálat*. Erre az igazán fontos részletre, sajnos, egyáltalán nem térhetek ki, mert az röntgenképek vetítése mellett (enélkül pedig el sem képzelhető) több órát venne igénybe. A jó röntgendiagnosishoz mindenesetre sok tapasztalatra van szükség, amihez természetesen a kórbonctani összehasonlítás is szervesen hozzátartozik. *Kétségtelen, hogy a tüdő vizsgálatának legpontosabb módja a tüdő megröntgenezése. Ezért osztályomon minden egyes gyermeket, akármilyen betegséggel vesszük fel, röntgenvizsgálatban részesítjük*. Az elmúlt 9 év alatt csupán azok nem kerültek röntgenvizsgálatra, akik a kórházi felvétel után pár óra múlva vagy eltávoztak, vagy meghaltak. Talán ez a rendszeresség az oka annak, hogy olyan nagy számban fedeztük fel az elsőleges gümőkór különféle megnyilvánulásait. Hány mandulakivételre küldött gyermekről derült ki, hogy nem mandulákban, hanem tüdejükben van a hiba, hány typhusgyanúval beküldött gyermekről derült ki, hogy a láz oka az elsőleges gümőkóros fertőzés (ú. n. *»kezdeti láz*) s hány *»influenzás* gyermeknek találtunk kisebb-nagyobb beszűrődést a tüdejében.

A következőkben egy nagyon fontos részletre szeretnék kitérni, melynek jelentősége újabban egyre jobban kidomborodik s ez a *friss gümőkóros fertőzés jelentősége*. A vizsgálatok egyre nagyobb nyomattal mutatnak arra a tényre, hogy a gyermekekre nézve a legveszélyesebb idő az első fertőzés utáni 6 hónap, mert ezt az időt az *»agyhártyagyulladás és miliaris gümőkór szakának* nevezhetjük. Rendszeres klinikai megfigyelések azt mutatták, hogy a gümős agyhártyagyulladás és miliaris gümőkór az esetek 90%-ában a fertőzés utáni első 6 hónapban fejlődött ki. Ha ez az első 6 hónap a gyermekkorban a gümőkóros fertőzés legveszélyesebb időszaka, magától értetődik, hogy a gyerme-

keket ebben az időszakban kell a legnagyobb gond-
dal és figyelemmel ápolni. Ehhez azonban az kell,
hogy ezt az időszakot *idejekorán fel is ismerjük*,
mert az már nem segít sokat, ha a gyermekem ki-
fejlődött az agyhártyagyulladás és ennek alapján
tudjuk meg, hogy valószínűleg a veszélyes időszak-
ban van. Ha minden gyermekem félévenként el-
végeznék a tuberkulinpróbát, akkor ezek a friss fer-
tőzések nagyrészt megfoghatók lennének, de ez a
kívánság egyelőre utópia, bár azt, hogy egyes zárt
csoportokban (pl. internátusok) miért ne lehetne
ezeket a rendszeres tuberkulinvizsgálatokat be-
vezetni, nehéz megérteni. Egyébként ma az az ural-
kodó nézet, hogy az elsődleges fertőzés a gyermekek
nagy részén tünet nélkül folyik le és az agyhártya-
gyulladás mint a »derült égből lecsapó villám«
jelenik meg. Ha azonban gyakrabban foglalkozunk
az elsődleges fertőzés klinikai és röntgentüneteivel,
akkor kiderül, hogy bizony ennek az elsődleges fertő-
ződésnek is igen sokszor megvannak a maga tüne-
tei: az erythema nodosum, a conjunctivitis phlycten-
nosa, a »kezdeti láz«, a tüdőben támadó beszűrő-
dések mind ennek az elsődleges fertőződésnek a tüne-
tei. A mi kórházi anyagunk túlnyomó többsége is
az ilyen elsődleges fertőzésekéből származik. Ha eze-
ket a gyermekeket rendszeresen megfigyeljük, akkor
elég sokszor látjuk, mint megy át az elsődleges fer-
tőzés megfelelő klinikai tünetek között az agyhártya-
gyulladásos állapotba. *Kilenc év tapasztalatai alap-
ján állítom, hogy az elsődleges fertőződést sokkal,
de sokkal nagyobb számban lehet felismerni, ha az
orvos gondol rá, mint azt eddig hittük*, úgyhogy
rendszeresen megfigyelt gyermekeken az agyhártya-
gyulladás nem derült égből lecsapó villám, hanem
előre retteggett következmény.

A friss fertőzés megítélése nem könnyű, ha a
gyermeket azelőtt sohasem láttuk. Ha a friss fertő-
ződésnek előbb említett szembeszökő tünetei hiá-
nyoznak, akkor hosszabb megfigyelés után
tudunk véleményt mondani. Ehhez a véleményhez
egy röntgenvizsgálat nem lesz elegendő. Ez az a
pont, amikor a tüdőbeteg gondozók és a gyermek-
kórházi orvosok működésében összhangnak kell
lenni, mert a gondozóintézeti orvos kénytelen a
helyzet tisztázása céljából a gyermeket kórházi
megfigyelésre küldeni. Bizony sokszor 3–4 hétig
is eltart, míg az esetleges fertőzés forrását ki-
kutatva, a klinikai és röntgentünetekből meg tud-
juk mondani, hogy milyen állapotban van a gyer-
mek.

Ne gondoljuk azonban azt, hogy minden friss
gümős fertőzésből agyhártyagyulladás lesz, mert
ezek a frissen fertőzött gyermekek az esetek túlnyomó
részében keresztüljutnak azon a veszélyes
6 hónapon és szépen meggyógyulnak. Ne felejtjük
el, hogy a gümőkóros halálozás a legkisebb a 6–10
éves korban az összes életkorok között. Természe-
tesen minél fiatalabb a gyermek, annál veszélyesebb
a fertőzés, bár szerencsére ma már a csecsemők jó-
része is épen kerül ki a fertőzésből. A későbbi élet-
korban már nem az elsődleges fertőzés a veszélyes,
hanem a harmadlagos: a phthisis. Az újabb idők-
ben egyre több olyan felnőttől olvasunk, aki
csak felnőtt korában esik át az elsődleges fertőzé-
sen. Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy az első-
leges fertőzés felnőttekben is rendszerint éppoly
jóindulatú, mint idősebb gyermekekben. Ezek a vizs-
gálatok igen fontosak, mert a fertőzés a gyermek-
korból egyre jobban a felnőttkor felé tolódik el és

bizony az elsődleges fertőzést a harmadlagostól elkü-
löníteni nem mindig olyan egyszerű, pedig ennek
mind kórjóslat, mind a kezelés szempontjából nagy
fontossága van, ezt a legjobban mi látjuk a serdülő-
kor eseteiben, amint azt már említettem.

Látjuk tehát, hogy a friss fertőzés időszaka az,
mikor a gyermeket mind gümőkóros, mind más
fertőzéstől, különösen az első 6 hónapjuk alatt a
legjobban kell óvni. Emellett különösebb kezelésre
nem is szorulnak, a szabad levegőn való fekvő kúrán
kívül, csak arra kell ügyelni, hogy se testi, se szel-
lemi megerőltetésnek ne legyenek kitéve. Ezt azon-
ban odahaza is el lehet érni, amint azt különösen
Duken és Viethen hangsúlyozzák. Ha odahaza nin-
csen fertőző forrás és a szülők anyagi helyzete nem
olyan rossz, hogy az otthon még egészséges gyermek
számára sem megfelelő, akkor ezek a gyermekek
odahaza is szépen meggyógyulnak. (Mint ahogy a
valóságban a fel nem ismert elsődleges gümős fertő-
zés nagy többsége otthon minden különösebb keze-
lés nélkül meg is gyógyul.) Saját tapasztalataim is
azt mutatják, hogy megfelelő környeztanulmány-
nyal s a szülők kioktatásával odahaza is igen szép
eredményeket lehet elérni. Egy kispesti, kertés
lakásban lakó villanyoskalauz is tud áldozni egy
fekvőszékre és pokrócra is akad, amibe a gyermeket
be lehet csavarni s ugyanezt meg lehet tenni egy
pesti erkélyen is. Hány gyermekünk gyógyult már
meg ilyen kis kerteskékben és erkélyeken! A leg-
szegényebb néprétegek gyermekeivel pedig egysze-
rűen azt csináljuk, hogy sokáig benntartjuk őket a
kórházban. A Tüzoltó-utcát igazán nem lehet klima-
tikus gyógyhelynek nevezni, mégis hány szegény
gyermek szedte magát nálunk össze egyszerűen az-
által, hogy tiszta, meleg szobában feküdt, nem fá-
zott, mint otthon, jó táplálékot kapott és újabb fer-
tőzés nem érte. Ilyen olcsó eszközökkel is igen sokat
lehet ám elérni!

Végül még a *fertőző források* kérdésére szeret-
nék kitérni. A fertőző forrás kiderítése elsőrendű
fontosságú. Már az előbb említettem, hogy a gyer-
mekeket csak akkor küldhetjük haza, ha tudjuk,
hogy otthon nem fertőződnek újra. Egyébként is
*fontos tudni, hogy ki a fertőző forrás, mert különben
nem tudunk ellene védekezni*. Ez a másik pont, mi-
kor a kórház és tüdőgondozó egymást szorosan ki-
egészítik. Kilenc éves tapasztalatból állítom, hogy
egy kórházi orvosnak sem ideje, sem módja, sem
hatalma nincs ahhoz, hogy a fertőző forrást pontos-
san kiderítse; erre csak a tüdőgondozó képes. *Ne-
küünk kórházi orvosoknak pedig kötelességünk a tü-
dőgondozókat értesíteni, ha friss gümős megbetege-
désről van tudomásunk* (akkor is, ha az nem fer-
tőző), mert hiszen ezekben a friss megbetegedések-
ben sokszor csaknem napnyi pontossággal meg tud-
juk mondani, hogy mikor történt a fertőzés, ami a
forrás kiderítését nagy mértékben megkönnyíti. A
székesfővárosi és pestkörnyéki tüdőgondozók vezetői
a tanuim, hogy az elmúlt 9 év alatt hányszor ke-
restük fel őket jelentve, hogy itt és itt friss fertő-
zést találtunk és kértük a fertőző forrás kideríté-
sét. Nagy hálával kell említenem, hogy mindig a
legnagyobb megértésre találtunk és a beérkezett
válaszok mutatták azt a gondosságot, amivel a gon-
dozók a fertőző forrás kiderítése körül eljárak. *Es
hány fiatal apát, anyát, rokont sikerült éppen a
gyermek fertőzése révén megtalálni és kezelésbe
venni!*

En a fertőzéseket két csoportba osztom: *elkerül-*

hetetlen és elkerülhető fertőzésekre. Elkerülhetetlen az a fertőzés, amikor vagy az apa vagy az anya, esetleg egy »agyon nem üthetem« hozzátartozó a beteg, aki a családdal együtt lakik (a hozzátartozóknál természetesen a szociális helyzet nagyon számít); elkerülhető viszont az a fertőzés, mely ezen kívül esik. Az például már elkerülhető fertőzés, ha a gümőkóros nagynéni, mint keresztmama addig látogatja a kis csecsemőt, amíg az meg nem hal gümős agyhártyagyulladásban. Az is elkerülhető, ha a szerény család pont olyan albérlőt vesz arra a bizonyos »kiadó tiszta ágyra«, aki azzal kezdi, hogy nem tud dolgozni, mert beteg és a »gondozóba jár töltésre«. Az is elkerülhető fertőzés, ha a fogorvos éppen olyan assistensnőt tart, akinek caverna van a tüdejében, de azért ő megy délben a gyermekekért az iskolába. Bizony az elkerülhető fertőzések terén még igen sokat lehet és kell is tennünk. Hogy a gümőkóros fertőzéssel szemben a nagyközönség milyen kevésbé van tájékozódva, azt a legjobban orvosok gyermekein látom, akiknek a fertőzése jórészt ugyancsak a legkönnyebben elkerülhető fertőzések közé tartozik. Ennek a kérdésnek a részletes tárgyalása voltaképpen egy külön előadást érdemelne. Még csak azt akarom kiemelni, hogy abban a nézetben sem osztozom, hogy kár az erőlködésért, mert a gümős fertőzés úgy sem kerülhető el. Nézzünk nyugatra: milyen rohamosan csökken ott a gümőkórral fertőzött iskolás gyermekek száma. Ott ma az iskolás gyermekek 60–70%-a fertőzés nélkül éri el serdülő korát. A helyzet Budapesten is nagyon jó, mert amint a budapesti iskolás gyermekek tuberculin vizsgálatai mutatják (*Parassin* főorvos szívességéből közölt adatok) 1933-ban a 14 éves gyermekeknek 47.9%-a volt fertőzve gümőkórral, 1938-ban viszont már csak 35.9%-a, ami 5 év alatt 12%-os javulás. A számok eléggé megbízhatók, mert 23.578 iskolás gyermek vizsgálatán, tehát nem kis anyagon alapulnak. Ez az eredmény is azt mutatja, hogy a gümőkór kiirtható betegség, a küzdelem módja ki van dolgozva, csak vegye is ki mindenki egyformán a részét ebből a küzdelemből és a siker nem fog elmaradni. Az elmondottakból azt hiszem világos, hogy egy gyermekkorházi osztály vezetőjének ebben a küzdelemben jelentős szerepe van.

A Stefánia-úti Belgyógyászati Intézet közleménye.

A hőszabályozás zavarai szívbetegségekben.*

Irta: *Razgha András dr.*

Az ember túlnyomólag a bőrön keresztül veszít hőt, amit elsősorban a vér szállít a testfelületre, míg a hő közvetlen átterjedése a mélyebb rétegekből (hőconductio) rendszeren háttérbe szorul. A testfelületre jutott hőt a kiegyenlítődés szabályai szerint veszi át a környezet, a szárazhőleadás nagyságát tehát a környezettel szemben fennálló hőkülönbözet, a párolgás útján előálló hővesztés pedig a testfelületen és a levegőben uralkodó vízgőznyomás (tensio) különbsége szabja meg. Mivel pedig a bőr vízgőznyomása a bőr nedvességén kívül annak hőmérsékletétől is függ, következik, hogy a bőr hőmérséke egyébként azonos külső feltételek

között nemcsak a szárazhőleadásban döntő tényező, hanem a párolgás útján történő hővesztés is nagy mértékben függ tőle. A bőr hőmérsékét a véráramlás szabályozásával igen gyorsan tudja a szervezet az adott viszonyokhoz alkalmazni, a fizikális hőszabályozás tehát végeredményben a keringési szervek teljesítménye. Ha a szív nem tudja a mindenkori szükségletnek megfelelő mennyiségű vért kellő sebességgel áthajtani a bőr érhalozatán, akkor a bőrhőmérséklet regulatív változékonysága beszűkülhet és ezzel a fizikális hőszabályozás eredményessége is kárt szenved. E kérdés vizsgálatára decompensatióban szenvedő betegeken végeztünk bőrhőmérsékmméréseket.*

A vizsgált 35 beteg közül 32 szívbajos volt, a többi háromnak hypertoniája, nephritise, illetőleg nephrosklerosisa miatt támadt keringési zavara. 19 betegnek billentyűhibája volt, ebből 13-nak mitralis vitiuma (2-nek csak kéthegyű elégtelensége, 4-nek csak szájadékszűkületi tünetei voltak), 5 betegnek aortabillentyű-elégtelensége volt, 1-nek pedig kevert vitiuma az aortán és mitralison. 12 betegben egyszerű myocardogeneratiót állapíthattunk meg, 1-ben pedig concretio pericardii fejlődött ki. Valamennyi esetben pangásos tünetek uralkodtak, ezeknek részleteire azonban nem szükséges kitérni, mivel a bőrhőmérsék viselkedésében észlelt eltérések nem voltak összefüggésbe hozhatók a betegség klinikai sajátosságaival.

A bőrhőmérézéseket a levetközött betegeken végeztük, a takaró levétele után közvetlenül, majd szabályos időközökben a takaró nélkül fekvő betegen. A mérésekre régebbi rendszerű tükörgalvanométeres készülék szolgált. Eredményeink értékeinek biztosítására ugyanazon készülékkel ellenőrző vizsgálatokat is végeztünk egészséges embereken.

A bőrhőmérsék viselkedése egészséges egyénekben azonos külső körülmények között is annyira változó, hogy az egyes eset elbírálására alkalmas normalértékeket felállítani nem lehet. Nagyobb csoportvizsgálatok (betegségcsoportok) átlagértékei azonban eredményesen hasonlíthatók össze. Vizsgálatainkat 19° és 25° között változó szobahőmérsékelen végeztük. Mivel a környezet hőmérséke az eredményeket tetemesen befolyásolja, a vizsgált eseteket az összehasonlításra szolgáló egészséges anyaggal együtt a szobahőmérsék szerint csoportosítottuk. (1. táblázat.)

Az eredmények összehasonlításakor minden csoportban azt látjuk, hogy a decompensált betegek bőrhőmérséke az egészségesekénél alacsonyabb. A legnagyobb eltéréseket a végtagvégeken, mégpedig főleg az alsó végtagon találjuk. A lábháton pl. a szívbetegnek bőre átlagban 2–4 fokkal hidegebb a rendes átlagnál. Felfelé haladva az eltérés csökken, így a comb bőrén már 1½ fok alatt marad, a has bőrén pedig ellenkező irányú eltérések is előfordulnak. Ez az eredmény megfelel annak a régi klinikai észleletnek, hogy a keringés elégtelensége főleg a kiálló testrészek bőrén nyilvánul meg és jellemző sajátágai közé tartozik a vízenyón és szederjességén kívül a végtagvégek hűvössége is. A kezeken már nem olyan nagy a különbség, mint az alsó végtagon és nem is mutatkozik olyan állandóan, így a 19 és 23°-os szobahőmérsékelen vizsgáltak csoportjában nem található fel.

Az 1. táblázatban nem szerepelnek azok az esetek, amelyeket másik készülékkel vizsgáltunk, mivel az egyes készülékek eredményei csak átszámításokkal

* A Természettudományi Alap támogatásával készült dolgozat.

* A vizsgálatok első részét még a III. sz. belklinikán Váll László dr.-ral végeztem.

megbénul a keringés transport-füctiójának elégtelensége miatt és így a testhőmérsék emelkedésére kerülhet a sor. Valóban azt találtuk, hogy decompensált szívbeteg testhőmérséke rectalisan mérve lényegesen magasabb az átlagosnál. Így a 29 decompensált beteg közül, akiknél végbélhőmérzés történt, 10 rectalis hőmérséke haladta meg a teljes nyugalomban, *Isenschmid* szerint normalis felső határnak tekinthető 37.6°C -ot és 1 esetben a hőemelkedés 38.7°C -ot is elért. A rectalis hőmérséklet átlagát 37.5°C -nak találtuk, szemben az egészséges 37.0 – 37.2 átlaggal (ilyen volt a mi controls csoportunk átlaga is). Szívbetegknél könnyen előfordulhatnak ugyan a rheumás fertőzéssel és pangásos hurutokkal stb. indokolt hőemelkedések is, azonban *Cohn* és *Steele* szerint ezektől elkülöníthető az a hőemelkedés, amely a keringés elégtelensége következtében hőtör-lődásból származik. Amíg ugyanis közönséges lázas hőmérsék kialakulásával a környéki erek kítágulása folytán a bőr oly mértékben felmelegszik, hogy a test belsejének hőmérsékéhez közelít, addig a keringés elégtelensége folytán előálló hőemelkedés esetében a bőr hűvössége miatt igen jelentékeny a hőkülönbözet a végbélhőmérsékkel szemben. 10 lázas szívbetegünk közül 8-nál valóban ez volt a helyzet és csak 2-nek a hőemelkedése járt a bőr felmelegedésével.

Jellemzőnek tartjuk, hogy az esetek közül mindössze egyszer találtuk a hónaljban mért hőmérséklet is emelkedettnek (37.3°C), a decompensált szívbeteg hőnaljhőmérsékének átlaga pedig egyenesen alacsonyabb volt a rendesnél: nem egészen 36.4°C . (Egészséges csoportjainkban a hónalj hőmérséklet átlaga 36.5 – 36.7°C volt). Decompensált szívbetegünk tehát nemcsak a bőr és a testhőmérsék között volt nagy a különbség, hanem a hónaljban és végbélben mért hőmérséklet között is. Míg e különbség rendesen 0.2 – 0.5°C (*Csépai*), addig decompensált szívbetegünk átlagban 1.0°C -nál nagyobbak találtuk. Mivel az intézetekben ápolat beteganyagon rendszerint csak hónalj hőmérzés történik, a szívbeteg »keringési láza« az előbbiekből érthetőleg könnyen elkerülheti a figyelmet. A keringés helyreálltával rectalis és hónalj hőmérséklet ismét közelít egymáshoz, így 5 szívbeteg közül, akiket compensáltan is mértünk, 4-en csökkent a különbség. A bőrhőmérséklet valamennyin emelkedett a keringés javulásával (3. táblázat).

3. táblázat.

Szobahő	Decompensáltan					Lehűlés	Szobahő	Compensáltan					Lehűlés
	Hónalj hő	Rect. hő	Lábhát bal	Lábhát jobb	Lehűlés			Hónalj hő	Rect. hő	Lábhát bal	Lábhát jobb		
24–25	37,1	37,4	31,1	31,1	+1,8	20–21	—	—	26,6	28,2	3,0		
21–22	35,2	37,5	29,8	29,6	0,3	21–22	35,6	—	32,0	31,8	0,7		
22–23	36,3	37,3	25,2	26,2	2,1	21–22	35,5	36,7	27,1	28,2	2,6		
19–20	36,0	37,6	25,1	25,0	2,1	21–22	36,2	37,7	28,5	27,9	3,6		
22–23	36,2	37,4	28,1	28,2	0,2	21–22	36,7	37,1	28,8	28,7	+0,3*		
24–25	36,5	—	29,6	29,8	0,0	23–24	36,1	—	27,2	26,8	1,7		
20–21	35,4	37,2	29,2	28,8	2,2	23–24	36,2	37,1	32,0	31,1	2,0		
22–23	36,1	37,1	23,6	23,8	0,4	23–24	36,7	36,9	29,2	28,8	1,1		

* Gyulladásos bőrterület!

A hőszabályozás szempontjainak előtérbe állításával a szívbeteg lehülési reakciójának elmaradása bizonyos fokig célszerű magyarázatot nyer. Ha ugyanis a decompensált szívbeteg hőtör-lődás fenyegeti, akkor a ruházat eltávolításával a hőleadásra kedvezőbbé válik a helyzet és a lassú bőráramlás is még éppen elegendő lehet a fölös hő-

mennyiségek eltávolítására. Ha ebben az esetben az egészségesekhez hasonlóan a bőrerek megszűkülése következne be, ez a bőráramlás újabb akadályát jelentené és célszerűtlenül zavarná az eredményesebb hőleadást. Ha a lehülési reactio elmaradása valóban a hógazdálkodás érdekeit szolgálja, akkor elsősorban olyankor kell észlelnünk, amidőn a fizikai hőszabályozás elégtelensége fenyeget, tehát olyan egyének, akiknek testhőmérséke nagyobb és főleg melegebb környezetben. 22°C feletti szobahőmérsék mellett valóban azt találtuk, hogy a nagyobb testhőmérsékű betegek voltak azok, akiknél lehülés alig jelentkezett. 21 – 22°C között a különbség az alacsonyabb testhőmérsékűek lehülésével szemben hasonló irányú, de kisebb mértékű volt, 21°C alatt pedig jelentéktelenné vált. Ez azzal magyarázható, hogy alacsonyabb hőmérséken már olyan nagy a hőkülönbözet a bőr és környezet között, hogy a hőleadás kielégítő mértékben megtörténhetik a bőr további lehülése esetében is. Nagyobb szobahőmérséken a csökkent lehülésnek az volt a következménye, hogy a bőrhőmérsék egyensúlyának beálltával a nagyobb testhőmérsékűek (37.4°C és e felett) lábának bőrhőmérséke és a környezet között kétakkora volt a hőkülönbözet, mint a kisebb hőmérsékűeken. Mivel nagyobb hőkülönbözet fenntartása a fokozott hőleadást szolgálja, e viselkedés éppen azokon a szívbetegeken, akik hőleadásukat minden lehető módon növelni kénytelenek a hőtör-lődás veszélye miatt, arra mutat, hogy a szívbeteg lehülési reakciójában talált eltérések a fizikai hőszabályozás törekvéseit mutatják a keringési zavar következtében előálló hőleadási nehézségek leküzdésére.

A Horthy Miklós Tudományegyetem Belgyógyászati Klinikájának közleménye. (Igazgató: Rusznyák István ny. r. tanár.)

Chronikus arzénmérgezés érdekes esetei.

(Az arzénmérgezés megállapítása és gyógyítása.)

Irta: Hámori Artúr dr., egy. tanársegéd.

Az idült arzénmérgezés megállapítása néha nagyon könnyű, sokszor azonban nehéz. Azokon a vidékeken, ahol gyakrabban előfordul, vagy amikor arzéntartalmú anyagokkal foglalkozó gyárimunkásokat vizsgálunk, vagy hosszas arzénszedés után fennforog a túladagolásának veszélye, hamarabb fogunk mérgezésre gondolni, mint eseteinkben. Betegünk, illetőleg amint később kiderült, az egész család, magányos tanyán élt, iparban nem dolgozott és gyógyszer nem szedett.

Az idült arzénmérgezés diagnosisa főleg azért nehéz, mert a mérge színtelen, szagtalan, íztelen s ezért észrevétlenül juthat be a szervezetbe és huzamos időn át kis adagokban szedve, jellegzetes belorvosi kórképeket utánoz. Így volt ez esetünkben is, amikor májcirrhosis fejlődött ki összes tüneteivel. Ez a májcirrhosis ráadásul atipikus bőrelváltozással társult, amely leginkább poikilodermára emlékeztetett. Mindezeket tekintetbe véve, aligha esodálkozhatunk azon, hogy évekig nem sikerült a helyes diagnosist megállapítani annak ellenére, hogy a beteg nem hanyagolta el baját, hanem évek hosszú során át többször is feküdt különböző intézetekben.

Eseteinket nemcsak azért tartom közlésre érde-

mesnek, mert a leukomelanoderma arsenicalis — hiszen a bőrelváltozás végeredményben ennek bizonyult — irodalmi ritkaság, továbbá az arzénos májcirrhosis a legnagyobb ritkaság, hanem azért is, mert pár szóval érinthetem a felmerülő diagnostikai kérdéseket és a bőr festékszavarainak therapiás lehetőségeit.

Az évekre visszamenő előzménynek csak a lényegét foglalom össze:

N. V. 35 éves átokházi földműves, 1940 VIII. 5-én kereste fel klinikánkat és előadta, hogy 5 év óta beteg. Először azt vette észre, hogy tenyerén és talpán bőre erősen vastagszik, kezén és lábán szemölcsök nőnek, körme töredezik, szemöldöke, bajusza, különösen hónaljiszőrzete ritkul és bőre lassan, fokozatosan barnulni kezd. Azután nőni kezdett a hasa, heves, fájdalmas feszüléseket érzett és fájdalmai olyan erősek voltak, hogy alig tudott pár falatot enni. Így súlyos állapotban intézetbe került, ahol megállapították, hogy panaszait a hasüregében felhalmozódó nagymennyiségű folyadék okozza. Azután megcsapolták, a csapolás alkalmával 10 liter folyadékot bocsátottak le, majd megállapították, hogy a folyadék nem lobos eredetű. Ennek alapján a beteg májzsugorodását felismerték és a továbbiakban ennek megfelelően cremor tartarival és hetenként egy novurit befecskendéssel kezelték, amelyre minden alkalommal több liter vizeletet ürített. Két hónapi orvoslásra annyira javult, hogy elhagyhatta az intézetet; azután teljesen panaszmentessé vált, sőt nehéz testmunkát is végzett: ásott, kapált, aratott.

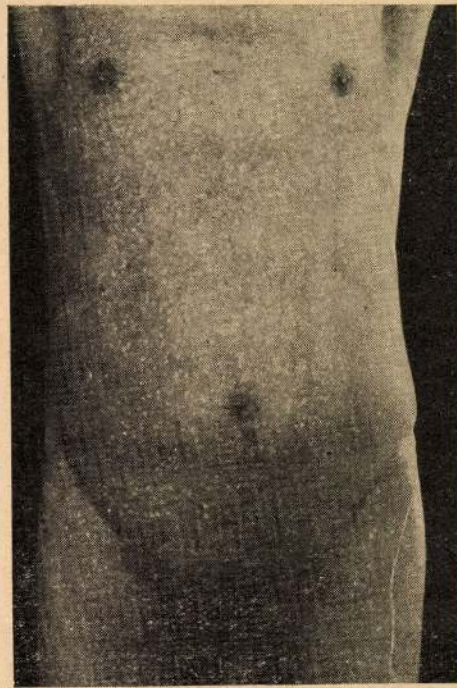
A javulás azonban csak átmenetinek bizonyult, mert ettől kezdve minden esztendőben intézetbe kellett feküdnie ismételt kiújuló hasvízkórja miatt, amelyet időnként megcsapoltak, máskor húgyhajtókkal kezeltek, több-kevesebb sikerrel.

Igy 1940 augusztusában hozzánk került a beteg és elmondotta, hogy az utóbbi hetekben állapota rohamosan romlott; teljesen elveszítette étvágyát, naponta többször hányt, erősen lefogyott és elgyengült, hasa pedig ismét megnőtt.

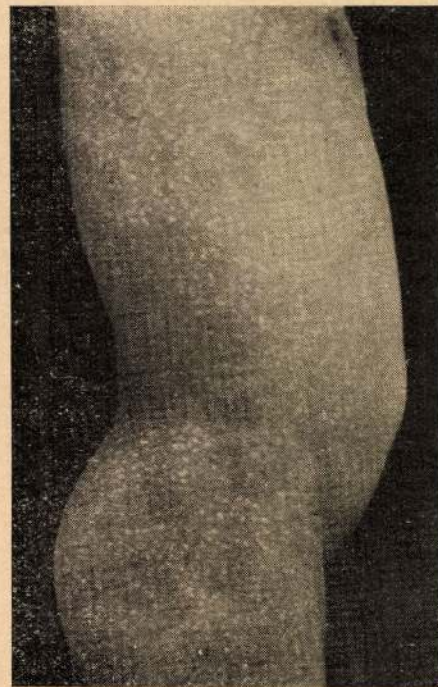
A vizsgálatok alkalmával talált eltéréseket a mellékelt képek mutatják (lásd 1—5. ábra). Ezeken jól látszik, hogy a beteg orra vaskos, akromegaloid, szemöldöke, bajusza feltűnően gyér. Bőre az arc kivételével erősen megbarnult, különösen a has, a nemi szervek és annak környékén csokoládébarna színű, legkevésbé barnák végtagjai. A hyperpigmentatio azonban nem egyenletes, hanem gombostüfejnyi, lencsényi élesen körülhatárolt világos területekkel van



1. ábra.



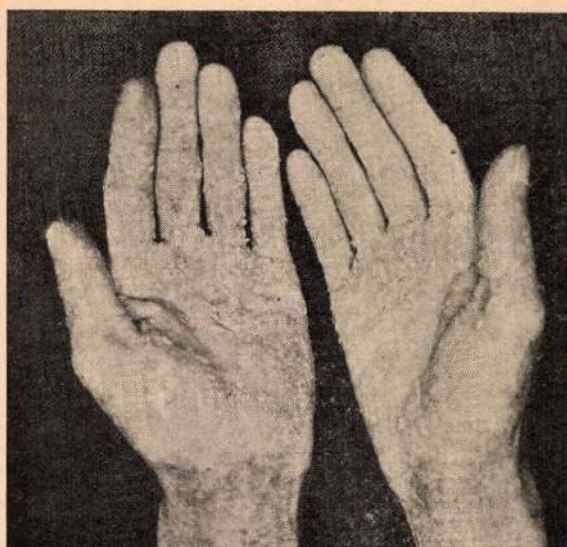
2. ábra.



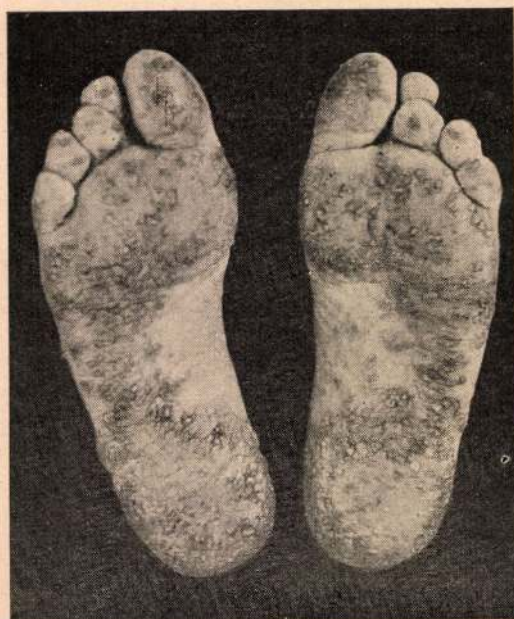
3. ábra.

tarkítva, a barna területekben pedig csaknem fekete erezettség látható. A bőr sorvadtt és korpázóan hámlik. Mindkét tenyeren és talpon szabálytalan, erős hyperkeratosis észlelhető elég mély berepedésekkel. A láb- és kézháton szemölcsökre emlékeztető szarufelrakódások nőttek. Megjegyzem, hogy a nyálkahártyákon festékes foltok nem voltak.

A has megnagyobbodott és annyira feszes, hogy betapintani nem lehet. Hullámozás észlelhető. A has felett mindenütt tompa a kopogtatási hang, kivéve az ileocecalis tájékon (*Thormayer-tünet*), ahol dobos hang hallható. A beteg oldalra fektetésekor a tompulati viszonyok nem változnak. Próbacsapolással szalmasárga folyadékot kapunk, amellyel elvégezve a *Rivalta* kémlést, pozitív eredményt kaptunk; tehát



4. ábra.



5. ábra.

a hasi folyadékgyülem eszerint lobos eredetűnek látszott. Tekintve, hogy a már korábban elvégzett vizsgálatok szerint eredetileg a hasban szűrődmény (transsudatum) gyűlt meg, nyilvánvaló, hogy a *Rivaltta*-próba pozitív voltát az ismételt hasi punctiók okozták. Egyéb szervek részéről lényeges eltérést nem találtunk.

A beteg kórelőzményét meghallgatva és a vizsgálat alkalmával talált eltéréseket értékelve, különböző kórképekre gondolhattunk.

Tekintve, hogy májeirrhosis és hyperpigmentatio együttes előfordulásával találkoztunk, először arra a kórképre gondoltunk, amelyet *Hanot* és *Chauffard* írt le és amelyet az említett szerzők cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucre néven ismertettek. Ezt a betegséget ugyanis májsugorodás, a bőr barnulása és a cukorbetegség együttes előfordulása jellemzi, bár mint például *Nakano* esete mutatja, a tünetesoporthból a cukorbetegség hiányozhatik. Ebben a betegségben nem a melanin, hanem a haemoglobinnal származó vastartalmú haemosiderin rakódik le a belső szervekben és a bőrben úgy, hogy a német irodalomban *Recklinghausen* óta ezt a sajátságos anyag-

csere zavart pigmentcirrhosis helyett inkább haemochromatosisnak nevezik.

A másik lehetőség, amelyet komolyan kellett mérlegelnünk, az volt, hogy a festékszavar hypophysis eredetű, mert a beteg vizsgálatakor akromegaloid orra azonnal feltűnt. Már a régi irodalomból ismeretes ugyanis, hogy a hypophysis daganatai esetén elég gyakran előfordul a bőr megbarnulása, úgy hogy ennek alapján *Sézary* még a melanophor hormon felfedezése előtt kimondta a hypophysis eredetű melano-derma létezését. Ennek a keletkezése azonban még nem teljesen tisztázott. *Maranon*, *Richet*, *Sourdel* és *Netter* két esettel kapcsolatban azt teszik fel, hogy alkalmasint a hypophysis melanophor hormonjának a felszaporodása okozza a bőr barnulását. A melanophor hormon szerintük nemcsak a poilkilotherm állatok pigmenteloszlását szabályozza, hanem nagy szerepet játszik az emberi kórtanban is. De más lehetőségekre is gondolhatunk. Így *Roussy* és *Mosinger* leírta a neurocrinie pigmentaire-t. Ez az érdekes jelenség abban áll, hogy a hypophysisben melanoszerű barna festék halmozódik fel, amely ideges úton, a mirigy nyelén át továbbvándorol a hypothalamus felé. Elképzelhető, hogy kóros körülmények között a bőrbe is eljuthat a felszaporodó hypophysis eredetű festék.

Végül ilyen atipikus barnuláskor az *Addison*-betegség gyanúja is természetszerűleg felmerült.

Egyéb pigmentzavarok: pellagra, különböző eredetű senyvedések, súlyos anaemiák és idült enterocolitisekhez társuló barnulások nem is foglalkoztattak bennünket.

Az említett irányokban különböző vizsgálatokat végeztünk. Tekintve, hogy pigmentcirrhosis esetén vastartalmú festék szaporodik fel, elvégeztük a berlini-kék reakciót intracután és kivágott bőrdarabon negatív eredménnyel. A hypophysis daganat szempontjából szemfenékvizsgálat, látótérvizsgálat, koponyaröntgenfelvétel történt. A vizsgálatok lényeges eltérést nem mutattak. Az *Addison*-kór gyanúját a vérnyomás, a vércukor, a cukorterhelési görbe, az adrenalin vércukorgörbe viselkedése, a vérszódium, vérchlor és maradéknitrogen rendes volta oszlatta el.

E vizsgálatok közben, amelyek különben is negatív eredménnyel zárultak, eszünkbe jutott, hogy arzénmérgezésben szokott előfordulni az, hogy az arc nem barnul meg, bár a bőr egyébként mindenütt hyperpigmentált, éppen úgy, mint betegünkön. Ettől kezdve világosan láttuk, hogy nincs szó különböző kórképek véletlen találkozásáról, hanem a hyperkeratosis, a luekomelanodermát és a májeirrhosist ugyanaz az ártalom, az arzénmérgezés okozza.

A diagnózis biztosítására az arzén vegytani kimutatását választottuk és azt az egyszerű, olcsó és gyors módszert alkalmaztuk, amelyet *Singer* és *Fischl* írtak le és amely érzékenysége az alsó határa 0,1 γ . Ezzel a módszerrel először a vizeletet vizsgáltuk meg és azt találtuk, hogy betegünk vizelete literenként 500 γ arzént tartalmaz. Sajnos, ebből a vizsgálatból határozott következtetést nem vonhatunk le, mert *Croner* és *Seligmann* már 1907-ben felismerte, hogy egészséges emberek vizeletének arzéntartalma változó, valószínűleg a táplálék arzéntartalmának megfelelően. Különböző szerzők adatait összefoglalva: *Billeter* és *Marfurt*, *Bang*, *Schwarz*. *Szép* szerint a vizelet arzéntartalma rendszeren igen nagy ingadozásokat mutathat, literenként 0-tól közel 1 mgr-ig. Tehát az általunk talált 500 γ a szabályos értékek határain belül maradt.

Ezért továbbfolytattuk vizsgálatainkat. Abból indultunk ki, hogy a felvett arzénnek csak kis része választódik ki és nagy része az epitheliális szervekben rakódik le. Ezért a haj arzéntartalmát vizsgáltuk meg és azt találtuk, hogy 25 mgr hajban 3,5 γ arzén van, vagyis számításunk szerint 14 mgr %, amely közel ezerötszázszorosa a rendes értéknek, amit tudvalevően *Billeter* és *Marfurt* adatai szerint 0.0097 mgr %-nak vehető. Magyar szerzők szerint ennél valamivel nagyobb: *Vámosy* és *Balogi* 0.015–0.038 mgr %-nak, *Szép* 0.024–0.108 mgr %-nak találja a haj természetes arzéntartalmát. A beteg távozása előtt megismételtük vizsgálatainkat. Közben a beteg levágatta a haját és így előrelátható volt, hogy az utána nőtt haj arzéntartalma kisebb lesz, mert az arzénbevitel megszűnt. Minthogy közben kezünkbe került *Szép* munkája, amely felhívja a figyelmet a haj gondos megtisztításának fontosságára, ezúttal oly módon jártunk el, hogy a haját előzetesen forró vízzel, majd hideg alkohollal gondosan megtisztítottuk a reátpadt zsírtól, illetőleg szennyeződéstől és azután végeztük el meghatározásainkat. Ezek szerint még mindig igen sok arzén volt kimutatható, bár körülbelül 4 hónap telt el a mérgezés óta. Azt találtuk ugyanis, hogy 25 mgr mosott hajban 1 γ arzén van, ami 4 mgr %-nak felel meg. Minthogy kóros körülmények között ilyen óriási mennyiségben felhalmozódhatik az arzén a hajban, ugyanakkor, amikor a vizeletben aránylag nem túlságosan nagy mennyiségben választódik ki, tapasztalataim alapján magam is ajánlhatom kétes esetben a haj arzéntartalmának meghatározását. Ez egyszerűbbnek látszik, mint a mikrochemiai histológiai vizsgálat kivágott bőrdarabokon és célravezetőbb, mint a vizelet arzéntartalmának a megállapítása.

Miután az idült arzénmérgezés diagnózisát biztosítottuk, kerestük a mérgezés forrását. Helyszíni szemlélet tartottunk a beteg lakóhelyén, tanyáján, megvizsgáltuk a fal festését, a használati tárgyakat, edényeket és gyanúnk mindinkább a kút vizére irányult. Vízmintát hoztunk haza és meglepődve láttuk, hogy a víz literenként 2 mgr arzént tartalmaz. Ennek megfelelően a beteg felesége, valamint egy kis rokonleány, akik a kút vizét itták, szintén megbetegedtek, de sokkal kisebb mértékben, mint a családfő, aki naponta 3 liter vizet is megivott. A kisleányon a bőrnek barnulása, az asszonyon a tenyér és a talp hyperkeratosisa volt feltűnőbb.

Ezzel orvosi feladatunk véget ért és a rendőrségre hárult annak tisztázása, hogy hogyan került ilyen nagymennyiségű mérgező anyag a kút vizébe. Annál érthetlenebb a víz nagy arzéntartalma, mert a kút az évek folyamán többször is kiszáradt, azután kikotorták, újra megtelt vízzel és mindig ilyen sok arzén maradt benne. A rendőrségi nyomozás szerint legvalószínűbb, hogy arzénos permetezőszer jutott a kút vizébe.

Még néhány szóval a bőr pigmentzavarainak gyógyítási lehetőségeivel szeretnék foglalkozni. *Szent-Györgyi* volt az első, aki a C-vitamin és a festékanyagcsere zavarának összefüggéseire rámutatott. Ez volt tudvalevően az a gondolat, amely a C-vitamin felfedezésére vezetett. *Szent-Györgyi* abból indult ki, hogy az Addison-kórosok éppen úgy megbarnulnak, mint a gyümölcsök, ha légzőrendszerük meg van zavarva, mint például az alma, a banán és a burgonya. Ezután a növényi légzés tanulmányozásába kezdett, miközben egy erősen redukáló anyagot talált: a hexuronsavat, amely a mellékvese kérgében is nagy mennyiségben előfordul. Ez volt az az anyag, amely ké-

sőbb ascorbinsavnak, illetőleg C-vitaminnak bizonyult. Minthogy arra gondolt, hogy az Addison-beteg is azért barnult meg, mert a pusztuló mellékveséje miatt C-vitamin hiányban szenved, ezért az ilyen betegeknek nagymennyiségű ascorbinsavat adott, amire kifehéredtek ugyan, azonban éppen úgy meghaltak, mint azelőtt C-vitamin nélkül. Közbevetőleg említsem, hogy a néger ascorbinsav adagolására nem fehéredtek ki, tehát a C-vitamin nem befolyásolja a fiziologias pigmentációt. További kedvező eredményekről számolnak be *Szüle*, *Teubern*, *Morawitz* Addison-betegeken, valamint *Hoff*, *Schroeder* és *Einhausser* különböző eredetű hyperpigmentációkon.

Kísérleti úton többen foglalkoztak ezzel a kérdéssel: *Szent-Györgyi* in vitro ascorbinsav jelenlétében a pigmentképződés gátlásáról számolt be. *Schroeder* pedig C-vitaminnal megakadályozta a *Bloch*-féle dopa-reakciót. A dopa-reakciót úgy végzik, hogy a bőrből készült fagyaszott metszeteket 24 órára dioxyphenylalanin oldatba helyezik és ekkor a sejtekben levő oxydase hatására barna bőrfesték: a melanin képződik, főleg a bőr hámlósejtjeinek és tüskéssejtjeinek rétegeiben. Természetesen, a C-vitamin mint erősen redukáló anyag, képes ennek az oxydatív folyamatnak a gátlására.

Főleg angol és amerikai szerzők viszont arról számolnak be, hogy különböző mellékvesekéreg kivonatokra az Addison-kórosok bőre elhalványul. *Grüneberg* szerint a cortin-készítmények e depigmentáló hatásában az ascorbinsav nem játszik szerepet. A kedvező hatás szerinte nem a C-vitaminnak tulajdonítható, hanem a kéreghormonnal van kapcsolatban.

Az arzénmelanosis nagyon alkalmas arra, hogy a C-vitamin és a cortin-készítmények hatását tanulmányozzuk a bőr festékszavarain. Az arzénmelanosis rendkívül makacs hyperpigmentáció. Kivételesen előfordul a kifehéredés néhány hét alatt. Sokszor azonban az egész életen át változatlan marad a sötét szín, még akkor is, amikor az arzén már régóta nem jut be a szervezetbe. *Stahl* esetében az arzénmelanosis másfél év alatt semmit sem halványodott. *Wyss* esetében kilenc hónap alatt tűnt el a barna szín. A betegünk korábban két hónapig is feküdt egyhuzamban intézetben, azonban a bőre legkisebb mértékben sem lett világosabb.

A klinikán a férfit és a rokon kisleányt volt alkalmunk észlelni. Így két esetben volt lehetséges, hogy a C-vitamin, illetőleg a kéreghormon gyógyhatását megítéljük. Oly módon jártunk el, hogy a C-vitamint és a kéreghormont együttesen, illetőleg külön-külön adagoltuk két-háromhetes időszakokban váltogatva és figyeltük a bőr színének változását. Naponta 300, illetőleg 600 mgr C-vitamint és 1, illetőleg 2 ampulla *Richter*-féle Cortigent fecskendeztünk be. Csaknem négy hónapig tartó megfigyelésünk szerint a C-vitamint és Cortigen külön-külön nem tudta befolyásolni a pigmentzavart lényegesen, azonban úgy látszik, hogy a C-vitamin és Cortigen együttesen némileg hatásos arzénmelanosis eseteiben, mert a férfi végtagjai, amelyek legkevésbé barnultak meg, ilyen kezelés mellett kifehéredtek és a mellkas bőrén is megnagyobbodtak a világos területek, azonban a has és genitáliák környékén változatlan maradt a sötétbarna szín. Úgy látszik, a kifehéredés oly módon jön létre, hogy a Cortigen a C-vitamin anyagcserejét befolyásolja, úgy hogy ezáltal képessé válik a melanin képződés gátlására. Érdekes, hogy betegekünk nem szenvedtek C-vitamin fogyatkozásban és az intracu-

tán feeskendezett C-vitamin (300 mgr 10 ccm phys. konyhasóoldatban) nem halványította ki a befeeskendezés helyén sem a bőr barna színét.

Minthogy a C-vitamin és a kéreghormon kezelés nem nagyon volt eredményes, más gyógyító lehetőségekkel is kísérleteztünk. Abból indultunk ki, hogy az arzénmérgezettnek a bőre a fénynek kitett helyen nem barnul meg. Ezért megkíséreltük, hogy a hyperpigmentációt kvarefénykezeléssel tüntessük el. Sajnos, ez a kezelés nem váltotta be hozzáfűzött reményeinket, mert még a kis lencsényi világos bőrterületek is megbarnultak a kvarefény hatására.

Összefoglalás: Idült arzénmérgezésben szenvedő családot ismertettünk, amelynek tagjai között májcirrhosis, leukomelanoderma és hyperkeratosis együttes előfordulásával találkoztunk. A diagnosis biztosítására a legegyszerűbb és legcélravezetőbb eljárás — tapasztalatunk szerint — a haj arzéntartalmának meghatározása. A C-vitamin és kéreghormon együttesen némileg hatásos, de külön-külön nem igen befolyásolják a bőr barnulását. Az arzénmelanosos fénykezelése eredménytelen. A mérgezést valószínűleg az okozta, hogy arzénos permetezőszer került a gémeskút vizébe. A víz literenként 2 mgr arzént tartalmazott.

A gyulai állami kórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Jung Géza.)

Gyomorcsonkolások utáni közvetlen halálozás.

Írta: Gombos Imre dr. alorvos.

Amennyire nagy a gyomorműtétek késői eredményeivel foglalkozó közlemények száma, a műtétek utáni közvetlen megfigyelésekről, halálesetekről, azok pontos elemzéséről annál kevesebb beszámolót találunk. Pedig nem látszik feleslegesnek, ha e kérdéssel minél többen foglalkoznak, mert az egyes közleményekben nemcsak a halálozási százalékok, hanem a halálokok százalékos megoszlásában is feltűnő különbségek találhatók. Így a szív és keringési elégtelenségből eredő halálokok főleg angol-amerikai statisztikákban meglepően magasak, megközelítik a 40—45%-ot. Ugyancsak ilyen nagy az aránya a tüdőszövődmények következtében beálló halálozásoknak. A statisztikai adatok részletesebb vizsgálatakor kiténik továbbá, hogy azok a sebészek, kik elvileg egy bizonyos csonkolási eljáráshoz ragaszkodnak, általában nagyobb halálozási százalékkal dolgoznak, mint azok, kik az esetek szerint választják meg eljárásaikat. Nem kétséges ugyan, mint azt *Verebély*, *Haberer* is említik, hogy a gyomorcsonkolás utáni halálozás 2—15 százalék közötti ingadozása jórészt attól függ, hogy a sebészek milyen megítélés szerint s milyen anyagon végzik műteteiket, mégsem hagyhatók figyelmen kívül azok az összefüggések, mik az egyes szerzők adataiban a halálokok megoszlása s a választott műtét között adódnak. Pl. *Guleke*-nél, ki lehetőleg mindig Billroth I-et végez, a gyomorileus, az anastomosis helyének megtöretése, a vastagbélfordor felfüggesztésének stb. hibáiból eredő halálok csak 0,3%-ban, *Kirnmann*-nál, ki 205 Billroth II-es módosításai szerint végzett resectiójából 4 lezorításos tünetek közötti halálesetről számol be, 2%-ban szerepel. E halálokok nyilván nagyobb százalékban fognak szere-

pelni azon sebészek adataiban, kik a Billroth I-et nem vagy igen ritkán végzik s érthetően annál nagyobb ezek lehetősége, minél több a Billroth II. műtétek száma. Még mindig időszerűnek látszik *Hesse* megállapítása is, ki csak a technikai hibákból eredő szövődményeket 39%-ra becsüli.

E szempontok szerint vettük vizsgálat alá a gyulai áll. kórház utolsó 10 évi gyomorcsonkolásos anyagát. Különös tekintettel lévén tehát a szív, vérkeringési elégtelenség, illetve tüdőszövődmények miatti halálesetekre, vizsgálván továbbá, hogy az esetek szerint választott csonkolási eljárások mellett, fentemlített s feltehetően technikai hibákból eredő szövődmények hogy alakulnak.

Alkalmasnak látszott erre az összes idült gyomorfekélyek miatt végzett ú. n. »nagy resectiók« sorozatának vizsgálata, annál is inkább, mert ezek, ez idő alatt kizáróan egy műtő, az osztályvezető főorvos által végeztek. A hibaforrások kutatásakor tehát, nem különböző technikai felkészültséggel rendelkező sebészek együttes eredményét kellett átvizsgálni, azaz »több kéz« munkája nem hatott zavarólag. Kihagytuk a daganat (cc.) miatt végzett csonkolásokat, mert a korán elfogott operabilis cc. miatti csonkolások korántsem okoztak olyan technikai nehézségeket, mint pl. a penetráló nyombélfekélyek s természetesen több ilyen »könnyebb eset« csak a halálozási arányszámot javította s a pontos elemzés értékét csökkentette volna.

Operált betegeinknek kb. 50%-a, részben a helyi belosztály, részben más intézetekből, előzetes kivizsgálás s a conservatív kezelés sikertelensége után, 35%-a több évi sikertelen intézeten kívüli kezelés után került hozzánk. Kb. 15%-a azok közül adódott, kiknél először conservatív kezelést ajánlottunk, azonban ragaszkodtak a műtéthez, továbbá vérzés, vagy más okból operált s csak műtétközben megállapított fekély miatt csonkoltattak. A fekélyes panaszok miatt hozzánk került betegeknek körülbelül 10%-ában volt indokolt a conservatív kezelésre való utasítás. A műtétek tehát nem ú. n. »válogatott« anyagon történtek, amit e kórház beteganyagának mineműsége (főleg földműves, napszámos, kik tudvalevőleg hajlamosak a műtét végsőkéig halasztására) már eleve kizár. A kórházakban uralkodó azon elvnek pedig, hogy a legrövidebb ápolási napok mellett a beteg lehetőleg munkaképesen távozhasson, csak úgy tudtunk megfelelni, ha a leg súlyosabb esetekben is a leggyökeresebb eljárást alkalmaztuk. (Nagy resectiót, melynek késői eredményei a legjobbak.)

A műtét javallásában követjük *Haberer*, *Finsterer*, *Orator* stb. elvét, vagyis heveny fekély elsősorban belgyógyászati kezeléssel gyógyítandó, s csak ha ez hosszasan eredménytelen, kerül sor műtétre.

Műtéti eljárásunknál a fentiek alapján tehát, elvi álláspontunk, mint azt *Haberer*, *Lexer*, *Donati* stb. vallják, lehetőleg mindig csonkolni, még pedig az ú. n. »nagy resectio« (a pylorus s a gyomor kétharmadának eltávolításával). Gastro-enterostomiát csak súlyos betegállapot esetén — mint azt *Petrow*, *Wydlér* körülírják — s kivételesen régen gyógyult heges pylorus-szűkületek alkalmával végzünk.

Gyomorműtétet végeztünk 274 esetben, ebből gyomorcsonkolás volt 194 = 70,3%. Gyomorcsonkolást fekély miatt 135 esetben, daganatos elváltozás miatt 59 esetben végeztünk. *Finsterer*-féle kirekesztéses csonkolást egy esetben sem végeztünk. 24

GEA-nál azonban a fekély időleges nyugalomba helyezésére pylorus kirekesztést végeztünk a lig. teres hepatitis-szal. Fekély miatti csonkolás történt: Billroth I. szerint 81 esetben, ebből 45 gyomor- 36 nyombélfekély; Billroth II. szerint 54 esetben, ebből 17 gyomor-, 37 nyombélfekély. Gyomorfekélyből 27 volt áthatoló, ezekből 10 Billroth I. szerint csonkoltatott, patkóbélfekélyből pedig 34 volt áthatoló s ezek közül 6 csonkoltatott Billroth I. szerint. Az összes fekélyek 45%-a tehát penetráló volt s ezek 26%-ában a csonkolás Billroth I. szerint történt. A nem penetráló fekélyek 61%-ában voltak kisebb-nagyobb összenövés, Billroth I. szerint lévén eltávolítva 38%. Végeredményben az összes fekélyek 64%-a Billroth I. szerint távolított el.

A 135 gyomorcsonkolásos betegünk közül elvesztettünk 6-ot, ami 4.4%-os halálozásnak felel meg. Ez összevetve néhány, a legutolsó évekből származó más közlemény adataival, jó eredménynek mondható.

Gyomorcsonkolás után meghalt hat betegünk, adata a következő:

1. 52 éves férfi. Mélyen a hasnyálmirigy fejébe fúródó patkóbélfekély, lobos beszűrődéssel. Billroth II. műtét. Hatodik napon kezdődő hashártyagyulladás tünetei, bélbénulás. Nyolcadik napon halál. Retroperitonealis phlegmone, kiindulás valószínűleg a patkóbélesonkból. Ez esetben boncolás nem végezett.

2. 29 éves férfi. Hasnyálmirigybe fúródó patkóbélfekély, a tömeges környéki hegesedésbe benőve az epehólyag is. Billroth II. műtét. Ötödik napon ileusos tünetek között meghal. (Boncolat: Az elvezető kacs strangulatioja, erős megtörtése. Pneumonia lobaris. Oedema pulmonum.)

3. 21 éves férfi. Májba fúródó, a choledochus és epehólyaggal szívós, vascos, hegesedésbe ágyazott patkóbélfekély. Billroth II. műtét. Öt nap múlva, fokozódó hashártyagyulladásos tünetek között halál. (Boncolat: Nyombél-varratok elégtelensége. Peritonitis diff. Fibrinoso-purulenta.)

4. 37 éves férfi. A patkóbél kezdetén az elülső falon borsónyi heges behúzódó fekély. Billroth I. műtét után nyolc órával, a beteg lassan fokozódó anaemiás tünetek között meghal. A gyomorvérzés határozott tünetei (vérhányás stb.) hiányozván, relaparatomia nem történt. (Boncolat: Haemorrhagia ad cavum ventriculi et intestini. Anaemia univ.)

5. 26 éves férfi. A patkóbél kezdetén kis heges fekély. Billroth I. műtét. Appendectomia. Hét nap múlva, lassan kifejlődő hashártyagyulladás tünetei között meghal. (Boncolat: Részleges varratelégtelenség. Peritonitis fibrinoso purulenta diff. 1 liternyi véres izzadmány a hasüregben.)

6. 52 éves férfi. Mély heges gyomorfekély. Billroth I. műtét. 32-ik napon általános hashártyagyulladás tünetei között halál. (Egyéb adatok nem állnak rendelkezésünkre.)

Fenti szempontok szerint műteteinkkel és haláleseteinkkel kapcsolatban tehát a következőket állapíthatjuk meg.

Válogatás nélkül, ha csak mód volt rá, Billroth I-et végeztünk, a fekélyek 64%-át távolítottuk így el. Eljárásunk ellenére halálozási arányunk nem rosszabb azon intézetekénél, hol e műtétet nem, vagy csak igen ritkán végzik. Nem látjuk indokoltnak a nagy óvatosságot és aggodalmat tehát, amit sokan e műtéttel szemben táplálnak. Egyszerűbb s az életteni működések zavartalanságát jobban biztosító eljárás lévén, nyilvánvalónak látszik az a gondolat, hogy azon hibákból eredő halálokok, mik Billroth II. és módosításai után fellépnek, itt elmaradnak. (Mint már említettük, elsősorban a gyomor-bél szájadék helyének megtörtése, a vastagbélfordor felfüggesztésének hibáiból stb. eredő kiürülési zavarokra gondolunk.) Haláleseteink között a gyomor-ileus egy esetben szerepel halálökként, ez alka-

lommal is a csonkolás Billroth II. szerint történt. Több statisztikai adat összehasonlításából kitűnik, hogy a halálokok százalékos megoszlásában, 0.5%—2% a gyomor-ileus, 2.4%—3.4% a gyomorcsonk és nyombélesonk varratainak elégtelenségéből eredő hashártyagyulladás miatti halálozásra esik. Az utóbbi okokból származó százalékos arány is jóval kisebb lesz azonban azon szerzők adataiban, kik a Billroth I. eljárást részesítik előnyben. Érthető lesz ez azon cknál fogva, mert egy vakon végződő patkóbélesonk, ami Billroth II. és módosításai után mindig marad, Billroth I. után nincs meg s így az ebből eredő szövödmények is természetesen elesnek.

A sokaktól hangoztatott műtét utáni gyomor-atonia, az ezt követő varratfeszülés, esetleg elégtelenség — ami a patkóbél lumenétől függő szűk szájadék képzésének következménye — tapasztalataink szerint el volt kerülhető. Ezt egyrészt annak tulajdonítjuk, hogy finom varrattechnikával, a szék befördítése után is a gyomor-bél szájadék bőven átjárható marad, másrészt a gyomor-bél egyesítés leggyengébb helye (ahol a gyomorcsonk záró varrata, a gyomor-bél szájadék körkörös varratával találkozik), a gyomorcsonk és patkóbél kigörcsületi részén elhelyezett több magas, ú. n. »feszítelenítő« varrattal van biztosítva, ami egyben a gyomorcsonk jó »odafekvését« is elősegíti. Egyébként, hogy az alapfeltétel, azaz a két csonk feszülés nélküli összehozása, mikor és mennyire van meg, ez minden bizonnyal jórészt a műtő megítélésétől s technikai készségétől is függ. Eseteink azt bizonyítják, hogy ez még súlyos penetráló fekélyek esetén is meg volt található, jöllehet, csonkolásainkkor a »nagy resectio« elvének megfelelően a gyomor jó kétharmada a pylorussal együtt távolított el. *Clairmont* leírja, hogy különböző technikai fogásokkal mind több és több esetben teremthető meg ez az alapfeltétel s újabban complicált esetekben is mindig Billroth I-et végez. *Finsterer* szerint mind közvetlen, mind késői eredményeit tekintve, a Billroth I. felülmúlja a Billroth II. és módosításait. *Guleke* úgy találja, hogy újabb, jobb eredményeit a Billroth I. gyakoribb alkalmazásának köszönheti, lehetőleg mindig ezt is végzi. *Jonsonn*, *Morley* legjobb eredményeiket Billroth I. után látják. Mellőzve bizonyos technikai kérdések részletezését, megemlítjük, hogy először mindig a cardia felőli csonk kikészítésével, így a patkóbél és környékének jobb feltárási lehetősége mellett, a feltételek általában könnyebben megteremthetők. Előfordul olykor, hogy a csonkok összehozása csak némi feszülés árán sikerül, a varratok azonban ilyen esetben is jól tartanak, ami nem utolsó sorban annak tulajdonítható, hogy varratsort zúzott vagy sértett szövetre soha nem helyezünk, az ú. n. »ecraseur«-t nem is használjuk. Továbbá, mint említettük, a gyomor-bél szájadék azon bizonyos gyenge helyén, a varratok tartását, több magas feszítelenítő varrattal biztosítjuk. Olykor a nagyceplez egy csücskét terítjük s rögzítjük a varratsor fölé.

A hat haláleset közül 4 varratelégtelenség miatt következett be, ebből 2 esik a Billroth II. szerinti s ugyancsak 2 a jóval nagyobb számban végzett Billroth I. szerinti csonkolásokra, holott a varratok feszülésére a lehetőség az utóbbiaknál nagyobb lévén, inkább várhatnánk egy eltolódást a Billroth II. javára.

Nagyobb figyelmet azonban 4-ik esetünk érdemel, hol 8 órával a műtét után állt be a halál elvér-

zés következtében. A vérzés helye boncolás alkalmával sem volt megállapítható, jöllehet, kb. másfél liternyi vér volt a gyomorban és belekben. Ez esetben a kis heges, összenövésektől mentes fekélyt könnyen el lehetett távolítani, gyulladástalan, teljesen ép szövetet varrtunk, ellentétben az előbbiekekkel, hol az igen heges, rosszul erezett szövetekben, még a legpontosabb varrat sem biztosíthatott a részleges szétválás ellen. Esetünk igazolni látszik *Haberer*, *Hesse* véleményét, hogy a varratelégtelenségből származó szövődmények el nem kerülhetők, ha még az esetleges fertőzés lehetősége (fertőzött, megnyitott nyirokutak, stb.) kizárható is. Az ilyen varratelégtelenségből eredő utóvérzések megakadályozására *Zumtöbel* és *Kirnmann* a *Haberer* ajánlotta eljárást követik, a seromuscularis átvágása után az áttűnő edényeket először külön lefogják, majd lekötik. Utóbbi mégis 205 esetéből 8 esetben kapott súlyos utóvérzést. Mi, a különben kitűnő Petz-készülék levétele után, a kapocssorra még egy, a két gyomorfal minden rétegén áthatoló tova futó catgut-varratot helyezünk. A kapocsközökben előálló vérzést így csillapítva, a esonk szélét sűrű, esomós selyem, sero-serosus varrattal súlylyesztjük.

Keringési elégtelenség vagy tüdőszövődmény egyetlen esetben sem volt a halálozás közvetlen oka, ami éles ellentétben áll a statisztikák adataival, hol ezen szövődmények 40—45 százalékban szerepelnek halálokként. Feltűnő ez annál is inkább, mivel betegeink 87 százalékát altatásban operáltuk, ami után e szövődmények inkább várhatók volnának. Ugy gondoljuk, nem egészen jelentéktelen szerep jut ebben a műtéti, ill. az altatási idő rövidségének, így az elhasznált altatószer kevesebb mennyiségének. Mindenesetre ezek figyelembevétel nálunk elsőrendű követelmény.

Mint az nagyobb statisztikai adat összehasonlításából kitűnik, a műtétutáni tüdőgyulladás kifejlődésében a műtét helye is elsőrendű fontossággal bír. Így nőgyógyászati műtétek után általában kisebb, mint sebészeti műtétek után. Utóbbiaknál is különösen a has felső részében végzett műtétek, különösen gyomorműtétek után gyakori. *Elwyn* kimutatása szerint ez az arány gyomorműtétek után 13,8 százalékra, egyéb hasi műtétek után 6,2 százalékra tehető. Meglepőbb *de Quervain* statisztikája, mely szerint a tüdőszövődmények 75 százaléka gyomorműtétek után jelentkezik. Lényegesen nem befolyásolta a szövődmények keletkezését, hogy a műtét helyi vagy általános érzéstelenítésben történt. Osztályunkon is láttunk tüdőgyulladást, éppen úgy helyi, mint általános érzéstelenítés után. Halálessünk azonban egy sem volt.

Nem kétséges, hogy egy helyi érzéstelenítésben is könnyen elvégezhető gyomorcsomoklás kevesebb megterhelést ró a betegre, mint az általános érzéstelenítés, azonban már egy súlyosabb összenövéses esetben, hol a helyi érzéstelenítés nem végezhető el tökéletesen, — mondjuk, a beteg lelkileg sem állítható be megfelelően — kérdés, hogy az izgalmmal, fájdalommal teli ébrenlét, a betegnek a műtét síma lefolyását gátló nyugtalansága, nem jelentenek-e nagyobb ártalmat a szervezetre, mint az általános érzéstelenítés?

Ujabbán mind többen és többen számolnak be az emboliás infarctusok jelentőségéről a műtétutáni, főleg halálos tüdőszövődményekkel kapcsolatban. Azonban hogy e legtöbbször septikus embo-

lusok (penetráló, gyulladással fekélyek esetén) ritkábbak volnának helyi, mint általános érzéstelenítés nyomán, nincs eldöntve.

Ilyen értelemben elfogadható sok sebész álláspontja, kik a tüdőszövődmények keletkezésében az érzéstelenítés módját nem tartják elsőrendű fontosságúnak.

Összefoglalás: 1. Elvileg egy bizonyos műtéti eljárásához ragaszkodó sebészek műtéti halálozási adatai nem jobbak azokénál, kik az esetektől függetlenül választják meg műtéti eljárásaikat. Utóbbiaknál a Billroth I. módszer gyakoribb alkalmazása esőkkenten látszik a műtétek halálozási százalékát.

2. Első helyen még mindig a varratelégtelenségből és egyéb technikai hibákból eredő szövődmények állnak. Szívkeringségi elégtelenség és tüdőszövődmenyből származó halálesetek nagy száma túlzottnak mondható.

3. A műtétek utáni tüdőszövődmények keletkezésében a rövid, jó altatás nem látszik hátrányosabbnak a helyi érzéstelenítésnél. (Gyomorműtétet értve.)

A berlini egyetemi Női Klinika (Igazgató: W. Stoeckel ny. r. tanár) és a kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. Női Klinikájának (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár) közleménye.

Sacralis teratoma esetek.

Irta: *Pallos Károly dr.* egyetemi tanársegéd.

Bonnet, *Wilms*, *Marchand*, *Borst*, *v. Bergmann*, *R. Meyer* alapvető munkái óta nagymértékben megsaporodott a veleszületett keresztcsonttájéki daganatokkal foglalkozó irodalom. A nagy érdeklődés oka az, hogy ezen képződményeknek az ébrényi fejlődés korai zavaraira visszavezethető anatómiai és szövettani érdekessége mellett nagy a gyakorlati jelentőségük. A keresztcsonttájéki teratomák a szülés mechanizmusának zavarát, sőt a szülés teljes megállítását is eredményezhetik. Ez az után megmagyarázza azt, hogy ezen képletekkel a klinikusok is előszeretettel foglalkoztak.

A helyzet az, hogy, ha még oly nagyszámú keresztcsonttájéki teratomát vizsgálnánk is át sorozatos metszetek ezreire, akkor sem tudnánk mai ismereteinket ezen képletek szöveti szerkezetét illetőleg lényegesen gyarapítani. Azok a régi törekvések pedig, amelyek a veleszületett keresztcsonttájéki daganatok elnevezését, osztályozását és eredetének kérdését egyedül a szöveti kép alapján tartották megoldhatónak, odavezettek, hogy az ezen kérdésekben uralkodó felfogások a daganatok tarka szöveti képét tükrözik vissza és mindenkor hű kifejezői az akkori fejlődési ismereteknek.

Az újabb munkák súlypontja nem az egyes esetek leírására és szövettani vizsgálatára szorítkozik, hanem alapot ad az egyes szerzőknek arra, hogy a daganatok eredetét illetőleg állást foglaljanak, illetve gyakorlati jelentőségük lehetőségére mutassanak rá. Alábbi két esetünkkel kapcsolatban a veleszületett keresztcsonttájéki teratomák elnevezésének, beosztásának és eredetének mai állását szeretnénk röviden ismertetni.

Első esetünkben: klinikánk poliklinikus szolgálatát 33 éves II. P. szülőnőhöz hívták ki. Az asszony már a lepényi szakban volt, a koraszülött, 8 hónapos magzat halott. A baba elmondja, hogy a magzat fejének és vállának megszületése után a szülés elakadt és

a magzat csak többszöri, igen erőltetett húzás után született meg nagymennyiségű meconiumos magzatvíz kíséretében. A szülés akadály a magzat keresztcsonti tájékán elhelyezkedő, jókora gyermekfejnyi daganat volt. Félórával a magzat megszületése után hatalmas lepény távozott, mely a poliklinikus orvos bementése szerint 2–3 kg súlyú lehetett. A gyermekágy simán folyt le. Az asszony kórelőzményében semmi említésreméltó, leletében pedig kóros elváltozás nem volt kimutatható.

A klinika pathologiai intézetébe boncolásra és szövettani vizsgálatra küldött magzat 42 cm hosszú. Súly a daganattal együtt 4600 gramm. Bőre főleg az arcon, nyakon, törzsen és a felső végtagokon erősen vizenyős, az ujjbonyomatot megtartja. Bemetszésre a bőr alól sok savós folyadék ürül. Köldökig a bőr erősen kékes elszíneződésű. A keresztcsont-tájékaról jókora gyermekfejnyi daganat indul ki, amelyen a magzat rajta ül. A daganat legnagyobb körfogata 44, nyílirányú átmérője 18, harántirányú átmérője pedig 16 cm, körfogata a keresztcsontnál 21 cm. Az alsó végtagok bőre széles ráncsal folytatódik a nagyjában kerek és sima felszínű daganatra és annak felső két-harmadát betakarja. Az alsó harmadot érdes felszínű, helyenként vérvéses tok fedi, mely sok helyen roncsolt, dörzsölésre szakad és a nyílásokból véres-savós folyadék ürül. A tok alatt tág erek láthatók. A daganat túlnyomó részben tömött tapintatú, helyenként szivacsos, cystikus részletekkel. A esípócsonttal összeköttetésben lévő combok között jól fejlett penis látható, a herezacskóban a herék nem tapinthatók. A végbélnyílás a daganat jobboldalán, az alsó polushoz közel foglal helyet (1. ábra). A has- és mellüregben



1. ábra. Gyermekfejnyi keresztirányú leratomán ülő hydropsos magzat.

nagyfokban megszorodott sárgás serosus-folyadék található. A máj nagy, az egész hasüreget kitölti. A herék a belső lágyéki nyílásnál tapinthatók. Fejlődési rendellenesség nincsen. Luesre utaló elváltozásokat nem találunk. A magzat és a daganat verticalis irányú felezési síkjának metszslapján jól kivehető, hogy a daganat a magzat kereszt-, illetve faresontjával nem áll összefüggésben. (2. ábra.) A metszslapon tömött, helyenként törékeny szürkés-fehér alapszövetbe ágyazott, igen nagyszámú kisebb-nagyobb tömlőt látni, amelyek simafalu üregét savós, másutt nyúlós bennék tölti ki. Néhány tömlőben alvadt vér látható és a daganat tömött részeiben is vannak vérvéses területek. Főleg az alsó polushoz közel helyenként elhalt a daganatállomány. A daganat szürkés-fehér tömött része



2. ábra. A magzat és daganat verticalis irányú felezési síkja.

a keresztcsont előtt magasra nyomul és kétujjszéles kocsánya benyomja a hashártyát. A daganaton kanyarogva átvonuló sygma végig sondázható.

Mikroszkopos vizsgálatnál a daganat különböző részeiből készült metszetek rendkívül változatos képet mutatnak. Az alapállományt vizenyős, helyenként nyalábokba rendeződő, ébrényi típusú kötőszövet képezi, amelyben nagyon változatos hámmal bélelt kisebb-nagyobb tömlők és mirigycsőszerű képletek helyezkednek el. A tömlőket helyenként egészen lelapult, endothelszerű, másutt köbös és hengeres hámsejtsorok mellett átmeneti, illetve laphám béleli ki változó magasságban. A hám jellege nemesak egyes cystákban más, hanem rendkívül változatos néha ugyanazon tömlőben is és az egyes hámféleségek fokozatosan mennek át egymásba. A tömlők között nagyszámú kis porcsziget figyelhető meg, amelyeket kötőszövet vesz körül (3. ábra.) A daganat tömöttebb, szürkés-fehér



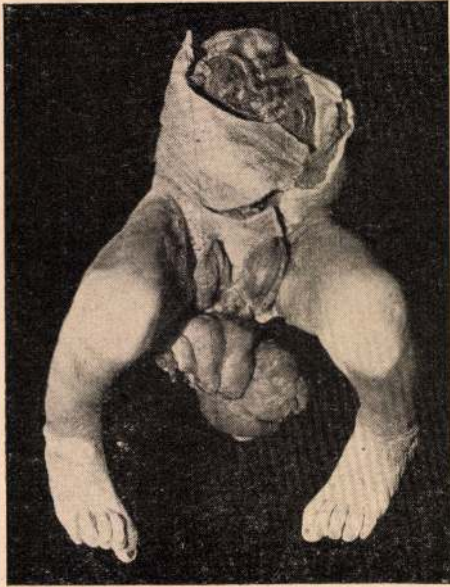
3. ábra. Vizenyős kötőszövetben fekvő változatos hámmal bélelt tömlők, porcszigetek, nekrotikus gliaszövet.

részét gliaszövet alkotja, mely a központi idegrendszer neuroglia burjánzásához hasonlít: chromotindus kis kerek sejtmagvakkal és igen finomrostú hálózattal. A gliaszövetben és a kötőszövetben egyes helyeken kiterjedt vérvéses területek elhalásos területek látszanak. Rosszindulatúságra utaló szöveti jeleket nem találtunk. A máj szerkezetét sejtszegény, rostos kötőszövet járja át, mely a máj lebenykerajzatát teljesen elfedi. A kötőszövetes nyalábokkal elválasztott kis májsejtszigetek között igen nagyszámú, kisebb-nagyobb csoportokat alkotó vérképzőtelepek ülnek a vörös- és fehérvérsejtképzés igen változó korai alakjai-

val. Hasonló vércépzőtelepeket látni a vese kéreg- és velőállományának határán perivascularis elhelyezkedésben. A lepenyt sajnos, nem kaptuk meg szövettani vizsgálatra.

Epikrisis: 33 éves asszony második terhességének 8-ik hónapjában szül. A vállak megszületése után a szülés megakad és csak erőltetett húzásra születik meg a törzs és a magzat keresztosonti táján elhelyezkedő gyermekfejnyi daganat. Ebben szövettanilag mindhárom csiralemez szöveti elemeit megtaláltuk. Teratoma sacrale. Hydrops foetus universalis et placentae.

Második esetünkben a 40 cm hosszú, 2300 gramm súlyú magzat kereszt-, illetve farkcsonti tájékról jókora ökölnyi képlet indul ki, amely egymással összefüggő két részből áll. A kisebb, jobboldali daganatrész proximális felében simafelszínű hengeres csontok tapinthatók, amelyek a kereszt-, illetve farkcsonttal megegyezően függnek össze. Az ugyanezen csontos, egyenetlen felszínű és vastos distalis része négy csökevényes ujjban végződik, ezek közül kettőn körömszerű képződmény látható. (4. ábra.) A daganatnak ezen részét



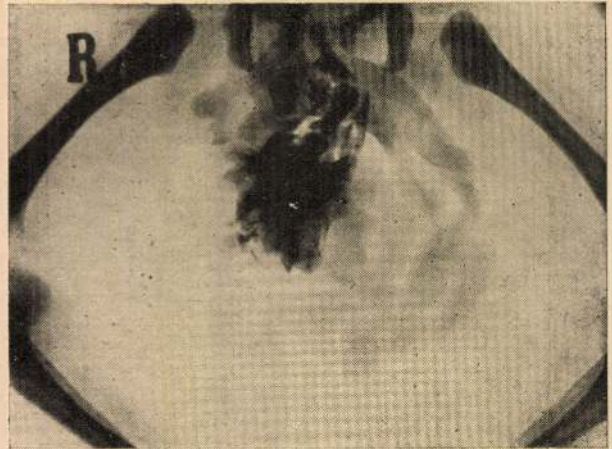
4. ábra. Csökevényesen fejlődött kéz és ujjak mellett agytekervények keresztirányú teratómában.

borító vastos, ráncos bőr a kézszerű képlet tenyéri részének megfelelően fokozatosan elvékonyodva nyálkahártyaszerű fallal bélelt tasakba megy át, amelyen keresztül babnyi, rugalmas tapintatú tumorrészek érezhetők. Horizontális irányú röntgenfelvételen jól ki-



5. ábra. A kereszt-, illetve farkcsont összefüggése a teratoma csontos részével. Horizontális irányú felvétel.

vehető a daganat csontos részeinek összefüggése a kereszt-, illetve farkcsonttal (5. ábra). A verticalis irányú felvételeken négy csökevényes fejlettségű csöves csont mellett meg nem határozható csontárnyékok látszanak (6. ábra). A csökevényes végtagot tartal-



6. ábra. Csökevényes fejlettségű csöves csontok a tumorban. Verticalis irányú felvétel.

mázó daganatféllel széles bőrredővel összekötött baloldali daganatrészlet vékony kötőszövetes tokkal fedett, többszörösen karélyos és gyrusokat képező térszintű képlet, amelynek metszéspontján kis cysticus üregeket bezáró agykéregállomány mellett körülírt, tömött, zsírszövetből álló daganatrészleteket látni. A nemirészeknek megfelelően két széles, nagyajakszerű bőrlebenyben tömött babnyi képletek ülnek. A bőrredők között csökevényes penis foglal helyet. El mögött látni a húgyesőnyílást, közvetlenül a tumor kiindulásánál az anusnyílást. Az agyban kiskokú hydrocephalus.

Mikroszkop alatt a csontos daganatfél tenyéri részének megfelelő helyről készült szöveti metszetekben a felszínt többrétegű, elszarusodó laphám takarja, szőrszálakkal és faggyumirigyekkel. A makroszkoposan nyálkahártyának látszó tasakban a bőr fokozatosan elvékonyodik, magas hengerhámra, majd szabályos felépítésű gyomornyálkahártyává alakul át, jól fejlett muscularis mucosával, sok helyesejttel a mirigyekben nyirokszövet nélkül. A nyálkahártya alatti laza, érdús kötőszövetben sima izomnyalábok közt két mellékvese, nyirokesomók, kötőszövetes tokkal körülvett porcszigetek látszanak (7. ábra). A baloldali da-



7. ábra. Gyomornyálkahártyával borított érdús kötőszövetben mellékvesék, nyirokszövet, porcsziget.

ganatfél felszínét rendkívül érdús, sejtzegény kötőszövet fedi, alatta az agy kéregállományának szöveti szerkezetét utánozó gliaszövetet és kötőszövetes tokba ágyazott zsírszövetet látni. A csökevényes penis melletti széles bőrredőkben talált babnyi képletek heréknek bizonyultak.

Epikrisis: Ökölnyi veleszületett keresztcsonttáji daganat csontos részében csökevényes fejlettségű végtagot, emellett gyomornyálkahártyát, mellékveséket, nyirokszövetet találtunk. A daganat kisebb része agytekervényekből és zsírszövetből áll: Teratoma sacrale.

Nehéz volna találni két megfelelőbb daganatot, amelyek alapján a veleszületett sacralis teratomák elnevezésének, osztályozásának és eredetének kérdésében fennálló nagy véleményeltérések okát jobban lehetne megvilágítani, mint ismertetett két esetünkkel kapcsolatban. Míg az első daganatot a három csiralemez származékainak tarka összevisszasága alkotja (»histologische Potpourri« v. *Rindfleisch*), a második daganatban csökevényes végtag mellett kifejlett szerveket is találtunk. Könnyen érthető, hogy a makroszkoposan és mikroszkoposan annyira változatos és különböző képleteknek csupán a szöveti szerkezet alapján való elnevezése és osztályozása a legnagyobb összevisszasághoz vezetett. Ugyazólván minden szerző külön osztályozást állított fel ezen daganatok számára, melyeknek felsorolása és ismertetése nem tartozik a jelen munka keretei közé. Csak mint történelmi érdekesség érdemel megemlítést, hogy hosszú ideig két irányzat állott egymással szemben. A bigerminalis irányzat képviselői valamennyi sacralis daganatot mint infrafoetatiót fogták fel és keletkezésüket egy második csira jelenlétével magyarázták. (*Ahlfeld, Colbet, Stolper, Hennig, Krömer, Tusini*). A monogerminalis irányzat a képleteket az alsó testvég bonyolult fejlődési zavaraival magyarázta, de az esetek nagy részében, ahol kifejezett szervek vagy csökevények találhatók, ezen elmélet hívei is a második csira jelenlétét állapítják meg (*Aschoff, v. Bergmann, Borst*). *Borst* megkísérelte éles határt vonni bigerminalis és monogerminalis daganatok között. Bigerminalisnak feltételezett infrafoetatióknak azon daganatokat tartja, amelyekben foetalis szervek vagy legalább ezek rudimentumai találhatók meg. Monogerminalis teratoidoknak nevezi ezzel szemben azon képleteket, amelyekben a három csiralemez különböző alakelemei kifejezett szerveképződés nélkül fordulnak elő. Hogy a két csoport között nagyon elmosódtak esetenként az átmenetek és ilyen alapon a daganatokat nem egyszer lehetetlen egymástól elkülöníteni, azt maga *Borst* is elismeri.

A veleszületett sacralis daganatok problémái ma sem tekinthetők megoldottnak. Az újabb irodalomban azonban a kérdés nagyfokban leegyszerűsödött és egységesebbé vált. Ez annak köszönhető, hogy a szerzők a képleteket fejlődéstani alapon igyekeznek megmagyarázni. *Marchandnak* és *Bonnetnak* vannak e téren alapvető érdemei. Elméletük szerint, amelyet *R. Meyer* is átvett és ma is védelmez, a sacralis daganatok kiindulását az úgynevezett blastomerekben kell keresni. Szemben az ovulogen theoria híveivel — akik a sexualis blastomereket és ezek származékait, (*Board, Fischel, Ribbert*) vagy az érett sexualis sejteket (*Pfannenstiel, Krömer*) tekintik a teratomák kiinduló pontjának — *Marchand* és *Bonnet* szerint csak a petével egyenértékű somatikus blastomereknek van meg az a képességük, hogy teratomákká nőjenek.

Budde az embryonalis fejlődés egy későbbi zavarában keresi a veleszületett teratomák keletkezésének magyarázatát. Szerinte a *His* által első ízben leírt ú. n. »primitívshalagból« — amelyet *Budde* a magzat tulajdonképeni organisációs centrumának nevez — a fejlődés folyamán részek szakadhatnak

le, amelyek azután teratomák képzéséhez vezethetnek. Ezen felfogás szerint tehát az autosita eredetileg egyszerű primitívshalagjának összefüggési zavarairól van szó. Az elkülönült szalagrésztlet, az eredeti organisációs erejével felruházva, ahova jut, ott új embryót vagy csökevényes inkoordinált képletet teremt (embryoschysis). Hasonló elgondolás alapján áll *Szendy* is, amikor a sacralis teratomák kiindulását a Hensen-féle csomókban, a korai fejlődési stadium három csiralemezének konnexumában beálló differenciálódásai, lefűződésai és burjánzások zavaraiiban keresi.

Az utóbbi években mind többen fogadják el *Budde* elméletét (*Seegers, Gruber*), ami azonban korántsem jelenti azt, hogy a sacralis teratomák eredetének a kérdése a végső megoldáshoz közel állana. Való adatokat arra vonatkozólag, hogy a sacralis teratomákat mennyiben lehet az egészen korai fejlődés zavaraiiban beálló inkoordinációra visszavezetni, a fejlődéstani kutatástól, illetve ennek fiatal testvérétől, az experimentalis teratológiától lehet várni. Ilyen irányban szép reménnyel kecsegtetnek *Speemann* vizsgálatai, akinek sikerült amphibiustárvalók primitív szalagjának áthelyezése után ugyanazon, de más állatfajban is teratomaszerű képleteket előidézni. *Belagolywa* morula, blastula, gastrula mesterséges inlusiója után teknősbékákban és békákban látott teratomákat ki-fejlődni.

A veleszületett keresztcsonttáji daganatok osztályozásának és elnevezésének kérdése az utóbbi évek folyamán nagyfokban leegyszerűsödött. Általánosan elfogadott felfogás az, hogy ezen képletek eseteiben nem daganatról, — tehát növekedési zavarról — hanem fejlődési zavarról van szó (*Borst, R. Meyer*), amelynek végső megnyilvánulásai az egypetéjű ikrektől kezdve az infrafoetatiókon át a három csiralemez szövetelemei alkotta nem differenciált képletekig egymásba fokozatosan átmenő láncot képeznek. Ennek alapján a sacralis teratomákat ma már minden szerző egységesen fogja fel és elnevezésükre a *R. Meyer* által ajánlott teratoma megjelölést használja. Ha a teratomákban fellépő daganatos átalakulást teratoid, illetve teratoblastoma (*R. Meyer*) elnevezéssel jelöljük meg, úgy a veleszületett sacralis daganatok elnevezése és osztályozása tekintetében egységes és nagyon jól használható állásponthez jutunk és csak ritkán találunk fejlődési rendellenességet, amelyet az egyszerű teratomáktól, vegyes daganatot, amelyet a teratoblastomáktól nehezen tudunk elkülöníteni.

Ugyazólván minden szerző hangsúlyozza, hogy ezideig nem sikerült összefüggést kimutatni sacralis teratoma és az anya valamilyen megbetegedése között és öröklődés lehetősége mellett sem szólnak adatok. Csak mint érdekesség érdemel említést *L. Fraenkel* egy esete. Ökölnyi sacralis teratoma esetében hydramniont, igen nagy placentát talált, a beteg vizsgálatánál pedig kétoldali ovarialis daganatot, amelyeket gyors visszafejlődésük és a tapintási lelet alapján petefészekcystáknak tartott. A lelet alapján *Fraenkel* felhívja a figyelmet az amnion, a chorion és a petefészek együttes megbetegedésére. *Burger* hydrops foetus et placentae esetében írt le kétoldali, mütétnél luteincystának diagnosztizált petefészektoimlőket. Bár ismertetett első esetünkön kívül több is ismeretes az irodalomban, ahol a hydrops foetus sacralis teratomával szövődött (*R. Meyer*), éppen a sacralis teratomák ere-

detének az egészen korai embryonalis zavarokra való visszavezetése miatt hormonalis tényező, mint kiváltó ok, nehezen tételezhető fel. *Fels* sacralis teratomák hormonvizsgálatai alapján az együttes előfordulást véletlennek mondja.

A sacralis teratomák *szülészeti jelentősége* a tumor nagyságával és consistentiájával áll összefüggésben. A szüléseknek kb. csak kétharmada folyik le spontán, a magzat rendszerint fejvégi fekvésben helyezkedik el. Ha a sacralis daganat bizonyos nagyságot elér, akkor a köldökig normalis mechanizmusú szülés is megakad. A daganat nagyságának és tömörségének megfelelően az esetek nagy részében ilyenkor elég egy vagy több erélyes húzás (*Kraatz*). Arra az esetre, ha a magzat erőltetett húzásra sem szünetlik meg, a szerzők különféle megoldásokat ajánlanak. Legtöbbször a daganat perforációját, esetleg evertatióját (*Fink*), *Calbet*, *Tarnier*, *Küstner* láblehozatal, *Busch* a magzat forgatását ajánlja. Lényeges az, hogy ha a magzat köldökig zavartalanul megszületik és akkor a szülés elakad, mindig gondoljunk fejlődési rendellenességre. Ha az ilyenkor végzett belső vizsgálat sacralis daganatot állapít meg, a legegyszerűbb eljárás a daganat punctiója vagy dissectiója. Az esetek nagy részében cystikus daganatok ilyenkor a cystatartalom lefolyása után megkevesbednek és a szülés befejeződik. Ha ezen eljárás nem vezet eredményre, a daganat megkisebbitése, darabolása, esetleg a törzstől való elválasztása a tennivaló. Többízben előfordult, hogy a kocsányos daganat az erőltetett extracélonál leszakadt és utólagosan kellett azt eltávolítani (*R. Meyer*, *Dengler*, *Kovács*, *Beumer*). Ritkán fordul elő, hogy keresztcsonttáji teratoma mellett a magzat medencevégű vagy harántfekvésben helyezkedik el. Ilyenkor láblehozatal, illetve fordítás után — ami nem egy esetben igen nehéz lehet — extractio, akadály esetén a daganat megkisebbitése a tennivaló.

A esetek túlnyomó részében a szülés nem jár különösebb veszéllyel az anyára nézve. Szülési akadályt okozó sacralis teratomák esetében a műtéti beavatkozásoknak megvan a szokásos veszélye és több eset is ismert az irodalomban, amelyekben az anya halálát írják le sepsis, illetve súlyos sérülési vérzések miatt (*Renault*, *Praeger*).

A magzatok egyharmadrésze holtan születik (*Colbet*, *Molk*, *Lahey*, *Eckerson*). Az élve születettek nagy része elpusztul az első életévben. Ez utóbbinak oka még kis tumoroknál is az, hogy a sacralis daganatok a magzat megszületése után gyorsan növekszenek, a táplálkozási zavarok miatt a daganatokban elhalások lépnek fel és a magzat a fertőzés következtében hal meg. Ezért minden kísérlet nemcsak jogos, de kötelező is olyan irányban, hogy az újszülöttet daganatától megszabadítsuk. Mivel a daganatok legnagyobb része nem áll szoros összefüggésben a gerincoszloppal és más szervekkel (*Fels*, *Batemann*, *Bergmann*, *Hedfeld*), aránylag könnyű a műtét is (*Otto*, *Fuge*). Fontos azonban, hogy a fertőzés veszélye miatt a daganatokat lehetőleg gyorsan távolítsuk el.

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

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

A sinus sagittalis superior resectiója.

Írta: *Láng Imre dr.*, klinikai adjunctus.

A sinus sagittalis superior resectiója a falából kiinduló vagy azzal szorosan összekapaszkodott daganat eltávolítása kapcsán válhatik szükségessé. Ilyen daganat különösen a meningeomáknak az a nem ritka félesége lehet, amelyet parasagittalisaknak hívunk és amelyek a középvonalban, illetőleg közvetlen amellet, esetleg mindkét oldalon helyezkednek el, szoros összefüggésben a sinus falával, a falx-szal vagy a dura maternak a sinus-szal közvetlenül határos részével. Ezen, tulajdonképpen leptomeningealis eredetű daganatok lassú, évek hosszú sorára kiterjedő növekedésükkel részben összenyomhatják a sinust, részben falát átnöve obliterálhatják ürterét. Ilyen *lassan*, fokozatosan és teljesen elzáródott sinus sagittalis superior darabnak a daganattal együtt való eltávolítása sem műtéti technikailag, sem a következményeket illetőleg nem jelent problémát. A daganatos beszűródött sinus darabnak kettős aláöltés és lekötés közti kivágása — bár a sinus fal merevsége miatt a lekötés óvatosságot kíván — még sem nevezhető nehezebb sebészi feladatnak. A következményeket illetőleg pedig, mint hogy a daganat lassan, fokozatosan zárta el a sinus ürterét, elég időt és módot hagyott az emiatt megtorlódtatott vénák collaterális-mellékutak megtalálására és kifejlesztésére, — ami éppen meningeomáknál olyan jellegzetes tüneteket is szolgáltat — részben az emissariumokon keresztül a koponya külső lágyrészei felé, részben az agydomborlati (convexitas) pia-venák (venae cerebri superiores) oldalhálózatán át hátrafelé még szabad ürterű sinus szakaszhoz. Ilyen esetben a sinuselzáródás mechanikai tényének következményei a daganat nyomás okozta tünetek között el sem különíthetők és az említett okoknál fogva nem is lehetnek lényegesek.

Más a helyzet, ha olyan sinus darab teljes haránt resectiójáról van szó, amelynek lumene nem záródott el, ahol tehát az a sinus *hirtelen* bekövetkező teljes elzáródásával jár.* Ez esetben már súlyos következményekkel kell számolni, mert a vénás fő-törzs hirtelen elzáródásával az előtte beömlő vénák vére megtorpan, a területükhöz tartozó agyrészek vérellátása a gyors collaterális kiegyenlítés lehetősége híján zavart szenved, ami ezen agyterület működésének ideiglenes, tartós vagy végleges kiesését okozhatja. Hogy melyik és milyen terjedelmű agyrészlet ilyenmű bántalmával kell számolni, az természetesen attól függ, hogy a vénatörzs melyik szakaszán történik az elzárás (ligatura, resectio). Ezt célszerű a parasagittalis meningeomák beosztása szerint a sinus sagittalis superior elülső, középső és hátsó harmada (*Olivecrona*), illetőleg negyede (*Dandy*), ezenkívül pedig a gyrus centralisok vért szállító venae Rolandicae-k beömlési helye előtti vagy utáni szakasz szerint tekinteni és jelölni.

* Lehetséges ugyanis részleges, hosszanti sinus resectio is: amikor egymás után felrakott ezüstkapesok mellett csak a sinus szélének és esetleg egy laterális lacunának resectiója történik a daganat eltávolításával együtt. (*Olivecrona*.)

Megjegyzendő, a sinusresectio vagy ligatura következményeit illetően kevés irodalmi adattal áll rendelkezésre. Állatkísérleti adatok nem vonatkozathatók át teljesen emberre. A sinus thrombosisos elzáródásakor (trauma, fertőzés, anaemia következtében), a tiszta mechanikus elzáródásos következmények nem különíthetők el az alapbaj okozta általánosabb tünetek közül éppúgy, mint a daganat okozta összenyomáskor vagy obliteratiokor sem. A közölt műtéti tapasztalatok általában mind a következmények súlyosságát emelik ki. A koponya- és agysebészetnek a sinus sagittalis superiorra vonatkozó része ezek alapján érthetően szinte kizárólag arra irányul, hogy a sinus megóvassék. Ez nyilvánul meg, amikor a sinusszal összekapaszkodott daganatrészt inkább benthagyják műtétkor; sinus feletti impressió töréskor pedig még a benyomott csontdarab kiemelését sem ajánlják, mert az esetleges szakadást tamponáló csontdarab elvétele halálos sinusvérzést okozhat (Peiper). A sinusbeszakadás elkerülése (vérzés, légembolia veszélyén kívül) és a megtörtént beszakadás ellátása varrattal való egyesítés kivihetlensége miatt izomtampónade-dal, perisinuosus-öltéssel, esetleg Revenstorf-varrattal: mind annak jegyében történik, hogy a sinus ürtere tetemesen be ne szűküljön és a sinusligaturát, illetve resectiót ha csak lehet el lehessen kerülni. Ahol pedig erre mégis sor került, arra vonatkozólag az alábbi tapasztalatok szólnak.

A sinus sagittalis superior lekötése, illetve resectiója még az elülső harmadban is káros következményekkel járhat. Olivecrona 4 esetben volt kénytelen lekötni, illetve resecálni a sinust az elülső harmadban parasagittalis meningeomák eltávolítása kapcsán s a már meglévő psychés zavarok súlyosbodását, illetőleg keletkezését észlelte úgy, hogy átjárható sinus esetén a resectiót még az elülső harmadban is lehetőleg kerüldőnek tartja. Rossz tapasztalata volt az elülső harmadbeli sinus lekötéssel Ranzinak is: esetében azonnali eszméletlenség következett be, majd halál. Dandy 3 esetben resecálta az elülső sinusnegyed a falx egy részével és ő viszont a lekötést, illetőleg resectiót az elülső negyedben vagy harmadban veszélytelennek tartja. Ugyanígy megengedhetőnek tartják az elülső harmadbeli resectiót Peiper és Bailey. Megegyeznek azonban a tapasztalatok és vélemények abban, hogy minél hátrább történik a sinus elzárása, annál súlyosabb következményekkel kell számolni. A középső harmadban különösen áll ez a vena Rolandicák beömlési helyére. Már ezen vénáknak maguknak hirtelen bekövetkező elzáródása is súlyos végtagbénuláshoz, aphasiához vezethet (Bailey, Holmes és Sargent, Waggoner).

Intő példaként szolgál Olivecrona azon esete, amelyben a sinus középső szakaszán, a közép előtt 4-5 cm hosszú darab resectióját kellett végezni. Ez esetben megszűnik, de el nem záródott sinusról volt szó. A következmény az volt, hogy még az egészséges bal láb is megbénult, a meglévő aphasia pedig súlyosbodott. Másfél év múlva a jobboldali hemiplegia szinte teljesen elmúlt, míg baloldalon még mindig fennállott a spastikus paresis. A sinuslekötés előtti ép hemisphaera tehát sokkal súlyosabban sínylette meg a következményes keringési zavart, mint a beteg oldali, ahol a collaterális keringés minden bizonnyal jobban előkészített volt.

Elsberg és Clovis Vincent óva intenek tapasztalataik alapján a sinus középső, de különösen hátsó harmadban ligaturájától.

Megjegyzendő, Olivecronának sikerült egy hátsó harmadbeli kétoldali meningeomát, amely végül is a sinus teljes obliterációjára vezetett, harmadszor meg-

ismételt műtét alkalmával ez obliterált sinus-szakasszal együtt eltávolítani és a daganatnyomás következtében már kifejlődött bénulásos tünetek visszafejlődését elérni.

A legtapasztaltabb agysebészek egyöntetű véleménye legveszélyesebbnek a sinusnak a középső-harmad hátsó felében (a vena Rolandicák beömlési helyétől hátrafelé eső szakasz) és a hátsóharmadban végződő ligaturáját, illetve resectióját tartja. Dandy ezt életveszélyesnek minősíti. Olivecrona pedig átjárható sinus esetén a hátsó kétharmadban végződő resectiót föltétlenül tilosnak nyilvánítja.

Ezek alapján érthető súlyos dilemma előtt állottunk nemrégiben, amikor egy agyi tüneteket egyáltalán nem mutató betegünk esetében rosszindulatú, kiújuló külső parasagittalis meningeoma gyökeres eltávolítása céljából az el nem záródott sinus sagittalis superior középső- és hátsóharmada határán 7 cm-es sinus-darab csonkolása mellett kellett döntenünk. Ezt marandó súlyosabb következmények nélkül sikerült is elvégezni. Minthogy esetünk ilyen eredménnyel tudomásunk szerint első eset a világirodalomban: indokoltnak tartjuk a rávonatkozó adatok alábbi részletesebb közlését.

O. I.-né, 25 éves asszony elsőízben 1939. IV. 28-án jelentkezett klinikánkon azzal, hogy 4 hónap óta fején hátul jobboldalon lassan növe kipúposodó daganatot vesz észre. Egyéb kórelőzményi adatok: családi vonatkozásban minden irányban negatívek. Gyermekkora óta bal felső szemhéja kissé lelóg (ptosis) és jobb pupillája tágabb, mint a bal. Hosszabb ideig ágyban fekvő beteg soha nem volt. 5 évvel előbb jobb emlőjéből daganatot operáltak ki, melynek helye 4 cm hosszú heg képében látható. Egy élő egészséges gyermeke van.

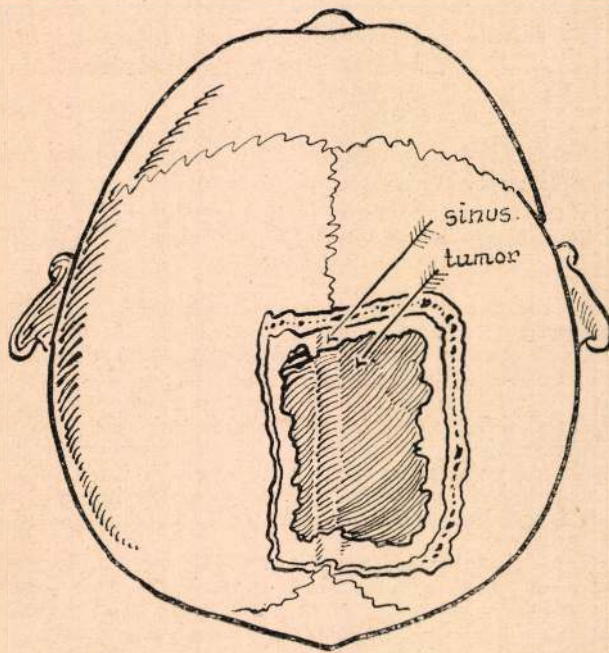
Jelen állapota: 154 cm magas, 44,5 kg súlyú, gyengén fejlett, halvány nő. Mellkas Rtg.: a jobb rekeszhatár csipkés, a jobb sinus nem nyílik ki teljesen. A tüdőmezőkben több meszes árnyék, mindkét kulcsesont alatti tér kötegzett. Szívárnyék mindkét irányban kissé nagyobb. Hasában kóros nem észlelhető. Véréképe normalis. Wa R., liquor negativ. Idegrendszerben kóros tünetek az említett ptosison és anisocorián kívül nem észlelhetők. Szemfenéke ép. A panasz tárgyát tevő daganat: jobb oldalon a lambdavarattal felett kb. 7 cm-rel, közvetlenül a középvonal mellett elhelyezkedő díonyi, félgömböszzerűen kidomborodó, ép bórral fedett, elég puha daganat, amely kissé hullámzik, kis fokban lökhető, a bőr felette kissé elmozdítható, a daganat viszont nem toltató el alapja felett, alapján kerekded csonthiány érezhető, amelynek széle nem emelkedik ki. Enkephalographiás koponyafelvétel: rendes tágaságú és elhelyezkedésű, nagyobb aszimmetriát nem mutató kamararendszer és levegővel rendesen telődött subarachnoidalis terrajzolat. A koponyán kívül észlelhető daganat alapjának megfelelő, kb. 5 pengős nagyságú területen egyenetlen körvonalú csonthiány látható, amely medialisán a középvonalat majdnem eléri.

1. Műtét (1939. V. 11. Lang dr.): helybeli érzéstelenítés után nyílirányú metszéssel rávágva a daganatra, a bőrgalearéteg alatt tokszerű réteggel bíró, kékes-szürke színű, gömbölyded daganatot találunk, amely a csonthiányon keresztül a koponyaüregből látszik kinőni. A tokot felhasítva, a puha daganatszövetet kikanalaztuk, az egyenetlenül uszárt csontszél letördelése után a daganat tokszerű határát is követtük befelé és eltávolítottuk, megállapítva, hogy a daganat alapja a dura külső lemeze. (Fungus durae matris.) A látszólag gyökeres eltávolítás után a sebet két rétegben bevarrtuk; simán gyógyult. Minthogy a szövettani vizsgálat sarkoma gigantocellulare-ra emlékeztető daganat képét mutatta, a beteget a sebgyógyulás után sugaras kezelésben is részesítettük.

Másodízben jelentkezett 1940. V. 29-én a beteg azzal, hogy feje fáj, gyengének érzi magát és koponyáján nagyobbnak érzi a csonthiányt. Tapintással ezt meg is lehetett állapítani, de a terület lökhetőse mellett különösebb elődomborodás nem volt látható. A beteg általános állapota az egy év előttihez képest nem változott: ezúttal sem voltak agyi tünetek. Az ismételt pneumographiás felvétel ismét a liquor-ürök rendes

viszonyát mutatta, ellenben a csontos koponyán, nevezetesen a jobb falcsonthátsó-középső részén, de a középvonalon áttérjedve, a bal falcsonthátsó mediális szélére is kiterjedő gyermektenyérszerű (kb. 5×5 cm), egyenetlen négyszög alakú csonthiányt lehetett látni, ami az egy éve eltávolított és besugárzott daganat kiújulása és továbbterjedése mellett szólt.

2. *Műtét* (1940. V. 5. Lang dr.): helybeli érzéstelelítés után az előző műtét hegvonalaán keresztül 14 cm hosszú, a középvonaltól jobbra 2 cm-nyire sagittálisan húzó metszéssel tártuk fel a csontpusztulás területét. A galea alatt szürkés rózsaszínű, elég tömött összeállású, laposan kiterjedő daganatot találtunk, amely oldalt a csonthiányszélek alá is terjedt, azokat alá-vájva. A lamina externa e tüskéinek lecsipése után tártuk fel a daganatot teljes terjedelmében (1. ábra), a



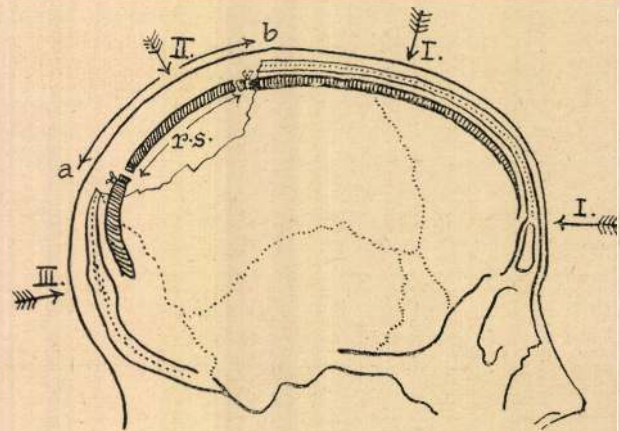
1. ábra.

széleken 1–1 cm-es, ép. dura-szegély feltárásiáig. A csontfeltárási ílymódon kb. 9×8 cm területű lett, nyílirányban hosszabb téglalap idomú és bal oldal felé a bal falcsontra is kiterjedve, kb. 2 cm-es darabon, le-hátrafelé csaknem elérte a lambda-varratot. E csonthiány közepén a daganat kb. 7×6 cm-es ugyanilyen alakú területet foglalt el, átlag 1 cm vastagságban borítva a durát s a sinus felső falát átnöve, a bal oldalra is áttért kb. 1 cm távolsáig. Minthogy e dura-daganat gyökeres eltávolítása szükségszerűen a sinus sagittalis superior középső és hátsó harmada határára kb. 7 cm-es darabnak esonkolásával járt volna, ennek kockázatát azonban (végtagbénulás, aphasia, esetleg halál) a közölt tapasztalatokat ismervén, nem vállaltuk: csak a sinus-szal határos jobboldali daganatos durarész kiirtását végeztük. Eközben tűnt ki, hogy a daganat e helyen kb. fillérszerű területen a dura belső lemezét is átnötte, mamillaszerűen beburjánozva benyomta az agykérget, de azzal össze nem kapaszkodott. A kiirtott durát combból vett fascia-lemezzel pótoltuk, középfelé nem varrva, csupán lehajtva a sinus oldalsó fala, illetőleg a falx felé. A sinus e szakasza mindkét oldalon mentes volt oldalsó vénák beömlésétől; a esonkolás tehát technikailag egészen egyszerű feladat lett volna. A daganattal borított sinus rész és baloldali daganatos duraszegély benthagyása mellett selyemfonalat öltöttünk át a falxon keresztül a később esonkolandó sinus rész előtt; a fonalat a bevarrt seben keresztül kiveztettük és a bőr felett átfektetett gumicső felett esomóztuk. Ezt, egyébként prima sebgyógyulás mellett 3 héten át fokozatosan erősebb húzást gyakorolva feszítettük azon célból, hogy a sinus fokozatos beszűkítését és oldallagos pályák kifejlődését lehetőleg elősegítsük. Végül is a csomót a bőr alá süllyesztve, a fonal külső részét levágtuk. Az eltávolított daganat szövettani lelete a következő volt: tömött daganat középnagy endothel jellegű polygonális sejtekből, melyek egyenetlen sziget szerű elrendeződésre hajlanak. Nagy

kerek magvak, kistokú polymorphismus, apró nekrobiotikus területek, számos bevérzés. Dg.: Meningeoma endotheliomatousum. (Benedek prof.)

Ezután ismét sugaras kezelésben részesült a beteg. Változatlanul nemleges neurologiai lelet mellett fejfájása ismét fokozódott. Bajának lényegéről, valamint a daganat gyökeres eltávolításának esetleges következményeiről tudva, a beteg hajlandó volt magát a esonkolásnak alávetni s ezt a kiújuló, hátrafelé további terjedés tendenciáját mutató rosszindulatú daganat most még operálható voltával indokoltuk.

3. *Műtét* (1940. XI. 6. Lang dr.): az előző műtét hegvonalaán keresztül hatoltunk be, a metszést baloldal felé harántul megtoldva. A bőr alatt lapos tömlőszerű üreget találtunk, amelynek fenekén jól felismerhetően különült el a daganatos sinus szakasz a transzplantált és odagyógyult fascialemeztől. A esonkolandó sinus rész mellett egy-egy sagittális metszést ejtve, ezáltal nem volt könnyű feladat a sinus ezen szakaszának szabaddá tétele, mert jobb és bal oldalról 3–4 ceruzabél vastag véna torkollott be a sinusnak ezen 5 hónappal előbbi műtét alkalmával még teljesen szabadnak észlelt oldalába, nyilván a sinus ezen szakasza előtt mesterségesen alkalmazott szűkítés következtében hátrafelé irányuló collateralisok kialakulásaként. Ezen ereknek kettős kápos lefogás között való átvágása után, a bizonyos fokig bizonyára beszűkített, de el nem záródott, daganattal borított sinuszszakaszt és baloldali daganatos duraszegélyt az előző műtétkor már alá vezetett selyemfonál mögött ligatura között esonkoltuk. (2. ábra.) Bakay professzor úr jelenlétében és javallása



2. ábra.

I., II., III. = elülső, középső, hátsó harmad; r. s. = resectált sinus sagittalis superior; a-b = csonthiány széle.

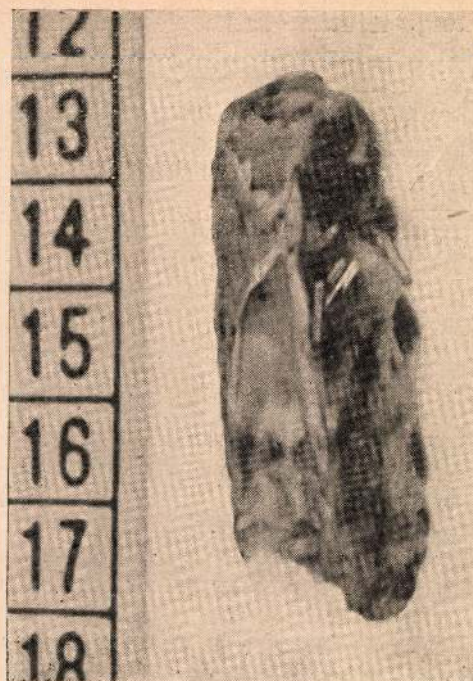
alajján. A durahiányt a feltárási oldalából vett periosteum-gale-lemez odavarrásával hidaltuk át és előlött két rétegben ismét bevarrtuk a sebet.

A műtőasztalon hasonfekvő beteg már a műtét elején, még a sinuslekötés előtt lábainak zsibbadása miatt panaszkodott, a lekötés után pedig teljesen érzéstelennek és bénultnak jelezte lábait. A műtét vége felé, bár nem sok vért vesztett, szapora, könnyen elnyomható pulussal kollapsushoz közeli állapotba jutott, úgy, hogy vérátömlesztést adtunk neki. Öntudatát azonban egy pillanatra sem veszlette el, kérdéseinkre értelmesen felelgetett, görcsei nem voltak.

Az eltávolított daganatos sinuszszakasz (3. ábra) a rögzítés folytán zsugorodott, oldalán jól láthatók a kapcsokkal lefogott újonnan alakult beömlő vénák csontjai. A daganat nem tört be a sinus lumenébe.

Kórlefejtés: Műtét utáni napon (XI. 7.) 37.4–37.8-as testhő mellett az alsó végtagok spastikus paraparesis és nem teljes érzésbénulásán kívül a felső végtagok, különösen pedig a kezek órákon át tartó tónusos görcsös (tetaniaszerű) állapota volt tapasztalható. A további napok subfebrilitással folytak le, a műtét seb 7 nap alatt nagyobb részt per primam gyógyult, az alsó sebzug tűszúrásnyi seromát és liquort vezető fistulájától és a felső sebzug (amely immár harmadszor végezte a sebgyógyulási folyamatát) 1 c-nyi per secundam intentionem gyógyuló szakaszától eltekintve.

Az alsó végtagok műtét után azonnal kifejlődött



3. ábra.

spastikus paraparesise, amelynél különösen a spastikus jelleg volt előtérben és legkifejezettebben peroneus bénulásban (főleg pedig a bal lábon) nyilvánult meg annak minden jellegzetes tünetével: a műtétutáni 3. naptól való lassú, fokozatos oldódás után a 8. napon ugrásszerű javulást mutatott, úgy, hogy a beteg mindkét lábfejét teljes mértékben tudta ismét mozgatni. A 9. napon a beteg az ágyból már kiült, a 12-ik napon támogatással már lépéseket tett. A 14. napon (XI. 20.) a Budapesti K. M. Orvosegyesület Sebészeti Szakosztályának ülésén a beteget bemutattuk. Aznap pár percig tartó eszméletvesztéses göresős rohama volt, ami azóta többször nem ismétlődött. A műtétutáni 3. hét óta a beteg segítség nélkül fentjár, sétálgat. Műtét után 6 héttel (XII. 18.) panaszai inkább általános erőbeli állapotára vonatkoznak; az alsó végtagok bénulásának nyomai már csak fokozott inreflexekben és enyhébbfokú kóros reflexekben (clonus, + Babinski) ismerhetők fel.

Összefoglalás: Egy 25 éves asszonynak jobb falcsontján hátul parasagittalisán a durából kifelé nőtt, csontot usuráló daganata (fungus durae matrix, dura sarcoma, endothelioma malignum, meningeoma endotheliomatosis) kimetszés és sugárkezelés után kiújulva, 1 év múltán tenyérszerű dura területre terjedt szét s lapszerűen növe a sinus sagittalis superior felső falán át baloldalra is átjutott a koponyacsontot pusztítva. Csak kis területen nőtt át a dura belső felszínét, az agykéregtet itt kissé benyomva, de vele össze nem kapaszkodva. Az agyi tüneteket egyáltalán nem mutató betegen a daganat kiirtása két szakaszban történt 5 hónapos időközzel és a daganatos sinusrésztlet előtt az első műtét szakasz alkalmával elhelyezett részleges leszorítást célzó ligatura alkalmazása után az el nem záródott sinus sagittalis superior középső- és hátsóharmadának határán 7 cm-es szakasznak (elülről számított harmadik negyedrésznél) teljes haránt csonkolásával. Ennek következménye műtét után azonnal mutatkozó spasticus paraparesis volt (főleg peroneus-jellegű bénulás) az alsó végtagokon, kisebbfokú érzészavarral, amely tünetek azonban napok alatt oldódtak és hetek alatt csaknem teljesen elmúltak.

Az irodalomban ezek szerint páratlanul álló esetünk tanulságát a következőkben foglalnánk össze: 1. Előfordulhat olyan eset, amikor az el nem

záródott sinus sagittalis superior hátsóbb szakaszán *kell* — és bizonyos körülmények között *lehet* is — resectiót végezni maradandó káros következmények nélkül. 2. Előzetes fokozatos művi leszorítás is úgy látszik hathatósan hozzájárulhat az oldallagos keringés hetek-hónapok alatti kifejlődéséhez. 3. Az a körülmény, hogy esetünkben nem intracranialisán, hanem kifelé növe daganat szerepelt ép agyvelővel, agynyomásos és egyéb kóros agyi tünetek nélkül: bizonyára döntő momentuma volt a súlyos következmények nélkül végrehajtható csonkolásnak, bár másrésről éppen ez jelentette esetünkben egyúttal a nagyobb kockázatot is.

Az Erzsébet Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának (Igazgató: vitéz Berde Károly ny. r. tanár) közleménye.

A réz szerepe a bőrbetegségek kórtanában.*

I. Methodika és előzetes vizsgálatok.

Írta: Dziobek László dr. tanársegéd.

A szervezetben az igen kis mennyiségben előforduló elemek kutatására a legutóbbi időkig nem vetettek nagy súlyt. Húsz évvel ezelőtt *Hári* a magasabbrendű állatok májában, epéjében található réz »nyomoknak« még nem tulajdonított jelentőséget, hanem kívülről, az étellel és itallal bejutott »fertőzés«, szennyeződés eredményének tartja. A vizsgáló eljárások tökéletesedésével, különösen az igen nagy érzékenységgel mérő módszerek biochemiai alkalmazásával kiünt az, hogy e réz »nyomok«, — habár igen kis mennyiségűk is, — jól mérhetők, továbbá bizonyos életvegytani folyamatokban, egyes kórképekben nagy szerepet játszanak, sőt nem egyszer életfontosságú jelentőséggel bírnak.

Az eddigi vizsálatokból megállapítható az, hogy a réz e kis mennyiségeinek hatása van a vérképzésre, a szénhidrát anyagcserére, a szervezet víz- és sóforgalmára, az oxydatiora és összefüggés áll fenn a réz és különböző hormonok, főként a pajzsmirigy hormonjai között is.

A fentieken kívül a bőr, valamint ennek függelékes szervei és a réz viszonyára vonatkozólag állnak fenn kapcsolatok, ezek a vizsgálatok azonban kisebb számúak és gyakran nem egyöntetű eredményűek. Így *Cornbleet* azt találta, hogy a réz ultraibolya sugárzás mellett a Dopa-reactio lefolyását sietteti, míg a C-vitamin ezzel ellentétesen hat. *Sarata* szerint pedig a réz még nagy hígításban is sietteti a Dopa-oldat önkéntes oxydatioját. Japán szerzők kimutatták, hogy állatok színes bőre vagy szőre több rezet tartalmaz, mint a világos bőrrésztlet vagy szőrzet. *Sarata* szerint a réz katalyzátorként hat a bőrfesték képzésében. Ezzel szemben *Saccardi* és *Giuliani* a japán szerzők eredményeivel homlokegyenest ellenkező értékeket kaptak; szerintük a színes bőrben, illetve tollzatban kevesebb a réz, mint a fehérben. *Narasaka* azt találta, hogy újszülöttek bőre több rezet tartalmaz, mint a felnőtt és különösen gazdag volt rézben a mongolfoltból kimetszett bőrrésztlet. Igen fontos tulajdonsága a réznek a porphyrinre gyakorolt méregtelenítő ha-

* Állami belföldi tudományos kutató ösztöndíj támogatásával készült munka.

tása. Ez a fokozott porphyrin-kiválasztással járó kórképekben lehet nagyjelentőségű. *Goodman* fontos szerepet tulajdonít a réznek a parfüm okozta bőrgyulladás létrehozásában. Ő ugyanis az igen sok illatszert tartalmazó bergamotte-olajban rezet talált. Ez a tapasztalat előbbi szerzők vizsgálataival, valamint korábbi irodalmi adatokkal is ellentétben áll, mert azok réz okozta bőrtünetekről csak akkor tesznek említést, ha nagymennyiségű réz kerül a szervezetbe. Ilyenkor azonban már általános tünetek is jelentkeztek.

Összefoglalva a fennebbi vizsgálatok eredményét, arra a következtetésre juthatunk, hogy a réznek a pigment-képzésben van szerepe, sőt valószínűnek látszik, hogy maga a melanin is tartalmaz rezet. Ez a viszony azonban, amely a bőrfesték és a réz között látszik, nem tisztázott. Nyílt kérdés, hogy a kettő közötti összefüggés közvetlen-e, vagy csak közvetett, vagyis vajjon a réz résztvesz-e a bőrfesték képzésében, mint annak fontos része, vagy pedig helyes *Sarata* elgondolása és a réz csupán katalizátorként segíti elő a festék keletkezését, de annak nem alkotórésze. Másfelől nem tudjuk, hogy különböző bőrbajokban a réznek minő szerepe van, így különösen a fény okozta dermatosisokban van-e valamilyen gyógyító, vagy gátló hatása, amint az egyrészt a pigmentképzésben való résztvétele, másrészt a fényártalmakban oly gyakran keletkező porphyrinra gyakorolt méregtelenítő hatása alapján elvárható lenne.

Nagyjából ezek voltak elgondolásaink és kiinduló szempontjaink, amikor a réz szerepét vizsgálni kezdtük. Első vizsgálatsorozatunk célja részint megfelelő vizsgálati eljárás kidolgozása, részint pedig különböző bőrbetegségekben a réz viselkedésére vonatkozó tájékozódás volt.

Ami a vizsgálati eljárás kérdését illeti, olyan módszert kerestünk, amely egyfelől a réz e kis mennyiségei mellett is kielégítő pontosságú, másfelől pedig gyakorlati kivitelezéssel alkalmassá teszi nagyobb anyagon, sorozatosan való elvégzését minél rövidebb idő alatt. A vizsgálandó réz igen kis mennyisége miatt gravimetriás és titrimetriás eljárások nem kerülhettek szóba. A színmérő módszerek közül is csak azok, amelyek kis rézconcentráció mellett is erős elszíneződést adnak, vagyis amelynek érzékenysége elég nagy. Erre a célra legalkalmasabbnak találtuk a carbamat reagenssel dolgozó *Tompsett*-féle eljárást.

E módszerrel az első kísérleteket végezve kitént, hogy az eredetileg színmérőre (colorimeter) alkalmazott eljárás egyáltalán nem elég pontos, hanem azt mindenképpen fénymérőre (photometer) kell alkalmazni. A további vizsgálatok azután kiderítették, hogy még így is két sarkalatos hibája van az eljárásnak, mégpedig 1. a vérben a mindig jelenlévő vasnak zavaró hatását a *Tompsett* által ajánlott natriumpyrophosphattal semmiképpen sem sikerül kiküszöbölni, amint ezt *Vastagh* vizsgálatai is megerősítették, 2. amylalkohollal a szín kirázása nem sikerül tökéletesen, erélyesebb összerázáskor pedig ezenfelül a két phasis szétválása igen hosszú időbe telik.

A továbbiak során sikerült e hibákat kiküszöbölnünk *Vastagh* előírásai alapján, mégpedig oly módon, hogy a vasat ammoniumcitráttal kötöttük le, a kizárást pedig butylalkohollal végeztük. Ennek alapján a réz kimutatására nagyjából *Vastagh* eljárását

alkalmaztuk, miután azt helyenként megfelelőleg módosítottuk. Eljárásunk a következő volt:

Néhány centigramm közömbös natriumcitrátot vagy natriumoxalatot poralakban kúpos lombikba helyezünk, majd a vizsgálandó egyén karvénájából fecskendővel 10—15 ccm vért veszünk és ezt állandó rázás közben az előkészített natriumcitratthoz folytatjuk az alvadás meggátlása végett. A vizsgálat céljaira ebből a vérből 1 ccm-t pipettázunk Kjeldahl-lombikba, majd 2 ccm tömény kénsav és 0.5 ccm tömény perchlorsav keverékével kis láng felett mindaddig ronszoljuk, míg teljesen színtelen nem lesz. A ronsolás kb. 15—20 perc alatt megy végbe. Kihűlés után 20 ccm dest. vízzel több részletben mennyiségileg választó tölesérbe öblítjük a hamuoldatot. Most 6 ccm tömény ammoniát, majd 2 ccm 50%-os citromsav oldatot és még 4 ccm tömény ammoniát adunk választótölesérbe. Ezáltal részben a vas lekötése, részben pedig a reakcióhoz szükséges kellő lúgos vegyhatás biztosítása megy végbe. Ezután már csupán a 0.5%-os réz-kémszert, a natriumdiaethylthiocarbamat vizes oldatát kell hozzáadni 5 ccm mennyiségben és a vizsgálat mérésre készen áll. A mérés történhet vizes, vagy pedig butylalkoholos közegben. A szín erősségének és mélységének fokozására célszerűbb az utóbbi eljárás szerint a képződött színes réz-diaethylthiocarbamatot butylalkohollal kirázni. A fenti keverékhez 5 ccm normal butylalkoholt adunk, kb. fél percig erősen összerázzuk, majd a két közeg szétválása után (10—15 perc) az alul elhelyezkedő vizes közeget egy másik választótölesérbe engedjük, a butylalkoholos közeget pedig, amely a sárga színű réz-complexet oldva tartalmazza, 10 ccm-es mérőlombikba, vagy körülfutó jellel ellátott kémcsőbe folytatjuk. A második választótölesérbe engedett vizes közeghez most ismét butylalkoholt adunk, mégpedig ezúttal 3 ccm-t. Ezt ugyanúgy rázzuk és engedjük szétválni, mint első ízben. A vizes közeget az első választótölesérbe engedjük és harmadszor is kirázzuk 1.5 ccm butylalkohollal. A butylalkoholos közegeket a mérőlombikban egyesítjük, majd tiszta butylalkohollal 10 ccm-re egészítjük ki és összekeverés után tiszta butylalkohol ellenében 2 ccm-es rétegvastagság mellett a Pulfrich-féle fénymérő (Stuphen-photometer) S 47 szűrője segítségével meghatározzuk az oldat extincióját. Minden alkalommal a fennebb már ismertetett móddal teljesen azonos körülmények között ellenőrző (vak) próba is végzendő, amely extinciójának értéke a vizsgált vér extinciójának értékéből kivonandó. Ily módon a kémszereinkben jelenlévő rézszennyeződésekét kényelmesen ellensúlyozhatjuk. A vak-érték kivonása után kapott maradékot 2.5-del megszorozva a vizsgált vér réztartalmát kapjuk meg mgr %-ban kifejezve. Az eljárás teljesen kielégítő pontosságú, hibahatár: $\pm 5\%$.

A módszer után rátértünk vizsgálatainkra. Mindenekelőtt meg kellett állapítanunk egészséges, bőrbetegségben nem szenvedő egyének vérének réztartalmát. E célból 10 különböző nemű és korú (5 férfi, 5 nő 18—60 év között) egyéntől különböző időpontban vett vér réztartalmát vizsgáltuk. Ezek a vizsgálatok 0.180 és 0.230 mgr % közé eső értékeket adtak. Nem találtunk lényeges különbséget férfi és nő között, továbbá kor szerint sem mutatkozott eltérés. Az irodalomban található vizsgálatok egészségesek vérének vértartalmára vonatkozólag nagyon eltérőek és 0.091—0.250 között mozognak. A mi értékeink *Tuyuno*,

Tompsett, Dschang és Tompsett—Anderson által kapott eredményeknek felelnek meg. Ezek közül Dschang egy időben kétféle módszerrel végezve vizsgálatait, azonos eredményként 0.200 m%-ot kapott normál-értékül. Értékeinket igazolják még a szérumban végzett vizsgálatok, amelyek eredményei 0.056—0.124 m% között vannak. Sarata vizsgálatai szerint a vér réztartalmának négyötöde a vörösvértetekben van, Bjerrum és Henriques szerint pedig nyúlvérben a réztartalom a vörösvértetek és a plasma között egyenlő arányban oszlik meg.

További vizsgálataink legközelebbi célja az volt, — minthogy az irodalomban erre támpontot nem találtunk — hogy kiderítsük, vannak-e olyan bőrbajok, amelyekben a vér réz-szintje a fennebb talált rendes értékektől eltér, vagyis amelyekben feltehető, hogy a kórkép kialakításában vagy esetleg a betegség tünettáblájában a réz is cselekvőleg részt vesz.

Ennek eldöntése céljából megvizsgáltunk 54 férfit és 86 nőt, vagyis összesen 140 különböző bőrbetegségben szenvedő egyént. Ezek közül a legfiatalabb 12, a legöregebb 70 éves volt, a többiek kora a két határ közé esett, legnagyobbbrészt a 20. és 40. életév közé.

A vizsgált bőrbetegségek a réznek a vérben viselkedése szempontjából négy csoportba oszthatók.

I. Az első és egyben a legnagyobb csoportot teszik azok az esetek, amelyekben normál-értékeket kaptunk, vagyis ezek vérében a réztartalom 0,180—0,230 m% között ingadozott. Ebbe a csoportba 107 esetet sorolhattunk, amelyeknek betegségek szerinti megoszlása a következő volt:

dermatitis	9 eset
ekzema	17 "
trichophytia superfic. et profunda	11 "
epidermophytia	5 "
ulcus cruris varicosum	12 "
psoriasis	10 "
lupus vulgaris	5 "
tuberculosis sarkoides	1 "
dermatitis herpetifor.	3 "
orbáne	12 "
kankó	20 "
cheilitis simplex	1 "
naevus comedosus	1 "

II. A második csoportba soroltuk azokat a betegségeket, amelyekben a réz értékei a szabályosként megállapított értékeket csak kevéssel haladták meg. E csoportba 24 esetet sorolhattunk. Az eredmények 0,230—0,250 m% közé estek, vagyis az emelkedés a normálhoz viszonyítva legfeljebb 10%-ot tett ki. A betegségek szerinti megoszlás a következő volt:

Syphilis I. 7 eset, syphilis II. 8 eset, syphilis III. 2 eset; malum perforans 1 eset, erythema exsudativum multiforme 6 eset.

III. Tetemes emelkedést csupán az égettek vére mutatott: az értékek 7 esetben 0,290—0,310 m% közé estek, vagyis az emelkedés 26—34% volt. Mind a hét égett betegünk kiterjedt II. fokban égett felszíneket mutatott, helyenként kisebb-nagyobb III. fokúval tarkítva. A vizsgálatok az égés után a 4—8. napokon végeztük, valamennyi beteg lázas volt és az intoxicatio tüneteit mutatta. Ez az értékemelkedés részben megmagyarázható a vérnek azzal a besűrűsödésével, amely égett betegeken kisebb-nagyobb mértékben jelentkezni szokott.

IV. A vér rézsintjének csökkenését csupán 2 pellagrás férfin észleltük; egyikben 0,092, a másikban 0,113 m% volt az eredmény, vagyis a norma-

lishoz viszonyítva 50, illetve 30%-os csökkenést mutattak pellagra eseteink. E két esetünk tüneteinek csupán a bőrre szorítottak; az idegrendszeren és a gyomor-bélesatornán (az egyik kistokú gyomorsavhiányát nem tekintve) elváltozás nem volt. A bőrtünetek Casal-féle gallérból és a kéz- és lábátnak nedvező, pörkös, hámló, beszűrődött elváltozásából álltak; rövid idő alatt pusztán étrendi és külső közömbös kezelésre tünetmentessé váltak. E két észleletből ugyan végleges következtetést nem lehet levonni, annyi azonban kétségtelennek látszik, hogy egyéb tünetek mellett a vér réztartalmának csökkenése újabb tünetként a kórképről való ismereteinket szélesbíti, továbbá e tünet esetleg szerepet játszhat a kórkép egyéb tüneteinek létrehozásában is. Ezt a kérdést természetesen csak nagyobb anyagon végzett vizsgálatokkal lehetne eldönteni.

Eddigi fejtegetéseinkből az alábbi tanulságokat vonhatjuk le: 1. A módosított rézkimutató eljárással 140 bőrbeteg egyén teljes vérében rézet határoztunk meg annak eldöntésére, hogy a bőr betegségei minő mértékben befolyásolják a vér réz-szintjét. 2. vizsgálataink kapcsán 107 ízben szabályos értékeket kaptunk. 3. 24 esetben, főként syphilités és erythema-exsudatum-multiformis betegek vérében kis emelkedést találtunk. 4. Jelentős emelkedés volt 7 égett egyén vérében. 5. Jelentős csökkenést észleltünk 2 pellagrás betegünk vérében. 6. Nem találtunk nagyobb különbséget a vér réz-szintjére vonatkozólag nem és kor szempontjából nézve.

További vizsgálatainknak feladata lesz, hogy eddigi eredményeinket kiszélesítsék, a normalistól eltérő eseteket pontosabban elemezzék és a réz-anyagforgalom szabályait megállapítsák.

A M. kir. miskolci 7. sz. honvéd helyőrségi kórház sebészeti osztályának közleménye. (Kórházparancsnok: Szentkatolnay Győző 2. o. főorvos.)

A bursa omentalis epés pseudocystája.

Írta: Lichtneckert József dr., ezredorvos.

A hashártya védekező berendezésének jelentékeny tényezője a nagy letapadási hajlam és a szervülő készség. A hashártya minden izgalmára bő izzadmánytermelés indul meg; az izzadmányból hamar fibrin válik ki, mely összetapasztja a hashártyafelületeket. Sejtek bevándorlásával megkezdődik a rostonya szervülése és ilymódon szívós fal képződik. Amint a mechanikai izgalmat kiváltó idegen testet körültokolja a hashártya, ugyanúgy igyekszik a chemiai ingerekkel és fertőzéssel szemben letapadással és szervüléssel védeni a szervezetet. Ha sikerül a mérgező anyagokat tartalmazó vagy fertőző gócot körültokolni, ezzel egyrészt a hasüreg többi része ment marad a fertőzéstől, másrészt a tok mint eleven sánc útját állja a baktériumok, toxinok és egyéb mérgek felszívódásának.

A hasüregben keletkező különböző tartalmú és elhelyeződésű körültokoltt folyadékgyülem tehát a hashártya védekező gyulladásának eredménye. Néha hasüri tömlőt utánoznak, ilyenkor a pseudocysta elnevezés használatos. Tartalmuk lehet savó, geny, vér, epe, illetve ezek keveréke. Elhelyeződés szerint lehet: 1. belek közötti; 2. hasfalhoz fekvő; 3. rekesz alatti; 4. Douglasban; 5. bursa omentalisban levő.

A féregnyúlványlob nagy gyakorisága magyarázza, hogy leginkább belek közötti és hasfalhoz fekvő gennygyülemekkel találkozunk. Többnyire ily módon helyezkednek el a gümökóros, valamint a mind gyakrabban közölt idült, nem gümökóros, körülírt savós hashártyagyulladás által létrejött letokolt savógyülemek. A hasüreg legmélyebben levő kiöblösödésében, a Douglas-tasakban — különösen nőkben a méh és függelékeinek megbetegedése miatt — gyakran találunk gennygyülemet, ritkábban vért. A rekeszalatti folyadékfelhalmozódásra befolyással van a beteg vízszintes testhelyzete, valamint a hasüreg felső részében levő negatív nyomás, ami a hasüreg tartalmára mintegy szívó hatást gyakorol. A bursa omentalisban igen ritkán fejlődik elszigetelt folyadékgyülem, jóllehet itt praeformált üregről van szó, mely csak a szűk foramen Winslowin keresztül közlekedik a hasüreggel. A bursa omentalisba leginkább a gyomor hátsó falán levő fekély átfürödésekor jut fertőző anyag, azonban vagy gyors összetapadások akadályozzák meg a nagyobb folyadékgyülemet, vagy a Winslow-nyíláson keresztül általános heveny hashártyagyulladás fejlődik ki. A bursa omentalis hátsó falát alkotó hasnyálmirigy bizonyos betegségében is, így pancreasnecrosiskor juthat fertőző massa a bursa omentalisba és ha ekkor a Winslow-nyílás gyulladás folytán letapadt, kialakulhat itt a pseudocysta. De heveny pancreasgyulladások is áttörheti a pancreas körüli tályog a bursa omentalis falát, azonban ezzel már rendszeren együtt jár más súlyos szövődmény is, mint rekeszalatti tályog, általános gennyes hashártyagyulladás stb. Coenen pancreastályog szövődményeként leírt egy, a bursa omentalisra lokalizált nagy gázos tályogot.

Nagyobb szerepet játszik a bursa omentalisban letokolt folyadékgyülem létrehozásában a trauma. Elsősorban a környező szervek valamelyikének fedett sérülése kerül szóba. Sokszor nem lehet teljes határozottsággal megállapítani, melyik szerv sérülése okozta az álcystát. Különösen akkor van nehézség, ha a trauma után 1—2 hónap múlva történik a műtét és a folyadékban véren kívül egyebet nem sikerül kimutatni. Frerick közölt esetében hat hét múlva történt műtétkor a bursa omentalisból 2 liter barnás-vöröses folyadékot bocsátottak le, melynek eredete szerintük hátsó gyomorfalrepedéssel volt összefüggésbe hozható. Rinne és Newsky is közölt traumás alapon keletkezett bursa omentalis pseudocystát. Blechner, Thöle, Heinecke, Fenwick eseteiben a hasnyálmirigy fedett sérülése okozta a bursa omentalis áltömlőjét. Thomas a trauma után egy hónappal végzett műtét alkalmával ürítette ki egy áltömlő csokoládébarna híg tartalmát a bursa omentalisból; a lobus Spigelin talált sérülést.

Tiszta epe is lehet belek közötti, sőt a bursa omentalisban levő pseudocysta tartalma. Trauma következtében epe a nagy epeutak, illetve a máj sérülése folytán jut a hasüregbe. Általában a nagy epeutak sérülésekor található nagyobb tömegű és tiszta epegyülem a hasüregben. Májsérüléskor elsősorban vérzés kezdődik és a hasüregbe ürült vér kezdetben csak alig láthatólag kevert epével; még leginkább a máj alsó felszínének sérülésekor találunk epével való keverődést. Ha a májsérülést varrattal vagy tamponálással elláttuk, a hasüri vérömlenyt eltávolítottuk, a maradék pedig felszívódott, fejlődik ki lassú epeszívargás folytán a tiszta epegyülem; tehát ezzel csak a másodszeri, vagy legalább is a későbbi időszakban végzett műtétnél ta-

lálkozunk. Májsérülés után képződő tiszta epegyülem lehetőségét bizonyítani látszik a Dollinger ismertette eset is, melyben a máj jobb lebenyének alsó szélével függött össze a 1½ liter epés álcysta. Tehát távol a nagy epeutaktól sérült a máj.

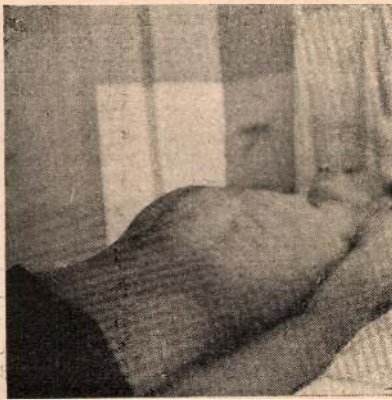
A szabad hasüregbe ürülő epe igen különböző folyamatot indíthat meg. A máj epeutáiban levő epe rendszerint csiramentes. Ilyen a májsérüléskor a hasüregbe kiömlő epe is. Könnyen fertőződhetik azonban a bél felől retrograd úton. Az epeének a repedésen át való ürülése folytán az epeutakban levő nyomás csökken és így a lassúbbodott epeürülés következtében a fertőzésnek a duodenum felől való felszállására nagyobb a lehetőség. Ha a fertőzés erősen virulens csirokkal történik, akkor halálos heveny hashártyagyulladás jön létre. Enyhe fertőzés esetében, sőt a legtöbb szerző szerint fertőzés nélkül is, csupán az epe vegyi hatására elhúzódó epés hashártyagyulladás keletkezik. Ennek következtében az epe körül a hashártyán vastag fibroplastikus tok képződik. Azonban néha elmarad a sterilen kiömlött epe körül a hashártya reaktív gyulladással megvastagodása, az epe felszívódását semmi sem gátolja és a halál cholaemia folytán hamarosan bekövetkezik. Ha azonban kifejlődött a fibroplastikus tok, az az epe felszívódását annyira csökkenti, hogy súlyosabb tünetek hiányozhatnak, a beteg a májsérülés miatt végzett műtét után, mint látszólag gyógyult, hetekig fent járhat és csak a fokozatos legyengülés miatt kerül újra orvosi kezelésbe, mint ez az általam észlelt esetben is történt. A körültekintő epegyülem néha áltömlő alakjában jelenik meg és ilyenkor nagy daganatként puha hasfalán át jól kitapintható, sőt néha szabad szemmel is látható nagy elődomborodást idézhet elő. Dollinger, Spencer, Lennander, Uhde belek közötti epetartalmú álcystát írt le. A Whipple közölte esetben az epe szétfeszítette a lig. suspensorium hepatis lemezeit. Martens többszörös hasi epecystát ismertetett. Az általam észlelt esetben májsérülés után az epe a bursa omentalisban gyűlt meg elzáródott foramen Winslowi mellett és az itt képződött hatalmas áltömlő a hasüreg egész felső felét kitöltötte.

1940 szeptember 11-én egy 22 éves katona került osztályunkra. Részben vasúton, részben saját lábán tette meg az utat a kórházig. Előadja, hogy ez év augusztus 17-én hasbarúgta egy ló. Esméletét nem veszítette el, ellenben erős hasi fájdalmai támadtak. Saját lábán ment a gyengélkedő helyiségbe, ahol lefektették. Hasi fájdalmai mindjobban fokozódtak, hasa puffadni kezdett, a sérülés után 4 órával hányt először, mire bevitték a legközelebbi város polgári kórházába. Itt megoperálták az elszennvedett lórúgás után 12 órával; májsérülést láttak el. Előadja, hogy a helybeli érzéstelenítésben végzett műtét alatt és azután is állandóan fájdalmat érzett mindkét vállában. Műtét után nyolc nappal felkelt, két hét múlva kibocsátották a kórházból. Azonban gyengesége miatt otthon is jobbra feküdt, hasa újra fájni, majd puffadni kezdett, sokat hányt, nehezen táplálkozott.

Az első műtétet végző orvos szerint a máj bal lebenyén harántul futó repedést találtak. Ezt bőven tamponálták. A beteg állapota erősen romlott, érverése már alig volt tapintható. Azonban 300 ccm vér átbocsátása után állapota fokozatosan javult. Műtét után két héttel a beteget majdnem gyógyultan otthonába bocsátották.

Mikor felkereste kórházunkat, erősen leromlott állapotban volt. A bőr alatti zsírszövet nagyon megfogyott; a bőr és nyálkahártyák feltűnően sápadtak. Hőmérséklete 36,9, érverése valamivel kisebb hullámú, egyenletes, percenként 86. Nyelve egy kevésbé bevont, nedves. A hasfal középvonalá-

ban gyomorgödörtől a köldökig vonalas mütéti heg középtájon nedvező kis sipolynylás. A has felső része a köldökig félgömb alakban körülhatároltan elődomborodó, mindkét bordaív, de főleg a baloldali szemelláthatólag emelt. A hasüregben kitapintható terimenagyobbodás lefelé jól körülhatárolt, nagy emberfejnyi, feszes, rugalmas, el nem mozdítható, a légzési mozgásokat nem követi. A terimenagyobbodás felett tompa a kopogtatási hang, csupán a gyomorgödörben a középvonaltól jobbra és balra két tenyérnyi terület ad dobos kopogtatási hangot. A tompulat bal oldalon a hátsó hónaljvonalig követhető, ahol a VII. bordaív ér, jobb oldalon a bordaív alá terjed oly módon, hogy oldalt a májtompulat megvan. Szívcsúslökés a IV. bordaközben. A szívhangok tiszták. A tüdő felett diffuse puha sejtes légzés. A hasfal köldöktől lefelé puha, a hasban alul kóros képlet nem tapintható. A beteg erős szomjazásról panaszkodik, néha csuklik, evés után hányingere van, egyszer-mászor ki is hányja az ételt. Vörös vértetszám 3,500.000, haemoglobin 50 százalék. Fehér vérszám 9.200. Vizelete szalmasárga, savi; benne sem fehérje, sem geny, sem epefesték nincs. Állapota lassan romlott: gyakoribb lett a csuklás, mind sűrűbben hányt. A hasi lelet lényegesen nem változott.



1. ábra.

Tekintettel a vérképre, a nagy sápadtságra, feltettem, hogy a májsérülés helyéről lassú vérszivárgás, esetleg epefolyás áll fenn. A terimenagyobbodás elhelyeződése alapján arra gondoltam, hogy a folyadék a bursa omentalisban gyűlt meg a máj alsó falának sérülési helyéről, közben a Winslownyílás elzáródhatott. Csak így magyarázhattam meg a rögzített képletnek lefelé való éles elhatárolódását, a bordaívek alá való beteretjedését, azok elemelését, a gyomorgödörben és a szegycsont kardnyújtványára felett levő gyomorlégőhólyag dobos kopogtatási hangját.

IX. 13-án azonos véresoportú 400 ccm. vér közvetlen átbocsátása. Aznap enyhe hidegrázás.

IX. 14-én mütét aetheres altatásban. Felső medián laparotomia köldök alá 2 ujjal meghosszabbítva. A terimenagyobbodás felett a nagy cseplesz felcsapódva a máj alsó széléhez és a hasfalhoz tapadt. Az összetapadásokat könnyen sikerül tompán oldani. Az egyik bélkacsnak a képlethez való lenővésését csak élesen tudjuk leválasztani. Felszabadítás után a terimenagyobbodás, — amely az egész mütéti területet kitölti — kétoldalt kézzel jól körüljárható, hátul széles alapon ül. A emberfejnél nagyobb terimenagyobbodás elülső falán tapintható a

gyomor, mely a hossz tengelye körül mintegy 45°-os nyira elfordult oly módon, hogy a pylorus jobb oldalt a mélyben, a fundus pedig elől kiemelkedve a középvonalban található. A terimenagyobbodás elülső falán alul a harántremese látható. Izolálás után betapintunk a foramen Winslowiba, az ott levő letapadást tompán szétfejtjük, mire rögtön ürülni kezd a barnás fekete híg folyadék. Időnyerés céljából a mesocolonon 2 cm hosszú metszést ejtünk és innen bocsátjuk le a mintegy 4 liter folyadékot. Ezután már könnyebben lehetett tájékozódni. Kiderül, hogy a máj bal lebenyének elülső éles széle a gyomor kis görbületével szívosan összenőtt, úgy hogy a kis csepleszből semmi sem látható. Szárlás céljából a lig. gastrocolicumon 1 cm-es nyílást ejtünk, ekkor jól látható, hogy az epegyülemet 5—6 mm vastag tok vette körül. Gumicső bevezetése, a mesocolon sebének elvarrása, hasfalvarrat. 1 liter infusio.

A mütétkor nyert barnás, zölde, fekete folyadék vizsgálatának eredménye: »Obermeyer jódos és Ehrlich-féle diazo reakciók határozottan positiv eredményt adtak. A centrifugatum nedves készítményében barnás, sárga amorp kristályok vannak, melyek berlini kék reakcióval nem festhetők. A vegyi és görösövi vizsgálat alapján a folyadék epe. A cytologiai kép változatos: vörös vértetekken, fehér vérszettekken és endothel sejteken kívül olyan nagyobb sejteket és sejtiszteket is találtunk, melyeket alaki tulajdonságaik, finomabb sejt szerkezet, magszerkezet alapján májsejteknek tartathatunk. A folyadékkal, valamint annak centrifugatumával beoltott táptalajok csiramentesek maradtak.«

A beteg állapota a mütét után gyorsan javult. Hányinger, csuklás, hányás többé nem jelentkezett. Érdekes volt, hogy a beteg — ugyanúgy, mint az első mütét alatt is érezte — mütétünk után ismét vállfájdalmakról panaszkodott, melyek eltartottak 6 napig. A gumicsövön első nap 40, második nap 30 ccm epe ürült, majd fokozatosan csökkenve átalakult gennyes savós folyadékká, melyben epefestéket 2 hét múlva már nem sikerült kimutatni; ekkor a csövet eltávolítottam. A beteg rohamosan erősödött, minden hasi panasz megszűnt és azóta is jól érzi magát.

Észlelt esetemhez hasonló az irodalomban nem találtam.

A Tisza István Tudományegyetem szemészeti klinikájának (igazgató: Kettesy Aladár ny. r. tanár) és a kassai állami kórház ideg- és elmeosztályának (főorvos: Pap Zoltán egyet. magántanár) közleménye.

Veleszületett szemhéjcsüngés és gyengeelméjűség.

Irta: Tatár József dr. egyetemi tanársegéd és Pap Zoltán dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

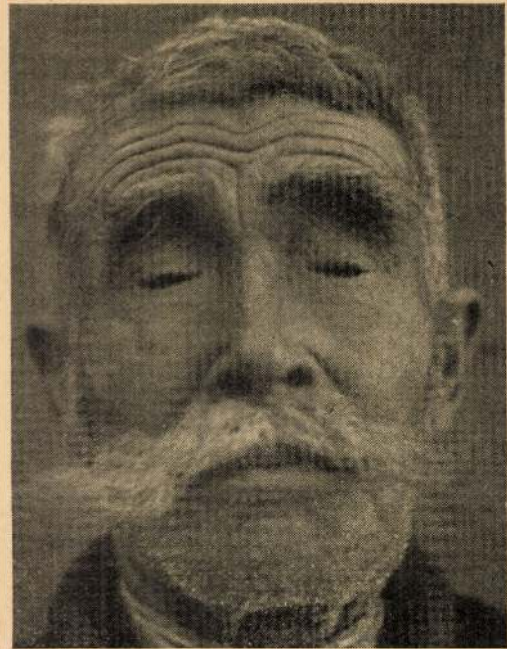
A veleszületett szemhéjcsüngés (ptosis congenita) egyrészt az agyidegmagvak világrahozott bénaságának, másrészt a szemizmok és a szemkörüli lágyrészek elsőséges fejlődési zavarának kórcsoportjába tartozik. Ez a két rendellenesség egymástól függetlenül is jelentkezhet, bár úgy látszik, nem ez a gyakoribb eset. A kettő közötti szoros kapcsolatot igazolja az, hogy gyakran együtt fordulnak elő. Nincs ugyan még végleg eldöntve, hogy az agyidegek világrahozott bénasága az idegmagvak elsőséges fejlődési hiányának (agenesia) következménye-e, vagy pedig az idegszövet életképtelensége (abio-

trophia) miatt korán kifejlődött elfajulás, magsovadás eredménye; annyi mégis bizonyosnak látszik, hogy kóreredit tekintetében mindezek a rendellenességek a csiralemezek súlyos fejlődési zavarával kapcsolatosak. Ez a fejlődési zavar nem szorítkozik csupán az idegrendszer fejlődési telepére, hanem egyaránt érintheti mind a három csiralevel származékait. Eredetüknek erre a közös alapjára utal már az is, hogy a veleszületett szemhéjcsüngést igen gyakran többirányú fejlődési rendellenesség, különböző szervek alaktorzulása, csökevényesége, általában testi és lelki elfajulási jelek halmozódása kíséri. Leggyakoribb jelenség a külső szemizmok bénasága, ezek között is a felső egyenes izomé. Súlyossága tekintetében azonban a felső egyenes szemizom gyöngeségétől az összes külső szemizmok bénaságáig minden fokozat előfordulhat, bár a nervus trochlearistól és abducenstől beidegezett izmok bénasága ritkább. *Muggia* szerint a sphincter iridis általában a belső szemizmok soha sem bénák. Hozzásegődhet azonban a veleszületett szemhéjcsüngéshez: hibás fénytörés, szemrengés, kisszeműség, szemrésszűkület, mongolredő, arcidegbénulás, az V. agyideg mozgató vagy érző ágának bénasága, a fülkagyló hiánya vagy eltorzulása, fejremegés, nagyothallás, rövidujjúság, úszóhártyaképződés, izomhiány a törzsön, epilepsia, szellemi zavar stb. Ritka esetben a veleszületett szemhéjcsüngés világrahozott nyúltagi bénaság (paralysis bulbaris congenita) részjelensége lehet. Így pl. *Gelder* és *Weil* esetében a VIII., IX., X., XI. agyidegpár kivételével valamennyi többi nyúltagi ideg világrahozottan béna volt.

Az alábbiakban ismertetendő szemhéjcsüngés két nemzedékben hét családtagon fordult elő. Más fejlődési rendellenességen kívül az egyik esetben szemizombénasággal és szemrésszűkülettel, a másikban szemizombénasággal és veleszületett hülyeséggel együtt jelentkezett. A szemhéjváz csökevényesége, a szemöldökszörzset sörteszerű bozontosága mind a három esetben feltűnő volt.

Pár évvel ezelőtt egy községi orvos hírt adott arról, hogy falujában egy »kisszemű család« él, amelynek minden tagja, egy leány kivételével, csüngő szemhéjú. Mivel anyagi okok miatt nem lehetett a családot behozni a klinikára, fényképezőgéppel és egyszerűbb vizsgáló eszközökkel felszerelve az illető faluba utaztunk és a községi orvos rendelőjében, amennyire a körülmények engedték, az apát és az egyik fiát megvizsgáltuk. A távoleső helyeken lakó többi családtagok közül még csak egy másik fiút volt alkalmunk futólag megvizsgálni az egyik útbaeső szomszédos tanyán.

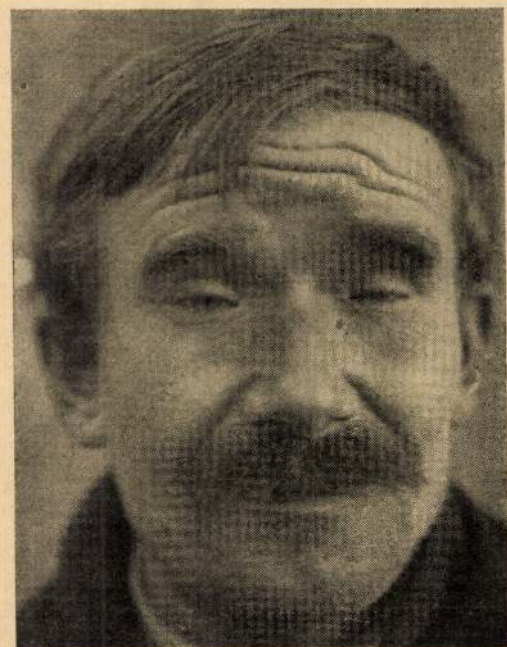
A családi kórelőzményt az apa: *B. A.* 77 éves, földműves-napszámos, így adja elő: Apja, anyja kb. 50 éves korban halt meg, mind a kettő épszemű volt. Heten voltak testvérek, rajtuk kívül egyiknek sem volt rendellenes a szeme. Nagybátyjairól csak hallomásból tudja, hogy rendes szeműek voltak. A felesége is épszemű volt. Hét gyermekük közül hat »kis szemmel« született és nőtt fel; csak egy leány volt rendes szemű, ez férjhezment és a további sorsáról nem tud. A »kisszemű« gyermekei közül 4 fiú, 2 leány. A leányok élnek, a fiúk közül kettő meghalt, egy megnősült, egy születése óta hülye. Az előbbinek már volt egy biztosan rendes szemű gyermeke, de korán meghalt. Az utóbbi az általános fejlődésben is visszamaradt, járni későn tanult meg, sokáig tisztátlan volt. 13 éves korában hallották első szavát, amikor egy dührohamban baltát ragadott öccsére és elkiáltotta magát: »balta hopp«. Beszéde ma is hibás. Iskolába nem járt. Elmefogyatékosága miatt többször vizs-



1. ábra.

gáltatták orvossal. A dologban is csak későn vették hasznát, ma azonban már a pástorkodásban beválik.

B. A. szemészeti lelete. (1. ábra.) A szemrés a rendesnél jóval rövidebb, hossza 18 mm (blepharophimosis). A könnypontok a belső szemzugtól 3 mm-nyire vannak. A szemrés tágassága csupán 3 mm, ennél tágabba erőlködve sem tudja nyitni. A bozontos, sörteszerű, igen dús szemöldökszörzset alatt a musculus corrugator superciliaris és a musculus frontalis állandóan működik; a szemöldök ívelten felfelé húzódik, a homlok bőre vastag harántredőkbe szedődik. A látás megkönnyítése végett fejét kissé hátraszegve tartja. A homlokizom húzó hatásának megszűnésekor a szemrés azonnal teljesen bezárul. A szemhéjak a rendestől egészen eltérőek: a felsők lecsüngenek, redői nincsenek; a felső szemhéjváz satnya, alig tapintható, az alsó még csökevényesebb. A szemhéjszél ép, a pillaszörzset igen gyér. A kötőhártya és a könnyszervek épek. A szemgolyó rendes nagyságú, a szaruhártya síma, fénylő, átlátszó, felső részében gerontoxon. A csarnok rendes mélységű. A szaruhártya átmérője függőlegesen 10 mm, vízszintesen 11 mm. A szemgolyó mozgása lefelé korlátozott, felfelé nem lehetséges, más irányban jó. Az összetérítés és a pupillák visszahatása fényre és alkal-



2. ábra.

mazkodásra kifogástalan. Látóélessége mindkét szemén: 40/o. A szefeneket és a töröközegeket műszerek mértékén: 40/o. A szemfeneket és a töröközegeket műszerek Feltűnő mindössze az, hogy szörzete igen dús; homlokán hajörvény van, körmei egészen fehérek. Ertelmi visszamaradottságra való jel nincs.

B. I. 32 éves. (2. ábra.) Nagyjában ugyanazokat az eltéréseket látjuk rajta, mint apján, de jóval mérsékelttebb alakban. A felső szemhéjon, főleg a külső részén, már némi redőzet mutatkozik, alakja már megközelíti a rendest. Mind a két szemhéj csüng, a szemrés tágasága jobboldalt 4 mm, baloldalt 3 mm. A homlokredők megszüntetése után a jobbszemrés 2 mm-re a bal 1 mm-re szűkül. A szemhéjváz felül esőkevényes, alul hiányzik; a szemrés hossza 19 mm. A könnypontok távolsága a belső szemzugtól 3 mm. A szaruhártya síma, csillogó, átlátszó, vízszintes átmérője 11 mm, a függőleges 10 mm. A csarnok rendes mélységű. A szemgolyó rendes nagyságú; mozgása felfelé nagy fokban korlátozott, de lefelé és az alsó ferde izom irányában is elégtelen, ezzel szemben oldalirányban jó. Az összehúzóerítés s a pupilla visszahatása fényre és alkalmazkodásra jó.

Égész külseje az elfajulás jellegét viseli magán. Kisfejjű; fejkerülete 51 cm. Homloka alacsony, igen erősen elődomborodik, viszont a homlokduddor tájéka besüpped; halántéka hajjal benőtt, homlokán hajörvény. Szemöldöke bozontos, sörteszerű, vastag. Fülkagylói rendellenes alakúak, a jobboldali 4 mm-rel kisebb és elálló. Termete alacsony, kissé részaránytalan, alsó végtagjai túlrövidek. Járása lomha, esetlen. Beszéde alakilag lassú, vontatott, a hosszabb vagy összetett szavak kimondásakor hiányosan tagolt, zeneileg hangsúlytalan, dünnyögő; színező mellékszöngék nem kísérik. Ertelmileg a tartalom nélküli lelki sivárság, a bárgyú butaság képét nyújtja: a lelki visszahatás ideje meghosszabbodott, eszmétársítása szűk körben és lassan mozog, szókinése rendkívül fogyatékos, fogalmi még tárgyi vonatkozásban is tökéletlenek. Érzelmileg közömbös, semmi sem érdekli, figyelmét alig lehet felkelteni és lekötöni. Személyi adatai közül csak a nevét mondja meg, sem életkorát, sem születési évét nem tudja. Még a foglalkozása körébe vágó fogalmakkal sincs tisztában: nem tudja, mikor vetik és aratják a búzát, a hónapok és napok neveit, azt sem, melyik nappal kezdődik és végződik az év, stb.

B. M. 22 éves. (3. ábra.) Csak futólag vizsgálhattuk. A szemhéjsüngés rajta a legkisebb fokú, a szemhéjváz fejlettebb, szemrése tágabb, a homlok és szemöldök izmainak kisegítő működése a legcsekélyebb. Az alsó és felső egyenes szemizmok működése itt is korlátozott, a szemgolyó mozgása csak oldalirányban kifogástalan. Szemöldökszörzete erősen összenőtt, dús, sőt, tekintve fiatal korát, azt mondhatjuk, hogy ez a kóros jellegzetesség rajta a legkifejezettebb.



3. ábra.

Műtétről a család egyik tagja sem akart hallani, így a pathohistológiai szempontból kétségtelenül igen érdekesnek ígérkező beavatkozásról le kellett mondanunk.

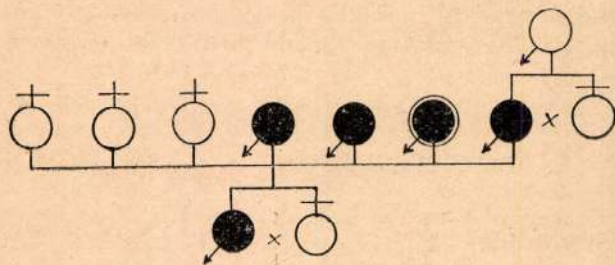
A veleszületett szemhéjsüngés szörványosan is előfordul, de ez a ritkább, mondhatnánk, kivételes. Legtöbbször nemzedékeken át öröklődik és ezek az igazán említésreméltó, kórtani és örökléstani szempontból egyaránt érdekes alakok. Az irodalomban eddig kb. 40 öröklött szemhéjbénulásos család leírásával találkozunk. Az öröklés menete, úglátszik, majdnem kivétel nélkül domináns és nemhez nem kötött, tehát a betegséget nők és férfiak egyaránt átveszik. Az irodalom adatai szerint mindig olyan egyének származtatják át a bajt, akik maguk is betegek, vagyis a kóros gen nem válik recesszív; másfelől az egészséges családtagok utódai is mind egészségesek; és végül a domináns öröklés szabályának megfelelően a kóros tulajdonság akkor is megjelenik az ivadékokon, ha csak az egyik szülő rendellenes: tehát heterozygota állapotban. Domináns öröklés mellett szólnak *Addario la Ferla*, *Briggs*, *Dimitry*, *Horner*, *Hüttemann*, *Kilian*, *Krämer*, *Münden*, *Prosper*, *Ross*, *Schade*, *Stuckey*, *Tirelli*, *Roddin*, *Wängler* és mások észlelései. Hasonló nézetet van *Biró* is. Ő három nemzedéken át öröklődő szemhéjbénulást ismertett, ahol a kóros gent a nagyanya hozta be a családba és mind a nők, mind a férfiak átvették. *Muggia* megfigyelése is emellett szól. Az ő négy nemzedékre terjedő családfájának az a legfőbb érdekessége, hogy mindig csak az egyik oldali szemhéjon mutatkozott bénulás és az oldal minden nemzedékben változott. *Wängler* egy-egy ikren ír le kétoldali szemhéjsüngést öröklött fülbajjal együtt.

Ezzel szemben *Braun* olyan családot ismertett, amelyben a szemhéjsüngés mongolredővel együtt inkább recesszíven öröklődött, mint dominánsan. *Mac Ilroy* és *Usher* pedig egy családban határozottan nemhez kötött recesszív öröklést állapít meg. Ezek az észlelések azonban csak ritka kivételek.

A mi esetünkben — éppen úgy, mint *Waardenburg*, *Braun* és mások közléseiben is — nemcsak a szemhéjsüngés, hanem a fejlődési hibák egész sorozata tiszta domináns módon és együttesen öröklődött. Csak a tünetek súlyosságában és fokában vannak egyéni különbségek, de nem a minőségben. Az öröklési módnak és a tünetegyüttesnek zárt egységbe kapcsolódása arra a feltevésre indít, hogy itt többirányú génhatással, pleiotropiával (*Plate*) állunk szemben, vagyis: az együtt öröklődő kóros tulajdonságok összeségét egyazon gén határozza meg. A kóros gén eredetére vonatkozó kutatásunk az apán túl nem vezet. Felmenő apai és anyai ágon nem tudtunk más kóros tulajdonsághordozót kinyomozni sem a férj, sem a feleség családjában. Fel kell tehát tennünk, hogy a génmutáció valamilyen ismeretlen eredetű és természetű csiraplasmaárta- lom, vagy idiokinetikus hatás következtében buk- kant fel és uralkodó jelleggel továbbzármazott a következő nemzedékre is. Figyelemreméltó, hogy a fent leírt fejlődési hibák a legsúlyosabb fokban az apán mutatkoztak, az első nemzedékben már szelidebb alakot öltöttek.

Felvetődik az a kérdés: vajjon nem fognak-e a kóros tulajdonságok a második nemzedékben még tovább szelidülni és nem mentesülnek-e teljesen a későbbi ivadékok ettől a súlyos örökségtől? Ezt elméletileg nem lehet teljesen kizártnak tartani, mert egy tulajdonság uralkodó jellegét, tényleges meg-

nyilvánulását a kóros génnek az egészséges ellenlábás (allelomorph) génnel való vetélkedése dönti el. Ezidőszerint a második nemzedékre vonatkozólag az egyetlen ép szemmel született unokán kívül más adatunk nincs, de mindenesetre érdekes lesz az utódokat megvizsgálni és az öröklést ebből a szempontból is tovább követni. (4. ábra.)



4. ábra.

Az a tény, hogy a család egyik tagja a szemhéjcsüngésen kívül egész testalkatában is elfajult és nagy fokban gyöngelméjű volt, azt bizonyítja, hogy ennek a tünetcsoportnak eredetében rejlő kóros génhatás mennyire általános és sokirányú lehet és alkalomadtán az egész csirafejlődést megzavarhatja. Ebben az esetben pl. a szem körül látható elváltozáson kívül az agyrendszer súlyos fejlődési visszamaradottságát is ugyanarra a közös okra kell vonatkoztatnunk. Valójában az ilyen rendellenességeknek sokféle, súlyos elfajulási tünettől való együttöröklődése a cselekvő eugenika szempontjából is bizonyos megfontolást tesz jogosulttá. Így Schade olyankor, ha a szemhéjcsüngés más zavarokkal társul, pl. szemrezgéssel, fejremegéssel, gyöngye látással (amblyopia), stb., a szaporodás megakadályozását, sőt a magtalanítást is indokoltnak tartja.

Ha most végezetül abból a szempontból vizsgáljuk esetünket, hogy az egész tünetcsoportnak mi volt a közvetlen oka, akkor a legvalószínűbbnek látszik az a feltevés, hogy a fejlődési gátlás nem a nervus oculomotorius magcsoportjában, hanem a szemkörüli lágyszövetek csiratelepében érvényesült legerősebben. Ez megfelel Lawford, Heuck, Bach, Steinheim, Brückner és mások felfogásának. Az ok tehát eszerint nem központi, hanem környéki és a szemhéjváz, a felső egyenes szemizom, a szemhéj emelőizma csökevényességében, fejlődési hiányában keresendő. Látszólag erre utal a szemhéjcsüngéstől független egyéb elváltozások helyi csoportosulása is. Tudjuk, hogy a harántesikolt izmok a méhenbelüli élet kezdetén a központi idegrendszertől függetlenül fejlődnek és így Leonowa szerint lehetséges, hogy a későbbi beidegzési és táplálási függőségi viszony azért nem alakul ki, mert helyi fejlődési gátlások megakadályozzák. Waardenburg a rendes magzatkori viszonyok megmaradásával magyarázza ezeket a fejlődési hibákat. Ez a felfogás jól összeegyeztethető Nussbaum vizsgálatával, aki kimutatta, hogy a szemhéj emelőizma csak a külső mozgató szemizmok kifejlődése után kezd fejlődni.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az imént említett igen valószínű magyarázat ellenére is a nervus oculomotorius mag hiányának vagy magzatkori elsorvadásának lehetőségét csak szövettani vizsgálat zárhatná ki teljesen, mert ez a szemkörüli lágyszövetek fejlődési hibáival igen gyakran együtt fordul elő, sőt a megsorvadás több agyidegre is kiterjedhet. Spatz és Ulrich, továbbá Fényes az ideg-

magvakon kétségtelenül elfajulásos elváltozásokat derített ki. Úgyszintén nem lehet kétséges az idegi eredete annak a szemhéjcsüngésnek, amit Dollar írt le: egy családban három nemzedéken át minden esetben az 50. életév után jelentkezett kétoldali szemhéjbénulás. Ezt a ritka kórképet, ami teljesen az örökléses rendszerbetegség jellegét mutatja, a francia szerzők »ptosis tardif familial«-nak nevezik. Annyan külön csoportot alkot, hogy nem veleszületett rendellenesség, de a világrahozott szemhéjcsüngéssel való rokonságát elárulja azzal, hogy öröklődik, mégpedig szintén dominans módon és egyéb fejlődési hibák, elfajulási jelek is éppúgy kísérik szokták.

Az orvoslás lehetőségét mérlegelve, ezek a fejlődési hibák nehéz feladat elé állítják a szemorvost, különösen ha nemcsak az araszépités, hanem a működés tekintetében is eredményt akar elérni. A Blaszkovics-féle műtéttel igen jó tapasztalataink vannak. Schtschekina kiemeli a módszer előnyét Hess, Motais és Eversbusch eljárása fölött. Az apa nagyfokú szemrészszűkülete, szemhéjvázának és emelőizmának hiánya valószínűleg leküzdhetetlen akadályt állítana a műtét elé. A fiúkon azonban már könnyebb a helyzet, mert a szemhéj alakja a rendeshez igen közel áll.

Összefoglalás: Veleszületett, örökléses szemhéjcsüngés eseteit ismertettük, melyek a következő fejlődési hibákban nyilvánultak meg:

1. kétoldali szemhéjcsüngés,
2. szemrészszűkület,
3. a szemhéjváz és az emelőizom fejletlensége,
4. a felső egyenes szemizom bénasága, illetve csökevényessége,
5. igen dús, sörteszerű, részben összenőtt szemöldök,
6. a család egyik tagján általános testi elfajulás tüneteinek kívül veleszületett gyöngelméjűség.

A tünetcsoport nemhez nem kötött dominans módon öröklődött egy apáról hat gyermekére. A tünetek helyi csoportosulásából inkább környéki fejlődési gátlása, a magzatkori viszonyok megmaradására következtetünk, bár a megsorvadás lehetőségét sem lehet teljesen kizárni.

Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának (igazgató: Benedek László ny. tanár) és a budapesti 10. sz. honvédkórház elme-, idegosztályának (vezetőorvos: Pethe Ferenc ezredorvos) közleménye.

Lueses monoballismus esete.

Írták: Angyal Lajos dr. egyet magántanár és Pethe Ferenc dr. ezredorvos.

A ballistikus mozgási nyugtalanság tulajdonképpen a choreás mozgások egyik alfaja, azonban mind klinikailag, mind localisatiós szempontból ezektől különválasztható. Klinikailag féktelen, inordinált tömegmozgások formájában jelenik meg, mégpedig leggyakrabban mint hemiballismus az egyik egész testfélen. Jellemző a mozgások gyors, a choreára emlékeztető lefolyása, kiterjedése a váll- és medenceövre, általában a proximális ízületekre, a kilengések nagy amplitúdója, szabálytalansága, csapkodó, rotáló, dobáló jellege. A hemiballistikus tünetegyüttes korábban mint hemichorea volt ismeretes. A Jakob volt az első, aki a syndroma klinikai és anatómiai különállását felismerte. Ő 1923-ban,

részben a saját, részben *v. Economo* és *O. Fischer* korábban észlelt esete alapján a bántalmat az ellenoldali corpus subthalamicum Luysi laesiójára vezette vissza, felismerve, hogy a corpus Luysi működése egész testrészek mozgás-synergiáinak szabályozásában áll. Ez a felfogás ellentétes a korábbi *Karplus-Kreidl* f. elmélettel, amely a corpus subthalamicumot vaso-vegetatív középpontnak tekintette. Bár egyes szerzők, így *Kleist* és *Shinosaki* a corpus Luysinek a vaso-vegetatív funktiók szabályozásában máig is szerepet tulajdonítanak és másrészt *Lhermitte* szerint a Luys-féle test sérülése bizonyos psychés zavarokkal is jár, mégis az utolsó másfél évtized számos esetközlése és esetelemzése alapján ma már a corpus Luysi sérülése folytán létrejövő tünetegyüttes végleg tisztázottnak tekinthető. Igaz ugyan, hogy a közölt esetek nagyobb részében a laesio — többnyire vérzés, lágyulás, ritkábban rákos áttétel, tuberculum, gócos enkephalitis — szomszédos agyi területekre is kiterjedt, így elsősorban a thalamusra, a subst. nigrá-ra, pedunculus cerebrire, a kötőkarra, a striopallidumra, a belső tok szomszédos részeire, a Forel-f. mezőre, stb., azonban a corpus Luysi laesiója minden esetben kivétel nélkül megtalálható volt, míg a többi felsorolt területek csak váltakozva és különböző kombinációkban voltak bevonva a bántalomba. Emellett mind klinikai, mind anatómiai szempontból tiszta esetek is ismertek. *Spatz* már 1927-ben arra a megállapításra jut, hogy a corpus Luysi az extrapyramidalis rendszer egyetlen olyan tagja, amelynek kétségtelenül körülírt, electív működése van. *Sántha* 1928-ban a korábbi esetek, valamint saját esete alapján ugyancsak határozottsággal állítja, hogy a corpus Luysi részleges vagy teljes roncsolása nélkül hemiballismus nem jöhet létre; *A. Jakob* és *Kashida*, valamint a saját másfél éve fennálló esetével bizonyítottan veszi, hogy a tünetegyüttes fellépéséhez más agyi területek kikapcsolása vagy izalmi állapota nem szükséges és hogy a jellegzetes ballismusos mozgászavar a corpus subthalamicum *kiesési tüneteként* áll elő. Véleménye szerint a góccal esetleg oki összefüggésbe hozható a gyakran észlelt kísérő hypotonia és hyporeflexia, azonban a Luys f. test feltételezett érszabályozó szerepének mind az állatkísérletek eredményei, mind az emberi kórtan adatai ellentmondanak.

A ballistikus mozgászavar eredetileg csak a *hemiballismus* formájában volt ismeretes. *Benedek* magyar közleményében, (Erdélyi Orv. Lapok. 1921.) majd 1923-ban Wienben tartott előadásában az alsó végtagokon észlelt ballistikus jellegű spontán mozgást *paraballismusnak* nevezte el. 1927-ben *Matzdorff* ugyancsak paraballismusnak nevezi az *A. Jakob* és *Kashida* által 1925-ben közölt eset mozgási zavarát. *Rakonitz* általa heredodegeneratívnak tartott, az egész testre kiterjedő ballistikus jellegű mozgási zavart közöl *biballismus* néven, sajnos, azonban esetét anatómiai-szövetani leletekkel nem állott módjában igazolnia.

Bár a corpus subthalamicum somatotopiás tagozódásának a kérdését *Matzdorff* a *Jakob—Kashida*-féle paraballismus esettel kapcsolatban már 1927-ben felvetette, mégis csak 5 évvel később, 1932-ben *Sánthának* sikerült első ízben egy megfelelő eset kapcsán ezt az elméletben feltett somatotopiás tagozódást anatómiai bizonyítékkal igazolni. Első esetében a mozgászavar az egész jobb testfélre, így a végtagokon kívül a törzsre, a nyakra, az arera és a nyelvre is kiterjedt, sőt a beszédet is befolyásolta; második esetében a nyak-, fej-, arc- és beszédizmok szabadok

voltak és a mozgás csupán a j. o. végtagokra korlátozódott, de itt is az alsó végtagon enyhébb mértékben volt jelen és a körlefolysis alatt javulási készsége mutatott. Az első esetben a bántalom úgyszólván az egész corpus Luysit roncsolta, ezzel szemben a második esetben a góc csak részleges volt, amennyiben a corpus subthalamicum középső részén, főként dorsalis, caudalis részén inkább dorsomedialisán ült: az oralis rész 5 mm, a caudalis polus pedig cca 2 mm hosszúságban ép volt. *Sántha* ezzel az anatómiai lelettel összefüggésbe hozta, hogy második esetében a fej és a nyak a mozgászavartól teljesen mentes volt, továbbá, hogy a ballismusos mozgások az alsó végtagon javuló készsége mutatnak. Esetéből valószínűsítve látja, hogy a striopallidum somatotopiájára vonatkozó *Mingazzini—Vogt—Jakob*-féle felfogás a corpus Luysira is érvényes és hogy mindezen központok legorálisabb szelvényében a beszéd izomzatának szabályozó központja, majd emögött a mimika, a középső sectorban a felső végtag, majd a törzs és végül a caudalis szelvényben az alsó végtag mozgásainak központja foglal helyet. Megemlítendő, hogy a szemmozgások, hólyag- és végbélműködés strio-pallidaris képviselőit eddig nincs adat.

A legutóbb *Juba* és *Rakonitz* által közölt eset eddig az egyetlen az irodalomban, amelyben a szemgolyók ballistikus mozgása észleltetett. A szerzők a klinikai kép gondos elemzése rendjén azt is felemlítik, hogy esetükben az ép jobb testfélén alkalmazott erősebb ingerekkel a kóros bal testfélén durva, főleg csavaró jellegű ballistikus mozgások voltak kiválthatók. A tüneteloszlás egyenetlen volt és a szerzők a klinikai képnek az anatómiai lelettel való összevetése alapján arra a megállapításra jutottak, hogy esetük ugyancsak a corpus Luysinak *Sántha* által feltett somatotopiás tagozódása mellett szől.

Az elmondottak előrebocsátása után röviden egy esetet ismertetünk, amelynek közlését, nem tekintve a ballismusos esetek viszonylagos ritkaságát, részben a specifikus kórszármarzás, részben a klinikai forma sajátossága indokolja.

P. L., 42 éves törzsrőmester, 1940 szeptember 1-én vétetett fel a budapesti 10. számú honvédkórház idegosztályára. *Körlelőzménye*: Családi terheltség nincs, 1928-ban lueses fertőzés, amely után közvetlenül három kombinált specifikus kúrát végzett. Mérsékeltén iszik és dohányzik. Augusztus 24-én reggel — minden bevezető tünet nélkül — felkeléskor észrevette, hogy jobb kezét semmire sem tudja használni. Mosakodáskor, fésülködéskor, öltözködéskor a jobb kézben, karban és a vállövben durva, hirtelen, csapkodó, nagykilengésű, szabálytalan, fékezhetetlen mozgások jelentkeztek. A mozgások egyik eleme volt, hogy a jobb kar hirtelen be- és hátrafelé csavarodott. Ezeket a mozgásokat csak úgy tudta valamelyest fékezni, hogy jobb karjára ráfeküdt, vagy jobb kezét bal kezével lefogta, azonban a vállban és a karizmokban akkor is jelentkeztek durva rángások, izomösszehúzódások és izomfeszülések. A spontán mozgások alvás alatt szüneteltek, emotionálisan fokozódtak. Egyidejűleg beszéde is megváltozott: feltűnően meggyorsult, elsietővé, hadaróvá vált, beszédét nehezen lehetett megérteni. Az volt az érzése, hogy a beszéd tempója és hangsúlyozása felett az uralmát teljesen elvesztette. Az arcan, nyelvben, nyakban, a törzs izomzatában, nemkülönben a bal testfélén rángás egyáltalában nem jelentkezett. Jobb lába részéről sem tapasztalt ügyetlenséget vagy spontán mozgásokat. *Jelen állapota*: Astheniás alkátú, mérsékeltén lesoványodott. Belgyógyászatilag: Kissé elongált aorta, az EKG enyhe szívizombántalom jeleit mutatja. Jobb pupillája kissé tágabb, mindkettő kissé szabálytalan köralakú, fényre valamivel renyhébben, alkalmazkodásra jól reagál. Fogmutatáskor, beszédkor a jobb orr-ajakredő sekélyebb, a jobb szájuág kissé

visszamarad. Nyelvsücsa kissé jobbra deviál, de a nyelvmozgások teljesen szabadok. Garatképletei részarányosak, légyszájpadja phonatókor jól emelkedik. Agyidegei egyébként épek. Felső és alsó végtagi reflexei egyformán jól kiválthatók. Mayer és Léri reflex m. o. egyformán jól kiváltható. Hasfali és cremaster reflexe jól kiváltható, m. o. egyforma. Talprefexe j. o. valamivel keményebb. Kóros reflex, clonus nincs. A j. o. végtagok hypotoniásak, bár a jobb felső végtagon a tónus vizsgálatát a gyakori spontán mozgások nagyfokban megnehezítik. Erzésvara nincs, mélyérzései is rendesek. A jobb kézben, karban és vállövben durva, csapó jellegű, csavaró, nagy amplitúdójú, önkénytelen mozgások, amelyek emotionálisan fokozódnak. Feltűnő és állandóan megállapítható, hogy a bal testfélen alkalmazott exteroceptív ingerek a jobb kar rotációs-adductió mozgását fokozzák, illetve kiváltják. Különösen a b. o. has- és talpreflex kiváltásakor észlelhető, hogy a jobb kar azonnal adductió irányban rándul és behátrafelé rotálódik. Néha a jobb lábujjak extensióis inaiában is önkénytelen feszülések figyelhetők meg. Beszéde elsiető, hadaró, nehezen érthető, egyenlőtlen tempójú. Vérében Wa. ++++, Kahn ++++, liquorában Wa. r. ++++, sejtszám 187/3, fehérje 173 mg%, Pándy ++++, Nonne—Apelt +++, Schellack ++, Takata—Ara ++, benzoegyanta: 0232, 7777, 5000, 0000. A szemfenék ép. *Kórlefejtés*: IX. 17. óta a beteg lázkurát és vegyes fajlagos kurát végez. Eddig hat lázrohama volt, minden alkalommal 39–40 C° között. Állapota lényegesen javult, bár jobb kezét étkezésre, borotválkozásra még nem tudta használni. A lázroham alatt a spontán mozgások erősen fokozódnak. Jelenleg főképp ujjaiában és a kézfejjében vannak még önkénytelen mozgások, amelyek fáradáskor fokozódnak. A j. o. végtagok hypotoniája még fennáll. Beszéde még kissé elsiető, szintelen.

Amint már bevezetőleg említettük, esetünk egyik érdekessége a specifikus kórszármasítás. Az irodalomból ismert esetek nagy többségében az ok arteriosclerotikus vérzés, lágyulás; *Bremme*, *Pette* és *Bonhoeffer* egy-egy esetében rákos áttétel ronsolta a corpus subthalamicumot, *Wulff* és *Bonhoeffer* egy-egy esetében a boncolás magános tuberculomot talált, a *Bodechtel—Hickel*-féle esetben gócos metastikus encephalitis, *Bertrand—Garcin* esetében degeneratív sejtprocessus volt megállapítható. Általában a corpus Luysi luetikus elváltozásai, — kivéve a *Jahnel* és *Fünfgeld* által leírt paralytikus elváltozásokat — az irodalomból nem ismeretesek. *Fünfgeld* 1928-ban ismertetett egy paralytikus esetet rohamszerű myocloniás és tic-szerű rángásokkal a jobb testfélen: a mozgászavarokat a feltalálható kis striatum és nucleus ruber góccokkal hozta kapcsolatba. *Cahane* 1935-ben egy paralytikus betegén hemiballismust közöl: a boncolati lelet a j. o. capsula interna lágyulások gócat és a b. o. »Ludwig-féle zónában« (Luys-test?) haemorrhagiás pontokat talált. (A közlemény román nyelven jelent meg és számunkra csupán *Urechia* rövid németnyelvű beszámolójából ismeretes.) Az irodalomban található egyetlen kétségtelenül lueses hemiballismus eset *A. Hampel*-é: egy 45 éves férfin b. o. hemiballismus támad. Az előzményben lueses fertőzés. Szövettanilag endarteriitis luetica a jobb striatumban és a jobb corpus Luysiban, utóbbiban ischaemás ganglion sejtelváltozások voltak.

Esetünkben a 12 évvel ezelőtti luetikus fertőzés, a vér- és liquor-leletek a luetikus kórszármasítást kétségtelenül igazolják.

Az eset másik klinikai sajátossága a *monoballistikus* megjelenési forma. Láttuk ugyanis, hogy a beszéd átmeneti zavarát nem tekintve, amely típusában a legutóbb *Juba* és *Rakonitz* által is ismertetett beszédszabályozási zavarnak felel meg, a mozgászavar csupán a jobb felső végtagra terjedt ki: az arc, fej, nyak, törzs, alsó végtag a mozgászavar-

tól mentesek voltak. Bár az eset anatómiai leletekkel nem erősíthető meg, mégis a mozgászavar klinikai jellege alapján a localisatio tekintetében nem lehet kétségünk. A jelenleg a jobb kézben észlelhető minimal-mozgások alapján ugyan ma inkább striatum góca gondolnánk, azonban az ismertetett és filmre is felvett mozgási kép mégis a mozgászavar ballistikus jellegét bizonyossá teszi. Elkülönítő kórhatórozás tekintetében még a *Foix—Hillemand*-féle második thalamus szindrómára, a »syndrome rubro-thalamique-sousthalamique«-re kellett gondolnunk, amely az art. thalamo-perforata tünetegyüttese, azonban az elkülönítésben itt is döntő az önkénytelen-mozgások jellege, nemkülönben a kisagyi tünetek, az érzésvavar és a thalamus-kéz hiánya. Még egy sajátosságra kívánnánk esetünkkel kapcsolatban felhívni a figyelmet és ez a mozgászavarnak az ép testfélen alkalmazott exteroceptív ingerekre való fokozódása. Esetünkben ez különösen az époldali hasreflex kiváltásakor jelentkezett szembetűnően és meglehetősen állandósággal, szinte reflexszerűen és a jobb kar adductiójában és befelé rotálásában fejeződött ki. Hasonló észleléssel eddig csupán a *Juba—Rakonitz*-féle esetben találkozunk. Itt b. o. hemiballismus állott fenn és a szerzők leírják, hogy a jobb testfélen alkalmazott erősebb ingerek b. o. főleg csavaró jellegű ballistikus mozgásokat váltottak ki, ellenben a bal testfélen alkalmazott ingerek hatástalanok voltak. E jelenség kórélettani magyarázatával ezúttal nem foglalkozunk.

Végül arra szeretnénk utalni, hogy esetünk az irodalomban az első és egyetlen *monoballismus* eset és mint ilyen, dacára a szövettani leletek hiányának, a *Jakob—Kashida*, a *Sántha*-féle második eset és a *Juba—Rakonitz* eset mellett ugyancsak a corpus Luysi somatotopiás tagozódása, mégpedig distinctebb somatotopiás tagozódása mellett szól. Ha a *Sántha*-féle második esetben talált góc kiterjedését és az ebből levont localisatiós következtetéseket alapul fogadjuk el, akkor fel kell tennünk, hogy betegünkön a luetikus gócos bántalom a b. o. corpus subthalamicumnak főleg középső szakaszát foglalja el, valószínűleg kissé az orális sectorba is áttérjed (ez magyarázná a beszédszavart), a caudalis szelvényt azonban teljesen szabadon hagyja.

A Horthy Miklós Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Vidakovits Kamillo ny. r. tanár.)

A béltömlőről.

Írta: *Szabó Dénes dr.* tanársegéd.

A hasüreg előre nem kórismézhető és súlyos veszélyt jelentő elváltozásai közé tartoznak az aránylag ritkán előforduló béltömlők (*Enterocysta*). Leggyakrabban a vékonybélben, illetve ezzel többé-kevésbé összefüggésben találjuk, de előfordul a bélszakasz egyéb részein is. Leginkább egyedülállóan, de kisebb alakban többszörösen is előfordul. Ez utóbbi inkább kórbonctani észlelet, mert panaszokat az életben ritkán okoz. Nagysága borsónyi, babnyi, egész gyermekfejnyi, sőt nagyobb is lehet, a hasüregben sokszor kitapintható, azt ki is töltheti, tartalma olykor 10–15 liternyi.

Fejlődését többen a bél-köldökvezetékkel (*ductus omph. entericus*) hozták összefüggésbe, mivel legtöbbször a vékonybél alsóbb szakaszán található.

Ismeretes, hogy az említett vezeték vagy maradványának helyzete sem állandó, sőt atypusosan bélfodri részen a bélnek, a bélfodor lemezei között is előfordulhat. Így magyarázható lenne, hogy a tömlők jórésze a bélfodri részen van. Az ellenkező oldalon sokkal ritkábban fordul elő. (Nehezen magyarázható azonban az ilyen eredet akkor, mikor többszörösen vagy éppen a vastagbélben fordul elő. Ugyanis körülbelül a közölt eseteknek egynegyedében a vastagbélben volt a tömlő.

Lehetséges, hogy eltévedt, visszamaradt embryonalis csirokból fejlődnek. Valószínűbb az a magyarázat, hogy az embryonalis életben gyakoribb gurdélyok tovább fejlődnek s később a bél ürege felé elzáródnak s tömlőként tovább fejlődve különböző nagyságot érnek el, olykor már a méhen belüli életben akkorát, hogy akadályozzák a szülést. Így magyarázható *Kuzmik* esete is, ki a keresztcsont háti felszínén jellegzetes béltömlőt talált.

A bélfal különböző rétegeiben található, így a nyálkahártya alatt, az izomzat között és a serosa alatt, valamint extraperitonealisan. Az utóbbiak, mivel a bélfodorban is található külön tömlők, esetleg másodlagosan jutnak a béllal összeköttetésbe, a bélfodri részen.

Inkább együregűek, de egymással közlekedő több üregből is állhatnak. A bél üregével csak igen ritkán vannak összeköttetésben, finom nyílással. Faluk többnyire a vékonybél falának szerkezetét mutatja több-kevesebb elváltozás — elfajulás — gyakori, inkább gyulladások következtében. Jellegzetes klinikai tüneteket nem okoz, éppen azért előre kórismézni nem, vagy csak kis valószínűséggel lehet. Inkább gondolni lehet rá csecsemő- vagy gyermekkorban jelentkező nagyobb hasi daganatoknak tetsző esetekben.

Nagyobb veszélyt a nyálkahártya alatti és az izomzat között lévők jelentenek s itt is inkább a vékonybél tömlői. Ezek ugyanis, az említett szülési akadályt nem is számítva, állandó bélezáródás (ileus) veszélyét rejtik magukban, már a csecsemő- vagy gyermekkorban, aminek jelentősége pedig közismert.

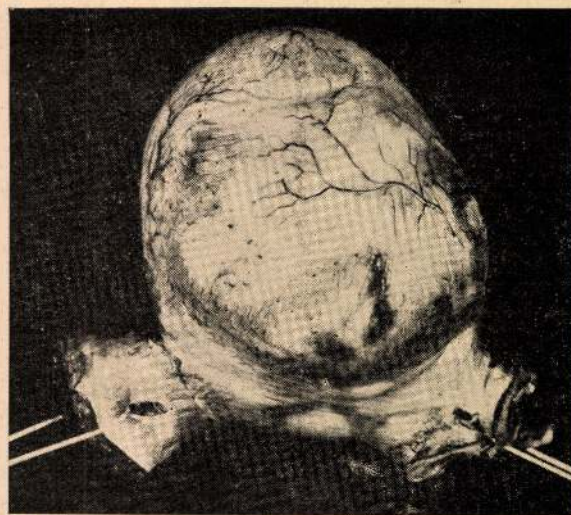
Az okozott tüneteket tekintve, leggyakrabban valamilyen alakban bélezáródást okoz. Így obturációt, ha a bél ürege felé növe, azt teljesen megszükiti, továbbá bélesavarodást — torsio, volvulus — elég gyakran, azután bélbetüremkedésnek lehet az okozója.

Ketter K. összeállítást közöl az irodalomból összegyűjtött 88 eset kapcsán. 68 klinikai — műtéti — észlelet, a többi alkalmi bonctani lelet. A 68 klinikailag észlelt beteg közül 37-nek különböző formájú ileusa volt s ezek közül meghalt 25. 10 műtét nélkül, 15 azután. A 37 betegnek több mint fele (20) félévesnél fiatalabb volt. (Ez megmagyarázza azután a magas halálozást is.) Ezenkívül hashártyalob, hasi daganat és bizonytalan jellegű fájdalmak miatt operáltak betegeket. A hashártyagyulladás a megrepedt tömlő okozta három esetben, de itt is két ízben csavarodás, illetve bélbetüremkedés előzte meg az elhalt — üszkös — tömlő megrepedését. Mind a három esetben halálos volt. A hasi daganatok miatt operáltak inkább ovarium-, bélfodor- stb. tömlők miatt kerültek műtetre s olykor szokatlanul nagy volt a tömlő. A bizonytalan jellegű fájdalmakat, hányást stb. a vongálás, esetleg kisebbfokú müló torsiók, nyomás stb. okozzák. Észlelték ezenkívül a tömlő rosszindulatú elfajulását és nagyfokú

hasvizet (ascitist) is. Az ascites, ha a hashártyán áttét nincs, keringési zavarral magyarázható, ami a nagyobb erekre gyakorolt nyomás következménye. *Melchior* többszörös bélvérzés miatt operált betegen talált béltömlőt, mely tele volt vérrel. A tömlőnek megfelelően fekély (decubitus) volt a bélben. A tömlő arrosiót okozott.

Mi is a leggyakrabban előforduló szövődménye, ileus miatt operáltunk egy 38 éves nőt. Felvétele előtt egy nappal, délben, étkezés közben igen erős göresős fájdalmak támadtak a hasában. Hányt, csuklott; hányadéka bűzös volt. Emellett erős vizeleti ingere is volt. Fájdalmak azóta változatlanul tartanak. Sokat hányt. Szék-szelek azóta nem távoznak. Elmondja, hogy 18 éves korában is voltak hasi fájdalmak, melyek étkezés után jelentkeztek, főleg a köldök körül. Ilyenkor hányt is. Fájdalmak néhány napig tartottak és fokozatosan gyengülve megszűntek. Az utóbbi időben ezek a fájdalmak ritkábban jelentkeztek. Lelet: A hasa mindenütt erősen nyomásérzékeny, az epigastriban behúzódtott, a köldök alatt erősebben elődomborodó, meteoristikus. Egyébként egészséges szervezet, vizeletben semmi kóros.

Kórisme: Ileus. Azonnali műtét. Hasmetzés a köldök alatt a középvonalban. A vékony- és vastagbelek összecsomózódva, többszörösen megcsavarodva. Mesenterium commune. A vékonybelek erősen puffadtak, sötétkék színűek s közöttük gyermekököllyi tömlő látható az egyik megcsavarodott bélkacson. A belek nagyfokú megcsavarodása csak úgy szüntethető meg, hogy az összes beleket kiemeljük a hasüregeből, ami — tekintettel a hosszú bélfodorra — könnyen sikerül. A csavarodás megszüntetése után a belek eleven színűket nemsokára visszakapják. Az említett tömlő a caecumtól kb. 150 cm-re van a bélfalban, a bélfodor tapadásával szemben, gyermekököllyi, síma felszínű. (1. ábra.) A tömlő tartalma vörhenyes-zavaros, nem



1. ábra.

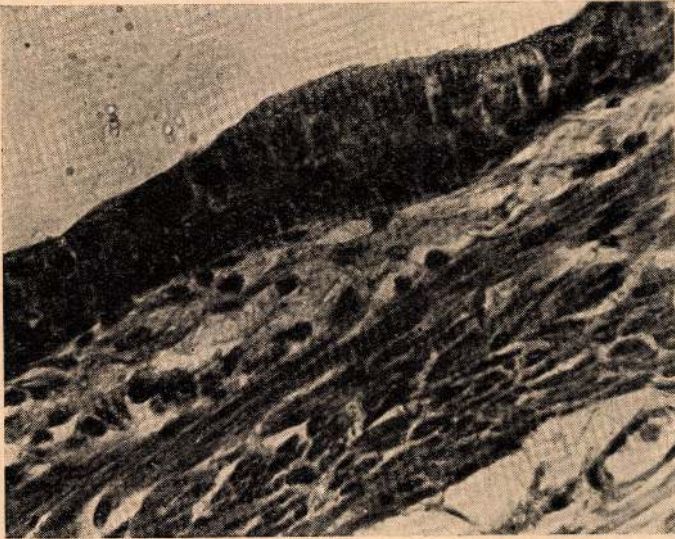
bűzös, híg folyadék, fala nem lobos, ürege a bél lumenével nem közlekedik. A vastagbél a szokottnál jóval hosszabbnak látszik. A felszálló vastagbél könnyen áthúzható a másik oldalra, a leszálló viszont. A bélfodor gyökénél erősebb bevérvések. A hasüregben csak kevés izzadmány.

A tömlőt egy kevés környező vékonybélrészlettel együtt eltávolítjuk. (Bélresectio.) Oldalegyesítés. Teljes hasfalzárás. Kilenc nap múlva gyógyult sebbel panaszmentesen távozik.

Szövetteni vizsgálat: A bélfalal, a bélfodor tapadásával szemben, tojásdad alakban 4,5×2,5 cm méretű darabon függ össze s ennek megfelelően a bélfal rendkívül elvékonyodott, harántredői elsímultak. A tömlőnek hártvás, alig 1 mm vastagságú fala van, melynek mind külső, mind belső felülete teljesen síma, tartalma csokoládébarna színű folyadék, melyben parányi csillogó kristálykák vehetők ki. Az ebből készült kékent készítményben megfestést egyáltalában nem adó sejttörmelések, továbbá cholesterol kristályok

találhatók. Szövettanilag a tömlő falának mindenütt szabályos hámbélése van. Ez a hám általában több (3—4) sorban helyezkedik el, de kisebb részletek egyrétegű köb-, illetve hengerrhámval vannak fedve. A réteges hámbélés némiképpen emlékeztet a többretegű laphámra. A hám alatt igen vékony izomréteg következik (muscularis mucosae?), alatta a submucosa laza kötőszöve, majd a meglehetősen széles izomréteg, végül igen keskeny subserosus kötőszövet. Kórisme: Enterocysta. (2. ábra.)

Most két év múlva a beteget hogyléte felől megkérdeztük. Jól érzi magát, azóta hasifájdalmi nincsenek.



2. ábra.

Hogy maga a tömlő okozta-e a bélesavarodást, nem lehet tudni, mert a betegben más fejlődési rendellenesség is volt (mesenterium commune) s közismert, hogy éppen ezeknél gyakori a bélesavarodás, hasonlóképpen az étkezés utáni hasi göresök, hányások, amit a bélszakaszok erősebb telődési különbségei váltanak ki, úgyhogy a felső bélszakaszban erősebb peristaltica indul meg. Működési zavarok állhatnak elő így, sőt a volvulusok is jórészt ilyen módon keletkeznek. Ugyanígy jelenségeket a béltömlők is okoznak. Az említett bizonytalan jellegű fájdalmak a béltömlőkkel kapcsolatosan, részben a most említett okok, — passagezavar — részben a beidegzés által magyarázhatók. Erősebb bélmozgások, bővebb étkezés, vagy étrendi hiba után fájdalmakat válthatnak ki a tömlőben. Ennek idegei ugyanis összeköttetésben lévén a többi bélszakaszok idegeivel, a bővebb elválasztás (secretio), a tömlő feszülése fájdalmakat okozhat, amit az itt lévő izomzat kisebb-nagyobb fokú túltengése is elősegít. Az ezt követő felszívódás folytán a tömlő tartalma megkisebbedik és így a fájdalom ismét megszűnik.

Betegünknek 18 éves kora óta vannak étkezés után fájdalmi, görcsei, hányása. Hogy ebben mennyi része volt a tömlőnek, mennyi a belek rendellenes mozgékonyágának, nem tudjuk. Valószínű, hogy főleg a tömlő a részes ezekben a tünetekben. A betegnek ugyanis 18 éves kora előtt hasonló tünetei nem voltak, bár a közös bélfodor s ennek folytán a belek nagyfokú kóros mozgékonyága is kétségtelenül megvolt. Feltehető, hogy a tömlő eddig kisebb, vagy egész kicsi volt s csak akkorra növekedett annyira, hogy azután panaszokat okozott s a bélesavarodásnak is jórészt okozója volt, hiszen a belek főleg körülötte voltak összecsomósodva. Figyelemreméltó, hogy a beteg a műtét óta teljesen panaszmentes. Az sem tagadható azonban, hogy mivel ileus után a hasüregben meglehetősen össze-

növések keletkeznek, így jelen esetben is a valószínű összenövésnek folytán a belek nagyfokú mozgékonyága megszűnt s így az abból származó esetleges tünetek is megszűntek.

Ketter által összegyűjtött 68 klinikai esetből meghalt 30. Tehát csaknem 50%. Ennek oka, mint már említettem, főleg abban keresendő, hogy jórészt csecsemőkorban okoz hasi katasztrófát, mikor sokszor gyökeres beavatkozást (bélesonkolást) kénytelen végezni a sebész, mert megoldhatatlan bélbetüremkedés, bélelhalás stb. van jelen. Ezt és az ileus-intoxicatiót pedig ritkán bírják ki a csecsemők. A csecsemő- és kisgyermekkoron túl már jobb az eredmények s még jobb, ha nem sürgős műtét miatt történik a beavatkozás (daganat, bizonytalan fájdalmak). Végeredményben tehát a bántalom közvetett veszélye nagy. A gyógyításnak is, mely csak sebészi lehet, elsősorban ezt, tehát a közvetett veszélyt kell megszüntetni, csak azután az okot, lehetőség szerint gyökeresen. A kettőt azonban gyakran nem lehet elválasztani (bélelhalás, obturációs ileus), úgyhogy csak a gyökeres megoldás jöhet szóba s ezért mondhatók rossznak az eredmények.

Legegyszerűbb megoldás, ha kis terjedelemben, vagy éppen kocsányosan függ össze a tömlő a béllal, a kihámozás, vagy a kocsány lekötése. Ilyen esetekben halálozás jóformán nincs. A kihámozás, esetleg a megfelelő bélfal kimetszése, csak olyan esetekben lehetséges, ahol kis terjedelemben függ össze a bélfallal, úgyhogy utána szűkülettől nem kell tartani.

Csecsemő- és kisgyermekkorban, ha bélesavarodás van, de bélelhalás nincs, a tömlő részleges eltávolítása, illetve megkisebbitése, úgyhogy szűkület a bélben ne keletkezzék, a helyes eljárás, tekintet nélkül arra, hogy kiújul-e vagy nem a tömlő. Végleges ellátás esetleg későbbre halasztható, amikor erősebb a gyermek. Ahol azonban gyökeresebb megoldás szükséges valamilyen ok miatt (invaginatio, elhalás), ott a bélesonkolás, antepositio és egyidejű bélsipoly jöhet szóba. Megoldhatatlan bélbetüremkedésnél, obturációs elzáródásnál, amikor a tömlő befelé növe zárja el a bél üregét, a sonkolás elkerülhetetlen. Érdekes, hogy két esetben egészen fiatal — 3 és 5 hónapos — csecsemők kibírták a bélesonkolást. (Lundmark, Ball.) Kellő mozgékonyág esetén az elhalt részek antepositóját ajánlja Krogius egyidejű bélsipollyal s a sonkolást később, ha már az intoxicatio megszűnt s a gyermek erőbeli állapota javul.

Szóba jöhet még a marsupialisatio, mely szerint a megnyitott tömlőt a hasfalhoz varrjuk ki, azonban csak olyan esetekben, mikor nincs elhalás. Ilyenkor szerintünk helyesebb a tömlőt a lehetőségig megkisebbiteni és a széleket összevarrni, mert minden esetben a marsupialisatio sem végleges megoldás.

Érdekesen látta el Ayer 23 éves férfinak hátulról a coecumba nyomuló béltömlőjét. A coecum elülső falát megnyitotta s a nyíláson át eltávolította a tömlő mellső falát s annak nyálkahártyáját hosszában a coecum nyálkahártyájához varrta, majd zárta a coecum elülső falát. Úgynevezett belső marsupialisatio. Elmés megoldás, azonban csak a tág coecumon végezhető, mert más bélszakaszon esetleg szűkületet okozna.

Esetünkben a tömlő nagyobb terjedelemben a serosa alatt ült a bélfalban s így kihámozása lehetetlen lett volna, s bár elhalás nem volt, a gyökeres megoldást, a bélesonkolást választottuk. Vastag-

bélen hasonló esetben, úgy gondoljuk, a tömlő megkisebbitésével megelégedhetünk.

A vastagbelek kóros mozgékonyosságát, úgynevezett rögzítéssel, nem szüntettük meg. Az az elgondolás vezetett, hogy ileus műtétje után úgyszólván kisebb-nagyobb fokú összenövések keletkeznek a hasban, melyek rögzítik a beleket. Kérdés ugyanis, hogy ilyen hányfokú mozgékonyoságnál helyesen rögzíthetők-e a beleket, esetleg nem származnának-e újabb panaszok.

Körülbelül hasonló vastagbélmozgékonyosság, ugyancsak közös bélfodor volt jelen egyik betegünkben, kit 3 évvel ezelőtt operáltunk volvulus miatt. 220 cm hosszú vékonybelet elhalás miatt el kellett távolítani. A vastagbelet itt sem rögzítettük. Még egyideig voltak emésztési zavarai, melyek azonban magyarázhatók az elég tekintélyes vékonybélrészt eltávolításával is. Most jól érzi magát, pedig műtét előtt gyakran voltak ileuszerű tünetei. Feltételezhető, hogy itt is a belek kóros mozgékonyosságát megszüntették az összenövések.

A most béltömlő, illetve volvulus miatt operált betegünknek is 18 éves kora óta meglevő panaszai részben legalább is származhattak a belek kóros mozgékonyosságából, mint ahogy az ilyen esetekben előfordul. Két év óta teljesen panaszmentes. Afelől lehetne vitatkozni, hogy ezek a belek kóros helyzetben is rögzülhettek volna, de az is valószínű, hogy a mozgékony belek igyekeznek optimalis helyzetet elfoglalni s abból csak a különböző bélszakaszoknak erősebb telődési különbségei — az említett bővebb étkezés, étrendi hibák — mozdítják ki. Tehát valószínűleg a legtöbbször a legoptimálisabb helyzetben vannak. Az összenövések pedig műtét után pár napon belül bekövetkeznek, azalatt, amíg a beteg még ágybanfekvő.

A most említettek csak feltevések, de tény, hogy mindkét esetünkben, bár a mozgékony vastagbeleket nem rögzítettük, a betegek teljesen panaszmentesek.

Sopron vármegye csornai közkórházának közleménye.
(Igazgató: vitéz Nagy Károly sebészfőorvos.)

Fejlődési rendellenesség és gyermekkori ileus.

Írta: vitéz Nagy Károly dr.

Kevés olyan heveny hasúri betegség van, melyben a beteg élete annyira függene a sebész tudásától és tapasztaltságától, mint a bélelzáródás. A műtétet igénylő betegeket minél előbb kell operálni. Néha azonban nem könnyű a javallat felállítását, a műtét alkalmával pedig egész könnyű esetek mellett is néha bizony az orvosnak minden ügyességét össze kell szednie, hogy a beteg életét megmenthesse.

Az alább közlendő esetek műtét megoldása egyszerű volt. A betegek is meggyógyultak egy hét alatt. A kórisme sem volt nehéz arra nézve, hogy bélelzáródás miatt operálni kell. Közlésre alkalmas érdekességüket egyéb körülményekben találom.

1. 1940. III. 13-án 4 éves kislányt vettünk fel a kórházba, akinél kezelőorvosa 3 nappal azelőtt féreghajtókúrát kezdett. A féreghajtószertől, bár hashajtót is adtak vele, nem lett széklete, ellenben erős hasi fájdalmak keletkeztek. Két nap óta mindent kihányt. A gyermek elég jó erőállapotban volt.

Hasa erősen puffadt. Köldökétől jobbra és kissé befelé jókora gyermekökölnyi, fájdalmas terimenagyobbodás volt tapintható.

Jobboldali pararectalis metszéssel behatolva, erősen gyulladt bélcsondot emeltünk ki. Kiderül, hogy a bélcglomeratum úgy keletkezett, hogy egy csúcsával a hólyaghoz lenőtt és erősen gyulladt falú Meckel-diverticulum elszorította a bélcaesot, amelyből száradzott. Együttal a diverticulumot, valamint a beszájadásához vezető bélcaesüreget kb. 20 cm-nyi hosszúságban párhuzamos, mintegy ceruzavastagságú kötegek töltik ki. A diverticulumot a bélcaesról resecáljuk s mikor onnan leemeljük, vele együtt 8 darab 14—20 cm hosszú ascarist húzunk ki a bélből, melyeknek fele szorosan a diverticulumban volt, testük és farkuk az odavezető bélcaesban. A férgek elevenek voltak. (L. a képet.)



1. ábra.

A kisleányban tehát a féreghajtószertől megmozgatott ascarisok fejükkel előre összegyűltek és összeszorultak a diverticulumban, elzárták a bél üregét, melyet a gyulladásban lévő diverticulum másodlagosan még meg is szorított.

2. Egy 11 éves fiút 1940. VI. 4-én vettünk fel a kórházba. Már kiskora óta gyakran fáj a hasa. Egy nappal ezelőtt, párnapi székrekedés után, erős hasfájdalmak keletkeztek. Orvosa ricinust, majd ennek hatása utánra Tinect. Opiit rendelt neki. Anyja azonban a két orvosságot elcsesélt és a ricinus helyett az egész felírt 5 gramm Tinect. Opiit beadta neki. A gyermek ezt részben kihányta. Azután ricinust kapott, de ezt is kihányta. Székelést sehogyan sem lehetett előidézni. Felvételtkor a jól fejlett és közepesen táplált fiút nem találtuk a feltehető opiummérgezéssel kapcsolatos kábultságban. Hasa mérsékelten puffadt, benne loccsanás érezhető. Bal csípőtáncájában mérsékelt nyomási érzékenység.

A felvételt követő napon, hosszas próbálkozások után, némi fekete széke van. Nem hányt, közérzete jó. 5-én este ismét igen erős hasfájdalma volt. Intramuscularis glanduitrinre 10 perc múlva elég jó kiürülés, kevés formált, barna székkal és sok folyékony székkal, melyben az előző napokon adott

ricinus maradványai láthatók. Minthogy a has puffadása fokozódott, június 6-án megoperáltuk. Alsó medián laparotomia. Belei puffadtak és igen erősen belöveltek. A vékonybeleken végigtekintve, a coecum előtt mintegy 25 cm-nyire a bél üregében egy kis szilványi kemény ellenállást tapintunk, mely némi szíjjelhúzás után visszatüremkedett Meckel-féle gurdélynak bizonyult. A gurdélyt visszafordítjuk és resecáljuk. Az idült gyulladása appendixet is eltávolítjuk.

A gyermeknek hasi panaszait valószínűleg kiskorától fogva a Meckel-diverticulum okozta. Ez okozhatta azokat a göresöket is, amelyek miatt ricinust és opiumot kapott. A betüremkedett diverticulum nem volt üszkös, csak erősen gyulladt, a bél üregét teljesen nem zárta el, legalább állandóan nem, mert a belsőleg adott ricinus a műtét előtt is végigment a bélhuzamon. Bonyolította a kórképet, hogy feltehető volt az is, hogy a szervezetbe került nagyobb mennyiségű opium maga is makacs szorulást okozott.

3. Egy 14 éves fiút 1940 október 13-án vettünk fel a kórházba. Három napja betegedett meg. Orvosa kórházba is utalta vakbélgyulladás miatt, de nem hozták be, mert fájdalmai a jobb csípőtányérban megszűntek. Azonban két nappal ezelőtt hányni kezdett és azóta mindent kihány.

A közepesen fejlett gyermek kissé leromlott állapotban van, de szív működése rendes, és láztalan. A has sajkaszerűen beesett, puha, fájdalomtalan. A hányáson kívül nincs egyéb tünete. Az idegrendszer és vizelet vizsgálata negatív. Másnap kora reggel átvilágítást végzünk. Oesophagus és cardia passage jó, gyomor megnyúlt, kb. 1½-szeresre tágult, horogalakú, fundusa a crista iliaca sup. alatt 3 harántujjal jól mozgatható. Tonus, peristaltika nincs. Ürülés huzamosabb idő múltán sínes, nyomásra sem. A pylorusig jól telődik, tovább ninesen telődés. A conturok élesek, egyenletesek. A röntgenleletből, összevetve azzal, hogy a hányadékban epe volt, a patkóbél heveny elzáródását állapítottuk meg és a gyomrot alaposan kimosva mindjárt meg is operáltuk.

Felső medián laparotomia. A gyomor és patkóbél legfelső szakasza erősen tágult. A belek teljesen összeesettek. A patkóbél leszálló szárának közepét félkörben harántul ránőtt vaskos kötegek és összenövészek szorítják le. Ezek oldása alatt kiderül, hogy a lezorító vaskos köteg az appendix, amely aplasiás coecumból indul ki. A colon ascendens ugyanis hiányzik és az ileum a colon transversummal folytatódik. Ez a fejlődési rendellenesség, különösen kisebb fokban, nem is olyan ritka.

A méhenbelüli élet harmadik hónapja végén a vastagbél már harántul fekszik a köldök felett, a coecum a máj alatt van. A colon ascendens a IV. hónapban fejlődik. Ha ez a fejlődés, illetve a coecum leszállása valamely eddigi ismeretlen oknál fogva többé-kevésbé vagy teljesen megakad, a coecum fennmarad a máj alatt. Ezek az egyének szolgáltatják azon nehéz vakbelek egy részét, melyek már nem egy fiatal sebész türelmét tették próbára. Pontosabb tájékozódás híján sokszor még utólag sem derül ki, hogy egy fejlődési rendellenesség tette olyan nehezzé a helyzetet.

A duodenum passage zavarai *Bakay* vizsgálatai és *Klimkó* 1937-ben közzétett ismertetése alapján nagyfokban tisztázódtak. Gyermekkorban az epehólyag és pylorus közötti viharsarok legtöbbször még érintetlen. Ha csak a beteg valami súlyosabb

appendicitisen nem esett át, nem szoktak itt összenövészek lenni. Jelen esetben maga az appendix okozta a strangulatiót azzal, hogy heveny gyulladás kapcsán megduzzadt és a régibb, tüneteket nem okozó összenövészekhez újabb letapadások járultak.

Az appendixet felszabadítva eltávolítjuk. Ugyanekkor a kitágult gyomor és patkóbél összeesik s az alsó bélrészek telődnek. A passage helyreállt. A műtétet követő napon nagy láz kíséretében peritonealis tünetek állanak be. Valószínűleg a subacut appendicitis megbolygatása okozta. A hashártyaizgalmi tünetek azonban néhány nap alatt elmúltak és a fiú simán meggyógyult.

Az első esetben tárgyalt kislánynál, kinél az ascarisok ileust okoztak, a féreghajtókúrának sajátos szövödményét idézte elő a Meckel-diverticulum.

A második esetben a feltételezett opiummérgezés miatt beszállított gyermekekben idült ileust okozott egy kisebb invaginált Meckel-diverticulum.

A harmadik esetben, melyben a hányás és üres has tüneteivel a patkóbél elzáródása okozta a bajt, három nappal azelőtt appendicitist állapított meg az orvos. A duodenum elzáródását tényleg appendicitis okozta, bár az appendix a gyomortájon volt. Nemesak az említett aplasiás coecum esetében, hanem más rendellenesen elhelyezkedett féregnyúlvány mellett is találtam, hogy az appendicitis kezdeti szakában, midőn még a gyulladás nem terjedt rá a hashártyára, pontosan a MacBurney-ponton jelez fájdalmat a beteg. Ha már a hashártya is a gyulladás körébe vonatott, a beteg a fájdalmait a megfelelő hasfali területre lokalizálja és ugyanitt találjuk az izomvédekezést is. Midőn azonban a bántalom még csak a mesenterium idegpályáin keresztül jut tudomásunkra, a lokalizálás a hasfali segmentumok szerint történik. Így történt, hogy a gyomortájon lévő appendix gyulladása a roham kezdetén a typosus helyen, a MacBurney-ponton okozott fájdalmat.

TARTALOM:

- Göttche Oszkár:** Egy gyermekosztály vezetőjének teendői a gümőkórral kapcsolatban. (193—196. oldal.)
- Razgha András:** A hőszabályozás zavarai szívbetegekben. (196—198. oldal.)
- Hámori Artúr:** Chronikus arzénmérgezés érdekes esetei. (198—202. oldal.)
- Gombos Imre:** Gyomoresonkolások utáni közvetlen halálozás. (202—204. oldal.)
- Pallos Károly:** Sacralis teratoma esetek. (204—208. oldal.)
- Lang Imre:** A sinus sagittalis superior resectiója. (208—211. oldal.)
- Dziobek László:** A réz szerepe a bőrbetegségek kórtaiban. (211—213. oldal.)
- Lichtneckert József:** A bursa omentalis epés pseudocystája. (213—215. oldal.)
- Tatár József és Pap Zoltán:** Veleszületett szemhéjcsüngés és gyengeelméjűség. (215—218. oldal.)
- Angyal Lajos és Pethe Ferenc:** Lueses monoballismus esete. (218—220. oldal.)
- Szabó Dénes:** A béltömlőről. (220—223. oldal.)
- Vitéz Nagy Károly:** Fejlődési rendellenesség és gyermekkori ileus. (223—224. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Rt. nyomása.
Felelős: Kárpáti Antal igazgató.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

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

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetőek: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára. Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels u: Kredit-B. Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portéköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2:50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

ETOVAL

Hatásos elaltató
és átaltató szer



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

SAV-BÁZIS



EGYENSÜLY

HELYREÁLLÍTÁSÁRA

EUGASTRIN

MITE  FORTE

A BÉLMŰKÖDÉST IS SZABÁLYOZZA

„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

TARTALOM:

Kovács Ferenc: Adatok az anus vestibularis gyógyításához. (327—329. oldal.)
gegesí Kiss Pál és Voltay Béla: Tüdőgyulladás alatti szívblock újabb esete gyermekben. (329—331. oldal.)
Anda Tibor: Az onchocerkózis első esete Magyarországon. (331—333. oldal.)
Friedrich László: Megjegyzések a gyomor- és patkóbélfekély parenteralis bismuth kezeléséhez. (333—334. oldal.)

László Géza: Válasz Friedrich dr. közleményére. (335. oldal.)
Irodalmi szemle (335—337. oldal.)
Könyvismertetés (337. oldal.)
Egyesületi jegyzőkönyv (338. oldal.)
Mészáros Antal: Válasz Lőrincz F. professzor megjegyzéseire. (339. oldal.)
Lapszemle (339. oldal.)
Vegyes hírek (339—340. oldal.)

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

Adatok az anus vestibularis gyógyításához.

Írta: Kovács Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár.

A női külső ivarszervek és végbél fejlődési rendellenességei között az anus vestibularis ritkán fordul elő. Packard szerint kb. 10.000 újszülöttre esnek 1 anorectalis fejlődési rendellenesség. Collius 16.000, Winckel 12.000 újszülött közül 1-nél talált ilyen. Ezek közé azonban bele vannak számítva az összes végbélfejlődési zavarok, így az atresia ani is; ilyen magunk is kettőt észleltünk 16.000 újszülött között. Anus anomalus vestibulo-vaginalis azonban pl. a bécsi és a dublini kórházak 66.654 szülése között már csak 3 esetben fordult elő.

Klinikánkon 10 év alatt 16.000 újszülött közül egynél volt anus vestibularis: az ezeket világrahozó ugyancsak 16.000 szülönő, továbbá a klinikánkon ugyanezen idő alatt 3000 vetelő és megvizsgált 32.000 felnőtt nőbeteg között — az alábbiakban ismertetett egyetlen esetünkön kívül — egyszer sem fordult az elő (atresia ani-t ugyanezen idő alatt újszülöttnél kétszer nyitottunk meg). De nem találtunk ilyen rendellenességet népegészségügyi okból egyéb általános egészségügyi vizsgálatok mellett nőgyógyászatilag is megvizsgált 1500 debreceni elemiiskolás leánygyermeknél sem. Ezek szerint az általunk statisztikailag megbízhatóan áttekinthető anyagban 10 évre visszamenően összesen 79.000 esetre 2 anus vestibularis fordult elő (itteni működésem előtti időbe visszanyúló kimutatásokat nem vettünk figyelembe). Kétségtelen, hogy nem egy, különösen magánháiban világrajött újszülöttnél felismerhetetlenül is maradhat ez a rendellenesség, mert azok — részben az egyidejűleg fennálló egyéb fejlődési rendellenességek vagy általános esőkkentértékűség miatt — az első életnapokban, esetleg néhány héten vagy hónapon belül, valószínűleg gyakrabban pusztulnak el. De az ezen defectussal felnövő nők közül is bizonyára számosan elkerülnek az

orvosi észlelést, mert állapotuk komolyabb zavart nem okoz, esetleg erről ők maguk sem tudnak s néha véletlenül, egyéb okból végzett orvosi vizsgálat vagy szülés folyamán fedezik fel a rendellenességet. Ilyen eseteket többen is ismertettek; így Menge rendes lefolyású szülés és gyermekágy kapesán észlelte. Anderson 16 éves mohamedán asszony meddőségi okát a vestibularis anusba történt közösülésnek tudta be és Packard-Kirschbaum bajáról mit sem sejtő, először vajudónál a beöntés adásakor vette észre a rendellenességet és császármetszéssel hozták világra a magzatot, hogy a végbélsérülést elkerüljék. Temesvári egy betegével kapcsolatban ismertett kimutatása szerint (Gyógyászat, 1925. 40.) az addig publikált összesen 151 eset közül 69 egyéves életkor előtt, 89 pedig későbbi életkorban került észlelés alá. Ezen összeállításban ő is rámutat arra, hogy ezen fejlődési rendellenesség gyakran éveken át nem okoz semmi panaszt. Említ ilyen rendellenességgel bíró puella publicákat; panaszmentes házaseletet élő nőket, akiknek férje nem tudott a bajról, sőt talált két olyan ismertetést is, amelyek szerint a szülész sem vette észre a szülés folyamán a rendellenességet.

Ezek alapján nyilvánvaló, hogy az anus vestibularis vagy vaginalis csak megfelelő komoly panaszok alapján gyógyítandó, mint incontinentia alvi et flati; súlyosabb következményekkel járó nagyfokú székrekedés, a házaselet komolyabb zavara, meddőség a rectumba történő közösülés folytán, ami miatt az előzőleg többé-kevésbé jó záróképeségű vestibularis anus is incontinenssé válhat. Ez a gyógyítás csupán műtéti lehet. A beavatkozást nem teszi szükségessé azon aggodalom, hogy szülés és gyermekágy esetén komolyabb szövődmények állhatnak elő. Szülésnél az addig jó záróképeségű vestibularis végbélnyílás incontinenssé válásától, — amint azt Sorrentino tapasztalta — esetleg a vestibulumba nyíló végbélfal berepedésétől (Mayor és Molinero észlelték ilyen) kell tartanunk. Emiatt azonban adott esetben inkább a műtéti eredmény szempontjából kevésbé kockázatos császármetszés mérlegelése jöhet szóba (ilyen indicatio alapján végzett császármetszést Pa-

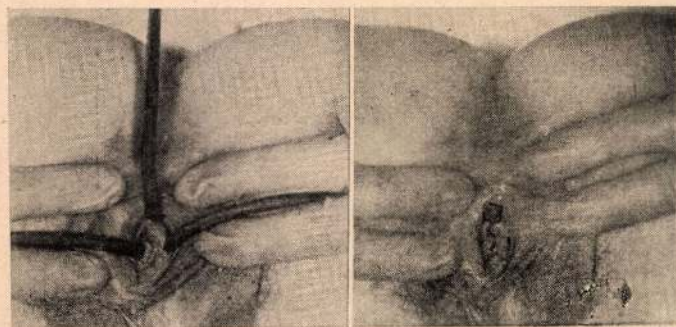
ckard). A szülés és gyermekágy alatti fertőzés nagyobb veszélyének logikailag egyébként jogosultnak látszó aggodalmát a tapasztalatok egyáltalában nem igazolják. Az anus vestibularis nem feltétlenül szükséges plasticai műtététől való tartózkodás azonban annál is inkább indokolt, mert egyrészt a műtét elsődleges veszélyei is elég nagyok (*Bardeleben*-nek mindenestre még régebbi anyag alapján összeállított statisztikája szerint 3—4% a mortalitás) másrészt a műtéttel elérhető functionalis eredmények is kérdésesek.

Kétségtelen azonban, hogy úgy a műtéti kockázat, mint a functionalis eredmények szempontjából ezen régebbi, kedvezőtlen tapasztalatok újabb időben lényegesen javultak. *Rosenstein, Brjuchatow, Zanela, Fecht, Mayor* és *Molinero, Ray Baltar, Holtermann* igen jó műtéti eredményekről számoltak be egy-egy esetük kapcsán. A rendellenesség ritka előfordulása, de a fentiek szerint annak még ritkább műtéti javallata folytán még a legnagyobb intézetek vezetőinek sem lehet e téren nagyobb személyes tapasztalata; így ezeket csupán az egyes szórványosan ismertett esetekből van csak módunkban leszűrni. Eppen ez indokolja minden ilyen közlemény jogosultságát; mert az anus vestibularis által okozott panaszok már eredetileg is olyan tűrhetetlenül súlyosak lehetnek vagy idők folyamán (közösülés, szülési sérülés) azokká válhatnak, hogy a beteg számára életbevágóan fontossá válik az a kérdés, vajjon orvosa az e téren a szakirodalomban visszatükröződő bizonytalanság és kellő határozottsággal még ki nem alakult álláspont miatt visszariad-e a műtéttől, vagy arra rászánja magát.

Saját betegünk (1191/1940. fjsz.) 16 éves, még nem menstruált virgo, aki születése óta a hüvelyén át székel. A kemény székletet néha vissza tudta ugyan tökéletlenül tartani, de legtöbbször pépes székletet és a szeleket nem és így állandó incontinenciája van. Ez már születése óta igen súlyos panaszokat okozott és csak azért várt mostanig a műtéttel, mert orvosai annakidején azt mondták szüleinek, hogy csak 16 éves korában lehet baját megoperálni.

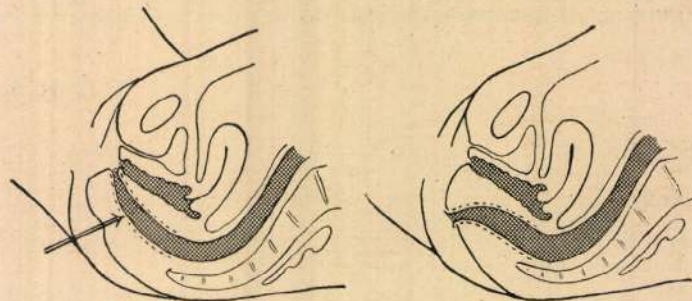
A gyengén fejlett, kissé infantilis leány testalkata és szellemi fejlettsége rendes. Az anusnyílás a természetes helyen hiányzik; csupán enyhe behúzó-dás jelzi azt. A vulva rendes kialakulású. A fossa navicularis mélyén, közvetlenül a hymen alsó szélével határosan nyílik a vestibulumba az ujjat kényelmesen befogadó anusnyílás. Megacolon, megarectum nem tapintható. A hüvelyt függőleges sövény kettőzi (vagina duplex). A jobboldali hüvely zárt. A méh rendes alakú és helyzetű; a portio a bal hüvelybe nyílik. A függelékek is rendesek (l. 1. ábra).

A beteg és szülei határozottan kívánják a műtétet. Annak menete: A vestibularis anusnyílást körül-



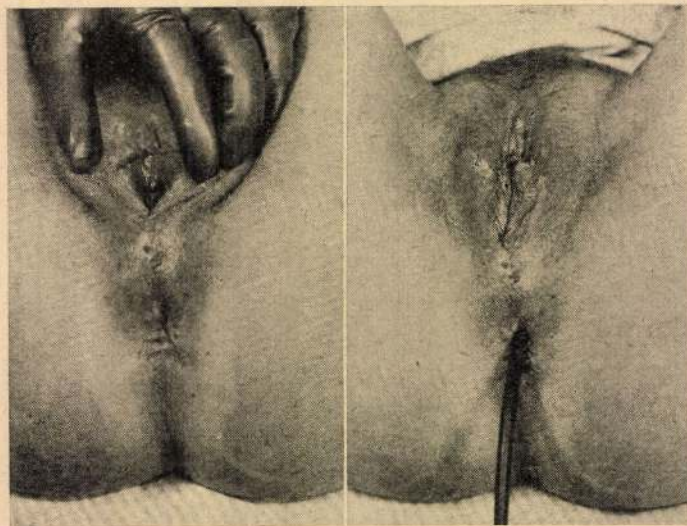
1. ábra. Az alsó gumicső a bélnyílásba, a két felső a két hüvelybe van vezetve.

mettsve, a rectumot 10 cm magasan kipaeparáljuk környezetéből. Ezután az anus természetes helyét jelző enyhe tölesérszerű behúzó-dás középpontján a bőrt kétfillérenyi területen körülmetszve és lehántva, a gátat hegyes eszközzel átfúrjuk. Így belejutunk az előzőleg szabaddá praeparált perirectalis ürbe. A rectumot, a gát átmetszése nélkül, végénél fogva behúzzuk az újonnan készített anusgyűrűbe és annak végét a bőrhöz köröskörül kiszegjük. A rectum előző ágát pedig a régi gátrepedések műtéténél szokásos módon zárjuk. (l. 2. ábra.)



2. ábra. a) A műtét előtti állapot vázlata. A pontozott vonal a bél felszabadítását jelzi. A nyíl pedig a gát átfúrási és a bélvég áthúzási helyét. 2. ábra b) A műtét utáni állapot vázlata.

A gyógyulás zavartalan volt, csupán a rectum-ágynak egy kis része gyógyult és telődött másodlagosan. Ezt azonban utólag néhány öltéssel rendbehoztuk és így a kosmetikus eredmény is kifogástalan. A leány a szeleket, sőt a szeleket is tudja tartani; panasz 4 hónappal a műtét után (utolsó ellenőrző vizsgálat) sines (l. 3. ábra).



3. ábra. a) A műtéti eredmény 4 hónappal a műtét után. 3. ábra. b) A gumicső az átültetett végbélnyílásba van helyezve.

Kehrer az anus vestibularis előfordulási módjának három különböző csoportját különbözteti meg. Az elsőbe tartozóknál a vestibularis-nyílás mellett a rendes helyen is van végbélnyílás rendes záróizommal. Ezeknek a műtéti eredményei a legjobbak; a vestibularis-nyílást sipoly-módjára, *Füth* szerint, egyszerűen zárjuk s a gyógyulás tökéletes lehet, bár itt is érhetik a műtöt meglepetések. A második csoportba tartozó vestibularis anus-eseteknél a végbélnyílás a természetes helyen hiányzik; de a záróizomzat megvan. Itt már a rectum nagyfokú mobilisálása szükséges ahhoz, hogy az a rendes helyen meglévő záró-

izomgyűrűbe átültethető legyen. Nem megfelelő mértékű, nem elég magasra felhatoló rectum-mobilisálás mellett ugyanis az a veszély fenyeget, hogy a beültetett bélvég visszahúzódik, a bőr és a bőralatti kötőszövet hege zsugorodik, súlyos szűkületet okozva; esetleg az egész nagy sebágy másodlagosan gyógyulva vezet az eredeti állapotnál is súlyosabb helyzethez. A harmadik csoportba tartozó eseteknél a végbélnyílás eredeti helyén a külső záróizom is hiányzik; ezeknél ennek a plastikus kiképzése is szükséges a gluteus izomnyalábjaiból, levator-rostokból, esetleg, Martius szerint, bulbo-cavernosus plasticával ahhoz, hogy a functionalis eredmény remélhető legyen; de az így is mindig bizonytalan.

A mi esetünk a jó functionalis eredmény alapján a Kehrer-féle beosztás második csoportjába volna sorolható. A műtét céljából ajánlott számos sokféle módok egyike sem nevezhető ú. n. »tipikus« műtétnek, mert hiszen a módszernek az adott eset egyéni körülményeihez kell alkalmazkodni. Ezen módszerek általában a végbél áthelyezéséhez a gát előzetes átmetszését ajánlják. Saját tapasztalatunk szerint ez nem célszerű. Jó eredményünket a rectum magasra felterjedő mobilisálásán kívül nagyrészt annak tudjuk be, hogy a gátat a bélátültetéshez nem metsztük át, hanem a természetes bélnyílás helyét átfúrva, abba az előzetesen felszabadított bél végét a gát épen hagyása mellett behúztuk. Így a gát talán részben meglevő, de valószínűleg satnya záróizomrostjainak épségét az átvágással és újra összevarrással nem kockáztattuk. Ezt a körülményt még az átmetszett és újra egyesített gát elsődleges gyógyulása mellett is fontosnak tartjuk; még inkább tönkretelheti azonban az eredményt az, ha a gátsebb nem gyógyul jól. Ezzel a szövödménnyel pedig a gát átmetszése esetén mindig nagyon is számolni kell. Ezenkívül mi is mással együtt fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a serdülés kora előtt ne operáljunk, mert a térvizonyok és az ivarszervek járulékos szöveteinek biológiai jellege a műtét számára a csecsemő- és gyermekkorban igen kedvezőtlen feltételeket teremtenek. A serdülés korán túl levő nőnél azonban, megfelelő pánaszok alapján, a mai műtéti technika és a sepsis mellett már nem tartjuk indokoltnak a műtéttel szemben a régebbi szakirodalomban tükröződő túlságosan tartózkodó álláspontot.

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

Tüdőgyulladás alatti szívblock újabb esete gyermekben.

Írta: gagesi Kiss Pál dr. és Voltay Béla dr.

Egyik korábbi közleményünkben (O. H. 1935.) egy négyéves fiú betegségét ismertettük s elektrokardiogrammokkal mutattunk rá, hogy pneumonia crouposa lezajlása közben a szívben ingerületvezetési zavar jelenhet meg. Hivatkoztunk amerikai szerzők közlésére, akik gyermekkori bronchopneumoniák alatt is észleltek hasonlót. Felhívtuk a figyelmet azokra az irodalmi adatokra, melyek szerint felnőttek pneumonia crouposája kapcsán is észleltek hasonló elváltozásokat. Ezek ugyanúgy, mint esetünkben, lábbadozás alatt a láztalan szakban jelentek meg. Megerősíthettük azt a feltevést, hogy a croupos pneumonia lezajlásának ebben a szakában a szív-

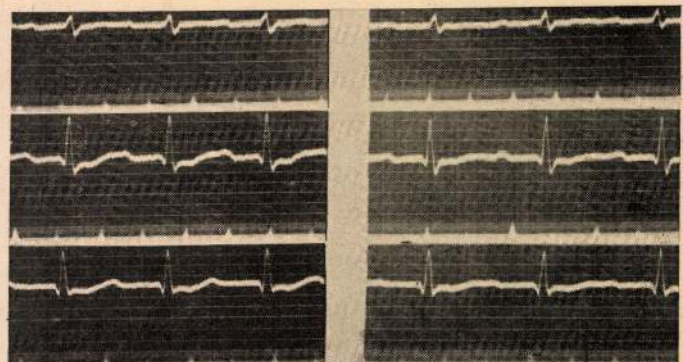
izomzatban még activ folyamat játszódhatik le, tehát a láztalan szakban a beteg nemcsak a tüdő elváltozása miatt, hanem szíve miatt is gondos orvosi ellenőrzésre szorul. A tüdőgyulladás lezajlása után 4–5 hét is eltelhet, amíg a szív elváltozásai rendbejönnek. Bár a tüdőgyulladás krisise alatt nemcsak a láz esik le hirtelen órák alatt, hanem mondhatnánk a valódi krisise egyik jele a pulusszám rendkívüli meggyérülése is, mégis ha ez a bradycardia feltűnően nagyfokú s a vele együtt megjelenő arhythmia nem követi a légzőmozgásokat, gondoljunk az ingerületvezetőrendszer bántalmára.

E megfigyelések arra indítottak, hogy ismételt hangoztassuk annak a régi klinikai szempontnak a helyességét, hogy croupos pneumonia alatt digitalist csak akkor adjunk, amikor a vérkeringés egyensúlyának biztosítására az feltétlenül szükséges. Ilyen tüdőgyulladások alatt soha ne rendeljünk digitalist csak azért, mert »félünk, hogy a krisise alatt majd baj lesz«. Sajnos, ez a régi és pontos klinikai vélemény még mindig nem ment eléggé át az orvosi köztudatba s az ok nélküli »prophylaktikus digitalis adás« még mindig hozzájárul olyan kórképek létrejöttéhez, aminek lehetsége croupos tüdőgyulladás alatt — amint régebben ismertettük esetünk is mutatta — amúgyis megvan.

G. V. 5 éves fiú december 3-án betegedett meg hirtelen nagy lázzal, hányással. Orvosa gyomormérgezést állapított meg, 3 napon át hashajtókat adott, következő 4 napon át bélmosásokat végzett. Mivel láza állandóan 39–40° között volt s az állapot nem javult, betegsége hetedik napján másik orvost hívtak, ki baloldali »tipikus pneumonia crouposát« állapított meg. Kezelésül a szokásos eljárások mellett belsőleg Digalen-t rendelt, amit közvetlenül a klinikai felvétel előtt 6 napon át szedett. Mivel láza ekkor sem szűnt, empyema vagy újabb tüdőlebebenbeszűrődést tételezett fel s klinikai kezelést ajánlott.

A klinikán bal felső és alsó lebehy gyulladását és meningismust észleltünk és 39,3°-os lázat mértünk. A pulsus percenkénti száma 140, a vérnyomás 105/55 Hg/mm volt. A szívtempulát határai rendesek, a szívhangok tiszták, de kissé tompábbak voltak.

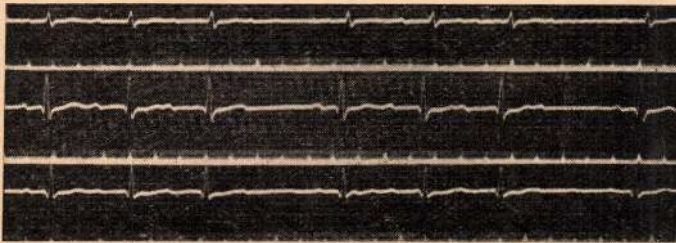
E napon készített elektrokardiogrammon (1. ábra



1. ábra. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző alól $\frac{1}{5}$ ". Baloldali képet felvettük XII. 17-én (Ekg: 2298), a jobboldali képet XII. 18-án (Ekg: 2298/A).

bal oldali kép) a P kezdetét pontosan nem határozhattuk meg, mert egybeesett a megelőző T-vel, azonban a P befejeződésétől is 0,175" telt el az R kezdetéig. Ha ehhez hozzászámítjuk a következő napokon mérhető P szélességét, akkor e napon a teljes pitvarkamrai átvezetési időt 0,25"-nek kell vennünk, ami kórosan megnyúlt érték. Ugyanekkor dextrogrammot, az I. levezetésben alacsony, vastagszárú R-t, a II. és III. levezetésben az isoelektromos alá szorított, kissé ívszerű S—T szakaszt találtunk.

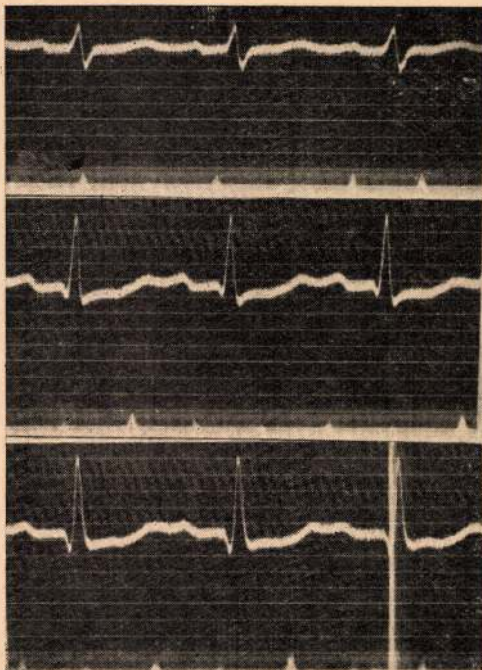
E jelek alapján kétségtelennek tartottuk, hogy digitalis túladagolás történt. Elhagytuk a Digalen-t, érbe 20 ccm 20%-os cukoroldatot, lázcsillapítókat s teljesen mozdulatlan fekvést rendeltünk el. Másnap (XII. 18-án) e kezelést folytattuk. Hőmérséklet délelőtt 38.7°, a pulsus percekénti száma 120. E napi elektrokardiogrammon (1. ábra jobboldali kép.) a P hullám jól kivehető, P—R távolság 0.225", az S—T szakasz leszorítottsága jóval kisebbfokú, mint előző nap volt. A túladagolt digitalis okozta elektrokardiographiás jelek tehát enyhébb fokban voltak már meg, mint előző nap. Ugyanazt a kezelést végeztük, mint előző nap. Következő napra virradó hajnalra (XII. 19.) bőséges izzadás közben a láz kritikusan leesett 36.7°-ra s ettől kezdve a gyermek állandóan láztalan maradt. A kritikus lázleesés napján a pulsus percekénti száma 112, a vérnyomás 110/60 Hg mm. E napon készített elektrokardiogrammon (2. ábra) Wenckebach-typusú pitvar-kamrai



2. ábra. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző alól $\frac{1}{5}$ ". Ekg: 2298/B, felvettük XII. 19-én.

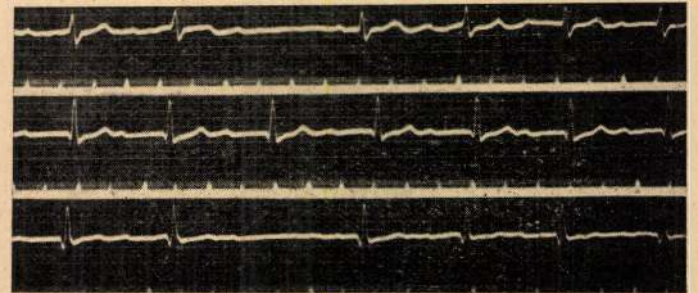
dissociatio mutatkozott. A II. levezetésben mérve az ábra első szívrevolútiójának P—R távolsága 0.18", a másodiké 0.30", a harmadiké 0.34", végül a negyedik P-hullám után nem jön kamrai válasz. Ez után allorhythmia szerint ismétlődött ez a folyamat előlről. Ugyanezen elektrokardiogrammon az S—T és T elváltozásai az előző naphoz képest nem fokozódtak.

Kezelés: naponta 2×20 ccm 20%-os cukoroldat érbe, naponta 3×10 csepp coramin belsőleg, délelőtt és délután 1 ccm 10%-os coffein. natr. benz. bőr alá és este 2 ccm 10%-os camphorolaj izomba. Ezt a ke-



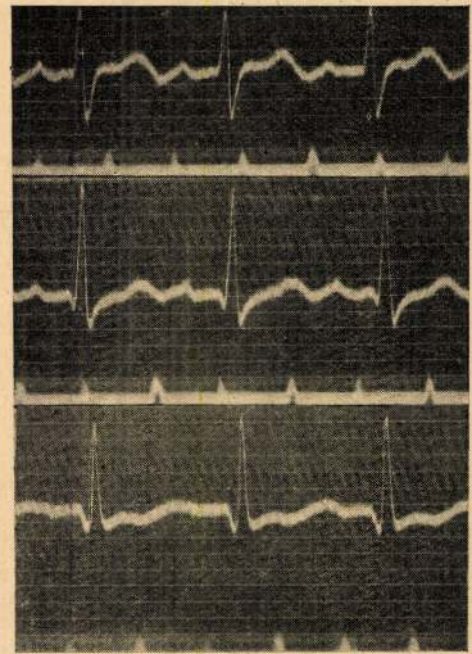
3. ábra. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző alól $\frac{1}{5}$ ". Ekg: 2298/C, felvettük XII. 20-án.

zelést öt napon át megtartottuk (XII. 23-ig). Ekkor elhagytuk a coffeint és camphort és még öt napon át (XII. 28-ig) naponta adtunk 1×20 ccm 20%-os cukoroldatot és naponta 3×10 csepp coramint. E tíz nap alatt voltak időszakok, mikor az elektrokardiogrammon (3. ábra, felvéve XII. 20-án) teljesen megszűnt a Wenckebach-jellegű pitvar-kamrai dissociatio; a P—R távolság 0.16" volt. Az S—T szakasz kóros volta és a T lapossága ilyenkor is megmaradt. Voltak azonban olyan napszakok, mikor az elektrokardiogrammon (4. ábra, felvéve XII. 23-án), ha nem is a jellegzetes Wenckebach-féle allorhythmia formájában, de kifejezetten újból fellépített pitvar-kamrai dissociatio. A 4. ábra, I. levezetésének felvétele idején az első szívrevolúciónak P—R távolsága 0.28", a másodiké 0.26", a harmadik P-re nincs kamrai válasz, a negyedik P—R 0.15", az ötödik 0.26", a hatod-



4. ábra. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző alól $\frac{1}{5}$ ". Ekg: 2298/D, felvettük XII. 23-án.

dik és hetedik 0.225". A II. levezetés felvétele idején a P—R távolság az első szívrevolúció alatt 0.32", a második, harmadik, negyedik, ötödik, hatodik, hetedik P—R 0.30". A III. levezetés felvételének idején az első és második szívrevolúció P—R távolsága 0.32", a harmadik P-re nincs kamrai válasz, a negyedik P—R 0.175", az ötödik, hatodik, hetedik P—R távolsága 0.25" volt. A gyermeket még további hét napig észleltük a klinikán. Ezalatt már minden gyógyszert elhagytunk, csupán teljes ágynyugalmat rendeltünk el. A klinikai tartózkodás 19. napján (január 4-én) készített electrocardiogrammon (5. ábra)



5. ábra. Felülről lefelé I., II., III. levezetés. Időjelző alól $\frac{1}{5}$ ". Ekg: 2298/F, felvettük I. 4-én.

a P—R távolság a 0.16, az R magassága mindhárom levezetésben meghaladta az 5 mm-t, az S—T lefutása még mindhárom levezetésben kissé eltér a rendestől, a T a III. levezetésben még negatív. Vagyis e napon a pitvar-kamrai ingerületvezetési idő elérte a gyermekkorban rendesnek számított felső határt.

Ezekben a napokban a pulsus percenkénti száma 96 és 126 között, a vérnyomás 105/50 és 120/60 Hg/mm között ingadozott, a tüdő felett észlelhető kopogtatási, hallgatódzási, valamint röntgen-elváltozás fokozatosan eltűnt.

Egy ötéves fiúnak croupos pneumoniája alatt orvosa »prophylaktikus célból« 6 napon át belsőleg digitalist adott. A klinikai felvételkor tachykardiát találtunk, ennek dacára kimutathattuk a digitalis túladagolás elektrokardiographiás jeleit. Megfelelő kezelés hatására már 24 óra múlva e jelek kevésbé voltak határozottak. Ujabb 24 óra múlva bőséges izzadás és lázesés közben beállt a krízis s ezzel egyidőben, tehát mikor a gyermek már 48 órája nem szedett digitalist, Wenckebach-jellegű pitvar-kamrai dissociatio jelentkezett. Az ingerületvezetési zavar fokozatosan javulva csak a kezelés 19. napján szűnt meg.

Az esetet úgy fogjuk fel, hogy a túladagolt digitalis miatti vezetési zavart a croupos pneumonia krízise alatti nagyfokú vagotonia a digitalis kezelésnek már 48 órás szüneteltetése ellenére Wenckebach-typusú pitvar-kamrai dissociatióig fokozta. A block létrejöttében szerepe van tehát mind a digitalisnak, mind a pneumonia okozta elváltozásnak.

A gyermek kórtörténetét azért tartottuk közlésre érdemesnek, hogy ismét felhívjuk a figyelmet arra, hogy gyermekek croupos pneumoniája alatt, különösen annak krízise idején és a reconvalescentia alatt a szívben ingerületvezetési zavarok előfordulhatnak. *Ezen ingerületvezetési zavarok, még block jelenlétekor sem járnak együtt nagyfokú bradykardiával, sőt tachykardia takarhatja ezt az elváltozást.* A vezetési zavarok két-három hétig is megmaradhatnak s még megszűnésük után is maradnak olyan elektrokardiographiás jelek, melyek alapján azt kell mondanunk, hogy a szívizom működése nem vált teljesen rendessé. Ugy gondoljuk továbbá, hogy ennek az esetnek a lefolyása is bizonyítja annak a régi klinikai felfogásnak helyességét, hogy croupos pneumonia alatt gyermekeknek ne adjunk »prophylaktikus célból« digitalist, mert a különben gyógyszeres adagok ilyenkor olyan kedvezőtlen hatást válthatnak ki, amit máskor csak mérgező adagoktól szoktunk látni.

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

Az onchocerkózis első esete Magyarországon.

Írta: *Anda Tibor dr.* klinikai műtőorvos.

Az onchocerkosis trópusi betegség, eddig Európában sohasem észlelték. Leggyakoribb helye Közép-Afrika a Sierra Leonától egész az Abesszín fensíkiig, délen a Kongó medence s főleg a nagy középafrikai árkok kitöltő tavak környéke; s Közép-Afrika, Dél-Mexikótól le, Guyanáig, különösképpen Guatemala partvidéke.

A kórokozó, az onchocerca volvulus, a nematodák családjába tartozó filaria-fajta. Először Leuckart írja le 1893-ban az Arany-parton, majd mások

sorjában ismertetik többi helyén is, kidolgozva a fertőzés, az átviteli szak s a kórkép minden egyes kérdését.

A parazita cérnavékonyaságú, fehéres, kissé opaleskáló színű, sokszorososan összezsavarodott fonálalakú féreg; többmagával (gyakran egy-két hím s három négy nőtény) a bőr alatt borsónyi, babnyi, vagy kisebb diónyi daganatokban tanyázik. A hím átlag 30—40 mm hosszú s 120—130 μ széles, a nőtényállat 40—50 cm-re nő meg, szélessége pedig 360—400 μ . Szájnyílása símán, papilla nélkül kezdődik. Végbélnyílása körül 3—5, gyakran asymmetrikusan elhelyezkedő perianalis papilla különböztethető meg. Élveszülő. Mint említettük, egy-két hím és nőtényállat egymásba fonódva, hogy copulációs szerveik érintkezhessenek, a bőr alatti kötőszövetben élnek. Az élősdifejlődésének ideje két héttől hat, nyolc hónapig tart. Élettartamuk kb. 10 év. Valószínű azonban, hogy az onchocerkás daganatokban, melyek sokszor kisebb lipomát, fibromát utánoznak, vegyes fertőzés következtében elfolyósodás jön létre s a parazita sokkal hamarabb tönkremegy.

Szaporodása embriók, mikrofilariák útján történik. Bizonyos időben a nőtényállat nagymennyiségű mikrofilariát ürít ki, melyek a vérben keresztül a bőr alatti kötőszövetben telepednek le. Nagyságuk 300 μ körül váltakozik, szélességük 5—6 μ . Könnyen átférnek a hajszálereken is, s így pangást nem váltanak ki. Különös ismertető jelük, amiért Rodenwaldt mikrofilaria nudanak nevezte el őket, hogy buroknélküliek.

A mikrofilariák fejlődése ezen a szakon az emberi szervezetben nem jut túl. Gazdaállat szükséges, melynek testében a közbeeső fejlődési szakot tölti ki. Blacklock, Fülleborn, Dampf, Mira, a különböző culex, aedes, anopheles fajták szerepét tisztázták. A trópusokban különösen a simuliidák családja szerepel, mint gazdaállat. Nuñez Továr nyolc fajta simuliidát különböztet meg. Blacklock a simulium damnosum szerepét tartja fontosnak.

Az embrió továbbfejlődése a gazdaállatban ismeretes. Magyarul Neuber prof. ismertette részletesen két filaria esetével (filaria Bancrofti) kapcsolatban. Ismeretes, hogy egymással közeli rokonságban levő gazdaállatok nem mindegyike felel meg teljes mértékben a továbbfejlődés követelményeinek. Az ú. n. »hurkaszak«-ban a mikrofilaria nem jut el a fejlődés azon fokáig, hogy az emberre, vagy állatra átoltassék, hanem a gazdaállat gyomrában tönkremegy. A mérsékelt övben a trópusi culex fatigans-szal majdnem teljesen megegyező culex pipiens szerepelhet elsősorban, mint fertőzésátvivő.

Az optimalis viszonyok között tovább fejlődött mikrofilaria, melyhez a trópusi hőmérséklet különösképpen szükséges, a gazdaállat mellizmában vagy szívószervében helyezkedik el, s így kerülhet azután az emberi test bármelyik részére. Betelepődési helye a nyirokérrendszer, melynek constructiója azonban később a képződő daganatfészek körül tönkremegy.

Betegségokozó fontosságát egyesek lekicsinylik. Tény, hogy számtalan esetet ismerünk, melyekben a borsónyi daganat helyi kellemetlenségén kívül semilyen panaszt nem jelez a beteg. Viszont a betegség afrikai különlegessége a bőr kiterjedt pseudo-scabiése, vagy lichenificatiója, amit bebizonyítottan az onchocerca mikrofilariája okoz s melyet a bennszülöttek crawl-crawl-nak neveznek. A kórkép

kialakulásában azonban más társuló fertőzések fontossága eddig még teljesen tisztázva nincsen.

Középamerikai előfordulásának kórképét főleg a fejen való előfordulás jellemzi. A szervezetbe bekerülő parazita toxikus hatásaként orbáncszerű tüneteket vált ki, amit »Erysipela de la costa« vagy »parti erysipel«-nek neveznek. Ennek elmúltával lassan növekedni kezd a daganatfészkek, mely fellágyulásával a koponyaüregbe is betörhet. Tünetei azonban főleg a szemet érintik. Retinohorioiditis támad, mely vakságig is fokozódhatik. Hissette Belga-Kongóban is ír le hasonló eseteket.

Az elephantiasis, ami a wuchereria bancrofti kórképében a legnagyobb fontosságot játssza, az onchocerkosis esetében ritkán fordul elő.

Prognosisa quoad vitam elég jónak mondható, az anyaállatok idővel elpusztulása, a mikrofilariák meglehetősen érzékenysége más fertőzések, nagy lázzal szemben megakadályozza a komolyabb baj kifejlődését. Legsúlyosabb tünete a teljes vakság, melyet az onchocerkosis irreparabilis méreghatásaként foghatunk fel. Vegyes fertőzések a megbetegedett testfelületen át okozhatnak súlyosabb szövődményt is, melyben az onchocerca volvulus csak másodrendű szerepet játszik.

Therapiája még nincs tisztázva. Neoarsenobenzol nagy adagjaival sem érhetünk el sikert. Talán a malaria-, aranygyógymód (Neuber) biztat valamelyes eredménnyel. Ha sikerül a daganatfészkekben meglelni az ivarérett állatot, a sebészi kirtás óriási haladást jelenthet. Sajnos, ritka az ivarérett állatok fészkekének fellelése.

Faji immunitás az onchocerkával szemben nincs. Számos esetről számolnak be, melyben a fehér ember ugyanúgy áldozatául esik ennek a betegségnek, mint a bennszülött. Európában való előfordulásáról nem tudunk. Más filariaféleség is igen ritka. A filaria sanguinis hominis (f. Bancrofti) egy-két esetéről van csak feljegyzésünk. Catalonia és Szicília vidékén kívül (subtropikus regio) csupán Magyarországon fordult elő három eset (Neuber, Bokrétás).

Esetünkben a megbetegedett B. Gy-né 41 éves asszony, rácalmási születésű, rácalmási lakos. Gazdasági eseléd felesége, négy egészséges gyermek anyja. Szülei élnek, egészségesek, testvérei, férje szintén. Állandóan egészséges volt, semilyen betegségre nem emlékszik.

Ez év (1940) februárjában észrevette, hogy bal halántéktáján apró daganat képződik és inkább kozmetikai indítóokkal fordul orvoshoz. Fájdalmanincs.

A beteg előadja, hogy a múlt év (1939) augusztusában a bal arcfelén valamilyen légy vagy szúnyog, biztosan nem emlékszik, megcsípte. A csípésre következő napokban arca feldagadt, heveny hidegrázásai voltak, láza 39–40 fok volt 3–4 napig. A községi orvostól lázesillapítót kapott s hidegvizes ruhával borogatta a daganatot. Mivel 1–2 nap múlva állapota javult, majd teljesen tünetmentes lett, többet nem jelentkezett az orvosnál.

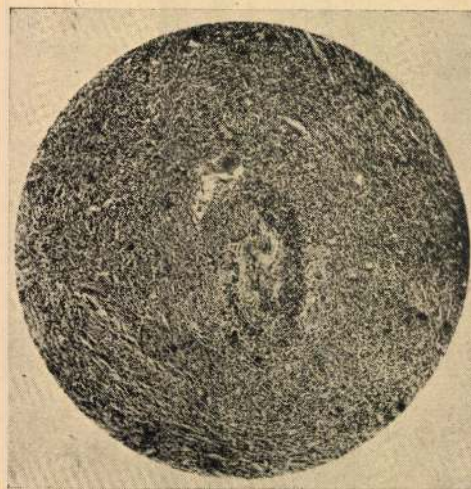
Most azzal a kívánsággal jelent meg klinikánkon, hogy a bal halántéktáján képződő galambtojásnyi daganatot, mely a kozmetikai hibán kívül semmiféle tünetet nem okoz, távolítsuk el.

Jelen állapot: Közepes termetű, vékonyesontú, gyengén táplált, kissé vérszegény nő. Fején a bal temporalis tájon, pontosan a hajhatáron, galamb-

tojásnyi daganat. A bőrön elváltozás nem látható. Localisatiója a csont felett elmozdítható. A daganat összeállása kemény, közepén mérsékelt hullámzás váltható ki. Kisebbfokú spontan és nyomási érzékenység a daganat körül.

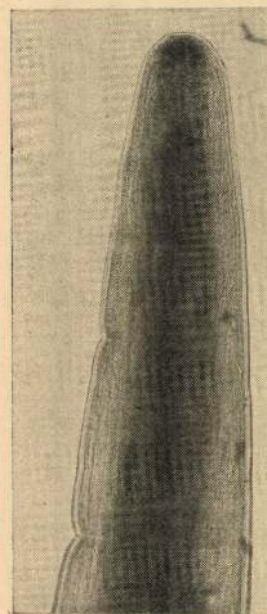
Fején más elváltozás nincs. A szemészeti lelet (Papolezy dr.) kétoldali mérsékelt rövidlátáson kívül teljesen negatív. Látása elég rendes (1 d. m. o.). Biológiai reakciók negatívak, vérképe 10%-os eosinophilián kívül szabályos.

A daganatot április 10-én megcsapoltuk. Egy kevés szövettörmeléken kívül három darabban összesen 7 cm-nyi teljesen ép állapotban lévő, csupán farki végében hiányzó fonalférget szívtunk ki. A másnap megejtett műtét (Bakay prof.) már csak az onchocerca sklerotizált ágát eredményezte, melyben a kezdődő elfolyósodás miatt a legfontosabb kutatóssal sem sikerült a féreg farki végét fel-lelni. A daganatból készített metszet teljes meg-egyezést mutat az onchocerkának tulajdonított szövettani elváltozásokkal (lásd 1. ábra). A diagnos-



1. ábra. Az onchocerca ágyából készült szövettani metszet a kezdődő tályogképződés jeleivel.

a Wuchereria Bancrofti és a Loa-Loa különbözősége folytán sikerült, onchocerca volvulus Leuckarti-nak bizonyult (lásd 2. ábra).



2. ábra. Az onchocerca volvulus feje. (Eredeti felvétel.)

Mikrofilariák utáni szorgos kutatásunk sem a vérben, sem a környező szövetekben nem hozott eredményt. Így fel kell tennünk, hogy csupán egy példányban jutott onchocerca a beteg szervezetébe, melyet szerencsés körülmények között sikerült eléggé ép állapotban megelniünk. A féreg méretei: 70 mm hosszú s vastagsága arra enged következtetni, hogy nőtény állatocskáról van szó.

A műtési seb per primam gyógyult, majd állandó ellenőrzés után a beteget egészségesen elbocsátjuk.

A fertőzés lehetőségének a beteg semilyen támpontot nem tud adni. Sem ő, sem környezete, még a legtávolabbi sem, falujából nem mozdult ki, idegenből (Amerika, Afrika) csomagot, levelet nem kapott. A világháborúban környezetéből trópusos senki sem fordult meg, sem trópusi katona vagy más nem jutott Rácalmásra. Tehát a fertőzés egyetlen lehetőségének a falu határában folyó Dunán történő hajóforgalom szerepelhet csupán. Nemcsak idegen hajóstársaságok, de a Magyar Tengerhajózási Társaság Egyiptommal közlekedő hajói is számításba jöhetnek. Tudunkkal azonban magyar hajós nem szenved onchocerkosisban, bár a lehetősége annak a feltevésnek legnagyobb, hogy valamilyen onchocerkát hordozó hajós vérből a mocsaras környékű Rácalmáson sűrűn előforduló culex pipiens szívta fel a mikrofilariát s a közbeeső fejlődési szak elteltevel oltotta át betegünkre. Kisebb lehetőség az, hogy a térs, thermostatyszerűen meleg hajótestben valamilyen trópusi gazdaállat juthatott el életben Rácalmásra.

A fertőzési lehetőség legfontosabb alapfeltétele a megfelelő hőmérséklet. A Magyar Kir. Országos Meteorológiai és Földmágnassági Intézet 1939. évi LXIV. évf. adataiból megállapíthatjuk, hogy nemcsak a legmagasabb havi átlag, hanem a maximális napi csúcseredmény is messze elmaradt a trópusi hőmérséklet mögött, sőt még hazánk más helyein észlelt eredmények mögött is (lásd 3. ábra). Alapul

3. ábra. Hat hónap meteorológiai viszonyai Rácalmáson.

Hónapok	Hőmérséklet				Csapadék	
	havi közép	eltérés	abszolút maximum	máshol havi közép	levegő nedvesség	átlagos csapadék
Április	14.1	+3.5	27.0	Pécs 15.0	59	12
Május	15.8	-0.6	26.4	Békéscsaba 16.6	76	158
Június	20.7	+0.9	30.1	Verebély 21.3	68	73
Július	23.0	+1.1	35.4	Orosháza 24.2	58	10
Augusztus	21.4	+0.6	35.0	Szeged 22.1	74	65
Szeptember	26.5	+0.1	30.6	Pécs 18.0	79	40

véve a budapesti, székesfehérvári, kalocsai, pécsi s főleg a kunszentmiklósi meteorológiai állomások adatait, megállapíthatjuk, hogy Rácalmáson nagyobb hőség július, augusztusban csupán két nap, július 22-én 35.4 fok, augusztus 6-án 35.0 fok fordult elő abszolút értékben. Az átlagos havi hőmérséklet +1.1 fokkal, augusztusban pedig csak +0.6 fokkal

volt több a havi alapátlagnál. A csapadékmennyiség viszont meglehetősen alacsony volt. Júliusban az átlagos csapadék 10, augusztusban 60 mm volt. A levegő nedvességének havi középátlaga, tekintettel arra, hogy folyómenti helységről van szó, júliusban az 58, augusztusban pedig a 78 havi értéket is elérte. A levegő nedvességét s a csapadékmennyiséget a fertőzés létrejöttében elhanyagolhatjuk, csupán a gazdaállat életkörülményeire tartjuk fontosnak. A nyirkos, izzadsággal borított bőrfelületen könnyebben kapaszkodhatik meg az onchocerca, ez azonban száraz időben is előállhat.

Mivel nyilvánvaló, hogy ezek az adatok megegyeznek a beteg által az előzményben jelzett szűnyog- vagy légyecsípéssel s a nyomában támadó erisipela de la costa idejével, a fertőzést a július 22-e és augusztus 6-a körüli időre tehetjük.

A fertőzést egyedülállónak tartjuk, bár mostoha körülmények között való létrejötté fenntartja az agyanút, hogy megismétlődhetik. Reméljük, hogy rendszeres kutatással sikerül ezt a kérdést teljesen feldolgozni s megszüntetni az esetleges további fertőzés legkisebb lehetőségét is.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet gyomor-, bél- osztályának közleménye (vezető: Friedrich László).

Megjegyzések a gyomor- és patkóbél-fekély parenteralis bismuth kezeléséhez.

Írta: Friedrich László dr.

Az a tény, hogy a gyomor-patkóbél-fekély kóroktana ma még ismeretlen, önmagában megmagyarázza azt a számtalan kísérletet, mellyel e betegségnek legalább tüneteit igyekeznek kezelni. Mivel, sajnos, egyik kezelésmód sem tökéletes és célravezető, kötelességünk, hogy részint a felbukkanó ajánlatokat ellenőrizzük, részint, hogy újak után kutassunk. E megfontolások késztettek arra, hogy a gyomorfekély új gyógymódjául ajánlott parenteralis bismuth használhatóságát saját anyagomon ellenőrizzem.

László Géza dr. az O. H. 1939. évi 34. számában írta le a II. Belklinikán észlelt tapasztalatait azon eljárással, melyet Stein János dr. ajánlott. Stein dr. azon megfigyeléséből kiindulva, hogy egy lueses betege, kinek gyomorfekélye is volt, sorozatos bismutholtások után teljesen panaszmentessé vált, sok fekélyes betegen próbálta ki az eljárást, amely kitűnő eredményeket adott. László 65 betege közül 42 mint fekvő s 23 mint járó beteg részesült kezelésben, ezek közül 37 volt ulcus duodeni, 15 ulcus ventriculi és 13 gastritis. Ezek másod-harmadnaponta 2 cm³ jod-chinin-bismuth camphor vegyületet kaptak 10-15 befeeszkendezés elegendőnek bizonyult; ezek közül 55 (84%) javult, 10 pedig nem (16%). »Eredményeink alapján — írja László dr. — a parenteralis bismuth ulcus és gastritis ellen igen értékesnek bizonyult. A hatás a legtöbb esetben igen gyorsan kifejlődik és gyakran ott is teljes, ahol éven át más gyógyszerek és gyógymódok használatától eredményt nem láttunk. Véleményünk szerint a bismuth az ulcus duodeni és ventriculinak ma egyik legjobb gyógyszere, ami további kísérletezésre érdemes.»

70 esetet kezeltünk a László dr. ajánlott bismut-tal. Harmad-negyednaponként adtuk a Bismosalvant izomba. Átlagban 15 injectiót adtunk. A betegek nem feküdtek, de nem dolgoztak, mind táppénzt kaptak. Gyógyszert belsőleg egyik sem kapott, csak ha nagy fájdalmakról panaszkodtak, kaptak néha alkáliákat, de ezt is csak igen ritkán.

Táplálékul könnyű, fűszer- és alkoholmentes vegyes diétát adtunk, olyant, mint amilyent gastritis acidánál vagy a fekvő fekély kezelés 3—4-ik hetében szoktunk adni. A 70 esetből csak 50-et tekinthetünk olyannak, amelyik a kritikát kiállja, a többi vagy elmaradt az injectiók után, vagy nem jött el ellenőrző vizsgálatra $\frac{1}{2}$ év—1 év múlva.

Az 50 jól megfigyelt eset közül:

24 volt gyomorfekély, 17 patkóbélfekély, 4 esetben a gyomorban és a patkóbélben is volt fekély s végül 5 esetben: már műtét történt. Ez utóbbi csoportban: 3 esetben gastro-enteroanastomosis történt, de a patkóbélfekély ismét kiújult; 2 esetben átlukadás miatt a fekély elvarrása történt csak s a beteg újra panaszkodott fájdalmakról.

A 24 gyomorfekély minden esetében mind a röntgen mutatott fekélyfészket, mind a gastroskop kimutatta a fekélyt, 4 volt praepylorikus, a többi a gyomor testének különböző pontjain ült, leggyakrabban a szokott helyen az angulus felett a kis görbületen vagy az elülső falon. A fekély nagyságát tekintve, kölestől egész nagy babnyi szerepelt. A duodenalis fekélyek legtöbbször fekélyfészket mutatott a röntgen. Ez esetek legöbbszörében is történt gastroskopos vizsgálat; ez azt mutatta, hogy mint ez duodenalis fekélyeknél gyakori, hypertrophiás gastritis állott fenn, főleg a corpusban a hátsó falon. Minden esetben a szokásos savvizsgálaton, székvizsgálaton kívül, megfigyeltük a testsúly ingadozásait is. Minden esetben a beteget kezelés előtt, után s végül $\frac{1}{2}$ —1 év múltán megvizsgáltuk gyomortükörrel és röntgennel is. Csak gastritises esetek, fekély nélkül, azért nem kerültek ily kezelésre, mert ezeket bizonyítónak nem tartom, azonkívül a patkóbélfekélyek nagy hányadánál úgyszintén fennállott ily elváltozás.

Az esetek nagy részében támadt bismuthszegély, nagyobb fokú stomatitis csak két esetben, ez természetesen a beteg subjectív érzéseit kellemetlenül befolyásolta.

Ha már most az eredményeket nézzük, szigorúan külön kell választanunk az objectív tüneteket a subjectív panaszoktól.

A kezelés eredményeit illetőleg lehetetlen minden esetet külön felsorolnom és ismertetnem.

Ha egy kezelésmód hatásosságát keressük, ne felejtsük el soha a vele járó suggestív hatásokat. Az esetek kiválogatásában szerepet játszott, hogy csak a gyomortükörrel és röntgennel megállapított biztos fekélyeseteket válogattunk ki. Lehetőleg ragaszkodtunk Csépainak e kérdésben elfoglalt álláspontjához (O. H. 1938. 21. sz.), aki szerint csak biztos fekélyfészkek esetén elért eredmények döntőek.

I. Subjectív panaszok. A betegek kis hányada a kezelés alatt javul, bár a legtöbb akkor is, ha panaszai kisebbedtek vagy megszűntek, arról panaszkodik, hogy egészen fennmaradt.

A betegek többségének közérzete a Bi. injectiók hatására határozottan megromlott. Utána vizsgálva az eseteket, a panaszok hol 1—2 hónap múlva, hol már hamarabb is kiújultak.

Végeredményben a kettős ulcusok közül egynél sem volt jó sem a korai, sem a késői eredmény. Az előzőleg már operáltak közül kettőnél volt a korai eredmény elég jó. Míg a gyomorfekélyes 24 esetből a korai subjectív eredmény 20-ban volt jó, a késői csak 2-ben s a 17 patkóbélfekélyes közül 10-nél volt jó a korai, de csak 3-nál jó a késői eredmény.

II. Objectív tünetek: hízás alig következik be, egyszer-másszor is csak néhány kiló, legtöbbször lefogytak.

Volt néhány eset, felületes kis fekélyek, hol a fekélyfészkek kisebb lett vagy eltűnt, mind tükörrel, mind röntgennel ellenőrizve. De ha ezt nézzük, nem szabad elfelejtenünk, hogy közben 6—7 hét telt el, oly hosszú idő, mely alatt a fekély magától is gyógyulhat és behámosodhat. A legtöbb esetben a fekélyfészkek később újra mutatkozott, biztos jeléről a kiújulásnak. A betegek közül mivel több esetben nem javultak a panaszok semmit sem, — műtetre kellett küldenünk négyet. Ez utóbbiak közül például hozok fel egy kórtörténetet.

I. Sz. R., 59 éves munkásnő: 1939. IX. 21. 5 hete beteg. Évétől független fájdalmak. Röntgen: a gyomor-duodenum nyálkahártyája durva, szabálytalan. Az angulus táján gombostüfejnnyi tapadó volt. A bulbus bázisa felett rizsszemnyi telódési többlet. Gyomortükörzés: az elülső falon az angulus felett borsónyi zöld lepedékkel fedett mély üreg, környezete szabad. 71 kg.

XV. Bismut-injectiót kap. Közben sokkal jobban van, de az utolsóánál újra fáj. Kúra után röntgen: változatlan lelet. 67.5 kg.

II. Gastroskopia: valamivel kisebb a fekély, de még zöld lepedék fedi, kissé convergáló redők. — 3 hó múlva: röntgenlelete változatlan. III-ik gyomortükörzés: Az áthajlási redőben kölesnyi fekély. Új fájdalmak. Műtét: Szenthe dr. a Poliklinikán resectiót végez, a kis görbület elülső falán nem mély, egész vörös udvarral körülvett fekélyt talál. A beteg azóta hizott s jól van.

Mi lehet az oka László dr. jó és a mi rossz eredményeinknek?

Elsősorban a beteganyag különbözősége: a mi betegeink a munkásosztályhoz tartoznak, másodsorban az, hogy bár nem dolgoztak, az előírt szigorúbb diétát nem tartották be oly pontosan. A klinikai környezet, még ha ambulansan is történt a kezelés, suggestíven hat a betegre. A fő különbséget azonban az esetek kiválogatásában látom: mi a fent elmondott elvek alapján biztosan megállapított fekélyeket válogattunk ki, mert csak úgy kaphattunk biztos képet a bismuth hatásos vagy hatástalan voltáról.

Mindebből látható, hogy a gyógyulás megítélésére felállított követelmények egyikének sem felelt meg a bismuth. Legfeljebb átmeneti subjectív javulást szerez, mely szintén csak ritkán következik be összefügg az általam említett psychés tényezőkkel és azon, tényvel, hogy foglalkoznak a beteggel. Mindezek alapján, tekintve még azt is, hogy a bismuth a beteg általános conditióját nemcsak hogy nem javítja, hanem még rontja is, véleményünk az, hogy nem ajánlhatjuk még csak további kísérletezésre sem, mi már teljesen elhagytuk s nem foglalkozunk tovább vele.

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

Válasz Friedrich dr. közleményére.

Írta: László Géza dr.

Mint hogy a klinikán a bismuth-kezelést első esetünk közlése után is folytattuk s tapasztalataink Friedrich dr.-éval nem egyezők, szükségesnek látjuk, hogy a témához röviden újból hozzászóljunk.

Közleményünkben nem állítottuk azt, hogy a bismuth a fekélybetegség biztos gyógyszere, amely azt véglegesen meggyógyítja, hanem csak az egyes kiújulási időszakok megrövidítéséről beszéltünk. Hogy végleges gyógyulás Bi-tal elérhető-e, arra nem is válaszolhattunk, mert hiszen ehhez 5–6 évi megfigyelés lett volna szükséges. De tekintve, hogy ebből a szempontból a többi belgyógyászati kezelésmód is igen szomorú eredményt mutat (lásd Hetényi O. H. 1938, 543) ilyen vakmerő reményeket nem is tápláltunk. Ehhez olyan csodaszer volna szükséges, amelylyel betegeink alkatát tudnánk egyszersmindenkorra megváltoztatni.

Nem cáfolhatjuk és nem is akarjuk cáfolni tehát Friedrich dr.-nak azt a véleményét, hogy a Bi-kezeléssel a fekélybetegség végleges gyógyulását nem lehet elérni. Ezt igazolják azok a betegeink, akiket az első Bi-kezelés után továbbra is megfigyelhettünk s akik egy részének fekélye kiújult. (Két éven belül a Rtg. szerint gyógyultak 30%-a recidivált.) Ez azonban nem jelenti azt, hogy a Bi-gyógymód értéktelen. Ha az egyes betegségek időszakokat sikerül megrövidíteni, a betegek panaszait megszüntetni és ha ez a Bi-tal jobban sikerül, mint más injectiós kezeléssel, akkor ez a gyógyítás számára igenis érték.

Első közleményünk megjelenése óta újabb 53 Bi-tal kezelt fekélyes betegről számolhatunk most be, akiket huzamosabban figyelhettünk meg. Ezek pontos klinikai vizsgálatok alapján, mind biztosan ulcusosak voltak. Nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk, hogy eredményeink a kezdetiekkel kb. azonosak. A subjectív tünetek napok alatt javultak. Rtg. ellenőrző vizsgálatok a kezelés 3–5. hetében és egy év múltán történtek. Részletezve, eredményeink a következők:

Rtg. szerint gyógyult és egy év alatt nem újult ki 25 (47%). Rtg. szerint gyógyult, de egy éven belül kiújult 7 (13%). Panaszmentessé vált, de Rtg. szerint nem teljesen gyógyult 15 (28%). A kezelés eredménytelen volt 6 (12%).

A suggestiv hatásnak nem juthatott akkora szerep, mint Friedrich dr. véli. Betegeink egy része már más injectiós kezelésben is részesült és ugyancsak a klinikán. Azonkívül a betegekkel nem közöltük, hogy kezelésünk újkeletű s így az újdonság kétségtelenül nagy suggestiv hatását is kiküszöböltük. Természetesen az önkéntelen suggestio bizonyos foka minden orvosi működéshez hozzátartozik és teljesen nem zárható ki, de nem is magyarázható minden csak ezzel.

Nem célunk, hogy hosszadalmas vitákat indítsunk. Röviden összefoglalva azt mondhatjuk: a Bi. kezelés vizsgálataink szerint a Fr. dr. által idézett követelményeknek megfelel, kivéve egyet, t. i. nem akadályozza meg a visszaesést. De klinikailag biztosan fekélybetegek többségében hatásos, szigorú étrend és fekvés nélkül is, nemesak subjektív, hanem objektív javulást is okoz és olyan betegeken is hat, akik más kezelésre nem javultak. De kétségtelen, hogy eredménytelenséget is észleltünk és hogy nem véd a fekély kiújulása ellen.

Friedrich dr. a recidiva-mentességet is követelményül vette. Ez a legfontosabb oka az ő és a mi véleményünk különbségének. Mi első közleményünkben határozottan megmondtuk, hogy »sajnos, ezt ma semmiféle módon sem tudjuk biztosan elérni.« De vajjon van-e más olyan gyógyszerünk, amelyik képes erre? Ilyen megfontolás alapján gyógyszerünkünk nagyrészt el kellene vetnünk, ez pedig kétségtelenül nagyon helytelen volna.

Olyan hosszú éveken át kiújuló betegségben, mint az ulcus, a szenvedési időszakok megrövidítése és a betegek gyors talpraállítására feltétlenül nyereség mind az egyénre, mind a társadalomra és azt megkísérelni kötelességünk még akkor is, ha egyes esetekben sikertelenséggel kell számolnunk és tudjuk, hogy egész életre szóló végleges gyógyulást nem biztosíthatunk. Ezért nem osztozunk Fr. dr. véleményének abban a részében, amely szerint a Bi-kezelést teljesen elvetendőnek tartja. Bár mi is tisztában vagyunk azzal, hogy nem százszázalékosan hatásos biztos szerről van szó, de gyógyhatását értékesnek ismertük meg és továbbra is foglalkozunk vele.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Enyhébbfokú relatív nikotinsav-hiány az emésztőszervek betegségei kapcsán. *Guelfroy W. és Luce F.* (Münch. Med. Wschr. 1941. 6. sz.) A nikotinsavhiány enyhe foka nem okoz kifejezett pellagrás tüneteket. Jelenlétekor gyakran csak enyhe neurastheniás panaszok vannak, levertség, étvágytalanság, gyomorégés, gyomorfájdalmak, testsúlycsökkenés, székrekedésre, illetve hasmenésre való hajlam. Az irodalomból több ilyen eset ismeretes, amikor B-vitamin-complexum, illetve nikotinsavat is tartalmazó májkészítmény adagolása jó eredménnyel járt. Szerzők a tiszta nikotinsavat próbálták ki: a »Nicobion Merck«-et és a »Coramin Ciba«-t, napi 100–600 mg mennyiségben. Betegeiknél a fenti panaszokon kívül gyakran észlelték glossitist és bőrvizketést is. A közölt 16 kórtörténetük tanulsága, hogy különösen az emésztőszervek idült megbetegedései kapcsán gyakori nikotinsavhiány pótlása a gyomor-bélzavarok javulásához, az étvágy és munkaképesség visszatéréséhez vezet. (B. 13.)

Geröfy Károly dr.

Corticotrop, thyreotrop és parathyreotrop faktorok. *J. B. Colip. J.* (Amer. med. Assoc. 1940. 115–24.) Az utóbbi évek kísérletei bebizonyították, hogy a hypophysis elülső lebenyének van egy corticotrop hormonja (h.), amely a mellékvesekéreg működését szabályozza. A hypophysis eltávolítása után a mellékvesekéreg sorvad, működése csökken. A h.-t a szerzőnek sikerült tisztán előállítania; nagyon ellenálló a hő és a pH ingadozásaival szemben. Terapiás használhatósága még nincs teljesen tisztázva, kétségtelen azonban, hogy Addison-betegségben, valamint a szénhidrát- és fehérje anyagcserezavarainak kezelésében fontos szerepe lehet. A hypophysis elülső lebenyében két thyreotrop h. van: egyik a pajzsmirigy növekedését, másik működésének fokozódását idézi elő. A h. direct a pajzsmirigy szövetére hat: a túlélő pajzsmirigy-készítmény O₂ fogyasztását fokozza. Kutya, ló, nyúl és ember seruma tartalmaz thyreotrop h.-t, a tengerimalacé nem. Kutya, tengerimalac vizeletében nincs, emberében kevés, patkányéban sok h. van. Simons-betegségben a vizelet thyreotrop h.-tartalma csökken, akromegáliában fokozódik. Hypo- és hyperthyreosisban a szerzők véleménye nem teljesen megegyező, de úgy látszik, hogy hypothyreosisban mind a vizelet, mind a vér thyreotrop h.-tartalma fokozódik, hyperthyreosisban pedig csökken. Állatkísérletek alapján megállapítható, hogy a jóid csökkenti a thyreotrop h.

elválasztását. Az újabb kísérletekből valószínű, hogy a hypophysis elülső lebenyének van egy parathyreotrop h.-ja is, de annak sem létezése, sem működése nincs még kielégítő pontossággal bebizonyítva, illetve tisztázva. (B. 12.)

Horváth Imre dr.

SEBÉSZET

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

A hasüreg elsődleges elzárásáról hashártyagyulladás esetén. *Ishikawa.* (Arch. klin. Chir. 199. 3.) Nagyszámú kutyán genyes hashártyagyulladást idézett elő, majd laparatomizálta az állatokat és drainezve, illetőleg anélkül zárta a hasat. Eredményei a következők: Általános benyomása az volt, hogy a nem drainált állatok sokkal jobban tűrték a behatást, mint a draináltak. Még hatóság, kifejlődött peritonitises állatok közül is a nem draináltak maradtak nagyobb számban életben. Emberre átvihető analógiát a következőkben foglalja össze: Ha a primer fertőző góc eltávolítható és a genyes izzadmány kíméletesen kitakarítható a hasüregből, úgy a has elsődlegesen zárandó, csupán a hasfalrétetek drainezendők. Ha gyanú van olyan góca, mely a hasüregben bennmaradt és másodlagosan fertőzés kiindulásául szolgálhat, úgy a kérdéses hely drainálandó. Beteganyagán régebbi idő óta hasonlóan jár el igen jó eredménnyel. (F. 15.)

Fedeles Findeisen László dr.

Az operált Basedow-betegek műtétutáni kezeléséről. *Kaspar.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 4.) Azon feltevésből kiindulva, hogy a kórosan izgatott vegetatív idegrendszer mészadagolásra megnyugszik, operált Basedow-betegeknél, ahol a postoperatív izgalmi állapot igen nagyfokú volt, érbe és izomba nagymennyiségű calciumsókat fecskendezett be. Utána a legtöbb esetben a tünetek lényeges javulása következett be. De igen jó eredménnyel adagolta a mészsókát műtét előkészítés alatt is; különösen ott járt jó eredménnyel a mészsók adagolása, ahol a Lugolos előkészítés nem járt eredménnyel. (F. 16.)

Fedeles Findeisen László dr.

A magas vérnyomás sebészi kezeléséről. *Perras.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 4.) Magas vérnyomás esetén minden esetben javallt a műtét kezelése, ha a többi kezelésmódok nem jártak eredménnyel. Az általa kidolgozott műtét kezelése kétszakaszos; az első részben eltávolítja az egyik oldali mellékvesét, majd a második szakban decapsulálja a vesét. Még súlyos veseelváltozások esetén is eredménnyel végezte, a betegek subjective és objective is lényegesen javultak. A veseelégtelenség nem ellenjavallja a műtétet, mert a vese tokjának eltávolításával ez is javul. (F. 17.)

Fedeles Findeisen László dr.

A thymus szerepéről a myasthenia gravis pseudo-paralyticában. *Bomskov és Milzner.* (Dtsch. Z. Chir. 254. 2—3.) Nagyszámú állatkísérlettel bebizonyították, hogy thymus beültetése és thymushormon adagolása által — amint ezt Adler leírta — az említett kórkép nem idézhető elő. Az izolált thymushormon sem képes az állatokon a myastheniát előidézni, még igen nagy adagokban sem. Kimutatták, hogy a myasthenia a thymusszal semmiféle összefüggésben nincsen, ellenben minden valószínűség szerint a mellékvese kéregállományának funcióváltozásában leli magyarázatát. (F. 18.)

Fedeles Findeisen László dr.

BÓRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Súlyos agyi salvarsanártalom esete elsődleges syphilisben. *H. Reisner.* (Wien. Klin. Wschr., 1941. 8.) A szerző által észlelt beteg 19 éves férfi, elsődleges fekélyvel a himvesszőn, positiv WaR-vel, másodlagos bőrjelenségek nélkül. Az első neosalvarsan-oltás utáni 10. napon (6 nappal a negatív liquor-lelet után), illetve a harmadik salvarsan ojtást követő második napon súlyos epilepsziás roham lépett fel. Ezt követően 8 napig álltak fenn a központi idegrendszer súlyos sérülésére utaló tünetek (piramis tünet, meningeális izgalom jele és kóros liquorlelet). Három hét múlva javulás, általános közérzet jó, bár objektív elváltozások észlelhetők. Ez esetben tehát az agyvelőnek salvarsan által okozott direkt károsodását észlelték, salvarsan-encephalitis fejlődött ki, mely epilepsziás rohamhoz, a klinikai képnek megfelelő meningoencephalitishez és kóros liquorlelethez vezetett. A központi idegrendszer ilyen súlyos salvarsan károsodásai manapság ritkák. (Sz. 27.)

Horváth Dénes dr.

Cutis laxa és a bőr fokozott sérülékenységének társulása. *Schiemann.* (Arch. f. Dermat. 185. 5.) 33 éves férfit ír le, aki 22 éves kora óta észleli a bőr szokatlan rugalmatlan nyújthatóságát az egész testfelületen. Különösen azokon a helyeken kifejezett a túlgöngyösödés, ahol, mint ízületek és nagyobb izmok felett a mindennapi mozgás által a vonágálás nagyobb fokú. A szövettani vizsgálat a collagen rostok megvastagodását, az elastikus rostok durvább rajzolatát és széttöredezését, a nyirokutak tágultságát és a bőr izomrostjainak túltengését mutatta. A vérben a globulinok szaporodása (5.44%) az albumin (2.14%) és összes cholesterolin csökkenése volt kimutatható. (Sz. 26.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

Porokeratosis Mibelliről. *G. Miescher.* (Arch. f. Dermat. 185. 5.) A zürichi klinikán az utóbbi időben megfigyelt porokeratosis esetek alapján arra a megállapításra jutott, hogy e ritka baj lényegét az epiderma körülírt parakeratosisra vezető elzáródási zavara okozza, mely körkörös terjed. A környéki hámban akantosis és hyperkeratosis támad. Az eddigi felfogással szemben hangsúlyozza, hogy a folliculusokban és veritékmirigyekben tapasztalt elváltozások csak másodlagos jellegűek. Ezért a porokeratosis elnevezés helyett a parakeratosis annularis ajánlja a baj megjelölésére. (Sz. 25.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

Az osazonként meghatározott cukor és néhány más anyag aránya a veriték reductiós képességében. *W. Schultze.* (Arch. f. Dermat. 185. 5.) A cukrok azon tulajdonságát, hogy phenylhidrazinnal néhezzen oldható osazonokat képeznek, kvantitatív cukormeghatározásra használja fel a veritékben. Ezen eljárással megerősíti azt a régebbi nézetét, hogy a cukor a veriték reductiós képességében csak igen kis hányadot képez. A veritékből nyert phenylglykosazon kristályok a cukoroldatokban nyertekkel azonosak. Más redukáló anyagok (eystin, kreatinin, húgysav, phenolok) vizsgálata a phenolok túlsúlyát bizonyította, anélkül azonban, hogy össz mennyiségük a veriték Hagedou—Jensen-eljárással mért reductiós értékének csak felét is elérné. (Sz. 24.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

NEOMAGNOL-CHINOIN

tabletta (1.0 chlorogenium) és puvis

Erélyes hatású, teljesen ártalmatlan fertőtlenítőszer

10 és 50 tablettá

A bőr, bördialysatum és veríték cukortartalmáról. *W. Schultze. (Arch. f. Dermat. 185. 5.)* Az irodalomban eddig leírt adatok a bördialysatum és veríték cukortartalmára vonatkozóan magasabbak a valóságnál. Ha ugyanis az említett folyadékok és megfelelő töménységű cukoroldatok különböző mennyiségéből indulunk ki a Hagedorn—Jensen-eljárás alkalmazásánál, úgy különböző értéket kapunk. Továbbá cukoroldatok, a H. J. eljárásnál szokásos töménységben n/10 natronlúggal főzve, reductiós képességük 90%-át elveszítik, míg a dialysatum és veríték reductiós vesztesége csak 15—20%-ot tesz ki. Állati szénrel való főzésnél a veríték reductiós képességének 2/3-át elveszíti, míg megfelelő cukoroldatokban az érték nem változik. Ebből következik, hogy a különböző szerzők által cukorbanál a bőr verítékére megadott cukorértékek és az ebből vont következtetések helytelenek. (Sz. 23.)

Ifj. Nékám Lajos dr.

UROLÓGIA

Rovatvezető: *Babits Antal.*

A vesevéredények lekötésével keletkezett infarctusok esetén milyen összefüggés van a keringési zavar és a létrejött szövetartalom között. *(Günther. (Z. f. U. 1041. 2.)* A szerző kutyákon tanulmányozza a kérdést és megállapítja, hogy a vesearteriák lekötése után pillanatnyilag a környéki capillarisk összhúzódása folytán körülírt anaemia jön létre. Ez az állapot csak néhány percig tart és utána a kollateralis lassú keringés fellépése folytán a cyanotikus kollateralisatio stadiuma következik. Az infarctus közepén a keringés annyira meglassul, hogy teljes stasis lép fel; ez a cyanotikus hyperaemia zónája, ezért a színe is vörös lesz. A vörösvértectől zsúfolt középső rész vértestjei hamar tönkremennek és a lekötéstől számított 9-dik órától már festékanyagukat is elvesztik. Egy 48 órás veseinfarctus átmetsete körülbelül a következőképpen néz ki: az infarctus közepe világosabb vörös (stasis), azután kifelé következik egy fehérvérsejtectől zsúfolt zóna, azután a meglassúdott keringés belső zónája, azután a friss szervülő rearterializáló réteg, majd legkívül a külső meglassúdott keringés zónája látható. Az infarctus további sorsa attól is függ, hogy milyen kiterjedt az elváltozás és hogy melyik vese-részben van, mert az erek szerkezete is befolyásolja az elváltozást. Az infarctus közepén létrejövő vörösvértect elszíntelenedés a szövetelhalás első jele. Azonos elváltozás az a Ricker által leírt vörös stasis által keletkező nekrosissal. A szélső infarctusos részek szöveti képei megfelelnek a kőbonetanban leírt parenchymahypoplasia és kötőszövet-hyperplasia képeinek. (B. 11.)

Ágota Ferenc dr.

A vesepapilla kórtani megváltozása, mint a primaer vesekő előhírnöke. *Randall. (The of 1940. 44.)* A szerző az igazi primaer vesekövet tárgyalja, ahol tehát a kis vesekővön kívül nincs olyan körülmény (pangás, infectio, hypovitaminosis, hyperparathyreoidismus stb.), ami a kő keletkezését megmagyarázná. Leszögezi, hogy a vizeletben normalisan is kiválhatnak apró vagy nagyobb kristályok. A primaer vesekővek tanulmányozásánál két tény öltik szemünkbe: az egyik, hogy az ilyen kövek rendszerint igen lassan nőnek; a másik pedig, hogy a kő egy kisebb kehelyben meghúzódva, sokáig tünetmentes marad. A szerző 1154 boncolási esetről kutatótt a vesepapilla meszesedése vagy más itt előforduló elváltozások irányában. Meggyőződése szerint a vesekő csak egy tünet, ami a vese-papilla kóros elváltozásának, meszkiválásának és a vizeletsók megváltozott kiürülésének, illetve a sók lassú kicsapódásának, kristályosodásának következménye. Több esettel bizonyítja (chemiai analysisek), hogy úgy a calciumphosphat, mint oxalat és húgysavkövek magvát kis mészrő képezi, ami az elsődleges kiválás és ez azután az incrustált papillán megtapad. A vese-papilla pathológiájának másik formája a tubularistúlműködés, az úgynevezett hyperexcretorikus alak, amikor a besűrűsödött vizelet, a vesekővek keletkezésénél általában említett egyéb körülmények folytán, már a vesecsővesekékben kiválik, mintegy infarctust okoz, amelyek azután a vesemedencében kővé állnak össze. (B. 10.)

Ágota Ferenc dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Isten, papok, orvosok. Irta: *Horváth Miklós—Reök Iván.* (Korda kiadása, Budapest, 1940, 208 o. Ara füzve 3.50 P. kötve 5.— P.)

A beteg lelki megnyugvását és üdvét a hit erejével, a vallás vigaszával szolgáló pap és az orvos, aki tudományával enyhíti testi szenvedéseit és gyógyítja betegségét, napjainkban elkerülik egymást, a betegágyánál mint két idegen, bizalmatlanul félreállnak egymás útjából, mint akiknek semmi közös dolguk nincsen a beteggel, az egyik csak a lelkével, a másik csak a testével törődik. Régen és régesrégén a papi és az orvos egyet jelentett, a hivatás egy közös tövéből különültek és idegenedtek el egymástól. Kezdetben a papok voltak a vallás kultuszának és az orvoslás gyakorlatának közös művelői. Egyiptomban Isis, Görögországban Asklepios papjai, a régi zsidóknál a leviták. A kórház a templommal volt kapcsolatos, az orvos-papok vallási szertartások titokzatosságába burkoltan gyakorolták a gyógyítás művészetét. A kereszténységben az emberszeretet szelleme kapcsolta össze a papot és az orvost. Krisztus nem mint filozófus, nem mint tudós áll előttünk, hanem mint a beteg gyógyító és a szenvedőt vigasztaló orvos. Az igazi orvosban, aki nemcsak tudósa, de papja is hivatásának, a gyógyítás művészetében a tudomány értelme az emberszeretet érzelmével egyesül. *Horváth Miklós és Reök Iván* szemléjében egy pap és egy orvos találkozott egymással és találták meg egymást mélyen átértett hivatásuk Istenhez vezető útjainak keresztelésénél: a betegágyánál, hogy egymást kiegészítve, együtt haladjanak. A két elkülönült hivatás ősi közösségének ösztönös megérzése hatja át a könyvet, amelyben a papi és orvosi lelkületből fakadó, egymást vonzó és termékenyítő érzések és gondolatok névtelenül fonódnak össze eredeti egységes, erőteljes szellemi konstrukciójává. A hit és az értelem, a vallás és a tudomány korunkban ellentétesen, sőt ellenségesen szembenálló tétellei, amelyek az emberiség szellemi meghasonlását hozták létre, amelyekben »a pap és az orvos sodródtak legmesszebbre egymástól, két ember gondolkodásának összhangjában oldódnak fel.« Az értelem és a hit nem ellenségek, hanem testvérek. »Veszélyben a világ és rajta az ember.« »A szellemi válság mindenre és mindenkire rányomja bélyegét, senki sem térhet ki előle, mindenki felelős érte, ha nem felidézésében, akkor nemtörődömségéért, mellyel hagyta továbbterjedni.« A könyv szől elsősorban az orvosokhoz a korszerű fizika és élettudomány nevében: »vessék végre el maguktól a már ízekre szagfogatott anyagfűségnek cifrázkodó rongyait és több lelki ségre törekedjenek.« Szól a lelkipásztorokhoz, a lélek orvosaihoz is, hogy használják fel fokozottabb mértékben a természettudományi kutatás eredményeit a lélek szolgálatára. Szól mindenkire is, hogy a jelen és a jövő feltolakodó kérdéseinek mélyébe tekintsen. Alapos és sokoldalú természettudományos, böleleleti és teológiai felkészültséggel és elmélyüléssel világítja meg a könyv az anyag és az élet, a test és a lélek problémáját, az öregedés, a halandóság és a halhatatlanság vitakérdéseit az egysejtű szervezet viszonylatában és a halálnak egyéni öntudatunkban élő fogalmát. Kutatja Isten keresésének útjait a mikroszkop és a teleskop megismerési lehetőségein túl a kinyilatkoztatás világánál. Amennyire helytálló szerzőknek az állítása, hogy a korszerű fizika és élettudomány már nem állít akadályt a vallás útjába, arról lehetne vitaköznöni, hogy jogosult-e a szerzők követelménye: »a modern tudománynak az inductív és deductív okoskodás mellé fel kell a kinyilatkoztatást is, mint ismeretforrást venni.« Hit és tudomány az emberi szellem tevékenységének külön területei. Egyik sem rendelhető alá a másiknak és csak az »én« egyéni öntudatában juthatnak világnézeti összhangba egymással. Abban, amit a esodákról, az emberrel sáfáradók etikai problémáiról írnak, sokszor összekeveredik a hit és a tudomány nézőpontja. Mindamellé mind a papi, mind az orvosi hivatás őrhelyein munkálkodók számára sok a megfontolandó mindabban, amit a sebész, a belgyógyász, az elmeorvos és a kutató orvos különleges nézőpontjaiból az egyház és az orvostudomány viszonyát és a pap és az orvos közös állásfoglalását illetőleg a legidősebb társadalmi problémák tekintetében mondanak.

Lengyel Júlia dr.

Az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvosi Szakosztályának május 3-i ülése.

Koleszár L. elnöki megnyitójában megemlékezik Erdély visszatértének jelentőségéről, majd *Verebély Tibor* professzor elhunytáról.

Bemutatók:

v. Novák E.: *Két teljes, mellkasfal előtti nyelöcső-képzést* mutat be. Felhívja a figyelmet javalatokra és az egyes műtéti megfontolásokra. Oesophago-dermatogastrostomiát végez szakaszosan, helybeli érzéstelenítésben. A szűkület fölötti részt kivarrrja, az aboralis csontot egyszerűen süllyeszti a mediastinumba. Nem erőlteti a bél magasra vitelét. Nyeles lebenyeket, szabad bőrátültetést a bőreső képzésénél mellőz.

Mint előkészítő műtét legbevaltabb a bordaív alatti, pylorushoz közel fekvő gastrostomia.

v. Berde K.: *Keloid a fülcimpákon.* 15 é. leány. 3 hónapos korában két fülcimpáját túvel kiszúrták, a selymet hosszasan benne hagyták, majd fülbevalót helyeztek a szűrési csatornába. Azóta növekvő keloidja van mindkét cimpáján. Egyebütt sehol sines keloidja, bár sokszor érte sebzés a bőrét. Hajlam esetén keloid főképpen ott fejlődik, ahol hosszantartó mechanikai izgalom éri a sebet. Sebészi eltávolítást, utána Röntgenkezelést ajánl.

Darabos L.: *Lymphogranulomatosis inguinalis sulfonamidokkal kezelt esete.* 22 éves kéjő izolált II. időszakban levő lymphogranulomatosis inguinalisát Müller ajánlatára kombinált Ultraseptyl + fajlagos vaccinnal kezelte. Először négy Ultraseptyl-elárasztást végzett (4 napon át 3x2 tableta, 5 nap szünet), majd ennek befejeztével Frei-antigént adott bőr alá növekvő mennyiségben 4 ízben (0.1–0.2–0.3–0.5 cm³). Már az Ultraseptyl-lökések alatt az addig bőséges genyezés megszűnt, a fekélyek sarjadni és hámosodni, a sipolyok záródni kezdtek. Az 5–6 naponként adott és mindig erős helyi reakcióval járó Frei-antigenek hatására a gyógyulás teljes lett, a beteg 8 hét alatt 7 kg-t hízott, erőbeni állapota is megjavult. A kezelés befejeztével csupán a fekélyek és sipolyok hegei és a csomók maradványai apró növedékek képében maradtak vissza.

Veress F. és Rónai: *Xeroderma pigmentosum testvérvérpáron.* 30, illetve 24 éves testvérpár 17 éves koruk óta betegek. Szüleik másodunokatestvérek, élnek, egészségesek. Egy fiútestvérük hasonló megbetegedésben szenved. Tipikus xeroderma tünetek. Szövettanilag kimutatott carcinomás elfajulás.

v. Berde K.: A xeroderma pigmentosum kapcsán fellépő carcinoma gyógyítása azonos más bőrrákok gyógyításával. A prognózis attól függ, hogy elejét tudjuk-e venni az áttételek képződésének.

Páli K.: *Haematoma subchoriale tuberosum deciduae.* 41 éves asszonytól, ki előzőleg már szült, a terhesség VI. hónapjában egy mindössze II. hónapos terhességnek megfelelő nagyságú pete távozott el, mely makroszkoposan és szövettanilag megfelel az először Breus által leírt haematommolának. Az eset bemutatása kapcsán rövid összefoglalását adja az ezen ritka molaforma klinikumára és genesisére vonatkozó eddigi ismereteinknek.

Lőrincz E.: A terhesség korai időszakában elhalt petének a méhüregben hosszabb időn át visszamaradásával esetek kapcsán hozzászólok is foglalkozott »Missed abortion« e. közleményében. Utal arra, hogy a »Missed abortion« klinikai fogalom, melynek nincsen meghatározó jelentősége abban a tekintetben, hogy milyen alakú és szerkezetű képlet ürül ki hosszú idei vizsgáztatás után. Véleménye szerint ez a vérzés keletkezési helyétől és irányától függ. Ha a vérzés helye a deciduában van és iránya a méhüreg, — és természetesen a vérzés lassú — akkor a petére a vér rétegesen rárakódva, létrejön az ú. n. végmola vagy húsmola. Ha azonban a vérzés az intervillusos ürökben keletkezik és

iránya a peteüreg, akkor keletkeznek a subchorialis vérömlenyek, melyek a peteüreg felé beboltosodva, sokszor nyeles képletek alakjában jelentkeznek. Bemutató véleményével egyezően lehetségesnek tartja, hogy a magzat elhalása után — amennyiben a lepény a méhfallal összekötöttségben marad — a lepény és burkok is tovább nőnek.

Kívánatosnak tartaná a »Missed abortion« elnevezésnek megfelelő magyar meghatározással pótlását.

György Gy.: *Referál nagy (5½kg) intraligamentális myoma-műtétről.* A daganat szövettanilag sejtűdus myomának bizonyult.

Előadás:

v. Páll G.: *Az intézeti szüléset 20 év előtt és ma.* Párhuzamot von a két évtizeddel ezelőtti és a jelenlegi intézeti szüléset között. Nagy vonásokban tárgyalja a terhesség korai fölismerésének lehetőségeit. A terhesség idejének kiszámítása is némiképpen módosult. A régi Naegele-féle számítás helyett a Wahl szerinti látszik pontosabbnak. A külső és belső medenceméréseken kívül a functionalis medencemérés és a röntgendiagnostika is nagy haladást jelentett a szűk-medencés szülések kórismézésében és kezelésében. A röntgensugarat igénybe vesszük a magzat fekvésének, állásának és tartásának pontos kimutatásában is. Felvilágosítást nyújt az intrauterin magzati elhalásról, esetleges defectusokról és fejlődési rendellenességekről. A hormonális fájás erősítőszer a régi chinin-készítményeken kívül a szülésnek activabb vezetését tették lehetővé a tágulási és a kitolási szakban (hypophysis-készítmények). A szülőfájások effectusát újabban — adott esetben — spasmolyticumokkal is jó irányban lehet befolyásolni. A fájdalomtalan szülés-vezetés is haladt az ismert és nem veszélytelen inhalációs narkosisoktól a Pernocton- és Evipan-injectiós eljárásokig. Sokan megelőznek a chloraethyl rauschsal, mások a gát tájékának ½%-os ovocainnal való beszűrését végzik, amelyet a nervus pudendus vezetése érzéstelenítésével is egybekötnek. A manualis méh-szájtágítást is végezzük (placenta praevia, eklampsia és idős először szülő nők elhúzódó szüléseinek). Utóbbiaknál nagy haladást jelentett a prophylaktikus császármetzés, különösen medencevégű fekvésnél. A prophylaktikus fejrefordítás is idős, először szülő nők medencevégű szülésénél bír jelentőséggel. A harántfekvéses szülések vezetésében is nagy haladást tettünk. A méhrupturák sebészi ellátásával a mortalitást 50 százalékra tudtuk leszállítani. A tágulási szak activabb kezelése folytán a magasfogóműtétek frequentiaja minimalisra csökkent, amivel a magzati agy szülési traumáját csökkentettük. A placenta praevia kezelésében nagy haladást jelentett a sebészi megoldás, az oki kezelés, a vérző érforrások ellátása és az elvezített vér pótlása. Mérsékeltbb megjelenési alakjainál a Willert- és Gauss-fogó újabb terápiás lehetőséget nyújtottak. Előadó a méh amputációjának kérdését és jelentőségét is tárgyalja a sokszor szülő nők placenta praevias és súlyos atoniás vérzése esetében. Az aseptikus szülési beállítással, a minimumra csökkentett belső vizsgálatokkal, de egyszersmind a rectalis vizsgálatoknak kiterjesztésével a gyermekágyi lázas esetek száma jelentékenyen csökkent. A művi lepényelválasztásnak Peters szerinti kivitelezésével a régi rettegett mortalitás csaknem a minimumra redukálódott. A korai és késői terhességű toxikosisok terapiájában — bár ezeknek közös okát ma sem ismerjük — mégis nagy haladást tettünk. E téren segítségünkre jött a praeventiónak, terhes észlelésnek és gondozásnak kiszélesítése.

Fiatal, öskeresztény, németül tudó

fogorvosnak újszerű szájúregmegvilágító és arcvédőkészülék

magyarországi képviselője átadó

Ötven pengő szükséges. Ajánlatok „30% jutalék” jellegre **Blocknerhez**, Városház-utca 10.

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ

ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactic-acid-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 230, pénzt. csom. P —96**CITO gyógyszervegyészeti gyár**

Budapest, XIV., Lengyel-utca 33

Válasz**Lőrincz F. professor megjegyzéseire.**

(O. H. 23. sz.)

Előttem is ismeretes, hogy a vérárammal nem a peték, hanem az embriók jutnak az agyba, illetve a liquorba (csupán általánosítás formájában használtam a pete szót) s hogy »endogén« fertőzés alatt csak a bélből vagy más szervekből oda sodrott cysticercosis gondolható, mert hiszen a fertőzés mindig exogen eredetű; Lőrincz professzor úr további kételyeire a következőkben legyen szabad válaszolnom: Lőrincz professzor úr kétségbevonja »parasita disseminációjának lehetőségét a liquoráramban, sőt apodictice kijelenti, hogy »ez kétségtelenül nincs így«. Ezzel szemben külföldön és nálunk is elismert szakemberek közül legyen szabad csak a következőkre hivatkoznom: *Walter E. Dandy*, az amerikai neurochirurgusok egyik legkiválóbbika szóról szóra ezt írja: »*A leánytömlöcskék szabadon úsznak a subarachnoidealis ürben és a ventricularis rendszerben.*« (Surgery of the Brain. Practice of Surgery. Vol. XII.) Hasonlóan másképp vélekedik *Aschoff* is, mondván a Pathologische Anatomie II. kötet 396. oldalán: »*Sie sitzen auch frei im Ventrikel.*« Ugyanitt később ez áll: »*Eine Blase im Aquaeductus im 3. oder 4. Ventrikel verstopft die Wasserleitung und erzeugt Hydrocephalus.*« Ezenkívül minden diagnosztika megemlíti, hogy a cysticercosis cerebri, illetve cysticercus-meningitis körjelzését a liquorban kimutatható, a canule-ön áthatolni képes kis leánytömlöcskék megállapítása biztosítja legjobban. Hasonlóképpen minden ideggyógyászatban megtalálható a *Bruns-féle* tünetegyüttes, amelyet jellemzően éppen intraventricularis mobilis cysticercus okozhat. Ezen ténybeli adatok az occlusiv hydrocephalus mechanikai keletkezését lehetők mutatják be. Az pedig, hogy a cysticercosis a leptomeninxek részéről reakciót indít meg, ami neomembrának képződéséhez, a tömlöcskék rögzítéséhez, ependymitishez, histiocytáknak, meningogen makrophagoknak, endothelialis klastmocytaáknak (*Essick*) keletkezéséhez vezethet, közismert, hiszen még a legindifferensebb contrastolaj is megindítja a meninxek részéről hasonló reakciókat.

Mészáros Antal dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 24. sz. *Krugovszky I.* és *Bernhardt H.*: Vércsoport tömegmeghatározások és a talált vércsoport feltetoválása. *Grunert K.*: Szédülés, mint a látószerv távolhatása. *Jessen H.*: Progrediáló perniciosus dacára kizárólag B-vitaminnal meggyógyított anaemiás myelosis esete. *Polland R.*: Különböző dermatosisok ásványótherápiája.

Wiener Klinische Wochenschrift, 23. sz. Izmok és inak sportártalmak. *Mayer O.*: Otogen sinus thrombosis esete. *Kovarschik I.*: Az arcidegbénulás kezelése. *Breuer A.*: Diphlogennel végzett nedves meleg borogatások gyulladáskor esetén.

The Journal of the American Medical Association, Apr. 26. *C. M. Campbell*: Selectiv szolgálat. *J. H. Moore*: Szülési halálozás Észak-Dakotában. *E. G. Wakefield, M. T. Friedell*: Ileocoecalis billentyű. *P. G. Denker, L. Scheinman*: Amyotrophias lateralisklerosis. *I. W. Ferrebee, W. O. Klingman, A. M. Frantz*: E- és B-vitamin. *C. V. Craster, A. H. Haskin*: Támogatásra szoruló munkaképtelenek orvosi szemszögből. *F. M. Turnbull*: Idült sinusitis. — Május 3. *C. J. Smyth, R. H. Freyberg, W. S. Peck*: A rheuma röntgenkezelése. *P. D. White, E. F. Bland*: Mitralis stenosis a 80. év után. *M. Waisman, E. J. Kepler*: Alopecia areata: endocrin tényezők. *W. M. Sheppe*: Adatok a házasság előtti orvosi vizsgálat eredményeiről. *L. L. Strath, W. B. Slaughter*: Elraktározott por az arc vonalainak helyreállításában.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó Ur Öfömlétsége a magyar királyi belügyminiszter előterjesztésére dr. *Wallner Emil* egészségügyi tanácsos, kórházi igazgatófőorvosnak, dr. *Riffer Géza* nyugalmazott városi tisztifőorvosnak, dr. *Elischer Ernő* Országos Társadalombiztosító Intézeti kórházi igazgatófőorvosnak, dr. *Remenár Elek* központi kórházi igazgatófőorvosnak, dr. *Simon Béla* egyetemi magántanár, a Gróf Apponyi Albert Poliklinika osztályvezető főorvosának és dr. *Soós Aladár* egyetemi címzetes rendkívüli tanár, az egyetemi diabetikai intézet vezetőjének a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett értékes munkásságuk elismerésül a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet, dr. *Hollósy Andor*, Debrecen szabad királyi városi orvosnak, dr. *Garamvölgyi Károly* dobozi községi orvosnak, dr. *Magassy Gábor* Országos Társadalombiztosító Intézeti kórházi igazgatófőorvosnak, dr. *Kerbolt László* nyugalmazott sárosi körorvosnak, dr. *Zemplényi Imre* bányafőorvosnak, dr. *Jezsovics Kálmán*, az Erzsébet-szanatórium röntgenlaboratóriuma főorvosának és dr. *Karafiáth Imre* sanatóriumi osztályvezető főorvosnak a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett eredményes munkásságuk elismerésül a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Szabadságon lévő egyet. tanár és consiliarus Kartársaink névsorának közzétételét megkezdjük. Kérjük az érdekelteket, hogy szabadságuk idejét szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen június 14-én: *Füredi Erzsébet*, *Kamarás János*, *József*, *Malák György*, *Platthy Endre*, *Rády Zoltán*. Üdvözljük az új Kartársakat!

ELEKTROKARDIOGRAF »ERSZA« az egyedüli kis szívvizsgálókészülék**Ekg, Szívhang, Vénagörbe, Pulsusgörbe, Szívcsúcslökés**

egyenként vagy egyidejű felvételére.

(Katódsugárcsőves, hálózati, hordozható kivétel.)

Gyártja: **ERDÉLY es SZABÓ** tudományos műszergyár elektromedikai osztálya, Budapest, IX., Lilliom-u. 46. (Tel. 133-574.)

SEDYLETTA

tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI

35.000 pengő kutatómunkát végző főiskolásoknak.
A Chinoin-gyár igazgatósága, üzleti érdekei mellett magasabb nemzeti érdekek által is vezetettve, az alábbi levelet intézte egyetemünk orvosi karaihoz, mit a Pázmány Péter Tudományegyetem 17-i kari ülése köszönetének nyilvánítása mellett egyhangúlag elfogadott:

Méltóságos dékán úr! Vállalatunk igazgatósága, átharva attól a meggyőződéstől, hogy a hazai orvostudomány fejlesztése az ország első érdekei közé tartozik, mely tisztelettel bejelenti azon elhatározását, miszerint a fiatal orvosnemzedék kiképzésének elősegítése céljából az 1941—42-ik tanévre huszonnégy darab, egyenként *Egyezer pengős jutalomdíjat* tűz ki olyan orvostanhallgatók és szigorlóorvosok (illetve gyógyszerészek) részére, akik valamely egyetemi intézetben vagy klinikán kísérletes orvostudományi (élettan, gyógyszer-tan, kórtan, terápia, stb.) tanulmányaikat kibővíteni igyekeznek, vagy kutató munkával foglalkozni óhajtanak.

A huszonnégy jutalomdíj közül: nyolcat a budapesti *Pázmány Péter Egyetem, három-három a kolozsvári Ferencz József-, a pécsi Erzsébet-, a debreceni Tisza István-, a szegedi Horthy Miklós Tudomány Egyetemek* orvoskarán tanuló ifjaknak szántuk; végül két jutalomdíjban egy-egy budapesti, ill. szegedi gyógyszerészhallgató részesülne. A József Nádor Műegyetemen tanulmányokat végző ifjakat külön jutalomdíjban részesítjük; ezzel együtt a jutalomdíjak összege 35.000 pengőt tesz ki.

Mély tisztelettel kérjük a Méltóságos Dékán Urat és a Tekintetes Tanári Testületet, kegyeskedjék a jutalomdíjak felajánlását elfogadni és azok kiosztásáról az alábbi pályázat kiírásával gondoskodni.

A pályázaton résztvehetnek mindazok az első orvosi szigorlatot legalább jó eredménnyel letett és tanulmányaikat szorgalmasan folytató orvostanhallgatók és szigorló orvosok, akik tanulmányaik, illetve a kísérleti orvostudományi kutatások sikeres folytatásához szükséges kellő előképzettségüket, hivatottságukat igazolják és akiknek anyagi támogatása indokolt.

A pályázathoz melléklendő:

1. Születési anyakönyvi kivonat, vagy ennek másolata.

2. Leckekönyv vagy ennek másolata.

3. Curriculum vitae, mely a pályázó eddigi tanulmányairól, családi és vagyoni helyzetéről is tájékoztasson.

4. A tanulmánynak vagy munkának tervezete és céljának kitézése annak megjelölésével, hogy a pályázó melyik klinikán vagy melyik intézetben fog dolgozni, ki lesz munkájában vezetője és esetleg kik lesznek munkatársai.

5. Lezárt borítékban a klinika vagy intézet igazgató tanárának véleménye a pályázó képességeiről, szorgalmáról, tervezett munkájáról, valamint engedély a klinika vagy intézet anyagának, laboratóriumának, kísérleti eszközeinek, állatainak a megjelölt célra való felhasználására.

Kérjük a Tekintetes Tanári Testületet méltóztatásuk egy kari bizottságot kiküldeni a pályázatok elbírálására és a jutalomdíjak odaítélésére.

A gyógyszerészeti pályázókat elbíráló bizottságba két tagot a budapesti, egy tagot a szegedi egyetem küldene ki.

Kérjük Méltóságodat, kegyeskedjék velünk a jutalomdíjakra érdemesnek talált ifjak névsorát közölni.

Amennyiben ajánlatunkat elfogadni méltóztatnék, a jutalomdíjak összegét az Orvoskari pénztárba befizetjük azzal a kéréssel, hogy a jutalmazott a tanév alatt havonta 100 pengőt kapjon kézhez.

Végül kérjük, méltóztatásuk a jutalomdíjakban részesítetteket arra kötelezni, hogy a tanév végén rövid beszámolót írjanak végzett munkájukról és az elért

eredményeikről. Ezeket a Tekintetes Tanári Testület, illetőleg az illetékes Professzor Urak szíves engedélyével egy füzetben óhajtanánk összegyűjteni és kiadni.

Maradtunk legmélyebb tisztelettel

Ujpest, 1941 június hó 10.

*Chinoin gyógyszer- és vegy-
termékek gyára rt.*

Csecsemők dyspepsiás hajlamánál tejhigítások készítésére kiválóan alkalmas szénhidrát-tápszer a Krompecher-féle *Rizomaltan*, mely szárított riznyákok és csecsemő-tápeukrot (dextrin-maltose) tartalmaz olyan célszerű arányban, hogy egy mércényi tápszernek a vízzel megfelelően hígított tejben való felfőzése által azonnal a szokásos mennyiségű nyákok és 5% tápeukrot tartalmazó standard tejhigítást nyerhetjük. A *Rizomaltan*-nak könnyű elkészíthetőségén kívül előnye még, hogy kolloid szénhidrátjai kolloidalisan jól oldódó állapotban vannak, ennélfogva könnyen emészthető, jól kihasználható táplálékot nyújt. Kifejezetten atidyspepsiás tápszer. Ezen tulajdonságai folytán dyspepsiára való hajlammal és parenteralis fertőzőknél praeventive adjuk. Kiválóan bevált csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálásnál kiegészítő táplálék gyanánt, már az újszülöttkorban is.

657/1941. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Csongrád vármegye közkórháza pályázatot hirdet a megüresedett belgyógyász-főorvosi állásra. A pályázat beadásának napja a Budapesti Közlönyben egyidejűleg megjelent hirdetmény harmadszori közzétételétől számított 16 nap. A pályázni óhajtok pályázati kérvényüket — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — Csongrád vármegye főispánjához intézve, hozzám nyújtják be. A pályázati kérvényhez eredetben vagy hiteles másolatban csatolandó okmányokat, valamint a pályázati feltételeket a Budapesti Közlönyben megjelenő hirdetményünk részletezi.

Szentés, 1941. évi június hó 14-én.

*Bugyi István dr. s. k.,
igazgató-főorvos,
m. kir. egészségügyi főtanácsos.*

Expectin
cseppek

EXPECTORANS
Diachemia

1341/1941.

PÁLYÁZAT SEGÉDORVOSI ÁLLÁSRA

A veszprémi m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa az intézetnél megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdet. A teljesszövegű pályázati hirdetmény a »Budapesti Közlöny« c. hivatalos lap 1941. június hó 3-án, 4-én és 5-én megjelenő számában található.

Veszprém, 1941. évi május hó 29-én.

*vitéz dr. Szenttornyay Sámuel s. k.
igazgató-főorvos*

FELELŐS KIADÓ: VÁMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

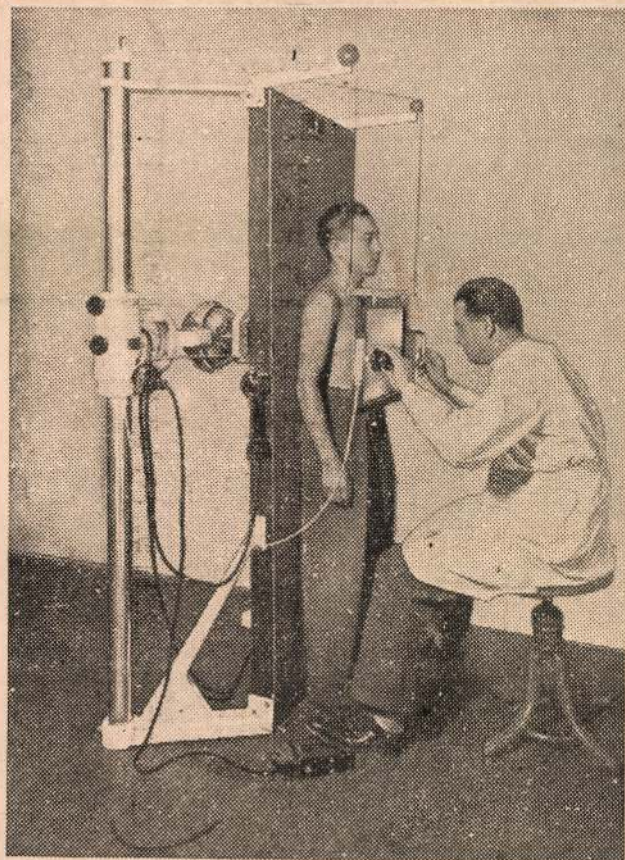
Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetőek: Kiadóhivatalunkba vagy 22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára. *Jugoszláviában az Avala bármely kirendeltségénél az »O.H.« számlájára. Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. G. Gringorescu 5. Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels u: Kredit-B. Bratislava. Egyéb külföldről: az előfizetést levélben küldött dollárchequeben kérjük a kiadóhivatalba.*

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvostudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P, 220 slk., 350 dinár, 1000 lei, egyéb külföldre 6 dollár, vagy a belföldi díjak + portéköltség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyedévre negyede, egy óra 2:50 P. A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 100 dinár, 400 lei, 2 dollár.

A DIAGNÓZISHOZ KELL A RÖNTGEN!



Bräuning prof. szerint „még mindig keveset röntgenezünk.“ — Hazai szaktudósaink is felhívják gyakorlóorvosainkat, hogy diagnózisukat röntgennel egészítsék ki. —

A gyakorlóorvos röntgenológiai feladatai egyszerűbbek ugyan, de komolyan veendőek és kellő elvégzésüket csak az a röntgenberendezés biztosítja, amely minden szempontból megfelel a felmerülő követelményeknek. Emellett kell, hogy az ára és üzemköltsége szerény keretek közt mozogjon.

Az új

Siemens-vizsgálógolyó

a magánrendelő házagpótló röntgenberendezése. Illusztrált katalógust, árajánlatot készséggel küld:

Magyar Siemens Reiniger Művek Rt.

röntgen- és orvostechnikai gépgyár

Budapest, VI., Nagymező-utca 4. Telefon: *224-860.

SAV-BÁZIS EGYENSÜLY
HELYREÁLLÍTÁSÁRA

EUGASTRIN
MITE  FORTE
A BÉLMŰKÖDÉST IS SZABÁLYOZZA

„CERTA“ Gyógyszerészeti Laboratórium R. T., Budapest.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

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

Szerkesztőbizottság:

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

TARTALOM:

Kulcsár István: A Basedow-kór psychés meddő (fruste) formái. (341—343. oldal.)

Böszörményi Zoltán: Vérglutathion-vizsgálatok schizophréniában. (343—344. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat kérdései (45—48. oldal.)

Berezky István: Az alkohol befolyása a csirafejlődésre. (345. oldal.)

Kassai Antal: A szív atheromája által okozott hirtelen szívhalál. (345—347. oldal.)

Irodalmi szemle. (347—348. oldal.)

Könyvismertetés. (349. oldal.)

Egyesületi jegyzőkönyv. (349. oldal.)

Lapszemle. (350. oldal.)

Vegyes hírek. (350. oldal.)

Budapest Székesfőváros Szt. János kórháza elmeidegosztályának közleménye. (Főorvos: Kluge Endre egyetemi magántanár.)

A Basedow-kór psychés meddő (fruste) formái.

Irta: *Kulcsár István dr.*

A Basedow-kór tünetcsoportjában a merseburgi trias (papitatio, exophthalmus, struma) nem mindig található meg teljes egészében. Ugyszintén a járulékos tünetek: a tremor (amelyet *Marie Pierre* negyedik főtünetként csatolt a triashoz, a fokozott alpanyagcsere (amely *Morawitz* és *Graefe* szerint a betegség sine qua non-ja), a gyomorbélzavarok, szemtünetek, psychés zavarok, stb. nem állandóak és hol egyikük, hol másikuk uralkodik a kórképben.

A hiányos vagy enyhe tünetekkel járó kórforma már régebben felkeltette egyesek érdeklődését. *Marie P.* »formes frustes«-nek nevezte azokat. *Stern* 1909-ben leírta az általa *basedowoidnak* nevezett kórformát, amelyet az jellemez, hogy ideges alapon fejlődik ki, kezdő tünetei a gyermekkorba nyúlnak vissza, jóindulatú lefolyású és ideges kísérőjelenségei a legkiemelkedőbbek. *Zondek* és *Bansi praebasedow* néven írtak le egy tünetcsoportot, amelynek az ideges ingerlékenység, fénylő szem, nedves bőr, hőemelkedésre való hajlam és súlycsökkenés a jellemzői. *Bergmann* a thyreoticus színezetű vegetatív dystoniákat »morbus Basedow sine morbo-nak« nevezte. Végül *J. Bauer* thyreoticus alkata már nem is betegség, hanem csak hajlam.

A határozott kórképtől a pusztán alkati hajlamig terjedő számos átmenet leírása során a szerzők egyike sem kísérelte meg a meddő formákat psychés tünetegyüttesük alapján összefoglalni, holott az éppen olyan jellemző rájuk, mint a testi megnyilatkozás. Osztályunkon sok olyan esetet észleltünk, amelyben a Basedowra jellemző psychés kép emelkedett ki, több jellemző tünetük is észlelhető volt, ám alpanyagcserejük rendes értéket mutatott. Amikor azonban e betegeket hiányos somaticus leletük ellenére is úgy kezdtük kezelni, mintha ba-

sedowosak lennének, psychés tüneteik megjavultak. E tapasztalatunk alapján kíséreljük meg a psychés tünetekben megnyilatkozó meddő Basedow-kór tünetegyüttesét leírni.

A kifejezett Basedow-kór psychés tüneteit *Kräpelin* szerint »a lelkiélet állhatatlansága« jellemzi. A betegek teljesítőképessége csökkent, bágyadtak, nines kitartásuk, elhanyagolják kötelességüket. Itéletüket hangulatuk irányítja, hangulatuk esékény. Gyanakvók, szeszélyesek, ingerlékenyek, indulatkötörésre hajlamosak. Ha betegségük psychosissá fajul, az többnyire maniás-depressziós jellegű, ritkán schizophréniás színezetű. *Haberkant* hívta fel a figyelmet arra, hogy a Basedow néha katatonias tüneteket okoz.

A psychés meddő formákkal, nem is annyira az intézetben, mint a rendelőórán és az életben találkozunk az orvos. Betegségüket mind maguk a betegek, mind néha orvosaik is idegesség, neurasthenia, psychoneurosis, legjobb esetben vegetatív dystonia néven könyvelik el és ennek megfelelően kezelik is. Kezdődő tünete dolgozókon a megzavart munkaképesség, amit nem annyira a fáradékonyság, mint a szertelen kapkodás és türelmetlenség okoz. Következő subjectív panasz az alvás zavartsága, majd az indokolatlan nyugtalanság, félelem, stb. A sokfelé ágazó, színes kórképet négy főtünetbe igyekeztünk összefoglalni.

1. *Fokozott emotivitás.* A betegek rendkívüli módon érzékenyek, kis ingerekre indokolatlanul nagy érzelmi reakcióval felelnek. Már panaszaik elmondása közben elfutja szemüket a könny. Indulati megnyilatkozásuk néha agresszív formát ölt környezetükkel összefordulnak, azelőtt békés egyének tettelegességre ragadtatják magukat, hangulatuk esékény és befolyásolható. Fokozott emotivitásuk és annak egyes megnyilatkozásai néha a hysteria határát súrolja és diagnostikai tévedésekre ad alkalmat.

2. *Nyugtalanság.* A beteget állandó nyugtalanság űzi, hajtja, tesz, vesz, tevékenykedik, sok dologba belékezd, egyiket sem fejezi be, tervez, rendelkezik. Szaporán beszélnek, gondolkodásuk meggyorsult.

néha maniás jellegűen szökellő, psychomotorikájuk élénk, beszédüket élénk mimikával és taglejtéssel kísérik. Az emotivitással egybeszőződött agitáltságot képeesen úgy jellemezhetők, hogy az emotivitas nagyhullámú görbéjére az agitáltság finoman vibráló csipkétet rajzol.

3. *Szorongás.* Ez a tünet kifejlett formájában amikor a beteg maga is annak éli meg, könnyen felismerhető, ám vannak lappangó és álcázott alakjai is, amelyek »neurastheniás« tünet számba mennek és felismerésükhöz lélektani iskolázottság szükséges. Legenyhébb foka egy határozatlan kényelmetlen érzés. A beteg nem leli helyét, feszeng, rosszkedvű, mogorva, nincs semmihez kedve, semmi sem köti le érdeklődését, kedvetlensége okát hol ebben, hol abban keresi és emiatt néha a psychicus eredet látszatát kelti. Emekkel rokon álcázott szorongás az unalom, de annak nem nyugodt, közömbös fajtája, hanem nyugtalanító, kínzó unalom, amikor a beteg semmiben sem leli örömét, nem szórakoztatja sem társaság, sem könyv, sem színház, szabad idejében ingerlékeny, morózus, nyugtalan (vasárnapi neurosis). Ez állapotot nem is fedi a magyar unalom szó. Inkább az angol »spleen«, vagy a francia »ennuis« kifejezés felel meg neki, mely utóbbi, különösen archaikus értelemben, bánatot, gondot is jelent. A kifejezett szorongás aztán éjszakai felriadásokban, nagyfokú nyugtalanságban, szívszorogó érzésekben nyilvánul meg.

4. *Állhatatlanság.* E negyedik tünet részben az előbbieket követő eredménye, részben azoktól függetlenül jelentkezik az akarati körben és oka (és éppen ez az elkülönítő diagnosis az alább leírandó más kórformák állhatatlanságától), az egyidőben felmerülő ellenkező célképzetekben rejlik. A beteg meggyorsult gondolkodása és impulsivitása következtében mind újabb tervekbe fog, mielőtt még az előzőt végrehajtotta volna.

E psychés tünetekhez többnyire csatlakozik a Basedow ismert kísérőjelenségeinek egyike-másika. A fokozott alpanyagcsereéről nem emlékezünk meg, mert csak azokat az eseteket vesszük számba, amelyekben az alpanyagcsere fokozódása nem haladta meg a +10%-ot. Leggyakoribb testi kísérő tünete a feltűnő, fényes szem, tág szemrés, szapora pulsus, érbeidegzési zavarok és a remegés.

Felmerülhetne az az ellenvetés, hogy jogosan soroljuk-e tünetcsoportunkat a Basedow-kór körébe. Több szerző, főként sebész, óva int az általánosítás-tól és szigorúan ki akarja rekeszteni a Basedow-kór fogalmi köréből a vegetatív dystoniákat.

Ha e megfontolás alapján élesen el akarjuk határolni a Basedow-kór fogalmát, rájövünk, hogy az sem phänomenologiailag, sem kóroktanilag, sem pedig testvizsgálatok alapján nem lehetséges.

Tünettaniilag a Basedow-kór egyik kardinális tünete sem kizárólagosan jellemző, egyrészt hiányozhatik, másrészt előfordulhat más betegségben is. Így a struma *Murray* és *Sattler* szerint hiányozhatik; kóros elválásztása különben sem a pajzsmirigy nagyságától függ. A szemdülledtség *Sattler* szerint az esetek 20%-ában hiányzik. A tachycardia állandó, de csaknem olyan gyakori a vegetatív dystoniákban is. *Charcot* szerint a Basedowos érverés labilis, *Nothmann* szerint meg éppen állandósága különbözteti meg a vegetatív dystoniáktól. Az alpanyagcsere több szerző szerint rendes, sőt csökkent lehet. Az alpanyagcsere és másfelől a pulsusszám

és pulsusvolumen viszonya, amit a *Read*-féle formulával szoktak kifejezni, kétes és éppen az általunk leírt esetekben nem egyezett. A végtaggyengesség, a gyomorbéltünetek, az érlabilitás előfordulhat vegetatív tónuszavarokban.

Kóroktanilag nincs egységes felfogás. A *Köber* és *Aran* leírta sympathicus elmélet, amelyet főleg *Trousseau* és *Charcot*, nálunk *Jendrassik* képviselt, sok ellenzőre talált. A *Möbius* alkotta thyreogén-elmélet pedig kettéhasadt, ugyanis a szerzők egy része elkülöníti a valódi Basedowot a hyperthyreosistól, előbbi dysthyreosisnak nevezvén. Ezideig azonban még nem sikerült a basedowos golyva sajátságosnak tartott mérgét kimutatni. A dysthyreosis elméletét sok tekintélyes szerző, elsősorban *Falta*, elveti. *Falta* a hyperthyreosist a köztiagy izgalmára vezeti vissza és az abban lévő fontos vegetatív központok működészavara valóban a Basedow összes tüneteit megmagyarázhatja, sőt ez az elmélet magában egyesítheti az előző két kóroktani felfogást is. A köztiagy eredetű elmélet mellett szól *Risak*, *Eppinger*, *Weber*, *Dreyfus* és több más szerző megfigyelése is, amelyek szerint köztiagy sérüléssel járó encephalitisek után Basedow támadt, továbbá *Fenz* kísérlete, aki agytörzsi narcoticumok (veronal) adagolásával 30—35%-os alpanyagcsere csökkenéseket ért el. *Oswald* az alkati tényezőknek tulajdonít jelentőséget, amelyek közt legfontosabb a vegetatív idegrendszer alacsony ingerküszöbe a pajzsmirigy hormonnal szemben.

Ez ellentmondó felfogások nem teszik lehetővé a klasszikus Basedow-kór elkülönítését, viszont elméletileg nem zárják ki a psychés meddő formák keletkezését, mint azt alább igyekezünk majd kifejteni. A biológiai testeljárások egyike sem bizonyult specifiCUSnak a Basedow-kór elkülönítésére.

A kórtani egység hiányában bátran hivatkozhatunk a tüneti szemlélet jogosultságára az elmekórtanban. A psychiatria nem rendelkezvén egységes elméleti alappal, *Jaspers* szavaival élve, különös szemléletekkel és módszerekkel dolgozik, amelyek megóvják az előítéletektől. Mert a tudományos elmekórtan számára egyformán veszedelmes akár a philosophia, akár a psychologia, ám akár a somaticus előítélet is, amely olyan túlzásokra vezethet, mint a minden lelki jelenséget localisálni törekvő szövet-tani szemléletből sarjadt agymythologia.

Tünettaniilag kórképünk egységes. Elkülönítő szempontból különösen két tünetcsoport jöhet számításba: a vegetatív dystoniák psychés tüneteinek és a gümös intoxicatio. Az előbbiben is szerepel a nyugtalanság, ám emotivitasuk nem olyan fokozott, az állhatatlanság nem jellemző tünetük. A gümös intoxicatio psychés tünete nagyon hasonlítanak a Basedowéira, elméletileg feltehető, hogy a gümös toxin a vegetatív idegrendszer útján a pajzsmirigyet fokozott hormontermelésre ingerli. Psychés különbség köztük, hogy a gümőkórosok állhatatlansága inkább kifáradás következménye és nem ellenkező célképzetek okozzák, mint a Basedowét. A diagnosist az esetleges hőemelkedés opium-pyramidon-próbás elkülönítése, végső fokon a gőc kimutatása teszi biztossá.

A bevezető részben említettük már, hogy a meddő formák javultak, ha úgy kezeltük őket, mintha basedow volnának. Orvoslásuk elsősorban agytörzsi nyugtatók adagolásából és májflókésekből állott. A májkészítmények detoxikáló hatását már

régóta felhasználjuk salvarsanra érzékeny betegek specifikus kezelésében, morphiium elvonás során és alkoholos elmezavarok kezelésében. Ismerjük hatását endogén és exogén intoxicatiók, terhességi hányás, funicularis myelosis, pl. As., stb. mérgezés esetén is. E megfontolásból kiindulva kezdtük a májlökést *Kluge* ajánlatára alkalmazni, mind meddő formák, mind thyreogénnek tartott schizophreniás phasisok esetében és a psychés tünetek feltűnő javulását észleltük. Nagy szorongások ellen a más helyen már ismertetett összetételű tonocholin kúpot az úgynevezett Szent János kúpot szoktuk adni ami valószínűleg mint az adrenalin rendszer antagonistája is hat. A májkészítmények hatásmechanizmusát nem ismerjük, valószínűleg nem az antianaemiás tényező hat, hiszen az egyes készítmények is különböző összetételűek. Mi *perhepart* adunk hetenként kétszer 10 cm-t. A készítmények detoxikáló hatása kapcsán utalunk arra a védő szerepre is amelyet újabban a májnak élőben tulajdonítanak a központi idegrendszer védelmében endogén és exogén mérgezések esetén.

A májkészítmények adagolása során észlelt javulások alkalmul szolgálnak egy körképünket megmagyarázni hivatott elmélet megalkotására. Feltételezzük, hogy a Basedow psychés meddő formái olyan egyéneken jelennek meg, akiknek *központi* idegrendszere különösen érzékeny a pajzsmirigytermelte méreggel szemben, úgyhogy psychés tünetek keletkeznek a mérgezésnek már oly kis fokán, amely a vegetatív idegrendszer közvetítette klasszikus tünetek kifejlésztésére még nem elégséges. Ennek analógiáját gyakran látjuk másféle, például schizoid alkati alapú phasisokban, amelyekben az endogén méreg, pl. gümö-toxin termelése egyéb klinikai tünetekből még nem ismerhető fel és csak a beteg hosszabb észlelése során látjuk kifejlődni a psychés tüneteiből már előbb felismert gümőkórt. Am túl az alkati praedispositión, a nem-thyreoticus alkatú meddő maradványformákat is megmagyarázhatjuk olyképpen, hogy az átvészelt basedow érzékeny tette a beteg idegrendszerét a pajzsmirigy-méreggel szemben.

Összefoglalás: A Basedow-kór olyan meddő formáját írtuk le, amelyet a psychés tünetesoport jellemez. Ennek 4 fő tünete van: 1. fokozott emotivitás, 2. nyugtalanság, 3. szorongás, 4. állhatatlanság. A tünetek agytörzsi nyugtatók adagolására és májlökésekre javultak. A javulást a máj méregtelenítő hatásának tulajdonítjuk és ez alapon feltesszük, hogy a psychés meddő formák oly egyéneken keletkeznek, akiknek központi idegrendszere akár alkatilag, akár átvészelt Basedow-kór sensibilizáló hatása folytán, a pajzsmirigyhormonnal szemben túlérzékeny.

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

Vérglutathion-vizsgálatok schizophreniában.

Irta: Böszörményi Zoltán dr.

A schizophreniás betegek humoralis, illetve biochemiai viszonyainak tisztázása régen foglalkoztatja a kutatókat. Az érdeklődést mégjobban fokozta a modern schizophrenia- (sch.) gyógymódok bevezetése és a mikromethodusok egyre pontosabb válása. Bár valamennyi szerző hangsúlyozta az öröklésbiológiai tényezők fő fontosságát, mégis hajlandók voltak a talált

elváltozásokat — néha talán túlozva fontosságukat — aetiologiai magyarázatként felhasználni. Így újabban *Jahn* egy histaminszerű mérgező anyagot vesz fel, *Gjessing* szerint időszakos N-retentio izgatja a diencephalon vegetatív központjait stb.

Ugyanígy vizsgálták a vér glutathion-tartalmát is. A glutathion (gl.) glutaminsavból, cysteinből és glykokollból álló tripeptid, mely a vérben és a legtöbb szövetben előfordul redukált és oxydált alakban. Egyesek a sejtlégzésben, mint segítő fermentumnak tulajdonítottak nagy szerepet neki, tekintve átalakulóképességét, mások inkább mint a fermentatio szabályozóját és így a fehérje-, illetve szénhydratanyagcsere egyik tényezőjét fogják fel. (*Waldschmidt-Leitz* és mások.) Legújában főleg a gl. méregtelenítő hatását hangsúlyozzák, mert mint *Binet-Jaulnes*, *Locatelli* és *Deschwanden* kimutatták, a diphteria- és tetanustoxin hatását jelentősen képes csökkenteni, állatokat staphylococcus-fertőzéssel szemben képes megvédeni és égési sérülések esetén is jól hat. Állítólag az antitestképzésben és a szervezet általános ellenállóerejének fenntartásában is nagy szerepe van s mint ilyen a mellékvesében képződik. Blazsó a vérhas gyógyításában komoly szerepet szán a glutathion-adagolásnak.

Ezekután magától értetődik, hogy többen vizsgálták sch.-ban is a vér gl.-t. *King* és *Baumgartner* szerint bár a gl.-tartalom hű fokmérője a szövetoxydatiónak, elmebetegeknél egészségesekkel szemben nem lehet különbséget kimutatni. *Bruno* csak epilepsiásokon észlelt kisebb csökkenést. *Albanese* már jóval kisebb átlagértéket talált sch.-ban; ő a láztherápia sikerét az összoxydatio növelésében látta, aminek megfelelően láz alatt a vér gl. többnyire emelkedett s utána még napokig magas maradt. Ilyen esetek szerinte általában javultak a kezelésre. *Ljungberg* friss sch.-ban szabályos értéket, egy év-nél idősebb folyamatban azonban már tetemes csökkenést talált.

Hogy ezirányban vizsgálatokat végezzek, arra nemcsak a kevésbé pontos módszerekkel elért, egymásnak ellentmondó eredmények késztettek, hanem az is, hogy közben más betegségekről is kiderült, hogy befolyásolják a vér gl.-t. Így gümőkórban többek szerint kompenzálólólag megnő, májbetegségeknél pedig megcsökken a mennyisége stb. Ezeket igyekeztem kiküszöbölni vizsgálataimból. Azonkívül — *Albanese* kivételével — a szerzők csak középértékeket kerestek, egy-egy meghatározást végezve a betegeken, pedig már *Scheid* is hangsúlyozta, hogy egy véletlenül kiragadott phasis-keresztmetszettel nem lehet tiszta képet kapni a humoralis, illetve biológiai folyamatokról. Ezért végeztem a betegeken időnként több meghatározást, tekintettel a psychés állapotra és a kezelés által létrehozott változásra.

Összesen 86 sch.-ás betegen 342 vér gl. meghatározást végeztem a Woolword—Fry-féle jodometriás eljárással. Ellenőrzésképpen 40 egészséges, illetve más idegbántalomban szenvedőt vizsgáltam. Az eredményeket röviden a következőkben ismertetem:

Középértékként — eltérően a legtöbb eddigi vizsgálatról — sch.-ban az egészségeseknél sokkal alacsonyabb értéket találtam. Az egészségeseken észlelt $^{31/36} mg^{0/100}$ (redukált/össz gl.) átlagérték megfelel a mások által kapott értéknek, a sch.-ban kapott $^{28/32} mg^{0/100}$ -os eredmény tehát egy 20%-os hiányt

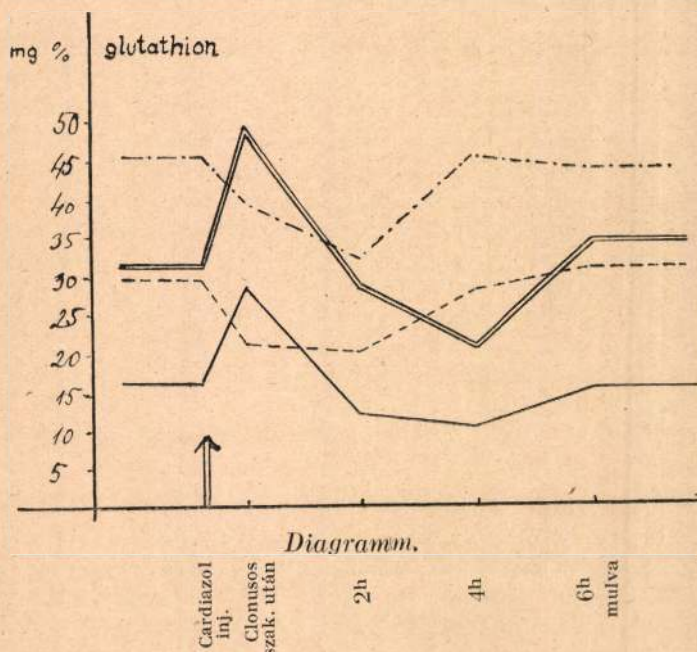
mutat. (A középhiba igen kicsiny és így elhanyagolható volt.) A sch. különböző klinikai alakjait egymással összehasonlítva, nem találtam értékelhető különbséget (lásd táblázat). Régebbi megállapításokkal szemben feltűnt az is, hogy az inveterált, post-processualis esetek ugyanolyan, sőt néha kissé magasabb értékeket mutattak, mint a heveny folyamat részesei.

TÁBLAZAT.

A vizsgált esetek csoportosítása és a talált vérglutathion-mennyiségek.

Klinikai alak	Összesen			%	Legkisebb érték mg %	Legnagyobb érték mg %	Átlag érték mg %
	Acut	Chron	Összesen				
Simplex demens	17	9	26	30.2	16/22	30/42	25/30
Hebephren	18	7	25	29.1	11/24	32/41	25/31
Paranoid	2	2	4	4.7	28/32	30/42	28/31
Kataton	19	12	31	36.0	22/26	38/50	27/33

20 betegnek összesen 40 kardiazol shock-ja alkalmával vizsgáltam a vér gl. változását, összehasonlítva a shock előtti és közvetlen a clonusos szak utáni értékeket. Tudomásom szerint eddig ily irányban még nem történtek észlelések. Az esetek 87.5%-ában roham után a redukált és oxydált gl. mennyiségének határozott növekedését találtam, néhol az eredeti érték 60–80%-kal növekedett. Általában 1–2 óra alatt az érték a kiindulásra esett vissza, majd az alá süllyedve, átlag 4 órával a roham után érte el a mélypontot, majd ismét felemelkedve, 6 óra múlva elérte a rohamelőtti értéket. Néhány stationær esetben ahol a shock előtti vér gl. érték aránylag magas volt, shock után csökkenést lehetett tapasztalni, 2–3 órán át tovább csökkent, majd az eredeti értékre növekedett. (L. diagramm.)



——— } Össz. ill. redukált glutathion tipusos esetekben
 - - - - } Össz. ill. redukált glutathion néhány postprocessualis esetekben.
 }

Erdekes, hogy a rohamot még ki nem váltó, illetve abortív shockot előidéző kardiazol-befeessen-

dezések után ugyanezt észleltem, ami összhangban van *Meduna*, *Fattovich* stb. megállapításaival. Szerintük ily esetben is ugyanazon haematológiai és biochemiai elváltozások jelentkeznek, mint a teljes convulsiónál.

Az egyes betegek körlefolását figyelve, feltűnt, hogy a remissiók, de a kisebb átmeneti javulások alkalmával is az össz-gl. mennyiség növekedést mutatott, míg a heveny folyamat lezajlása után, postprocessualis állapotokban, ahol tehát a psychés kép nem változott, a vér gl. érték is állandó volt.

Hoskins azon megfigyelése, hogy az oxygen-fogyasztás és alapanyagcsere sch.-ban az átlagnál jóval kisebb, a gl.-nak, mint légzési factornak csökkenésével párhuzamba állítható. A vér gl. convulsió utáni viselkedését összhangba lehet hozni a többi humoralis elváltozással, a vércukor balratolódásával a vércukor átmeneti emelkedésével, a tejsav, ketontest, cholesterin stb. felszaporodásával. A későbbi gl. csökkenés magyarázható a felgyült anyagcsere-termékek kiküszöbölésével. A kezdeti alkalosis feltételt teremt az oxydált gl. felszaporodására, amit az átmeneti kisebb-nagyobb asphyxia is előmozdíthatna, bár rohammal nem járó kardiazol-injectióknál ez utóbbi teljesen hiányzik.

A testizomzat tonusos-clonusos összehúzódásának valószínűleg nincs fontos szerepe a gl. megszapordásával, sőt *Santavy* adatai szerint ez egyenest ellene dolgozik, mert mint ő kimutatta, normalis izommunkában a vér gl. mennyisége vagy azonnal, vagy minimalis emelkedés után csökken. De az izommunka szerepe ellen szól az is, hogy az abortív rohamok alkalmával is ugyanaz a változás áll be, mint a teljes shockban. Feltehető azonban, hogy a vegetatív idegrendszernek *Pfister* értelmében vett felkorbácsolása közvetve idézné elő a vér gl. emelkedését, mely túlkompenzáló süllyedés után térne vissza a rendes szintre. Az egyes betegek különböző vegetatív ingerlékenysége is kétségtelenül módosítja a rohamutáni humoralis elváltozásokat.

Az összglutathion-mennyiség növekedése a remissiókkal kapcsolatban szintén egy adat lenne a psychés és somatikus tényezők szoros viszonyára. Prognostikai következtetéshez azonban további ilyen irányú és egyéb biochemiai részlet megfigyelésére lenne még szükség.

Összefoglalás. 1. 86 schizophreniás egyénen vizsgálva a vér glutathiont, az általában a normálisnál 20%-kal alacsonyabb volt.

2. Kardiazol-shock után a vér gl. eleinte jelentősen növekedik, majd az eredeti szint alá süllyedve kb. 6 óra alatt éri ezt újból el. Ettől eltérő — paradox reactio — csak néhány megrögzött esetben mutatkozott. Kellő, de rohamot ki nem váltó mennyiségű kardiazol után ugyanez volt a változás. Izommunka szerepe nem valószínű.

3. Javuló betegek vér gl. értéke általában emelkedik, az újabb rosszabbodás esetén azonban süllyed.

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

Az alkohol befolyása a csirafejlődésre.

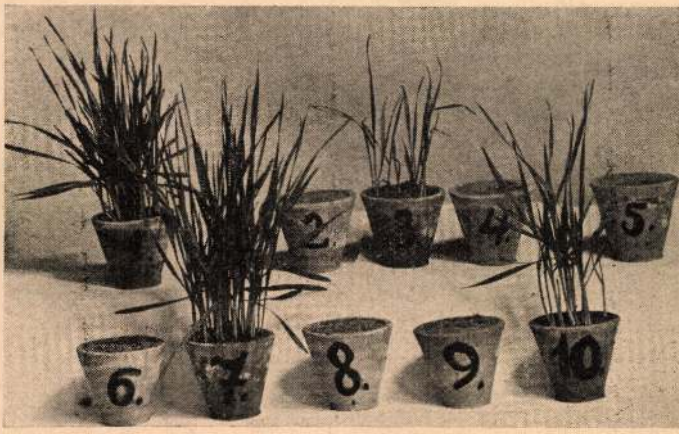
Irta: *Bereczky István dr.* (Eperjes).

Köztudomású tény az orvostudományban, hogy alkoholista szülők által nemzett utódok fejlődésükben visszamaradt korcsok, sokszor idióták, vízfejűek, debilisek stb. Ezt a tényt egy egyszerű kísérlettel akartam érzékeltetni s ezért a következő, sorozatos próbákat végeztem el.

Ahogy a mellékelt fénykép mutatja, 10 drb virágceserépbe, egyforma kerti földbe, elültettem 50—50 drb egyforma nagy és kifejlett búzaszemet. Az egyes cserepekbe ültetett búzaszemeket azonban előzőleg a következő folyadékokban áztattam 48 óráig:

1. Közönséges kútvíz. 2. Világos sör: 2—4% alkoholtartalom. 3. Asztali bor: 5—7% alkoholtartalom. 4. Konyak: 45—50% alkoholtartalom. 5. Triple sec-likőr: 35—40% alkoholtartalom. 6. Rum: 50% alkoholtartalom. 7. 20%-os glucose oldat. 8. Cseresznye pálinka: 70% alkoholtartalom. 9. Furmint peccsenyebor: 8—12% alkoholtartalom. 10. Barna sör: 2—4% alkoholtartalom, de 12% malátatartalom.

A mellékelt fényképen a következők keltik fel a figyelmet:



1. Erősen és szépen fejlődésnek indultak a kút vízben áztatott magvak (1. sz.).

2. Nem fejlődött ki a 2% alkoholt tartalmazó világos sörben sem a beáztatott mag (2. sz.).

3. Ezzel szemben: egészen korcs, fonnyadt, törékeny szállal kibújít 10 búzaszem (20% a magvaknak) az 5—7% alkoholt tartalmazó asztali borból áztatott búzaszemek közül (3. sz.).

4. A legerősebb és legdúsabb fejlődést mutatják a 20%-os glucose-ban áztatott magvak, amelyek jóval felülmúlták a vízben áztatottakat (7. sz.).

5. Dacára annak, hogy a világos sörben (2. sz.) áztatott magvak egyáltalán nem keltek ki, a barna sörben ezzel szemben, amely ugyancsak 2% alkoholtartalmú, bár gyérebben, de aránylag mégis erős száakkal fejlődtek ki (10. sz.) (12% malátatartalmú).

Mindezekből a következő magyarázatot lehet levonni:

1. Kétségtelen, hogy alkoholnak még a legkisebb percentuális jelenléte is a csirát fejlődésében kedvezőtlenül befolyásolja, hátráltatja, megakadályozza, megszünteti vagy elpusztítja (2., 4., 5., 6., 8. és 9. sz.).

2. Cukortartalmú anyagok jelenléte (dextrose, glucose, maltose) azonban a csirát fejlődőképességében erősen támogatja és azt felfokozza (7., 10. sz.).

E két említett tény szemléltetésére mellékelem a csatolt fényképet.

A pontosság kedvéért megjegyzem, hogy az egyes elültetések külön-külön, hogy úgy mondjam, a legnagyobb gonddal és »sterilitással« történtek, úgy-hogy semmiféle el- vagy hozzákeveredés nem történt. Mind ugyanolyan földben és 16—18 fokos szobahőmérsékleten tartva, egyformán voltak öntözve.

TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTANI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem Törvényszéki Orvostani Intézetének közleménye. (Igazgató: Orsós Ferenc ny. r. tanár.)

A szív atheromája által okozott hirtelen szívhalál.

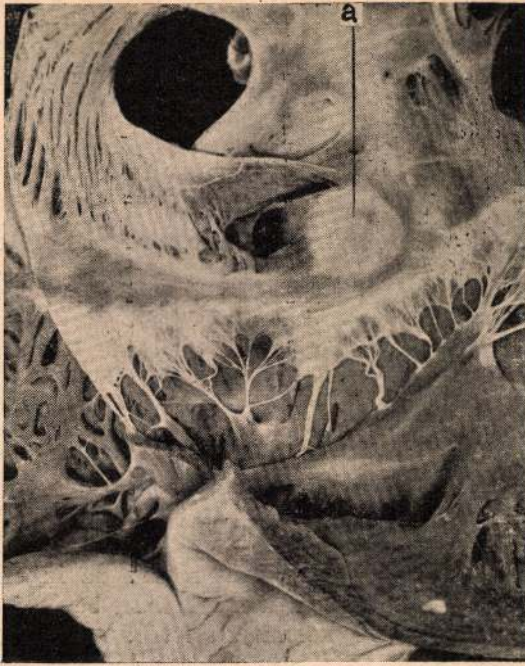
Irta: *Kassai Antal dr.* egyet. adjunctus.

A hirtelen szívhalál nem ritkán az ingervezető készülék bántalmazottsága folytán áll be. Ezt különféle kórfolyamatok hozhatják létre: leggyakrabban heveny és idült, nem fajlagos gyulladások, továbbá gummák, hegek, rheumás beszűrődés, heveny fertőző betegségek toxinjai, coronaria-embolia és thrombosis, valamint daganatok. Orsós törvényszéki eset kapcsán a His-köteg balszárának meszes góc által okozott bántalmát írta le. A szívblokk érdekes esetét észleltem egy rendőri boncolással kapcsolatban. A pitvarsövényben az atrioventricularis csomó tájékán ülő kásás tömlőt találtam és egyedül ez adta a hirtelen szívhalál magyarázatát.

Az esetet röviden a következőkben ismertetem: 28 éves nő (T. M. 26/1937. kültelki rend. bonc.) reggel ágyából fel akart kelni, de visszaesett és meghalt. A szobában tartózkodó 13 éves testvére azzal fogadta a belépő anyját, hogy: »Margiton megint rajta van a szívbaj.« Az anya a leányt hassal az ágyra fekvő, oldalra billent fejjel, habos szájjal, szederjes arccal már élettelenül találta. A hozzátartozók szerint a leányon már a gyermekkorban is jelentkeztek időnként rosszulletek, amikor munkáját hirtelen abbahagyva, szederjessé vált arccal egyideig egyhelyben állott. Súlyosabb rosszulletek 6 évvel halála előtt, az első szülés alkalmával jelentkeztek először. (A szülők ezen szüléssel hozták kapcsolatba a betegséget.) Azóta többször voltak rohamai, melyek közvetlenül a halál előtti időben gyakrabban, hetenként háromszor is jelentkeztek. A leány ilyenkor hangtalanul összesett, eszméletét elvesztette, arca, végtagjai szederjessé váltak, szája habzott, tonikus-clonikus göresök mutatkoztak, gyakran nyelvét is megharapta, vizeletét, székletét többször maga alá bocsátotta. A többnyire 2—3 percig tartó rohamból amnesziánál ébredt, utána olykor mély álomba merülve. Orvos nem kezelte.

A boncjegyzőkönyv kivonata: Az arc szederjes. Külsérelmi nyomok nem láthatók. A koponya esontja in kóros nem észlelhető. A középvastag agyburkok s az agy állománya középvértartalmú. Az Ammonszarvak szimmetrikusak, elváltozás rajtuk nem mutatkozik. A vér folyékony. A szív középnagy, izomzata tömött, áttűnő, közepes vértartalmú. A billentyűk a koszorús verőerek és a nagyedények épek.

A jobb pitvarban a sinus coronarius beszájadásától balra, a szájadék közvetlen közelében, az Aschoff—Tavara-csomó helyének megfelelően, a pitvarsövény izomfalában mogyorónyi, félgömb-szerűen kiemelkedő, puhás tapintatú, síma felszínű,



1. ábra. a) daganatos góc.

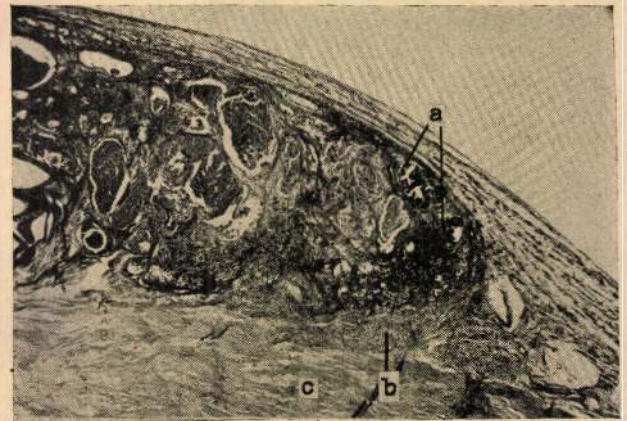
szürkés színű daganatocska foglal helyet (1. ábra). Beletmetszvéen, halvány okkersárga színű, kenőcszerű anyaggal telt mogyorónyi üreg tárul fel, melynek elülső, vagyis a jobbpitvarba tekintő fala a legvékonyabb helyen alig 0.5 mm vastag.

A tüdők szabadok, közepes légtartalmúak, alapszövetük mindenütt elég szivós, tömött, törékeny gócek bennük sehol sem tapinthatók. A tüdőútöerek szabadok. A hörgők, a légeső és a nyelőső nyákhártyája középvértartalmú. A nyelven apró hegek láthatók. A lép, a vesék és a máj középnyagok, viszeresen bővérűek, kóros elváltozás rajtuk nem látható. A gyomor üres, közepes vértartalmú nyákhártyáján csak kevés zavaros nyák tapad. A vékonybelekben vagy 400 g-nyi sárgás, pépes tartalom, a vastagbelekben valamivel szilárdabb összeállású szürkés-barna bélsár van. A vékony- és vastagbelek nyákhártyája középvértartalmú. A húgyhólyag üres, nyákhártyája síma, halvány. A méh belfelülete hószám utáni állapot képét mutatja. Közvetlenül a boncolás után adott előzetes véleményünkben a halál okául szívbénulást vettünk fel, amit a jobb pitvar falában ülő gócnak az ingervezető-apparatusra kifejtett blokkoló hatásával magyaráztunk.

A pitvarsővénynek a sinus coronarius nyílása és az Eustach-billentyű kötőszövetes kisugárzása közti részét, ahol tehát a szóbanforgó tömlő helyetfoglalt, hosszanti metszeten sorozatosan felmetszettem. A tömlőt illetőleg megállapítható, hogy az nem magános. Maga a mogyorónyi tömlő egy nagyobb és egy kisebb rekeszre van kettéválasztva vékony áthidaló fal által. A két főtömlő körül, különösen azoknak a felső és alsó végén, továbbá a tömlőfal és a jobb pitvar belhártyája közti, általában nagyon vékony, alig $\frac{1}{2}$ mm vastag rétegben, úgyszintén a tömlőfal mögött az izomrétegben számos apró, csak mikroszkóppal látható tömlőcske csoportosul egymás mellé.

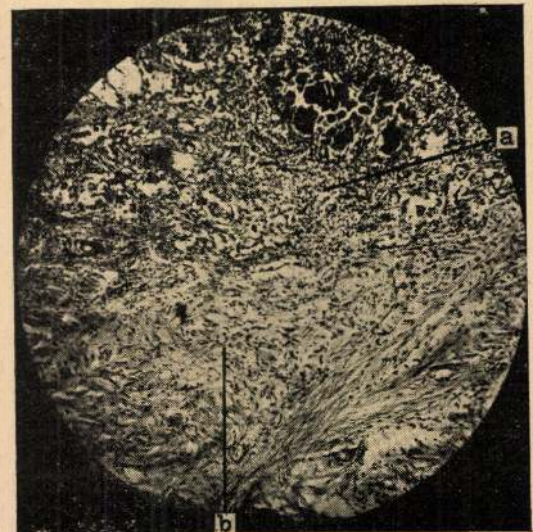
A két nagy tömlőt sejt-detritus tölti ki, melynek szélső, a falzattal szomszédos rétegében nagyobb levált hámlemezek is találhatóak. Az egész detritus-tömegben ezenkívül gyéren elhintve pusztuló magvak és itt-ott finom szemcsés mészlerakódást mutató sejt-

árnyékesoportok találhatóak. A tömlők falát laphám béleli, mely általában négy-öt rétegben fekszik, több helyen azonban egyrétegűvé vált. A nagy tömlők fala körkörös, mintegy összesajtolott kötőszövetes rétegekből áll, melyek elég dúsan ereztettek és kötőszövet-sejteket is elég sűrűn tartalmaznak. E kötőszövetes tokban vannak elhintve a többnyire laposra nyomott, apró tömlők. A jobb pitvar oldalán 5–6 rétegben fekszenek ezen apró tömlőcskék. Ahol a tömlőcské csoportosan láthatók, ott a köztük lévő stroma nyiroksejtesen beszűrődött, illetve nagyobb nyiroksejt-telepeket tartalmaz. A tömlőcské falát hol egyrétegű, látszólag köbössé vált laphám, hol pedig többretegű és duzzadt polygonalis sejtekből álló laphám béleli. A nagyobb tömlők hasonló detritust tartalmaznak, mint a főtömlők. Itt-ott olyan tömlőcské is láthatók, melyekben a falzatról levált hámsejtek abortív elszarulásba mentek át és szolidabb concrementumszerű tömeget alkotnak. Ezen elszarusodott hámsejtekben több helyen finom szemcsés mészlerakódás is látható. (2. ábra.) A főtömlő alsó



2. ábra. a) abortív elszarulásban lévő hámsejtekkel kitöltött tömlőcsoportok. b) His-köteg. c) az annulus fibrosus szöve. (Haem.-eos.-festés. Lupe felv.)

segmentumában, közvetlenül a His-köteg szomszédosságában néhány kisebb tömlő csupa golyóalakú hámsejttel van kitöltve, melyek abortív elszarulást és szemcsés mészlerakódást is mutatnak. (2. ábra a.) Az utóbbi területben mutatkozik az apró tömlők közt a



3. ábra. a) a His-köteg sejtösen beszűrődött rétege. b) a His-köteg aránylag épen maradt rostjai. (Haem.-eos.-festés. Közepes nagyítás.)

legélénkebb interstitialis burjánzás, itt ugyanis a tömlőket fiatal kötőszöveti sejtekben gazdagabb kötőszövet és nyiroksejt-telepek szét is tolták egymástól és mind a kötőszövet-burjánzás, mind a nyiroksejtes beszűrődés ráterjed a His-köteg szomszédos felszínes rétegére is. (3. ábra.) Az ingervezetőköteg rostjai nagyon szegényesek, gyengék, be vannak szorulva az annulus fibrosus megvastagodása és a tömlőfal közé. A His-köteg egyes nyalábjai szét is vannak zilálva a sejtes burjánzás által és e helyen a hálózatos ingervezető izomsejteken sorvadás jelei állapíthatók meg. Egyes sejtek nyiroksejtekkel vannak körülvéve, vannak olyanok is, melyek közvetlenül érintkeznek az abortív elszarvulást mutató hámsejtekkel. Teljesen elpusztult izomsejtek is láthatók. Az ingervezető izomrostokon vitalis reactio jelei nem ismerhetők fel, csak a fent leírt pusztulás. A Tawara-csomó izomnyalábjai a tömlőfal közelében szintén szét vannak zilálva s itt is erős nyiroksejtes beszűrődés észlelhető.

A pitvarsövénnyben, mégpedig a jobb pitvari felszínhez közelebb helyetfoglaló többszörös tömlőrendszer tehát laphámmal bélelt, vagyis azonos az ú. n. atheromákkal. A hámbélés azonban mindenütt egyszerű maradt, sehol sem észlelhetők bőrfüggelékek: faggyúmirigyek, verejtmirigyek és szőrtüszők. Tehát nem dermoid, hanem csak egyszerű atheromás jellege van a tömlőknek. Bár a tömlők többszörösek, az azokat bélelő hám rosszindulatú burjánzása, továbbá agresszív beszűrődő növekedése, terjedése sehol sem állapítható meg. A legépebb hámsejtek a legapróbb tömlőkben észlelhetők, ezek körül mutatkozik a legkifejezettebben a sejtes beszűrődés és a tok enyhe burjánzása. E jelekből arra lehet következtetni, hogy e tömlőcskék egészen a halálig szaporodtak.

Kérdés, hogy a tömlőcsoport daganatosnak minősíthető-e. Természetesen csakis jóindulatú daganatról lehetne szó. A tömlők daganatos mivoltát támogatja a kisebb, másodlagos tömlőknek még folyamatban lévő fejlődése. Minthogy a tömlőcsoportnak különálló, eltokolt stroma-gerendázata nincs, sőt még az ingervezető rendszertől sincs élesen elhatárolva, a daganatos jellegét határozottsággal állítani nem lehet. Annyi kétségtelen, hogy fejlődési rendellenesség, nevezetesen heterotop laphámbeekelődés adott alkalmat a tömlők kifejlődésére. Az sem szenved kétséget, hogy a laphámbeekelődés a szív fejlődésének legkorábbi szakában mehetett végbe, amikor a szív még extrathoracalis elhelyeződésben volt. Valószínűleg az elemi szíveső csavarodása közben vitt fel a szíveső alsó venusos vége egy laphámsejt-csoportot magával és akkor szorult az a két elsődleges pitvar közé.

Minthogy semmiféle más olyan kóros elváltozás nem volt a boncoláskor megállapítható, mely a halált és különösen a hirtelen halált magyarázni alkalmas lett volna, a hirtelen halál okául csakis a pitvarsövénny atheromáját tekinthetjük. Különösen az szél e mellett, hogy az atheroma a Tawara-csomót és a His-köteget össze is sajtolta, sőt abba bele is burjánzott. Az ingervezetőrendszer hasonló localisatiójú elváltozásai mellett már ismételtén észleltek hirtelen halált, szívblokkot.

A szövettani kép alapján egyszerre megértjük az egész betegség lefolyását, az életben mutatkozó tüneteket is.

Az atheroma az Aschoff-Tawara-csomót és a His-

köteget fokozatosan pusztítva, az Adam-Stokes tünetcomplexumra vezetett. A korai gyermekévekben, amikor a tömlő még kicsiny volt, de már ártalmas hatását érvényesítette, a tünetek abortív, de a szülők által már észrevett, bizonyára azonban többször elnézett rohamokban nyilvánultak. Látszólag a 21. életévig nagyobb zavarokat nem okozott: azután a szívnek szüléssel kapcsolatos nagyobb fokú megterhelésekor a betegség súlyosabb tünetekben, a laikusok által is jól észlelt »szívba-j«-ban nyilvánult meg, amiért a szülők a szülést okolták. Lassanként a tömlő növekedésével mind nagyobb mértékben roncólódott az ingervezetőrendszernek a góccal szomszédos része, melynek fokozatos pusztulása természetesen mind sűrűbb és sűrűbb, az utolsó hetekben háromszor is jelentkező rohamokkal járt, míg végül is szükségképpen a szívnek kifokú, a mindennapi életben is megszokott igénybevételére (ágyból való felkelés) a hirtelen halálra vezetett.

A boncolás megkezdése előtt a laikusok említette »szívba-j«-ban epilepsiát sejtettem. A bonclelet alapján azonban az epilepsiát nem tartottam valószínűnek. Később azután az elhalt hozzátartozóinak kikérdezésekor határozottabb formában kibontakozott az Adam-Stokes betegség képe, amit a szövettani vizsgálat megerősített.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Nagy adag cardiazol intravénás alkalmazása altatószer mérgezéseknél. *Krautwald*, berlini IV. belklinika. (Klin. Wschr. 1941. 4.) Súlyos altatószer által okozott mérgezéseknél 30 másodperc alatt 1 gr cardiazolt adott intravénásan. Ezekben az esetekben görcsöket nem észlelt, a vérnyomás 60 higany mm-nél többet nem emelkedett, tüdővízenyő fellépése — melyről a cardiazol intravénás alkalmazása kapcsán több szerző beszámol — egyszer sem következett be. Igen súlyos mérgezéseknél 4 perc alatt 4.5 gr cardiazolt adott anélkül, hogy a fentemlített kellemetlen tünetek jelentkeztek volna. És ha ezzel az igen magas adaggal sem ért célt, 15 perc múlva megismétli 1 gr cardiazol iniciálását. (O. 18.)

Orbán György dr.

Lues-therápia mai állásáról. *Fuhs*. (Wien. Klin. Wschr. 1941. 10. sz.) Hangsúlyozza, hogy csak biztos diagnosis esetén kezdjünk antilueses kúrát. 4, legkésőbb 5 héttel a fertőzés után a syphilis abortív kúrával 12 Salvarsan és ugyanennyi Bismuth inj.-val a szokásos módon gyógyítható, de ajánlatos 5 heti szünettel még biztosító kúra is. Ha a serum reactio éppen átesapott positivba, két biztosító kúrára van szükség. A lues secundae és tertiae szakában annyi kúrára van szükség megfelelő szünetekkel, míg a két utolsónál és azután állandóan negatív lesz a serum. Idősebbeknél többszöri jód-bismuth kúrát ajánl. Terheseket legkésőbb a IV. hónaptól kezelésben kell részesíteni magzatuk megővése miatt. Makacs esetekben a dosis emelése, vagy készítményváltoztatás használ. Positiv liquor lelet esetén Salvarsan-Bismuth kúra mellett kellő időben alkalmazott malária láztherápia, belgyógyászati contraindicatio esetén protein lázkelés megóv a lueses ideg megbetegedésektől. A Salvarsan kezelés közben fellépő mellékhatások közül belgyógyászati szempontból emléttésre érdemes a sokszor első pillanatban fenyegetőnek látszó angioneurotikus tünetcsoport, mely 1/2 óránként adott 0.5 ccm-es 1%-os Adrenalin szüntethető. Sárgaság nem minden esetben teszi szükségessé a kúra beszüntetését. Encephalitis haemorrhagicanál vérbocsátás, lumbal punctio, Adrenalin inj. és konyhasó, infusio indicáltak a kúra azonnali beszüntetése mellett. (B. 27.)

Csik Ferenc dr.

IDULT NŐGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK MEGGYÓGYULNAK AZ ERZSÉBET-GYÓGYFÜRDŐBEN

KESERŰSŐS FÜRDŐK
ISZAPBOROGATÁSOK
FORRÓ ÖBLÍTÉSEK

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Morphológiás leletek fajazonos fehérje parenterális bevitele esetén. (Csecsemők boncolási leletei, akiket parenterálisan Bessau szerint plasmával kezeltek.) *Schallock.* (Mschr. Kh. 83. 5/6.) Toxikus csecsemőknek többszáz ccm, azonos vérsorotpbeli plasmát adtak intravenásan. 5 eset sectióra került és ezeknél a máj és epehólyagfal serosus gyulladását és fibrinoid necrosist az endo- és pericardiumban, továbbá pneumoniát találtak. Az elváltozásokat anaphylaxiás jeleknek tartja, kiváltójuk pedig a plasmában levő anyagok, mint antigének, vagy átvitelhető anaphylaxiáról van szó a véradó-plasma antitestjei révén. A jelenségek létrejötte mechanikus alapon képzelhető el: az összetett erekbe hirtelen betóduló folyadék az érfal collapsusát hozza létre, miáltal az endothel permeabilitása változik meg. (Schürmann-féle dysoria.) Ez vezet a fehérje behatolása révén az említett anaphylaxiás elváltozásokhoz. (K. 34.)

Takáts István dr.

Kísérletek a renalis törpenövés kóroktanához. *Dornuf.* (Mschr. Kh. 82. 1/2.) Van növekedésbeli visszamaradás kétoldali hydronephrosis mellett és chronikus nephritis mellett. Utóbbit állítólag a cystinanyagcsere zavara, illetve a vesében kiváló cystinkristályok is okozhatják. Ez az állítás indította szerzőt kísérleteinek elvégzésére, melyek abban állottak, hogy patkányoknak 88 napig napi 30–70 mgr Cystint adagolt. A 25. napon a kontrollokhoz képest rossz általános állapot, étvágytalanság, súlyállás, növekedésbeli visszamaradás és szőrhullás jött létre, majd súlyos nephrosis lépett fel, kéregbéli vérzésekkel. A cystinadás megszüntetésére a veseelváltozás súlyosbodott, míg a hossz- és súlybeli gyarapodás megindult, jeléül annak, hogy nem a veseelváltozás, hanem egy valószínű cystinmérgezés okozza a növekedésgátlást. Tehát az ú. n. renalis törpenövés oka nem a vesében, hanem általános mérgezésben keresendő. (K. 31.)

Takáts István dr.

A súlyos pylorospasmus konzervatív kezeléséhez. *Wahlmann.* (Kind. Pr. 7. 1940.) A »Vasano« nevű gyógyszerrel való kezelést célszerűnek tartja nemcsak könnyű és közép súlyos, hanem súlyos pylorospasmusoknál is. A hatóanyag a mandragorabázis kámforsavas sóiból tevődik össze és tartalmaz még hyoscyamint és scopolamint 4:1 arányban. A mérgezési tünetek az atropinéra hasonlítanak, ezeket azonban könnyen el lehet kerülni lobelin egyidejű adásával. Felvétel után az ismert diaetás kezelés mellett 1–2-szer $\frac{1}{3}$ Vasano-kúpot adnak és felmennek 3-szor $\frac{1}{3}$ kúpig. Ha 4–5 napig nincs javulás, naponta 6–8-szor 0.15 mgr Vasano- és 1 mgr Lobelin-keveréket adnak s. e. Erre 8–12 nap alatt elmúlik a hányás, de minden esetben a 3. hét végéig folytatják még a kezelést, míg a súlygörbe megindul. Ezzel az eljárással az utolsó 2 évben minden súlyos pylorospasmust műtét nélkül meggyógyítottak. Az esetek számát nem közli. (K. 40.)

Takáts István dr.

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Traumás halálos nyelőső-ruptura Politzer légzuhanykezelés kapcsán. *Krückenberg.* (Arch. Ohr-, usw. Heilk. 148. 1940.) A nyelőső sérülése általában két-féle lehet: 1. perforatio, amit éles vagy hegyes tárgy (idegen test), vagy valami oesophaguslaesio (fekély, daganat, strictura, diverticulum) okoz; 2. ruptura, ami ép oesophagus-falon jön létre. A spontán ruptura majdnem kivétel nélkül alkoholistáknál és sokatevőknél fordul elő hányás kapcsán: meglehetősen ritka, az irodalomban mindössze 40 eset szerepel. Szerző esetében idős asszonytál nagyothallás miatt Politzer-átfúvást végeztek, mely alkalommal vizet nyelt. A beavatkozás után mellében heves fájdalmat érzett; rövid ideig tartó megkönnyebbülés után collapsus, dyspnoe és motoros nyugtalanság lépett fel. Néhány óra múlva a jobbnyaki tájékon bőremphysema keletkezett, amely ráterjedt az egész arcra, mindkét felkarra és a mell területére. Fokozódó keringési zavarok és somnolentia után a beteg 42 óra múlva meghalt. A sectiónál kiderült, hogy a nyelőső hátsó falán 5 cm hosszú, élesszélű, hosszanti nyálkahártyarepedés volt látható, a jobb pleura-üregben pedig genyes-véres izzadmány. Az irodalomban között traumás nyelősőrupturák ezzel a esettel együtt 9-re szaporodtak, melyek közül 2 alkalommal szerepelt belső trauma, nagyobb légnyomás formájában. Szerző ezután behatóan foglalkozik a rupturák keletkezésének a mechanizmusával és több szerző teoriáját ismerteti. (A. 7.)

Török Miklós dr.

Fülszövdményekkel járó koponyaalapi törés conservatív terapiájához. *Schmidt.* (Mschr. f. Ohrenheilk. etc. 75. 3.) Szerző négy esete kapcsán hangsúlyozza a fülszövdményekkel járó koponyaalapi törések conservatív terapiájának helyességét, aminek azonban előfeltétele, hogy a beteg fülészeti ellenőrzés alatt álljon. Az operatív beavatkozás indokolt akkor, 1. ha az endocranium részéről szövdmény jelei mutatkoznak (vérzés, meningitis); 2. ha a sérült fülön genyedés lép fel és ha az idáig tiszta liquor vagy a véres fülfolyás genyessé válik; 3. ha a törés egy már genyedő fülre terjed ki. Mindezen esetekben radicalis műtét a helyénvaló. (A. 12.)

Farkashidy dr.

A piramisesúcs táján előforduló Pacchioni-féle granulatiók és azok fülészeti jelentősége. *Podesta.* (Mschr. f. Ohrenheilk. etc. 75. 3.) Szerző mikroskopos praeparatumok kapcsán behatóan foglalkozik a piramisesúcs táján előforduló Pacchioni-féle granulatiókkal és kiemeli kapcsolatukat e tájék véredényeivel és idegeivel. Felhívja a figyelmet a Pacchioni-féle granulatiók kórtani jelentőségére: e képletek a piramis légtartó sejtjeivel és e tájék sinusaival benső összeköttetésben állhatnak és mint ilyenek, a fertőzésnek közvetítői lehetnek a koponya belseje felé. (A. 13.)

Farkashidy dr.

Röntgen, electrocardiograph és egyéb orvosi felszerelés eladó. Érdeklődéseket »Röntgen« jeligére a kiadóhivatalba kérünk.

Rheumatikus izom- és ízületi bántalmak histamin-kezelésére

PEREMIN-CHINOIN

Kenőcs

Injectio

Solutio

KÖNYVISMERTETÉS

Anatomischer Atlas III. kötet. Toldt—Hochstetter. (Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien.)

Ez a 226 oldalas kötet az idegrendszer bonyolult hálózatát és központjait, valamint az érzékszervek bámulatos mechanizmusát tárja elének oly tökéletes ábrákkal, amelyek mindenkinek teljes tájékozódást nyújtanak. Természetesen csak akkor, ha ennek a csodás szerkezetnek a funkciójával tisztában van, vagy azt ez atlasz képei alapján tanulmányozza. Megbecsülhetetlen szolgálatot tesz egy ilyen tökéletes atlasz a szakembernek is, ki nehéz eseteiben eligazodást keres, vagy új eszméi, magyarázatai számára biztos tájékozódást. Olyan ez, mint a legrészletesebb térkép a turistának, ami biztosan megóvja a tévedésektől. Könnyű kezelését biztosítja a 16 oldalt (32 hasábot) tevő petitnyomású bő tárgymutató s az ábrák mellé irányvonalak mellett beírt nevek s helyenként az erek és izomzat színezése.

A fáradságot nem ismerő szerzők érdeme mellett elismeréssel kell emlékeznünk a költséget nem kimélt nagynevű kiadócégről.

Vámosy prof.

Das menschliche Knochenmark. Karl Rohr. (Georg Thieme Verlag Leipzig.) 1941. Régebben a haematologia tudománya az egyéb klinikai jelek mellett a vérkép mennyileges és minőleges eltéréseit használhatta fel csupán diagnostikája alapjául. Miután a sternumpunctio révén lehetővé vált a csontvelő élőben való vizsgálata és a benne végbemenő folyamatok követése, a csontvelőkép ismerete a diagnostika számára a vérképpel egyenrangú, sőt sok esetben még nagyobb értékű lett. Rohr könyve tulajdonképpen az első nagyobb munka, mely az egészséges csontvelő pontosabb morphológiájával és a pathológiás elváltozások képeivel részletesen megismerteti bennünket. A csontvelő anatómiája, fiziológiája is értékes fejezetei a könyvnek, de még inkább a kitűnően áttekinthető és rendkívül gondosan és mindenre kiterjedően összeállított úgy a vérképzőrendszer betegségeit, mint a vele vonatkozásba kerülő egyéb betegségek okozta csontvelőkép-eltéréseket tárgyaló rész. A 217, részben színes, részben fekete-fehér ábra nagyban emeli a könyv didaktikai értékét, míg a bőséges irodalom a könyv tudományos használhatóságát növeli. Aki haematológiával komolyabban kíván foglalkozni, akár elméleti, akár gyakorlati szempontból, az nem nélkülözheti Rohr könyvét.

Boros prof.

Klinische Sonette. H. O. Kleine. (Harmadik bővített kiadás. 69. oldal. Ára: 2.80 RM. Wellersberg-Verlag, Ballenstedt a. Harz.) 65 sonett az éjszaka csendjéből és a nappal megtakarított perceiből, amidőn felfigyelünk hivatásunk művészi, költői vonatkozásaira is.

A költő kísérő szavai szerint nemcsak orvosoknak, ápolónővéreknek és betegeknek írta ezt a gyűjteményes verskötetet, hanem az egészségeseknek is. Hadd érezzék, lássák az egészségesek, hogy nem elég annak lenni, hanem tudatosan, gondolva rá, kell örülni az igazi életörömöknek.

Kötött sonett formákban a tudás élettelenységét hirdeti, ha ez nem a szeretetnek szolgál. A másokért való odaadás ad tartalmat az énnek. A klinikák, kórházak élete, az orvosi lélek teremtő ereje, az orvosi pálya küzdelmessége, a mindennapi munkánk, apró események, gondolatok, elvonatkoztatások zenéje szép symphoniába olvad össze a »Klinische Sonette«-ben.

Henszlmann Aladár dr.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactic-acid-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

A Közkórházi Orvostársulat
április 30-i ülése.

Kubányi E.: A szövetátültetés újabb részletkérdései. Összefoglaló ismertetésének anyagát három kérdéses csoport köré sorakoztatja: szövettani metszetekkel és haemagglutinatio filmjének több változatával párhuzamot von a vércsoportok és szövetátültetésnél az isoagglutin character jelentősége között.

Szövettani alapon beszámol a bőr, a peritoneum, az emberi here, petefészek és amnionnal végzett oly irányú kísérletekről, amelyek arról számolnak be, hogy mindezen szövetfélések a) Ringer-oldatban, b) ugyanazon egyén savójában elraktározva mennyi ideig adtak magfestést. Ez alapon feleletet keres arra a kérdésre, hogy hogyan raktározzuk el átmenetileg az átültetendő szövetféléseket?

Váolja a transplantációra alkalmas hely megválasztásának fontosságát, szövettani képeket mutat be, amelyek szerint állatkísérletekben hypophysist úgy sikerült sympathicus kötegek közé ültetni, hogy az azokba benőtt sympathicus fonatok impregnációs módszerrel kimutathatók (Szentágotai). Színes filmbe mutat be thyreoidea-transplantációt, amelyen szemlélteti, hogy basedowos betegből pajzsmirigyet myxoedemas gyermek nyaki sympathicus kötegébe milyen technikával transzplantált.

Felhívja a figyelmet, hogy a szövetátültetés problémájában szerinte minél több pontosan kidolgozott részletkérdés megismerése fontos, mert csakis ezek birtokában várható ezen kérdés előbbrevitele.

Pázsit P.: Három esetben végzett amnionátültetést bőrpótlás céljából, ú. m. égés, sérülés, elhalás miatt bekövetkezett bőrhányoknál. Az egy ízben sectio caesarea után nyert, két esetben rendes szülés után sterilen felfogott amniot az előzetesen lekapart sarjadzó felületre helyezte s levegővel érintkezésben hagyva, kötés nélkül tartotta. Megfelelő védelemről gondoskodás történt: a kiszáradás ellen phys. NaCl-permettel védekezett. Az átültetett amnion egy ízben sem tapadt meg. Sikertelen eseteivel azt akarta jelezni, hogy a bőrpótlást célzó amnionátültetések használhatóságának és értékének megállapításához még számos megfigyelés, kísérlet szükséges, amihez előadó eredményes átültetési érdekes adatokat szolgáltatnak.

Plasmorobin

növényi roborans; tonicum, stomachicum.
Anaemiák ellen gyermekeknek is bevált.

RÓMAI CSÁSZÁR GYÓGYSZERTÁR, BUDAPEST, II., FŐ-UTCA 54.

Minden gyógyszerárban beszerezhető!

KATONYL DR. DEÉR

Újabb theoretikus kutatások és klinikai tapasztalatok alapján készült

GENERÁLIS ROBORÁNS

Mindennemű gyengeségi állapotban, étvágytalanságban, szegényvérűségben és sápkórban
Prompt hatás! Összetételében állandó! Székrekedést nem okoz! 1 doboz (100 tabl.) P 2.20

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 25. sz. *Gutzeit K.*: Gyomor-bélesatornaleletek megítélése és értékelése. *Reiter H.*: Beszéd a jénai F. Schiller-egyetem I. tudományos dohánnykutató intézetének megnyitására. *Bingold K.*: Vérkatalase és hydrogenperoxyd mint biológiai erők a haemoglobinnak pentydyopentire hasadásában. *Kulenkampff D.*: A bulbus jugularis lekötésének javallata és technikája genyes thrombophlebitis esetén. *Bauer V.*: cave superior thrombsisának egy esete. *Meyer W. C.*: Nicotinsav alkalmazása gyomoracitás utáni idült hasmenés ellen. *Hasché E.*: Quarzlámpák öregedéséről. *Markgraf E.*: Bakterialis izzadmányok, empyemák és olajok punctiójával kapcsolatos mellkasfali sipolyok elkerüléséről.

Wiener Klinische Wochenschrift. 24. sz. *Haslinger K.*: A vesekőgyógyítás mai állása. *Bartsch H.* és *Lewicki E.*: A szív a syphilis korai szakában. *Truttwin H.*: Telítetlen vegyületek és a rák. *Krömer K.*: Térdizületi sérülések diagnózis. — 25. sz. *Kaiser M.*: Oltási eredmények színes hadifoglyokon. *Beichl L.*: Bactifebrin hatása idegbetegekre. *Kraul L.*: A petefészekműködés csökkenésének kezelése.

VEGYES HIREK

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

Báró Korányi Sándor 75 éves. Báró Korányi Sándor ez év június 18-án betöltötte 75. életévét. 1936 óta nyugalomban, teljes szellemi erejével folytatja tudományos munkásságát. Ebben is édesapja nyomdokaiba lép, ki 80 éves korában a Markusovszky-előadások tartásával bámolatba ejtette tanártársait s a hallgatóságot. Az Orvosi Hetilap, az Orvosi Rend, a magyar nemzet s az egész tudományos világ jókívánatait tolmácsolja.

Szabadságon vannak Budapestről: *Benedek László* egyet. ny. r. tanár július 25-től szeptember 1-ig. *Boros József* egyet. ny. r. tanár július 1-től augusztus 1-ig. *Frigyesi József* egyet. ny. r. tanár július 6-31-ig és augusztus 5-15-ig. *Horányi Béla* egyet. magántanár július 1-31-ig. *Angyal Lajos* egyet. magántanár június 20-tól július 1-ig és augusztus 1-20-ig.

A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülöhelyi Bizottság f. hó 18-án mutatta be vándorkiállítását, amely most vidéki körútra indul, hogy így ország-szerte népszerűsítse a budapesti gyógyfürdőket és éghajlati üdülöhelyeket. A vándorkiállítás *Karafiáth Jenő* főpolgármester, a Bizottság elnöke üdvözölte a kormány képviselőiben megjelent *Johan Béla* államtitkárt, majd bejelentette, hogy a visszaesett területek ifjúságát intézményesen még nagy áldozatok árán is elhozzák Budapestre és megismertetik vele a magyar főváros páratlan szépségeit. Mindent megtesznek továbbra is a főváros vendégforgalmának fejlesztése érdekében. *Gaál András*, a Gyógybizottság igazgatója közölte ezután, hogy a fürdőügyi vándorkiállítás Kolozsvaron és Nagyváradon kezdi meg vidéki körútját. Tíz nagy táblán elhelyezett szebbnél-szebb fényképekkel, rajzokkal, grafikus ábrákkal, statisztikai adatokkal tükrözteti vissza ez a szemléltető tanulságos és rendkívül érdekes kiállítás Budapest kétezer éves fürdőügyi történetét, a főváros 115 hó-

forrásának természetét és gyógyhatását, a világ legnagyobb fürdővárosában élvezhető kultúréletet, szórakozásokat és érdekességeket, végül a Gyógybizottság, valamint a Rheuma- és Fürdőkutató Intézet különböző osztályainak feladatkörét és működését.

A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület az 1941. év május havában sebészeti esetekben 1365 alkalommal, belső bajok esetén 789 alkalommal (ezek közül gázmérgezés 19, egyéb mérgezés 126 volt), egyéb bajok esetén 609 alkalommal (ezek közül szülés 78, elvetélés 30 volt) nyújtott segélyt. Betegszállítást 2323 esetben végzett.

Vármegyék és Városok Országos Mentőegyesülete mentőügyi országos értekezletét f. hó 28-án délután 4 órai kezdettel tartja meg a Bakay-klinika tantermében *Bakay Lajos* egyetemi ny. r. tanár elnökletével. Targysorozat: I. Szemsérülések. Előadók: *Csapody István*, *Kovács János*. Hozzászólók: *Kretz Tibor*, *Péter László*, *Baja József*. II. Végtag- és medencesérülések. Előadók: *Simon Lajos*, *Kovács János*. Hozzászólók: *Szabó Imre*, *Tirczka Kolos*, *Sereghy Emil*, *Bolyos Mihály*, *Bajmocz István*, *Balta Béla*, *Szemnik László*.

A rector és orvoskari dékán- és jegyzőválasztások értelmében az 1941/42. tanévre a budapesti Tudományegyetemen rectorra: *Schütz Antal* (hittudomány), kari dékánná: *Orsós Ferenc*, kari jegyzővé: *Kiss Ferenc*; a kolozsvári Tudományegyetemen rectorra: *Szentpétery Zsigmond*, kari dékánná: *v. Berde Károly*, kari jegyzővé: *Lőrincz Ferenc*; a pécsi Tudományegyetemen rectorra: *Vargha Domján* (jogikari), kari dékánná: *Melczér Miklós*, kari jegyzővé: *Gorka Sándor*; a debreceni Tudományegyetemen rectorra: *Kállay Kálmán* (hittudomány), kari dékánná: *Jeney Endre*, kari jegyzővé: *Kovács Ferenc*; a szegedi Tudományegyetemen rectorra: *Kogutovics Károly* (bölcseztudomány), kari dékánná: *Baló József*, kari jegyzővé: *Gelért Albert* professorokat választották.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen június 21-én: *Cseley Márton*, dr. *Czimor Győző*, *Jenőné Bécsi Margit*, *Dufek Rudolf*, *Engel László*, *Erdélyi Pál*, *Gedeon*, *Fazekas Lajos*, *Tibor*, *Fiantók László*, *István*, *Imre*, *Gergely*, *Jákli János*, *Lükő Géza*, *Dezső Sándor*, *Merka Andor*, *Rozsalfy János*, *Antal*, *Sándor Lajos*, *István*, *Sármási Jenő*, *Zahler Ferenc*, *Farkas Ferenc*, *Molnár Endre*. Üdvözljük az új Kartársakat!

Expectin
cseppek

EXPECTORANS
Diachemia

Erjedésszerű dyspepsiák gyógyítására évtizedek óta alkalmazza az orvosi kar a Krompecher-gyár kiválóan bevált és a csecsemőgyógyászatban ma már nélkülözhetetlen *Caphosein* elnevezésű, dús calcium- és phosphortartalmú tejfehérje készítményét. A *Caphosein* mindazon követelményeknek megfelel, amelyet az orvostudomány a tejfehérje készítményekkel szemben támaszt. Nagy előnye, hogy szagtalan, kolloidálisan jól oldódik, kellemes zsemlyeízű és a tej összes fehérjeit (caseint, lactalbumint és lactoglobulint), tehát mindazon fehérjéket tartalmazza, amelyek a szervezetnek nélkülözhetetlen építőanyagokat szolgáltatnak. Javallt mindazon esetekben, ahol a bélben fokozott erjedést kell meggátolni.

Lapunk mai számához a Magyar Pharma Gyógyszerárú R. T. készítményeiről szóló prospektust mellékelünk.



DR. GUHR-SZANATÓRIUM
TÁTRASZÉPLAKON

Magaslati gyógy- és
üdülöhely 1010 m.

Basedow- és belbetegeknek. (Tbc. kivételével)

Diéta — Vízgyógy — Vezérképviselő, vízum stb. Budapest, V., Dorottya-utca 7.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Steril csontnekrosisok.

Az ú. n. steril csontnekrosisok között úgy gyakorisági, mint elkülönítő kórjelzési szempontból a *Perthes—Cavé—Legg-féle osteochondritis coxae juvenilis*-nek van legnagyobb jelentősége. Ez a megbetegedés legtöbbször 4—14 év közötti, fiúkon figyelhető meg. Többszörre feloldali. A figyelmes szülőnek feltűnik, hogy gyereke húzza a lábát, vagy pedig »kacsázik«. Eleinte az abductio bizonyos mértékig korlátolt volta keltheti fel a figyelmet, rendszerint azonban már előrehaladottabb állapotban kerülnek a gyerekek szemünk elé; a kacsázva járó gyermekén ki- és felfelé került tomport tapintunk, ennek megfelelően rövidebb a végtag, a *Trendelenburg-féle* tünet legtöbbször kifejezetten pozitív, a quadriceps-izomzat sorvad; igen feltűnő, hogy a röntgennel talált súlyos fejdectio ellenére a gyermek nem panaszkodik nagyobb fájdalomról; láz a legtöbb esetben nincsen, a véresejsüllyedés normalis, *Pirquet* negatív szokott lenni.

A betegség kezdetén, esetleg hónapokon keresztül is, röntgennel semmit sem látunk. Később azonban jellegzetes tünetek támadnak: a fejecs teljesen ép ízületi felszíne alatt különböző nagyságú, elmosódott szélű, helyenkint tömöttebb szegéllyel övezett csontfelritkulások jelentkeznek; ilyenek nemsokára a nyakon és az epiphysisporcban is észlelhetők úgy, hogy súlyosabb esetben lehetlenné válik a porc vonal felismerése; a fejecs a test súlyának hatása alatt helyenként bemélyedve lassan összeroppan és legtöbbször jellegzetesen kiszélesedve ellaposodik; a kiszélesedett fejecs másodlagosan megnyújtja, elsekélyesíti az izvápát is; ugyanekkor a combnyak egészen megrövidülhet és a coxa varához hasonlóan elhajolhat; gümőkóros ízületi gyulladáshoz sokszor rendkívül hasonló elváltozásokat látunk a képen, ilyenkor azonban gondoljunk mindig arra, hogy a porc épsége miatt az ízületi rés normalis tágasságú, sőt esetleg még tágultabb is lehet; ízületi tbc-ben az ízületi rés a tok zsugorodása folytán rendszerint szűkebb; tág ízületi rés már nagyfokú destructio jele, ép izülszínnek mellett pedig a szalagkészüléknek kellett elpusztulni; ilyenkor egyéb, a gümőkórra jellegzetes, súlyos klinikai tünetek alapján rendszerint nem nehéz az ízületi gümőkór kórismézése.

Az elváltozás kórokára vonatkozólag semmi bizonyosat sem tudunk; vannak akik rejtett, fel nem ismert veleszületett subluxatio következményes elváltozásaként fogják fel, mások a növekedő epiphysisre ható mindennapos traumában keresik az okot, *Axhausen* és iskolája mykotikus emboliát feltételez, egyes szerzők pedig endokrin befolyással kísérelték megmagyarázni a *Perthes-f.* betegség keletkezését; végül még meg kell említenünk, hogy nem teljesen tisztázott még, hogy nem-e mégis valamiféle enyhe lefolyású bakteriális fertőzés eredménye a combfejben és izvápában lezajló folyamat. A kezelésben individualisálva kell eljárni, ha nagyon erős az adductió beállítottaság, úgy narkosisban történő izomellazítás után néhány hétre abductió — extensió kötésbe helyezhetjük

a végtagot; ha feltűnően súlyos destructio miatt szükség volna tehermentesítő kötésre, vagy szintokkészülékre, úgy semmi esetre se hordassuk azt sokáig egyfolytában a beteggel, mert csak nehezen eltűnő, vagy maradandó izomsorvadás lehet a következménye; a beteg roborálására mindig különös gondot kell fordítanunk (bőséges vitamindús étrend, lég-, és napfürdők); a beteg izületet hő-lég, diathermiás, rövidhullámú kezelésben részesítjük, esetleges izomsorvadást meleg fürdővel massage-al, hőléggel, tonisátorral igyekszünk eltüntetni; a kórjósolat általában nagyon jó; még a röntgenképen nagy destructiót mutató esetekben is legtöbbször csak enyhe bicegés jelzi később a csipőizületben átlagban 4—5 évig tartott és már lezajlott csontelhalást.

Az előbb tárgyalt betegséghez hasonlóan ugyancsak fiúkon észlelhető leggyakrabban az *os naviculare pedis* ossificatiós idejében, szóval az 5—8. év között, általában *Köhler I*-nek nevezett elváltozása. A gyerekek járás közben, de néha még éjjel is jelentkező fájdalomról panaszkodnak, húzzák a lábukat és inkább a külső lábszélét terhelik meg. A sajkacsont tájéka kissé vizenyős, nyomásra fájdalmas; ha már hosszabb ideje tart a baj, úgy sorvadhat az egész végtag izomzata; röntgennel eleinte kisebbnek tűnik fel a sajkacsont, később a csontstruktúrában éles vagy elmosódott határu foltos tömörülések támadnak; a betegség tetőfokán, oldalfelvétele a szomszédos csontoknál jóval intenzívebb árnyékot adó, jellegzetesen laposra nyomottnak látszik a sajkacsont; a legrosszabb esetben is azonban 2—3 év alatt teljesen ép sajkacsontot épít fel a szervezet.

A betegség *aetiologiája* teljesen homályos. A kezelés abból áll, hogy erősebb fájdalmak, duzzanat esetén néhány napra pára- vagy antiphlogistines-kötésbe helyezve két héttig pihentetjük a lábát; utána jódsós fürdő, hő-lég-, rövidhullámkezelés ajánlatos; célszerű — különösen a téli hónapokban — hosszabb időn keresztül csukamájolajat szedtetni a beteggel.

Köhler II. névvel szokás jelezni a *második* lábközépcsont fejecésének leggyakrabban a 13—20. év között előforduló steril nekrosisát; az előbb leírtakkal ellentétben inkább nőknél figyelhetjük meg; ritkán a harmadik metatarsus fejecésén is észlelhető. E bajban szenvedők járás közben fokozódó bizonytalan láb fájdalomról panaszkodnak; tapintáskor legtöbbször elég pontosan jelzik a fájdalom punctum maximumát a 2. lábközépcsont feje felett; ez a terület különben majdnem mindig duzzadtabb; biztos kórjelzést csak röntgenfelvétellel kapunk; *Köhler* szerint, ha nem is egyidejűleg, de úgyszólván minden esetben a következő hét cardinális tünet jellegzi ezt az elváltozást a röntgenfelvételen: 1. az ujj alappercének basisa elváltozott; 2. az ízületi rés jelentékenyen tágult és 3. egyenetlen lefutású; 4. a *lábközépcsont fejecse ellapult*; 5. mésztetecsköket látni az ízületi tokban; 6. a metatarsus megrövidült és 7. distalis fele megvastagodott, nyaka pedig megrövidült. A gümőkórral szembeni elkülönítésnél gondoljunk arra, hogy az a lábközépcsont fejecésében igen ritkán fordul elő; ettől eltekintve, nem engedi meg a gümőkór felvéte-

lét a mindig hiányzó atrophia és a fejecsnek ép iz felszínek melletti felette jellemző ellaposodása.

Az *aetiologia* itt is teljesen homályos. Van, aki tisztán statikai momentumokban keres okot, van, aki ér-ellátási rendellenességet feltételez, ismét mások mykotikus emboliát, késői rachitist, neuritist, stb. említenek kiváltó okul.

A *kórjósolat* feltétlenül jónak mondható; a beteg épúgy conservative kezelendő, mint a sajkaesont előbb leírt elváltozása esetén, de ha klinikailag be is következik a teljes gyógyulás, röntgennel a fejecs maradandó eltorzulását bármikor meg lehet ismerni; abban az esetben, ha következményes törés is észrevehető, szóba jöhet a lábközépcsont ügyis lassú elhalásra ítélt fejecsének műtéti eltávolítása.

Az aseptikus csontnekrosisok közül legritkábban a *Kienböck*-féle lunatomalacia kerül észlelésre; jelentkezése későbbi az előbbieknél; leggyakrabban a 17–27. év között keletkezik ugyanolyan arányban férfiakon, mint nőkn; az *aetiologiát* illetőleg bizonyos, bár távolról sem biztos támpontot jelenthet az, hogy a jobbkezen gyakrabban fordul elő, mint a balon; akik kórokol a traumát vagy foglalkozási ártalmat igyekeznek beállítani, ezt a körülményt használják fel legerősebb bizonyítékul; a szerzők nagy száma tényleg az os lunatum észre- vagy észre nem vett törésére vezeti vissza a csont későbbi elhalását; *Kienböck* eredetileg úgy magyarázta a lunatomalaciát, hogy valamely trauma folytán elszakadnak az os lunatum körüli szalagok, edények, ennek következménye a csont ellágyulása és csak másodlagosan következik be azután a nem teljesen ép csont eltörése.

A betegek a csuklóizület fájdalmassága, korlátozott mozgathatása miatt keresik fel az orvost; pontosabb vizsgálatkor legtöbbször elég körülírtan a kéztő háti oldalán az os lunatumnak megfelelő spontán, főképpen azonban nyomási fájdalomról panaszkodnak; az izület mozgása active és passive is fájdalmas; ha régen állanak fenn a panaszok, úgy kifejezett izomsorvadás is észlelhető.

Röntgenvizsgálattal a betegség kezdeti szakában csupán a csontszerkezetnek kistokú tömörülését látjuk; később a mészcsók felszívódása és a megmaradt csontgerendák kiszélesedése folytán foltos, másutt vonalas ritkulások tömörülésekkel váltakoznak jelül a csont szétesésének: rövidebb-hosszabb idő múlva a csont összeroppan és jellegzetesen hosszirányban összelapítottnak látszik;

A *Kienböck*-féle lunatomalacia az egyedüli aseptikus csontnekrosis, ahol komolyan számbajöhet a véres beavatkozás, illetve az elhalt csont eltávolítása; egészen friss esetekben mindig conservative járunk el (sínezés, párákötés, hőlég, rövidhullámkezelés, később bázna vagy darkauai jódsós kézfürdők és a környezet enyhe massage-a); ha a panaszok nem szűnnek, sőt esetleg fokozódnak és hozzá arthritises elváltozások is járulnak, műtétet ajánlunk; az os lunatumot dorsalis metszéstől távolítjuk el, ügyelve arra, hogy a triquetrum helyén maradjon; a keletkezett üreget transzplantált zsírral tölthetjük ki; tudnunk kell azonban, hogy jól sikerült, gyorsan gyógyult műtéti beavatkozás után is — bármilyen gondos utókezelésben részesítjük is a beteget — a csuklóizület bizonyos fokú korlátozott mozgathatósága maradhat vissza; azért a kéz funkcióját illető kórjósollal legyünk mindig óvatosak.

Legrégbben (1903) ismerjük az ebbe a csoportba tartozó megbetegedések között a tibia apophysiseinek

Schlatter és tőle függetlenül *Osgood* által leírt elváltozását.

A betegség az előbbiekhöz hasonlóan a 9–17. év között mindkét nembelin egyforma arányban a térdizület feszítő oldala alatti tájék legtöbbször lépcsőjárás vagy térdepeléskor jelentkező fájdalommassággal kezdődik; már az első vizsgálatkor is feltűnő lehet a tuberositas tibiae tájékának körülírt kistokú elődomborodása és az e feletti bőrreszlet téstás tapintata; régen fennálló panaszok esetén sorvadtabb lehet a végtag egész izomzata; a röntgenkép értelmezésével óvatosaknak kell lennünk, mert nem ritkán a tuberositas tibiae különböző fejlődési fokozatait nézik *Schlatter*-féle elváltozásnak; a körjelzés kritériuma, hogy az epiphysis csőrszerű nyujtványában kerek vagy vonalszerű egynemű, de éles, tömött csontszegéllyel körülvev felritkulásokat lássunk; nagyobb kiterjedésű elváltozás esetén felrostozódhat az egész epiphysis nyujtvány, a változó mészhiány és tömörülés pedig foltos jellegű kölcsönöz neki; a gyakorlatlan összetévesztheti ezt a képet periostalis felrakódással; ettől a tévedéstől azonban biztosan mentesek leszünk akkor, ha nem felejtjük el, hogy az inak tapadási helyén hiányzik a csontthártya, így tehát a periostalis felrakódás szóba sem kerülhet.

Schlatter maga csak a kétségkívül traumás eredetű elváltozásokat tekintette az általa leírt körképpel azonosnak; idők folyamán azonban kitűnt, hogy a legkülönbözőbb eredetű, legtöbbször teljesen homályos okú elváltozások azonos, illetőleg egymástól el nem különíthető klinikai, illetőleg röntgenologiai képet adják. Ez a magyarázata, hogy a nézetek erősen megoszlanak a kiváltó, illetve betegséget fenntartó okot illetőleg. Sokan a comb feszítőizma túleröltetésével magyarázzák létrejöttét, mások endokrin zavarnak tulajdonítják keletkezését, ismét mások constitutiós gyengeségi állapotból folyó csonttörékenységnak, illetve csontleválásnak tartják.

Általános roboráláson kívül óvjuk meg külsőszaki behatásoktól a végtagot azzal, hogy a futást, ugrálást eltiltjuk. Ha nagyobb duzzanat, bőrpír volna, úgy kétszer naponta váltott alkoholos párákötést tétetünk fel, éjszakára pedig 2–3 héten át sínbe helyezzük a végtagot; nagyon jó hatással van a sollux, diathermia és főképpen a rövidhullám kezelés. — Bár voltak szószólói a *Schlatter*-féle megbetegedés műtéti gyógyításának is, ez a felfogás nem talált elismerésre és bizvást mondhatjuk, hogy megfelelő conservatív rendszabályokra két-három hónap alatt mindegyik eset megnyugszik, illetve meggyógyul.

Marx József dr.
klinikai tanársegéd.

Csontvelőpunctio.

Ismeretes, hogy a keringő vér sejtes elemeinek túlnyomó része a csontvelőből származik. A vér morphologiai összetétele két összetevő eredője, mely összetevők egyike a csontvelő vérbépző működése, a másik a vér alakelemeinek életani körülmények között is állandó pusztulása. Ennek a két összetevőnek egyensúlya biztosítja a vér normalis képét és ezen egyensúly megbomlása nyilvánul meg a kóros vérbépzésben. Mindezekből nyilvánvaló, hogy ha a vérbetegségek kórlefolyásáról tisztább képet óhajtunk nyerni, szükségünk van a csontvelő működésének ismeretére.

Vizsgálati célra csontvelőt legcélszerűbben a mellésontból nyerhetünk, még pedig punctiós úton. A mellésont punctio céljára különösen alkalmas, mert 1. könnyen hozzáférhető; 2. zsírvelőtartalma rendszerint csekély, activ velőállománya tetemes; 3. körülírt csontvelőelváltozások (pl. daganatok) előszeretettel a mellésontban jelentkeznek. A *sternumpunctio* egyszerű, veszélytelen és nagyjában fájdalomtalan beavatkozás. Kiviteléhez különböző speciális eszközök készülnek, de ezeknek hiányában elvégezhetjük a szűresapolást erős, középvastag kanüllel is. A bőr és csonthártya érzéstelenítése után a tűt körülbelül a III. borda magasságában a lágyrészeken át a mellésont felszínéig toljuk előre, majd erőteljes rövid lökéssel átszúrjuk a compactaréteget és a velőürbe jutunk; tájékoztatásul megjegyezzük, hogy a csontfelszíntől a velőürig mintegy öt millimétert kell előrehaladnunk. A mandrin eltávolítása után a tűvégre jölzáró fecskendővel illesztünk s ezt addig szívjuk, míg a fecskendőben velőrészek nem jelennek meg. Vér hozzákeverődését ugyan aligha kerülhetjük el, mégis óvakodjunk a túlságosan erős szívástól, mivel ezzel olyan mértékű hozzákeveredést okozhatunk, amely a csontvelőkép értékelhetőségét nagymértékben befolyásolja. Ugyanez okból elégedjünk meg minimális mennyiségű velő leszívásával. Ha a szívás ellenére a fecskendőben nem jelenik meg a vörhenyesszínű velő, akkor fecskendezzünk át a tűn 1—2 ccm élettani konyhasóoldatot és utána azonnal ismételjük meg a szívást, amely ilyenkor már eredményes lesz. Mint már említettük, a beavatkozás lényeges fájdalommal nem jár: a beteg rendszerint csak a megszívás pillanatában jelez némi érzékenységet. Természetes, hogy a sterilitás szempontjaira figyelemmel kell lennünk.

A nyert vizsgálati anyagot tárgylemezre kenjük és a vérvéképzítéskor szokásos módon panchromatikusan megfestjük. Egyesek a szövettani feldolgozást — alvadás után beágyazás és metszetkészítés — előnyben részesítik, de tapasztalataink szerint gyakorlati célokra az egyszerűbb kikenési eljárás kielégítő.

Tekintettel arra, hogy a csontvelőben élettani körülmények között is számos olyan sejt található mely a keringő vérben csak kóros viszonyok között és esetleg akkor is csak csekély számban jelenik meg, a csontvelőkép, a *myelogramm* értékelése különleges szakismeretet igényel. Gyakorlati célokra történő velővizsgálat esetén a különben is fáradságos és időrabló sejtszámolást mellőzhetjük, egyrészt, mivel az ebből nyerhető adatok a hozzákeveredett vér miatt amúgy is csak fenntartással értékelhetők, de elsősorban azért, mivel a csontvelő általános képe, az egyes sejtfeleségek egymásközötti arányáról történő tájékozódás és a csontvelőben élettani körülmények között elő nem forduló alakok felismerése rendszerint elegendőnek bizonyul ahhoz, amiért a punctiót végeztük: a kórisme megerősítéséhez.

Élettani körülmények között a vérvéképző csontvelőben talált sejtfeleségek kisebb része a vörös, nagyobb része a fehér vérsejtek csoportjához tartozik; e két csoport sejtjeinek mennyiségi aránya kb. 1:3. A vörös vérsejtelek túlnyomó része normoblast, tehát a normalis keringésben található normocytáknak egyébként megfelelő magvas alak; jóval kisebb a normoblastoknál korábbi alakok száma, melyeket nagyobb polychromasiás plasmájuk és fiatal magszerkezetük jellemez. A fehér vérsejtek túlnyomó része szemcsézett, nagyrészt fiatal

és pálcikamaggal, de számos a teljesen érett lebeny-zetmagú sejt is. Böven találunk myelocytákat is, míg myeloblastok egészséges csontvelőben gyéren fordulnak elő. A vérelemekképet képző megakaryocytáknak száma csekély. Ugyancsak kevés a lymphocyta is, ezeknek jórésze is hihetőleg a hozzákeveredett vérből származik.

Kóros körülmények között a myelogrammban olyan változásokat észlelhetünk, amelyek meglehetősen jellemzőek az illető — nem is mindig haematologiai — betegségre. A részletek mellőzésével és anélkül, hogy teljességre törekednénk, alábbiakban ismertetünk néhány betegséget, melyekben a csontvelőkép az illető betegségre többé-kevésbé kórjelző. Kiemeljük, hogy a kóros csontvelőkép értékeléséhez elengedhetetlenül szükséges a normalis csontvelőkép alapos ismerete.

Az erythroetikus rendszer kóros állapotai (erythropathiák) közül *anaemia perniciosa* eseteiben találunk jellemző csontvelőképet, mely alig téveszthető össze egyéb betegségek okozta csontvelőelváltozással. Elsősorban a vörös elemek túlsúlya tűnik fel, melyek között nagyszámban találunk korai magvas elemeket, köztük nagytestű, többnyire polychromasiás, igen fiatal alakokat (makroblastok, megaloblastok). Ezzel szemben a normalis csontvelőben uralkodó normoblastok száma megfogyott, ugyancsak a megakaryocytáké is. Feltűnő a fehér vérsejtek korai, nagy alakjainak megjelenése. Májkezelés folyamán a myelogramm fokozatos javulását láthatjuk: a korai vörös sejtek csökkenését, a normoblastok túlsúlyra jutását, a nagy myeloblastok eltűnését. Egyéb vérszegénységi formákban is értékelhető adatokat nyújt a csontvelővizsgálat; ezek közül érdemesnek tartjuk a *rákos anaemiát* megemlíteni, ahol a csontvelőben burjánzó daganatsejtek nem egyszer fellelhetők a csontvelőkenetben és eldöntik a sokszor bizonytalan kórismét.

A thromboplastikus rendszer megbetegedései (thrombopathiák) között különösen a *thrombopeniák* különböző formái azok, melyeknek elkülönítésében nem egyszer nélkülözhetetlen a csontvelővizsgálat. Érvényes ez elsősorban az *essentiális thrombopenia* (Werlhof-kór) és a *malignus thrombopenia* (aleukia haemorrhagica) korai alakjainak differenciálására. Míg a kedvező kórjóslatú essentiális thrombopenia eseteiben a csontvelő megakaryocytáinak száma a várakozás ellenére megszorodott, addig a letális prognózisú aleukia korai alakjaiban a csontvelő úgyszólván teljesen nélkülözi az óriássejteket.

Különösen értékes adatokat szolgáltat a csontvelővizsgálat a leukopoetikus rendszer betegségeinek (leukopathiák) azon eseteire, melyekben a fehér vérsejtszám keringésbeli megszorodása nem jellegzetes és a vérben csupán csekélyszámú kóros alak jelzi a leukopoesis zavarát (*aleukaemia*). Ilyenkor a csontvelőpunctio igazolhatja, hogy valódi fehérvérűséggel állunk szemben: lymphoid aleukaemia esetén túlnyomóan lymphoid elemeket találunk a csontvelőben, míg myeloid aleukaemiában a leukaemiára jellemző velőelváltozást — a fehérvérsejtelek nagymérvű túlsúlyát, köztük nagyszámú myeloblastot. Az u. n. *myeloid* vagy leukaemoid *reactio* azon eseteiben, mikor a vérben nagyszámú leukocyta jelenik meg, kórismédöntő lehet a myelogramm, amely ez esetekben — szemben a leukaemia fentismertetett képével — alig vagy egyáltalán nem tér el a normalistól. Ugyanez érvényes az u. n. *lymphoid reactiókra* is. Egy esetünkben kétértelmű

klinikai és vérkép mellett a myelogrammban talált myeloid elemek túlsúlya valószínűsítette a *lympho-granulomatosis* kórisméjét a feltételezett lymphoid aleukaemiával szemben, melyre — mint említettük — a lymphoid elemek túlsúlya jellemző. *Agranulocytosis* enyhébb eseteiben a korai, fiatal leukocytalalakok szaporodnak meg a csontvelőben, míg az érett alakok fogynak, sőt eltűnnek, súlyos esetekben pedig a myelogen fehérvérsejtelek teljesen hiányozhatnak. *Panmyelophthisisben* mindhárom vérképzőrendszer pusztul, eleinte sejtszegény, később zsíros-rostos csontvelőt találunk. *Myelomára* a plasmasejtek csontvelőbeli lényeges megsaporodása jellemző, míg a ritka *Gaucher-féle splenomegalia* kórisméjét a csontvelőben talált u. n. Gaucher-sejtek (nagytestű, jellegzetes reticuloendothel eredetű sejtek) eldöntik.

Mindezek bizonyítják, hogy a mellcsontpunctio, egyszerű kivihetősége mellett, sok esetben igen értékes adatokat szolgáltat különösen a vér ill. vérképző szervek betegségeinek kórismézéséhez s ezért indokolt, hogy az orvosi gyakorlat során előforduló kétes esetekben igénybe is vegyük. Hangsúlyozzuk azonban, hogy a csontvelőkép értékelése és a következtetések levonása szakember különleges hozzáértését igényeli.

Detre László dr.
OTBA főorvos.

A peritonsillitist utánzó kórképek

Bizonyos megbetegedések olyan hasonlatosságot mutathatnak a mandula körül lejátszódó gyulladással (peritonsillaris tályog, phlegmone, röviden p. t.), hogy a gyakorlott szakembert is megteveszthetik. A pontos kórismének pedig igen nagy a jelentősége, mert összetévesztés esetén a p. t. alkalmával szükségessé váló beavatkozások (incisio, abscessstonsillektomia, stb.) veszedelmes, sőt halálos szövődmények kifejlődésére vezethetnek. E tévedésekre alkalmas kórformák ismerete annál fontosabb, mert az igen gyakori p. t. feltárását a gyakorlóorvos is végzi olyan vidéken, ahol szakorvos nem áll rendelkezésre.

Az elkülönítő kórisme szempontjából a következő megbetegedések jöhetnek tekintetbe:

1. *A detritus pangása.* A mandula felső öblében felhalmozódó bomló anyagokat a nyelési aktus leggyakrabban jól kipréseli. Ha azonban az öböl igen mély és a garatív szorosan ráfekszik a tonsillára, a kiürülés megnehezül, esetleg lehetetlenné válik. Ilyenkor a bomló anyagok a környezet gyulladását okozhatják. Nyelési fájdalmak jelentkeznek, az áll alatti nyirokcsomók megduzzadnak és a kórkép megtévesztően hasonlíthat a p. t.-hoz. A mellső garatívet visszatolva, a mandulára oldal felől gyakorolt nyomással könnyen kipréselhetjük a nagymennyiségű bűzös detritust, ami után a tünetek igen gyorsan visszafejlődnek. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezek a tünetek a váladék újabb felhalmozódásával rövidesen ismét megjelenhetnek.

2. *A diphtheria* ú. n. malignus formája a garatképletek nagyfokú vizenyőjét okozhatja és különösen féloldali előfordulás esetén adhat összetévesztésre alkalmat. A nyelési fájdalmak általában nem oly nagyfokúak ilyenkor, mint p. t. esetén, a nyirokcsomók rendszerint duzzadtabbak, de nem olyan érzékenyek, a nyak bőre gyakran vizenyős. A szív és

keringési szervek részéről már kezdetben is kifejezett elváltozások lehetnek. A bakteriológiai vizsgálat minden gyanús esetben sürgősen elvégzendő, mert éppen az ilyen toxikus esetekben igen fontos, hogy a beteg haladéktalanul megfelelő kezelésben részesüljön.

3. *Scarlatina* megtévesztően utánozhatja a p. t. phlegmonosus alakját. A nyálkahártya általában élénkpiros, a pír és infiltratio sokkal kiterjedtebb, mint p. t. esetében. A jellemző nyelvvelváltozás, de még inkább a testfelület vizsgálata (exanthema) fogja a kórismét eldönteni. Megjegyzendő, hogy sc. folyamán valódi genyes p. t. is előfordulhat.

4. *Angina agranulocytotica.* Hirtelen kezdődik rázóhideggel, erős, rendszerint féloldali torokfájással, fájdalmas és kifejezett nyirokcsomó duzzanattal. A tonsilla felületén lepedék látható, környéke is duzzadt és belövelt. Bemetszésre geny nem, legfeljebb kevés zavaros savó ürül. A beteg általános állapota igen rossz és szemmel láthatóan romlik. Az incisio nyilásból bűzös elhalt szövetcsafatok ürülnek, a tonsillán is gyorsan a mélybe terjedő fekély keletkezik. A vérkép vizsgálata gyorsan felderíti a tévedést, különösen, ha megismételjük.

5. *Lues,* különösen annak első stadiuma, a tonsillán jelentkező primaer sklerosis adhat összetévesztésre alkalmat. Meglehetősen ritka kórkép. Igen tanulságos idevonatkozó esetet észleltem legutóbb a magángyakorlatomban: A 34 éves férfi néhány nap óta fennálló, erős jobb oldali torokfájással keresett fel. Elmondta, hogy ismételt volt a multban p. t.-ja, melyeket felnyitottak. A jobb tonsilla és környéke erősen belövelt, előboltosult, a tonsilla felülete lepedékes. A garatíven az előzetesen végzett bemetszések hegei láthatók. Submandibularisan *fájdalmas* nyirokcsomók tapinthatók. Temperatura: 37.5 C°. Bemetszéskor feltűnően tömött, kemény szövetbe jutunk be a szikével, figyelembe kellett venni azonban az előzetesen lezajlott folyamatok után kifejlődött hegeket. Geny nem ürült. Az észlelés folyamán a tonsilla felületén a lepedék sajátságosan szalonnássá vált, mikoris a gyanú luesre terelődött. Wa.: ++++. Antilueses kezelésre a tünetek igen gyorsan visszafejlődtek.

6. *Daganatok.* Különösen a sarkomák utánozhatják a p. t.-t, de összetévesztésre mégis ritkán kerül sor, mert a daganat által okozott tünetek lassabban fejlődnek ki, a nyelési fájdalmak nem oly erősek, a belöveltség és általában a gyulladással járó részlet hiányoznak, láz legtöbbször nincs. Dunnyogó beszéd és áll alatti nyirokcsomó duzzanat rendszerint fennáll. A két folyamat összetévesztése esetén végzett bemetszés életveszélyes vérzést okozhat.

7. *Az art. carotis interna valódi, vagy álaneurysmája.* Ezekben a szerencsére ritka esetekben az összetévesztés végzetes lehet, mert a tályognak vélt elváltozás feltárása pillanatok alatt elvérzést okozhat. Aneurysmák a tonsilla és peritonsillaris tájék erős előboltosulását idézhetik elő. Fájdalom, lobos tünetek, láz hiányoznak, de a folyamathoz esetleg hozzácsatlakozó heveny gyulladás veszedelmes összetévesztésre adhat alkalmat. Igen fontos elkülönítő tünet a *pulsatio*, mely már megtekintés alkalmával, de még inkább tapintáskor feltűnik. Bizonyos ritka esetekben a pulsatio hiányozhatik is, ilyenkor, ha kétség merül fel, vékony, finom tűvel punctio végezhető.

Zoltán István dr.
v. egyet. tanársegéd.



ORVOSTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

Megjelenik minden hónap második és utolsó szombatján.

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

Felölős szerkesztő és kiadó: VÁMOSSY ZOLTÁN, VIII., Üllői-út 26. sz.

Segédszerkesztő: FRITZ ERNŐ

A Tisza István Tud. Egyet. Szülő- és Nőbetegklinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

A szüléssel kapcsolatos ritka medencefenéksérülések.

Írta: Kovács Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár.

A súlyos szülési gátsérülések — így elsősorban a centralis gátrepedések — okát *Bigelow*, *Karlin* és *Stöckel* a túl magas gátban, *Münster* és *Mandelstamm* a medence csekélyebb dőlésében. *Stadtfeld* és *Mathei* a gát, *Fergusson* és *Siedentopf* a vulva rigid, szűk, illetve előző gátrepedések folytán heges voltában keresi. *Flesh* a telt hólyagot okolja, amely a fejét hátra nyomja; *Blücher* a rosszul ellátott előző hüvelyrepedésekben, *Sachs* a hüvely rendellenesen erős előregöbbségében és a fej hirtelen leszállásában, *Löfquist* a fej túlgyors előrenyomulásában véli a centralis gátrepedések létrejöttének kellő magyarázatát megtalálni. Kétségtelen azonban, hogy ha adott esetekben ezen sokféle körülmény valamelyike vagy akár több is azok közül tényleg szerepel is, azok kielégítő magyarázatot e sérülések létrejöttére nem adnak. Ezen körülmények közül egy vagy több ugyanis olyan gyakran fordul elő, hogy ha azoknak valóban fontos oki szerepe volna a centralis gátrepedés létrejöttében, úgy annak sokkal gyakrabban kellene előfordulnia. A valóságban azonban az ilyen sérülések elég ritkák. Így klinikánkon az utolsó 10 év alatt 16.000 szülés közül mindössze 4-szer fordult elő centralis, 1-szer pedig az alább ismertetett paracentralis gátrepedés (ezek közül 3-at kívülről szállítottak be a repedéssel, 2 a klinikán jött létre). *Siedentopf* közlése szerint a lipcei női klinkák anyagán 1918—1934 évek alatt kilenceszer fordult az elő. *Schallehn*-nek 1934-ben bemutatott esete a 204-ik irodalmilag publikált centralis gátrepedés lett volna. Nyilvánvaló tehát, hogy az említett tényezőkön kívül ezen sérüléseknél valamely komolyabb egyéni és helyi (különlegesen a medencefenék szerkezetére vonatkozó) hajlamosságnak kell a legfontosabb oki szerepet juttatni. Az alábbiakban ezt a test-táji hajlamosságot szeretném közelebbről megvilágítani.

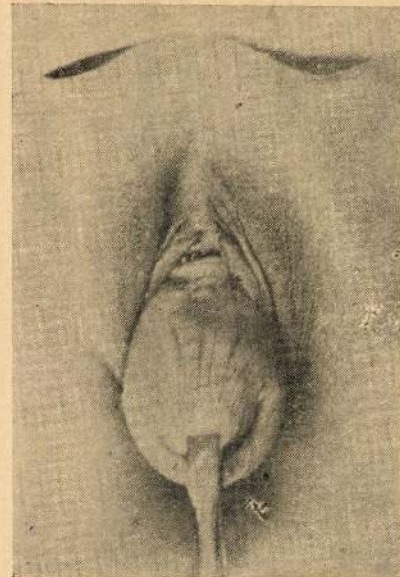
A női medencefenék kialakulásában a fajfejlődési szempontok fontos szerepet játszanak. A négy lábú emlősök szülőcsatornája többé-kevésbé vízszintes, a test hossz tengelye irányában nyílik. A medencebeli és hasi zsigerek terhét tehát nem a medencefenék, hanem a hasizmok viselik. A két lábbonjárás következtében azonban ezen zsigereknek a haspréssel terhelt súlya, valamint a terhes méh a medencefenékre nehezedik. Szükségessé vált tehát ezen filogenetikai fejlődéssel párhuzamosan a négy lábú emlősökön satnya, mert jelentősebb szerep nélküli medencefenék-izomzatnak, fascia-berendezésnek és kötőszöveti párnázatnak hatalmas kifejlődése, hogy az a törzsüreg nyílását alulról megfelelően elzárja és a merőlegesen reá nehezedő lényegesen nagyobbá vált megterhelésnek is ellent tudjon állni. Másrészt azon-

ban ennek a jól záró, erős medencefenéknek át kell engednie a folyton változó ürterű végbelet, továbbá a hüvelyt, amelynek viszont szülésnél olyan hatalmasan ki kell tágnúlnia, hogy azon a magzat teste is áthaladhasson. Hogy ezen egymással ellentétes célok szolgálata (amelyek ütközését még fokozza az ugyan-ezen fejlődéstörténéssel, az emberi agyvelő óriási fejlődésével együttjáró nagymértékű megnövekedése a koponya körfogatának) sikeres legyen, hogy a medencefenék záró és teherbíró képessége a hatalmas magzattal szülés alatti áthaladása után is újra helyre tudjon állni az egyenes járás megváltozott igényeinek megfelelő módon, ehhez igen bonyolult medencefenék-szerkezet vált szükségessé.

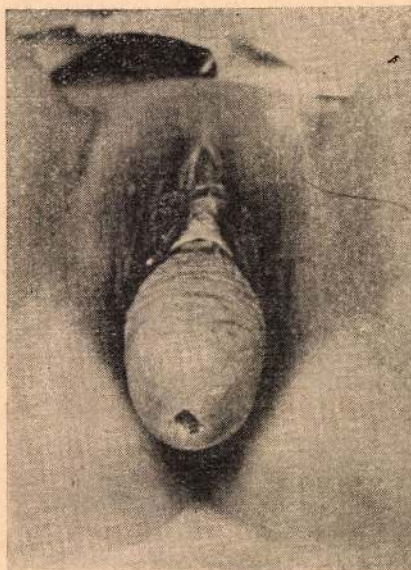
Minél bonyolultabb azonban egy szerkezet, annál könnyebben támadhatnak annak felépítésében és működésében zavarok. Különösen természetesen látszik ez, ha meggondoljuk, hogy a két lábbonjárás és az azal kapcsolatos bonyolult szerkezetű medencefenék kiépülése fajfejlődéstani szempontból a legújabb szerzemények közé tartozik. Az ezzel kapcsolatos zavarok aiktják a szülészeti és nőgyógyászati kórtan jelentékeny részét; sőt véleményem szerint kétségtelenül részben ezen egymással ellentétes érdekek ütközése (tökéletes zárás mellett a hüvely igen nagy térfogatváltozásának lehetővé tétele) az egyik fontos oka az emberi szülés élettani fájdalomosságának és hosszú időre nyúlásának. Azt hiszem, nem nagyon erőszakolt azt állítanom, hogy az *emlősök satnya medencezáró berendezésére való phylogenetikai visszauítés tüneteként fogható fel a nők jelentékeny százalékánál előforduló hajlam a descensusra, prolapsusra* is. Hogy az ezen atavistikus hajlamosság következtében létrejövő süllyedések, előesések, amelyek *ivarszervi sérveknek* foghatók fel, nem a szülés által okozott medencefenék-sérülések és károsodások következményei, hanem ez utóbbiak inkább csak kiváltó alkalmi okként szerepelnek, azt bizonyítják azok a nem is ritkán előforduló esetek, amelyeknél nagyfokú, sőt complet gátrepedés ellenére sem következik be a legcsekélyebb süllyedés sem. (A méh függesztő berendezésének a csökkentértékűsége természetesen ezen hajlamosság járulékos tényezője.) Ezzel szemben pl. 1. ábrán szemléltetethez hasonlóan nagyfokú végbél- és hüvelykifordulás egy 6-szor szült 40 éves, rendszeren menstruáló, tehát még a *klimaxos involutio* által sem károsított medencefenékű nőnél (amilyenhez hasonló több is van fénykép gyűjteményünkben) nem képzelhető el a medencefenék veleszületett súlyos szerkezeti gyengesége nélkül. Fontos ezen szempontból hangsúlyozni azt is, hogy az ilyen esetekben nem általános testi csökkentértékűség (infantilismus vagy hypoplasia) helyi tünetéről, részjelenségéről, hanem *különleges, körülhatárolt keretű defectusról* van szó; ezt ezen nők egyébként erős testalkata, kifogástalan általános jó fejlettsége mutatja. De ezt az atavismus szerepét előtérbe helyező álláspontot különösen a nem is olyan nagyon ritkán még nem szült nőknél, sőt kivételesen csecsemőknél is észlelt hüvelyfal-kifordulások és méhelőesések alkalmak alátámasztani. (L. 2., 3., 4. ábrák.)



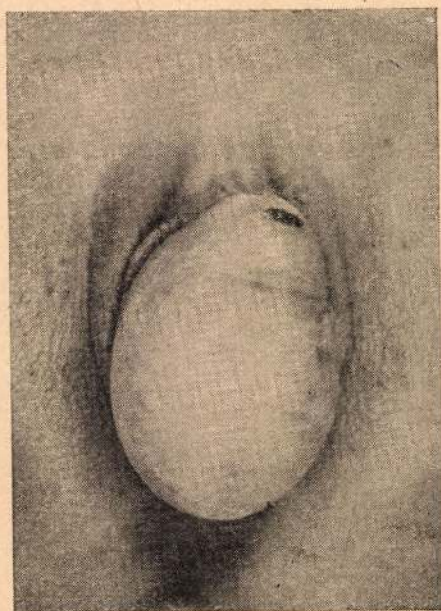
1. ábra. 40 éves, VI. P. Eversio pariet. vaginae; prolapsus recti.



4. ábra. 54 éves, még nem szült nő részleges méhelőesése.

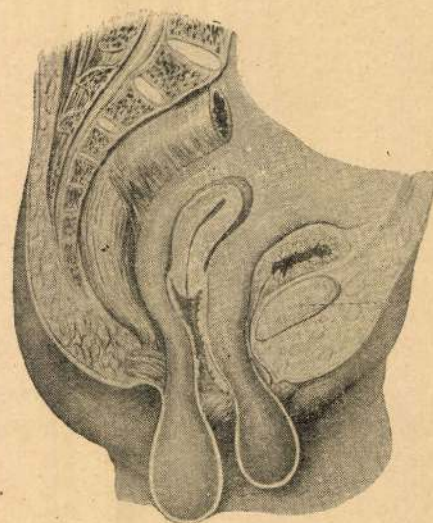


2. ábra. 36 éves, még nem szült nő teljes méhelőesése.



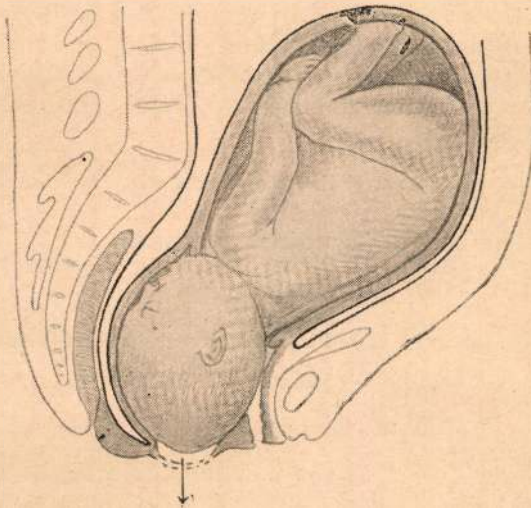
3. ábra. 49 éves, még nem szült nő teljes méhelőesése.

A medencefenék ezen atavistikus gyengesége azonban nemcsak az ivarsatorna áthaladása helyén fellépő és descensushoz, prolapsushoz vezető zárási hiányosságban, hanem az ivarsatorna szomszédságában is megnyilvánulhat. Ha a végbél és a méhnyak, valamint a hüvely közti septum rectovaginalet szerkezetileg alátámasztó *centrum tendineum* szöveti és szerkezeti felépítettsége fogyatékos, úgy az az excavatio rectouterinan át reá nehezedő hasüri nyomás éveken keresztül tartó ostromának engedve, hátsó *perinealis sérvkapú* kiképzéshez, esetleg ezen át később sérvtömlő és sérvtartalom előbukkanásához is vezethet. (1., 5. ábra.) Az *excavatio rectouterina* ilyen *perinealis sérvhajlama* mellett a szülés, illetve annak kitolási szaka alatt a medencefenékig lejutott fej, amely a Gauss-féle törvény értelmében a legkisebb ellenállás irányában kényszerül haladni, nem a hüvelyeső erősen előregörbülő tengelyét követi tovább, hanem a gyenge hátsó hüvelyfalat beledomborítja maga előtt a *perinealis sérvkapuba*, mivel tovahaladásával szemben ott a legkisebb az ellenállás. Az egyszer már ezen sérvkapuszerű téves útba tévedt fej onnan kitérni többé nem tud és a



5. ábra. Az *excavatio rectouterina hernia parinealisa*. (Kirschner: »Die op. Beseitigung d. Bauchbrücke« ábrája.)

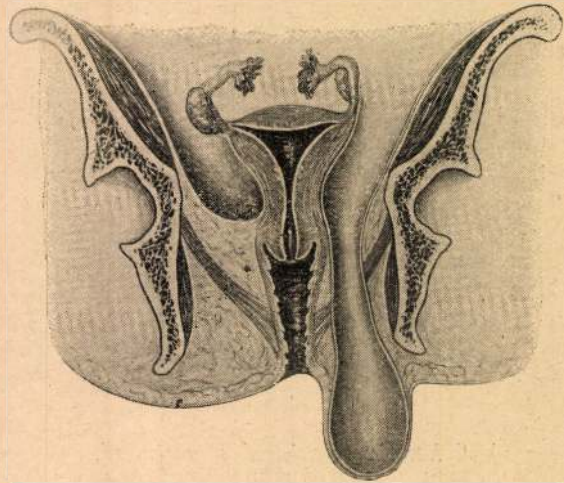
további ellenállás csekély volta mellett (a gát bőre és bőralatti kötőszöveve komoly ellenállást kifejteni nem tud) ezen az úton halad tovább, míg a centrum tendineum helyett ott talált vékony bőrgátat átszakítva megszületik. *Igy jön létre a centralis gátrepedés*, amelynek oka tehát a gát, illetve a centrum tendineum congenitalis, atavistikus szerkezeti gyengesége. Ez a gyengeség szülés nélkül is vezethet perinealis Douglas sérvhez (l. 5. ábra), szülés alatt pedig az ilyen sérvhajlam mellett a fej a tovahaladásával szemben legkisebb ellenállást tanúsító sérvkapuba beleterelődik, belezökken, majd azt kitágítva, *mint sérvtartalom abba születik bele* s a bőrgátból álló sérvtömlő gyenge falát átszakítva jön a világra. (l. 6. ábra.)



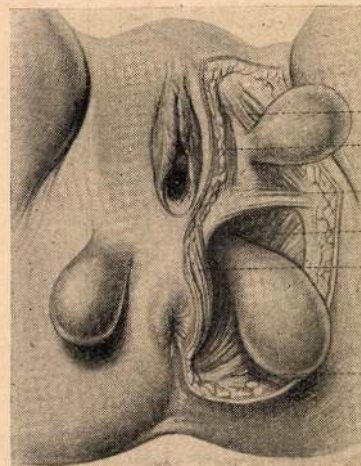
6. ábra. A fej a medencefenéken a legkisebb ellenállás irányába: a perinealis sérvkapuba terelődik, azt kitágítja s azon keresztül mint a sérvtömlőt áttörő sérvtartalom születik meg. (A centralis gátrepedés mechanizmusa.)

Ilyen csökkent ellenállású helyek azonban a medencefenék egyéb részein is előfordulhatnak és hasonló következményekhez vezethetnek. A cavum pelvis subperitoneale és a diafragma pelvis satnyasága mellett ezen izomrendszer egyes nyálábjai, nőknél különösen a levator-hasadék szémszédságában, a m. pubococcigeus és m. ilcococcigeus között támadhat ugyanilyen módon a hasúri nyomás éveken át tartó ostromának engedő táguló rés. Az ezen rés alatt fekvő m. transversus perinei profundus harántul futó jóval gyengébb rostjai ezt az ostromot feltartóztatni nem tudják. Ezen réteg alatt pedig már a m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus és m. transv. perin. superficialis által határolt háromszög alakú ablak van, amelyet már csak a cavum ischiorectale kötőszöveve borít. Ezen helyek is alkalmasak megfelelő hajlamosság esetén a sérvképződésre (l. 7., 8., 9. ábrákat). A 9. ábrán bemutatott testileg jól fejlett 30 éves beteg előzőleg kétszer spontán szült, anélkül, hogy különleges gátsérülést szenvedett volna. De valószínűleg ezen szülések traumás hatása is hozzájárul ahhoz, hogy a csökkentértékű medencefenék sérvhajlama ilyen hatalmas hernia perinealis anteriorhoz vezessen. Azonban a már a szülés előtt is fennálló ilyen sérvhajlam mellett a szülés alatt a fej — a hüvelyfalat a sérvkapuba, a legkisebb ellenállás irányában maga előtt belenyomva — épúgy a sérvkapun át születethetik meg, mint azt a centralis gátrepedésnél fen-

tebb kifejtettük (l. 10., 11. és 12. ábra). Ezt a gátsérülést talán *paracentralis (lateralis) gátrepedésnek* nevezhetném. A 10. ábra ilyen sérülést mutat be s mivel hasonló eset ismertetését az irodalomban nem találtam, talán néhány szóval érdemes születéstörténetének főbb adatait vázolni.

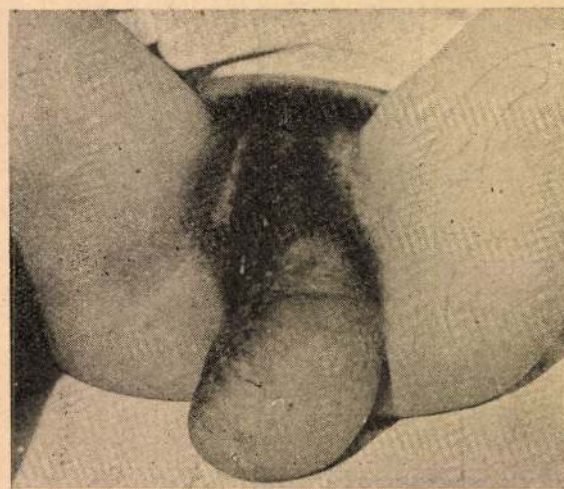


7. ábra. Hernia ischio-rectale. (Kirschner id. mű ábrája.)



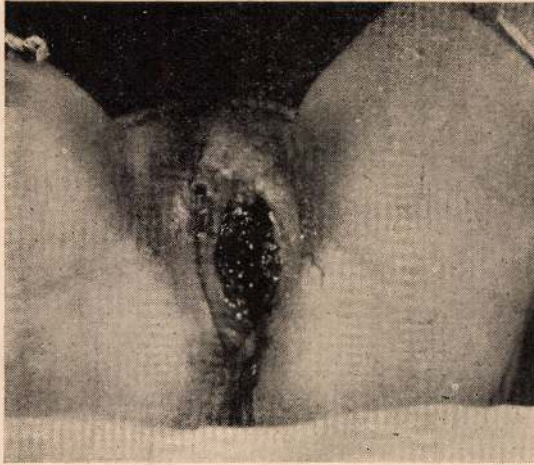
m. ischiocavern.
m. bulbocavern.
m. transvers. per. superf.
m. levator ani
m. sphincter ani ext.
m. glutaenus maxim.

8. ábra. Hernia perinealis ant. et post. (Kirschner id. mű ábrája.) A medencefenék atavistikus csökkentértékűség folytán élettanilag gyöngébb pontjai sérvkapukká válnak.

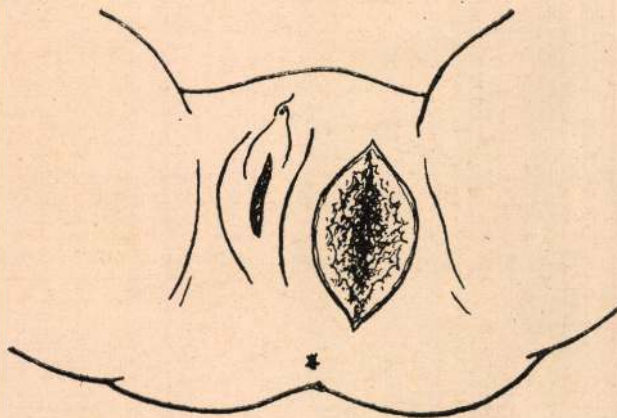


9. ábra. Hernia perinealis ant. 30 éves, kétszer szült nőnél. (Jäger Gyula dr. igazgató-főorvos úr esete.)

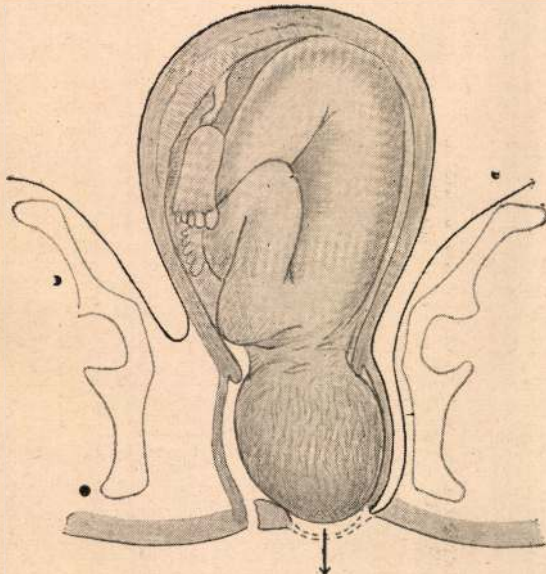
T. A.-né (116/1938 fjsz.) 30 é., jól fejlett, egészséges nő. Két előző rendes szülése volt otthon. Jelen terhessége rendes. Spontán szülés otthon. A szülés tartama 15 óra; burokpedés után 2 órával szült. (4000 gr-os, élő fiú.) A szülésnél csak baba volt jelen és a létrejött



10. ábra. a) A hernia perinealis ant. sérvkapujának megfelelő helyen keresztül megszülető magzat által előidézett paracentralis (lateralis) elülső gátrepedés. (Vesd össze 7., 8. és 9. ábrákkal.)



10. ábra. b) Ugyanez vázlatosan.



11. ábra. Paracentralis (lateralis) ruptura perinei anterior. A fej a medencefenéken a legkisebb ellenállás irányába, a lateralis sérvkapuba terelődik, azt kitágítja és a hüvellyalat maga előtt abba betolva, azon keresztül mint sértömlőt áttörő sérvtartalom születik meg.

sérülés ellátása céljából szállították az asszonyt a klinikára. A sérülés leírása: A szeméremrés ép. A rima pudendivél párhuzamosan, annak szélétől 3 cm-re baloldalt egy hosszanti irányú, tátongó, ronesoltfalú sérüléses üreg látható, amelynek felső zuga a hüvelybemenet elülső falának magasságáig, alsó zuga pedig a gát középső részének vonaláig terjed le. Az üreg a hüvelybemenet széle felett mintegy 8 cm-re belenyílik a hüvelylumenbe. Az asszony fél nappal a szülés után ért be a klinikára. A rétegesen elvarrt sebőr másodlagosan gyógyult.

A fentiekben a centralis és egy egészen szokatlan localisatioju paracentralis (lateralis) szülési gátsérülés keletkezési mechanizmusának új, az eddigieknél kielégítőbbnek látszó értelmezését igyekeztem adni. Ennek a lényege a medencefenék *phlogogenetikus alapon nyugvó atavistikus szerkezeti gyengesége*. Ez a szerkezeti csökkentértékűség, ami különben mint *körülírt testtájéki defectus* a legjobban fejlett nőknél is előfordulhat, a descensusok, prolapsusok, valamint a medencefenéki sérvek és súlyos szülési medencefenék sérülések legfontosabb oki tényezője.

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye. (Igazgató: Burger Károly ny. r. tanár.)

A pruritus — leukoplakia — és kraurosis vulvae gyógyítása vitaminnal.

Irta: Kuncz Dénes dr.

Labhardt a pruritust a leukoplakia egyik tünetének tartja, a kraurosis pedig a leukoplakia késői következményének. A leukoplakiából, kraurosisból 10–15%-ban (egy-egy amerikai szerzők, így pl. Taussig szerint 50%-ban) rák fejlődik. Halban 1935-ben kraurosis, leukoplakia esetén csukamájolaj Vogan használatát, helyi kezelésre pedig A-vitaminos kenőcs alkalmazását ajánlotta és kielégítő gyógyeredményeket észlelt. Swith 1936-ban megjelent cikkében 42 pruritus, leukoplakia vagy kraurosisban megbetegedett asszonnyról számolt be. Ezek közül 41 meggyógyult, vagy állapotuk legalábbis lényegesen javult, hígított sósav vagy hígított sósav és csukamájolaj hatására. Betegeinek hypo-achlorhydriája volt. Szerinte a pruritus, leukoplakia, kraurosis úgy jön létre, hogy gyomorsavhiány következtében a táplálékban lévő A-vitamin nem tud felszívódni. Három esetben, mivel azok a savkezelésre nem javultak, szeméremtest kiírtást végzett. A legtöbb betegnek bőre száraz, rugalmatlan, sötétebb színű, főként a kézfej és alkar bőre porszerűen hámlik; nem ritkán gyulladós a nyelv mellső harmada (Erdbeerzunge); gyakori a deformált alakú töredezett köröm.

Kísérletes vizsgálatok és megfigyelések mellett szólnak, hogy az A-vitaminhiány a bőr elváltozásával jár. Így Pillat észlelése szerint az A-vitaminhiány esetén az ekto- és entoderma-rendszer megbetegedése jön létre. A bőr hámlásában hyper- és parakeratosis lép fel; a gyomorsavelváltás csökken, esetleg az achyliaig s hajlam van hasmenésre. Melanby A-vitaminmentes táplálékban tartott fiatal kutyákon súlyos elfajulásokat talált a központi és peripheriás idegrendszerben. Ujabbban a pelagrával fellépő idegrendszeri elváltozásokat is az A-vitaminhiánnyal hozzák összefüggésbe. Egyes, máskülönben egészségesnek látszó emberek a táplálék carotintartalmának (A-vitamin növényekben

előforduló provitaminja) csak 5%-át tudják felhasználni (*Wieland, Kreula, Van Eekelen*). Embereken az eddig ismert A-vitaminhiány következtében létrejövő megbetegedések: az ekto-entoderma rendszer megbetegedése, hemeralopia, keratomalacia, nemre, korra való tekintet nélkül fordulnak elő gyakran gyermekekben, továbbá a terhesség második felében lévő asszonyokon, tavasszal, nyár elején (*Gierhake, Edmund, Klemmesen*). Különböző mértékű vitaminhiány társulhat a májmebetegedések sok fajtájához (cirrhosis, obturatiós icterus, icterus katharralis stb.), chronikus pankreas megbetegedéshez. Súlyos gastroenteritis, hyperthyreosis, hypothyreosis, a legkülönbözőbb akut és chronikus fertőző megbetegedések szintén hypo- vagy avitaminosishoz vezetnek. *Sjörger* néhány évvel ezelőtt leírt egy megbetegedést, amelyben az ekto-entoderma működési zavarához később az ásványi sók anyagcseréjének az elváltozása társul, hormonális elváltozásokkal együtt. Ez a betegség főként a változás utáni korban lévő asszonyokon lép fel. Tünetei az összes nyálkahártyamirigyek (könny-, nyál-, nyálkaelválasztó-, gyomor-, izzadságmirigyek) csökkent működése és ezek következményei (keratoconjunctivitis, xerostomia, an-hypociditas, a felső légutak hurutja). Később étvágytalanság, anaemia, gyöngeség és majdnem szabályszerűen chronikus ízületi gyulladás társul hozzá. Nagy adag A-vitamin hatására ezek az elváltozások visszafejlődnek. *Stachel* a közelmúltban klinikailag igazolta *Sjögren* megállapításainak helyességét. Nikotinsav vagy B₃ complexum hatására primaer és secundaer (gyomor-bélműtét, alkoholizmus következtében létrejövő) pellagra esetén többek közt a hyperkeratosisek meggyógyulnak és a csökkent gyomorsav mennyisége fokozódik. Nikotinsavnak emberben a pigment anyagcserében, továbbá a haemin felépítésében van fontos szerepe (*Spies, Sasaki*). Nikotinsavmentes étrend mellett egészséges emberben is porphirinuria lép fel (*Spies-Bean-Stone*). Májcirrhosishoz, fertőző megbetegedésekhez, különféle mérgezésekhez (ólom, barbitursav, sulfanylamid, stb. mérgezésekhez) társuló porphyrinuria nikotinsav hatására megszűnik (*Spies, Gross, stb.*). Jóhatásúnak találták kisebb-nagyobb porphyrinuriával járó bőrbetegségekben. Májbetegségek, alkoholizmus mellett kifejlődő dermatosisek, hydroa aestivalis, exfoliáló erythrodermiák, allergiás bőrjelenségek (Quinke oedema) nikotinsav hosszabb adására kedvezően befolyásolhatók. *Hernando* ismeretlen kóroktani prophus hasmenéseket és makacs székrekedéseket sikeresen kezelt nikotinsavval. *Payne-Perlzweig* szerint a pellagrások körmének kéntartalma csökkent. A körömelváltozások gyógyulnak nikotinsavra, akkor is, ha más betegségek következtében jönnek létre (*Swift* betegeknek nagy részénél körömelváltozásokat talált). Pellagra, prophus hasmenések mellett fellépő glossitis *Manson-Bahr-Ransford* szerint nikotinsav hatására gyógyult (*Swift* pruritusos betegek gyakran glossitist észlelt). A pellagrától védőanyag hatásos alakja valószínűen nikotinsav valamely magas molekulájú anyag kötődéséből áll (*Spies*). *Hirt* és *Wimmer* szerint a nikotinsav complex formája a reticulo-endothel rendszerben kötődik a vívőanyaghoz (Trägersubstanz) és főként a mellékvesében (*Stapp*) és a központi idegrendszerben halmozódik fel.

Az említettek amellett szólnak, hogy a pruritus leukoplakia kraurosis vulvae megbetegedés is talán összefügg bizonyos vitaminhiányállapotokkal. Emberben erre vonatkozólag azonban inkább csak fel-

tevések találhatók az irodalomban. Éppen ezért célszerűnek véltük, hogy e kérdéssel behatóbban foglalkozzunk. Mégpedig nemcsak a gyógyítás szempontjából, vagyis oly értelemben, hogy megfelelő vitamin adásakor érhető-e el javulás vagy gyógyulás. Hanem kerestünk egyúttal olyan eljárást is, amellyel az adott esetben szükségesnek látszó megfelelő vitamin hiányát objectíven megállapíthatjuk és az eseteket ne csak ex juvantibus ítélhessük meg. E célból klinikánk járó beteganyagából 10 pruritus leukoplakia kraurosisban megbetegedett asszonyt vizsgáltunk meg közelebbről. Vizsgálatunk célja tehát az volt, hogy megállapítsuk, milyen hatással vannak a vitaminok a pruritus-leukoplakia-kraurosis vulvae betegségcomplexumra. De ki akartuk egyúttal próbálni azt is, hogy a Dellamartin—Mester reactio mennyiben válik be a hypovitaminosisek felismerésében. Mindegyik betegünknek intensív pruritusa volt. Pruritus nélküli leukoplakiában vagy kraurosisban szenvedő asszonyt ilyen értelemben nem vizsgáltunk. A pruritus tünet legtöbbször igen intensív. Ezért alkalmas arra, hogy a Dellamartina—Mester-féle reactióval nyert eredményt a klinikai tünetek alakulásával egybevegyük. Ez az eddig kevésbé ismert reactio hivatott volna arra, hogy a klinikusnak és gyakorlóorvosnak egyaránt nagy segítségére legyen az eddig még nem egészen tisztázott kórképek aetiológiája kiderítésében és gyógyításában. Kisebbszámú A hypovitaminosist az eddig ismert biológiai (Kolpokeratosetest, Resistenztest) és kémiai (Lovibond-Colorimeter, Lovibond-Tintometer) spectrophotometriás úton úgyszólván lehetetlen kimutatni. A vérserum A vitamin tartalma nagy fokban ingadozik évszak és egyén szerint. Úgy, hogy azt *Stepp* szerint biztosan kórosnak csak abban az esetben tekinthetjük, ha nem lehet a vérben sem a carotint, sem az A vitamint kimutatni. Pruritus kraurosis leukoplakia esetén azonban nincs teljes avitaminosis, csak kisebb-nagyobb fokú hypovitaminosis.

A *Dellamartina* által módosított és kiterjesztett *Mester-reactio* a Widal-féle haemoclasias krízis jelenségen alapul. *Dellamartina* szerint haemoclasias krízis akkor lép fel, ha az adott gyógyszer a szervezet kórosan megzavart háztartását (pl. amely zavar a hormonális egyensúly megbomlása, a vitaminháztartás zavara vagy a bakteriális infectio következtében jön létre) kedvezően befolyásolja. Vagy azért, mert az illető anyag elsődlegesen hiányzik a szervezetből (pl. vitamin, hormon) vagy azért, mert az adott gyógyszer a szervezet betegség miatt zavart anyagcseréjét javítja (pl. jódkalium, atropin). A leukocyta szám akkor emelkedik, ha a szervezet anyagcseréjére és a fennálló betegségre a bevitt gyógyszer, legalábbis a reactio ingerküszöbén belül, hatástalan vagy a vizsgált vitamin megfelelő mennyiségben van jelen. A vizsgálatot éhgyomorral, vagy legalábbis 4—5 órával a megelőző étkezés után végezzük. Meghatározzuk a leukocyta számot úgy, hogy a Bürker-kamra mindkét felében 125—125 koc-kára eső fehérvérsejtszámot hússzal szorozzuk. Ha azután a kamra két felében talált fehérvérsejtszám között 20-nál nagyobb a különbség, akkor ismételtlen meghatározzuk a fehérvérsejt értéket és a két talált értéket összeadva, szorozzuk tízzel. A vizsgálandó gyógyszert adhatjuk peroralisan vagy parenteralisan. Előbbi esetben 1 óra múlva, utóbbiban egy félóra múlva végezzük az újabb fehérvérsejtszámolást; majd újabb félóra múlva függetlenül a gyógy-

szer bevitelének módjától harmadszor is meghatározzuk a fehérvérsejtszámot. Az először nyert fehérvérsejtszám és a relatíve legalacsonyabb második vagy harmadik fehérvérsejtszám közötti különbséget százalékban fejezzük ki. Neutralisnak, de már gyakorlatilag kórosnak vesszük az eredményt akkor, ha az első és a következő legalacsonyabb fehérvérsejtszám között nincs különbség = 0, relatíve pozitívnak, ha a fehérvérsejtszám különbség 0-tól—15%. Ez kisebb hiányállapotot jelent. A reactio —15 és —50% között abszolút pozitív, ami nagyfokú hiányállapotra mutat (*Dellamartina* szívbetegségeknél digitális megterheléssel végezte el reakcióját és azt találta, hogy elektrokardiogrammon szívizomelváltozás csak akkor jelentkezik, ha a *Dellamartina*—Mester reactio már —15%-on felül abszolút pozitív). Relatív negatív a vizsgálat eredménye akkor, ha az első fehérvérsejtszámhoz viszonyított legalacsonyabb fehérvérsejt érték 0-tól +15% emelkedést mutat. Minél közelebb van a talált érték a +15%-os emelkedéshez, a reactio szempontjából ezt annál fiziologiasabb értéknek tekintjük. Abszolút negatív = fiziologias reactio, ha a fehérvérsejtszám emelkedése +15% vagy ennél több (*Dellamartina* szószerinti magyarázata).

A *Dellamartina*—Mester-féle reactióval könnyen figyelemmel kísérhetjük azt, hogy az adott vitamin vagy más anyag mennyire telíti a szervezetet, és azt, hogy a bevitt vitamin mennyire tudja a szervezetet kóros reactióját megváltoztatni. Kedvező esetben a pozitív reactio negatívvá válik. Előfordult azonban többször, hogy a reactio a hiányzó vitamin adása ellenére sem lett negatív. Ezekben az esetekben igyekeztünk ennek okát megállapítani, különböző gyógyszerekkel végezve el a próbát.

A vizsgált 10 pruritusos betegünkön a pruritus okát nem magyarázta helyi elváltozás (gyulladás), vagy a váladékvizsgálat eredménye. A váladékban egyik esetben sem tudtunk kimutatni sem gonorrhoeát, sem trichomonast, sem soort (ezt az eredményt a kórlefolyásban úgy jelöljük: váladék negatív, s mellette feltüntetjük a talált tisztasági fokot római számmal). Nem volt cukor a vizeletükben; két beteg leukoplakia kezdődő kraurosisra jellegzetes elváltozást találtunk; két betegünknek leukoplakiája volt, a többi hat beteg nem volt kifejezett leukoplakiás elváltozás, hanem csak a vulva volt sorvadé, főként a kisajkak, ezeknek nyálkahártyája enyhén megvastagodott és halvány vöröses rózsaszínű volt. A betegek 44—62 évesek voltak. A pruritus 2 héttől 10 éve áll fenn. Három beteg még rendszeresen menstruált, a többi 2—6 éve klimacteriumban van. Két beteg előzőleg folliculushormont és röntgenbesugárzást kapott. A gyomorsav titrálásakor öt beteg anacid, illetve hypacid volt, kettőnek normális volt a gyomorsavértéke, három beteg gyomorsavvizsgálatát nem végeztük el. Három beteg gyakori hasmenésről panaszkodott. Öt betegünknek nagy fokban renyhe, két betegnek pedig normális volt a bélműködése.

Az alábbiakban csak azokat a *Dellamartina*—Mester reactióval kapott eredményeket közöljük, amelyek a kórkép aetiológiája és gyógyítása szempontjából felhasználhatók voltak.

1. *Sz. G.-né*, 62 éves, III. P., 2 éve menopausa és pruritus. Kétszer öngyilkosságot kísérelt meg. Naponta többször órákig igen erős viszketés, égő érzés kínozza. Glandubolin injectiókat, röntgenbesugárzást kapott; állapota nem változott. Zsugorodott kisajkak, vulva

nyálkahártyája rugalmatlan, helyenkint megvastagodott, fehér-szürkésen elszíneződött (leukoplakia, kezdődő kraurosis). Vizelet negatív, váladék neg. II^o, próbareggeli 4—30, vérnyomás 185/95 Hgmm. Hasmenésre hajlamos. III. 28-án *A*-vitamin = —10.4%, *Perhepar* —5%; therapia naponként 60—100 csepp Vogan, ezenkívül összesen 4 *Perhepar* injectio. Panasza lényegesen enyhül, de nem szűnik meg. IV. 10. *A* = —19% *Perhepar* +4.5%. Az adott igen nagymennyiségű »*A*« vitamin hatására sem tudta szervezete a vitamin hiányát pótolni. IV. 12. *chinin* —16.5%. Therapia: naponként 3×10 cttg *chinin* és 60 csepp Vogan. IV. 16.: *A* = +8.5%. A vulva nyálkahártyája puhább, alig fehéres. Otthon még 5 hétig 3×10 cttg *chinin* szed *A*-vitaminban különösen gazdag étrend mellett. X. 12.: levélben adott válasza szerint viszketése ritkán s enyhe fokban jelentkezik. Vidéken lakik; nem volt alkalmunk ellenőrzővizsgálatok elvégzésére.

2. *T. L.-né*, 45 éves, II. P., rendszeren menstruál; 10 éve a vérzése előtt 8—10 napig tartó intenzív viszketése van. A nagyajk külső felszínének bőre megvastagodott, rugalmatlan, enyhén hámlik, kisajkak sorvadétabbak. Vizelet negatív. Váladék neg. IV. Allandóan cinkchloriddal irrigál, utasításunkra egy hétig Lactolavallal kezeli magát. IV. 25-én folyása megszűnt, váladék negatív II^o. Szabad sósav 0, összaciditás 12, vérnyomás 145/90 Hgmm, hasmenésre hajlamos. IV. 5-én *A* vitamin = —11.5%, therapia: 90 csepp Vogan naponként és sósav pepsin. IV. 18. Nagy adagban kapott *A* vitamint és szervezete a reactio eredménye szerint még kevesebb *A* vitamint tartalmaz. *A* vitamin = —26%; menstrual, előtte kisebb fokban, mint eddig, de érezte a viszketést. IV. 19-én: *chinin* —19%, *Perhepar* —3%. Therapia: *chinin* + sósavepsin étrendi előírások (B₂ complexumot, *A* vitamint nem kap). Egyideig nem jött vizsgálatra. V. 9.: *A* vitamin = +15%, két hete panasza teljesen megszűnt (közben menstruált). Tehát az »*A*« vitamint és nikotinsavat pótolni tudta az ajánlott vitaminokban gazdagabb étrenddel. A legutóbbi vizsgálatig 4×30 drb 10 cttg-os *chinin* szedett és anyagi helyzetéhez viszonyítva, vitaminokban gazdag étrendben élt. 1941. I. 13-án jelentkezett. Előadta azt, hogy bélműködése közben teljesen rendbejött, sőt néha hashajtót is kell szednie. A legutóbbi menstruációja előtt (XII. 18.) néhány napig kevésbé intenzíven mint ezelőtt, de viszketést érzett; az előbbi kezelés óta először. Vizsgálatkor I. 13: *Vitaplex N.* +23%, I. 14: *chinin* +10%, I. 15. *A* —15% eredményt adott. Therapia: *A*: vitamin I. 29. *A* = +13%. Közben anyagi helyzete rosszabbodott; munkát vállalt és tápláléka nem tartalmazta megfelelő mennyiségben az *A* vitamint. E mellett szól az, hogy a vitamin hiányát egy tubus *Vitaplex A* hatására könnyen pótolni tudta.

3. *K. L.-né*, 58 éves, VIII. P., 10 éve menopausa, 7 éve pruritus, senilisen atrophias vulva, melynek bőre vékony, fehéres rózsaszínű, kiskökű hámlás. Vizelet negatív, váladék negatív II^o. Székrekedésre hajlamos, gyomorsav 0—8, vérnyomás 130—70 Hgmm. IV. 10-én *A* vitamin = —20% therapia: 3×1 kávéskanállal acidumhydrochlorium dilutum felpohár vízbe naponként és háromszor egy gyermekevőkanállal csukamájolaj. IV. 18: panaszai megszűntek, *A* = +5%. Vidéken él, controllvizsgálatot nem végeztünk.

4. *A. A.-né*, 44 éves, II. P. abortus, normalis menses, két éve viszketése a vulván kívül az alhas bőrére is kiterjed. A vulván kisebb atrophian, halványabb nyálkahártyán kívül lényeges eltérés nem látható. Bélműködése rendes, vizelet és váladék negatív III^o. Próbareggeli 0—12, vérnyomás 140/90 Hgmm. IV. 30: *A* vitamin = —16%, therapia: 3×10 csepp Vogan. V. 16: *A* vitamin = +18%, *thyreoidea* = —19%. Otthon naponként 2 *Thyrosan* tablettát szed. Panasza megszűnt.

5. *M. J.-né*, 53 éves, III. P. 3 éve menopausa, két hónapja szűró fájdalmakat érez az altestében. Atrophias vulva, kisajkak belső felszínén az uretra nyílás mellett kétoldalt fillérnyi leukoplakiás folt. Renyhe bélműködés. Vizelet negatív, váladék negatív II^o. Próbareggeli 28—55, vérnyomás 115/95 Hgmm. V. 3.: *A* = —41%, therapia: 3×10 csepp Virgin naponként. V. 9: panaszai megszűntek. *A* = +18%. Controllvizsgálatra nem jelentkezett.

6. *G. J.-né*, 58 éves, V. P., 6 éve menopausa, 4 éve pruritus mely néhány hétre kimarad, majd heteken át naponként többször ismétlődik. Atrophias vulva, bőre rugalmatlan, vékony, fehéres színű, enyhén hámlik.

Vizelet negatív, váladék negatív II°. Székrekedésre hajlamos. Próbareggeli 0–14, vérnyomás 150/90 Hgmm. V. 22: $A = -3\%$, terapia 3×15 csepp Vogan. 3 hónapig tünetei enyhülnek, az utolsó hónapban viszkető érzése ismét régi intenzitásában jelentkezik. X. 30: A vitamin $= +11\%$, terapia: csukamájolaj. XI. 15: Viszketése csak addig szűnik, míg a csukamájolajat szedi. Egy-két napra kihagyva, ismét jelentkezik. Vitaplex N—15%, terapia 3×1 tableta Vitaplex N. XII. 14: Vitaplex N+12%, $A + 11\%$, thyreoidea tableta—4%. Étrendje lehetett szegény nikotinsavban, mert egy tubus Vitaplex N. beszedése után egy hónap múlva is physiologiás mennyiségű nikotinsavat tartalmazott szervezete. A kontrollvizsgálatnál kijelenti azt, hogy nyáron szedett A vitamin hatására enyhültek panaszai; Vitaplex N. szedésére megszűntek anynyira, hogy üléskor egymásra tudja tenni lábait, amit 4 éve a vulva túlérzékenysége miatt nem tudott. *Therapia*: Thyreosan tableta, étrendi előírások.

7. M. M.-né, 47 éves, virgo. Rendesen menstruál, 3 hónapja gyakori hasmenés, 4 hete pruritus, a vulva bővellet enyhén atrophias, kevés fluor, váladék negatív II°. Vérnyomás 130/90 Hgmm. próbareggeli 25–50. X. 22: $A = -10\%$, terapia: csukamájolaj. X. 25: Vitaplex N. —28%, therapia: élesztő, 30 gr naponként, 2 napig szedi, gyomorégés miatt abbahagyja. XI. 3: $A = -4\%$, Vitaplex N—2%, 2 napja menstruál, viszketése igen enyhe. Therapia: csukamájolaj + Vitaplex N. XII. 1: Panaszai megszűntek. I. 19: Panasz nélkül. A vitamin $= +15\%$; I. 20: nikotinsav $+20\%$; I. 21: Thyreosan tableta $+20\%$. Ennél a betegnél gyógyszeresen pótoltuk a nikotinsav és A -vitaminhiányt; 3 hónapja tünetmentes.

8. P. M.-né, 51 éves, O. P., 2 éve menopause, 1 éve pruritus. Bélműködése rendben, nagyajkák belső felszíne és a kisajkák fehéresen elszíneződtek, enyhén hámlanak (leukoplakia). 5 éve polyarthritis van, többször kiújul, vizelet pus +++, váladék negatív II°. Vérnyomás 130/80 Hgmm. XI. 5: $A = -5$. XI. 6: Vitaplex N—6%. XI. 7: chinin $= 0\%$. Therapia: Vitaplex N. + étrendi szabályozás. Nem kap sem chinint, sem A vitamint. XI. 15: Viszketése változatlanul megvan, $A = -11\%$, Vitaplex N—40%; XI. 17: chinin—6%. Therapia: chinin és Vitaplex N. (nem kap A vitamint). XII. 3: Panasza megszűnt, valószínűen pótolni tudta étrendjéből a hiányzó A vitamint. I. 20: 4 hét óta több ízületi gyulladás miatt ágyban fekvő beteg volt, betegsége 5. napjától ismét enyhébb fokban jelentkezett viszketése. A vitamin—7%; I. 21: Vitaplex N+5%; I. 22: chinin+7%. Therapia: A vitamin Vitaplex N.+ chinin.

9. M. M.-né, 47 éves, O. P., 2 hónapja amenorrhoea, 10 éve pruritus. Folliculushormon, röntgenbesugárzás, sósfürdők, quartzfény terapia és különféle kenőcsök alkalmazása ellenére, panaszai az utóbbi időben fokozódtak. Hypaciditás spasticus érzékeny colon (röntgenvizsgálat), nagyfokú bélrenyheség. Izületi panaszok 5 éve, rheumás bántalmak 1 éve. Vizelet negatív, vérnyomás 140/90 Hgmm, váladék negatív II°. A vulva egészében sorvadtabb, nyálkahártyája halványabb, fehéres. XII. 3: chinin+17%; XII. 4: thyroxin—15%; XII. 6: Vitaplex N—15%; XII. 7: A vitamin—4%. Therapia: Vitaplex N. és Thyreosan. tableta. Nem kap A vitamint. A gyógyszerek bevétele után csak két hétig csökkentek a panaszai. Az utóbbi időben fokozódtak rheumás bántalmak, ágybanfekvő beteg lett, pruritususa valamivel kisebb fokban, de megvan. I. 21: Vitaplex N—9%; I. 22: A vitamin+2%, chinin—13%. Therapia: chinin, csukamájolaj és élesztő.

10. L. K.-né, 56 éves, III. P., 6 éve klimax, 2 éve pruritus, 1 éve igen intensív. Rennyhe bélműködés, ízületi panaszok. Erősen sorvadtt kisajkakat fehéres, szürkén elszíneződő nyálkahártya borítja, a hüvelybemenet jelentékenyen szűkül (leukoplakia, kezdődő kraurosis). Vizelet negatív, vérnyomás 155/75 Hgmm, váladék negatív II°. I. 9: Vitaplex N—22%; I. 10: A vitamin—12%, therapia: Vitaplex N+étrendi előírások (nem kap A vitamint). I. 22: Panasza lényegesen enyhült, A vitamin $= +2\%$. I. 24: Vitaplex N+8%. Szervezete részben már pótolni tudta a hiányzó A vitamint.

Az előbb részletesen ismertetett körlefoylásokból az tűnik ki, hogy:

I. Pruritus esetén a Dellamartina—Mester reactio szerint mindig A -vitaminhiányról volt szó.

II. Mindegyik erre vizsgált betegünkben nikotinsav, illetőleg B₂ complexum (Perhepar-nikotinsav tartalmú — lásd: 1. és 2. esetet) hiányt találtunk, három beteg erevonatózólag nem vizsgáltunk (lásd: a 3., 4. és 5. esetet).

III. A tünetek lényegesen csak abban az esetben enyhültek, vagy szűntek meg egészen, ha a fennálló A -vitamin- és nikotinsavhiányt gyógyszeresen pótoltuk vagy azt a beteg szervezete a táplálékból pótolni tudta.

A vitaminhiány oka többféle lehet vagy az, hogy:

a) a táplálék kevés vitamint tartalmaz, vagy

b) ha a gyomor-bélrendszer zavart működése következtében nem tud megfelelő mennyiségű vitamin a szervezetbe felszívódni. Azoknak a gyomor- és bélelváltozásoknak egy része, amely A -vitamin- és nikotinsavhiányt okoz, önmagában is A -vitamin, illetőleg B -vitaminhiánynak a következménye lehet.

c) De létrejön vitaminhiány akkor is, ha a reticuloendothel sistema (RES) működése sérül. A RES hiánytalan működése szükséges ahhoz, hogy az A - és B -vitaminháztartás egyensúlyban maradjon. Az A -vitamin a RES sejtjeiben raktározódik el; ugyanott alakul át a carotin A -vitaminná (carotínase hatására); ugyancsak ott kötődnek az A - és B -vitamin-complexum factorai a vivőanyaghoz (Trägersubstanz — Hirt és Wimmer). A RES sejtjei állítják elő a vivőanyagot (Trägersubstanz), kötik azt a vitaminokhoz, amelyek ebben a hatóalakban (Wagner—Jauregg—Wirkform) fejtik ki aktíváló hatásukat a szervezetben. Ha a RES sérül, nem termel új vivőanyagot, nem jön létre új kötés a vitamin és vivőanyag között a RES sejtjeiben, sőt esetleg megszűnhetik a már meglévő vivőanyag és vitamin között létrejött kötés is (Hirt és Wimmer).

A RES működési zavara létrejöhet toxicosissal, vagy neurohormonalis elváltozással járó megbetegedések kapcsán.

1. *A toxicosisek, mérgezések hatása*: Acut (sepsis, pneumonia) és chronikus (lues, tuberculosis, malária), gyulladásos megbetegedések következtében elhúnytak májának A -vitamintartalma csökkent volt (Fox—Green—Wolf). Thiele is azt találta, hogy a láz esetén süllyed a vérsérum A -vitamintartalma, a carotinszit változatlan marad. Carotin a máj RES sejtjeiben halmozódik fel és sértetlen sejtprotoplaszmaműködés szükséges ahhoz, hogy A -vitaminná alakuljon át (Thiele, Lindquist, Clausen, Mc. Coord). A májbetegségek csak akkor vezetnek A -vitaminhiányhoz, ha a máj RES is sérül. Lasch szerint a phosphormérgezett állatok mája zavartalanul halmozza fel az A -vitamint; viszont a RES működését csökkentő vagy bénító thorstast vasucor, stb. adása után csökken vagy eltűnik az A -vitamin a májból. Egyszerű icterus catharralisnál Breese, Mc. Coord szerint lényegesen kevesebb az A -vitamin a májban. A májcyrhisznál teljesen hiányozhat a vérből és a májból is az A -vitamin. Kehrer szerint essentialis pruritus fellép májbetegségek, icterus, emésztési zavarok chronicus gyulladásos megbetegedések és gyógyszerek túl hosszú ideig szedése után (morphin, hypnoticák, antipyrin — Strassmann).

2. *Neurohormonalis elváltozások*. A sympatikus izgatásakor (hormonalis, gyógyszeres, mechanikus, stb.) a mellékveséből adrenalin kerül a vérbe és ez hozzá létre a sympatocotonikus tüneteket (sympati-

cus-adrenalin rendszer). *Thiele* betegek serumának A-vitamin tartalmát éhgyomorral meghatározta, majd fokozta a sympathicus tonusát (adrenalin adott), mire a vér A-vitamin tartalma 25–300%-kal emelkedett. Állatkísérletekben adrenalin hatására kiürül a máj és vese A-vitamin tartalma. *Chevalier* állatkísérletben periferiáisan izgatva a sympathicus rostokat tartalmazó splanchnicust, azt találta, hogy fokozódik a vérserum A-vitamin tartalma és egyidejűleg kiürül a máj és mellékvese A-vitaminkészlete is. *Falta*, *Eppinger* szerint a pajzsmirigy és mellékvese között synergismus áll fenn, mert a thyroxin izgatja a sympathicus adrenalin rendszert. Basedowos betegnél csökken, sőt el is tűnhetik az A-vitamin a vérserumból (*Abelin* A-vitaminszegény májat talált boncolásnál). Essentialis pruritus áll elő hyperthyreosis (*Szondi*, *L. Haas*), diabetes, ovarium hypofunctio következtében.

A neurohormonalis egyensúly megbomlása következtében sympaticotonia kétféleképpen jöhet létre. Vagy ha a sympathicus idegrendszer hatását fokozó thyroxin szaporodik fel a vérben (Basedow), vagy akkor, ha a parasympathicus hatását erősítő endocrin mirigyek, ovarium vagy a pancreas működése csökken (diabetes, klimacterium), így közvetve a sympathicus idegrendszer szintén túlsúlyba kerül. Sympaticotonia az előbbieknél alapján a RES zavart működéséhez, hypovitaminosiszhoz vezethet, mely bizonyos fokon túl már manifest tüneteket okoz (pruritus, leukoplakia, kraurosis, hemeralopia, keratomalacia). A gyomor bélműködés zavarához és a RES kisebb sérüléséhez (hypovitaminosisban is sérül) társuló csökkentebb vitaminfelzívódás, illetőleg vitaminfelhasználás még kompensálódhatik azáltal, hogy a táplálékban feleslegben van vitamin (hypovitaminotikus betegek egy része pótolni tudta a vitaminban gazdagabb étrendből is vitamnszükségletét). A RES nagyobb fokú sérülése mellett a szervezet nemcsak a táplálékból nem, hanem a nagymennyiségű és töménységű vitaminkészítményből sem tudja hiányát pótolni, mert képtelen a vitamint a vívóanyaghoz kötni (lásd: 1–2–8. eset). Átmenetileg csökken a vér folliculus hormon tartalma, mind a praemenstruumban, mind pedig a terhesség végén (*Guillaume—Godel*). A menstruatio előtt és terhesség végén így létrejövő sympaticotonia is elegendő lehet arra, hogy az eddig tüneteket nem okozó hypovitaminosis állapot fokozásával átmeneti pruritust, hemeralopiát hozzon létre (nem ritkán pruritus csak a menstruatio előtt vagy terhesség végén jelentkezik). A terhesség alatt előfordulhat kisebb-nagyobb fokú A-hypovitaminosis. Emellett szól az, hogy *Stepp* gyomor-, bélbeteg vagy chronicus májbetegségben szenvedő terheseken nagyfokú hemeralopiát talált (hyperemesis gravidarum után is) és vérserumukban kórosan alacsony A-vitamin értékét mutatt ki. A teljesen egészséges terhes asszonyok 25 százaléka is kisfokban hemeralopiás volt (*Stepp*).

A RES csökkent működését és a sympaticotoniát úgy állapítottuk meg, hogy a Dellamartina—Mester-reactiót chininnel végeztük el. A chinin hatása kettős. *Levi*, *Bellodi* vizsgálatai bebizonyították azt, hogy a chinin kisadagban izgatja, nagyadagban pedig bénítja a RES-t. *Nakano* izolált érdarabokon végzett vizsgálataiban a chinin igen kisadagban (1:80.000 hígításban) csökkenteni tudta az egyidőben adott adrenalin hatását. Meggátolta viszont az előbbi mennyiségben adott adrenalin érosszehúzó hatását

akkor, ha először chinint adott *Nakano* ahhoz az oldathoz, amelyben az érdarabok voltak és csak azután adrenalin (chinin a sympathicust nyugtatja).

Tíz betegünk közül a kísérlet tartama alatt 5 csak A-vitamint kapott, 3 csak nikotinsavat. Tünetmentes betegek közül a kísérlet végén a vitaminok mennyiségét csak 2 esetben tudtuk a Dellamartina—Mester-reactióval meghatározni (lásd 6. és 7. esetet). Lényegesen enyhült a panasza a 10-es számú betegünknek is, aki a vizsgálat eredménye szerint szervezetének nikotinsav hiányát az adott gyógyszerből (Vitaplex N), A-vitamin hiányát pedig az ajánlott A-vitaminban gazdagabb étrendből ellenőrző vizsgálatkor már részben pótolni tudta. Betegeink másik részének panasza nem szűnt meg vagy ismét kiújult. A Dellamartina—Mester-reactio az utóbbi betegeken vagy A-vitaminhiányt (lásd 2. és 8. esetet) vagy nikotinsav deficitet (lásd 6–9. esetet) mutatt ki.

Három betegünknek volt positiv a chinin reactioja. Két betegnek (lásd 1–2. esetet) nagy adag A-vitamint adtunk, a harmadik betegnek (lásd 8. esetet) nikotinsavat hosszabb ideig, anélkül, hogy vitaminhiányukat az adott gyógyszerből pótolni tudták volna. Kis adag (3×10 ctg) chininum sulfuricum hatására azonban szervezetük a vitamintokat néhány napon belül fel tudta használni, a reactio negativ lett s ezzel párhuzamosan panaszuk is megszűntek, vagy legalábbis lényegesen enyhültek.

Ügylátszik különös szerepe van az A-vitaminnak mint gyógyszernek is a pruritus tüneteinek enyhítésében. Az A-vitamin hatására a panaszok enyhültek akkor is, ha a szervezet a bevitt vitaminból fennálló vitaminhiányát pótolni nem képes (lásd 1. és 2. esetet). Az A-vitamin enyhíti a meglévő tüneteket akkor is, ha a szervezetben a normalisnak megfelelő mennyiségben van jelen és a panaszok valójában nikotinsav hiánya következtében lépnek föl (6. eset).

Három betegünkön (lásd: a 4., 6. és 9. esetet) a Dellamartina—Mester-reactióval hypothyreosist állapítottunk meg. Hypothyreosis önmagában is hypovitaminosiszhoz vezethet, mert a beteg szervezete nem tudja a növényi táplálékban előforduló carotint A-vitaminná átalakítani (carotinase csak thyroxin jelenlétében hat).

Betegeink közül háromnál hypothyreosist, háromnál reticuloendothel csökkent működését állapítottuk meg. Ezzel magyarázatot találtunk arra, hogy az ő esetükben mi módon jött létre a hypovitaminosisos állapot. A többi négy betegünk esetében, miután az előbbiekhöz hasonló elváltozást nem találtunk, fel kell tételeznünk azt, hogy hypovitaminosisuk vagy csökkent vitaminbevitel, vagy a bélből való tökéletlen felszívódás következtében jött létre. Annál is inkább, mert vitaminhiányukat, vitaminkészítmények vagy az ajánlott vitaminban gazdagabb étrend hatására, könnyen pótolni tudták.

A gyógyszeres kezelés abbahagyása után a pruritusos panaszok könnyen kiújulhatnak. Ennek egyik oka az, hogy a hypovitaminotikus szervezet a carotint vagy csökkent mértékben, vagy egyáltalában nem tudja A-vitaminná átalakítani (*Patzelt*, *Schärrer*). A másik ok viszont az, hogy a klinikailag tünetmentessé tett beteg vitaminyegyensúlya továbbra is labilis marad. Ezt az egyensúlyt ugyanis a legkisebb kóros behatás is könnyen felboríthatja (8. és 9. betegünk esetében recidiváló polyarthrit, illető-

leg rheuma néhány nap múlva a tünetek kiújulásához vezetett). Hosszabb ideig tünetmentes betegeink viszont azt bizonyítják, hogy tartós és sikeres vitaminyógymód után a szervezet mélyebben is áthangolható. A legkönnyebben annak a betegnek panasza újulhat ki, akinek RES működése zavart. Ilyenkor gyógy módunkkal nem szüntetjük meg azt a toxikus vagy neurohormonalis okot, amely a RES dysfuncióját és az ennek következtében létrejövő hypovitaminosist előidézte. Az alapmegbetegedés gyógyítása (diabetes, hyperthyreosis, májbetegség) amennyiben lehetséges, a fontos. Ezekben az esetekben a vitaminokkal együtt adott chinin csak tüneti gyógymódnak tekinthető, amely a RES sérülését kiváltó (toxikus) betegség gyógyulását a legjobb esetben is csak elősegíti. (König, Sebesta vizsgálatai szerint A-vitamin hatására két-háromszorosára nő a diptheriában megbetegedettek vérserumában az antitoxin mennyisége.)

Therapia: A pruritus-leukoplakia-kraurosis vulvaeban megbetegedett asszonyokon tünetmentességet vagy legalább a panaszok lényeges csökkenését érjük el akkor, ha napi $3 \times 5 - 10$ ctg chininum sulfuricummal egyidőben A-vitamint (csukamájolaj, Halivitan, Vitaplex A, Virgin, Vogan) és nikotinsavat adunk (kísérleteinket Vitaplex N-el [Chinoin] folytattuk). A nikotinsav bevételének átmeneti kellemetlen melléktünetei lehetnek (főként a felső testre terjedő melegérzés, kipirulás, viszketés, bizsergés érzése, amely a szer beszédése után kb. félóráig is eltart). Csökken a mellékhatás, ha a beteg a nikotinsavat teli gyomorral veszi be. Megszűnik egyidejű glykocoll adására. Nem jelentkezik nikotinsavamid készítményekre (Hoffmann, La Roche, Endobion Merck; nikotinsavamid, »Blaes«). Nikotinsavamid tartalma van a B-complexum egyéb factorain kívül a különféle májkivonatoknak. Hosszabb tünetmentességet csak akkor érhetünk el, ha vitaminokban különösen gazdag étrend (A-vitamin: tej, tojás, máj, vese, stb., B-complexum szárított élesztő [10-20 gr naponként] máj, stb.) elrendelésén kívül nagyobb időközökben a chinin szedését is megismételtetjük. Hypothyreosisos betegeknél a megfelelő pajzsmirigy készítménnyel pótoljuk a thyroxin hiányát. Intercurrrens acut vagy chronikus lázas megbetegedés könnyen recidivához vezet, ami vitaminok és chinin adására gyorsan megszűnik.

Összefoglalás: 10 pruritusos betegünk Dellamartina-Mester-reactio segítségével végzett vizsgálatai amellet szólnak, hogy a pruritus leukoplakia és kraurosis betegségcomplexum A-vitaminhiányon kívül (Halban, Swift) a B-complexum — főként nikotinsav — hiánya következtében jön létre. A hiányt vitaminszegény táplálékon és a bélből való csökkent felszívódáson kívül létrehozhatja a reticuloendothel-systhema sérülése, amely kis adag $3 \times 5 - 10$ ctg chininum sulfuricum RES izgató hatásával és sympathikotoniát csökkentő tulajdonságával kedvezően befolyásolható. Szerepe van ezenkívül a pajzsmirigy hypofunctiójának is. Az E-vitamin szerepét egyelőre nem vizsgáltuk.

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

A Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. Belklinikájának közleménye. (Igazgató: Borcs József ny. r. tan.)

A vér prothrombin tartalmának csökkenése májbetegségekben s ennek befolyásolása K vitaminnal.

Irta: Zemplén Béla dr. egyet. tanársegéd.

A véralvadás klasszikus elmélete szilárd vérrög létrejöttéhez prothrombin (másnéven thrombogen), thrombokinasé, calcium ion és fibrinogen jelenléte szükséges. Ha ezen anyagok közül bármelyik nincs kellő mennyiségben a vérben (kivéve talán a calciumot), az alvadási idő elhúzódik. A vér thrombokinasé és fibrinogen tartalmának változása már régen foglalkoztatta a kutatókat, míg a prothrombinra csak az utóbbi években, különösen a K (koagulációs) vitamin felfedezése óta terelődött a figyelem. (Dam és Glavin; Warner, Bringham és Smith; Quick.) A prothrombin vegyi összetétele még nem ismeretes, tisztán előállítva nincs és így a vérből mennyilegesen közvetlenül nem határozható meg, de következtetni lehet a mennyiségére az alvadási idő meghosszabbodásából akkor, ha a többi tényezőt normalisnak vesszük, vagy normalissá tesszük. Ha tehát normalis fibrinogen tartalmat tételezünk fel (a fibropenia ritka elváltozás, de ha mégis gyanú merülne fel arra, a fibrinogen külön meghatározandó), az oxalatos plasmához meghatározott mennyiségű calciumot teszünk és thrombokinasét (tüdő- vagy agyvelő kivonat) feleslegbe adunk hozzá, akkor az alvadási idő párhuzamos lesz a vér prothrombin tartalmával. A véralvadás meghatározására szolgáló Bürger-féle eljárás nem alkalmas a prothrombin tartalom megállapítására, mert ennek finom változásait nagy hibahatára miatt nem képes követni. Tekintettel arra, hogy vérvétel alkalmával thrombokinasé szövetsérülésből s a thrombocyták széteséséből mindig jut a rendszerbe, a thrombokinasé hozzáadás is elhanyagolható. Ezen alapszik a vizsgálataimban alkalmazott Howell-féle módszer, melynek lényege a következő:

Élettani konyhasóoldattal átmosott fecskendővel leszorítás nélkül 2 ccm vért veszünk vivőérből s rögtön 0.25 ccm 1%-os Natriumoxalát (élettani konyhasóban) oldatba fecskendezzük. Összekeverés után lecentrifugáljuk és 4 kis kémcsőbe 5-5 csepp plasmát mérünk. Az 1. csőbe 2 csepp, a 2.-ba 3 cs., a 3.-ba 4 cs., és a 4. csőbe 5 csepp 0.5%-os calciumchloridot teszünk és a hozzáátétel pillanatától mérjük az időt. A legelőször megolvadó cső adja a vér prothrombin idejét. Különböző calciummennyiségek hozzáadása azért szükséges, mert optimalis calcium concentrációnál az alvadás előbb lép fel s a valódi prothrombin idő csak így állapítható meg. (L. Steward és Pohle.) Normalis körülmények között a prothrombin idő igen állandó: 6-7 perc között mozog. Minden vizsgálandó vérről párhuzamosan normalis vért is beállítunk és a vizsgálandó vér prothrombin tartalmát a normalis %-ában fejezzük ki a következő képlet szerint: $\frac{\text{norm. controll prothr. idő}}{\text{vizsg. prothr. idő}} = \text{prothrombin tartalom \%}$.

Beteganyagomat 3 csoportra osztottam: elzáródásos sárgaság, icterus simplex (parenchymatosus) és cirrhosis. Elzáródásos sárgaságnál a szerzők egész sora szerint (Butt, Svell és Osterberg; Bringham, Smith és Warner; Dam és Glavin; Koller stb.) prothrombin csökkenés támad, melynek oka az, hogy a zsírban oldódó K-vitamin az epehiány miatt nem tud felszívódni. Eseteimben a prothrombin tartalmat májműködési próbák eredményével hasonlítottam össze. A máj rész működéseinek jellemzésére a Ta-

kata-reactiót, a phosphatase-reactiót, a galaktose- és fuchsin-próbát végeztem el. Az említett próbák értekelhetőségéről és egymáshoz való viszonyukról előző közleményeimben számoltam be. Az I. táblázatból (elzáródásos sárgaság) látható, hogy a vér pro-

I. Táblázat. Mechanikus icterus.

Sor-szám	Prothrombin %	Takata	Phosphatase E	Galaktose gr	Fuchsin-kiválasztás
1	68	—	9.5	0.1	norm.
2	100	—	7.0	0.8	—
3	75	—	9.4	0.8	csökkent
4	100	++	14.6	—	—
5	78	—	5.6	2.9	norm.
6	100	—	—	—	—
7	60	—	9.0	1.9	norm.
8	60	—	13.0	0.7	csökkent
9	78	—	29.0	1.0	minimalis
10	75	—	36.0	1.0	—
11	100	—	16.0	2.0	norm.
12	100	—	12.1	—	norm.
13	67	—	12.2	0.4	hiányzik
14	100	—	—	—	—
15	100, 85	—	—	—	—
16	58	—	4.8	1.5	csökkent
17	100	—	21.2	—	—
18	100, 59	—	—	—	—
19	83	—	13.0	—	—
20	100	++	46.0	1.8	normalis
21	67	—	12.0	1.2	—

thrombin tartalma az első vizsgálat alkalmával 21 közül 11 esetben alacsonyabb volt a normalisnál, mely szám 2 beteg újabb megvizsgálásakor 13-ra emelkedett. Betegeim válogatás nélkül kerültek ki a klinika beteganyagából, rövid ideje tartó elzáródástól hónapok óta fennálló teljes obstrukció is szerepelt. A prothrombin idő csökkenése nem párhuzamos szigorúan az elzáródás idejével. Ez érthető is, mert az elzáródás foka gyakran ingadozik és kevés epének a bélbe való jutása már lehetővé teszi a táplálék K-vitaminjának felszívódását. Ezenkívül számba veendő, hogy a bélbakteriumok is képesek K-vitamint képezni (*Almqvist; Smith, Ziffren, Owen, Hoffmann*) és a szervezet több-kevesebb K-vitamin tartalékkal is rendelkezik. Mégis eseteink arra mutatnak, hogy 4–5 hétig tartó teljes elzáródás prothrombin csökkenéshez s esetleg vérzékenységhez vezet. Betegeimnél általában a prothrombin csökkenés nem volt nagyfokú s azt a határt nem érte el, melynél már vérzékenység lép fel. *Koller* ezt a pontot kritikus prothrombin százaléknak nevezi, mert vérzések csak ezen százalék alatt észlelhetők, de nem lépnek fel szükségszerűen. A kritikus prothrombin százalék *Quick* methodusa szerint 20%.

Ha a prothrombin tartalmat összehasonlítjuk májműködési próbákkal, azt látjuk, hogy a Takata-reactio csak két esetben adott mérsékelt pozitív (++) eredményt s ezek közül is az egyik biliáris cirrhosisban, a másik pedig diabetesben szenvedett. A galaktose próba minden esetben negatív volt, a phosphatase az elzáródásos sárgaságnak megfelelően magas szinten mozgott. (Normalisan 4–5 E.) Egyedül a fuchsin-próba adott 11 eset közül 5-ben pozitív eredményt s mindig csak olyankor, mikor a prothrombin tartalom is csökkent volt. A májműködésben tehát durva elváltozás nem mutatható ki, mégis, mint már a fuchsin-próbáról írt közleményemben kifejtettem, hosszabb ideig tartó elzáródás a májműködést károsítja, mely a fuchsin próbával már akkor kimutatható, mikor egyéb májműködési próbák még negatívak. A májműködés ily kismértékű csökkenésével

azonban a prothrombin tartalom 50–60%-os csökkenése nem magyarázható. Kismértékű májartalomnál vagy ép májnal a prothrombinsökkenés oka K-vitaminhiány.

A K-vitamint 1930-ban *Dam* fedezte fel. Kimutatta, hogyha csirkéket lipidmentes diétára teszünk, néhány hét múlva haemorrhagiás diathesis következik be, mely az addig ismeretes vitaminokkal nem volt megszüntethető. *Dam* és *Schönheyder, Almqvist* és *Stokstaddal* csaknem egyidejűleg jött rá, hogy a csirkéknek ez a vérzékenysége a zöld levelekben előforduló, zsírban oldódó vitamintermészetű anyaggal megszüntetendő, melyet koagulációs (K-) vitaminnak neveztek el. Azóta a szerzők egész sora foglalkozott a kérdéssel (irodalmat lásd *Koller*), különösen a sárgaságos betegek prothrombin idejének befolyásolásával K-vitaminnal. Az eredmények egyöntetűek, valamennyi szerző megállapítja, hogy elzáródásos sárgaságban szenvedő betegek megnyúlt prothrombin ideje K-vitaminnal normalissá tehető, a haemorrhagiás diathesis megszüntethető és a műtéti vérzés és utóvérzés veszélye csökkenthető.

Eseteim közül 12 részesül K-vitamin kezelésben. Az első 4 beteg spenótból készült, K-vitamint bőségesen tartalmazó olajos kivonatot kapott, melyet belsőleg adagoltam napi 100–200 mg mennyiségben, mindig epesavas sókkal együtt (suprachol tbl.). A kísérleti anyagot a Richter-gyár bocsátotta rendelkezésemre. Mint később kiderült, tekintettel az anyag tisztátalanságára, az alkalmazott adag kicsiny volt s így a prothrombin idő csak aránylag hosszú adagolás után (5–8 nap) tért vissza a normalisra (I. II. táblázat.) Egy esetben az emelkedés csak 70%-ig

II. Táblázat. K-vit. mechanikus icterusnál.

Sor-szám	Napi adag	Kézelés előtt prothrombin %	K-vit. után prothrombin %	Napok száma
1	200 mg K-vit.	68	100	5
2	»	79	100	8
3	»	78	100	8
4	1 cm ³ K-vit. olaj	60	70	6
5	2 vitakolan tbl.	67	100	4
6	»	60	100	5
7	»	78	100	4
8	»	75	100	2
9	»	67	100	1
10	»	58	100	3
11	3 vitakolan tabl.	75	100	2
	2 cm ³ Karan i. m.	57	100	2
12	1 cm ³ Karan i. m.	59	73	1

ment. A spenótolaj adagolását rendkívül megnehezítette undorító íze, mely gyakran olyfokú hányingert okozott a betegeknél, hogy alkalmazása lehetetlenné vált. A többi betegek dragée formájában kapták a K-vitamint, mely kezdetben K-concentratumot, később tablettaként 5 mg szintetikus hatóanyagot (Vitakolan Richter) tartalmazott. Az alkalmazott 2-methyl 1–4-naphtochinon *Koller* kísérletei szerint a természetes K-vitamin hatáshordozó része s a szervezetbe ily formában a legaktívabb. *Vitakolan* dragée kezelésben 6 beteg részesült, napi adag 2–3 dragée + epesavak. Ez a készítmény már sokkal aktívabbnak bizonyult, prothrombin időt 1–2 nap alatt normalissá tette. Bevétele kellőmés, hányingert egy esetben sem okozott. Két beteg (6. és 8. sz.) normalissá tett prothrombin idővel műtetre került, fokozott műtéti vérzés vagy utóvérzés egyik esetben sem lépett fel és a prothrombin tartalom műtét után is 100 százalék volt. A II. sz. esetnél a prothrombin csökke-

nés megszüntetése után 1 héttel a K-vitamin elhagyása miatt a prothrombin tartalom újra 57 százalékra süllyedt. 2x2 ccm. Karan-Merk (2 metylnaphtho-hydrochinon 1-4-dibutyrat 0.75 százalékos olajos oldata) intramuscularis befevcskendezése után 2 nap múlva a prothrombin idő ismét normalissá vált. A 12. sz. esetben 1 ccm Karant adtuk intramuscularisan, mely nem bizonyult elégségesnek, minthogy másnapra a prothrombin tartalom 59 százalékról csak 73 százalékra emelkedett.

Végeredményben tehát mindegyik K-vitaminnal kezelt betegnél sikerült a vér prothrombin tartalmát emelni s ez 10 esetben 100 százalékban sikerült is. Műtetre került eseteknél utóvérzés nem lépett fel. Az új synthetikus peroralis és injectiós készítmények igen hatásosoknak bizonyultak.

A májbetegek következő csoportját a parenchymás icterus (icterus simplex és salvarsanicterus) képezte. (I. III. táblázat.) A prothrombin idő meghatározásával párhuzamosan itt is elvégeztem az említett májműködési vizsgálatokat. 11 beteg közül háromnál találtam mérsékelt fokú prothrombin csökkenést s ezzel párhuzamosan ugyanezen betegeknél a májműködési próbák közül is kaptam pozitív ered-

III. és IV. táblázat. Parenchymás icterus.

Sor-szám	Prothrombin %	Takata	Phosphatase E	Galaktose gr	Fuchsin-kiválasztás
1	67	+++	12.1	6.0	csökkent
2	100	++	—	9.3	—
3	100	—	4.0	—	—
4	75	—	4.0	4.8	—
5	100	—	2.9	0.6	norm.
6	100	—	5.2	9.2	norm.
7	100	—	9.2	7.0	norm.
8	100	—	1.8	1.1	norm.
9	100	—	7.7	—	—
10	100	—	—	—	—
11	83	—	6.7	2.6	csökkent

Cirrhosis.

1	75	+++	0.7	6.0	—
2	100	+++	—	—	—
3	75	—	1.2	2.3	norm.
4	100	+++	11.0	1.6	—
5	100	+++	1.3	2.6	norm.
6	62	+++	3.3	0.5	csökkent

ményt. Az 1. sz. betegnél, ki salvarsanicterusban szenvedett, kezelés kezdetén az összes elvégzett próbák pozitív eredményt adtak. Állapota javulásával, dextrose-Insulin és diatás kezelés után K-vitamin adagolás nélkül vérenek prothrombin tartalma 100 százalékra emelkedett. A 4. sz. esetben (icterus simplex) a megnyúlt prothrombin idő az icterus elmúlása után normalissá vált s a galactosuria eltűnt. A 11. sz. betegnek másodszor fellépő nagy májduzzanattal járó súlyos parenchymás icterusa volt. Az első vizsgálat 75 százalékot prothrombin tartalmat mutatott. Egyhetes synthetikus vitakolan és epesav kezelés után (napi 15 mg) a sárgaság fokozódása ellenére prothrombin tartalma 100 százalékra emelkedett. A K-vitamin elhagyása után egy hét múlva a sárgaság csökkenése mellett a prothrombin tartalom ismét 60 százalékra esett, mely 2 ccm Karan befevcskendezése után 24 óra múlva 100 százalék lett s most már a meginduló gyógyulás folyamán végig normalis maradt.

A következő csoportban a cirrhosisos betegeket foglaltam össze. (I. IV. táblázat.) A 6 vizsgált eset

közül háromnál találtam prothrombin csökkenést, pozitív májfunctiós próbákkal együtt. Ezek közül a betegek közül K-vitamin kezelésben egy részesült. A vitakolan inj. hatástalannak bizonyult.

Az icterus simplex és cirrhosisos betegeknél azt látjuk az elzáródásos sárgasággal ellentétben, hogy a prothrombin csökkenés nagyobb fokú májartalommal jár: pozitív Takata és galaktose, igen alacsony phosphatase, pozitív fuchsinpróba. Minden esetben nem pozitívak természetesen az összes próbák, mert hisz ez csak a legsúlyosabb elváltozásoknál (atrophia flava, hepatargia) várható, mert a májnak egyes rész működései még jók lehetnek, mikor a prothrombin képzés már csökkent. Itt nem lehet szó csupán K-vitamin hiányról, mert hiszen az epefolyás egyik esetben sem volt teljesen gátolt s így a K-vitamin felszívódhatott. Parenchymás icterusnál és cirrhosisnál prothrombin csökkenés oka a májartalom. A beteg máj nem képes elegendő mennyiségben prothrombint képezni, még akkor sem, ha K-vitamin normalis mennyiségben rendelkezésére áll. Fokozott K-vitamin bevitel úgylátszik a megbetegedett májat serkenteni képes, mint ezt a 11. sz. esetben láttuk, hol peroralis és később intramuscularis kezeléssel a klinikai kép rosszabbodása ellenére sikerült a prothrombin tartalmat normalissá tenni. A K-vitamin hatást bizonyítja, hogy elhagyása után a prothrombin újra csökkent s csak újabb adagolás után tért vissza 100 százalékra.

A prothrombin képzéshez, mint láttuk, két tényező szükséges: a K-vitamin bejutása a szervezetbe és a máj kifogástalan működése. A két tényező azonban egymástól teljesen függetlenül nem szerepel. Elzáródásos sárgaságnál epehiány miatt a felszívódási viszonyok annyira romlanak, hogy a máj nem kap elegendő mennyiségű K-vitamint. Ez a fő oka a prothrombin csökkenésnek, de hogy a máj sem teljesen egészséges, különösen hosszabb ideig tartó elzáródás esetében, a pozitív fuchsin próbával igazolható. Icterus simplexnél és cirrhosisnál, hol K-vitamin elméletileg elegendő mennyiségben van jelen, a hypoprothrombinaemia oka elsősorban a máj artalma, mely egyéb májműködési próbákkal is kimutatható. De hogy mérsékelt K-vitamin hiány is szerepet játszik, bizonyítható azzal a ténnyel, hogy a prothrombin csökkenés a klinikai kép súlyosbodása mellett is befolyásolható K-vitaminnal. A májműködés nagyfokú romlásánál azonban a K-vitamin nincs hatással a vér prothrombin tartalmára. (Scanlon, Bringham, Warner, Smith és Flynn; Sharp; Stewart, Butt és Osterberg.) A K-vitamin hatásossága a meghosszabbodott prothrombin időre tehát a májműködésre ad felvilágosítást (Koller). Jól működő májszövet fokozott prothrombin képzéssel reagál K-vitamin adagolásra, míg súlyos májartalomnál a csökkent prothrombin tartalom nem változik.

Összefoglalás. A vér prothrombin tartalma májbetegek egy részénél alacsonyabb a normalisnál. Elzáródásos sárgaságnál a csökkenés oka a szervezet K-hypovitaminosis; a májartalom enyhe. A prothrombin idő K-vitaminnal rövidesen normalissá tehető. Parenchymás icterusnál és cirrhosisnál a hypoprothrombinaemia oka elsősorban a máj megbetegedése (pos. májműködési próba). Mérsékelt fokú májartalomnál a prothrombin tartalom K-vitaminnal befolyásolható, súlyosnál nem.

Bármilyen eredetű prothrombin csökkenésnél javalt a K-vitamin kezelés.

A Tisza István Tudományegyetem Szülő- és Nőbeteg Klinikájának közleménye. (Igazgató: Kovács Ferenc ny. r. tanár.)

Császármetszést javalló kismedencebeli daganatok.

Írta: Szendi Balázs dr.

egyetemi m. tanár, kórházi főorvos.

A kismedencét eltorlaszoló daganat, mint szülési akadály nagyon ritka. Gyakoriságára utaló, nagyobb anyagot felölelő statisztika hiányzik. A legnagyobb forgalmú intézetekben is — ahol a ritkaságok inkább összejönnek — 10–15 év alatt fordul elő 1–2 ilyen eset. Így pl. *Burger* 58.201 terhes között 4, *Liebmann* a II. női klinika 15 évi anyagában 10, *Rhiemann* 11.000 szülés között 5, *R. Küstner* több mint 25.000 szülés között 2 (myomát), klinikánk 10 évi (1931–1940) 12.000 szülési anyagában pedig 5 különböző természetű daganatot észleltünk, mint abszolút szülési akadályt képező medencebeli daganatot. Ritkaságának oka egyrészt a szaporodás korának és a daganatok idejének különbözőségével magyarázható, másrészt azzal, hogy az ivarszervi és más kismedencebeli daganatok nem kedveznek a teherbeesésnek. Mechanikusan és működésileg gátolhatják a teherbeesést és fogamzást.

Ritkaságuk mellett természetükben is igen változatosak lehetnek. Elsősorban ivarszervi daganatok szerepelnek; de írtak le már a medencefenék szöveteiből kiinduló fibromát, lipomát, neurofibromát, echinococcus tömlőt, a medencecsontok, ízületek chondromáit, osteomait, béldaganatokat stb. és dystopiás vesék ritkább eseteit is, mint a császármetszést szükségessé tevő feltétlen szülési akadályokat.

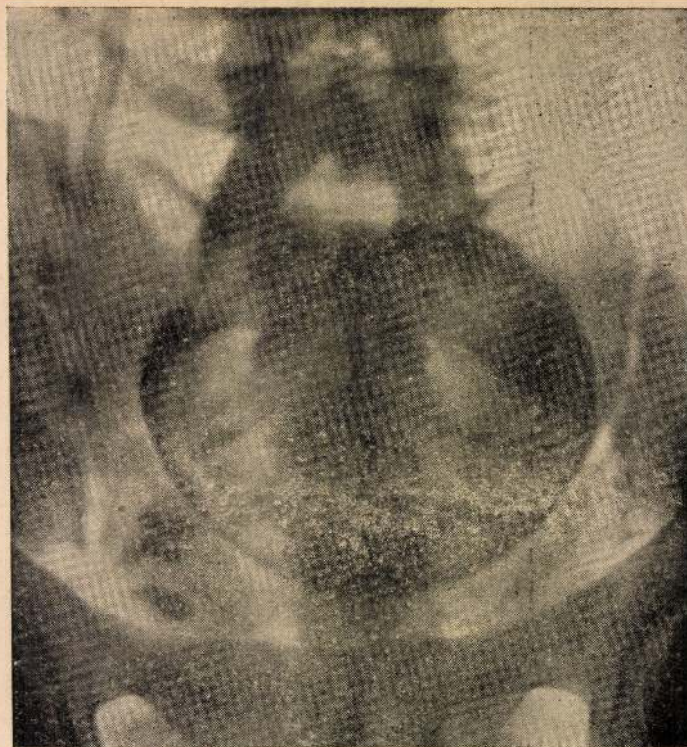
Elsősorban téraránytalanságot okozó jelentőségük van, de szülés alatti sérülésekkel is súlyos következményűek lehetnek.

Régebben a terheseken végzett hasmetszések nagyobb kockázata idején, sokkal nagyobb jelentőségük volt. *Mac Kerron* összeállításában pl. 49 petefészekdaganattal szövődött szülésben 22 asszony és 34 gyermek halt el. Ma a hasmetszéses szülések csekély kockázata nagyon csökkentette e daganatok veszélyét anyára, magzatra egyaránt; de csak akkor, ha az ilyen szülők idejében intézetbe kerülnek. De az intézeti esetek ismertetése is tanulságos a kórisme és beavatkozás szempontjából; mert hiszen a hasmetszéssel lebonyolított szülések eredményein is lehet, sőt kell javítani, ha tekintetbe vesszük, hogy pl. *Franque* összeállítása szerint a petefészekdaganattal szövődött szülések császármetszése (55 esetben) még ma is 5.7% anyai halandósággal jár.

Alábbiakban ilyen abszolút szülési akadályt képező genitális és extragenitális daganatok érdekesebb eseteit ismertetjük.

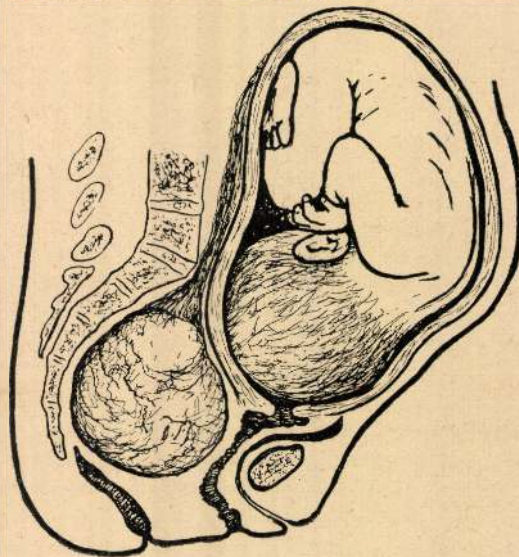
I. Dermoidalis petefészek-tömlő.

26. é. I. P., 2 évvel előbb volt II–III. hónapos vetélés. Zavartalan terhesség után jelentkezett félnap óta tartó renyhe fáisokkal. A magzat I. knf.-ben magasan a balesipő-tányéba kitért fejjel. Belső vizsgálattal a kismedencében, inkább jobboldalt, a ledomborított hüvelyholtozaton keresztül, jókora, férfiökölnyi feszesen rugalmas, egyes részeiben tömöttebb daganat volt tapasztalható. Kimozdítani nem lehetett. A hüvelyrész baloldalt magasan a symphysis felé húzódtott, pengőnyire tágult méhszájjal, álló burokkal. A fej leszállását, ill. beigazodását a daganat gátolta, mely, klinikai sajtásai után ítélve, petefészek-tömlő vagy fellazult cervi-



1. ábra.

calis myoma lehetett. A medencéről készített röntgenfelvételen a kitért fej alatt, jobboldalt, 3 jól fejlett fog rajzolódott ki (1. ábra), miből megállapítottuk, hogy a daganat dermoidalis tömlő. 10 óra múlva megrepedt a burok anélkül, hogy a tumor és a fej viszonya változott volna, a méhszáj alig tágult tovább és még magasabbra húzódtott. A szülés kedvező lebonyolítását csak császármetszés oldhatta meg. Transperitonealis harántmetszéssel 2800 gr-os élő magzat és lepényének megszületése után a méh kibuktatásával kerestük fel a kismedencét kitöltő férfiökölnyi daganatot, ami rostonyásan és kötőszövetes lemezekkel környezetéhez (2. á.)



2. ábra.

volt rögzítve. Az összenövés oldása után egészben sikerült kiemelni és eltávolítani, kivongált petevezetőjével együtt. A gyógyulás zavartalan volt. (Az esetet *Ebergényi* is ismertette a Debreceni Orv. Egyesület 1934. IV. 10-iki ülésén.)

Petefészekdaganat mint szülési akadály igen ritkán szerepel. Terhességgel együttes előfordulása is elég ritka. Bár a különböző intézetek anyagában változó gyakoriságú, valószínűleg azért, mert a nem valódi petefészekdaganatokat is gyakran úgy szerepeltetik,

általában 0.15—1.5%-ban fordul elő. Klinikánk 10 évi, több mint 20.000 terhese között 41 = 0.19% volt petefészekdaganattal szövődve (30 valódi daganat és 11 retentiós tömlő) és az csak a fent ismertetett 1 esetben okozott szülési akadályt, a többi 40-ben pedig már a terhesség alatt távolítottuk el a daganatot. *Nyström*, *Stübler-Brandess* s mások vizsgálatai szerint a petefészekdaganattal bíró, de egyébként ép ivarszervű asszonyok között gyakoribb a meddőség, (16.03%, ill. 14.7%) mint a nem daganatos nőkben (6.1%, ill. 9.5%). *Mayer A.* szerint mintegy 3—7%-a esik teherbe a petefészekdaganatos asszonyoknak. Klinikánk anyaga is hasonló viszonyokat mutat, amennyiben 921 petefészekdaganat miatt operált betegünk között 4.45%-ban fordult elő terhesség.

Mayer A. hívta fel a figyelmet arra, hogy a szülési szövődmenyt okozó petefészekdaganatok legnagyobb része (10 esetből 8), a ternesseggel szövődöttnek is nagy százaléka (49 esetnek 45%-a) dermoid. Saját anyagunkban is a ternességben észlelt 30 valódi petefészekdaganat között 9 = 30% volt dermoid, míg nem ternesekben észlelt 503 valódi petefészekdaganatunk között csak 13.12%. Ezt a gyakoriságát *Mayer A.* azzal magyarázza, hogy a dermoid mint lassan növekvő daganat, évekig tünetmentes maradhat és kevésbé gátolja a conceptiót lehetőséget, mint a gyorsan növekvő és így korán tüneteket okozó különféle cystomák. Másrészt a dermoidok mint kisebb tumorok könnyebben csúsznak le a Douglasba, mint a nagyra növekvő cystadenomák. Kétségtelenül ezen tényezőknek is szerepük van mindkét szempontból, bár a kisebb daganatokat a terhes méh általában magával emeli a nagy hasüregbe, mint azt pl. a nem valódi petefészekdaganatok esetében tapasztalhattuk. A daganatok kismenedecébe lecsúszása és beszorulása valószínűleg több tényezőtől, ezek között a daganat fajsúlyától, a rögzítési viszonyoktól, a kocsány és a szalagok lazaságától stb. is függ. Esetünknel döntő szerep jutott a tömlőfal elfajulásának és a következményes környéki lobosodásnak és összenövésnek is. A petefészekdaganatok között azonban az is lehet, hogy a növekvő petéből, az anya véérébe kerülő, az ébrényi élet kibontakozási folyamataival képződő, a szövetek szaporodását és differenciálódását serkentő anyagok a már meglévő kisebb dermoidtelepeket, vagy dermoidosan beállított petesejteket parthenogenetikusan differenciálódásra és rohamos növekedésre bírják s azokat daganatos vagy más tüneteikkel a terhesség alatt hozzák felszínre. Feltehető ez nemcsak az embryonalis, hanem érett szöveteket tartalmazó dermoidtumoroknál is. Ezen feltevésünk értelmében természetesen a dermoidok különösen a terhesség alatt növekednének. Nem jelenti azonban ez, hogy egyes petesejtek parthenogenetikus, dermoidos teratomás burjánzása csak ilyen módon activálódhat, ill. indulhat meg.

Az *elkülönítő kórisme* szempontjából esetünk azt mutatja, hogy hasonló kórképekről érdemes Röntgen-felvételt készíteni. Positív esetben a műtéti megoldás szempontjából ez lényeges módosulást ugyan alig jelent, mert még fertőződés esetén sem lenne célszerű a tömlő megszapolásával a szülés természetes lefolyását megkísérlni. Negatív Röntgen-kép azonban felhívja a figyelmet arra, hogy a daganat természetét tovább kutassuk s különösen a kismenedecében elhelyezkedő congenitalis vagy odacsúszott dystopiás vesét stb. kizárjuk.

Műtéti megoldását tekintve, intézetben egyedül a hasmetszéses szülést tarthatjuk helyénvalónak a daganat egyidejű eltávolításával. Az egyesek által még ma is javasolt reponálás erőszakolása, punctióval vagy más módon megkisebbités és természetes úton lebonyolított szülés stb., intézetben idejétmúlt eljárások. Egyedül komolyabb fertőződés esetén mérlegelhetnénk egyéb eljárást. Utóbbi azonban megelőzhető, ha minden daganatos terhesség és szülés idejében, lehetőleg még a terhesség alatt intézetbe kerül. A régebben általános visszahelyezési kísérletek, a daganat megkisebbitése punctióval stb. és hüvelyi kiirtása még egyszerű petefészek-tömlők esetében is nagy veszéllyel (vérzés, fertőzés, shock, has-hártyagyulladás stb.) igen nagy anyai és magzati mortalitással jár és messze mögötte marad a hasmetszéses szülés + daganat-kiirtásnak.

II. Intraligamentaris cervicalis myoma.

38 é. 5. természetes szülése volt, zavartalan gyermekágyakkal. Közben volt 3 korai vetélése is. Utolsó szülése 6 év előtt. Ivarszervi panaszai nem voltak. Havivérzése rendes. Jelen terhessége is zavartalan. Nem tudott arról, hogy daganata van. 5 nappal a szülés várható ideje után nőorvos szállította klinikánkra azért, mert *kétnapos vajúdása ellenére a szülés nem haladt*. Belső vizsgálattal a fejet már két nappal előbb is a medence mélyén tapintotta, méhszájat azonban hiába keresett. Azt hitte, hogy conglutinatio orif. ut. ext. van jelen.

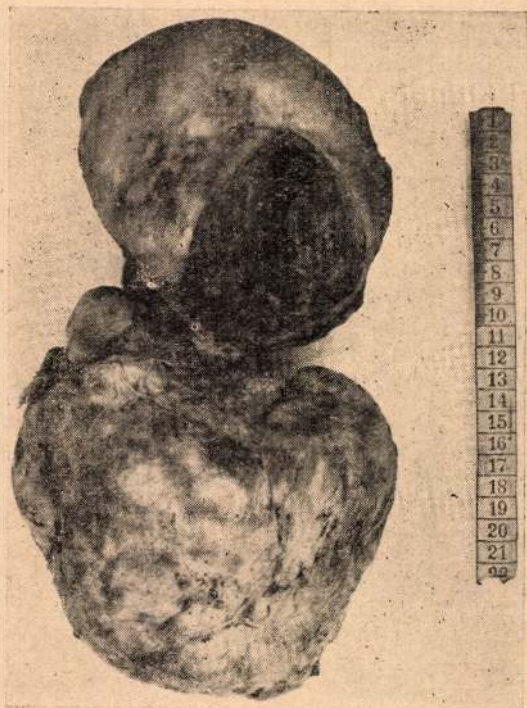
A szülőn általában kórosat nem találtunk. A magzat hossz tengely szerint helyezkedett el, a bal csípőtányérba kitért előlfekvő résszel. A medenceüregben emberfőnyi rugalmas, tömlős daganatot tapintottunk, mely maga előtt ledomborította a hüvelyboltozatot. (3. á.) A ketűjnyi felülé tekintő méhszáj magasan



3. ábra.

a symphysis felett baloldalt. A burok állt. A hüvelyi résztől jobbra, közepén helyet foglaló, útban fekvő daganatot inkább fepuhalt cervicalis myomának, mint cystának tarthatjuk. A visszahelyezési kísérlet eredménytelen volt. Minthogy a burok is állt, egyelőre várakoztunk, bár a szokatlanul nagy, mélyen fekvő daganat felhúzóására nem sok remény volt. A fájások egyelőre kimaradtak, csak 5 nap múlva jelentkeztek újra. 4 óras eredménytelen vajúdás után megállapítottuk, hogy a daganat nem emelkedik ki, hanem mindinkább a szülés útjába kerül, ezért corporalis császármetszéssel hoztuk világra a 3900 gr-os élő magzatot. Kiemelve a méhet, megállapítottuk, hogy az emberfőnél nagyobb (24×13×18cm) daganat fellazult cervicalis myoma a

jobb széles szalag szétfejtett lemezei között és a hólyag alatt foglalt helyet, a cervix jobboldalával és elülső felszínével függött össze s az egész medencét kitöltötte és eltorlaszolta. A hólyag alatt a méh elülső falában még egy lúdtójasnyi másik gócc is volt. A 38 éves anyának ezzel a szüléssel 6-ik élő gyermeke lett, ezért a kiterjedt medencefenéki sebzés gondosabb ellátásának és a műtéti gyógyulás sikerének biztosítása céljából supravaginálisan csonkultuk a méhet is (l. 4. á.) Zavartalan gyógyulás.



4. ábra.

Szövetteni metszetekben nagymérvű fellazulás látható savógyülemekkel.

A myoma és terhesség együttes előfordulása elég ritka. A myoma virágkora csaknem 2 évtizeddel később van, mint a termékenységé, de valószínűleg a méh myomás átalakulása sem kedvez a terhességnek (*Scipiades*). A különböző intézetekben általában 0.1%-ban fordul elő, amiben azonban valószínűleg sok kisebb myomával bíró terhes méh nem szerepel, mert szembetűnőbb tünetet, vagy éppen zavart a terhesség és szülés lefolyásában nem okoz. Klinikánkon 10 év alatt 20.000 terhes közt 29 myomás volt (0.14%). A szülés alatt és gyermekágyban azonban ennél jóval ritkábban találkozunk myomával. Panaszokat ugyanis inkább terhesség alatt okoz, — főképpen a terhesség első hónapjaiban — a szülés és gyermekágy idejére a legtöbb myoma ártalmatlanná válik (l. később). 29 esetünkben 27-et hoztak hozzánk panaszai a terhesség, 1-et a szülés alatt és 1-et a gyermekágyban.

A myoma és terhesség jelentőségét a terhességben, szülés alatt és gyermekágyban előforduló szövődmények szempontjából idők folyamán különbözőképpen ítélték meg. Volt idő, amikor a myoma kórismézése egyértelmű volt a terhesség megszakításával, majd a terhesség megtartására törekvés mellett a myoma eltávolításával. Így akarták elejét venni a myomás terhességek bizonyos százalékában előforduló szövődményeknek, mint pl. a myomagóc steril vagy fertőzéses elhalása, kocsánycsavarodása, méhvérzések, korai lepényleválás, torzfejlődés, vetélés és koraszülés, fájásgyengeség, fekvési rendellenesség, lepényretentio, ato-

nia, myoma elhalása a gyermekágyban, stb. Noha kétségtelen, hogy e szövődmények a myomás terhesség bármelyikében jelentkezhetnek, a tapasztalatok mégis azt mutatják, hogy e túlzott sebési aktivitás nem indokolt. Számosan mutattak rá, hogy a terhesség előrehaladásával a myomagócok mindinkább fellazulnak, plastikussá lesznek, jelentős nagyságúak is elsímulhatnak, mások a terhességi és szülőfájások hatására subperitonealissá válnak, vagy felhúzódnak s kitérnek a lepény tapadása alól és a szülés útjából. Mindez természetesen a myomagóc nagyságától és különösen fekvésétől is függ. Ma a legtöbb intézet inkább a várakozó, megfigyelő álláspont híve s műtétet csak azon esetben tart indokoltnak, ha a daganat nagy, avagy a terhességben, a szülés alatt vagy a gyermekágyban szövődményt okoz. Klinikánk is hasonló állásponton van. Ilyen szemlélet mellett sem észlelhető ma több szövődmény myoma miatt sem a szülés alatt, sem a gyermekágyban, mint a gyökeresebb, terhesség alatti operálások idején.

Nagy daganat esetén természetesen már a terhesség alatt, a daganatnak szülési akadályt várhatóan nem okozó elhelyezkedés esetén is indokolt lehet a myoma kiagyazása a terhesség megtartásával. Csaknem emberfőnyi (11×7 cm) ilyen, terhesség alatt a méhfalból kiagyazott myománk esetét, amelynél a terhesség a műtét után zavartalanul kiviselődött és a szülés spontán zajlott le, *Rhemann* ismertette. Másik esetünkben a terhesség II. hónapjában 16×13×15 cm nagyságú, a méh hátsó falában ülő myomat távolítottunk el, több kisebb góccal. Elviselhetetlen fájdalmakat okozott s megelőzően már két alkalommal a III. hónapban a terhesség megszakadására vezetett. Műtét után zavartalanul viselődött a terhesség, de a szülést, társjavallatok alapján, császármetszéssel fejeztük be. (A 42 éves I. P. asszonynál u. i. *Heyne—Medin* utáni állapot volt: mindkét alsó végtagra, sőt a törzs alsó részére terjedő idegpusztulással és izomsorvadással, a jobbcombját ugyanezen okból csonkolták is, a medence erősen aszimmetriás, ferdeben és egyenesben is szűkebb, primer fájásgyengeség, a hasprésre is alig számíhattunk. Ilyen körülmények között spontán szüléssel nem lehetett kockázatosá tenni a 42 éves asszony első gyermekének élveszületését. Rendes viszonyok között a myoma-műtétől egyébként spontán szülhetett volna.) A szövődmények lehetőségére való tekintettel azonban minden myomás terhes nőt fokozott orvosi ellenőrzés alá kell helyezni és szülésre intézetbe kell küldeni.

Esetünkben méhrepedés lett volna a vajúdo sorsa, — elsősorban a diagnostikus tévedés következtében — ha szakorvos kezébe, a szülés pedig intézetbe nem kerül. A *Troell* által gyűjtött 20 eset felében következett be méhrepedés (id. *Szenteh*). Nem egyszer tévesztettek össze koponyával (*Wladika*) hasonló útbanfekvő tumort s fogót tettek rá (*Leroux*). *Wladikát* egyik esetében a rectalis vizsgálat tévesztette meg annyira, hogy egészen a fenyegető méhrepedés tünetéig várakozott a császármetszéssel és csak hasmegnyitás után ismerte fel, hogy a tapintott elülfekvő rész myoma, nem pedig a magzat feje. Általában intraligamentaris, mélyen ülő cervicalis góccok okoznak szülés alatt — elsősorban mechanikusan — akadályt, még ha kisebbek is. A szabadon fekvő corporalis góccokat a méhösszehúzódások kinyomják a szülőútból is és a méh falá-

ból is subperitonealissá. Egészen nagy ilyen elhelyezkedésű myomákat is észleltek, melyek semmi szövődményt nem okoztak a szülés alatt. A terhességi és szülés alatti méhösszehúzódások a cervicalis góccokat is igyekeznek a méhfalból és a szülés útjából kitolni, azonban intraligamentaris megkötöttségük folytán ezeknél inkább a méh todódik el a daganat mellett, mint esetünkben is láttuk. Az ismertetett myomás szüléseknél szembetűnik még a fájástevékenység renyhesége, abbamaradása, a magzat elhalása (*Scipiades, Szenteh, Wieloch*), egyes esetben a terhesség továbbviselődése, a méhszáj és nyakcsatorna kifejtődésének zavara stb. is.

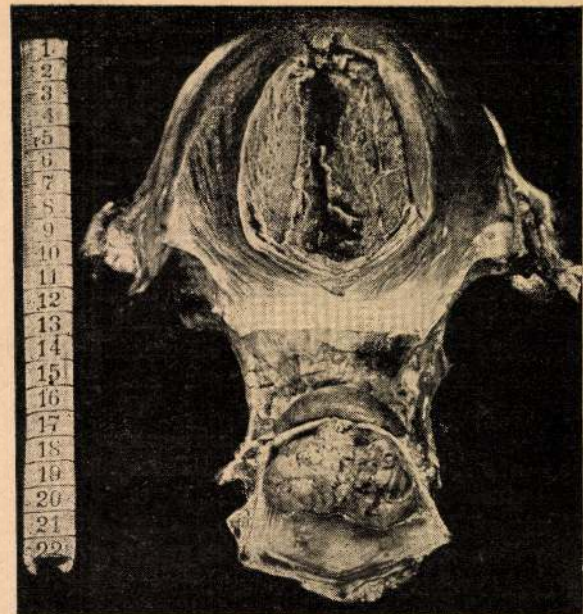
III. Méhnyakrák.

Nagyon ritkán okoz *szülési akadályt*. A rák és terhesség együttes előfordulása általában sem gyakori: 0.03–0.3%, de időben és helyben annyira szélsőlegesen is jelentkezik, hogy szomszédos vidékek különböző intézetei is nagyon eltérő gyakoriságot tüntetnek fel. Hazánkban pl. *Burger* a szegedi klinikáról 58.201 terhes közt 5, *Biró* a budapesti II. klinika 21.331 terhes és szülönője között 10, klinikánk tízevi több mint 20.000 terhes és szülönője között 9 volt rákos (0.04%): 7 portio-, 1 petefészék- és 1 végbélrák. Chicago környékéről *de Lee* viszont csak 0.005%-ról számol be. A rákos terheseknek azonban alig egytizede jut el a terhesség végéig, ill. szülésig, anélkül, hogy előbb orvoshoz ne kerülne, úgyhogy a méhrák, mint szülési szövődmény, a legnagyobb ritkaság. Ez annál szembetűnőbb, mert a tapasztalat s újabban állatkísérletes megfigyelések (*Baatz* s mások) is azt mutatják, hogy a méhrák előrehaladása a terhességben lassú. A terhességi hormonok és szövetszaporodást serkentő ébrényi anyagok különösképpen nem fokozzák, sőt talán gátolják a rák virulását. Ezt mutatja a terhesek rákjának kedvezőbb műtéti prognosisa a kiújulás szempontjából, de erre utal a nem operált esetek rohamos terjedése szülés után (*Burger, Schweitzer* s mások), bár utóbbiban a szülés mechanikai inzultusa (*Frigyesi*), a vérvesztés stb. is szereppel bírhat. E tapasztalt lassú súlyosbodás ellenére, hogy terhességben a rák mégis korán, általában már a terhesség első felében orvoshoz kerül, alig magyarázható másként, mint hogy terhességben a vérezgetés, bő folyás stb. még az egyszerűbb beteget is hamarabb orvoshoz készíti, mint más természetű vérezgetés.

Az alábbiakban ismertetett betegünket is *terhessége végén jelentkező vérezgetése* vitte orvosához, aki *előlefkvő lepény kórisméjével* küldte klinikánkra.

35 é. VI. P. terhességét teljesen zavartalanul viselte, e az utolsó hetekben észlelt időnként véres folyást. Erővel állapota teljesen kielégítő. Felvételkor a szülés már megindult renyhe fájásokkal. A portión gyermek-ökölnyi vérzékeny, karfiolos rákot találtunk, mely befelte az egész méhszájat s gátolta annak kifejlődését. A parametriumok két oldalt beszűrődtek. A szövettani vizsgálat alacsony differenciáltságú laphámrákot mutatott. Corroralis császármetzés, 3500 gr-os élő leánymagzat. Méhkiirtás *Wertheim* szerint. (I. 4. á.) Egy éven át röntgenkezelés. Két évig tünet- és panaszmentesség, a harmadik év végén kiújulásban pusztult el a beteg.

Nagyon ritka, de annál érdekesebb mind az elkülönítő kórjelzés, mind műtéti megoldás szempontjából, mint nőorvosi kórkép és mint szülési szövődmény is.



5. ábra.

IV. Dystopiás zsákvese.

A kismedencébe elsősorban fejlődési zavar, vagy másodlagosan rendes helyéről lecsúszva kerülhet a vese. Előbbiek, a congenitalis dystopiás vesék, helyhez kötöttek, utóbbiak, a vándorvesék, mobilisak, ha csak szövődményeik (hydronephrosis) stb. következtében perinephritikus összenövésnek nem rögzítik. Pontosán megkülönbözteti e kétféle eredetű dystopiás vesét a pyelographiás vizsgálat, amennyiben a cong. dystopiás vese uretere rövid (ha hullámos lefutású is), a vándorveséé rendes hosszúságú és hurkot képez. Előbbi inkább baloldali (pl. *Palmer* 32 esete közül 24), utóbbi inkább jobboldali (*Bötkin* 81 esete közül 76). Mindkettő ritka. A cong. vesedystopia gyakorisága 0.22 (*Latzkó*)—0.6% (*Marschek*), a vándorveséé valamivel több, különösen ha kisebbfokú descensusokat is beszámítunk. Specialisan a nőorvoslás szempontjából van mindkettőnek jelentősége, mert:

1. A cong. vesedystopia 80%-a (*W. Latzkó—Schiffmann*), a vándorvesének pedig 90%-a (*Albarán*) asszonyokon észleltetett és azok nőorvoshoz kerültek.

2. Szövődmény (hydronephrosis stb.) nélkül is klinikai jelentősége elsősorban a mélyen a medencében helyet foglaló formáknak van, még pedig egyrészt a genitális daganatok elkülönítő kórjelzésében, másrészt mint szülési akadály.

3. A húgyszervi fejlődési zavaroknak 50%-ában, mások szerint 75%-ában az ivarszervek egyidejű fejlődési zavara is jelen van.

Ez ismeretek birtokában a nőorvosnak mindig gondolni kell e megtévesztő kórkép fennforgására. Sok esetben segítségül veszik az urológiai vizsgálatot is, mégis a legnagyobb ritkaság, hogy hasmetszés előtt ismerik fel a dystopiás vesét.

Klinikánkon tíz év alatt több mint 10.000 nőbeteg és 20.000 terhes nő között 5 vándorvesét kórisméztünk helyesen már műtét előtt. Viszont 5 esetet: 2 cong. dystopiás vesét, 2 vesedaganatot és 1 vándorvesét csak hasmetszés után ismertünk fel. Egy dystopiás medencebeli vesét haematometrával, másikat, továbbá 1 vesetok-sarkomát és 2 vándorvesét pedig petefészekdaganattal tévesztettünk

össze. Noha gyanús esetekben mindig elvégezzük az urológiai vizsgálatot, ezekben az esetekben a panaszok és tünetek annyira elterelték a figyelmet, hogy vesetumorra a műtét előtt nem gondoltunk. De mások is hasonló sikerrel kórismézik e daganatokat. *Stoeckel* írja, hogy valahányszor gyanakodott dystopiás vesére, a részletes vizsgálat vagy hasmetszés mindig genitális, elsősorban petefészekdaganatot mutatott ki, viszont amikor hasmetszésnél »Beckenniere« volt jelen, általában genitális daganatot diagnosztizált. *Stephan* által ismertetett 86 dystopiás veséből 71, *Baum* 96 esetéből pedig 79 volt hasmetszés után kórismézve. Általában ivarszervi tumorok, ritkábban epehólyag-, lép-, bél-daganat stb. felvétele mellett indultak a műtétnek. Mindez azt mutatja, hogy a nőorvosnak fontos, hogy az urológiában is otthonos legyen.

Mint szülési akadály, a vesedaganatok mindkét formája igen ritka. A vándorvese talán gyakrabban fordul elő terhességben, de tekintve, hogy inkább mobilis, ritkábban képez szülési akadályt, könnyebben kitér, ill. felhúzódik a terhes méh elől. Az utóbbi időben *Burger* s mások ismertettek hydronephrosisos vándorvesét, mint szülési szövődmenyt. A cong. vesedystopiáknál ritkább a terhesség, az ivarszervi fejlődési zavarok gyakori társulások következtében. Megkötöttségük és mélyenfekvésük következtében ezek viszont gyakrabban okoznak szülési akadályt; már az ép vese is térránytalanságot okoz, de a cong. dystopiás vese igen hajlamos hydronephrosissra is, különösen terhességben.

A régebbi eljárásokkal szemben *cong. dystopiás vesénél* — ha felismertük, vagy gyanúja felmerült — *ésszerűbb mindig hasmetszéssel lebonyolítani a szülést, még ha az ép, ill. csak kisebb térránytalanságot okoz is.* A fej áthaladása a promontorium és csípőkeresztvájulat előtt fekvő vesét összezúzhatja, súlyos vesekörüli vérzésekhez vezethet és előmozdítja e vesék hydronephrosisos elfajulását. Valószínűleg ezzel magyarázható, hogy a dystopiás vesékben általában csak a későbbi terhességekben fejlődik ki a hydronephrosis (lásd IV. esetünket). Szövődmenyes vesedystopiák esetén természetes úton rendszerint lehetetlen a szülés. *Hasmetszésez szüléskor* a vesével kapcsolatban a körülményektől függ a követendő eljárás. Általános vélemény azonban, hogy *a vese eltávolítását későbbre kell hagyni* és a puerperalis folyamatok visszafejlődése és a másik vese állapotának tisztázása után *eltávolítani.* A cong. dystopiás vesék nagy százalékában *ugyanis hiányzik a másikoldali vese.*

Klinikánk tízevi anyagában 2 esetben okozott a dystoniás vese szülési szövődmenyt.

30. é. VI. P. 5 megelőző szülése közül, bár a medence méretei szabályosak, az I. haránt-, a II. és IV. farfekvéses megfelelő műtétrel, a III. és V. koponyafekvéses spontánszülés volt. Az I. és II. magzat szülés a hat el (intezetünkön kívül). Az V. magzat, mely klinikánkon 1934-ben farfekvéssel minden szövődmeny nélkül született, 3600 g volt.

Jelen terhességének II. hónapjában jelentkezett első ízben klinikánkon azzal, hogy terhessége óta alsó hasában baloldalt és derekában görcsös fájdalmi, időnként kisebb hőemelkedései vannak. A vizeletben igen kevés geny volt. A II. hónapos terhes méh mögött baloldalt és a promontorium előtt lúdtőjásnyi megkötött daganatot tapintottunk. *Petefészekdaganat*-nak tartottuk s *hasmetszést* végeztünk. Ekkor tűnt ki, hogy a daganat a bal vese. Lobmentes rögzítettségéből vese-született vesedystopiát vettünk fel és a hasat zártuk.

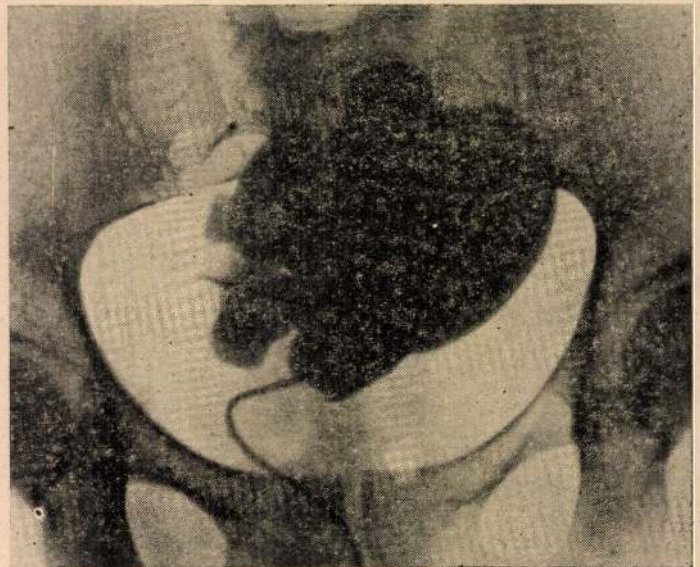
Az utólag elvégzett *urológiai vizsgálat* azt mutatta, hogy baloldalt rendesen működő cong. »Beckenniere«

van. A jobb vese rendes helyén rendes működést mutatott.

A beteget azzal bocsátottuk el, hogy ellenőrző vizsgálata ismételtelen jelentkeztek, de szülésre feltétlenül jöjjön vissza. Azonban — miután állítólag a műtét után nagyobb panaszai nem voltak — csak *szülés alatt jelentkezett*, ketnapos burokrepedéssel, bűzös magzatvízzel, lázasan, *fenyegető méhrepedés tüneteivel.* A koponya a jobb csípőtányérba volt kitérve. A medence bemene-tét és üregét a most már kétököllyi daganattá nőtt vese foglalta el s teljesen lehetetlenné tette a fej előre-haladását. Mivel a magzat még élt, — a fertőzés szempontjából kedvezőtlen körülmények között — *extraperitonealis császármetszést* végeztünk. 3500 gr-os élő magzat súlyos asphyxiában, de reieleszthető, életben is maradt. Gyógyulás. (I. alább.)

A méh sebének ellátása után *felmerült a hydronephrosisos dystopiás vese eltávolítása*, tekintve, hogy az a lázakban is szerepet játszott. Ennek azonban sok nehézsége és veszélye is ígérkezett. Az extraperitonealis császármetszés sebzéséből a promontorium előtt fekvő, a kismedence nagy ereivel is lobosan összekapcsolódó hydronephrosisos vese megkeresése és eltávolítása igen nagy nehézségbe ütközött. De kockázatos is volt. A terített hydronephrosist perinephritikus összenövéséből még normalis fekvése mellett is ritkán lehet kihámozni a peritoneum és a hydronephrosis falának megrepedése és peritonitis veszélye nélkül. A nagy sebágy a méhür felől is fertőződött volna és nem volt biztos, hogy a másik vese magára maradva, majd e égs ges lesz-e. Mindezeket tekintetbe véve, *a vese eltávolítását későbbi időre halasztottuk.*

*Műtét után urológiai vizsgálat*al megállapítottuk, hogy a dystopiás vese a terhesség alatt kétököllyi pangásos hydronephrosissá alakult. Több mint 70 cm genyos, retentiós vizeletet csapoltunk le belőle. Álománya is magyrészt tönrement. Működése igen aláhagyott, a kiválasztásos urographia a hydronephrosisos vesét másfél óra mulva sem tüntette fel. A retrograd pyelographyás kép (6. ábra) szemlélteti fekvését s



6. ábra.

megközelítően a nagyságát, ill. elfajulását is. A betegnek a műtét utáni első 14 napon csak kisebb hőemelkedései voltak, mérsékelt genyvizeléssel s veséjére alig panaszokodott. Ezután nagy lázai jelentkeztek hidegrázásokkal, amit a pangásos hydronephrosis okozott. 30 napn át *Pflaumer*-katetert tartottunk a hydronephrosisos vesében, ismételt vesemedenceöblítésekkel. A zsákvese fertőzött tartalma lassan feltisztult, a láz megszűnt s a beteg úgyszólván panasz nélkül távozott klinikánkról azzal, hogy néhány heti erősödés után visszajön a vese kiirtására. Azonban csak 6 hónap mulva, ismételt felszólításra jelentkezett újra. Panaszai nem voltak. Urológiai vizsgálatál úgy találtuk, hogy a zsákvese még mindig jókora kétököllyi, ureteréből azonban vizelet nem ürült. Kateterrel sem tudtunk bejutni a zsákvesébe s nem tüntette fel azt a kiválasztásos

urographia sem. Arra kellett következtetnünk, hogy az ureter a zsákvesébe szájadzásnál megtöretés vagy lobos összetapadás következtében elzáródott s a hydronephrosisos vese ártalmatlan, zárt tömlővé lett. A gyermekágyban végzett retrograd pyelographia alkalmával nagyobb mennyiségű 25%-os bromnatriumct fecskendeztünk a vesezsákba, ami nem ürült ki teljesen. Nem lehetetlen, hogy az öblítések mellett ez nagy szerepet játszott a pangó vizelet csirtalanná válásában és az ureter lobos összetapadásában is.

A betegség lefolyása, továbbá a vese és a beteget általános állapota teljes mértékben igazolta követett eljárásunk helyességét. A teljesen panaszmentessé vált beteg az utólagos műtétnek (nephrektomia) azóta sem vetette magát alá. A fenti tapasztalatok szerint érdemes hasonló esetekben conservatív kezeléssel, ureter-kateter behelyezésével stb. a folyamat megnyugvását s a fertőzőtől rebenitios vizelet kiürülését bevárni s így fertőzés szempontjából a zsákvese műtétjét veszélytelenné tenni. Sokszor magától is létrejön a hydronephrosisos hasonló kimenetele. Mutatják ezt a kezdeti panaszok után tünetmentesség mellett *óriásivá* növekvő hydronephrosisos esetek, melynek következő példáját észleltük:

34 é. 3 rendes szülés. 7 évvel ezelőtt járt először klinikánkon: Pár hónappal azelőtt baloldalával egy létrára esett. Utána alhasában baloldalt időnként fájdalmakat, majd daganatot érzett. Lázás nem volt. A bal csípőtányérban a méh fölött jól mozgatható férfikölnyi daganatot találtunk ép ivarszervek mellett. A vizeletben minimális geny volt. Vesetumor elkülönítése céljából hólyagtükrözéssel megállapítottuk, hogy a bal ureterből vizeletürítés nincs. Az ureterkateter baloldalt 13 cm magasságban elakadt. A húgyutaknak retrograd feltöltése — pyelographia céljából — sem sikerült. A kateter mellett visszafolyt a sugárfogóanyag. Az volt a vélemény, hogy a bal vese ureterét valami mesenterialis daganat nyomhatja össze, a kórkép további tisztázása azonban nem sikerült, mert a beteg sem további vizsgálatnak, sem műtétnek magát nem vetette alá, távozott klinikánkról.

Egy évvel ezután otthon volt egy rendes születe, állítása szerint kb. 3.5 kg-os magzattal. A mobilis, valószínűleg már ekkor is hydronephrosisos vándorvese kitért a méh elől, ill. a szülés útjából. A terhességben sem okozott különösebb panaszt, ami annál feltűnőbb, mert a daganat nagyságából ítélve s utólag megállapítva már egy évvel korábban is hydronephrosisos lehetett a vándorvese.

7 év múlva jeleltkezett újra klinikánkon, hogy magát megoperáltassa, mert daganata közben annyira megnőtt, hogy légzési nehézségeket okoz és munkájában gátolja. Láza a tumor viselése óta nem volt. Vizelesi panaszja nincs, vizelete tiszta. Fájdalmat sem érzett, nem tekintve a daganat keletkezésének idejét, csupán teltséget és feszülést az utóbbi időben az óriásira nőtt daganat miatt.

A hasban — inkább baloldalt — a bordaívtól a medencéig, IX. hónapos terhes méh nagyságú tömlős daganat foglalt helyet. A méhet a Douglas mélyére nyomta. A klinikai képe, vizeleti panaszok stb. hiánya annyira egy óriási petefészek-tömlőre utalt, hogy újabb urológiai vizsgálat nélkül fogtunk a műtéthez. A retroperitonealisan fekvő vékonyfalú tömlő a leszálló vastagbelet, a sygmát és a mesenteriumot maga előtt felemelve s jobboldalra toltta. Utóbiak kikérülésével átvágtuk a peritoneumot és kiirtottuk a hatalmas daganatot, mely fent a rekeszbölgig, középen a csigolyákig, lent a Douglas fenekéig nyult. Kiirtás közben a fala beszakadt, több mint 6 liter víztiszta, szagtalan bennék ürült belőle. A csigolyák környékén tágult vesemedence szerkezetére emlékeztető kiöblösödések is feltűntek rajta, ureterhez vagy veserekhez hasonló képződményeket azonban nem találtunk. A daganat még ekkor is szokatlan nagyságú és elhelyezkedésű parovialis tömlőhöz hasonlított inkább, mint hydronephrosishoz.

A nagy sebűreget ellátva, a hasat zártuk. Zavartalan gyógyulás.

Csak a szövettani vizsgálat derítette ki, hogy egy óriás hydronephrosisos a daganat. Felső pólusán pengőnyi területen, 3–4 mm-nyi vastagságú részben, még található volt sorvadt veseállomány, idült, lobos gömbsejtes beszűrődésekkel.

A kórelőzmény adatait összevetve, ez az óriás hydronephrosisos a következőképpen jöhetett létre: Az asszony baloldalára esése baloldali vándorvesére vezetett. A vese lecsúszása következtében uretere — mint hasonló esetekben leggyakrabban történni szokott — aberrans veseérbe vagy kötőszövetes kötegekbe akadt és összeesomódott. Utóbbi eleinte nem lehetett teljes, a vese működése nem szűnt meg, de a vizelet kiürítése tökéletlen volt. A növekvő retentio növelte a vese súlyát, fokozta annak süllyedését, az ureter leszorulását, míg végül utóbbi teljesen elzáródott. Megtöretése okozta, hogy már első alkalommal klinikánkon járva sem sikerült a vesemedencébe kathetert vezetni, sem sugárfogó anyagot tölteni. A továbbiakban az idült steril hydronephrosisos kifejlődésének szokásos módján — a vesemedence szakaszos tágulásával és a vese sorvadásával lépést tartva — a vizeletkiválasztás újra meg újra jelentkezett, ami végül egy szokatlan nagyságú zsákvesére és a vese teljes elsorvadására vezetett. Az ureter teljes elzáródása, ill. a vizeletlefolys kimaradása megakadályozta a bakteriümok felhúzódását és a pangó vizelet fertőződését; így a betegnek — a daganatérzést nem tekintve — nagyobb panaszja nem volt.

Az eset több szempontból figyelemre méltó. A spontán, szövödmény nélkül lezajlott szülés megerősíti azt a tapasztalatot, hogy a vándorvese és hydronephrosisos könnyen kitér a szülés útjából. Nem mechanikusan, hanem inkább fertőződése következtében okozhat szülési szövödményt, mint pl. a Burger-től ismertetett esetben. Érdekes abból a szempontból is, hogy a vándorvese urológiai vizsgálattal sem különíthető el mindig. A legkörültekintőbb diagnostikai felkészültség és urológiai vizsgálat sem zárja ki tehát, hogy a megnyitott has hasonló feladatok elé ne állítsa a műtét.

Egyesek hasonló diagnostikai tévedések esetén a has zárását és a vesedaganat lumbalis eltávolítását tanácsolják. Mi ezt helytelennek tartjuk. Egy alkalommal emberfőnyi vesetok-sarkomát távolítottunk el median hasmetszéssel, más alkalommal egy vándorvesét varrtunk fel ugyanezen úton. Mindkettőt hasmetszés után ismertük fel. Megoldásuk különösebb nehézséget nem okozott. De Burger s mások hasonló műtétei is bizonyítják, hogy — különösen aseptikus esetekben — a vese és vesedaganat hasmetszéses kiirtása nem nehezebb, sem kockázatosabb, ha a műtő a hasi sebészet minden ágában otthonos, sőt tekintetbe véve, hogy az egész hasürhöz is hozzáférünk, bizonyos esetekben még előnyösebb lehet, mint a lágyéki nephrektomia. Mindenesetre ismernünk kell a vesekiirtásnak ezt a módját is, mert a betegre a felesleges kettős műtét súlyos teher.

Összefoglalás:

A szülés útját álló kismencedebeli daganatoknak ritkán előforduló, atypusos sajátágaikkal s megtévesztő tüneteikkel mind az elkülönítő kórisme, mind a műtéti megoldás szempontjából tanulságos öt esetét ismertetjük klinikánkról. Egyéni

sajátságait nem tekintve, összefoglalóan a következő tanulságokat vonhatjuk belőlük:

A medenceürt, ill. szülőcsatornát kisebbitő bármilyen daganat esetében idejétmúlta a szülés lefolyásának természetes úton szorgalmazása. Ha egyes esetben sikerrel járt is természetes úton a szülés, sohasem lehetünk biztosak a daganat természetéről és szülés alatti szövödményeik (méhrepedés, atoniás vérzés, vesekörüli vérzés, veseronesolódás, hydronephrosisek és petefészektömlők megrepedésével hashártyagyulladás stb.) súlyosságáról. Eppen ezért minden daganatos terhesség és szülés intézetbe való. A hasmetszéses szüléssel egyidejűleg módunkban áll a daganatot is eltávolítani. Nem célszerű, sőt tilalmas azonban a vesedaganatok egyidejű eltávolítása. A megfelelő tennivalót ezeknél csak a későbbi urológiai vizsgálat döntheti el, mely tiszta fogja, hogy világrahozott vagy szerzett vesedystopiával, azok ép vagy kóros állapotaival állunk-e szemben, továbbá, hogy a másik vese milyen állapotban van. De a puerperalis folyamatok lezajlása és a hydronephrosisek előzetes conservatív kezelése is a műtét technikai végrehajtásához könnyebb, fertőződés szempontjából pedig kevésbé kockázatos állapotot teremthet. Hasmegnyitás után felismert vesedaganatok transperitonealisan operálhatóak.

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

A bél leiomyomája.

Irta: *Ittész Jenő dr.* egyet. tanársegéd.

A gyomor-bélrendszer daganatai között a leiomyoma a ritkábbak közé tartozik, mégis elkülönítő kórhatározás szempontjából más daganatok mellett mindig komoly számításba kell venni. A bél leiomyomája olyan kórképet idézhet elő, mely sürgős sebészeti beavatkozást tesz szükségessé. Az esetek nagyobb százalékát a boncoláskor, vagy a műtőasztalon mint mellékletet fedezték fel, a klinikailag észlelt esetek száma nagyon kevés. A leiomyoma lassan növekvő daganat, metastasist nem képez, bár észleltek néha rosszindulatúságra valló jeleket is s az ilyen daganatot leiomyoma malignumnak nevezték el. Klinikailag fontos elváltozásokat, intussuseptiót, obstructiót, vérzést vagy a mesenterium lemezei közé való növés által a bél megtöretését, compressióját, az erek thrombosisát, sőt teljes, vagy részleges bélelzáródást hozhat létre.

A II. sz. sebészeti klinikán jelentkezett K. J. 46 éves nő. Évek óta tartó hasi fájdalmakról, általános gyengeségről, székelési nehézségekről, hasának gyakori felpuffadásáról panaszkodott. Jelentkezése előtt 5 nappal hirtelen rosszul lett, heves hasi görcsök lepték meg, hasa nagyon felpuffadt, hányt, a hányás szűnni nem akart, azóta széke nem volt, szelek sem távoztak. Orvosa rendeltére több ízben beöntést adtak, de bélműködése erre sem indult meg. Fiatalabbkori és családi anamnesisében nincs felhasználható adat. Felvételekor hőmérséklete 37.2 C°.

Jelen állapota: Kp. fejlett, jól táplált; bőre és nyálkahártyái halványak. Garatképletei tiszták. Mellkasa részarányos; szívtempulata jobbra a szegyet nem haladja meg, baloldalon a medioclavicularis vonalon belül van. Szívhangjai tiszták. Tüdője felett teljes éles, nem dobos kopogtatási hang és puha sejtés léghang hallható. *Hasa* elődomborodó, feszes. Kopogtatáskor tom-

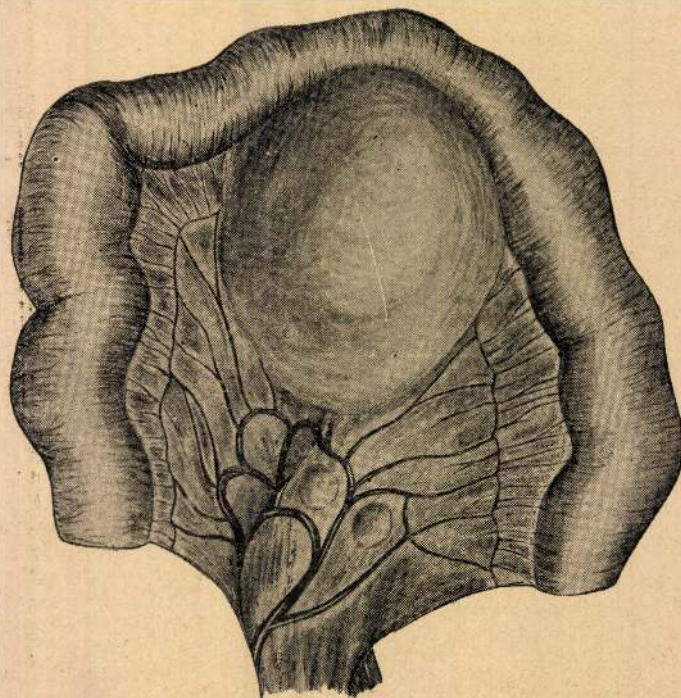
pult, dobos kopogtatási hang a has felső részében, a köldökig terjedő tempulát. E tempulátnak megfelelőleg kissé rugalmas, de hullámzást mutató gyermekfejni daganat tapintható. *Nőgyógyászati vizsgálat:* Méhe rendes nagyságú, balra, hátra nyomott, előtte és jobbra jókora gyermekfejni, rugalmas tapintatú, érzékeny resistencia. Vélemény: *Cysta ovarii torquata?*

Laboratóriumi vizsgálatok: Vizelet: fehérje negatív, geny negatív, cukor negatív, fehérvérsejtszám: 7800, vörsejt-süllyedés: rendes.

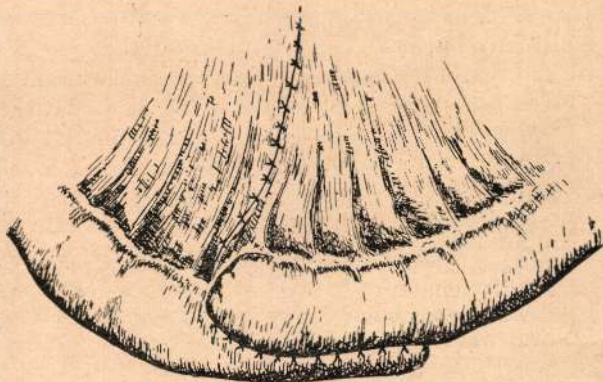
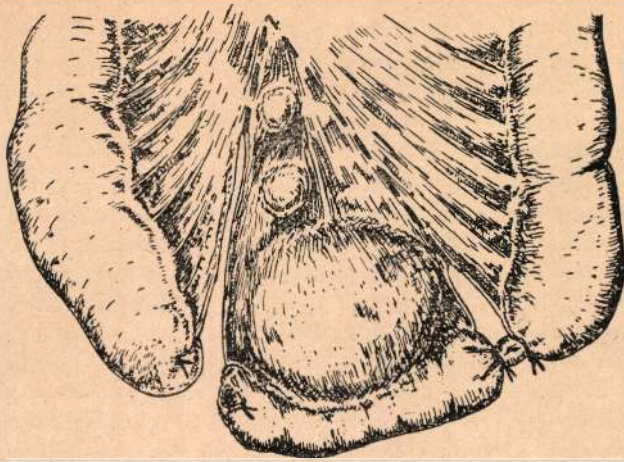
Két ízben eredmény nélkül magas beöntést adunk, majd tekintettel az ötnapos ileusos tünetekre és a hasban tapintható daganatra, laparotomiára határozzuk el magunkat. Szótőcukorral és szívszerekkel előkészítjük a beteget.

Műtét: (Ittész dr.) Aetheres altatásban alsó medián laparotomia. A hasüregből hig, savós, véres folyadék ürül. A has megnyitása után azonnal kibukkan a belővelt vöröses, kissé áttűnő falu daganat. Előhúzásakor kitűnik, hogy az ileum mesenteriumának lemezei között foglal helyet, a mesenterium tengelye körül megvan csavarodva. A gyermekfej nagyságú daganaton az ileum középső szakaszának mintegy 15 cm-es részlete lap szerint rá van növe. A bélkaes innenső része erősen tágult, túlsó részlete és a tömlőn futó szakasza ellenben összeesett. A mesenterium lemezei között nagy gyermekfejnyi tömlőn kívül még két kisebb, kb. tyuktojásnyi, ugyancsak cystosus daganatot találunk. Tekintettel arra, hogy a cysták elhelyezkedése a mesenterialis erek eltolását, illetőleg a torquatio és a tömlőnyomása folytán az erek thrombosisát idézte elő, azonkívül a vékonybélrészletet a nagy tömlő falától elkülöníteni, arról leválasztani nagyobb melléksérülések nélkül lehetetlen, ezért a tömlőkkel együtt a bélrészletnek a megfelelő mesenterium lemeznek eltávolítására, azaz csonkolására határozzuk el magunkat. A mesenterialis erek előzetes lekötése után a belet kb. 15 cm-es hosszúságban szabályszerűen csonkoljuk, majd seid to seid anastomosist készítünk. A tömlő fala egészen morzs, törékeny, éppen ezért véres, savós tartalmát és a szabad hasüregben levő folyadékot szívókészülékkel eltávolítjuk. Ekkor tűnik ki, hogy a daganat tartalma nem tiszta folyadék, hanem részben kocsonyás, rostos szövetből elhalt sejtekből és rögzösödött erekből áll. Majd a hasat rétegesen zárjuk. Egyébként az egész praeparatumot formalinba helyezjük, majd részletes szövettani vizsgálatnak vetjük alá.

Műtét után a beteg állapota fokozatosan javul. Láztalan lefolyás. Bélműködése helyreáll. Hetedik napon varrat-kiszedés. Sebe per primam intentionem gyógyult, kilencedik napon felkel; tizenötödik napon egészségesen távozik.



1. ábra.



2. ábra.

Kórszövettani laboratóriumunk vizsgálatának eredményét az alábbiakban ismertetjük. (Hofhauser dr.) Szövetteni vizsgálatra érkezett, formalinban rögzítve vaskos falu tömlős képlet, amelynek tartalma kiürült, fala összeesett. Eredetileg gyermekfejnyi lehetett. A fal vastagsága 0.5–2.5 cm között váltakozik. A daganat a bélfodor tapadásának megfelelően kb. 8 cm hosszúságban szorosan összefügg a béllal, láthatólag a bélfodor két lemeze között foglal helyet, azokat egymástól széttolva. A daganatot kb. 15 cm hosszú vékonybéllel együtt távolították el. Az eltávolított bél és daganat színe szederjes — vörös, hashártyája fényesített, fibrines izzadmány fedi.

Különböző helyekről metszeteket készítettünk. Górcső alatt a tömlőfal daganatnak bizonyult, amely *Van Gieson* szerint sárgára festődő simaizomszövetből áll. A sejtmagvak helyenként pálcikához hasonlítanak, többnyire azonban különböző alakúak és nagyságúak, chromatindúsak, de rosszindulatú burjánzás nem észlelhető.

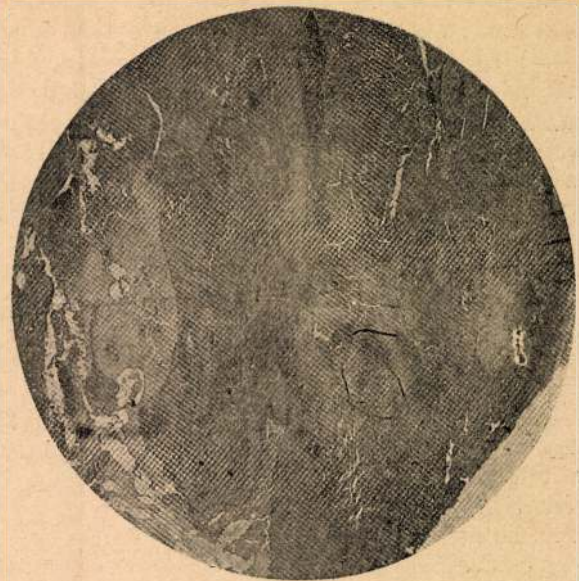
Az eltávolított vékonybél-részletből készített harántmetszetekből kitűnt, hogy a bélfal külső és belső sima izomfalát a fodor tapadásának megfelelően kb. 3 cm szélességben a daganat alkotja. A bél simaizomzata itt fokozatosan elkeskenyedik és közvetlenül megy át a daganatba.

A daganat külső felszínén helyenként felismerhető a bélfodrot borító hashártya, alatta zsírszövettel, amelyben bevezetések, thrombotisált erek láthatók.

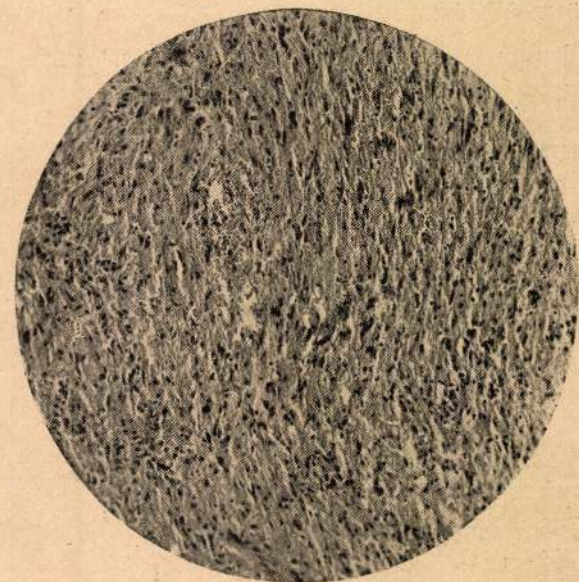
Az üreg belső felszínének megfelelően igen nagy kiterjedésű, részben újabb keletű, részben már rézebbi szervülő bevezetések, kitért és szervülő thrombusokkal kitöltött erek találhatóak. Nagy területeket kilépő savó tölt ki, egyes helyeken a belső felszínt rostos kötőszövet borítja, de valóságos tömlőkben látható hámbélés nincs.

Kórjelzés: Leiomyoma intestini tenuis.

Esetünkben kétségtelenül az ileusos tünetek uralkodtak. Előzményi adataink és klinikai vizsgálataink is elsősorban erre hívták fel figyelmünket. Azonban már a beteg jelentkezésekor is inkább daganat okozta ileusra gondoltunk, mert az anamnesisben



3. ábra.



4. ábra.

már régebben fennálló hasi fájdalmak, bélzavarok, meteorismus szerepelnek. A nőgyógyászati vizsgálat szerint feltehető volt egy ovarialis tömlő, mely torquatio révén okozott ileusos tüneteket. A rendelkezésünkre álló előzményi adatok és klinikai vizsgálataink alapján elsősorban olyan hasbéli tömlős terimenagyobbodásra gondoltunk, amely nemcsak térszűkület útján (mechanikus), hanem beidegzési (dynamikus) zavarok által is ileust okozott. Tehát fennállott a sürgős műtét szükségessége. Tekintettel arra, hogy a nőgyógyászati vizsgálat alhasbéli tömlőt mutatott ki, döntöttünk az alsó medián behatolás mellett. Mint fent is említettük, a cysták és az ileum-részlet csonkolását végeztük. Már pusztán szemre is feltűnt az, hogy a tömlőnek vélt daganat a béllal szorosabb összefüggésben áll; megnyitása után pedig kitűnik, hogy fala vastagabb a szokottnál, tartalma nem tiszta hig savós folyadék, hanem sejttörmelékekkel, kötőszöveti és más tömörebb állománnyal kitöltött, típusos cystákon mindig megtalálható fényes hámbélése nincs. Ezek olyan tulajdonságok, melyek tömör daganat mellett szóltak és inkább csak a torquatio, illetőleg a rossz táplálás miatt létrejövő fel-

lágylás steril elhalás következménye volt az áltömlőképződés. A fentiek alapján esetünk ritkaság számba megy és ezért tartottuk közlésre érdemesnek.

Steiner 1898-ban részletes összeállításban ismerteti az addig közölt összes gyomor és bél myomákat 28 esetről és két saját észleléséről számol be. Staemler a nagy összefoglaló munkájában saját eseteivel együtt 35 daganatról közöl adatokat. A chemnitz-i kórbonctani intézetben 17.000 boncolt eset közül 0.05 % volt bélmyoma. Vékonybélmyomát Faulhaber (subserosus Myom des Ileum) közölt. Staemler ugyancsak két esetben talált vékonybél myomát, egyet boncolás alkalmával, egyet pedig műtét után, melyet Thöle (St. Vinzenstift, Hannover) távolított el. A Mayo-klinika beteganyagában 35 jóindulatú vékonybél-daganat közül Rankin és Newell 11 myomát talált, a philadelphiai egyetemen 36.000 boncolt eset közül 18 vékonybélmyomát találtak.

A vékonybél- és a gyomorbélhuzamon előforduló myoma százalékos megoszlására nézve a különböző szerzők statisztikájában lényeges eltérés nincs. Így Steiner 16 vékonybél- és 14 vastagbél-daganatot ismertet. Sokkal megbízhatóbb és részletesebb Staemler összeállítása, mely szerint

Duodenum	6	Appendix	8
Jejunum	14	Colon asc.	3
Ileum	18	„ desc.	5
»Vékonybél«	12	„ transv.	1
Meckel.—divert.	1(2)	Sigma	2
Coecum	—	Rectum	14

Az irodalomban 7 eset ismeretes, ahol a myoma multiplexen is előfordul.

A nemek szerinti megoszlásban nagy különbség nincs. Kor szerint azonban igen.

Hake szerint:

0—29 éves korig	10 eset
30—55 „ „	33 „
60—89 „ „	25 „

Egy másik összeállítást ad Staemler, ahol 10 évenként osztályozta az addig közölt eseteket, itt következőképpen alakul a myoma szám szerinti előfordulása:

0—10 éves korig	1 eset
11—20 „ „	4 „
21—30 „ „	7 „
31—40 „ „	13 „
41—50 „ „	13 „
51—60 „ „	12 „
61—70 „ „	3 „
71—80 „ „	11 „
81—90 „ „	2 „
Összesen	66 eset

A 30—60. életév között fordul elő leggyakrabban és a 6. évtizedben ritkábban, a 70—80. év között ismét gyakoribb. Kaufmann közölte a legfiatalabbkori daganatot, 7½ éves fiút, Lorenz 13 éves fiúban gyermekfejnyi myomát talált, Roeder esete a legöregebb (87 éves férfi), ez gyermekfejnyi vékonybélmyoma volt, tömlősen elfajulva.

Valamennyi szerző a bél leiomyomáját elhelyezkedése szempontjából két csoportba osztja: külsőre és belsőre. Ez annyit jelent, hogy ha a daganat subserosusan növekszik, akkor külsőről, ha submucosusan, akkor belsőről beszélünk. Lexer az említett kétféleség mellett megkülönböztet még egy harmadikat is, melyet retroperitonealisnak nevez, a rectum hátsó falán előfordult és a sacrum felé növekvő myoma esetével kapcsolatban.

Mi ehhez hasonlóan a vékonybél mesenteriumának lemezei közé növekvő myomát »myoma intramesenterialisnak« vagy helyesebben »myoma intermesenterialisnak« nevezhetnénk, mert hiszen a mesenterium lemezei között már a daganat nem a bél serosaja alatt fekszik.

A két typos szempontjából gyakoriság tekintetében úgyszólván az összes statisztikák szerint a százalékszám teljesen egyforma, mert ugyanannyi eset ismeretes a belső elhelyezkedésüekből, mint a külsőből. Érdekes azonban Tilp esete aki egymás mellett egy submucosus és egy subserosus myomát talált. A fenti beosztásnak elsősorban klinikai jelentősége van, mint ahogyan azt többen is hangsúlyozzák. Ezek után tehát az a kérdés, hogy milyen következményekkel járhat a két különböző elhelyezkedésű daganat.

A subserosusak, szemben a submucosusokkal, általában nagyra megnőhetnek anélkül, hogy eleinte komolyabb következményekkel járnának. Daniels operált a berlini St. Hedvig-kórház sebészeti osztályán vesenagyságú vékonybélmyomát, úgyszintén Podlaha, Ranzi, Hauswirth és mások is közölnek hasonló eseteket. Itt a gyermekfej nagyságú daganat nem ritka; emberfej nagyságúra fejlődött Westermarck, Lachmann, Caro, Riedinger eseteiben. Ritka Sems 6 kg-os, Steiner 7 kg-os esete. Lieblein és Prottscher hasonlóan a mi esetünkhöz, a daganatot a mesenterium lemezei között találta.

Az »intermesenterialis« kifejezés használatát azért is ajánljuk, mert a subserosus dagnatokkal szemben lévő különbségek klinikai tünetek tekintetében is megállapíthatók. Ugyanis a mesenterium lemezei között elhelyezkedő daganatok nagyobbra fejlődhetnek anélkül, hogy növekedésükkel az életet veszélyeztetnék, szemben a szabad hasüreg felé növekvő subserosus myomákkal; ezek ugyanis vérzést vagy már aránylag korán a serosa átszakadása, esetleg elhalások révén átfűrődést s így a béltartalom kiömlését hozhatják létre a szabad hasüregben. Grignani egy 53 éves nőben átlukadásos hashártyalobot okozó vékonybélmyomát talált, viszont mások, így Smith is, vérzést észleltek, mely utóbbiak leginkább elvérzés miatt csak a boncolóasztalon kerülnek tisztázásra. Ezért ajánlják a próbalaporotómiát minden olyan esetben, amikor bélvérzésnek okát biztosan megállapítani nem lehet. Viszont a mesenterium lemezei között helyetfoglaló daganat más klinikai elváltozásokat jelent. Kezdetben semmiféle tünetet nem okoznak. Csak akkor kezdik a bélműködést zavarni, mikor már nagyságuknál fogva a bél lumenét szűkítik vagy amikor már a mesenterialis erekre és idegekre való nyomó hatásukkal annak keringését, táplálkozását, beidegzését zavarják, vagy esetleg a bél megcsavarodását vagy más helyzetváltozását idézik elő. Esetünkben mindezek kimutathatók voltak. Ezekhez hozzájárult a fellágylás, mely a daganat hirtelen megnagyobbodására vezetett és a fent leírt tünetek hevenyebb kifejlődését előidézte.

Mint fent is említettük, más a viselkedése a submucosus myomáknak. Ezek rendszerint nem nőnek nagyra. Elég ritka a szilvanagyságú, még ritkább a tyúktojásnyi, almányi csak két eset ismeretes, Pellisari esete egyedülálló 500 g súlyával. Ezek már korán okoznak olyan tüneteket, melyek miatt a beteg előbb jelentkezik orvosnál; hamarabb okoznak vérzést, hamarabb fekélyesednek ki, a bél lumenét elzár-

ják, a bélfalat magukkal vongálván, intussusceptiót, invaginációt és így bélelzáródást okoznak.

A submucosusnál a serosa kissé behúzódtott, a mucosán gyakran kis fekély látható, subserosusnál a nyálkahártya diverticulumszerűen behúzódtott. A tumor makroszkopikusan mindkétféle diffus vagy foltos vörösen elszíneződött, nagyobb vérzések ritkák, de előfordulnak; capillaris vérzések gyakoriak, bár már néha makroszkopikusan is láthatók. Keringési zavarok következtében létrejövő vizenyő, mely az izomrostok közötti szövetben gyülemlik meg, az izomrostok atrophijára, sőt a daganat egy részének elfolyósodására és így tömlőképződésre vezet. Ezért egyesek az ilyen tömlősen elfajult myomát »cystomyomának« neveztek el. Ritkább elváltozás a hyalinos és a nagyobb kiterjedésű elhalások (*Rosi és Frotzschner*). Ugyancsak ritkábban észleltek elmeszesedéseket, mint a méh myomájánál. A belső myomáknál, *Smith* szerint, sohasem észleltek rosszindulatú elfajulást, míg a külsők körülbelül az esetek 16%-ában képeznek áttételt.

Klinikailag a bél myomájának fentiek alapján annyira sokféle tünete lehet, melyet a hasüreg legkülönbözőbb betegségei is mutatnak, hogy biztos, minden más betegséget kizáró megállapítása úgyszólván teljesen a véletlentől függ. Egy bizonyos, hogy amikor már panaszokat okoz és daganat jelenléte biztosan megállapítható, akkor kétségkívül csak a kés az, mely szóba jöhet. Mindennek ellenére megkíséreljük azokat a tüneteket, illetőleg tünetcsoportokat *összefoqlalni*, melyek az elkülönítés szempontjából értékelhetők.

Altalában a myomák, mint más jóindulatú béldaganatok (fibroma, polypus, lipoma) klinikailag teljesen azonos képet adhatnak. Sokáig tünetet nem okoznak, ha csak rejtett vérzés következtében, esetleg különböző kolikás fájdalmak, felpuffadás, székrekedés gyanúkat fel nem keltik. Ha a daganat a bélpassageban komolyabb akadályt támaszt, akkor már esetleg a röntgen is segítségünkre lehet, esetleg nagyobb daganatok tapinthatóvá válnak.

Valamivel könnyebb a rosszindulatú daganatok jelenlétét kizárni, bár az esetleg hosszabb időn át fennálló rejtett vérzés egészen olyan súlyos anaemiát, a rossz gyomor-bélműködés következtében a rákos vagy sarcomás beteg senyvedéséhez hasonló állapotot idézhet elő. Ezekben az esetekben a bél-röntgen sokszor döntőjelentőségű lehet. Hevenyen keletkező tünetek, mint a profus vérzés, hirtelen támadt teljes bélelzáródás (intussusceptio, invaginatio, torquatio), vagy átlukadás, rosszindulatú daganatoknál sokkal ritkábban észlelhetők.

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	5.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája. 230 old., 110 ábra és 16 old. melléklettel	4.— „
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana	4.— „
Benderek István és Külley László: Gyógymasszázs és mechanoterápia. 240 oldal, füzve.	4.— „

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

A Pázmány Péter Tudományegyetem szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Imre József ny. r. tanár.)

Klima, időjárás és évszakok szerepe a szemészetben.

Írta: *Németh Lajos* dr. egyet. tanársegéd.

A természetben, az emberi életfolyamatokban, így különböző funkciókban bizonyos időszakos hullámzás figyelhető meg. A nagyobb időközökben sokszor több évtizedben, egyszer-egyszer megnyilvánuló természeti jelenségeknek az emberi életfolyamatokra tett hatását alig figyelhetjük meg, éppen a ritka ismétlődés miatt, ellenben annak a környezetnek, amelyben élünk, a földnek, az atmosphaerának, tehát a *klímának* az emberi szervezetre gyakorolt hatását jobban figyelemmel kísérhetjük. Ez a befolyás természetesen nemcsak az említett tényezők milyenségétől függ, hanem annak a szervezetnek megépítettségétől, reactióképességétől, ill. készségétől, amelyre ez a befolyás érvényesül. Egyfelől az említett természeti tényezők erőssége, másfelől a szóbanlevő egyén alkata határozzák meg azt a hatást, amely az egészséges, de még inkább a beteg egyénen megnyilvánul.

Talán még feltűnőbbek azok a hatások, amelyeket az *időjárás változásai* okoznak mind az egészséges, mind a beteg szervezetben. Ismeretes, hogy egyetlen meteorológiai tényező, mint pl. hőmérséklet, légnyomás stb. változása ritkán okoz reactiót az emberi szervezetben, ha azonban egyidejűleg több tényező változása összetalálkozik, akkor az úgynevezett *fronthatásokban* nyilvánul meg. A bennünket körülvevő levegőtömeg ugyanis kicserélődik és különböző levegőtömegek érintkezési felülete — a front — kiválthatja egyes betegségek felléptét. A *sarki és egyenlítői* levegőtömegek mellett szerepet játszanak még a *tengeri* és főleg hazánkban a *sárazföldi* ill. *sarki-sárazföldi* levegőtömegek. Ezek levegőtömegeinek kicserélődése tehát a frontok átvonulása szerint *betörési* és *felsiklási* frontokról beszélünk. Azokat a betegségeket, melyek ilyen fronthatásokra keletkeznek, tehát időjárási tényezőkre vezethetők vissza, *meteorotrop* betegségeknek nevezzük. Ide tartoznak azok, amelyek frontátvonulások napokon halmozódnak.

Az *évszakok* is olyan jelentős változásokat hoznak létre természeti környezetükben, annyira megváltoztatják életkörülményeinket, táplálkozásunkat stb., hogy ez elkerülhetetlenül hatással van szervezeteinkre és nemcsak az egészséges szervezet működésére hat módosítólag, hanem bizonyos betegségek kiváltására ad módot, amelyek kapesán szemorvosokat is érdeklő jelenségeket figyelhetünk meg. Mint már említettem, az időjárás-évszakok változása bizonyos hullámzást okoz egyes betegségek sűrűségében.

Mielőtt az említett külső tényezők szemészeti vonatkozásaira reátérnék, szeretném még egyszer az alkati tényezők fontosságát hangsúlyozni. Az alkat, mint azt legutóbb is Entz prof. előadásában hallhatuk, a csiraplasma által előre meghatározott és az ember fejlődésével együtt fejlődik, mint veleszületett sajátosság csupán belső tényezők hatására változik meg. Ha most mégis külvilági tényezők módosító hatásáról szólok, természetesen ezt mint klinikus, aki az alkatot phenotypiás értelemben tekintem, tehát érttem rajta a conditionalis részt is, amelyet külső tényezők nagymértékben meg tudnak változtatni és ahol a gyógyító beavatkozások is érvényesülhetnek.

Igy értendő tehát, amikor klinikus arról beszél, hogy külső tényezők, mint meteorológiai befolyások stb. az alkatra is módosítólag hathatnak. Bizonyos alkati gyengeségek következményeként már kiscokú külső vagy belső ingerek is kiválthatnak betegséget, amely ugyanezen alkati gyengeség híján más emberen nem jelentkeznék. Példa erre a *typus arthriticus*, amely csúzos betegségekre hajlamosít. Hajlamosító tényezők a szervezetet egy bizonyos időpontban fogékonyra tehetik különféle betegségekre, így meteorológiai hatások is megbetegedést okozhatnak, míg ugyanezen hatások máskor betegséget nem okoznak.

Az Orvosi Hetilapban az »Alkat és szembetegségek« címen összefoglaltam a szemészeti alkattant főleg morphologiai értelemben, most az éghajlat, időjárás, évszakok módosító szerepére szeretnék rámutatni, amelyek már nehezebben vizsgálható humoralis változásokat is okoznak, így túlérzékenységet válthatnak ki, ill. szüntethetnek meg. Hogy ennek kapcsán az egyszerű szemhéji vízenyőtől egészen a retinalis érspasmusig a szemészeti betegségeknek milyen hosszú sora lehetséges, az ismeretes. Éghajlat, időjárás, évszak rendkívül nagy befolyást gyakorol a belső secretiora, anyagcserére, az ionegyensúlyra, a calcium szintre is, amelyek mind hatással vannak a szemre is.

A tavasz a belső elválasztású szervek működésében változásokat, megélénkülést hoz létre. Hogy ez milyen vonatkozásokban áll a szemmel, betegségek keletkezésére, ill. megszűntére, elegendő, ha *Imre* prof. ezeket összefoglaló munkájára hivatkozom.

Az *éghajlat* szemészeti betegségek kiváltásában is szerepelhet, így nedves-meleg éghajlat elősegíti az *eccema*, *dermatitis* keletkezését, *hordeolumot*, a szemhéjak bőrének érzékenysége még jobban előmozdítja e betegségek ezen területen jelentkezését. Az ultra-violet sugárzás magashegyi és tengeri klíma esetében ártalmas lehet a szemhéjak bőrére, kötőhártyára, szaruhártyára. A *trachoma* keletkezésében is szereppel bír a klíma. Tiszta, por- és bakteriummentes magaslati vidéken alig fordul elő, ellenben melegebb éghajlatú poros, sík vidéken, nagyobb számban található. Legutóbb *Ruata* állapította meg, hogy az előbb említett klímájú délolasz vidékeken nagyobb számban fordul elő, mint Észak-Olaszországban. Tévedés volna azonban ebből arra következtetni, hogy a *trachoma* egyiptomi nagy elterjedésének csupán a klímában találjuk meg a magyarázatát. A *conjunctivitis phlyctenosa* kitűnő klimatikus befolyásolhatósága ugyanezen tényezőknek a betegség keletkezésében való szerepére utal. Gümős betegségek, így szembetegségek is nagymértékben függhetnek az éghajlati viszonyoktól, gyógyításukra pedig kedvező magashegyi klíma eredményesen felhasználható. Ugyanez mondható az allergiás betegségekre is, amelyek szemészeti jelentősége mind jobban növekszik.

A glaucomának klimatikus vonatkozásait világítja meg *Kaudori*, ő megfigyelte, hogy míg Japán déli szélességi fokoknak megfelelően fekvő részén. Formosán legritkább a glaucoma, addig az északi szélességi fokok felé haladva nő a glaucoma gyakorisága. Így a leggyakoribb Fukuokán. Ismeretes az is, hogy kelet felé szaporodik a glaucoma. 1937–38-ban glaucomásokon végzett alkati vizsgálataim alkalmával feltűnt, hogy magyar beteganyagom kb. 20 százalékkal több rosszindulatúnak mondható esetet mutatott, mint a berlini szemklinika glaucomás anyaga. Már akkor kifejeztem gyanúmat, hogy en-

nek klimatikus tényezők lehetnek az okai. Ha tekintetbe vesszük a berlini klíma egyenletességét a közeli tenger következtében, szemben a budapesti alföldi, nagyobb ingadozású klímával, akkor úgy látjuk, hogy valószínűleg ezen utóbbi befolyás okozza a budapesti anyag rosszabbindulatúságát. Annál inkább gondolható ez, mert rendszerint vasolabilis emberekről lévén szó, az említett nagyobb ingadozású klíma kedvezőtlenül hat az ideg-, szív- és érrendszerre, amelyeknek szerepe pedig e betegség keletkezésében közismert.

Ugyanazon klíma egyik emberre nyugtatóan, másikra izgatóan, még másikra áthangolóan hat, ez pedig főleg a kérdéses egyén alkatától függ. Pyknikus egyénre pl. inkább izgatóan hathat egy olyan éghajlatú vidék, amely az astheniás szervezetet megnyugtató. Szemészeti betegségek gyógyítására felhasznált klimatikus gyógytényezők alkalmazásakor mindig tekintettel kell lenni a kérdéses egyén alkatára.

Levegőtömegek kicserélődése — tehát *frontátvonulás* — okozhat szemészeti betegséget is. A megbetegedés nem mindig esik össze a frontátvonulás időpontjával, hanem jelentkezhetik előtte vagy utána is, úgyszintén okozhatják különböző minőségű levegőtömegek ugyanazon tüneteket. Sokszor nem is erős fronthatás, hanem inkább a meteorológiai viszonyok kisebb labilitása vált ki panaszokat. Hogy az időjárás változását egyes emberek megérik, régóta ismeretes. Így nagyobb szemészeti anyag figyelmes vizsgálatakor is feltűnik, hogy különböző szemoperációk után képződött forradások frontátvonulások, időjárási labilitások alkalmával kisebb-nagyobb fájdalom, nyomás, vagy szűrőérzés formájában okozhatnak panaszt. A panaszok súlyossága természetesen mindig az egyéni érzékenységgel is szoros összekötésben van. Általában a műtétutáni elváltozások gyakran jelentkeznek halmozódva frontátvonulások kapcsán. Így feltűnt, hogy ugyanolyan gondos műtéli előkészítés és ápolás mellett ugyanazon műtéli technika alkalmazásával történt hályogműtétek után, egyes napokon halmozódva fordultak elő sebrepedések. Az is előfordult, hogy néhány napon belül történtek a klinikán sebrepedések, míg máskor nagyobb időköz választott el egy-egy rupturát. Mivel gyakran időjárás-változások idejében láttuk az említett szövödményt, klinikánk egyévi hályogoperált anyagát összegyűjtve táblázatban foglaltam össze, hogy mely napokon történt sebrepedés, ill. mikor jelentkezett ez halmozottan.

Az alábbi táblázat szemlélteti az egyes hónapokban előfordult sebrepedéseket, mégpedig azokat a napokat, amelyeken a sebrepedés bekövetkezett. Azokat a napokat, amidőn több ruptura jelentkezett, vastagabb számok jelzik s az ezek mellett lévő kis számok azt mutatják, hogy hány sebrepedés történt az illető napon.

Hónap	1940. év									
	1.	13.	15.	13.	19.	22.	23.	27.	29.	
Január	1.	13.	15.							
Február	3.	4.	10.	13.	19.	22.	23.	27.	29.	
Március	8.	10.	18.	24.						
Április	3.	7.	8.	16.	18.	21.	22.	23.		
Május	6.	8.	10.	11.	12.	13.	21.	22.	28.	29.
Június	3.	5.	10.							
Július	4.	8.	17.							
Augusztus	3.	5.	6.	20.	22.	25.				
Szeptember	2.	5.	7.	10.	24.	29.	30.			
Október	1.	12.	15.	16.	17.	18.	24.			
November	3.	4.	12.	20.	22.	28.	29.	30.		
December	5.	8.	12.	14.	18.					

Feltűnő, hogy főleg február, március, április és május hónapokban jelentkezett halmozottan, még pedig nemcsak 1940-ben, hanem 1939-ben is. Más hónapokban pedig két, esetleg három egymásután következő napon fordult elő sebrepedés. Ez annyiban fontos, mert a frontok halmozódása több napra érvényesülő hatást fejthet ki. Nagyon érdekes, hogy júniusban és júliusban, mikor a legállandóbb hazánk időjárása, halmozódás nem fordult elő. E táblázatot összevetve az Orvosi Hetilapban megjelent meteorológiai jelentéssel sokszor megállapítható az időjárásváltozás, ill. a sebrepedés közötti időbeli egybeesés. Február 13-án például, a múlt esztendőben volt nagy havazások és hófúvások napján az erős frontok halmozottan érkeztek, ugyanekkor csaknem egyidőben két sebrepedést észleltünk. Március 15-én igen erős betörési front, amelyet 19-én, 20-án felsiklási front vált fel. E két időpont között márc. 18-án három sebrepedés történt. Április 16-án egyetlen erős betörési front, erős szélviharral, amelynek sebessége 22 méter másodpercenként, ugyanakkor négy sebrepedés jelezte az időjárásban beállott változást. Természetes, hogy minden sebrepedést fronthatásra visszavezetni téves lenne. Mindenesetre feltűnő az, hogy az említett műtétutáni szövödmény többször jelentkezett olyankor, amidőn a betörési frontot felsiklási követte, vagy megfordítva, úgyszintén ha egy gyenge frontot ugyanolyan minőségű erősebb front váltott fel.

De Rudder szerint a meteorotrop betegségek sorába tartozik a glaucoma. *Fischer* és *Kaudori* szerint az időjárás befolyások mellett feltűnő az évszakok szerepe a glaucoma gyakoriságában, ú. i. nagy téli és tavaszi pozitív csúcsértékeket lehet látni, megfelelően az ezen időszakokra eső erős levegőkicserélődésnek. Itt kell megemlítenem, hogy vasolabilis emberek, akiknek capillarisai egészen másként viselkednek, mint más emberekéi, természetesen meteorológiai hatásokra is sokkal élénkebben reagálnak. Az ilyen szervezet gyakran mutat túlérzékenységet histaminnal szemben, ezzel összhangban allergiás betegségek is gyakrabban fordulnak elő ilyen alkatúakon. Az allergiás betegségekre, beleértve természetesen a szemészelet is, az időjárás változások is hatnak. Így egyesek szerint a légnyomás változása anaphylaxiás shockot okozhat. Ily módon érthető az alkat — humorális tényezők — és külső behatások, mint pl. klimatikus, meteorológiai tényezők szoros egymásba kapcsolódása. Az alkatot megváltoztatni nem lehet, de áthangolni a szervezetet, humorális változásokat okozni, akár phisikalis-chemiai, akár klimatikus úton tudjuk s ilyen módon gyógyhatásokat érhetünk el.

A vasolabilitás meteorológiai vonatkozásai kapcsán meg kell említeni a migraint, amelyet gyakran szemorvos kénytelen kezelni. *Galdi* szerint vegetative stigmatizált egyéneken időjárás változások fájdalmas fejföresöket, szempanaszokat válthatnak ki, amelynek oka a fejre vonatkozó sympathiás hypertonusban keresendő és feltűnő szerinte, hogy pl. ugyanakkor a mellüregben a vegetativ beidegzés a legrendesebb.

Ismerve az időjárás-változások nagy hatását a gümös szervezetre, könnyen megérthető, hogy a fronthatásra beálló haemoptoe analogonjára az ilyen természetű szembajok is rosszabbodnak. Ugyanitt kell megemlíteni a fronthatásra keletkező phlyktaenás eruptiót, amelyet minden nagyobb beteganyaggal

rendelkező szemorvos megfigyelhet, úgyszintén a csúszos betegségeket, amelyek fronthatásra élénken reagálnak. Ennek klasszikus példáját látjuk időről-időre az egyik betegünkön, aki nagyobb időjárás eseményekre, pár nap alatt múló episcleritises eruptióval szokott reagálni. Talán herpeszes szaruhártya-betegségeket is kiválthat fronthatás.

A fronthatás mint kórokozó tehát nem jelenti mindig ugyanazon szembetegség jelentkezését, hanem ugyanazon fronthatás az egyik szervezetben okozhat migraines rohamot, a másiknál glaucomát, a harmadikon phlyktaenás eruptiót, episkleritist, csúszos fájdalmat stb. Mindig a kérdéses szervezet pillanatnyi beállítottsága szabja meg, hogy a fronthatás érvényesülhet-e és milyen formában okozhat betegséget. Különböző meteorológiai tényezők különbözőképp hatnak és valószínűnek látszik, hogy a betegségek kiváltásában egyszer az egyik, máskor a másik tényező bír nagyobb fontossággal. Így pl. a barométer esése, vagy a levegő villamosság viszonyainak megváltozása okozhat glaucomás rohamot, máskor a levegő páratartalma, felhőzet inkább allergiás betegségek létrejvetelét okozza.

Nem szabad megfeledkezni még a *Hellpach* által oly találóan psychotropnak nevezett hatásokról, amelyek magasabb érzékszerveink, így a szem közvetítésével is váltanak ki a szervezetben folyamatokat, amelyek megindítói a légkör, táj részéről a szem közvetítésével érzékelt behatások. Ezek a befolyások az idegrendszer útján okozhatják bizonyos szempanaszok megszűntét, de válthatnak ki szempanaszokat is, pl. ideges tüneteket, sőt glaucomát.

Általában azonban a légköri befolyások közvetlenül hatnak a bőrre, légzőszervi felületre, sőt a szem is azon szervek közé tartozik, amelyre az említett közvetett hatásokon kívül közvetlen befolyás is kifejődik.

Vannak olyan szembetegségek, amelyek nagyobb számban jelentkeznek egyes évszakokban. *Stolte* szerint a tavaszi fokozott hajlamosság hüléses betegségekre a szervezet ásványi eltolódásaiban leli magyarázatát. Ugyanezt állapítja meg *De Rudder* az exsudatív diathesisről, amelynek szemészeti vonatkozásai közismertek. Az ilyenkor szokásos mészadagolás a szervezet ásványi miliójének megváltoztatását is célozza a többi között. Feltűnő a dermatographismus tavaszi fokozódása, amely a bőrvasomotorok fokozott ingerelhetőségére mutat, azt hiszem ennek az oka az endogen histamin mennyiségének fokozódása. Az allergiás betegségek — értve rajta a szembetegségeket is — nagyobb tavaszi jelentkezése is részben erre a körülményre vezethető vissza. Ugyanezt támogatja *Romeyke* megállapítása, hogy az eosinophil sejtek száma tavasszal a vérben szaporodik.

A conjunctivitis phlyktaenosa tavaszi halmozódásának oka a szervezet tuberculoallergiás készségének ez évszakban beálló fokozódása, ez különben a különféle bőrreakciókkal bizonyítható. Már nehezebb kérdés a conjunctivitis vernalis tavaszi jelentkezésének allergiás magyarázata. Az allergiás eredet mellett szól a többi között az ilyenkor észlelhető eosinophilia, viszont saját vizsgálataim szerint az intracutan histamin bőrpróba majdnem mindig negatív volt, ami az előbbi föltevésnek ellene szól. Magyarázhatnók az ismert kínzó viszketés tavaszi jelentkezését azzal, hogy a bőr erythema-készségének tavaszi fokozódása analogonjára a kötőhártya tavaszi fényérzékenység fokozódása áll be. Ennek

az oka talán belső elválasztási és részben vércalcium szintváltozásokkal függ össze.

A belső secretio tavaszi fokozódása számos változással jár a szervezetben. Így a pajzsmirigy működésfokozódása okozza, hogy ilyenkor nagyobb számban látunk Basedow-kórt a maga feltűnő szemészeti tüneteivel. Egy-két tetaniásnak évek óta tartó megfigyelése azt a gyanút kelti, hogy a szemlencsében képződő homályok főleg télen feltűnőek, ezek azonban a legtöbbször reversibilis elváltozások lévén, nagyobb figyelmet nem keltenek. Tekintettel a testnövekedés téli meglassúbbodására, amely az ibolyántúli sugárzás téli megfogyására vezethető vissza, a többi tényező mellett, azok számára, akik a közellátás létrejöttében a rachitisnek is szerepet tulajdonítanak, érdekes volna annak a megfigyelése, hogy a myopia télen gyorsabban halad-e, mint nyáron.

A glaucomás megbetegedéseknek egyes évszakokban való halmozódása ismeretes. Tavasszal egyes szembetegségek, amelyek A-avitaminosis kapcsán jelentkeznek, ugyancsak gyakrabban fordulhatnak elő.

A szemhéjszélén fejlődő verrucák, de főleg a molluscum contagiosum gyakori őszi jelentkezése azt a látszatot kelti, hogy talán ez az évszak kedvez a szűrhető vírusok okozta ezen megbetegedéseknek.

Számos olyan szembetegséget ismerünk még, amelynek évszakokhoz való kötöttségére gondolhatnánk, így a különböző conjunctivitisek, ezek azonban az év más hónapjaiban is halmozódhatnak és nem hagyhatók figyelmen kívül olyan tényezők sem, mint iskolai időszak, amikor pl. a gyermekek között jóval nagyobb a fertőzés lehetősége és így a betegség halmozódása.

A Horthy Miklós Tudományegyetem Női Klinikájának közleménye. (Igazgató: Batizfalvy János ny. r. tanár.)

Chediak-reactio terhes nőkön és nőgyógyászati betegeken.

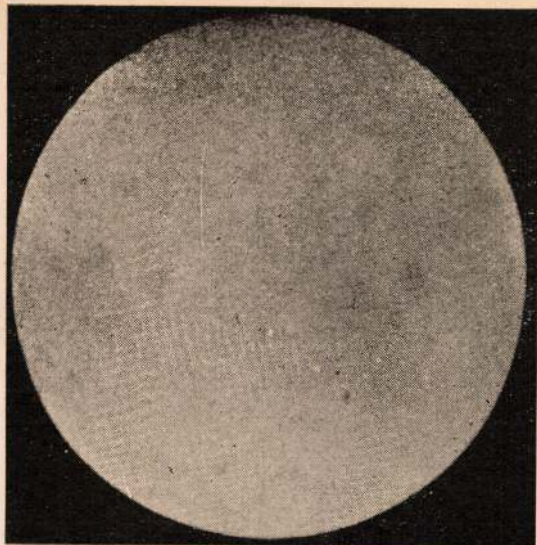
Irta: Kubányi Károly dr.

Amióta a Wassermann-reactio ismeretes, a kutatóknak egész sora igyekezett az eljárást módosítani és egyszerűsíteni. Így keletkeztek néhány évvel a War. után a többi próbák. Valamennyihez a vér savóját használjuk és ez sokszor nehézkessé teszi a végrehajtást. Így pl. a megszaporodott zsírszövet elfedheti a vérvételre szolgáló eret, gyermekekből, de különösképpen csecsemőkből a vért sokszor a sinusból kell venni, ez pedig gyakorlatlan kézzel veszedelmes beavatkozás. További nehézsége a War.-nak, hogy csak szakavatott egyének végezhetik jól felszerelt laboratóriumokban s végzése költséges. Törekvés volt tehát olyan reakciót adni az orvos kezébe, amellyel gyorsabban, egyszerűbben és kevesebb költséggel ugyanolyan biztos eredményt tudunk elérni. Így keletkeztek az általánosan ismert serologiai reakciók, melyek sajnós a War.-t pótolni nem tudták.

A vérbaj klinikai diagnózisa gyakran nehéz. All ez különösen a szülészeti és nőgyógyászati esetekre, ahol pl. a külső méhszáj környékén lévő elsőleges elváltozás igen könnyen reitve maradhat s néhány hetes fennállás után magától meggyógyul és sokszor csak a másodlagos tünetek hívják fel a figyelmet a betegségre. Különösen terhességgel kapcsolatban

fontos a betegség idejében való felismerése, mert ilyenkor az idejekorán bevezetett gyógykezeléssel a magzatot megmenthetjük a fertőzéstől. A lues korai felismerésének tehát a szülészeten nagy jelentősége van. A seroreakciók a savó megnövekedett stabilitása miatt a terhességben nem jellegzetes eredményt adhatnak. Szükség volt tehát egy olyan eljárásra, amelyiknél a vérvételi nehézségek elkerülhetők és mégis megbízható eredményt ad kevés specifikus reakcióval. 1920-ban *Schulze* ismerteti a guttadiaphot próbát, amelynek segélyével néhány csepp vérből mond kórismét. Lényege, hogy három különböző festékanyagba mártott itatóspapírra egy-egy csepp vért cseppentünk, másnap a beszáradt vércseppet a világosság felé tartva vizsgáljuk. A színből és a vércsepp szélének alakjából lehet syphilisre következtetni. 1925-ben *Antoni* ismertet egy további eljárást; ennek lényege az, hogy az ujjhegyből vett vért Ringald-oldattal hozza össze és a mecfestett lymphocyták s leukocyták magjainak elfajulásából, a chromatolysisből, maghyperchromasiából és a magvakban keletkező járatokból következtet luesra. Többek utánvizsgálataiból azonban kitűnt, hogy ezek az elváltozások más betegségekben is megtalálhatók. Ugyanezen évben *Meincke* ismerteti módszerét; ő az ujjhegyből vagy fülcimpából capillariss csőbe vért szív fel, amelyet az egyik végén beforraszt, a másik végét paraffinnal zárja. Forgatással a vérlepenyvt különválasztja a savótól, a savót tárgylemezen összekeveri megfelelő módon hígított kivonatanvaggal, majd fedőlemezzel letakarja. Egy óráig nedveskamrában tartja, majd göröcsővel vizsgálja. *Henneberg* szerint ez a Meinicke-reactio érzékenyebb a többinél, de nehézkes.

1932-ben *Chediak* spanyol serologus ismertetett egy eljárást, amellyel egy csepp beszáritott és dörzsölés útján defibrinált vérből határozta meg a vérbajt. A próba megbízhatónak és könnyűnek bizonyult. Minthogy az eddigi nehézkes, illetőleg kevésbé megbízható reakciókkal szemben határozott előnyt jelent, elhatároztuk, hogy a szegedi női klinika beteganyagán a Chediak-reactiót (Chr) kipróbáljuk. Tettük ezt annál is inkább, mert e reakcióval kapcsolatban nemesak a külföldi, hanem a hazai irodalomban is (*Pastinszky* és *Lány*) jó eredményekről számoltak be. Elvégzéséhez elegendő a legegyszerűbb laboratóriumi berendezés. Mindenütt, ahol a vérsejtszámlálásra, vizeletüledék- és váladékvizsgálathoz be vannak rendezkedve, a Chr. is elvégezhető. A szükséges eszközök: néhány közönséges és vájt tárgylemez, három kémcső, egy tizedes beosztású cem-es pipetta, egy hőmérő, néhány petricsésze fedővel, egy egyszerű mikroszkop, egy borszőrző és egy edény, amelyben vizet tudunk melegíteni. A próba menete: Ujjhegyből néhány csepp vért veszünk s tárgylemezen egy másik tárgylemez sarkával jól szétkenjük. Ennek kettős célja van: egyrészt a szétkenéssel defibrinálunk, másrészt a vércsepp száradás utáni lepattogzását akadályozzuk meg. A vizsgálatot akár napok múlva is elvégezhetjük. A próba elvégzése előtt egy csepp 3.5%-os konyhasó-oldatot cseppentünk a beszáradt vércsepre és tiszta tárgylemez sarkával jól elkeverve, átviszünk egy csepp nagyságú, lehetőleg homogénnek látszó barna oldatot tiszta, vájt tárgylemez vájulatába. Ezután egy csepp frissen elkészített antigént cseppentünk hozzá, majd ezzel jól elkeverve, nedveskamrába helyezzük és egy óra múlva



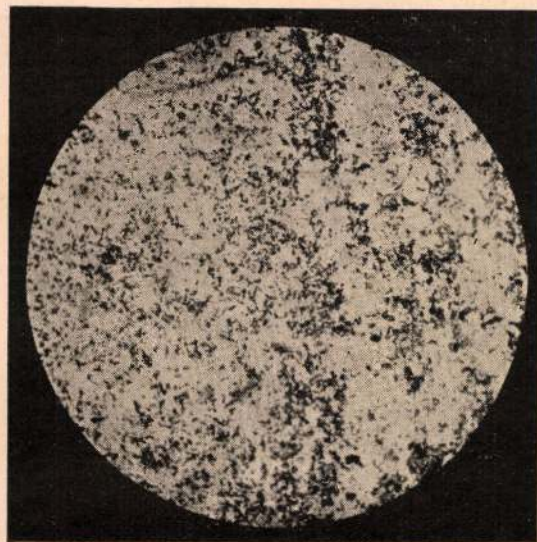
1. ábra.



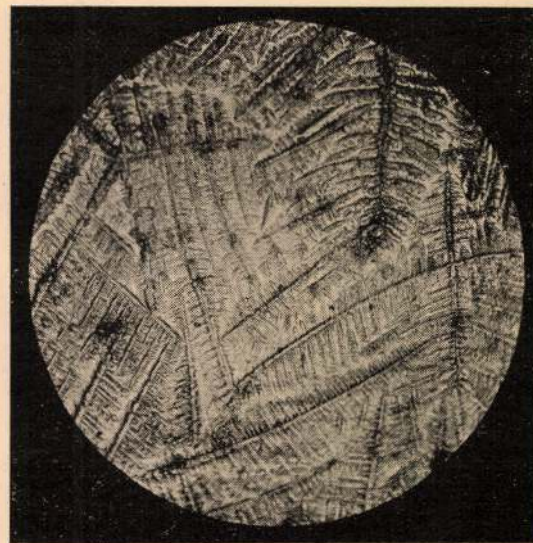
4. ábra.

leolvassuk az eredményt. Negatív reactio esetén a mikroskop egészen finom, homokszemcsékhez hasonló képet mutat. (1. kép.) A pozitív reactió erős csapadékképződéssel jár. A rögök nagyságából

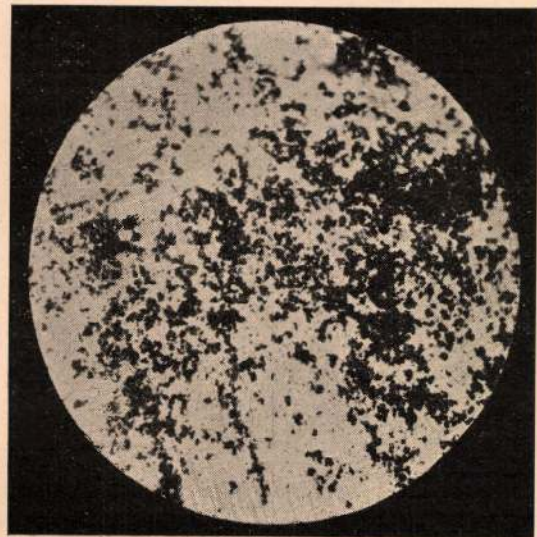
következtetünk a Chr. erőségére. A fokozatokat keresztekkel jelöljük: megkülönböztetünk egy-, két-, háromkeresztes reactiót. (2., 3., 4. kép.) Ha nedveskamránk nem megfelelő és készítményünk leolvasás előtt beszárad, a mikroskopban fenyőághoz hasonló rajzolatot látunk. (5. kép.) Beszáradás esetén a pró-



2. ábra.



5. ábra.



3. ábra.

bát meg kell ismételni. A nedveskamrát úgy készítjük, hogy petricsészébe szűrőpapírt helyezünk, ezt megnedvesítjük és leföldjük. Antigénül az M. K. R. II-öt használjuk, ami nem más, mint tolubalzsamot és victoriakéket tartalmazó marhaszív kivonat. Az antigént 3.5%-os NaCl-dal tízszeresére kell hígítani. A hígítást 100 vizsgálathoz a következőképpen végezzük. Egy kémcsőbe 0.7 ccm tiszta antigént teszünk, egy másikba 7 ccm 3.5%-os NaCl-oldatot, a harmadikba tiszta vízvezetéki vizet öntünk és ebbe helyezzük a hőmérőt. Mindhárom kémcsövet 58 fokos vízfürdőbe állítjuk és ott tartjuk 8 percig, majd az antigént és konyhasóoldatot összeöntögetéssel többször összekeverjük. A kész antigént visszahelyezzük az 58 fokos vízfürdőbe, ahonnan a szükséges mennyiséget melegített pipettával vesszük ki. Minden csoportnál ajánlatos egy biztosan lueses — már előzetesen pozitív reactiót adó — egyén véré-

kontrollképpen beállítani. Ezzel ellenőrizzük vizsgálatainkat és akár az antigén hígításában, akár máshol hibáztunk, azonnal észrevesszük.

Eddig 1230 eset alapján szerzett tapasztalatainkról számolhatunk be. Vizsgálatainkat a Wassermann-, Kiss- és Meinicke-féle serumreakciók kontrollja mellett végeztük. Az 1230 vizsgálat a következőképpen alakult: 1165 esetben a klinika terheseinek és betegeinek vérént határoztuk meg, ebből 510 volt nőgyógyászati beteg, 505 pedig terhes és gyermekágyas. 150 esetben vizsgáltuk meg a köldökzsinórvért. 65 esetben, hogy több pozitív esettel rendelkezünk, a bőrgyógyászati klinika biztosan lueses, járó betegeinek a vérént vizsgáltuk meg. Az összes esetek közül 1115 esetben (90.7%) a Chr. negatív eredményt mutatott, 115 esetben (9.3%) pedig pozitív volt. Saját anyagunk részletezését s a kontrollképpen használt seroreakciókkal való összehasonlítását 1. számú táblázatunk tünteti fel. Az 505 terhes és gyermekágyas közül a Chr. 11 esetben

1. sz. táblázat. Saját anyagunk beosztása.

Összesen	Terhes és gyermekágyas	Köldökzsinór vér	Nőbeteg			
1165	505	150	510			
Terhesek és gyermekágyasok: 505.						
Reactio	+++	++	+	Összesen negatív	Összesen pozitív	Pozitív esetek %-ban
Chediak	4	3	4	494	11	2.1
Wassermann	6	3	0	496	9	1.7
Kiss	5	2	1	497	8	1.6
Meinicke	7	0	1	497	8	1.6
Nőbetegek: 510.						
Chediak	11	13	13	471	39	7.6
Wassermann	24	1	2	483	27	5.3
Kiss	14	6	6	484	26	5
Meinicke	22	4	3	481	29	5.7

(2.1%) adott pozitív eredményt, 494 alkalommal (97.9%) negatív reakciót kaptunk. A War. 1.7%-ban, a Kiss- és Meinicke-reakciók pedig 1.6%-ban adtak pozitív eredményt. Az 510 nőbetegen elvégzett vizsgálataink alapján Chr. 39 esetben volt pozitív (7.6%). Ugyanekkor a War. 5.3%-ban, a Kiss-próba 5%-ban, a Meinicke 5.7%-ban mutatott pozitív eredményt. A 65 bőrgyógyászati betegen végzett Chr.-val minden esetben megegyező eredményt kaptunk, egy esetet kivéve, amikor a Chr. már pozitív volt negatív seroreakciók és pozitív spirohaeta-lelet mellett. A köldökzsinórvért 150 esetben vizsgáltuk meg. Két esetben biztosan lueses anya és újszülött esetében gyengén pozitív Chr.-t észleltünk. Az 505 terhes vizsgálata közben 8 esetben (1.6%) a vérbaj kimutatható volt. Erről a 8 esetről részletesen kívánok megemlékezni (2. számú táblázat).

A 8 asszony közül 4 a terhességben rendszeres kezelésben részesült. Négy esetben a luest mi állapítottuk meg. A négy kezelt terhes nő közül három szült, a gyermekek Chr.-ja negatív, a syphilis jelei rajtuk ezideig nem láthatók. 4. sz. esetünk: A 44 éves nőn 21 évi magtalan házasság után első terhessége végén szűkebb medencét nephropathia gravidarumot, időelőtti burokrepedést találtunk. A magzat megmentése érdekében császármetszést végeztünk és a fertőzés elkerülése végett a méhet amputáltuk. A műtét után derült ki, hogy az anya Chr.-ja és valamennyi többi reakció erősen pozitív volt, viszont a köldökzsinórvér és a magzat Chr.-ja negatívnak bizonyult, a gyermek egészségesnek látszik, valószínűleg a terhességben végzett kezelés eredményeképpen. 5. sz. esetünk: Egy 18 éves lány, aki fertőzésről nem tud, a Chr. és a többi reakciók erősen pozitívak, 1680 grammos, látszólag egészséges koramagzatot szült. A köldökzsinórvér gyengén pozitív volt, úgyszintén a magzat Chr.-ja is pozitív eredményt adott anélkül, hogy bármilyen syphilis elváltozást találtunk volna rajta. Születése után 12 napra jelentek meg tenyerén és talpán jellegzetes syphilises pemphigusok. 7. sz. esetünkben terhességgel szövődött esecsemőfejnyi elhalt nyomát távolítottunk el a terhesség 7. hónapjában, ennél a

2. sz. táblázat.

Sor-szám	Vizsgálatok terhességben és szülés alatt.							Ellenőrző vizsgálatok a gyermekágyban					
	Chr.	WaR.	Kiss	Mein.	Körelőzmény	Kezelés	Köldökzsinórvér	Anya				Gyermek	
								Chr.	WaR.	Kiss	Mein.	Chr.	Jelen állapota
1	+++	++++	++++	++++	8 év óta lues Dg. lues cerebri	5 kúra	—	++	—	++	+	—	egészséges
2	++	—	—	—	1 év óta lues Dg. lues latens	1 kúra	—	++	—	—	—	—	egészséges
3	++	+++	+++	+++	6 év óta lues Dg. lues cong.	11 kúra	—	++	++	+++	++	—	egészséges
4	++	++	++	+++	4 év óta lues	1 kúra	—	++	++++	++++	+++	—	egészséges
5	+++	++++	++++	++++	Fertőzésről nem tud	—	+	++	++++	+++	+++	+	Partus praemat. lues cong.
6	+++	++++	++++	++++	Fertőzésről nem tud	—	—	Ismeretlen helyre költözött				—	
7	+	++	++	+	Dg. lues cong. VII. grav. myoma.	1 kúra	—	Még nem szült				—	
8	+++	++++	++++	++++	Fertőzésről nem tud	—	+	++	+++	+++	+++	+	Partus praemat. lues cong.

3. sz. táblázat.

Aspecifikus reakciók szülés közben és nőgyógyászati esetekben						Ellenőrző vizsgálatok 2—4 hónap múlva				
Sor szám	ChR.	WaR.	Kiss	Mein.	Körjelzés	ChR.	WaR.	Kiss	Mein.	Megjegyzés
1	+	++	—	—	} Terhesség	—	—	—	—	Gyermek egészséges, ChR. negatív
2	++	+++	+	+++		—	—	—	—	
3	+	—	—	—	} Terhesség myx-oedema	—	—	—	—	
4	+	—	—	—		+	—	—	—	
5	+	—	—	—	} Genitalis rák	+	—	—	—	
6	++	—	—	—		++	—	—	—	
7	+	—	—	—	} Lázás gyermekágy	—	—	—	—	
8	+	—	—	—		—	—	—	—	
9	+	—	—	—	Uterus myomatosus	—	—	—	—	

positiv Chr. és a positiv seroreakciók alapján kiderült a veleszületett lues. A férj egészségesnek bizonyult.

A 8 syphilitikus anya közül csak 4 szült látszólag egészséges gyermeket. Ezek kúrában részesültek, ellenben a másik 4 esetünkben az anyák nem tudtak betegségükről és így a fertőzés után az orvoslás elmaradt.

Az 1230 esetben végzett Chr.-ból 9 esetben (0.7%) észleltünk aspecifikus reakciót. A 9 esetet részletezve, a következőket figyeltük meg (3. sz. táblázat). Három esetben (0.6%) a terhesség okozott positiv Chr.-t, ugyanekkor a WaR. is positiv volt! Tekintve, hogy a gyermekágy III. hónapjában megismételt Chr.- és seroreakciók negativ eredményt adtak és továbbá, mert sem a kórelőzményben, sem a klinikai vizsgálatkor luesre utaló tünetet nem találtunk, a gyermekek pedig egészségeseknek bizonyultak; mindhárom reakciót aspecifikusnak kell tekinteni. Három esetben méhrák mellett kaptunk gyengén positiv eredményt, két esetben a gyermekágybeli lázas állapot okozott gyengén positiv Chr.-t. Egyszer myoma esetén volt positiv a Chr., negativ seroreakciók mellett.

Különösen érdekes 4 esetünk, amikor a positiv Chr. mellett valamennyi seroreakció negativ volt (4. sz. táblázat). A kórelőzményben 3 esetben kezelt

4. sz. táblázat.

Lappangó luest mutatott ki a Chediak-reactio.					
Sor szám	ChR.	WaR.	Kiss	Mein.	Körjelzés
1	++	—	—	—	Lues latens
2	+	—	—	—	
3	+	—	—	—	
4	+	—	—	—	Spirochaeta-lelet positiv

luest találtunk, 1-ben pedig a spirochaeta pallida kimutatható volt. Az előbbi 9 és az utóbbi 4, vagyis összesen 13 esetünk megerősíti azt a már másoktól is megállapított tény, hogy a Chr. érzékenyebb a többi seroreakciónál. A 3 méhrákos beteg Chr.-ja még III. hónap múlva is positiv maradt, ugyanakkor a seroreakciók mindvégig negativak voltak.

Luesre valló elváltozást nem lehetett kimutatni. Fel kell tehát tennünk, hogy itt egy sajátos aspecifikus, talán serumlabilitásos reakcióról van szó, amely úgylátszik a rákos folyamattal kapcsolatos. Ennek az érdekes problémának további vizsgálata folyamatban van. A többi esetünkben a positiv reakciót kiváltó egyéb ok (láz, myoma) megszűnése után a reactio ismét negativvá lett.

A Chr.-val kapcsolatban elég sok közleménnyel találkoztunk. 5. sz. táblázatunkban összehasonlítot-

5. sz. táblázat.

Vizsgálat helye	Esetek száma	Chediak-R.		Positiv seroreakciók					
		neg.	pos.	WaR.	Kiss	Mein.	Kahn	Sa. Ge.	
Szegedi női klinika	1165	1115	50	36	34	37	—	—	
Müncheni női klinika (Schuck)	2155	2136	19	10	—	18	—	13	
Wiener Allgem. Krankenhaus (Navratil)	929	917	12	8	—	—	—	—	
Berlini Charité (Schwalm)	531	megegyező eredményt talált						—	—
Marburgi bőrklin. (Leipner)	150	100	50	48	—	—	—	—	
Leipzig bőrklin. (Wendeborn)	575	512	63	89	—	—	73	—	
Kölni bőrklinika (Dahr)	600	467	133	125	—	—	—	—	

tuk anyagunkat néhány szerzővel szülészeti és bőrgyógyászati esetek kapcsán. Amint a táblázat is mutatja, a Chr. szülészeti anyagban érzékenyebbnek bizonyult a többi savoreakcióknál. Az eddig közölt több ezer reakció tanulságai alapján, úgyszintén saját eredményeink összegezése után, klinikánkon 1941 január 15-e óta a Chr.-t rendszeresen végezzük. Minden betegről, aki klinikánkra jön, vért veszünk és ezzel elvégezzük a Chr.-t. Positiv eredmény esetén a Wassermann-, Kiss- és Meinicke-próbák céljaira átküldjük a vért a bőrgyógyászati klinikára. Negativ Chr. esetén a seroreakciókat nem végezzük el, mert eddigi adataink szerint feltehetjük, hogy ezekkel positiv eredményt úgy sem kapnánk. Sachs szerint a syphilitikus vérelváltozás lényege a lipidok reac-

tiója az autoantitestekkel. A spirochaeták ártnak a szöveteknek, a szövetártalom pedig sejtszétérésre vezet, melyből a lipoidok, mint lebontási termékek jutnak a vérbe. A vérben keringő organolipoidok ellen a szervezet autoantitesteket képez, amelyek a Chr.-ban használt kivonatanyaggal csapadékosan, a War.-ban pedig complementkötéssel reagálnak. A pozitív seroreakciónak nincs közvetlen kapcsolata a spirochaetával, hanem csak a lipoidanyagcsereváltozást mutatja. Ez a változás a syphilitikus folyamat kísérője, ritkább esetekben azonban lázas betegségekben, rákban, anyagcserebetegségekben és terhességben is előfordul. A terhesség megnövekedett közbülső anyagcserevel jár és nagyobb fokú fehérjeszétérés kíséri, megváltozik a májanyagcsere és a kifejlődő méhlepény az egész szervezetben változást hoz létre. *Brandt* és *Sanditz* szerint a savóelváltozások a VIII. terhességi hónaptól kezdve fejlődnek ki. Ettől az időtől kezdve nyerhetünk aspecificus reakciót. *Poock* szerint az aspecificus reakciók száma a terhességi hónapokkal növekszik. Az V. terhességi hónapban 2%, a szülésig 8.5%, a gyermekágy első három hetében pedig 4.5%-ra esik vissza. Az egyes szerzők véleménye az aspecificus reakciók megítélésében igen különböző (6. sz. táblázat). Saját anya-

6. sz. táblázat.

A szerző neve	Aspecificus reakciók WaR.-val terhes nőkön
Boas és Gammeltoft (Koppenhága) ..	0-14%
Baumm (Breslau)	0-9%
Esch és Wieloch (Freiburg)	7-7%
Finkener és Neugarten (Düsseldorf)	1-3%
Spiegler (Frankfurt a. M.)	0-45%
Tsakyroglu (Görögország)	0-5%
Hinton (Amerika, 10.427 terhesen) ..	0%
Smith (Amerika)	0%
Klee és Hofmann	1-69%
Brindeau	3%
Pankow	1-5%
Willenbücher	3-3%
Szegedi nőklinika terhesen ChR WaR-reakciókkal	0-4%
Szegedi nőklinika összes betegein ..	0-7%

gunkban a terhesek vizsgálata közben 0.4%-ban, az összes betegeken végzett vizsgálatok során 0.7%-ban kaptunk aspecificus reakciót. *Klaften* vizsgálataiból tudjuk, hogy a trophoblastok fermentatív hatása a terhesség IV. hónapjáig áll fenn és a belépés helyén késlelteti, vagy akár el is pusztíthatja a spirochaetákat. Később e sejteknek proteolytikus hatása csökken és nem képesek többé a spirochaeták beáramlását megakadályozni és létrejön a foetus fertőződése. A diaplacentaris átvitel lehetőségei időnkénti ingadozásokat mutatnak. Általában ismeretes, hogy az átvitel a IV. terhességi hónap előtt nem jön létre. Ezideig ugyanis négy hónapnál fiatalabb foetusban spirochaetát kimutatni nem sikerült. *Gammeltoft* szerint a magzat fertőződése csak ritkán történik a terhesség IV—V. hónapjánál előbb. *Seitz* szerint ez az V—VIII. hónapban megy végbe és a magzati szervezetet annyira elárasztja kórokozók, hogy spirochaeta-sepsisről beszélhetünk. A foetus a méhben elhal, majd macerálódik. A macerált magzatok 80%-a lueses fertőzés áldozata. Az időjében való luesellenes kezelés fontosságára mutat rá *Nürnbergger*; szerinte a terhesség alatt végzett erélyes kúra után egészséges újszülöttet kaphatunk. *Richter* szerint minél korábban kezdjük el a keze-

lést a terhességben, annál kedvezőbb az a gyermekre. Éppen ennek a nagyon kívánatos célnak érdekében volna fontos olyan megoldást találni, amelylyel népünk e pusztító betegsége ellen eredményesen tudnánk küzdeni.

Ha nem áll is módunkban a vizsgálatokat az egész lakosságra kiterjeszteni, bizonyos társadalmi rétegek átvizsgálására a Chr. kiválóan alkalmasnak látszik, így pl. Németországban *Dahr* végzett a rajnai iparvidék lakosságán a Chr.-val szűrővizsgálatokat. Nem egészen egy év leforgása alatt 125.000 embert vizsgált meg. Átlagértékben 1% pozitív Chr.-t talált. A pozitív egyéneket klinikailag megvizsgálva és serologiai ellenőrzésnek alávetve, 0.8%-ban találtak syphilit. Hasonló vizsgálatok bevezetése nálunk is ajánlatos volna. Egy próba elvégzéséhez szükséges antigén kb. 0.2 fillérbe kerül. Az összes kiadásokat, beleértve a munkadíjakat is, sem kerül többé egy próba másfél fillérről. A reakció olcsóságánál és megbízhatóságánál fogva kiválóan alkalmas nagy tömegek átvizsgálására. Ilyen rendszeres és nagy tömegeken végzett szűrővizsgálatokkal hatalmas lépéssel jutnánk közelebb népünk egészségi állapotának megismeréséhez és elősegíthetnénk a vérbajellenes küzdelmet. Minket szülészektől pedig azért foglalkoztat e vizsgálat eljárás, mert vele könnyen meg lehet vizsgálni minden terhes nőt, aki terhessége folyamán orvoshoz fordul, ambulantiát, terhes-gondozót, vagy zöldkeresztes állomást keres fel. Ezzel elérhetnők azt, hogy a halvaszületések száma csökkenne s mind ritkábban fordulna elő az a szomorú lelet, amikor az újszülött pemphigusaiából szerzünk tudomást három egyén vérbajáról.

A székesfővárosi Uj Szent János-kórház szemosztályának közleménye. (Főorvos: Csapody István egy. rk. tanár.)

Gyógyult inhartyatályog.*

Irta: *Lugossy Gyula dr.*, orvos.

Az inhartya betegségei elég ritkák, körülírt gnyedése pedig szokatlan kórkép; leginkább valamely távoli testrésztől kiinduló metastasis következménye. Igen heveny tünetek között súlyosnak mutakozó kezdete és mégis szerencés kimenetele miatt közlére érdemesnek látszik a következő eset.

S. István 30 é. schisophreniás elmebetegét 1940. XII. 11-én az egyik elmegyógyintézet vizsgálat és a lelet közlése céljából hozzánk küldte. A kezelőorvosa által közölt adatok szerint 9 hónap óta ápolják az intézetben; 2 hét óta hátán jókora carbunculus van, apróbb-nagyobb aknék, furunculások csaknem mindenütt találhatók testén. Az orrbemenetben pedig sycosis látható. A belorvosi lelet negatív, hasonlóképpen a *Wassermann*-reakció is. Két nap óta »minduntalan dörzsöli szemét, a bal szem conjunctivája belövelt«.

Bal szemén igen heveny szivárványgyulladást kórisméztem. A tensio rendes volt. Feltűnő és feljegyzésre érdemes volt az igen erős *chemosis* és livid vörös *vérbőség*. Látóképessége a jobb szemem 60/0=5/5, a balon 50/0=5/6 volt. A szembogár atropinra jól tágult. Tejinjectio adásával kapcsolatban erélyes tágítást, salicylátokat és meleg borogatást ajánlottam.

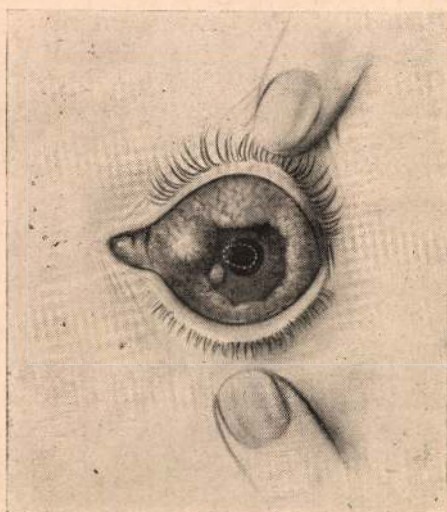
XII. 16-án ellenőrzéskor a lelet változatlan, azonkívül a szembogár nehezen tágul. Réslámpával az elülső csarnok alsó-belső részén felhőgomolyagszerű finom izzadmányacafatot találtam. A lencse és a mélyebb

* A Magyar Szemorvostársaság 1941. márc. 8-i ülésén tartott előadás nyomán.

részek épek. Rendelés az eddigi $+3 \times 2$ tabl. sulfamid belsőleg.

XII. 18-án állapota ugyanaz; a szivárvány pupilláris széle IX. óra táján egy esipkével letapadt. Kezelés ugyanaz.

XII. 20. A chemosis talán valamivel kisebb. 8 és 9 óra között a szaruszél mellett a szemtekei kötőhártya episkleritisre emlékeztetően jókora lenesényi nagyságban kidudorodik. Az elődomborodás közepe kissé sárgásfehér; belőle nyomásra törmelékeny geny sajtolható ki a limbus mellett. A genyet kikent készítményben megvizsgáltam és *staphylococcus*, valamint pneumococust találtam benne. Az inhártya fájdalmassága csökkent. Az elülső csarnokban 8 óránál kölesnyi, sárgásfehér körülírt izzadmánygyülem, mintha a csarnokzúgából buggyanna elő. Réslámpával: a csarnokvíz borús, izzadmányfoszlányokkal, a szembogár területében is. A szivárvány pupilláris széle mentén festékrögök, főként 9 óra táján, a letapadt esipkénél (1. ábra.) The-



1. ábra.

rapia: marad az eddigi + deseptyl érbe.

XII. 21. A chemosis jóval kisebb, a limbus melletti elődomborodás csökkent. A csarnokbeli izzadmány is fogyott. Th.: ugyanaz.

XII. 22. A limbus melletti episklerális genygyülem kevesebb. A csarnokvíz feltűnően tisztult. A szembogár submaximalisan tág, a letapadás is oldódott 9 óránál. A tensio rendes. Therapia: atropin, meleg borogatás, aspirin.

Ezután már rohamosan javult a bal szem állapota, annak ellenére, hogy a háton a carbunculus és a furunculosis még megvolt. Egy hét múlva a látóélesség ismét $60/0=5/5$ lett, a szembogár jó fényreaktiót adott. A lencsetokon néhány festékrög, egyébként ép szemteke. A lezajlott súlyos gyulladásnak mindössze két kis nyoma maradt: 1. a szemtekei kötőhártya alól 8 és 9 óra között a szaruszélnél kissé sötétebb és laposabb inhártyarész tűnik elő, mint egyebütt; 2. a szembogár nem egészen szabályos alakú, hanem harántul kissé ovalisan kinyúlik 9 óra irányában. (1. ábra.)

Az imént közölt esetben tehát arról van szó, hogy a háton hetek óta fennálló carbunculus, illetve testszerte meglevő furunculosis kapesán, minden bizonnyal metastasis révén, a széli hurokhálózat közvetítésével tályog keletkezett az inhártyában. Kezdetben a folyamat heveny szivárványgyulladás klinikai képét mutatta. Csak a gulladás későbbi állapotában, — ahogyan staphylococcus okozta genyedések esetében történni szokott — mikor már a beolvadás megtörtént, tűnt elő az inhártyatályog episkleritises góc alakjában. A váladékban staphylococust találtam és ugyanez volt kitenyészhető a beteg hátán lévő kelések egyikének agar-agar táptalajra oltott genyéből is, mégpedig egy *staphylococcus pyogenes aureus*-telep és 6 *staphylococcus albus*-telep.

Az áttétel a hátbőr keléseinek valamelyikéből, vagy a carbunculusból csak a véráram útján jöhetett létre. Ezért elvégeztük a vér bakteriológiai vizsgálatát is, utóbbi azonban negatív eredménnyel járt (Gajzágó főorvos). Természetesen ez nem zárja ki az áttétel lehetőségét, mert pl. még a gümőkórban is jöhet létre áttét a tüdőből valamelyik távoli szervbe, anélkül, hogy az egész véráramot elárasztanák a kórokozók és így általános fertőzés révén végzetes hatásúak lennének.

Esetem ezek szerint tipusos megjelenésű és lefolyású kórkép, amelyet Krämer 1921-ben hasonló közléstétellel kapcsolatban »episkleritis metastatica furunculiformis« névvel jellemezett. Összegyűjtötte az irodalomban addig megjelent ilyenemű közléseket és dolgozatában időrendi sorrendben felemlítve összesen 16 beszámolót ismertet.

Krämerrel egyidőben Bachstez ismertette hasonló esetét »A genyes áttéti episkleritistről« címen s azóta is még 12 esetet ismertettek.

Az episkleritis metastatica furunculiformis igen sajátos kórkép a tipusos esetekben. Krämer, aki elsőnek írja le pontosabban, a következőkkel jellemzi: a) Hosszabb idő óta fennálló staphylococcus okozta általános fertőzés, rendszerint furunculosis kapesán keletkezik. b) Kórokozója a staphylococcus pyogenes aureus. c) Heves izgalmi jelenségek és fájdalom kíséretében a szaruszél közelében körülírt tályog keletkezik az episklerában. d) Rövidebb-hosszabb idő múlva spontán vagy operatív megnyílás után kiürül; a genyben sok a kórokozó. e) Az elhalt részek leökődése után az inhártyai szövethiány pótlása könnyedén elvékonyodott, sötét elszíneződésű heg képződésével történik. f) Az uvea részvétele a gyulladásos folyamatban az inhártyai genyedés mélységi kiterjedésével arányos. g) A jóslat kedvező; a gyógyulás és a látás visszanyerése még az átfúródás ritka eseteiben is valószínű. h) A metastasis a véráram útján jön létre, a kórokozót azonban rendszerint nem sikerül a vérből kitenyészteni.

Ad a) Az eddig közlésre került esetek túlnyomó többségében az inhártyatályogot legalábbis hetekkel, ha nem hónapokkal megelőzte a valamilyen gócból kiinduló staphylococcus okozta általános fertőzés. Ha utóbbi nem is következett be, mint pl. Thiel 3. esetében, a fertőzés kiindulási helyét rendszerint meg lehetett találni. Mindössze de Schweinitz, Sachsalber egyik, Dupuy-Dutemps-Lemarchal, Thiel 2-ik, Terrien és Favory első esetében nem volt kimutatható az elsőleges góc. Betegemnek a szemtünetek megjelenése előtt két héttel már megvolt a háti carbunculusa s feltehető, hogy már hetekkel korábban kezdődött, csak nem vette észre a környezet, mivel a beteg ezidőszerint a schizophreniások türelmesebb csoportjába tartozik.

Ad b) Feltűnő az egyes szerzők adatainak egyöntetűsége arra vonatkozóan, hogy mind az inhártyatályogban, mind pedig az elsőleges góc genyében a kórokozó a staphylococcus pyogenes aureus volt. A betegem egyik furunculusból kitenyészített kórokozók egyik telepe ugyanez volt. Sajnos, az inhártyatályog váladékából a staphylococcusoknak baktériumtenyésztéssel való identifikálása elmaradt. Beértem annakidején azzal, hogy a kikent készítményben staphylococust és pneumococust találtam.

Ad c) A betegség kezdete az izgalmi jelenségek és fájdalmak hevessége miatt megtévesztő lehet; így esetemben is először szivárványgyulladásra kellett gondolnom. Azonban meglepőnek találtam az

igen erős livid vörös belövelltséget és főleg a szemtekei kötőhártya párnaszerűen vizenyős voltát. Utóbbi leplező volta miatt az első napokban nem is látszott semmi az ínhártyai folyamatból. Hogy az ínhártyán valami rendellenesség van s hogy a szivárványgyulladásnak csak másodrendű, illetve következményes folyamatnak kell lennie, arra abból következtettem, hogy réslámpával a csarnokban látható felhőszerű izzadmányfoszlányok *feltűnően egy helyről, mégpedig a csarnok belső zugából gomolyogtak elő*. Pár nap múlva megjelent ugyanott a csarnokban a kölesnyi, függőcseppszerű tömött izzadmánygyülem s így egyre bizonyosabbá lettem abban, hogy ínhártyai folyamatnak kell lennie az elsődlegesnek, annál is inkább, mivel a csarnok egyebüti tiszta, a lencse és a mélyebb részek épek és a tensio rendes volt. Amikor a limbus mellett a szemtekei kötőhártya körülírt területen elődomborodott, közepes sárgás színű lett és belőle törmelékeny genyet lehetett kinyomni, feltevésem beigazolódt.

Ad d) Mint a körülírt genyedések esetében általában történni szokott, az ínhártyai tályog is beolvad és megnyílás után kiürül. A gyógyulási folyamat meggyorsítása végett a szerzők egyrésze az áttörés előtt bemetszi a tályogot. Az esetek egy részében azonban, így pl. *Krämer* esetében is, a széles bemetszés ellenére is csak kevés geny ürült; néhány nap múlva azután az egész csomó egészében leléködött, ahogyan a typosos bőrfurunculusok szoktak. A kiürülő genyből kikent készítményben természetesen bőven található staphylococcus.

Ad e) Az ínhártya rétegeinek épségben maradása vagy elhalása a genyedés mélységétől függ. Ezért is jó a korai beolvadást és főként kiürülést meleg borogatással, ennek elégtelensége esetén bemetszéssel elősegíteni. Minél felszínesebb marad a folyamat, annál kisebb nyoma marad vissza a gyógyulás után. Ez természetesen a kórokozó virulentiájától és az áttét helyétől is függ. Ha a széli hurokhálózatban akad fenn a véráram továbbhurcolta kórokozó, akkor megmarad a genyedéses folyamat az episklerában, ahogyan az betegemnél is történt. *Krämer* szintén megemlíti, hogy leginkább itt szokott bekövetkezni a genyedés. Ebben valószínűleg a széli hurokhálózat sajátosságos, egyéni alkata is szerepel; így esetemben réslámpával feltűnő tárgulatok és aneurysmák voltak megfigyelhetők (Csapody). Ha ellenben az elülső ciliáris erek hátrább eső szakaszában következik be a genyedés, mint pl. *Feuer*, *Pagenstecher*, *Pascheff* betegénél és *Thiel* 3-ik esetében, akkor még nagyobbak az izgalmi jelenségek (exophthalmus, korlátolt szemmozgás stb.) és ha idejében nem következik be a geny áttörése kifelé, akkor a folyamat befelé terjedve, thrombophlebitis útján esetleg a szemteke sorvadására vezet, amint ez *Feuer* és *Pagenstecher* betegén történt. Kivételképpen megeshetik ez a széli hurokhálózatban fejlődött genyedés kapesán is, ahogyan *Sandmann* betegének jobb szemén észlelte; itt ugyanis a szaruhártya gyors beolvadása után a szemteke sorvadása következett be. Ez a beteg azonban igen leromlott állapotban volt, mert az általános fertőzést lues és kankó súlyosbította; az egyik nagy arctályog megnyitása után meg is halt.

Ad f) Az uvea részéről nagyrészt csak könnyű szivárványvérbőség társul az ínhártyatályoghoz. Természetesen csak azokban az esetekben, ahol az elülső ciliáris erek felszínesebb ágainak területén támad a genyedés. Ahol viszont mélyebben van a

folyamat, ott kivételesen üvegtesti tályog, heves szivárványgyulladás hypopyonnal és későbbi hátulsó vagy elülső synechiákkal, erős chorioretinitis, leukoma adhaerens, sőt még oclusio pupillae is létrejöhet. Bármilyen természetű is az uvea részvétele a folyamatban, kezdettől fogva gondolnunk kell erre, mert ezzel az esetleges szövődmény-maradvány valószínűségét kisebbíthetjük. Így esetemben is az eleinte meglévő részleges seclusio oldódott, szabad pupillaszél és rés maradt teljes látóélességgel. Azt *Krämer* sem tudta eldönteni, hogy a kísérő szivárványgyuladást toxikus vagy bakteriális jellegűnek kell-e felfognunk. A toxikus jelleg valószínűbbnek tartja, mivel a fertőzés rendszerint nem terjed a szemtekehátsó részébe. Bármelyik feltevés is a helyes, bizonyos, hogy a gyulladás intenzív. A betegem szemén lezajlott szivárványgyulladás komoly voltára utal az, hogy a gyógyulás után a szembogár 9 óra irányában harántul kissé oválisan kinyúló alakot vett fel a betegség előtt meglévő szabályosan kerek formája helyett (1. ábra). Ezt a változást az ínhártyatályoggal szomszédos szivárványrészeknek a súlyos gyulladás lezajlását követő zsugorodásával lehet kapcsolatba hozni.

Ad g) Teljes látóélességgel gyógyult betegem, valamint a többi eddig közölt hasonló eset bizonyosága szerint a *prognosis* jó. Ebben minden bizonynyal nagy szerepet játszik az is, hogy az ínhártyatályog gyógyulása a beteg általános állapotától függetlenül hamarosan bekövetkezik. Komoly bizonyíték erre *Sandmann* betegé és *Thiel* első esete, ahol rövid idővel az általános fertőzés miatt bekövetkező halál előtt a szemteke egészen tünetmentessé vált; továbbá *Dupuy—Dutemps—Lemarchal* észlelése és *Thiel* 4-ik esete. Utóbbi kettőben a pyaemiának első kimutatható áttétele az episkleritis volt és annak ellenére, hogy a beteg szeme teljesen meggyógyult, később újabb és újabb metastasisok támadtak a különböző szervekben, amelyek *Thiel* betegét végül is elpusztították. Ezeketől a szomorú esetektől eltekintve, az ínhártyatályog a legtöbb esetben látóképes szemteke visszahagyásával gyógyul; utóbbi valószínű még a perforatio ritka eseteiben is, amint ezt *Bogusz*, *Velhagen*, *Durando* esete bizonyítja.

Ad h) Bár a staphylococcus áttét útján hozza létre a tályogot az episklerában, kimutatása a vérben rendszerint nem sikerül, amint esetem is bizonyítja. Az eddig ismeretessé vált esetek között mindössze *Bachstez* és *Thiel* (4-ik) betegénél volt pozitív a vér baktériumtenyésztete. *Bachstez* betegé a bakteriaemia ellenére meggyógyult, míg *Thiel* betegé meghalt. Ezért *Thiel* az episkleritis metastatica furunculiformis esetében a vér pozitív staphylococcus tenyésztetét quoad vitam rossz jóslatúnak tartja. Viszont a vér negatív baktériumtenyésztete még nem jelenti azt, hogy a beteg minden veszélyen túl van, amint ezt ugyancsak *Thiel* halálosvégű első esete bizonyítja.

Amilyen veszedelmes tehát a beteg életbenmaradása szempontjából a staphylococcus okozta általános fertőzés, annyira jóindulatúnak mondható körülírt volta és gyors lezajlása miatt az ínhártyatályog. Ez nagyrészt a staphylococcus azon sajátosságos magatartásában nyeri magyarázatát, hogy az általa okozott genyedéseknek igen nagy a hajlamuk az elhatárolódásra. Milyen másként viselkednek ezzel szemben a streptococcus okozta genyedések; elég, ha csak a jól ismert *Leber—Wagenmann*,

Axenfeld, Lindner közölte esetekre utalok, ahol szintén a széli hurokhálózatban jött létre a fertőzés és tovaterjedve a szemteke sorvadására vezetett.

De nemesk az ínhártyában létrejött staphylococcus fertőzések ilyen jóindulatúak körülírt és gyorsan gyógyuló voltak miatt, hanem a szemteke *belsejébe* történt áttétek is. Így *Schanz* betegének halántéktáji genyedéssel kapcsolatban szivárványában keletkezett áttétel, melyet ő formája miatt furunculusnak tekintett. A kelevény megnyitása után a geny egy része az elülső csarnokba ürült; ezt operative nagyrészen kiöblítette. A gyulladási jelek gyorsan eltűntek. *Liebrecht* az érhártyában a membrana elastica alatt észlelt gócot, *Axenfeld* ugyancsak áttétel útján keletkezett chorio-retinális tályogot írt le. *Thies* két esetében a bal szem temporális csarnokzugában a kislencsényi sárga izzadmány, mint valami esepp volt látható. Feltűnő volt az áttétel jóindulatúsága, a szivárvány csekély részvétele a folyamatban (izzadmánymentes maradt) és a csarnokzugi genygyülem élesen körülírt volta. Utóbbi mint vastag esepp ült, tehát nem úgy, mintha a szivárványszövet választotta volna ki, hanem mintha a csarnokzugban lenne, vagyis a szaruhártya széli hurokhálózatának egyik ágából származna, anélkül, hogy az ínhártyában kívülről látható gyulladási góc támadt volna. A folyamat gyorsan gyógyult, a lencse és a mélyebb részek épek maradtak. Később mindkét beteg életfontos szervekben létrejött áttételek miatt meghalt.

Bármennyire jóindulatú, gyorsan gyógyuló betegség tehát az episcleritis metastatica furunculiformis, körültekintő vizsgálatot és gondos megfigyelést kíván. *Krämer* szerint: »A staphylococcus okozta genyvérülésnek gyakran a szembetegség az egyetlen látható megnyilvánulása; valószínű azonban, hogy más, belső szervekben egyidejűleg létrejött góccok kicsinységük és tünetmentességük miatt észrevétlenek maradnak.«

A Pázmány Péter Tudományegyetem orv., gége- és fülklinikájának közleménye. (Igazgató: Lénárt Zoltán ny. r. tanár.)

A heveny rhinogen neuritis retrobulbaris kezeléséről.

Írta: *Ajkay Zoltán dr.* egyetemi tanársegéd.

A neuritis retrobulbaris a látóideg szemmögötti részében lefolyó gyulladás. A neuritis rendszerint nem az egész látóideget, hanem a legélesebb látást szolgáló középső, papillo-macularis, rostokat támadja meg, ezért a látótér közepén gyengül a látás. Ezzel egyidejűleg a látótér középső részén megszűnik a piros és a zöld szín meglátása (relatív és abszolút szín-scotoma). A szem látásélessége tovább romolhat, sőt a beteg meg is vakulhat. A betegség a legtöbb esetben *chronikus* lefolyású és mint ilyen leginkább nicotin- és alkoholmérgezés következtében fejlődik ki, de okozhatja ólommérgezés, sklerosis multiplex és diabetes is.

A heveny neuritis retrobulbaris ritkábban fordul elő és a sklerosis multiplex mellett főleg a látóideget localisan érő artalmak — és pedig az *orrmelléküreg*ek gyulladása — kapcsán keletkezik. A melléküreg topographiai viszonya a látóideghez ma-

gyarázatot ad arra, hogy a hátsó rostasejtek és az iküreg gyulladása továbbterjedhet a látóidegre és látási zavart idéz elő. Ugyanis míg a hátsó rostasejtek a szemgödör orri határát képezik, — töle papírvékony lamina papiracea által elválasztva — addig az iküreg, amely a chiasma alatt kezdődik és a foramen opticumig terjed, közvetlenül a látóideg mellett fekszik. Ezen felül a nervus opticusnak az iküreghez és a rostasejtekhez viszonyított helyzete néha rendellenességet mutathat: 1. kicsiny iküregknél a canalis opticus rendszerint több milliméter vastag csontfal választja el az üregtől, nagy iküregknél viszont a válaszfal vastagsága sokszor az 1 mm-t sem éri el; 2. a csontfal, amely a canalis opticus és az iküreg között elválasztja, tömör, vagy üreges lehet; 3. a canalis opticuson dehiscenciák lehetnek; 4. az is előfordulhat, hogy a nervus opticus szabadon fut le az üregekben. Az üreges csontfal közvetítésével az iküreg nyálkahártyája a nervus opticus hüvelyével összeköttetésben áll, ami megmagyarázza a gyulladás tovaterjedését. Az elülső rostasejtek gyulladása ritkábban vezet látási zavarhoz; ez vagy úgy történik, hogy a rostasejt-genyedések orbitalis phlegmonet okoznak, vagy úgy, hogy a rostasejt-genyedéseknél áttörés történik az orbita hátsó részébe és az ennek következtében fellépő periostitis könnyen talál utat a foramen opticumhoz és a látóideghez. Legritkábban a homloküreg gyulladása vált ki neuritis retrobulbarist, mert az üreg nem fekszik közvetlenül a látóideg mellett. Ha a neuritisnek mégis homloküreggyulladás az oka, akkor az a canalis opticusig terjedő secundär periostitis létrejöttével magyarázható. Megjegyzendő, hogy a neuritis retrobulbarist okozó egyes melléküreg-gyulladásokat a gyakorlatban sokszor nem tudjuk egymástól élesen elkülöníteni, mivel azok rendszerint nem izoláltan fordulnak elő, hanem polysinusitisek formájában. Így pl. a mellső rostasejtek megbetegedésével rendszerint együtt jár a hátsó rostalabyrinthus vagy az utóbbival az iküreg gyulladási elváltozása is. A melléküreg gyulladása vagy per continuitatem a csontlikakon és velőüregeken keresztül terjed az orbitára és a látóidegre vagy pedig a vér- és nyirokedényeken át.

A heveny, rhinogen neuritis retrobulbaris hirtelen lép fel nátha, vagy influenza kapcsán. A betegek látásromlásáról, fejfájásáról, továbbá szem- és szemmögötti fájdalmakról panaszkodnak. A szemészeti vizsgálat legelső tünetként a vakfolt megnagyobbodását mutatja; később peripheriás látótér-szűküllet, centralis scotoma, decolorált, vagy elmosódott papilla, amblyopia és amaurosis léphet fel, aszerint, hogy a melléküreg gyulladása milyen fokú elváltozást okozott a nervus opticusban.

A melléküreg megbetegedésének *kórismézése* pozitív orrlelet esetében a rhinoskopia anterior, media és posterior segítségével könnyű. Itt hangsúlyozzuk, hogy az iküreg-genyedés gyanúja esetén a rhinoskopia media mindig elvégzendő, mert vele direkt győződhetünk meg az üreg állapotáról. A neuritis retrobulbaris orrmelléküregi eredetének kiderítése negatív orrlelet esetén nehéz, de a röntgenvizsgálat sokszor értékes segédeszköznek bizonyul, mert vele kideríthetők a melléküreg oly hurutos elváltozásai is, melyek váladékképződéssel nem járnak.

A heveny rhinogen neuritis retrobulbaris *therapiája* konservatív vagy sebészi. A *konservatív* the-

rapia erélyes diaphoresisben és az orrnyálkahártya anaemisálásában áll; klinikánkon újabban e két kezelési módot B₁ vitamin adagolásával egészítjük ki. A diaphoresist úgy visszük keresztül, hogy a beteg pár napon át este, lefekvés után, félóránként 1—1 csésze forró theát fogyaszt el, összesen 3 alkalommal és háromszor fél gramm aspirinnel, miközben egyszer 20 percen keresztül kamillateás gőzölést végez. Ugyelni kell arra, hogy a beteget jól betakarjuk, hogy bőséges izzadás induljon meg. Ezenkívül még reggelként is 20 percig tartó kamillateás gőzölést rendelünk el, ami után a beteget másfél órára ágyban tartjuk. A gőzölés helyett 20 percig tartó Brünnings-féle fejfényfürdőt is alkalmazhatunk. Az orrnyálkahártya anaemisálását úgy végezzük, hogy pár ccm 1—2 százalékos pantocain oldatba, — melyhez pár csepp tonogent adunk — kis vattacsíkokat áztatunk és ezt a megfelelő oldali középső orrjáratba helyezzük, azon helyre, ahová a legtöbb orrmelléküreg szájadzik. Ezzel elérjük egyrészt azt, hogy a rendszerint duzzadt és oedemás nyálkahártya lehasztásával szabadabbá tévén a melléküregek ostiumait, az ott lévő váladék levezetését biztosítjuk, másrészt azt, hogy a nervus optikus tokjának az oedémája is visszafejlődve javulnak a keringési viszonyok és ennekfolytán a látásban is javulás állhat be. Klinikánkon újabban a még erélyesebb *Herzog*-féle tartós anaemisálást alkalmazzuk. Ennek lényege az, hogy tiszta tonogenbe mártott gaze-csíkot vezetünk a középső orrjáratba, hátra egészen az iküregig és e tampon 2 óra hosszat benntartjuk. Az antineuriticus B₁ vitamint injekció formájában (Biamin forte; Betaxin) adagoljuk naponként 1 ampullával. Hangsúlyozandó, hogy e konservatív eljárásokkal az esetek nagy számában célt érünk akkor, ha a beteg a látási zavarok fellépte után azonnal jelentkezett.

Positiv orrlelet esetében, vagy ha a konservatív therapia néhány napon belül nem hozott javulást a szem állapotában, klinikánkon a *Hajek*-féle ethmoidektomiát és az iküreg megnyitását végezzük. A tamponálást lehetőleg mellőzzük a műtét után.

Még negativ orr- és röntgenlelet esetén is megnyitjuk a rostasejteket és az iküregét, ha a konservatív kezeléssel nem érünk célt, mert klinikánk tapasztalata szerint a műtétnek ilyenkor jó eredménye lehet. *Herzog* vizsgálatai alapján tudjuk, hogy neuritis retrobulbaris nemcsak akkor jöhet létre, ha az üregekben már makroszkoposan megállapítható gyulladásos elváltozások vannak, hanem akkor is, ha e gyulladásos jelenségek csak mikroszkopos vizsgálatlan mutathatók ki. Klinikánkon is végeztünk szövétani vizsgálatokat, amelyek megerősítették *Herzog* megállapításait. A probatoricus megnyitás eredményességéhez hozzájárul még a műtéttel kapcsolatos vérzés és ezzel a keringési viszonyok megjavulása, amit igazol az, hogy e műtétek után néha már percek alatt mutatkozik javulás a látásban. A rostasejtek és iküreg megnyitása, ha a beavatkozás kellő óvatossággal és gyakorlattal történik, veszélytelen. A heveny rhinogen neuritis retrobulbaris gyógykezelésétől csak addig várhatunk azonban eredményt, amíg az idegben súlyosabb anatómiai elváltozás nem állott be, ezért a beavatkozással nem szabad késlekedni. Hogy mennyi idő alatt következik be irreparabilis elváltozás az idegben, nem állapítható meg előre; ez a gyulladás súlyosságától, annak tartamától, az anatómiai viszonyoktól és a látóideg regeneráló képességétől függ.

Bajkay 1930-ban és 1936-ban megjelent dolgozataiban már közölt kimutatást az egyetemi orr-, gége- és fülklinikán operált rhinogen neuritis retrobulbaris esetekről. Az utolsó 5 évet is tekintetbe véve, klinikánkon eddig műtétre került összesen 67 beteg. Ezek közül 31-nek positiv, 36-nak negativ volt az orrlelete. A positiv orrlelettel műtétre került betegek közül gyógyult: 7, javult: 21, gyógyulatlan maradt: 3. A negativ orrlelettel műtétre került betegek közül gyógyult: 5, javult: 24 és gyógyulatlan maradt: 7. Műteteinknél minden alkalommal a rostalabyrinthos gondos kitakarítását és iküregmegnyitást végeztünk. A melléküregek megbetegedése — két esetet leszámítva — mindig heveny volt. E két esetben a rostalabyrinthusból kiinduló polyposis volt konstatalható. Műtétre került betegeink — leszámítva a 10 gyógyulatlan esetet — 8—20 nap alatt vagy teljesen visszanyerték látásukat, vagy lényegesen javult szemészeti lelettel hagyták el klinikánkat és recidiva miatt később sem jelentkeztek. Megállapítható volt, — amire már előbb hivatkoztunk — hogy műtéti eredményeink annál jobbabbak voltak, minél korábban jelentkeztek betegeink a látási zavar fellépte után. Így teljes gyógyulást azon esetekben értünk el, ahol a látási zavarok csak pár napja állottak fenn, javulás pedig azoknál mutatkozott, akik megbetegedésük 8—14 napján jelentkeztek. A 10 beteg, akiknél a műtét a látáson semmit sem javított, csak 4—5 hét, sőt még több idő eltelté után jelentkezett. A felsoroltakon kívül több olyan esetünk volt, amikor negativ orrlelet mellett ambulantiaer végeztünk konservatív kezelést (diaphoresis, anaemisálás, B₁ vitamin) és ilyen esetekben is igen jó eredményeket értünk el.

TARTALOM:

- Kovács Ferenc:** A szüléssel kapcsolatos ritka medencefenéksérülések. (225—228. oldal.)
- Kunecz Dénes:** A pruritus — leukoplakia — és kraurosis vulvae gyógyítása vitaminnal. (228—233. oldal.)
- Zemplén Béla:** A vér prothrombin tartalmának esikének májbetegségekben s ennek befolyásolása K vitaminnal. (233—235. oldal.)
- Szendi Balázs:** Császármetszést javalló kismedencebeli daganatok. (236—242. oldal.)
- Ittész Jenő:** A bél leiomyomája. (242—245. oldal.)
- Németh Lajos:** Klima, időjárás és évszakok szerepe a szemészetben. (245—248. oldal.)
- Kubányi Károly:** Chediak-reactio terhes nőknél és nőgyógyászati betegeken. (248—252. oldal.)
- Lugossy Gyula:** Gyógyult inhartyatályog. (252—255. oldal.)
- Ajkay Zoltán:** A heveny rhinogen neuritis retrobulbaris kezeléséről. (255—256. oldal.)

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1 óra között tartja.

Athenaeum Irodalmi és Nyomdai Rt. nyomása.

Felelős: Kárpáti Antal igazgató.