

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
Közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

TARTALOM:

Rávnay Tamás és Sipos Károly: Sulfamidok és neosalvarsan együttes hatása állatkísérletekben. (481—483. oldal.)

Horányi Mihály: További vizsgálatok a fibrinogen labilitásról. (483—486. oldal.)

Bereznay István: Szétvált gátsebek újabb összevarrása. (486—490. oldal.)

Könyvismertetés: (493. oldal.)

Simon Sándor: Mivel pótoljuk a sósavat rendeléseinkben. (493—494. oldal.)

Vegyes hírek: (494. oldal.)

Syntestrim

diaethylstilboestrol-dipropionát

Oestrogen hatású szintetikus készítmény

1 mg Syntestrim kb. 10.000 i. e. természetes tüszőhormon aktivitásának felel meg

FORGALOMBAN:

Injectió (1 és 5 mg-os a 1 ccm) linguetta, suppositorium, kenőcs és dragée

1 dragée, 1 suppositorium, 1 linguetta és 1 g kenőcs 0.001 g.

4.4'-dioxo- α - β '-diaethylstilben-dipropionátot tartalmaz



A hiányzó vagy csökkent petefészekműködés okozta genitális és extragenitális megbetegedések gyógykezelésére

RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Polytatták:

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, VIDA KOVITS KAMILLÓ,
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A szegedi bőr- és nemibeteg klinika közleménye.
(Igazgató: Rávnay Tamás ny. r. tanár.)

Sulfamidok és neosalvarsan együttes hatása állatkísérletekben.

Irta: Rávnay Tamás dr. és Sipos Károly dr.
(Műmelléklettel.)

Miként a mult világháborúban, úgy most is az arsenobensol-ártalmak súlyosbodását figyelhetjük meg. Úgy látszik, hogy a háború okozta lelki állapotok a fokozott testi igénybevétel fokozott érzékenységet idézhetnek elő, de valószínű, hogy a táplálkozási viszonyok és a vitaminszegénység is ebben lényeges szerepet játszanak.

A szervezetnek a háború okozta igénybevételét számos szerző, köztük *Spiethoff* és *Zieler*, *Mayr*, *Stümpke* stb. említi, mint egyik faktorát az arsenobensol-ártalmaknak, de erre engednek következtetni *Csordás*, *Pastinszky* és *Rajka* esetei is. *Scholl* a salvarsan-ártalom kiváltó okának a hypovitaminosist tartja. Ez a hypovitaminosis minden valószínűség szerint a »C« vitaminra vonatkozik, miként az számos szerző munkáján kívül *Grunwald*, *Fuhs* megfigyeléseiből, továbbá *Kühner* kimutatásából is kitűnik, mely utóbbi szerint salvarsan-adagolás esetén a naponként felhasznált ascorbinsav-mennyiség jelentősen emelkedett. Ez a szükséglet salvarsan-ártalmak eseteiben egész 99 mg-ig emelkedhetik. *Volavsek* megfigyelései szerint ez a hypovitaminosis az A-vitaminra is vonatkozhatik. *Samberger* a hypovitaminosison kívül a thyreidea csökkent működését is felelőssé teszi a salvarsan-ártalmak létrejöttében.

Igen valószínű, hogy a felsorolt okok mellett még számos olyan ismeretlen tényező is szerepel, amelyek az arsenobensol-ártalmak létrejöttét elősegítik, vagy súlyosbítják. Ilyen tényezők lehetnek a sulfamid-készítmények is. Klinikánkra 2 igen súlyos salvarsan-ártalomban szenvedő beteget szállítottak be, mindkettőnek előzőleg másutt sulfamid-készítményeket is adagoltak. Más intézetekben, kórházakban is érdeklődtünk ebben az irányban és megtudtuk, hogy több súlyos esetben ugyan-

csak szerepelt a kórelőzményben a sulfamidok adagolása. Ekkor határoztuk el, hogy ennek a nehezen eldönthető kérdésnek tisztázása céljából állatkísérleteket végzünk.

Régóta ismeretes, hogy az arsenobensol-készítmények a központi idegrendszer súlyos, halálhoz vezető meningoencephalitisét idézhetik elő. Ez a megbetegedés az arsenobensolok rendkívül kiterjedt adagolását tekintve, igen ritka. A ma annyira elterjedt sulfamidoknak a központi idegrendszerre ártalmas hatása még nem teljesen ismert, mégis az elég gyakran észlelt neuritisek, polyneuritisek mutatják, hogy ezek a készítmények az idegrendszerre nem közömbösek. Célunk volt tehát kísérleti állatokban arsenobensol és sulfamid megterhelést létrehozni és e két szerrel együttesen kezelt állatokban beálló toxikus tüneteket megfigyelni, s azokat a csak arsenobensollal, illetőleg a csak sulfamiddal kezelt ellenőrző állatok tüneteivel összehasonlítani.

Ilyen kísérletek végzése csak akkor válik lehetővé, ha a kísérlethez használt szerek toxicitását előzőleg külön-külön a kísérleti állaton már megállapítottuk. Ezek a vizsgálatok hosszúak és fáradtságosak. Abban a szerencsés helyzetben voltunk, hogy az arsenobensolra vonatkozó adatokat *Jancsó* prof.-tól, a sulfamidokéra vonatkozót pedig *Bordás* kártyarstól a szegedi Egyetemi Gyógyszertani Intézetben végzett vizsgálatok alapján készen kaptuk. Az ő szívességükből magkaptuk mindkét gyógyszerből azokat a gyártási számokat, amelyekkel ők kísérleteiket végezték. Ez azért fontos, mert az egyes töltések toxicitása annyira különböző, hogy valamely vizsgálat után kapott eredmény csakis az illető töltés toxicitását mutathatja.

Mivel nem akartuk a kísérleti állatok tűrőképességét a legnagyobb mértékben kihasználni, a sulfamidból (ultraseptyl és sulfapyridin) a halálos adag 50%-ának csak felét adtuk, annál is inkább, mert ezt négy egymásután következő napon adagoltuk. Az arsenobensolból a neosalvarsan készítményt használtuk és ebből a dosis tolerata 80%-át jutattuk a kísérleti állatokba.

Kísérleteinket következőképp végeztük: az előzőleg kititrált sulfapyridin vagy ultraseptyl por 3.2 gr-jából 10 cm³-nyi 10% gumiarabi-

cumos vizes suspensiót készítettünk, melyből egyszeri adagra 20 grammos egérnek $\frac{1}{2}$ cm³-t, vagyis testsúly kg-ként 8 gr-ot juttattunk gyomorsondán keresztül a gyomrába négy egymásután következő napon át. Az állatok egy részének a negyedik adagolás után 6 óra múlva az U. 1444 gyártási számú neosalvarsan 1:120 hígítású oldatából 20 gr-os egérre számítva 1 cm³-t adagoltunk a farki vénájába. A sulfamidokkal kezelt állatok másik részét kontrollnak hagytuk, tehát nekik salvarsant nem adtunk; de ugyanakkor addig nem kezelt egereknek is adagoltunk salvarsant kontrollképpen. Ezután az állatokat napokig figyeltük; a toxicitást az elhullottak számából, obduktió és szöveti leletéből állapítottuk meg.

Két megelőző tájékoztató kísérlet után hét kísérletsorozatot végeztünk, melyek eredményét — egyszerűség kedvéért — 2 táblázatban tüntetjük fel.

I. táblázat.

Kísérletek Ultraseptyllet és Neosalvarsannal.

Nap	19 egér	4 egér	11 egér
1.	Ultrasept. (8. gr/kg)	Ultrasept. (8 gr/ kg)	—
2.	Ultrasept. (3 exit.)	Ultrasept.	—
3.	Ultrasept.	Ultrasept.	—
4.	Ultrasept. 6 óra múlva 1 ccm Neosalv. (1:120/20 gr)	Ultrasept.	1 ccm. Neosalv. (1:120/20 gr)
5.	10 exit.	—	4 exit.
6.	1 exit.	—	1 exit
	Exit. 68,75 %	Exit.: 0 %	Exit.: 45,45 %

II. táblázat.

Kísérletek Sulfapyridinnel és Neosalvarsannal.

Nap	57 egér	15 egér	30 egér
1.	Sulfapyr. 8 gr/kg (4 exit)	Sulfapyr. 8 gr/kg (1 exit)	—
2.	8 (3 exit)	8 (1 exit.)	—
3.	8 (3 exit)	8	—
4.	Sulfapyr. 6 óra múlva 1 ccm. Neosalv. (1 : 120/20 gr)	8	1 ccm Neosalv. (1 : 120/20 gr)
5.	15 exit.	—	5 exit
6.	6 exit	—	—
7.	3 exit.	—	—
	Exit.: 53,19 %	Exit.: 0 %	Exit.: 16,66 %

A sulfamid-etetés alatt kb. az egerek kétharmadában a mérgezés tüneteit észleltük. Ez túlnyomórészt csak igen enyhe volt: étvágytalanság, gubbasztás, nyálfolys. Csak elvétve láttunk súlyosabb mérgezést, clonikus görcsök, hossz tengely körüli hengergözes és opistotonus képében. A salvarsan-mérgezés tüneteit az elhullás után szabadszemmel figyeltük meg és szövetiileg mutattuk ki. Szabadszemmel is jól láthattuk, hogy a kettős adagolás után elhullott egerek agya sokkal inkább vérbő és

tágult erekben jóval gazdagabb, mint azoké, melyek csak sulfamidot kaptak. (1. kép.) A szöveti elváltozások főbb tünetei diffus hyperaemiában, helyenként az arachnoidea sejtes beszűrődésében, az artériák falának elfajulásában és főleg subarachnoidalis, itt-ott a kéregbe benyomuló, másutt az erek környékén helyet foglaló vérzésekben nyilvánultak (2., 3., 4. kép.)

A táblázatok adatai szerint a sulfamidokkal és salvarsannal együtt kezelt állatok, majd minden kísérletünkben nagyobb %-ban pusztultak el, mint a többiek. Kísérleteink relatív kis számú állatokon történtek ugyan, de annyit már is megállapíthatunk, hogy kísérleteinkben a sulfamid és salvarsan együttes kezelése jelentette a nagyobb toxicitást az állatokra. Az ultraseptyllet végzett kísérletekben a különbség nem nagy (69%:45%), a sulfapyridinnel azonban már jelentős (53%:17%). Ebből a sulfapyridin nagyobb toxicitására kellene következtelnünk, mégpedig oly értelmében, hogy a sulfapyridin jobban előkészíti a talajt a salvarsan-mérgezés lehetőségére. Mondottuk azonban, hogy a szerek egyes töltései között toxicitás szempontjából igen nagy ingadozások vannak, miért is ez a megállapításunk csakis a kísérletben használt gyártási számra vonatkozhatik. Állatkísérleteinkből természetesen nem következtethetünk minden további nélkül az emberi szervezetben a sulfamid+salvarsan-hatásra beálló folyamatokra, mert számításba kell vennünk azt, hogy a kísérletben előidézett megterhelés az emberi gyógykezelésben előálló megterhelést tetemesen felülmúlja egyrészt, másrészt tekintettel kell lennünk arra is, hogy az egér központi idegrendszere az embernél jóval fejletlenebb. Annyit azonban kétségtelenül sikerült megállapítanunk, hogy kísérleteinkben a sulfamidok — közelebből nem ismert módon — fokozzák az arsenobensolok toxicitását és ez óvatosságra kell, hogy intsen emberen történő kezeléseinkben is.

Kiegészítésképpen megemlítjük Voss eseteit, melyek azt látszanak igazolni, hogy a súlyos arsenobensol-ártalmak kiváltásában a közbejött megbetegedéseknek (megfázás, torokfájás) is nagy szerepük van. Állatkísérleteink alapján talán joggal következtethetünk arra, hogy ilyen esetekben a sulfamidoknak az arsenobensol készítményekkel együttes adagolása súlyos veszedelemeket rejt magában.

Összefoglalás. Annak eldöntésére, hogy arsenobensol és sulfamid-készítmények együttes alkalmazása nagyobb veszélyt jelent-e a szervezetre, fehér egereken megterheléses kísérleteket végeztünk. Sulfamidokból a halálos adag 50%-ának a felét adagoltuk 4 napon át gyomorsondával, majd a 4. etetés után neosalvarsanból a dosis tolerata 80%-át fecskendeztük az egerek farki vénájába. Kontrollokként csak neosalvarsannal, illetőleg csak sul-

famiddal kezelt állatok szerepeltek. Ultrasep-tyllet és neosalvarsannal kezelt állatoknak 69:45, sulfapyridinnel és neosalvarsannal kezeltnek 53:17 arányú volt a halálozása a kontrollokkal szemben.

Kísérleteink azt igazolják, hogy egereken a sulfamidok fokozzák az arsenobensolok toxicitását, miért is az óvatosságot indokoltnak tartjuk az emberi gyógykezelésben is, főleg közbejött megbetegedések (megfázás, torokfájás, influenza stb.) eseteiben.

A budapesti I. sz. Belklinika közleménye.
(Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

További vizsgálatok a fibrinogen stabilitásról.

I. Thrombin és fibrinképződés.*

Irta: Horányi Mihály dr.

Az Orvostud. Közl. IV. évf. 16. számában közöltem vizsgálataimat a fibrinogenstabilitásról. Közismert, hogy ha a vért, ill. plasmát felhígítjuk, később alvad meg. A hígítás bizonyos fokán túl pedig a vérben, ill. plasmában fibrin egyáltalán nem képződik. Vizsgálataimat ebből kiindulva physiologiás konyhasóoldattal hígított nativ plasmában végeztem. A betegségek egész sorában megállapítottam, hogy milyen hígítás esetén vált még ki a fibrin és ez a kiválás mikor következett be. A fibrinogenstabilitást tehát a hígítás ellenében még kiváló fibrin minimumával és a kiválás időpontjával határoztam meg. Az így meghatározott fibrinogenstabilitás coordinata-rendszerben némely betegséges csoportra jellegzetes elhelyezkedést mutatott. Hogy kórélettani jelentőségét megismerjük, a fibrinogen e tulajdonságának további vizsgálata vált szükségessé.

Nagy vérvesztések után a szervezet első sorban a vér folyadékát pótolja, a plasma felhígul, vagyis a kísérleti körülményekhez hasonló milieuban kell a szervezeten belül is kiválni a fibrinnek, hogy a vérzés helyét eltömeszelje. A nativ plasma és hígítás alkalmazása tehát megengedi, hogy az így kapott eredményeket párhuzamba vonjuk a szervezetben lejátszódó folyamatokkal. A vérvesztés után a szövetek felől az érpályába áramló folyadék a véralvadáshoz szükséges anyagokat is magával viszi. A hígítatlan nativ plasma csak korlátozott ideig tartható el úgy, hogy meg ne alvadjon. Amint centrifugálás után a celloidin csőből más csőbe pipettázzuk és a levegővel, vagy más szennyeződéssel érintkeznek, hamarosan megalvad. A hígítatlan nativ plasma a véralvadás, ill. a fibrinogenstabilitás további részleteinek vizsgálatára ezért nem alkalmas. Ha a nativ plasmát eléggé felhígítjuk, akkor ezzel stabili-

záljuk és gyakorlatilag korlátlan ideig eltartva vele különböző kísérleteket végezhetünk. Ily módon a hígított nativ plasmában physiologiás körülmények között alvadást okozó kiindulási anyagot nyerünk, mely éppen ezért a kérdés további tanulmányozására igen alkalmas. Tehát a további vizsgálatokhoz olyan hígítású nativ plasmát választottam, mely több mint 100 esetben szerzett tapasztalatom szerint önmagától már nem alvad meg. Ez a phys. NaCl-oldattal 25-szörösére hígított nativ plasma, melyhez hozzáadtam mindazon alvadás szempontjából actív anyagokat, melyek classikus alvadástan szerint a folyamatban szerepelnek és a lehetőség szerint leginkább physiologiás körülmények között előállíthatók.

A 25-szörösére hígított nativ plasmában tehát a fibrinogen stabil, vagyis önmagától benne fibrinképződés nem indul meg. Ennek a stabilitásnak okát a folyamatban szereplő tényezőkben kell keresni. Elsősorban lehetséges, hogy a fibrin egyáltalán nem képes ilyen hígítás mellett kiválni, de lehetséges az is, hogy a fibrinképződéshez szükséges egyik vagy másik tényező hatékonysága vesz el bizonyos koncentrációs határon alul. A kérdés egyszerűen eldönthető a folyamatban szereplő anyagok partialis concentratiojának növelésével. A véralvadástan classikus felfogása szerint a folyamatban thrombokinasé, prothrombin, ill. kész thrombin, calcium és fibrinogen szerepel. Ezek közül a fibrinogen előállítása, ill. hozzáadása teljesen physiologiás körülmények között nem lehetséges, de a három másik tényező szerepének ily módon való vizsgálata könnyen végbevihető. A fibrinogen-concentratio szerepére más úton lehet következtetni.

A 25-szörösére hígított nativ plasmához thrombokinasét vagy thrombint vagy calciumot adva, egyaránt létrejött a fibrinkiválás, jeléül annak, hogy e tényezők elégséges mennyisége esetén a fenti hígítás ellenére is ki tud válni a fibrin. Ha a három tényező közül bármelyiket növekedő concentratioában adtam a hígított nativ plasmához, akkor a fibrinképződés ideje, az alkalmazott concentratio határok között arányos volt ezek mennyiségével. A serum és thrombokinasé esetén ez az arány fordított, calcium esetében pedig egyenes. (A calcium szerepére egy következő közleményben fogok részletesen kitérni.)

Rövidség és könnyebb áttekinthetőség kedvéért a táblázatban csak 3 eset adatait vettem fel. A sorozatosan, főleg egészséges egyénekben végzett vizsgálatok egyébként hasonló eredménnyel végződtek, nagyobb eltérések csak a thrombokinasé esetében fordultak elő, de ezek az eredmények sem állottak ellentétben a levont következtetésekkel. A táblázat függőleges oszlopában az 1 ccm phys. konyhasóoldattal hígított nativ plasmához adott serum, thrombokinasé és calcium ccm-ben kifejezett mennyiségei vannak feltüntetve. A 3 vízszintes sorban pedig

* Esterházy Pál herceg adományával készült dolgozat.

I. Táblázat.

Az esetek száma	1 kcm 0.85 %-os NaCl-al 25-szörösére hígított nativ plasmához																	
	serum (ccm)						thrombokinasé (ccm)						0.78 %-os CaCl ² (ccm)					
	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30
hozzáadása után a fibrinkiválás ideje percekben																		
1.	25	12	10	7	5	4	360	300	100	50	45	30	10	11	12	16	20	25
2.	7.5	6.8	6.5	6	5.5	5	400	360	120	60	50	45	12	13	14	16	18	25
3.	30	20	15	10	7	6	200	180	100	30	20	15	6	7	7.5	8	9	10

a fentiek hozzáadása után létrejött fibrinkiválás ideje percekben kifejezve. A vizsgálatokban thrombinként homolog serumot használtam. A nativ plasmához és serumhoz egy venapunctioból vettem le a vért a felhasználás előtt 4 órával. A 4 órai várakozás a serumfehérjemeghatározásokban és a serologiában általánosan elfogadott, tekintettel arra, hogy, mint köztudomású, legalább ennyi idő kell ahhoz, hogy az alvadék teljesen összehúzódjék és állandó fehérjetartalmú serum váljék ki. A nativ plasma előállítás az általam közölt (Orvostud. Közl. II. évf. 13. sz.) módon történt. A nativ plasmát a centrifugálás után azonnal 25-szörösére hígítottam és felhígított állapotban tartottam a kísérlet megkezdéséig. A thrombokinasé-oldatot a Richter-gyártól rendelkezésemre bocsátott, frissen porított és vacuumban ampullázott nyúlgyorpból nyertem *Quick* szerint. A felhasznált CaCl₂-oldat 0.78%-os volt. Az összes mérések szobahőfokon a serologiában használt agglutinációs csövekben történtek.

Bár az említett methodikai nehézségek miatt a nativ fibrinogen partialis töménysége nem volt növelhető, a fibrinogen-töménység csökkenésének szerepe a stabilitásban vizsgálható volt oly módon, hogy a már 25-szörös hígítás mellett stabilnak talált nativ plasmát tovább, pl. kétszeresére hígítottam és ezután adtam hozzá az előzőkkel megegyező mennyiségű thrombint, thrombokinasét és calciumot. Ennek eredményeképpen megállapítottam, hogy az 50-szeresére hígított nativ plasmában a thrombin, thrombokinasé és calcium ugyanazon mennyiségére ugyanazon vagy alig hosszabb idő múlva jött létre az alvadás. Az alvadási idő éppígy nem rövidült meg tekintélyesen, ha hígított nativ plasma helyett hígítatlan oxalatos plasmát használtam, holott ebben fibrinogen-concentratio 25-ször nagyobb volt, mint a hígított plasmában. Ebből a két kísérletből az következik, hogy nem a fibrinogen-töménység a döntő, és a nagyobb hígítás alkalmával előállott fibrinogen-stabilitás oka nem a fibrinogen-concentrációjának csökkenése, hanem a többi alvadásactiv anyag túlságos felhígulása. A fibrinogen a 25-szörösénél jóval nagyobb hígítású plasmában is fibrinnek alakul, ha elegendő mennyiségű thrombint adunk hozzá. Természetesen bizonyos hígításon túl bármily mennyiségű alvadásactiv anyag sem lesz képes fibrin-

képződést létrehozni. Ennek a hígítási határnak meghatározása újabb oldalról világíthatná meg a fibrinogen-labilitás kérdését.

A leírt bevezető kísérlet érdekes még abból a szempontból is, hogy a hígított nativ plasmához adott 3-féle anyag mindegyike külön-külön is fibrinképződést eredményezett. A classikus tan szerint a fibrinképződéshez thrombin kell. A serum-hozzáadásra létrejött fibrinkiválás tehát érthető. A thrombokinasé hatására létrejött fibrinkiválás pedig megmagyarázható az az ismeretes ténnyel, hogy a serum mindig tartalmaz az alvadásban részt nem vett, szabad prothrombint, ami thrombokinasé hozzáadására azután thrombinná alakul. Ezt a jelenséget a Ca szerepe szempontjából *Wöhlisch* és *Paschkis* vizsgálta részletesen. A hígított nativ plasma természetesen szintén tartalmaz szabad prothrombint, ezért itt is ugyanolyan mechanizmus szerint kell lejátszódnia a thrombinképződésnek, ill. fibrinkiválásnak. A thrombokinasé hatása eszerint voltaképpen ugyanaz, mint a serum hozzáadása, csak míg a serumban a thrombint készen adjuk, a thrombokinasé hozzáadásakor endogennek nevezhető, szabad prothrombinból épül fel a thrombin. Említett dolgozatomban a nativ plasma alvadásában nem közvetlenül celluláris eredetű thrombokinasé szerepére következtettem. A régebbi és újabb irodalmi adatok között egyaránt található hasonló és a plasmában oldott thrombokinasé-természetű anyag jelenlétét bizonyító adat. A nativ plasmában a levegő corpusculáris részecskéi magukban vagy az említett anyagokkal együtt hozzák létre a thrombint, mely azután a fibrinképződést kiváltja. A teljes vérben és nativ plasmában tehát a thrombinképződés, ill. fibrinkiválás nem folyik le teljesen egyformán. Feltehető, hogy a nativ plasma alvadásakor keletkezett thrombin vagy fibrin különbözik a teljes vér alvadásakor közvetlen celluláris eredetű thrombokinasé hatására keletkezett thrombintól, ill. fibrintől.

A hígított nativ plasma alkalmas közeg arra, hogy ezt a feltett különbséget exact módon is kimutassuk. A továbbiakban tehát nativ plasma alvadásakor keletkezett serum és teljes vérsérum thrombinjának hatását vizsgáltam. Mivel a kétféle eredetű savó hatására a hígított nativ plasmában a fibrinkiválás ideje különböző volt, aktivitásukat hígítatlan oxalatos

plasmában is összemértem, hogy az eredményt erről az oldalról is támogassam.

II. Táblázat.

Az esetek száma	1 ccm 0.85 %-os NaCl-al 25-szörösére hígított nativ plasmához	
	0.2 ccm nativ plasma serum	0.2 ccm teljes vérsavó
	hozzáadása után a fibrinkiválás ideje percekben	
1.	5	5.5
2.	3	4
3.	6	7
4.	4	6
5.	7	7.2
	1 ccm oxalatos plasmában a fibrinkiválás ideje percekben	
6.	2	3
7.	15	30
8.	20	35
9.	6	120

A táblázat vízszintes soraiban az egyes esetek állanak, mégpedig az első öt sorban a kétféle serum hatására a hígított nativ plasmából, a következő négy sorban pedig a hígítatlan oxalatos plasmából való fibrinkiválás ideje percekben. Az esetek jelzését tartalmazó függőleges oszlop után 0.2 cm³ nativ plasmaserum, az ezután következő oszlop pedig ugyanannyi teljes vérsérum hatását tünteti fel. Amint a táblázatból leolvasható, a nativ serum a hígított nativ plasmában és a hígítatlan oxalatos plasmában egyaránt aktivabbnak mutatkozott, vagyis hamarabb hozott létre fibrinképződést. Oxalatos plasmában esetenként igen nagy volt az aktivitásbeli különbség, hígított nativ plasmában általában kisebbnek mutatkozott. Minden vizsgálat két vagy még több teljesen meg egyező párhuzamos méréssel történt, ezeket a rövidség végett külön nem tüntettem fel.

Kérdés, mivel magyarázható a nativ savó nagyobb aktivitása? Nagyon kínálkozik a jelenséget analógiába hozni a következő ismert megfigyeléssel: Ha az oxalatos plasma recalcifikálás után rázás közben alvad meg, a keletkezett savó (oxalatos plasmához adva) kevésbé aktív, vagyis később hoz létre fibrinkiválást, mint az a savó, mely hasonló körülmények között, de rázás nélkül keletkezett. A rázás közben és nyugalomban kivált serum különbségét régebben a kétféle serum metathrombin-tartalmának különbözőségével magyarázták. Moravitz leírása óta ismeretes ugyanis, hogy a thrombin állás közben igen hamar hatástalan metathrombinná alakul. Wöhlisch vizsgálatai szerint azonban bizonyos, hogy a kétféle savó aktivitási különbsége onnan ered, hogy rázás közben a thrombin egy része a fibrinhez kötődik, ezért kisebb az aktivitása, ill. mennyisége ez esetben.

Vizsgálataimban a kétféle savó egyaránt 4 órai állás után került felhasználásra, tehát a metathrombin szerepe itt is meggondolandó.

A thrombin metathrombinná alakulása a

véralvadás után hamarosan megkezdődik és állás közben folytatódik. Ha a kétféle serumban a metathrombin-képződés gyorsasága volna a különböző, kiinduláskor, amikor még gyakorlatilag nincs metathrombin, vagy hosszabb idő múlva, amikor már eléri maximális mennyiségét, a kétféle savónak egyforma aktívnak kellene lennie. Ezzel szemben 4 óránál jóval rövidebb és hosszabb idő múlva is ugyanaz az aktivitás volt kimutatható.

A kétféle savó különbsége magyarázható volna abból is, hogy a vérvételtől a felhasználásig a teljes vérsavó az alvadékkal és benne a vörösvérsejtekkel érintkezett, ezzel szemben a nativ plasma a centrifugálástól kezdve a sejtekkel különválasztva állt. Bár Nolf és Koller szerint a vörösvérsejtek nem alvadásaktivak, mégis ezt a lehetőséget is tekintetbe kellett venni. A nativ plasmából nyert serumot a fibrin eltávolítása után nativ vörösvérsejtekkel kevertem össze, majd kb. 1 óra állás után ismét centrifugáltam és így hasonlítottam össze a teljes vér serumával: A kétféle serum alvadásaktivitásának különbsége változatlanul megvolt. Régebbi vizsgálataim, valamint Frey és Hueck adatai szerint is a kétféle savó összes fehérjetartalma egyenlő. Ezt most kiegészítettem azzal, hogy az egyes fehérjefrakciókat is meghatároztam és azokat is egyformának találtam. Az aktivitási különbség tehát ezzel sem áll összefüggésben. Hogy a kétféle savó aktivitási különbségére az említett analógiát magyarázatul elfogadhassuk, még egy másik lehetőséget is meg kell vizsgálni: a nativ plasma és teljes vér alvadásában, ill. fibrinkiválásában alapvető különbség van a thrombokinasében, míg a prothrombin, mely a plasma oldott alkatrésze, egyforma mennyiségben van a kétféle plasmában. Lehetséges, hogy az egyik vagy másik esetben több vagy kevesebb prothrombin alakul át thrombinná a kétféle thrombokinasé hatására. Ez esetben tehát azt kell keresni, hogy a fel nem használt prothrombin a kétféle savóban egyforma vagy különböző mennyiségben van-e jelen. Ha a serumhoz thrombokinasét adunk, mint már előzőleg említettem, a fel nem használt prothrombin thrombinná alakul. Ha főlegben adjuk a thrombokinasét mindkét serumhoz, az összes prothrombin thrombinná alakul és az aktivitási különbségnek el kell tűnni abban az esetben, ha az aktivitáskülönbség oka a fel nem használt prothrombin különböző mennyisége lenne. Ezzel szemben, ha a hígított nativ plasmához egyik vagy másik fajta savó mellett elegendő mennyiségű thrombokinasét is adtam, a hatás-különbség akkor is változatlanul fennállott.

A véralvadás eddig ismert igen összetett folyamatából csak azokat a lehetőségeket vizsgáltam ennek a munkának keretében, melyek a physiologias milieut nem zavarták. Az igen sok ellentétes irodalmi adat azzal függ össze, hogy az alkalmazott módszerek túlbonyolultak

voltak és műtermékek keletkezésére vezettek. A véralvadásgátláshoz használt anyagok közül pl. a citrátról ismeretes, hogy bontja a complementet (Beck), hatására eltolódnak a fehérjefraksiók (Doenecke), megváltozik a véresejtsílyedés sebessége (Horányi). Valószínű, hogy az alvadási rendszerben is mélyreható változások jönnek létre ezúton. Az egyes tényezők tiszta előállítása pedig az alvadásgátlás módja mellett a kiesapások, dialyzálások, adsorptiók és a csapadék újra oldásának sorozatával érhető csak el.

E methodikai nehézségeket számbavéve, a leírt megfontolások után valószínűnek látszik, hogy a natív plasmasavó és a teljes vérsavó hatásának különbsége azzal függ össze, hogy a natív plasmaserumban több a thrombin. Ennek oka pedig valószínűleg az, hogy a natív plasma fibrinjéhez kevesebb thrombin kötődik, mint a teljes vér fibrinjéhez. Ezt a feltevést azonban közvetlen kísérlettel támogatni nem sikerült ezidőszerint. Arra nézve, hogy a savó aktivitása nem a thrombin mennyiségével, hanem esetleg specifikus képességével függene össze, adat nincs.

Összefoglalás. 1. A physiologiás konyhasó-oldattal nagyobb fokban hígított natív plasma stabilitásának okát keresve kiderült, hogy a thrombin bizonyos koncentrációs határon alul nem tud alvadást létrehozni.

2. A natív plasma és a teljes vér alvadásakor keletkezett savó alvadásaktivitása különböző, a natív plasma seruma rövidebb idő alatt hoz létre fibrinkiválást a hígított natív plasma. Ennek oka lehet az, hogy a natív plasma seruma több thrombint tartalmaz, mégpedig azért, mert a natív plasma fibrinje kevesebb thrombint adsorbeál, mint a teljes vér fibrinje.

A budapesti m. kir. Bábaképző Intézet közleménye. (Igazgató: vitéz Szathmáry Zoltán egyet. c. rk. tanár.)

Szétvált gátsebek újabb összevarrása

Irta: Bereznay István dr. tanársegéd.

A gyermekági másodlagos gátvarrás a szülészet ama kérdései közé tartozik, amelyben még ma sincs egységes felfogás és általánosan követett eljárás.

Régebbi szerzők a másodlagos varratoknak rendkívül kedvező eredményeit látták. Ennek ellenére Abuladse »Másodlagos gátvarrás a gyermekágban« c. 1903-ban megjelent munkájának elve, amely szerint »a nem gyógyult gátrepedések csak a gyermekági lefolyása után varraszanak« — oly érvek bizonyult, amely a mai napig is érvényes hatását. Rudolphson, Pulvermacher és különösen Brandes munkái — bár még III. fokú gátrepedések esetében is mind jó eredményekről számolnak be, — nem tudtak ezen a nézeten változtatni. — Így pl. Fűth a

Halban-Seitz kézikönyvben a másodlagos gátvarrást meg sem említi. Jaschke és Pankow, valamint Stoeckel tankönyveikben azt írják, hogy egyesek a nem gyógyult gátrepedések másodlagos megvarrását ajánlják a szülés utáni 2—3. héten, ha a hőmérséklet rendes és a váladékképződés csökkent; ők maguk azonban nem ajánlják e műtétet. Régebbi szülészek, mint Winkel, Zweifel, Martin és mások, ajánlották a másodlagos gátvarrást a szülés utáni 8—11. napon. A legújabb magyar irodalomban, Burger most megjelent »Szülészeti műtétan« című munkájában, mint »szóbjázható« Kovács F. »Gyakorlati és műtéti szülészeti« című könyvében, pedig mint »célszerű« műtétet említik a másodlagos gátvarrást.

Abuladse 1903-ig terjedő gyűjtőstatisztikájában 137 esetről számol be, amelyekből 93,3%-ban volt teljesen eredményes, 3%-ban pedig részben eredményes a másodlagos varrat. Említésre érdemes, hogy összegyűjtők anyagában 1,5 %-os halálozást találunk. Ne felejtjük el azonban, hogy statisztikája oly időkből származik, amikor a műtéti tapasztalatok még kezdetlegesek voltak.

Eljárása az volt, hogy helyi érzéstelenítésben vagy anélkül, a sebszélek felfrissítése és a sarj-szövetszemesék eltávolítása után a sebet átfogó varratokkal egyesítette. Brandes beteganyagában a gátvarrat és a plastika között álló műtétet alkalmazott.

A közelmúltban Bokelmann berlini osztályáról Götz számolt be 5 év szülészeti anyagáról a másodlagos gátvarratok kérdésével kapcsolatban. 8176 szülés közül 2564-ben hüvelygátvarrást végeztek. Ezek közül 54 teljesen szétvált. A másodlagos gátvarrás elvégzésében Abuladse és Brandes előírásai nyomán a következő követelményekhez szabták magukat:

1. láztalanság;
2. nem gennyes gyermekági folyás;
3. a sebfelületek tisztasága;
4. friss, sarjadzások szemesék
5. más természetű tilalmak hiánya.

E követelményeket a 14. nap körül érték el. Addig rivanolos tamponnal kezelték a szétnyílt és lepedékes gátsebeket. A műtétet majdnem mindig Evipan Na. narcosisban végezték, átöltő, vastag (3-as, 4-es) cat-gut vagy selyemszálakkal. Eredményük: 41 gát elsősorban gyógyult, 9 felületen bőrszétválással, de jó anatómiai eredménnyel. (Összesen = 92,7%.) Négy gát ismét szétvált, tehát ezekben az esetekben a másodlagos varrat is eredménytelen volt.

A másodlagos gátvarrás korai elvégzésének előnye nyilvánvaló. Megelőzője lehet azoknak a különböző szülészeti és nőgyógyászati betegségeknek, amelyek a nem gyógyult gát következményeképpen előállhatnak és amelyek lényegükben a gát hiányos működéséből erednek.

A nem gyógyult gátvarrás első következménye, hogy a szeméremrés tántog, a hüvely alsó részlete nyitva lévén, levegőnek, pornak,

piszoknak, tehát fertőzésnek van kitéve. Második következménye, hogy a hasprés működésének hatására lesüllyed az elülső vagy hátulsó, esetleg mindkét hüvelyfal. Később, a gátizomzat ellenállásának, támasztó hatásának csökkenésével az elülső hüvelyfal mind nagyobb részlete süllyed lejjebb. Ezzel együtt leszáll a hólyag is. Nagymértékben gyengül a septum recto-vaginale ellenállása is, s ezért a székrekedéssel járó erőlködéskor a végbél alsó része benyomul a hüvelybe, majd a hátulsó hüvelyfállal együtt a tátony szeméremrészbe. Közismertek ez elváltozásoknak megfelelő tünetek, mint a vizelet elcsepegeése, székrekedés, hüvelygyulladás, folyás stb.

Nyilvánvaló a másodlagos gátvarrás nagy előnye, ha figyelembe vesszük, hogy a szülőintézetekből szétvált gátsebbel elbocsátott és 2—3 hónap múlva ellenőrzővizsgálatra, illetve műtetre berendelt betegek nagy része többé nem jelentkezik. Ennek okát egyrészt abban kereshetjük, hogy a gátseb szétválásának késői következményei így rövid idő alatt még nem szoktak jelentkezni; másrészt a betegek életkörülményei legtöbbször nem engedik meg, a legalább 10—15 napig tartó újabb kórházi kezelést. Így az elsőleges kis baj gyakran idültté válik s egyrészt a családi életre van kihatással, másrészt megszüntetése majdnem mindig nagyobb beavatkozást, mindenesetre nagyobb anyagi és időbeli áldozatot követel.

Intézetünkben aként járunk el, hogy mindazon esetekben, amikor a gátvarrás nem gyógyul s a gátseb bármely okból szétnyílik, ha a szétválás nem csupán a bőrre, illetve a nyálkahártyára és a közvetlen alatta levő kötőszöveti rétegre korlátozódik, hanem a gát mélyebb rétegeire is kiterjed, tehát a gát tájbonctanát s ezáltal működését és feladatát is befolyásolja, *a gyermekágyban, amint a lehetőség arra megvan, másodlagos gátvarrást alkalmazunk.*

A gátvarrat megzavart gyógyulásának első tünetei rendszerint a szülés utáni 24—48 órában jelentkeznek. A műtéli területen ilyenkor legtöbbször azt látjuk, hogy az öltések be-, illetve kimeneteli nyílásai körül szürkés-sárgás lepedék, esetleg kisebb gennyesapok vannak. A varrat és környéke a mélyben beszűrődött, a felületen gyakran vizenyősen duzzadt, vérbő, fájdalmas. Rendszerint 2—3 nap alatt a folyamat továbbterjed. A sebvonal végig lepedékes lesz, a sebszéleket összetartó öltések a vizenyősen felpuhult, gyulladós szöveteket részben vagy egészen átvágják. A gátvarrat tehát kisebb-nagyobb terjedelemben felületesen szétválik.

Kezelésként helyileg a beszűrődés és a vérbőség csökkentésére jégtömlőt alkalmazunk. A lepedékes sebre 3-szor naponként 10—10 percre 0.5%-os chlor-vizes gaze-csikot helyezünk és ultraseptyl-urea hintóporral szórjuk be. A bőröltéseket a lehetőség szerint eltávolítjuk, hogy a fertőzés mélybehatolásának a lehetőségét ezáltal is csökkentjük. Ha a folyamat nem ter-

jed a mélybe, akkor a vérbőség és beszűrődés rövidesen megszűnik, a seb alapja 1—2 napon belül feltisztul, friss sarjadásra jellemző szemcsék keletkeznek, amit lapis-edzéssel és Mikulitz-kenőcsös tamponokkal igyekszünk siettetni. Hazabocsájtáskor pedig hypermanganos ülőfürdőket rendelünk.

Komolyabb sebfertőzés esetén a folyamat rövid idő alatt leterjed a seb alapjáig. A sebfelületek rendszerint nem nyílnak mindjárt szét, mert összetartja őket a mélyebb izomrétegeket egyesítő süllyesztett öltések. Ha azt látjuk, hogy a sebszélek szétválása nagyobb és a sebet vastag, le nem emelhető, nyúlós, elfolyósodó zöldes-szürke lepedék borítja, amelyben gyakran a kilöködő süllyesztett öltések fellazult fonalai is megtalálhatók, akkor biztos, hogy a folyamat a gátseb egészére kiterjed.

A gátseb kezelése ilyenkor annyiban módosul, hogy a süllyesztett öltéseket — mivel ezek a sebfelület feltisztulását hátráltatják, — eltávolítjuk. Chlor-vizes csíkon kívül gyakori hydrogenhyperoxydos és más fertőtlenítőoldatos leöblítéseket alkalmazunk s a sebfelületet naponként többször ultraseptyl-urea porral hintjük be. Utóbbi gyógyszer hatására a sebfelületek feltisztulása sokkal rövidebb idő alatt következik be, mint egyébként.

Ha a sebfelületek már feltisztultak és tisztán sarjadnak, sorozatosan váladékvizsgálatokat végzünk. A hüvelyből és a sebalapról külön vett váladékot Gram-szerint megfestve vizsgáljuk, hogy a gyermekágyi folyásnak megfelelő bakterium-flórán kívül tartalmaz-e még fertőző, gennyesztő csirákat. Ha a váladékvizsgálat ismételten negatív, a seb teljesen reakciómentes és a szervezet részéről egyéb tilalom nincs (láz, függelékek tájékának érzékenysége, tüdő, szív, vizelet, stb.), akkor elvégezzük a másodlagos gátvarrást.

A műtétet régebben chloraethyl-bódulatban, kb. 5 éve intravenás evipan altatásban végezzük, az egyéb műtéteknél általánosan szokásos előkészítés után. Különös gondot fordítunk a műtéli terület és környék fertőtlenítésére. A sebszéleket ollóval vagy késsel felfrissítjük, kiegyenesítjük, majd éles Volkmannkanállal a sebfelületek szemcsés, sarjadzós rétegét annyira lekaparjuk, hogy egész terjedelmükben vérezzenek. A sebet középvastag, átöltő silk-worm öltésekkel egyesítjük. A varráskor ügyelni kell egyrészt arra, hogy az öltések egymástól kb. 1.5—2 cm-re kerüljenek; másrészt, hogy a gyulladós, szakadékonysékos sebszélek miatt, ettől az ép szövetek felé legalább 1—1.5 cm-re történjék a be-, illetve kiöltés. A sebüreget gondosan kitörölve nem túl szorosan csomózunk. A kemény, szívós hosszú fonalvégeket egyszerű csomóval összefogjuk s gaze-védőburkolatba foglaljuk. Az így varrt gátakon a műtét után szokásos fájdalomcsillapításon kívül egyéb utókezelést nem alkalmazunk. Hashajtást csak a műtét utáni 4. napon végzünk ricinussal. Az 5. napon eltávolítjuk a

varratokat és másnap felkeltjük betegeinket. Hazabocsátásuk után a 3. hétre ellenőrzővizsgálatra rendeljük be őket.

Intézetünkben az 1937—1943. években összesen 10.498 szülési eset fordult elő, amelyből 353 vetélés volt. 10.145 szülésből 6103 alkalommal végeztünk varrást (60.1%). Ezek gyógyulását tekintve szétválásnak számítva azt is, ha a felületes bőröltések közül akár csak egy is bevágott, azt találtuk, hogy 250 ilyen eset fordult elő (4.1%). Ez esetek közül 36 volt olyan, amely a gát mélyebb rétegeire is kiterjedt, tehát annak tájbonctanát is megváltoztatta. Ez az összes varratok 0.6%-át, az összes szétválásoknak pedig 14.4%-át teszi ki.

A 36 beteg közül 34 először, 1 másodszor és 1 harmadszor szülő volt. Az asszonyok életkora szerint beteganyagunk a következőképpen oszlik meg:

20 év alatt	= 1,
20-tól 24 évig	= 12,
25-től 29 évig	= 9.
30 éves és ezen felül	= 14.

Az átlag életkor 27 év. 34 esetben hüvelygátmetszés, 2 ízben hüvelygátrepedés után történt a gátvarrás (utóbbi kettőnél a végbél körös záróizma is sérült).

Említésre érdemes, hogy 1 esetben vérbajt, 1-ben kolpitis granulósát s 1-ben a terhesség végén a nagyajkak és a gát súlyos ekzémás bőrgyulladását észleltük.

A szülések lefolyását vizsgálva — tekintve a magas-feszesség miatt végzett hüvelygátmetszést és varrást — azt találtuk, hogy a 36 szülés közül csupán 5 (13.8%) volt olyan, amely teljesen szövödménymentesen zajlott le. A gátvarratok fertőződésében és a seb szétválásában feltétlenül szerepet játszik a szülés elhúzódása. Anyagunk szerint a táglási szak átlagban 31 órát, a kitolási szak 1 óra 10 percet, a lepényi szak pedig átlag 24 percig tartott. A burokrepedés átlag 22 órával a szülés előtt következett be.

Betegeinket szülésük alatt összesen 221-szer vizsgáltuk végbélen keresztül (átlag hatszor), belső vizsgálatot összesen 36 ízben végeztünk. Mivel intézetünkben belső vizsgálatot csak azon legszükségesebb esetekben végeztünk, amikor végbélvizsgálattal nem lehet pontosan tájékozódni, ez utóbbi szám elég nagy. Magyarazata az, hogy a 36 szülés közül 8 esetben (22.2%) fogóműtetet, 4 esetben pedig méhüri beavatkozást végeztünk (11.1%). 3 esetben volt (8.3%) fartartás; 1 esetben homfoktartás. 1 esetben végeztünk perforációt a táglási szak elején elhalt magzaton; 1 esetben pedig extraktióval fejeztük be a fartartásos szülést.

Külön csoportban foglalkozunk azokkal a szülészeti szövödményekkel, amelyeknek kisebb-nagyobb mértékben befolyásuk lehetett a gátvarratok fertőződésére, megzavart gyógyulására. Így 6 esetben volt nephropathia (16.6%).

(Ismeretes, hogy a vizenyősen fellazult szövetek ellenállóképessége fertőzésekkel szemben csökkent.) 6 esetben bűzös magzatvíz, de még inkább a 11 esetben (30.6%) már a szülés alatt támadt láz azt mutatja, hogy a szülőcsatorna, tehát a műtési terület már a vajúdas alatt fertőző csirákat tartalmazott.

A gyermekágy lefolyása: 20 betegünk (54.5%) volt a gyermekágyban egy-két napig lázas. Lázuk oka minden esetben genitális eredetű volt (méhüri felszívódás), tehát a méhüri és a szülőutak kétségtelenül fertőződtek. A gátvarrat szétválására leginkább jellegzetes, hogy 36 betegünk közül 32-nek (88.8%) a szülés után (átlagban a 4. napon kezdődő) bűzös, pangott gyermekágyi folyása volt.

A varrat szétválása átlag az 5. napon kezdődött és 1—2 nap alatt vált teljessé. A leírt kezelésre a sebfelület a 10. napra tisztult fel s a 16—17. napra vált a gennykeltő csiráktól mentessé.

Külön említünk betegeink közül egyet, akinek szülése Bartholini-tályoggal szövődött. Két órával a szülés után a lepényi szakban támadt súlyos vérzés miatt, sikertelen timsós lepénnyelöltés és Credé-expressio kísérlete után, lepényelválasztást kellett végeznünk. Műtét közben a tályog véletlenül megnyílt s bár a gátsebet szádoltuk, a gyermekágyban mégis szétvált. A beteg 8 napig lázas volt. A szülés után 20 nappal készített másodlagos varrat kifogástalanul gyógyult.

Egy másik esetünkben a gátvarrás szétválásának oka mechanikus volt. Rendes szülés után 11 órával a vulva bal oldalán, a varrattal azonos oldalon jókora férfijökönyi vérömleny képződött. Ennek növekedését, tehát a vérzést a szokásos módon (nyomókötés, jégtömlő, vérzéscsillapító szerek) sikerült megállítani. A hatalmas feszülés alá került öltések azonban az amúgy is felpuhult szöveteket átvágták s így a varrat szétnyílását megakadályozni nem tudtuk. A gyermekágy 10. napján a sebürege aljáról 250 g súlyú véralvadékokat távolítottunk el. A 21. napon készített másodlagos varrat simán gyógyult.

Műteteink 35 esetben, kifogástalan eredménnyel elsölegesen gyógyultak. A gyógyulási arányszám tehát 97.2%.

A másodlagos gátvarrás csak egyetlen esetünkben volt eredménytelen.

Ez esetben az elsöleges fájásgyöngöseség miatt elhúzódó lázas szülést, bűzös magzatvíz ellenére, a magzat fenyegető méhenbelüli elhalása miatt magas-üregi fogóműtettel fejeztük be. A beteg a gyermekágyban 3 napig lázas volt, az 5. napon kezdődő gátsebszétválás a 7. napra teljessé lett, a 14. napra feltisztult és a 19. napon elvégeztük a másodlagos gátvarrást. A 23. napon az öltések bevágtak, majd a 24. napon a bevágott öltések eltávolítása után láttuk, hogy a varrat csupán a hüvelyben tart, ellenben a gáton ismét szétvált. Jól sarjadzó sebbel, szülése után a 30. napon bocsátottuk haza. A gát helyreállítását a gyermekágy lezajlása után plastikai műtétrel oldottuk meg.

Mielőtt valamely műtési eljárást általánosan követendő megoldásként ajánlanánk, számításba kell vennünk, hogy az a költségeket viselőt, tehát a beteget anyagilag mennyire

terheli. Itt az ápolási napok száma a döntő. Vegyük tekintetbe azt, hogy betegeinken a szétnyílt gát feltisztulása a 10. napon következett be. Arra, hogy a sebfelület legalább behámosodjék, hogy a beteget nyugodt lelkiismerettel engedhessük haza, legkevesebb 6–7 napot kell számítanunk. A későbbi plastikai műtét legalább 12–14 napi kórházi ápolást igényel. Tehát a megoldás esetén a beteg legalább 31 napot tölt kórházban. Másodlagos gátvarrásos betegeink esetében viszont az ápolási napok száma átlag 23 volt, vagyis minden betegünk legalább 8 napi időt nyert azáltal, hogy szétnyílt gátsebét a gyermekágyban másodlagosan egyesítettük.

A másodlagos varrat tehát a költségrevelőre, érezhető előnyt jelent, függetlenül attól, hogy a korai műtéttel számos későbbi kellemetlenségtől szabadul meg.

Ismertetett anyagunkkal igyekezünk hozzájárulni annak az időszerű kérdésnek megoldásához, amely egyrészt azt igyekszik eldönteni, miképp lehetne a leggyorsabb módon azokon a későbbi bajokon segíteni, amelyek a gátseb szétválásából keletkeznek; másrészt hogyan lehetne a betegeknek hosszú idővel születésük után szükséges újabb kórházi ápolását elkerülni. Különösen most, a háborúban érezzük ennek a kérdésnek súlyát, amikor igen nehéz a munkaköréből hiányzó anyát és háziasszonyt pótolni. Számtalanszor halljuk betegeinktől azt a sóhajást: »Hogyan helyezzem el gyermekeimet; ki fog a családonról gondoskodni?« Joggal felmerült tehát a szétvált gátseb eseteiben a végleges sebellenítés kérdése a gyermekágyban elvégezhető másodlagos varrattal. Ezt a műtétet az évszázad fordulójáig gyakran végezték, később azonban mindinkább feledésbe merült, ma pedig még neves szerzők is elvetik. Valószínűleg az a nézet vezetett erre az ítéletre, hogy itt olyan műtéti beavatkozásra van szó, amely tisztán nem tartható sebterületen történik, s így elvben nem gyógyulhat. Ez az előítélet azonban megdőlt, ha az elmondott követelményekhez tartjuk magunkat.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy minden szétvált gátat, — amint arra a lehetőség magvan — célszerű és tanácsos még a gyermekágyban másodlagosan, tehát újból összevarrni.

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KORÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Aurocard

LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokkal tartalmazó kardiotónium.



Coffea

PULVIS Königsfeld

Physiologailag aktiv hatóanyagokat tartalmazó szénkészítmény. Mint szén adsorbens, antibactericid hatás, redukáló hatás deszenzibilizáló, desinficiáló.



Echinacin

INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakcióképességét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi készítmény.



Hamamelon

KENŐCS

Növényi vitaminokat és sebhomonokat tartalmazó készítmény. Regeneráló, desinficiáló, adstringáló és vérömlést.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL



SZILÁGYI

BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

IRODALMI SZEMLE

ORR-, TOROK-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ajkay Zoltán.

Megfigyelések egy agranulocytosis esettel kapcsolatban. Teku. (Msch. f. Ohrenheilk etc. 1944. 7. Heft.) Az agranulocytosis súlyos megbetegedés, mely régebben 80–90%-ban halálos kimenetelű volt. Ma a therapia tökéletesedése folytán a halálozás már jóval kevesebb: mintegy 30%-ra tehető. Szerző négy esete közül egy gyógyult meg, melynek részletesebb leírását adja. A megbetegedés ebben az esetben neosalvarsan adagolásra volt visszavezethető. A therapia transfúziókból (1200 cm³ vér 8 nap alatt), hypertoniás szőlőcukor, konyhasóoldatok, májkészítmények, C-vitamin, cardiotonicumok adagolásából, továbbá a torokban lévő elváltozások megfelelő helyi kezelésben állott. Szerző végül is arra int, hogy neosalvarsan, bismut, stb. adagolása mellett, továbbá minden tonsillitis ulcerosa-membranosa esetében időnként végeztessék vércép-vizsgálat, nehogy egy esetleges agranulocytosis fennállása mellett a gyógykezeléssel megkésztünk. (A. 10.)

Ajkay Zoltán dr.

Egy adat a spontan liquorrhoea nasalis gyógyulásához. Kallay. (Msch. f. Ohrenheilk etc. 1944. 7. Heft.) Esetében a liquorfolyás hat hónapig kesztyűt tartott. A kezelés, mely tüneti és konzervatív volt, az agynyomás csökkentésében és a szövet viztelenítésében állott. Az irodalomban három hasonló esetet talált: Fox és Friedberg a regio olfactoria 20%-os ezüst nitráttal való kezelésére megszűnt a folyás. Larmutte pedig műtét segítségével ért célt. Szerző a következő tanulságokat vonja le: a megbetegedés

az agyhártyagyulladását illetőleg nem olyan rosszindulatú, mint azt egyesek állítják. A spontan gyógyulásban a többször ismétlődő és a lamina cribrosa területére szorítkozó agyhártyagyulladás jelentős szerepet játszik, amennyiben a következőtényes összenövések a liquor lefolyását elzárják. Ha a liquorcsorgás kimutatható ok nélkül jött létre, várakozó kezelés van helyén. Endonasalis beavatkozásra csak akkor van szükség, ha a folyás hónapokig át fennáll és csökkentést nem mutat. Nagyobb külső koponyaműtét csak akkor jön szóba, ha az említett gyógyulási módok nem vezetnek célhoz. (A. 11.)

Ajkay Zoltán dr.

A légutakba került idegen testek spontan gyógyulásáról. E. Knödler. (Der. Hals-, Nasen- und Ohrenarzt II. Teil Band 52. H. 2.) Még mindig előfordul, hogy a beteg aspirált idegen testtel nem kerül szakorvos elé. Az irodalom nagytömegű adatai ismertetésének alapján bizonyítja, hogy az idegentest eltávolítása a legtöbb esetben sikerrel jár. Csak akkor hagyjuk magára, ha már a tüdő állományában foglalt helyet. (A. 12.)

Szecsey György dr.

DERMASEPT KENŐCS
SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, exorlatio, impetigo, dyshidrosis, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfelekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közközházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház- és B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Poste B. B. I., Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

DIGITALIS-DISPERT

LIQUIDUM
SUPPOSITORIUM
TABLETTAbiztosítják az
összdigitalis hatást és kitűnő tűrhetőséget

KALI-CHEMIE A.G. BERLIN: Magyarországi képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX. 8.



PHYLAXIA

SZÉRUMTERMELŐ R. T.
Budapest, X., Szállás-utca 3.VÁROSI IRODÁJA:
BUDAPEST, VII.,
Rottenbiller-utca 26.
Telefon: 424-383, 425-730.

DIAGNOSTIKUMOK:

Agglutináló savók
Antigenek
Bakterium suspensiókHaemolysin
Tuberkulin
Serotyp

vércsoportmeghatározó savó

Tonopar sol.

kellémes ízű maj- vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum roborans

STRAUB SANDOR

Diachemia

Budapest VI. Teréz körút 27



Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

Budapest, IX., Ráday-utca 18. Telefon: 186-006.

A szamárköhögés megelőzésére és gyógyítására

PERTUSANTIN

Polyvalens pertussis vaccina

Forgalomban van: 4×1 kcm-es ampulla (2500—5000—7500—10.000 millió elölt pertussis bacillus)

3 kcm-es üveg átszűrhető gumidugóval (1 kcm-ben 10.000 millió elölt pertussis bacillus).

V É R S Z E G É N Y S É G E L L E N

TABL. FERRI PROTOXALATI C. ARSENO **Dr. DEÉR**



Erős köhögésnél

Cardiazol-Dicodid-
cseppek



10 g-os üvegcsék. Adagolás: csecsemők 2-3-szor naponta 1.5 cseppet kapnak; nagyobb gyermek 3-szor naponta 5-10 cseppet; felnőtt 2-3-szor naponta 15-20 cseppet

KNOLL A.-G., Chem. Fabriken, LUDWIGSHAFEN/RH.
Képviselő: WACK KERESZTÉLY, BUDAPEST, IX., Hőgyes E.-u. 4.

ÚJ KÉSZÍTMÉNY!

Vegyileg meghatározott **sebhormon** készítmény a **sebgranuláció előidézésére** ott is, ahol az önként már nem következik be.

VULNORMON ung.

Nehezen gyógyuló, fekélyes, elhanyagolt sebek, felmaródások, lábfeltörések, kőpállások, műtétek utáni sebek kezelésére.

Gyártja és forgalomba hozza:

30 gr. tégely = P 3.23 + -.45 felár.
100 gr. tégely = P 6.88 + 1.29 felár.

REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyszerkereskedelmi R.-T.
BUDAPEST-DEBRECEN

Hydrocodin

VITAPLEX „B₁”-CHINOLIN
HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS „B₁”-VITAMIN KÉSZÍTMÉNY

AMPULLA: 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg, 5×50 mg, 3×150 mg
TABLETTA: 20×1 mg, 20×3 mg, 20×12 mg

KÖNYVISMERTETÉS

Gyógyszerek és gyógyítás. I. kötet: Gyógyszertan, méregtan és gyógyszerrendelés. Írta Issekutz Béla prof. III. bővített kiad. Kiadja az Eggenberger-féle könyvkereskedés. 538 old., zsebkönyv, vászonkötésben.

Ez a kitűnő zsebkönyv, amit egy orvos sem nélkülözhet, ha a gyógyszerek mai tömegében helyes tájékozódást akar szerezni, jelen kiadásában már teljes és részletes gyógyszer-tanra nőtte ki magát, melynek általános fejezetei, bevezetései még a kísérleti methodikára, sőt irodalmi vitákra is kiterjednek. Ennek tulajdonítható az 1941-ben megjelent II. kiadásnak 425 oldalról 538 oldalra bővülése, habár ebben e három év alatt forgalomba kerülő sok új gyógyszernek is része van.

Lényegesebben bővült fejezetek az általános gyógyszer-tani (160-ról 270-re), a hőcsökkentők (17-ről 23-ra), az altatók (7–11), helyi érzéstelenítők (8–12), bevezetés a vérkeringés gyógyszer-tanába (4–8), melyben valamennyi idevonatkozó methodica is le van írva, még a szív-tüdőkíséret is. Aztán a cardiotonikák (8–12), a vitaminok (9–14), igen szépen van megírva mai ismereteinket teljesen felölelően az organotherápia (17-ről 26-ra), a vér- és csontképzők (19–22) és a bakteriumos fertőzések gyógyszerei (5–9).

Leginkább bővült a mérgezők fejezete (21 oldalról 139-re) és most már nem is fejezet, hanem tökéletes kis méregtan ez. Különösen kiemelendőnek tartjuk benne a mérgezők tüneti kórisméjét négy oldalon szervi csoportosításban.

A művet az ásványvizekről és fürdőkről szóló 5 oldalas fejezet és Mészáros Gábor étrendi előírásai (22 oldal) fejezik be.

Hogy a gyűjtemény mennyi új gyógyszerrel ölel fel, azt pontosan nem ítéldhetjük meg, de ahány próbát tettünk, annak mind megtaláltuk a szavát a 25¹/₂ oldalnyi háromhasábos tárgymutatóban. Gazdagságáról az is fogalmat adhat, hogy példakép 952 rendelvénymintát találunk benne. Csodálatosan lelkiismeretes correcturára vall és a Stefáneum-nyomdának is nagy érdeme, hogy sajtóhibára alig akadtunk alapos átnézés mellett sem.

Van azonban mégis egy megjegyezni valónk a mindnyájunk előtt jól ismert és megszokott idegenszavak magyar kiejtesszerű frászmódjára. Mivel a gyógyszernevek a címszavakban mégis latinosan vannak írva (kivéve a »kinint«), s csak a szövegben alakulnak át magyar betűs szavakká — teljes a zavar. Pedig sokszor magyar szavakká is lehetnének, mert bizony rosszul esik »rekonvaleszcenciá«-t meg »anesztéziá«-t olvasnunk »lábbadozás« és »érzéstelenség« helyett.

Ez azonban csak külsőségi kifogás, ami nem von le semmit az I. kötet magas belső értékéből, amelyet még rövidesen a II. és III. kb. ugyanilyen vastag therapiás kötetek fognak követni. Az egész munka ára most előre fizetve 120 pengő, a II. és III. kötetek megjelenése után azonban 150 pengő lesz.

Melegen ajánljuk ezt a nagyon hasznos munkát orvostársaink figyelmébe.

Vámossy.

Mivel pótoljuk a sósavat rendeléseinkben?

A háborús események következtében a gyógyszer-tárak ellátása sósavval hetek óta igen nagy nehézséggel jár és így sósavat tartalmazó vényt sok gyógyszer-tár egyáltalán nem tud elkészíteni. Ezen szer pótlására a következőkben igyekszünk rámutatni.

Fermentkutatók már régen kimutatták, hogy a pepsin emésztéséhez nem a sósav a fontos, hanem a megfelelő hidrogén ion koncentráció. Az emésztés más sav által létrehozott savi közegben is végbe megy.

Michaelis és Mendelsohn, valamint Northrop szerint a pepsinemésztés nemcsak a sósav, hanem egyéb savak, mint a kénsav, oxálsav, salétromsav, borkósav esetében is ugyanannál a hidrogén ion koncentrációnál optimális: Ph.: kb. 2.

Quantitatív emésztési kísérleteket Northrop végzett. Sajnos, a háborús viszonyok miatt csak referaturnak alapján idézhetjük, hogy a gelatina emésztése ugyanolyan Ph. mellett (2.25), teljesen ugyanolyan mértékű, akár sósavat, akár kénsavat használt, az előbbi savi közeg beállításához.

A mi háborús viszonyaink között a sósav pótlására a borkósav (acidum tartaricum) és a kénsav látszik legmegfelelőbbnek, bár ez utóbival való ellátása a gyógyszer-táraknak szintén nehézségekbe ütközhetik. Mindenesetre azonban a gyógyszer-tárak készlete e savból nagyobb, mint a sósavból.

A Halmi-féle pepsin vizsgálati berendezéssel egy pár megközelítő quantitatív emésztési vizsgálatot végeztünk tájékozódás végett. Tojásfehérjét emésztettünk sósavas, kénsavas és borkósavas közegben. A Ph. mérés is csak durva pontossággal: Lyphan papírral történt. Kb. 2.2 Ph. sósavas közegben a tojásfehérje 69%-át, kénsavas, illetve borkósavas közegben 44–44%-át emésztette meg a pepsin. Két további vizsgálatnál kevésbé savi közegben (Ph. 2.5–2.8) a tojásfehérje emésztése fél óra alatt mind a sósav, mind a kénsav, mind a borkósav alkalmazás esetén, közelítőleg egyforma nagyságú volt (34%).

A sósav pótlására a 10%-os acidum sulfuricum dilutumot, amellyel az előbbi vizsgálatok történtek, épúgy használhatjuk, mint az acidum hydrochloricum dilutumot. E savból ugyanazt a mennyiséget kell felírni a vényen, mint a 10%-os sósavból. Tehát 0.5–1.0 g pro dosist, azaz 10–20 cseppet egy fél pohár vízre. A kristályos borkósavból 1 g a 100 vízre, ad egy kb. 1.9 Ph.-ju, tehát optimalis pepsin emésztési oldatot. 0.5 g pepsin és 1 g acid. tart. pro dosi jó emésztést biztosít. Rp.: Pepsini g 10.0 Acidi tartarici pulverisati g 20.0 M. D. ad scat. S. Háromszor egy kerek evőkanállal étkezés közben. 0.5 g pepsin és 0.5 g Acid. tartaricum pro dosi fenti kísérleteink szerint, bár

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lakus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

nem ad optimalis Ph.-t. (Ph. = 2,8, 100 g vízben oldva), még kielégítően emésztí a tojásfelhérjét.

A kénsav és borkósav oldata az előírt mennyiségben nem kellemetlen ízű. A kénsavtól való idegenkedés legyőzésére megemlítjük, hogy a régiak belsőleg is használt, kedvelt hűsítő itala a Liquor acidus Halleri szintén tartalmaz kénsavat.

Simon Sándor dr.,
pharmakológus magántanár.

A Magyar Élettani Társaság 1943 június 24–26-án Szegeden lefolyt nagygyűlésének német ismertetése egy 14 oldalas különlenyomatban megjelent. (Berichte ü. die ges. Phys. u. exp. Path. 134. Bd. H. 3.)

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tud. Egyetemen szeptember 27-én: Alberowszky Szeverin Adolf, Háber József, Oláh Ferenc, Szabó Bakos István András, Lőrinc Pál. Üdvözljük az új kar társakat!

110–220-as áramra használható kvarz-lámpa eladó
600.— pengőért. Cím: Budapest, VI., Bajza-u. 6. I. 1.

VEGYES HIREK

Kitüntetett honvédervosok. Dicsérő elismerés hadiszállagon a kardokkal: G. Szabó Béla dr. t. o. hdgy., Méra Zoltán t. o. zls., Molnár Zoltán dr. o. fhdgy., Prasznai István dr. t. o. zls., Gyöngyösi Andor dr. t. o. zls. az ellenség előtt teljesített vitéz és önfeláldozó magatartásukért. **Dicsérő elismerés a hadiszállagon:** Tóth Lajos dr. o. alez., Tóth Kálmán dr. o. őrgy., nemes Gözsy Sándor dr. o. szds., Ari Lajos dr. o. szds., vitéz nemes Hadházy Levente dr. o. szds., Csendes János dr. o. szds., Veres Miklós dr. o. szds., Korondi Endre dr. o. szds., nemes Mezey Pál dr. o. szds., Molnár János dr. t. o. fhdgy., Stefanics János dr. t. o. hdgy., Bak Miklós dr. t. o. zls. az ellenség előtt teljesített kitűnő szolgálatukért. A Szovjet elleni hadműveletek alkalmából **vezérkarfőnöki okirati dicsérő elismerés:** Zakar József dr. t. o. fhdgy., Dávid Zoltán dr. o. fhdgy., Pintér László dr. t. o. zls. **Német Sasrend Erdemkereszt II. fokozatát a kardokkal:** Philipp Ernő dr. nyá. o. őrgy. **Német Sasrend Erdemkereszt III. fokozatát a kardokkal:** Heiss János dr. t. o. zls., Tóth Béla dr. t. o. fhdgy. **II. osztályú német vaskereszt:** Méra Zoltán dr. t. o. zls.

Az Erdélyi Tudományos Intézet által rendezett »Borsavölgyi kutatások« füzeteként vesszük kézhez Faragó Ferenc prof. drámai ismertetését **Kide egészségügyi helyzetéről.** Az 58 oldalas, négy sikerült műmelléklettel ellátott füzet megrázó adatokat tár elénk egy román környezetben élt magyar falu népszaporodási és egészségügyi állapotáról s egyike a legértékesebb — bár legszomorúbb — falukutatói munkának. De csak az ilyen mélyretekintő őszinteség fog bennünket egykor letargiánkból felrázni és a magyar szörványok hatékony védelmére ösztönözni.

A magyar pathologusok munkálatai, melyeket az 1943 június 4–5-én tartott XII. nagygyűlésükön adták elő, megjelent **Bézi István** titkár szerkesztésében 328 oldalas kötetben. A kötet 55 igen értékes előadást ölel fel magába és egy 93 oldalas német kivonatot.



1 tabletta tartalmaz:

0.25 g. Acid. acet. sal.,
0.015 g. Chin. citr.,
0.04 g. Li. citr.

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál

Dr. FILO JÁNOS

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

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

A szerkesztő kedden és pénteken
12 és 1 óra között fogad.

SEDYLETTA

tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár
Budapest, VI.

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
 Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csékk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —
 Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
 Közlemények«-re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

TARTALOM:

Csapó József: A gyermekbénulás megelőzéséről. (495—498. oldal.)
 Aradszky György: A vérhas utóbetegségei. (498—503. oldal.)
 Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (81—84. oldal.)
 Irodalmi szemle: (504. oldal.)
 Lapszemle: — Vegyes hírek: (504. oldal.)

Tonophosphan

a bevált foszforkészítmény

**nagyhatású és egyáltalán nem mérgező
 foszforvegyületet tartalmaz**

Tartós stimuláló és tonizáló hatással főképen a gyengült szívizom-
 zatra kimerüléssel állapotban, különösen fertőző betegségek után

További javallatok:

Basedow-kór, neurasthenia, myocardium-elyváltozások, stb. Tuberculosis: nagyon
 legyengült betegeknél ajánlatos a kombinált Campolon-Tonophosphan kezelés

Lues: Salvarsannal kevert fecskendőben

Ujabbban a neuritis és neuralgia makacs eseteiben a Tonophosphan-Betaxin
 kombinált kezelést (kevert fecskendőben) igen jó eredménnyel alkalmazzák

FORGALOMBAN:

Tonophosphan injekció 1%-os 10 és 20 ampulla á 1 cm
 Tonophosphan „fortius“ 2%-os 10 ampulla á 1 cm
 Tonophosphan tabletta 30 és 250 db á 0.1 g



MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELET:

MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU RT., 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, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A gyermekbénulás megelőzéséről.

(Klinikai előadás)

Irta: Csapó József dr. egyet. magántanár,
a Szent László-kórház főorvosa

A gyermekbénulás hol itt, hol ott minden évben felüti fejét. Budapesten, általában a nagy városokban, endemiás, bizonyos számú eset minden évben előfordul. A szülők rettegnek a betegségtől s minden alkalommal felvetődik a kérdés, mit csináljunk a betegség megelőzése céljából?

Hogy a válasz világos és érthető legyen, néhány epidemiológiai és immunitási kérdésre röviden ki kell térnünk.

A kórokozó filtrálható vírus, nagysága 10 μ , szövetkulturákban jól tenyészik, majmokra átvihető intracerebrális, intraneuralis, intravénás és subcutan injectiókkal, sőt az utóbbi időben az átvitel peroralisan is sikerült. A virust ki lehet mutatni a beteg gerinceveljében, agyveljében, a vérben, a béltartalomban, az orrgaratváladékban, ritkán a mandulákban és nyirokmirigyekben. Resistenciája nagy, hidegnek ellenáll, 55–60 °C-on $\frac{1}{2}$ óra alatt elpusztul. Ételneműeken, ha azokat virustenyészettel keverjük, még 1–3 hó múlva is ki lehet mutatni. Sublimat, kalium hypermanganat, hidrogén superoxid már kisebb töménységben is előli.

Járványok alkalmával a *virus rendkívül elterjedt*, igen sokan fertőződnek vele, a fertőzés a legtöbb esetben küszöbalatti, így csak kevesen betegsznek meg. Még nagy járványok alkalmával is alig betegszik meg a 15 éven aluli gyermekek 1%-a. Kórházakban a házifertőzés a ritkaságok közé tartozik.

A Szent László-kórházban, amíg nagyobb számú eset össze nem gyűlik, kis 2 ágyas szobákban tartjuk a paralytikus betegeket, a szomszéd-szobákban más betegek vannak elhelyezve, ugyanazon ápoló jár be hozzájuk, ruhát nem vált, a paralytist még sem viszi át a szomszéd betegszobába. Nem a paralytikus beteg veszélyes a szomszédaira, hanem a scarlatinás vagy diphtheriás szomszédok a paralytikusokra.

1929-ig a budapesti gyermekklinika a paralytikus gyermekek a belgyógyászati osztályon feküdtek vegyesen a többi belbetegekkel, házi fertőzés még sem fordult elő. Mindezt nem azért mondom, mintha az elkülönítés felesleges lenne,

az elkülönítésre ennek ellenére is szükség van elővigyázatossági szempontból.

A súlyos betegek a *terjesztés* szempontjából alig jönnek szóba, hamarosan izolálják, kórházba szállítják őket. Veszélyesebbek az *abortív esetek*, akik pár napi hőemelkedés és kis izomgyengeség mellett nem érzik magukat betegnek, a pontos diagnosis hiányzik, így hamarosan sok gyermekkel érintkeznek. A kórokozó a beteg orrgaratváladékában még a betegség 6–8-dik hetében is kimutatható. A betegség terjesztése szempontjából legveszélyesebbek a *bacillushordozók*, helyesebben vírus-hordozók rendszerint felnőttek vagy nagy gyermekek, akik bacillushordozásukról nem tudván úgy a saját, mint mások gyermekeit is megfertőzhetik. Igen kicsiny annak a lehetősége, hogy víz, tej, élelmiszerek terjesszék a betegséget.

A vírus mai felfogásunk szerint az orrgaratfalán vagy a bél falán keresztül hatol be az agy-, illetve a gerincevelőbe. A nyálkahártya sérülése tonsillektomia, nátha, garathurul stb.) a kórokozó behatolást megkönnyíti.

A gyermekparalysis nagy városokban epidemiák alkalmával elszórtan vagy esetleg egyes kerületekre lokalisáltan jelentkezik, vidéken 1 pontból kiindulva sugár irányban terjed. Vasút, országutak, folyók az emberek sűrűbb érintkezése folytán a terjedést elősegítik.

A betegség leggyakoribb a fiatal gyermekkorban, már ritkább az iskolás korban és még ritkább a felnőttek között. A manifest esetek mellett gyakori az abortív megbetegedés. A betegség kiállása végleges védelmet nyújt, sőt mai felfogásunk szerint még a küszöbalatti fertőzés is lassan immunitásá teszi az embereket, ezért ritka a betegség a felnőtt korban.

Reconvalescensek vérében vírusközömbösítő ellenanyagokat mutattak ki. Sajátságos, hogy súlyos bénulás esetén a védettség inkább cellularis, a serum kevesebb védőanyagot tartalmaz, mint a meningealis típusnál. Felnőttek serumában is lehet legfeljebb az esetek 80%-ában több-kevesebb ellenanyagot kimutatni. Kérdés, hogy felnőttek védettsége minden esetben humoralis ellenanyagtermelésen nyugszik-e vagy abban a korrál járó cellularis resistenciának is része van?

A betegség kitöréséhez vagy erősen viru-

lens kórokozó vagy pedig gyenge virulencia mellett bizonyos dispositio kell. A dispositio lehet alkati, endogen, ezen változtatni nem tudunk, vagy szerzett exogen. Ilyen exogen tényezők a trauma, műtétek, vaccinatio, megfázás, lehülés, testi megerőltetés, influenza, egyéb fertőző betegségek. A dispositionális tényezők szerepét élénken mutatja egy másik fertőző betegség: a hepatitis epidemica. Közismert, hogy a hepatitis a fáradt, kimerült katonáknál súlyos járványokat okoz.

Ezek után lássuk, mit használ a reconvalescens serum, felnőtt serum, transfusio az akut esetekben, hogy áll ma ez a kérdés?

A specifikus kezelést kezdetben nagy örömjongással fogadták, a hang azonban idővel mind halkabb lett. Ma már általános a nézet, hogy a reconvalescens serum, felnőtt serum, transfusio a bénulás fellépte után már semmit sem használ vele a bénulás előrehaladását meggátolni nem lehet. Nagy tapasztalattal és kellő kritikával rendelkező klinikusok egy része a reconvalescens serum hasznáiban még a praeparalytikus szakban is kételkedik. Pfaundler úgy nyilatkozik, hogy a nagy amerikai járványok tapasztalatait megvizsgálva, annak alapján a reconvalescens serum alkalmazása esetén sem haszonra, sem kárra nem következtethetünk. Németországban Joppich (Köln) és Mai (München) észlelték nagyobb beteganyagot. Joppich azt mondja, hogy a specifikus terapiát kellő kritikával szemmel nézve a reconvalescens serumtól valami jó hatást a legjobb akarrattal sem látott. Mai úgy nyilatkozik, hogy a rec. savótól valamiféle hatást még a bénulások fellépte előtt sem tapasztalt, az a benuiasokat nem akadályozza meg, valamint azok súlyosbodását sem. Pfaundler megnyugtatta a gyakorló orvosokat, akiknek nincs módjukban rec. serumot, felnőtt serumot vagy transfusiót alkalmazni, hogy a savótherapia elmulasztása nem annyira orvosi műhibának, mint inkább — legalábbis bizonyos esetekben — diplomáciai hibának tekinthető. Keller felveti a kérdést, érdemes-e kizárólag ezért a diplomáciáért az amúgyis súlyos beteget folytonos serum-, vérinjectiókkal, transfusiókkal háborgatni?

Az én nézetem Pfaundlerét közelíti meg legjobban. A reconvalescens serumtól, kevert felnőtt emberi serumtól, az ismételt vérátömlesztésektől kézzelfogható eredményt nem láttam. Volt olyan betegünk, akin mindjárt a betegség elején reconvalescens transfusiót végeztünk, kevert felnőtt serum alakjában 48 óra alatt 1.5 litert fecskendeztünk be, a szervezetet valósággal elárasztottuk ellenanyaggal, s a bénulás mégis haladt tovább. A kezelést tovább folytatva, a beteg már láztalan is lett, a bénulások ennek dacára progrediáltak és a 7-ik napon légzőizombénulás következtében meghalt. A betegség tehát feltartóztatlanul követi a maga lefolyását, mi abba beleszólni

semmiféle beavatkozással sem tudunk. Az egyik esetben a súlyosnak induló folyamat minden serum nélkül hirtelen megáll, a másik esetben enyhe kezdet után is feltartóztatlanul halad előre.

Tekintettel arra, hogy a serum, a transfusio nem árt s a betegség esetleg örök nyomorékká teszi a gyermekeket, ami a szülőknek kimondhatatlan szomorúságot okoz, a magunk, valamint a szülők lelkiismeretének megnyugtatója kedvéért adjuk csak a rec. serumot, felnőtt serumot vagy transfusiót; sokat ne várjunk tőlük s akkor keveset fogunk csalódni. Ne okozunk lelkiismereti furdalást azoknak a szülőknek, akiknek gyermeke serumot nem kapott. Ne állítsunk olyat, hogy a nevezett beavatkozásokkal a betegség súlyosságát elkerülhettük volna, mert erre a tapasztalatok alapján nincs jogunk. Kitűnő hatású, biztosan gyógyító serummal senkisé nem rendelkezik. Nyugtassuk meg a szülőket, hogy a betegség serum- és vérkezelés mellett is ugyanígy zajlott volna le.

A betegség megelőzését a szülők csillapításával kell kezdeni, rendszerint nagyobb az ijedtség, mint a veszély. Igen fontos, hogy mi orvosok szóban, írásban vagy tevékenykedésünkkel ne keltsük fel a közönségben a járvány gyanúját akkor, amikor csak sporadikus esetekről van szó. Kérdezzük meg először az illetékes hatóságot, hogy tényleg van-e járvány? Nagy városokban nyáron és ősszel bizonyos számú paralysis minden évben előfordul anélküli, hogy járvány lenne. Ha pár eset kapcsán a gyermekeket nagy számban oltjuk serummal vagy felnőtt vérral, akkor a szülőkben megfelelő alap nélkül a járvány gyanúját fogjuk kelteni és fokozzuk a félelmet.

Célszerű a közönséget nyugodt hangú, kelően megfogalmazott hírlapi cikkel a való helyzetről tájékoztatni. Egy nem kelően szövegezett közlés mindjárt azt a hiedelmet kelti a szülőkben, hogy nagy járvány van.

A betegség megelőzése 3 irányú: 1. expositio, 2. dispositio, 3. immunbiológiai.

1. Expositio prophylaxis. Említettem, hogy a betegséget főként a bacillusgazdák terjesztik, akik között sok a nagyobb gyermek és a felnőtt. A szülő maga is bacillusgazdává válhat, ha sok emberrel érintkezik. Nemcsak a gyermekeket kell tehát visszatartani minden olyan helytől, ahol sok ember van együtt, hanem nekünk felnőtteknek is a lehetőség határain belül tartózkodni kell ettől. A járványos falu lakosságával vagy járványos vidékről hozzánk érkezett felnőttekkel és gyermekekkel keveset érintkezzünk.

Az intézmények bezárását illetően a vélemények nem egyöntetűek. A németországi járványok azt mutatták, hogy 185 iskolának több, mint 2000 osztályában mindössze 2-3 esetben fordult elő, hogy 1 osztályban 2 gyermek betegedett meg. Tekintettel arra, hogy a paralysis elsősorban a kisgyermekek betegsége, a bölcsődék, óvodák, elemi iskolák, gyermekjátszóhelyek bezárását jár-

vány idején célszerűnek tartom. Középiskolákban 1—1 eset miatt még folytathatják a tanítást.

2. *A dispositiós prophylaxis* a mondottakból önként adódik. Tartózkodni kell mindenféle testi megerőltetéstől, tilosak a sportversenyek, nagy gyalogos- és kerékpárkirándulások. A fürdést nem túl hideg vízben mérsékelt ideig megengedhetjük, erős lehűléstől óvakodni kell. Kerüljük a tömeges fürdőhelyeket, népes strandokat. A műtéteket a legszűkebb mértékre szorítjuk, tilos a mandulák eltávolítása járványos időben, a himlőoltást elhalasztjuk. Vigyázni kell arra is, hogy influenzát ne kapjunk. A bélhurut dispositiót növelő hatását nem látom bizonyítottnak. Dysenteriás gyermekek között semmivel sem gyakoribb a paralysis, mint a más gyermekek között.

3. *Az immunbiológiai védekezés*, sajnos, még meg sem közelíti azt a fokot, amit pl. diphtheria vagy scarlatina terén elértünk.

Az activ védőtás a szelídített virussal több halálos áldozatot követelt, egyelőre sehol sem folytatják.

A passiv immunisálás tárgyalása előtt tisztázni kell, meddig tart a rec. serum védő hatása? *Degkwitz* kanyaróserummal történt kísérletei alapján azt állítja, hogy a fajazonos, tehát emberi serum alkalmazása után, amennyiben az injectio kevéssel a fertőzés előtt történt, a védettség 3—4 hétig tart. Az incubatio minél későbbi idejében történik a befeccskendezés, annál tovább tart a védelem. *Csodálatos, hogy ezt a tant mindenki átveszi, holott a valóságnak nem felel meg.* Az emberi rec. serum, amennyiben az a kanyaró kitörését megakadályozza annyira, hogy még abortív kanyaró sem jön létre, a szervezetet legfeljebb 10—12 napig védi, tovább semmi esetre sem. Ezt a következtetést abból a sok esetből és alkalomból vontam le, amit a Szent László-kórházban 7 éven keresztül láttam. Ugyanezt észleltem a passiv védőtások terén a scarlatot illetőleg is. Amennyiben a scarlat rec. serum befeccskendezése után, még ha nagy adagot adunk is, 9—10 nap múlva a gyermekeket scarlatos fertőzés éri, akkor pár nap múlva már jelentkeznek a scarlat tünetei.

Heine—Medin rec. serum nagyon kevés van, ezért passiv védőtásra *Moro* ajánlata alapján a felnőtt vérért alkalmazzák.

Hazánkban *Waltner* az 1931-i szegedi járvány idején végzett nagyszámú védőtást felnőtt vérről. Szeged városában annak idején 18 000 gyermek volt 15 évnél fiatalabb, közülük *Waltner* védőtolt 1100-at, a védőtás a legtöbb esetben csak egy alkalommal 20 cm³ szülővérről történt és pedig augusztus hó folyamán. A nem oltottak közül megbetegedett 5.4 ezrelék, az oltottak közül megbetegedett 6 gyermek, 5 enyhén, 1 súlyosan, utóbbi 4 nap alatt meghalt. Feltűnő, hogy 5 esetben a megbetegedés az oltás után a 3—12-ik napon történt és csak 1 gyermek betegedett meg az oltás után 31 nappal. Első tekintetre úgy látszik, hogy az 5 gyermek az oltás alkalmával már inkubált *Heine—Medin*-re, a vérinjectio ezért nem védte meg. Azok közül, akik az oltás alkalmával még fertőzve nem voltak, tulajdonképpen csak 1 gyermek betegedett meg. *Waltner* nem von le messzemenő következtetéseket, ő az eredményeket inkább csak egy adatnak tekinti. Mások azonban az eredményeket kedvezően ítélik meg s a felnőtt véroltásokat a szegedi tapasztalatok alapján jó megelőző eljárásnak tartják.

Az eredmények alaposabb megfontolásakor kissé szokatlan és meglepő dolgokat látunk. Az oltás utáni 5 megbetegedésről *Pfaundler* ezt mondja: »Ezt az összetalálkozást tisztán véletlennek tekinteni véleményem szerint nem lehetséges. Inkább mérlegelni kell annak a lehetőségét, vajjon a betegség kitörése és az oltás között nem áll-e fenn valami oki összefüggés? Mivel a betegknél (itt egészséges vradók) a vírust csak igen ritkán lehet a vérben kimutatni, inkább arra a lehetőségre kell gondolnunk, hogy a vérinjectio a szervezetet a betegség iránt sensibilisálta és így a latens fertőzés menifeszté vált. Hasonló jelenségeket figyeltek meg *Los Angelesben* rec. serum-injectio kapcsán.

Waltner a védettség tartamát 3—4 hétre teszi. Az oltás augusztusban történt, a járvány augusztusban kezdődött, szeptember-októberben érte el tetőpontját s bizonyos fokban még novemberben is összesen kb. 100 napig tartott. A járványnapok száma az összes 18 000 gyermekre számítva, 1 800 000. A felnőttek seruma 20%-ban ellenanyagot nem tartalmaz, így az oltott 1100 gyermek közül csak 900 volt védve. A védettség napjainak száma 3—4 hetes idővel számítva 18—27 000, 10—12 nappal számítva azonban csak 10 000, ami az 1 800 000 járványnaphoz viszonyítva, elenyészően csekély.

A járvány tartott 100 napig, a védettség 10—12 napig, a védettség ideje a legtöbb esetben már augusztus hóban, tehát a járvány elején lejárt, így szeptember-október-november hóban az oltott gyermekek már legnagyobb részét védtelenek voltak. Világos, hogy a vérinjectiónak a járványra lényeges befolyása nem lehetett. Én azt hiszem, hogy nevezett hónapokban a gyermekeket a paralyistól nem a vérinjectio, hanem a szülői gondosság, a tömegből, a fertőző forrásoktól való tartózkodás védte meg. Ha mi a gyermekeket a járvány egész ideje alatt passiv immunisálással védni akarjuk, akkor legalább 10 naponként be kell őket oltani, ez pedig tömegben kivihetetlen, sőt még a szülők is nagyon meggondolják ennek az engedélyezését. A járvány terjedésének természetesen passiv immunisálással gátat vetni nem lehet. A passiv immunisálás eredményeiről *Flexner* sem nyilatkozik nagyon optimisztikusan. *Flexner* tapasztalatai szerint úgy látszik, mintha a passiv immunisálásnak valami haszna lett volna. Ez egy teljesen bizonytalan nyilatkozat.

Kit és mivel oltunk?

Keller a megelőző védőtásokat a szegedi és los angelesi tapasztalatokra hivatkozva a »*nil nocere*« elv alapján elutasítja. *Pfaundler* a hatást inkább psychikusnak tartja. Én meg vagyok győződve, ha a szülőknek őszintén feltárjuk a morbiditas csekély voltát, a védőhatás rövideiséget, sőt esetleges veszélyét s a járványok vagy a nagyvárosi endemiák hosszú tartamát, utóbbiak évenkénti ismétlődését, akkor a legtöbb szülő kívánságát revidálja s így sok felesleges munkától kíméljük meg az orvosokat és sok felesleges szurkálástól a gyermekeket. Vajon érdemes-e a gyermekeknek inkább a szülők lelki megnyugtatója kedvéért injectiot adni olyan esetben, amikor a fertőzésre komoly lehetőség nincs? Fontos, hogy ígéreteinkben egyöntetűek legyünk, ne ígérjünk hosszú védettséget, tartós hatású seruma vagy egyéb védőanyaga senkinek sincs.

Én magam az oltások tekintetében nem foglalnék el olyan határozott elutasító állás-

pontot, mint *Keller*. Nagyvárosi szokásos endemia miatt, amennyiben a gyermek a beteg közelében nem volt, megelőző serum- vagy véroltásokat végezni felesleges. A *Pfaundler* által említett diplomáciai ok nem lehet mérvadó. Endemia minden évben van, így a gyermekeket évenként több hónapon keresztül legalább 10 naponként védolthatnánk. Ebbe kellő felvilágosítás után nagyon helyesen egyetlen szülő sem egyezik bele.

Nem sok értelmét látom annak sem, hogy a szomszédos falvak gyermekeit egyetlen védőoltásban részesítsük, ha valamelyik faluban történetesen 1–2 paralysis jelentkezik. Amennyiben valaki a betegséget 2 hét múlva áthurcolja a környező falvakba, akkor ott az oltott gyermekek már teljesen védtelenek, kezdhetjük a munkát újból.

Mit csináljunk magában a járványfészekben ha az pl. egy falu vagy kisváros? Az összes gyermekeket még faluban sem tudjuk beoltani, még kevésbé a kis városban. A járványt egyetlen oltással elfojtani nem is lehet. Leghelyesebb tehát, ha oltjuk a beteg környezetében élő vagy ott az utolsó napokban megfordult gyermekeket. Olthatjuk még azoknak a szülőknek a gyermekeit is, akik az oltás után kocsival vagy autón (nem vonattal) a járványfészekből járványmentes vidékre tudnak menni s ott gyermekeiket izolálni tudják. A vasúti utazással és az izolálás elmulasztásával a köznek sokat ártathatunk, a járványt esetleg járványmentes vidékre hurcoljuk. Nagy városi epidemiák alkalmával az összes gyermekek systematikus és lehetőleg 10 naponkénti védőoltása még kevésbé lehetséges, mint kis városban. Így az oltás csak a kis városoknál említett gyermekekre szorítkozhatik.

Fontosnak tartom, hogy a beteg környezetében élő vagy ott megfordult gyermekeket, ha egyáltalán oltjuk, akkor nagy adag serummal (40–60 ccm) vagy vérrel oltsuk, hogy így a szervezetnek elég sok ellenanyagot juttassunk s ezzel a trauma dispositiót növelő hatását lehetőleg ellensúlyozzuk.

A mondottak érvényesek a különböző gyárok által forgalomba hozott placentakészítményekre is. A hatás itt sem biztos, nem is lehet tartós, egyébként is a készítmények gyermekeken ez irányban még nincsenek kellően kipróbálva. Vegyszerek: ultraseptyl, sulfapyridin, kalium chloricum nemesak therapiásan, hanem prophylaktikusan is hatástalanok. Az 1%-os zink sulfat-spray az orrban a megelőzés szempontjából nem vált be.

A m. kir. 23. tábori kórház bel. o. közleménye.
(Parancsnok Mallász Tibor o. alez.)

A vérhas utóbetegségei.

Irta: *Aradszky György dr. o. zls.*

A háborús egészségügyi szolgálat egyik főtevékenysége a fertőző betegségek megelőzése és leküzdésére irányul. Abból a szempontból, hogy ezt a munkáját minél sikeresebben elvégezhesse, fontossággal bírhat minden megfigyelés, amelyik bővíti, előbbre viszi ismereteinket ezen a téren.

A keleti arevonalon a leggyakrabban előforduló fertőző betegség a vérhas. Hatalmas területek állandóan fertőzöttek, a lengyel fehérorosz és ukrán lakosság között otthonos és igen elterjedt. Elterjedését mutatja pl. az is, hogy Lengyelország területén az 1934. évben 16.717 vérhasmegbetegedés történt 10.4% halálozással. A mostani háborút megelőző 6 évben átlag minden 752 lengyel lakosra esett egy vérhasfertőzés, míg ugyanabban az időben a német arányszám 1:2848 volt. Ezen a nagy különbségen nem csodálkozik egy percig sem az, aki látta a mocsárvilág, a homoksíkság és erdőrengeteg legnagyobb részének kezdetleges egészségügyi berendezéseit és a lakosság primitív életmódját.

Ilyen fertőzött vidéken élve és hárulva elkerülhetetlen, hogy a honvédség körében is elég nagy számmal ne forduljon elő vérhasmegbetegedés. Ezek nagy része mint járó beteg viseli el a betegséget és sokszor nem is tulajdonít neki fontosságot. A betegség többnyire különféle fedőnevek alatt jegyződik fel. Így a lázas vastagbélhurut, lázas gyomor-bélhurut, az ukrán betegség rendszerint vérhas fertőzés ambulans formáit jelenti. A vérhas utóbetegségeinek jelentős része pedig ezek közül a könnyű esetek közül kerül ki.

Pontos adataink nincsenek arra vonatkozóan, hogy az utóbetegségek tulajdonképp milyen gyakorisággal fordulnak elő. Saját megfigyeléseimet az utóbetegségek és szövődmények előfordulásának gyakoriságáról a következőkben közölhetem.

Tábori kórházunk ez év március-augusztus hónapjaiban a Főkezelőosztás közép- és északi részében különböző helyeken működött. Ezen idő alatt a belosztályról, mint hat héten túl gyógyuló és kórházvonattal hátra szállított honvédek betegsége 10.2%-ban volt visszavezethető vérhasra, mint előidéző betegségre. Ugyanerre a kérdésre ad választ *Holler* közlése is, aki 1620 vérhasban szenvedő betegének 13%-ában figyelt meg utóbetegségeket.

Volt idő, amikor kórházunk a fronttól aránylag távol, teljesen nyugodt körülmények között működött. Betegeinket rendszerint más eü. intézettől kaptuk és inkább időült esetek kerültek hozzánk. Ekkor módomban volt a késői utóbetegségeket és szövődményeket megfigyelni

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

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztik: BINDER LÁSZLÓ és VEREBÉLY TIBOR egy. magántanárok

A sympathicus működési zavarainak gyógyítása.

Az akarattól független idegrendszer két tagjának működése élettani viszonyok közt egyensúlyban van. Ha azonban az egyensúly valamely testrészen felborul, akkor többé-kevésbé súlyos működési zavarok és bonctani elváltozások keletkeznek. Az egyensúly megbillenhet úgy, hogy egyiknek ingerülete csökken s a másik rendszeren működő ideg túlsúlyba kerül. De keletkezhethet egyensúlyzavar úgy is, hogy valamilyen kóros izgalom, pl. gyulladás következtében az egyik rendszerben fokozott ingerület keletkezik s ezt az épingületű ellenlábás ellensúlyozni nem tudja.

A parasympathicust gyógyszerekkel izgatni és bénítani egyaránt tudjuk. Ennek ellenére a fokozott parasympathicus izgalmon alapuló angina pectoris és asthma bronchiale sok esetben nem tudjuk gyógyítani. A sympathicussal még rosszabbul állunk, mert ezt megbízhatóan csak izgatni, bénítani azonban nem tudjuk. A sympathicus műtétek keletkezésüket ennek a ténynek köszönik.

A *sympathicus* műtétek hibája, hogy veszélyes voltak ellenére bizonytalanok s csak az esetek 40–45%-ban gyógyítanak. Kimutattam, hogy a műtétek eredménytelenségének a sympathicus beidegzés bonyolult volta az oka. Hiába távolítjuk el pl. időszakos sántítás esetén a combtőér mellett haladó sympathicusokat, ilyenek még az ülő- és combidegen át is haladnak a lábhoz, amelyek túltengenek és a kiirtott részek működését átveszik. Ha viszont a combideghez társuló ágyéki sympathicus dúcokat irtjuk ki, akkor a lábhoz a nagyütőerek mentén s az ülőidegen át még bőven haladnak sympathicus ágak. A zsigerekben még rosszabb a helyzet, mert ezek az ellenkező oldalról is kapnak beidegzést s a bennük levő dúcsejtek maguk is önálló működést fejtenek ki.

E helyzeten javítandó kezdtem el az *adrenalinmentes időszakos érzéstelenítést, a cyclicus anaesthesiát*. (c. a.) Egy-egy adrenalinus érzéstelenítést kórismezés, részben gyógycélből már eddig is alkalmaztak, de adrenalinmentes szerrel hosszabb időn át nap-nap után eddig még nem érzéstelenítettek.

Mivel az esetek túlnyomó részében a symp. idegrendszer fokozott ingerületének leszállítása volt a főcélom, a symp. tonusát fokozó adrenalinot az érzéstelenítőtől kihagytam.

A *symp. tonus fokozódása* két irányban lehet káros. Tartós érgöres folytán rossz táplálkozásra, fekélyképződésre, elhalásra vezethet. (Claudicatio intermittens, gangraena pedis, ulcus ventr., stb.). Ha pedig a tonus fokozódása belső elválasztású mirigyeket (mellékvese,

pajzsmirigy) illet, akkor *működésfokozódást okoz*, aminek iskolapéldája a fokozott adrenalintermelés s a Basedow-kór.

Cyclicus anaesthesia alkalmával az érzéstelenítő oldattal a megbetegedett terület dúcsejtjeit elárasztom. Ezáltal úgy a dúcsejtekben, mint az általuk beidegzett területen rendkívül nagy bővérűséget idézek elő s az érző idegvezetés kikapcsolása által teljes nyugalmat teremtek. Mindkettőnek nagy a jelentősége. Kiderült ugyanis, hogy úgy a véredényelmeszesedés folytán elváltozott érfalokról, mint a gyulladásos területekről, — bárhol is legyen a gyulladás — érző ingerület indulhat ki, amely a reflexpályákon a megbetegedett területre viszatérve, ott érgörcsöt s ezáltal rossz vérkeringést okoz. Ez az érgörcs az endarteritis miatt már amúgy is csökkent vérkeringést tovább rontja, gyulladásos területeken pedig megakadályozza azt, hogy a szervezet gyógytényezői és gyógyszereink hatásukat kifejthessék. E tényezők egymásra hatása circulus vitiosus, s a gyulladás állandósulása a következménye.

A cyclicus anaesthesia hatását ott fejt ki, ahol az idegek, illetve idegdúcok működése megváltozott. Ezáltal nemcsak a sympathicotoniás, de a parasympathicotoniás állapotokat, illetve az azok által fenntartott betegségeket (angina, myodeg., asthma) is meggyógyítja.

A gyulladások gyógyulásának klasszikus példája, hogy a hosszú időn át hiába kezelt súlyos hólyaggyulladás sokszor néhány hét alatt meggyógyult. De igazolják ezt az eddigi belorvosi kezelésre nem javuló *heveny glomerulonephritisek* is, amelyek két-három heti kezelés után — ha az érzéstelenítést idejében elkezdjük — teljesen meggyógyulhatnak, jeléül annak, hogy a cyclicus anaesthesia a gyulladásos jelenségek mellett az éracsok endotheljének burjánzását is visszafejleszti. Neuritis, ischias, trig. neuralgia esetén hatása meglepő, de a gyógyulást legjobban az *idült ízületi gyulladás* szemlélteti, ahol az izzadmányok felszívódása, a tokszalagmegvastagodások visszafejlődése szemeink előtt játszódik le. Ugyalászik, hogy a *zsigerek gyulladása* (hepatitis, colitis, gastritis, ulcus ventric., stb.) olyan megbetegedések, amelyek műtéti gyógykezelésére gondolni sem lehetett, a c. a. számára szintén hozzáférhetők. Az általános erőbeli állapot csodás megjavulása egyes esetekben kétségtelen a *szervek közti gátló reflex* (szervközti blokk) megszüntetése révén jön létre. A jobb- és baloldali hasi sympathicus dúcok felváltva történő érzéstelenítése útján heves hasi fájdalmakat okozó *paralyticus ileusokat* is sikerült megoldanom s olyan egyének, akik egész életükben csak *hasajtók segítségével tudtak székelni*, 8–10 napi kezelés után spontán ürítettek, jeléül annak,

hogy a symp. és parasymp. idegrendszer közti egyensúlyzavar megszűnt.

Az *éjjeli ágybavizelés* c. a. útján igen jól gyógyítható. Olyan esetekben is eredményt értem el, ahol minden egyéb kezelés eredménytelen volt, ami részben a hólyagreflex ingerlékenységének, részben a detrusoringer kúszóbének lezállításával magyarázható meg. Ez indított arra, hogy egy 50 éves beteg 25 éve tartó, a test több pontján kezdődő és igen fájdalmas clonicus görcsökbe átmenő neuralgiáját is ducéztelenítéssel kezeljem. Néhány heti kezelés után már csak igen ritkán jelentkeztek fájdalomtalan göresök.

Arsen és ultraseptyl okozta peroneus bénulás 1—1 esete félétét meghaladó kezelés ellenére sem javult. Azt észleltem, hogy a beteg lába hüvös volt s az oscillometriás kilenégek annak ellenére, hogy 18, illetve 20 éves leányokról volt szó, a lábfejen alig volt. Amikor azután cyclicus anaesthesiára a vérkeringés megjavult s a végtagok felmelegedtek, gyors javulás indult meg s a bénulások néhány hét alatt eltűntek.

Mivel az agy és gerincagy symp. beidegzését a háti gerincoszlop határkötegei útján kapja, vérkeringésük a hát, illetve nyaki symp. dúcok c. a. útján befolyásolható. Ezt bizonyítja a *csillapíthatatlan fejfájás a Parkinson-kór és a sklerosis multiplex* esetén elért jó eredményeim, amelyek a c. a. további ilyirányú alkalmazására serkentenek.

A *hiányos vérkeringés megjavítását* az alsó végtag keringészavarai szemléltetik. Hideg, kékes-vörösen elszíneződött végtagok lefelé terjedően fokozatosan felmelegednek s a végtag bőre rendes színét visszanyeri. Az elhalt területek elhatárolódnak s eltávolításuk után a sebek begyógyulnak. Ez csak úgy képzelhető el, hogy a c. a. az érfalban levő gyulladást és elfajulást is kedvezően befolyásolja. Az intima gyulladással burjánzása a glomerulonephritis intima burjánzásához hasonlóan eltűnik, bevérzése, vizenyője, nyákos és zsíros elfajulása lassanként visszafejlődik, amit az oldalági vérkeringés megjavulása egészíti ki.

Az alsó végtagon tett kedvező észleléseimet az *angina pectoris is igazolja*. A szívhez menő parasympathicusok naponkénti érzéstelenítésével hónapokig, sőt évekig hiába kezelt anginás betegeket is sikerült meggyógyítanom. Hogy ezek a betegek panaszmentesek lettek és mérsékelt izommunkát igénylő foglalkozásukat folytatni tudták, az a szívverés nagyfokú megjavulásának kétségtelen jele.

Mivel a gyulladással megbetegedések nagy része allergiás, visszaesés megelőzésére betegeinket desensibilizálnunk kell. A kezelés — ha azt az Orvostudományi Közlemények 1940. 5. sz. »Uj eljárás a hasi, a medencei zsigerek, a felső- és alsó végtag érzéstelenítésére« című munkámban megadott utasításaim szerint végezzük — teljesen veszélytelen.

Mező Béla dr. egyet. c. rk. tanár.

A periarthritisek röntgenkezelése.

Periarthritisen az ízület körüli lágyrészek és pedig az ízületi tok, a bursák, inak és az inak körüli kötőszövet gyulladását értjük. Megjelenési alakja lehet heveny, félheveny, vagy idült. A betegség keletkezésében traumának tulajdonítanak kiváltó szerepet. Leggyakoribb localisatiója a vállizület környéke, ritkábban észleljük a könyök-, térd- és bokaizület, továbbá a trochanter major táján. A bántalom röntgensugaras kezelésre kiválóan alkalmas és ez esetben a sugártherápia minden egyéb gyógykezelésnél hasznosabb. A jó eredmény ritkán marad el, mindamellett a heveny esetekben a gyógyulás gyorsabb és tökéletesebb, mint az idültben.

A röntgensugár kedvező hatása gyulladást gátló tulajdonságán alapszik. A kis adagban adott röntgensugár gyulladást csökkentő hatása régóta ismert. A hatás előidézésében több tényező közül egyik legfontosabb a röntgensugár sejtpusztító tulajdonsága. A gyulladással szövet besugárzásakor szétesnek a beszűrődés helyén összegyűlt fehérvérsejtek, minek folytán a szövetfeszülés csökken, a fájdalom enyhül. A másik biztosan ható tényező a röntgensugárnak vérbőséget okozó hatása, ami a gyulladással szövet keringését javítja és elősegíti a gyulladással termékek felszívódását. A röntgensugárnak bakteriumölő hatása nincsen, de adatok szólnak amellett, hogy fokozza a helyi és általános immunitást. Lehetséges, hogy ebben a röntgensugár hatására széteső sejtekből felszabaduló immunanyagoknak van jelentős szerepe. Az idült esetekben fennálló kötőszövet szaporulatokra is kedvezően hat a röntgensugár; hatására a szövetekben lerakódott mész is felszívódhatik, aminek különösen bursitis calcarea egyes eseteiben látjuk szép példáit. A röntgensugár gyulladást gátló hatásával párhuzamos fájdalom csökkentő hatása. Kétségtelen következménye ez a gyulladás múlásának, a szövetduzzadás csökkenésének, ami mellett egyesek felveszik, hogy a fájdalom enyhülésében a röntgensugárnak az idegekre való közvetlen hatása is van.

A periarthritisek folyamatok közös klinikai tünete a fájdalmas mozgáskorlátozottság. A folyamat lényege akut, vagy chronikus trauma kapcsán támadt szövetzúzódás, ami következményes gyulladással, majd degeneratív elváltozásokkal jár és amit több-kevesebb mészlerakódás követ. A meszesedés az esetek mintegy harmadrészában oly fokú, hogy az a röntgenfelvételen is látható. A meszesedés miatt a folyamatot *peritendinitis calcarea*-nak hívják. A bursitis calcarea elnevezés kevésbé helyes, mert a vizsgálatok azt mutatták, hogy a degeneratív folyamatokat követő mészlerakódás elsősorban az inakban és inak körül, azonkívül az ízületi tok mentén történik és csak egyes előrehaladott esetben terjed át másodlagosan a bursákra.

A peritendinitis calcarea egyik kedvenc

localisatiója a vállizület, melynek klinikai tüneteit elsőnek Duplay (1872) ismertette. A bántalmat *periarthritis humero-scapularisnak* is hívják. A vállizület mozgásra, különösen a heveny esetekben, rendkívül fájdalmas, az ízület mozgása korlátozott. Nyomásra közvetlen az acromion alatti ponton érzékeny. Röntgenfelvételen az esetek mintegy harmadában a tuberculum majus felett kisebb-nagyobb meszes árnyék látszik, amely friss esetben halvány, felhőszerű, elmosódott szélű, idővel a mészárnyék tömöttebb és éles határú. A meszesedés leggyakrabban a musc. supraspinatus inában jön létre és csak ha nagyobb kiterjedésű, terjed át a környéki bursákra, a bursa subacromialisra és subdeltoideaúra is. A peritendinitis calcarea további gyakori előfordulási helye a könyökizület környéke. A bántalom az epicondylus külső oldalán gyakori, a belső oldalon ritkán fordul elő. Foglalkozási ártalomként nehéz testmunkásoknál találjuk, de gyakori tenniszezőknél is, ezért tennisz-betegségnek is hívjuk. A peritendinitis calcarea egyéb előfordulási helye még a térd- és bokaizület tája, azonkívül nem ritkán észleljük a trochanter major mentén tapadó inaknál.

Miként a gyulladásoknál általában, a periarthritiseknél is kis adagok hatásosak. Én a sugárkezelést úgy végzem, hogy három napon át a gyulladás friss, vagy időlt volta szerint 120–180 r sugármennyiséget adok. ($\frac{1}{2}$ mm. Cu. + 1 mm. Al. szűrő, 6 mA., 185 KV.) Ahol erre mód van, mint pl. a vállizületnél, az egyes adagokat más-más mezőben, több oldalról szolgáltatom ki. Ugyanezt az adagot szükség szerint 10–14 nap múlva megismétlem. A sugárkezelésre a fájdalom sokszor rövid idő alatt enyhül, az ízület mozgathatósága javul. Teljes panaszmentesség az esetek mintegy felében érhető el, a többiben a javulás több kevesebb és csak ritkán teljesen hatástalan. Éppen ezért, mert az eredmények ilyen jók, teljes hatástalanság esetében egyesek úgy vélik, hogy ilyenkor a diagnózis nem volt helyes és ezért lett a sugártherápia eredménytelen.

Leszter Antal
e. m. tanár.

Újabb gyógyszerek az icterus terapiájában.

Az icterus sok betegségnek csak egyik tünete. Oka is, tehát kezelése is változik. Mindig oki kezelésre kell törekednünk. Mielőtt azt megkezdénénk, megállapítandó, hogy az icterus 1. a májsejtek megbetegedésének (h. parench., h. ex arsenobenz., h. luet., atroph. h. fl. ac., iet. infect., i. epidem., cirrh. h. stb.), 2. az epelefolyás akadályozottságának (hurut, kőneopl., bélféreg, strangulatio, stb.) vagy 3. a fokozott vörösvérsejt-szétesésnek (extra hep. iet. haem., neonant., an. pern.) a következménye-e.

Megfigyeléseinket, az általános tapasztalatokat és az utóbbi idők szakirodalmát figyelemmel kísérve, az iet. terapiában újabban használatos gyógyszerekről összefoglalóan az alábbi áttekintést nyújtom, egyéni megjegyzéseimet is hozzáfűzve.

Közismert dolog, hogy tartós icterus esetén cholaemiás vérzések keletkeznek, melyeknek egyik oka a vér prothrombin tartalmának megkevesbedése. Ha ez 40% alá süllyed, testszerte vérzések keletkeznek. Ilyenkor a bélbe nem kerül epe és a coli bac. által synthetizált, zsírban oldódó *K-vitamin* nem szívódik fel. A K-vit. (Vitakolan, Synkavit, Vitaplex-k, stb.) viszont a prothrombin képződéséhez szükséges katalysator. Az ok tehát a véralvadás zavara, mely K-avitaminosissal jár. Az újszülöttek vérzései szintén K-avitaminosis következményei, mivel az újszülöttek bele coli bacilust nem tartalmaz. Tehát K-vitamin synthesis nem történhetik. Az újszülött vérenek prothrombin-tartalma éppen csak a normálisnak 40%-át tartalmazza. A K-vitamin érfaltömítő, véralvadást siettető hatását csak ép májfunctio mellett fejti ki. Ép májszövet viszont csak a mechanikus úton keletkezett iet.-nál és i. neonatorumnál van. Ezért csakis ezeknél javult az adása. Egyesek szerint műhiba nem adni műtéteket megelőzően egy-két napon át. Mások szerint a porphyrinuriát csökkenteni tudja, mely a májműködés javulását jelenti és úgy látták, hogy hatására hamarabb következett be gyógyulás nem súlyos h. parench. eseteiben is.

Icterus epidemicusban nem igen fordul elő K-vitamin hiány. A savós gyulladást a melékvesekéreg hormon a K-vitaminnál jobban akadályozza.

A *P-vitamin* (Citrin) is vérzéscsillapító icterus esetében, de csak akkor, ha P-vitaminhiány az oka a véralvadás elhúzódásának.

A *C-vitamin* is hajszálértömítő és véralvadást okozó anyag. Egyesek szerint csak C-avitaminosis (skorbut) esetén hat. Sárgaság esetén adynamias a beteg. Optimalis C-vitamin concentratio mellett a szellemi és testi munkabírás is jobb. Valószínűleg a vércukorszintet is emelő sympatico-adrenalis rendszerre gyakorolt hatásával éri ezt el. Hepatocelluláris icterus esetén tehát adása javult.

A hormonok, fermentumok és vitaminok között correlatio van, ezért egyik tag a másikat részben helyettesítheti. Az *insulin* (hormon) hatását pl. az újabb vizsgálatok szerint a B-vitamin támogatja, hatását fokozza, részben pedig helyettesíteni is tudja, mert köztük synergismus áll fenn. A B-vitamin a vércukorszintet csökkenti, a szénhidrátanyagcserében, a phosphorylálásban játszik szerepet. Az icterusos beteg a fehérjeanyagcsere zavara miatt fehérjeszegény, hússzegény, tehát B-vitamin-szegény étrenden él. A legtöbb B₁-vitamint tartalmazó étel, a sertés húsa, mája, kolbász,

szalámi, sonka számára tilosak. Étvágytalan is. A B₁-vitamin hyp. és anacidokon fokozott savtermelést indít meg, miáltal az emésztést javítja, az étvágy megjön, a közérzet és erőbeni állapot javul.

A B₂-vitamin csak hyperacidoknál csökkenti a savtermelést, a vércukorszintre azonban nincs csökkentő hatással. Mégis az a tapasztalat, hogy a B₁ és B₂ között is synergismus áll fenn, és együtt adva hamarabb gyógyítja a cellularis hepatitiszt. Az insulin-felhasználást korlátozó belügyminiszteri rendelet óta sárgaságban B₂-vitamin is javalt. Az eredmények így is jók. A B₂-vit. parasympathicus izgató anyag lévén, mirigyfunktót serkentő hatására a szervekben vérbőség keletkezik.

Ilyen parasympathicus izgató anyag a *cholin* is, amely a szervezetben minden működő sejtben megtalálható és cholinesterase fermentum hatására az idegvégékszőlőekben acetyleholinná alakul át. Az *acetylecholin* ezerszer erősebb hatású a cholinnál. Hatása állítólag tartósabb, ha a cholin két hydroxyl csoportját jóddal helyettesítjük (*Sclerocholin*). Ezt adva a spasmusok oldódnak, az epecapillarissok is kitágulnak, így az epe lefolyása zavartalanabbá válik. A májsejtek a bő vérellátás következtében hamarabb térnek magukhoz, miáltal a májfunkció javul, a méregtelenítés megtörténhet.

Sárgaságban, gyakran észlelt adynamia egyes kutatók figyelmét a *mellékvesekéreg*-kiesés lehetőségére hívta fel. Megkísérelték adagolását a legkülönbözőbb ok folytán keletkezett sárgaságban és azt találták, hogy 6–8 napon át naponta 5×1 cm³-re az icterusos tünetek és így maga a betegség (májfunkciós zavar) lényegesen, sokszor csaknem teljesen megjavult. A serumbilirubin norm. értékre szállt alá, ha a sárgaság oka hepatocellularis gyulladás (exsudatio), ill. elfajulás volt. Cirrhosis esetén azonban hatástalannak bizonyult, bár a subjectiv tünetek ilyenkor is javultak. Akkor is hatásosnak bizonyult, amikor a szokásos *dextrose-insulin*-kezelés tartós adagolása sem használt. Sikertült bizonyítani, hogy a mellékvesekéreg adagolással mérgek (phosphor-alkohol) hatására a májban keletkező savós gyulladást meg lehetett akadályozni.

A mellékvesekéreg legfontosabb feladata, mint a B₁-vitaminé is, a phosphorylálás. Az oxyreduktív folyamatok fő szabályozója. Hatóanyaga nem egységes anyag. A *corticosteron* *nicotinsav* a szervezetben *amid* alakjában van jelen. A máj és mellékvese igen gazdag *nicotinsavamid*-ban. A fehérjebomlás, ill. rothadási termékek kénsavesteres és glycuronsav-esteres synthesisét elősegíti. Altala ezen anyagok kiküszöbölődnek a szervezetből. Csökken az indianaemia és a porphyrinuria. A *nicotinsav* pellagra preventiv (PP) factort is tartalmaz. Adására javul az étvágy, fokozódik a pancreas

és gyomorsecretio, a vér cholesterintartalma, s akiknél angiospasmus, miatt a vízküürítés elhúzódo volt, azoknál a diuresist is fokozza.

A tárgyalt új szerek közül a *mellékvesekéreg* bizonyult a leghatásosabbnak. Elterjedni azonban az általános orvosi gyakorlatban ezideig eléggé nem tudott, mivel még ezen tulajdonsága nem közismert, másrészt pedig alkalmazása költséges is (Cortigen, Percorten).

A vitaminok közül tehát az N, B₁, K, C, B₂, P jöhet szóba. Új szerek még a cholin, ill. acetylecholin-származékok (Cholparin).

Néhány gyógyszerrel kell még megemlékezni, melyek ugyan nem újak, de sárgaság kezelésében használatosak. Ilyen a 10%-os Na. thiosulfat arsenobenzol icterusokban, azon elgondolás alapján, hogy az öt-vegyértékű arsenet megköti. Legtöbbször *dextrose*-val vagy *invertose*-val vagy *dextrose* B₁-vitaminnal felváltva adjuk.

Icterusos betegeknek nagy a folyadék-vesztése. Bár tudom, hogy a serumfehérjekép icterus esetén a globulin javára tolódik el, miáltal a vér vízkötőképesége csökken, mégsem tartom hiábavalónak a szervezet bőséges folyadékellátását, *gyakori teáztatás* (2–3 óránként 1 csésze) vagy vízlökések (1½ liter forrásvíz vagy tea) formájában. Ezzel hármas célt kívánok elérni, egyrészt mégis csak sikerül a vérpályát feltölteni, a szervezetet az exsiccositól megóvni, másrészt nem közömbös, hogy milyen fokú az epesavak és a bilirubin concentrációja a vérben, harmadszor jó hatású az alkalizálás, mely az acidosit csökkenti. Gyakran láttam makacs icterusok oldódását vízlökésre. Emellett *duodenalis szondázást* is végeztek, a *májtejékre thermofort* helyez a beteg, ugyanakkor meleg Karlsbadi-vizet vagy forrásvizet (Hungária, stb.) iszik. Epesavakat (Choleval) és spasmolytikumokat (atropin, papaverin, Bilagit, Nigelin) is szoktunk alkalmazni; acetylecholin-t nem, bár a fentiek alapján meggondolandó lenne.

Igen fontos a *diétás kezelés*, melynek szénhidrátdús, fehérjeszegénynek és zsírmentesnek kell lennie. A régi előírásokkal szemben nem ellenzem, sőt egyenesen előírom a *nyers gyümölcs fogyasztását*. Szigorúan tilos az alkoholfogyasztás.

Természetesen egész más kezelésre szorulnak az extrahepatikus úton vörösvérsejt fokozott szétesés következtében létrejött sárgaságok. Ezekben megfelelő szakkezelés javít az icteruson.

Borostyánkői Ferenc dr.—
szfv. közkörházi adjunktus

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



Ajánljuk
a **Vasenol**
bőrápoló készítményeket:
gyermek-puder, -krém, -olaj
testápoló-puder
láb-puder

Gyermekek,
csecsemők, fekvő betegek

bőrápolásához a betegség alatt ajánljuk a **VASENOL** készítményeket. Puhán és üdén tartják a bőrt, megelőzik az eccémákat és decubitusokat. Bőrazonos zsírok és enyhe deszficienszt tartalmaznak közömbös nedvszívó vagy olajos alapanyagban.

SLZ SZILÁGYI
gyógyszer-vegyszer- és laboratórium

ÚJ KÉSZÍTMÉNY!

Vegyileg meghatározott **sebhormon** készítmény
a **sebgranuláció előidézésére** ott is, ahol
az önként már nem következik be.

VULNORMON ung.

*Nehezen gyógyuló, fekélyes, elhanyagolt sebek, felmaródások,
lábfeltörések, kipállások, műtétek utáni sebek kezelésére.*

Gyártja és forgalomba hozza:

30 gr. tégely = P 3.23 + -.45 felár.
100 gr. tégely = P 6.88 + 1.29 felár.

REX Gyógyszer-vegyészeti Gyár és Gyógyszerkereskedelmi R.-T.
BUDAPEST-DEBRECEN

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

Cholagogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

Indikációk: Cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis, ikterus catarrh., hyperemesis gravidarum, valamint a máj-epe-rendszerben végzett műtéti beavatkozások elő- és utókezelésekor

Adagolás:

10 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
40 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
	este 2 tabletta	No. 2
10 napon át	reggel, délben és este 1—1 tabletta	No. 3

Magyarországi vezérképvislet: HORMON gyógyszer-
vegyészeti kft. Budapest, IX., Köztelek-utca 4/a.

Ajánljuk

klínikailag kipróbált és megbízható táp-
szerkészítményeinket:

Az Államkincstár, illetve Közgyógyszerellátás
terhére is rendelhetők:

DEMALTOS

CSECSEMŐTÁPCUKOR

300 g-os rendes, 150 g-os közalapi, 3500 g-os
kórházi dobozokban

MALTOSIT

GYERMEKTÁPLISZT

a Keller-féle malátaleves pontos és gyors el-
készítéséhez, 300, 150 és 3500 g-os dobozokban

SZITMALTIN

IGEN JÓÍZŰ, SZÉNHYDRÁTDÚS, TERMÉSZE-
TES ERŐSÍTŐ TÁPSZER

Forgalomban: 500, 400, 250 és 100 g-os ere-
deti és 250 g-os közalapi dobozok

KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS
SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R-T.

Budapest, X., Maglódi-út 17. szám.

Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans



• Diachemia •
BUDAPEST, VI., TERÉZ-KÖRÚT 27.

Hydrocodin

és hosszabb ideig kezelni is. Később viszont amikor a front mozgásba jött, 30–40 km-ről, közvetlenül az első vonalból kaptunk nagy tömegben kivizsgálatlan és csak első segélyként ellátott beteganyagot. A korai időszakban fellépett utóbetegségek ebben az időben kerültek megfigyelésre. Szervi lokalizáció szempontjából a korai és a késői megjelenési formákban lényegesebb különbséget nem észleltem.

Ezek a betegségek elhelyeződésük szerint három nagy csoportba oszthatók. A vérhas elszívódása után az ártalom jelentkezik:

1. a mozgási szervekben
2. az emésztő szervekben
3. az idegrendszerben.

Ritkábban azonban a szervezet bármely része is megbetegedhet. *H. Iler* szívizom, mellhártya, feregnyulvány, nyálmirigy, máj részéről megnyilvánult szövödményekről számol be.

Mivel ezen utóbetegségek nagyrésze akár hónapokig fennállhat, többször kiújulhat, s gyógyításuk igen sok gondot okoz az orvosnak, ajánlatos velük bővebben foglalkozni.

Az utóbetegségeként jelentkező *izületi gyulladások* allergiás jellegűek, gyakran kíséri azokat urticaria, néha Quincke oedema is látható. *Weintraut* úgy vélekedik, hogy keletkezésükben annaphylaxiás reactio játszik szerepet. Ennek *Schittenhelm* és *Schlecht* ellentmondanak, mert ők elsősorban a vérhas kórokozójának a toxinjait teszik felelőssé.

A vérhas heveny szakában jelentkező izületi gyulladások, arthritisek különösen a térd izületéig először gyorsan és látszólag minden nyom nélkül elmúlnak. Sok esetben azonban később kiújulnak és hetek múlva a folyamat a többi izületre is ráterjed.

A dysenterias jelentkezése legtöbbször a lábadozás időszakába esik. Ezek a késői izületi folyamatok már kezdettől fogva makacs természetűnek mutatkoznak. Hasonló megfigyelésről számol be *Gattenberg* is. *Schittenhelm* és *Schlecht* a vérhas utáni izületgyulladást izzadmányos természetűnek írják le. Eseteim legnagyobb része is ilyen volt és csak ritkábban fordul elő az, hogy az izületben a fájdalom kívül semmilyen elváltozás sem volt észlelhető. Legtöbbször több-kevesebb izzadmány van jelen és az izület körüli duzzadás is felismerhető. Gyakran a duzzadás igen jelentős, főleg a térdizületben úgy, hogy az friss esetben tömött tapintatú. Ez a feszes párnaszerű térdizület, mint rheumatoid fogható fel és igen jellemző. A feszülés olyan jelentékeny lehet, hogy elviselhetetlen fájdalmakat okoz.

A folyadékknak punctióval egyszeri leboctatása rendszerint nem elegendő, mert az mindig újból képződik, mint az izzadmányos mellhártyagyulladásban (*Holler*). A csapolással leengedett folyadék steril (*Dorendorf*), azonban a vérhasbacillusokat agglutinálja. *Schnittenhelm* és *Schlecht* szerint az izzadmány nyúlós, erősen nyálkás, magas fehérje-

tartalmú, gyengés sárga színű, savós jellegű. A betegek számára ez az állapot szerfelett kínos, mert a betegség során mindig új és új izületek követik az elsőt. Az izületi fájdalmak a mozgásokat teljesen megbénítják és a beteget tehetetlenné teszik. Ezek a vérhasutáni izületi elváltozások igen lassan fejlődnek vissza és gyógyulásukhoz néha évek kellenek. Nemritkán azonban állandó elváltozások maradnak vissza. A folyamat lazás betegségeként zajlik le. A láz nem ritkán 39°-ot is eléri és fennállása bizonyos esetekben hetekig megfigyelhető. Néha kisebb hőmérsékletingadozások előzik meg az izületi gyulladások kitörését. Csak ritka esetekben zajlik le a betegség láztalanul. Hosszantartó, subfebrilis hőemelkedés különösen gyakran észlelhető. Új izületek megtámadását rendszerint friss lázas időszak kíséri.

A vérhas utáni sokizületi gyulladás salicyllal szemben meglehetősen resistens, pyramidon és atophan is csak kisebb gyógyító hatást tud kifejteni. *Walter* szerint némely betegnél a salicyl mutatkozik jó hatásúnak, más esetekben inkább az atophan és pyramidon segít. Az izületek fájdalmassága azonban rendszerint minden gyógyszeradás dacára megmarad és átmenetileg legfeljebb ha pár órára csillapítható.

Jellemzőnek mondható még a kórképre az egyidejűen fellépő, többnyire nem gennyes kötőhártyahurut és az ugyancsak elég gyakori húgycsőhurut, amelyek szintén igen makacs természetűek. Néha sugártestgyulladás is csatlakozik a kötőhártyahuruthoz. *Günslein* arra figyelmeztet, hogy az úgynevezett Reiter triasnál: vérhas utáni sokizületi gyulladás, kötőhártyahurut, húgycsőhurutnál elsősorban a vérhassal való kapcsolatra kell gondolnunk. Ez a trias mindenekelőtt a könnyű esetekben és pedig a mérekszegény törzseknél figyelhető meg és beállhat minden előrement hasmenés nélkül is.

Megfigyelésem szerint ezek az izületi betegségek sokkal gyakrabban keletkeznek könnyű vérhasfertőzések után. Igen feltűnő az az aránytalanság is, amelyik az izületi bántalmak súlyossága és a könnyű béljelenségek gyors lefolyása, sokszor csak járóbetegként elviselt vérhas között észlelhető. Másrészt az is megfigyelhető, hogy a súlyos vérhasfertőzés sokkal kevesebbszer okoz izületi szövödményeket. *Holler* is hasonló észlelésről számol be és hangoztatja továbbá, hogy ott, ahol idejekorán serumkezelés történt, tehát a toxicosis kifejlődését nagy mértékben megakadályozták, ott az izületi utóbetegségek kímáradtak. Ugyanő arról is ír, *Schittenhelm* és *Schlecht*tel egyértelműen, hogy a vérhasnak úgy a valódi, mint a toxikus formáiban elsősorban ezek a könnyű esetek járnak az utóbetegségekkel.

A vérhas okozta utóbetegségek másik nagy csoportját a *gyomorbélrendszer* részéről megnyilvánuló elváltozások alkotják.

Étvágytalanság, soványodás, gyengeség képezi a betegek legtöbb panaszát, de tárgyi letésként sokszor csak a tapintható és fájdalmas leszálló vastagbél észlelhető.

Ennél súlyosabb gyomorbélelváltozásokat azonban akkor találhatunk, ha a heveny vérhas idült formába megy át. Ez a járványok karaktere szerint különböző gyakoriságban fordul elő. Ilyenkor a beteg sápadt, kachexiás kinézésű és dyspepsiás panaszai vannak. Fájdalmakat érez a törzsben, gyomrában, beleiben, rendetlen a széklete, néha szorulás váltakozik hasmenéssel. Az elvégzett gyomorvizsgálat legtöbbször achyliát derít ki, de előfordulnak magas savértékek is és igen gyakran rendes savviszonyok mellett állanak fenn a panaszok. A savhiányos betegeknél vérszegénységet és néha vészes vérszegénységszerű állapotot találhatunk. A formált széklet felületén majdnem mindig megtalálhatók a véres vagy gennyes nyálkacafatok, amelyek nagy mennyiségben tartalmazhatnak vérhas kórokozókat.

Ha a betegség hosszú ideig fennáll, a nyugalmi időszakokat újrafellángolások váltják fel és a beteg nagyfokban leromlik.

Hecht szerint különösen olyan betegeknél következik be a vérhas idült formába való átmenet, akik egyébként is gyenge erőben voltak. Olyanoknál, akiknél a nagyfokú fáradalmak, gyenge táplálkozás, vagy valamely hosszantartó betegség, pl. gümőkór, malária, stb. az ellentállóképességet elpusztította. Ezeknél az idült folyamat a gyakori kiújulások, a szakszerűtlen ápolás és kezelés, a meg nem felelő táplálkozás és életmód következtében fejlődik ki. *Zitkovsky* állítja, hogy a kiújulásokat néha a nehezen emészthető ételek által kiváltott bélizgalom, olykor pedig az erős megfázás okozza.

Schittenhelm az idült vérhas után keletkezett kórkép két formáját különbözteti meg: az idült fekélyes és a dyspepsiás formák. Az elsőt jellemzi az időnként nyálkás, genyenes, székletürítéssel kezdődő, majd lassan előrehaladó hanyatlás, az idült senyveség. Rektoskóppal többé vagy kevésbé kiterjedt fekélyesedést és polypszerű burjánzásokat látunk. A másik formánál mindenekelőtt erjedésszerű széklet észlelhető dyspepsiás állapottal. Továbbmenő vizsgálat kevés gyomorsavat, savhiányt, vagy teljes achyliát derít ki. Nyálkot bőven tartalmazó próbareggeli és kezdetben durva nyálkahártya redőzet látható az átvilágításnál. A belek részéről hosszú ideig nagy érzékenység mutatkozik a durva, nehezen emészthető ételekkel szemben.

Ezeket a vérhas után keletkező idült folyamatokat utóbetegségnek kell tekinteni. Oko-

zójuk az a zavar, amelyik egyszer a belek heges elváltozásán, máskor azonban a bélnyálkahártya akár teljes sorvadása következtében keletkezik.

Több ebbe a csoportba tartozó beteget volt alkalmam részletesen vizsgálni és megfigyelni, azonban változatos panaszait csak hosszú idő alatt lehetett némileg csökkenteni. Legmegrázóbb a szemünk előtt fokozatosan kifejlődő kiszáradás, senyveség. Volt betegem, akinél napi 3–4 liter Tutofusin és sorozatos vérátömlesztést végeztünk, azonban segíteni mégsem tudtunk rajta. Boncoláskor aztán láttuk, hogy az egész bél nyálkahártyája vékony, ránc nélküli, pergamentpapírszerűen sorvadt volt.

Igen nagy érdeklődésre tarthat számot az utóbetegségek harmadik csoportja is, amelyik az *idegrendszer elváltozásait* nyilvánul meg. Gyakran fordulnak elő és nem sok gondot okoznak az ideg- és gerincvelőgyulladás enyhébb formái, melyek csaknem mindig a betegség heveny szakában keletkeznek és a toxikus tünetek elmúltával hamarosan rendeződnek. Sokkal nagyobb figyelembe kell részesíteni azonban a para és hemiplegiakat, éppúgy, mint az egyes izomszomsorok bénulását. Ezek nagyrészt súlyos elváltozások és hosszú heteken át megmaradnak.

Ebbe a csoportba tartozó betegeim többségében a bénulás az alsó végtagokra szorítkozott. Csak két esetben vettek részt a bénulásban a felső végtagok is könnyebb jelenségekkel. Egy esetben a szemizmok egyedülálló bénulását láttam. Legérdekesebb volt azon betegem körlefolysa, akinél a betegség 5. hetében a végtagok izületein való vándorlás után mint utóbetegség chorea minor fejlődött ki.

Holler, Gattenberg és *Hoff* a súlyos toxikus vérhasbetegek merev arc kifejezésére, a néha kifejezett katatonias reakciókra, a passzív fekvésre és mozgásszegénységre figyelmeztetnek, melyek az agyvelőgyulladás utáni parkinsonismushoz hasonlítanak. Keletkezésük módja megegyezik a rosszindulatú diphtheria-méreg hatására előállott jelenségekével. Ezen tüneteket a központi idegrendszer éspedig az agytörzs környékének részvételével tudjuk megmagyarázni. A fenti szerzők közlése szerint a vérhas méreg hatásának és tüneteinek csökkenésével mindezen elváltozások hamarosan elmúlnak.

Ha ezeknek a betegségeknek a kóroktanát akarjuk kideríteni, szem előtt kell tartanunk a vérhas körfejlődését, a vele kapcsolatban lejátszódó toxikus és allergiás folyamatokat. Tábori kórházi működés keretén belül nem volt sem alkalmam, sem módom olyan vizsgálatok lefolytatására, melyekkel esetleg eldönthető lenne, mely tünetek keletkeztek a kórokozók toxinjai által és melyek írhatók az allergiás elváltozások rovására. *Holler* szerint az a kö-

rülmény, hogy a toxikus jelenségek a Schiga —Krause fertőzés esetén éppúgy fellépnek, mint az úgynevezett atoxikus törzsek által előidézett betegségekben, ellentmond a baktériumtoxinek kizárólagos szerepének. A toxikus állapot más úton is létrejöhet. *Blazsóval* együtt feltételezi, hogy a toxikus állapot összefüggésben van a szervezet sejtjeinek működési zavarával.

Kramár és Blazsó ugyanis a betegek liquorában mérgező anyagot tudtak kimutatni, amelyik nem volt baktériumtoxin. Ezen mérgező anyag egy része valószínűen a bélben, talán a nyálkahártya elpusztulásával, másrésze a hibás sejtműködés következtében képződik. *Blazsó* továbbá rámutat arra, hogy a vérhas toxikus formájánál a mellékvese zavart működése is jelentős szerepet játszik.

A vérhas utáni izületi folyamatok olyan időben keletkeznek, amikor már a rendes széklet is a bélbetegség előrehaladt gyógyulására mutat. Ekkor már a baktériumok mérgező hatásával nemigen lehet számolni. Savós, gyulladásos folyamatot látunk magunk előtt és számolni kell avval a lehetőséggel, hogy ez allergiás alapon keletkezett. *Holler* itt ugyanazt a gondolatot követi, amellyel én a nutritív allergiák keletkezését próbáltam megmagyarázni. Arra gondol, hogy a bélből a nem teljesen gyógyult nyálkahártyán keresztül elégtelenül lebontott emésztési termékek szívódnak fel és okoznak a szervezetben allergiás szöveti elváltozásokat.

Közli továbbá, hogy 1%-os tannin beöntésekkel — melyekről *Blazsó* felteszi, hogy a bélnyálkahártyára tömítő hatással vannak, — az izületi gyulladások gyógyulását eredményesen tudta támogatni. Jó hatású az is, ha ugyanekkor az állati fehérjék fogyasztását felfüggesztjük, hogy így a fajidegen fehérjék felszívódására minél kevesebb alkalom legyen.

Igen behatóan foglalkozott a vérhas-lábadozók utóbetegségének okaival és azok lefolyásával *Walter*. *Lyonnal* egyértelműen anaphylaxias eseményt lát ezen utóbetegségekben. Számol azonban avval a lehetőséggel, hogy nem lehet mindig szigorúan fajlagos történésről, allergias eseményről szó, hanem éppúgy parallergiasan kiváltott reakciók is lefolyhatnak. Azt a nézetet vallja, hogy elsősorban a vérhasbacillusok fehérjéje elleni túlérzékenységgel van dolgunk. Lehetséges azonban másodsorban az is, hogy a bél gyulladásos és gennyes folyamatai következtében a túlérzékenység nem vérhast előidéző baktériumok fehérjéivel szemben következik be, hanem táp-

lálékfehérjékkel, a béltartalom emésztő nedveinek fehérjéivel, vagy a nem kórokozó baktériumok alkotó elemei és anyagsertermékeivel szemben. Ugyancsak a vérhas utóbetegségeiben vizsgálták *Hoff*, *Strausz* és *Blum* a só és anyagcsereforgalom és a vízháztartás zavarait és itt is nagyfokú elváltozásokat észleltek. Főleg az erős hasmenés és hányás következtében előállott folyadék és sóvesztés okoz mélyreható elváltozásokat. Hypochlorämiás azotämiát az urämiához hasonló állapotot és a gyakran megfigyelt vizenyőt hozzák ezzel oki kapcsolatba.

Minden esetre a kérdés sokkal bonyolultabb, mint ahogy az első pillanatban látszik és még sok vizsgálatra, tapasztalatra van szükség, hogy az itt történő folyamatok tisztán álljanak előttünk.

Látható, hogy a vérhas utóbetegségei elég nagy számban és igen különböző területeken jelentkeznek. Ebből következik az, hogy ezek gyógyításával való részletes foglalkozás messze túlhaladná beszámolóm kereteit. Azonban levonható az a következtetés, hogy sokkal többet kell tenni a megelőzés terén, ha az utóbetegségek számát csökkenteni akarjuk. A vérhas megelőzés súlypontja a csapatnál kell, hogy legyen. *Holler* beszámol az idejekorán elvégzett szérumkezelés jó eredményeiről. Tehát bőven el kell látni a csapatot a felszerelését vérhas sémummal és gondoskodni kell arról, hogy a csapatorvos azt már a gyanús esetekben is alkalmazza. A vaccinálás eredménye még nem felelt meg a hozzáfűzött várakozásnak.

A vérhasbetegek járványkórházban lennének gyűjtendőek, ahogy az a németeknél már a háború kezdete óta megtörtént. Itt a legmegfelelőbb szakgyógykezelésben és ápolásban lennének részesíthetők. Ezen kórházak számára korlátlan lehetőségeket kell biztosítani a megfelelő diétásételek elkészítéséhez. A szükséges gyógyszerek, mint vérhassérum, mellékvese kivonatok, detoxin, szíverősítők, infúsiók, vérátömlesztés stb. szintén elengedhetetlenül szükségesek ahhoz, hogy jó eredményeket érhesünk el.

Összefoglalás: A tábori kórház belosztálya beteganyagában a vérhas utóbetegségei aránylag gyakran fordulnak elő. Általuk a mozgásszervekben, az emésztőszervekben és az idegrendszerben okozott elváltozások hónapokig fennállanak és sokszor maradandó elváltozást okoznak. Ezek megakadályozására fokozni kell a vérhas megelőzésére irányuló munkát, főleg a legkorábbi időben való sémumkezelést.

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Localisatio és functio vizsgálat a vegetatív idegrendszerben. Oehme C. (Dtsche med. Wschr. 1944. 19—20. sz.) A referáló jellegű cikk alapgon-
dolata az, hogy az a kóros kérdés, hogy valami periferiáson vagy centrálisan hat a vegetatív idegrendszerben, nem különíthető el élesen. Pl. hyperthyreosis keletkezhet encephalitis, azután agykocsány sérülések (lues) kapcsán. A szív be-
idegzésében a központtól való függőség nagyobb mérvű, mint a periferiástól. Pl. Marx küszöb alatti Strophantin adagokkal a cysternába fec-
kendezve, extrasystolekat és szív-rhythmus zava-
rokat váltottak ki. A vegetatív idegrendszer functionalis kört képez, amelynek, mint Hypo-
krates vallotta az élő szervezetről, »nincs eleje és vége«. A körnek több pontja szerepelhet, mint spontánműködések kiváltója, a vegetatív központnak nem kell feltétlenül az elsősegét kép-
viselnie, mint azt az emberi gondolkodásban a központ szó feltételezi. Pl. az anyagesere kérdé-
seknél sokkal fontosabb a periferiás működések befolyása. A localisatiós probléma nagyon gaz-
dag kutatási terület, de végeredményben oda vezet, hogy a szervezetet, mint teljes egészet fog-
juk fel, mert az ember »psychophysical lény volt és marad, amelyről a vegetatív agytörzs összeköttetései mindkét értelemben gondoskod-
nak«. (B. 17.)

Kuchárik József dr.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 31—32. sz. Stühmer A.: Volhyniai »periodikus láza. Schroeder H.: Mellékvesedaganat okozta s műtét által gyógyított paroxysmalis vérnyomásemel-
kedés esete. Uhlenhut P.: A Weil-féle betegek serűmában lévő védőanyagok megőrzése. Baum-
gärtel Tr.: Hol keletkezik az urubilinogen. Meyer C.: A máj szerepe az urubilinogen anyag-
cserében. Schüffner W.: A porfertőzés jelentő-
sége az oxyuriasist illetőleg. Oxemius K.: Fonal-
férgek okozta viszketegség leküzdéséről.

Wiener Klinische Wochenschrift. 35—36. sz. Hofmeister K.: A gyermekágyas szoba reformja. Braman I.: Mi úton vált függővé az autogenesis a phylogenesisstől? Dietl K.: A gyermektubercu-
losis beosztásának kezelése. Droschl H.: Steier-
mark a húgykövek és a golyva hazája? Schmidt-
Lange W.: A hygienia új feladata. Vedrilla R.: Az R-csipke ívalakú átmenete az ST szakaszba.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 37—38. sz. Linder K.: Helmholtz H. halálának 50. évfor-
dulója. Pillat A.: A szaruhártya megfagyásának kérdése. Rössler F.: Reflektorikus akkomoda-
tio, mint a szem izgalmi állapotának kifejezője. Heinz K.: Szaruhártyaastigmatismus és teljes astigmatismus. Demmer F.: Hadisebészet a há-
országi kórházakban.

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hasbajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Likus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

VEGYES HIREK

Orvosi bizonyítványok kiállítását Német-
országban újabb szigorú rendelet tiltja, ha azok katonai alkalmatosságról, munkaszolgálatról, munkahelyváltatásról szólnak. Ily bizonyít-
ványok csak az illetékes hatóságok felszólítására állíthatók ki.

A német orvosok esti rendelésre is kötelez-
tetnek a birodalmi orvosvezető rendeletére, hogy a dolgozó lakosság is igénybe vehesse a rende-
léseket.

A Theobald Christ jutalmat a frankfurti Senkenberg-alapítvány intézősége az idén dr. Hertwig Paula professornőnek (Berlin) ítélte oda örökléstani kutatásai elismeréséül.

Rollier prof. 70 éves. A kiváló lausannei pro-
fessor, ki Kocher tanítványa volt és a tuber-
culosis kutatásoknak szentelte magát, Leysinben alapította közismert sanatoriumát, hol az extra-
thoracalis tuberculosissal napfénykúrájával csodá-
latos eredményeket ért el — október 1-én töltötte be 70. évét.

A freiburgi egyetem orvosi karán első- és másodéveseket nem vesznek fel, csak ha hadi-
rokkantak.

Betöltendő orvosi állások: A gr. Apponyi Albert poliklinikán egy bőrgyógyász oszt. főorvosi állás. Pályázati határidő november 30.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken
12 és 1 óra között fogad.

CONTRATUSSIN SYRUP:

Bronchitis — tracheitis — pertussis

FŐRAKTÁR: Dr. BAYER ANTAL GYÓGYSZER-
TÁRA BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

DERMASEPT KENŐCS
SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Ekzema, pyoderma, excoriatio, impetigo, dyshidrosis, furunkulosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladással járó, alszárkékelyok, égés, fagyás- és minden fer-
tőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi központi kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Hajó-
zás B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. Kir. Posta B. B. I.,
Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az
összes fejezeteknél is szabadon rendelhető.

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekk számlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava. 300 Sk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
Közlemények«re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

TARTALOM:

v. Benedek László és Horányi Béla: Újabb adat a subioraminalis gerincevelői daganatok kérdéséhez. (505—507. oldal.)

Molnár Jenő: Késleltetett varratok alkalmazása hadisebészetben. (508—510. oldal.)

Kisfaludy Bertalan Miklós: Az agastrikus anaemia hormonális vonatkozásai. (510—513. oldal.)

Irodalmi szemle: (514—515. oldal.)

Könyvismertetés: (516. oldal.)

Vegyes hírek: (516. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphthéria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szokások - Vérvesztés - Shock

Tudományos osztály,
Budapest, VII.
Károly király út 13-15.



Forgalomban:
Ampullák à 0.06 g
és 10%-os liquidum.

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, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti elme- és idegkórtani klinika közleménye.
(Igazgató: v. Benedek László ny. r. tanár.)

Ujabb adat a subforaminalis gerincvelői daganatok kérdéséhez.

Írták: v. Benedek László dr. és Horányi Béla dr.

A magas nyaki (ú. n. subforaminalis) daganatok az idegyógyász, a sebész, az orthopaed, sőt a belgyógyász szempontjából is különös körjelzéstani jelentőségűek. Az orthopaedet rendszerint már a kórkép kezdeti szakában jelentkező tarkótáji és nyaki fájdalmak (radicularis izgalmi tünetek), tarkómerevség (»protectiv« reflectoros izomtonusfokozódás) és a mély nyaki nyomási érzékenység érdeklik, amelyek csont és ízületi folyamatok téves kórismézésére vezethetnek. Alább közlendő esetünkben is a beteg orthopaediai tanácsra 6 hónapon át rögzítő készüléket viselt gümös csontfolyamat, chronikus myositis, izomrheuma diagnózisokkal. A belgyógyászhoz a gyomorgagusra irradiáló reflexizgalom következtében támadó gyomorhypermotilitas és hypersecretio vezetheti a beteget, mint *Cushing* egyik esetében (meningeoma-sorozatának 158. sz. esete), ahol a gyomorpanaszok állottak a klinikai kép előterében úgyannyira, hogy még sebész beavatkozás is történt a gyomron.

De az idegyógyászok körében sem nevezhető általánosan elterjedtnek a kórkép ismerete; máskülönben nem történhetett volna meg, hogy a klinika egyik (már közölt) esetében 8 évig, jelen esetünkben pedig 4 évig állott a beteg előzőleg jónevű bel- és külföldi ideggyógyászok észlelése alatt különböző, az orvosi cselekvést megbénító diagnózisokkal (sklerosis multiplex, syringomyelia, myelitis). A helyzet, úgy látszik, Amerikában, a neurochirurgia hazájában sem áll másképp. *Cushing* 313 meningeoma esete közül 4 volt magas nyaki elhelyeződésű: a 4 eset közül kettőnek mindvégig hibás volt a diagnózis (syringomyelia, sklerosis multiplex, amyotrophias lateralsklerosis, spinalis trauma), 1 esetben thoracalis daganatot diagnostizáltak, a laminectomiát egy meg nem felelő helyen végezték. Csupán 1 esetben sikerült a diagnózist élőben megállapítani és sikerrel operálni; ez az eset 12 éves megfigyelési idő alatt mindvégig recidiva-mentes maradt. Az említett té-

vedéseket érthetővé teszi a bonyolult neurologiai tünetegyüttes, amelyhez a nyultvelő közelsége, a supralaesionalis tüneteket előidéző liquor-dinamikai és mechanikai tényezők kialakulása, a daganatnak nyulványokkal az öreglikon át a hátsó scalába való felkuszása (ú. n. spinocranialis daganatok) vezethetnek. Régebben közölt 3 esetünk és az alábbiakban közlendő további esetünk mégis arra mutatnak, hogy a kórkép szem előtt tartásával, különösen pedig az időfactor figyelembevételével, a tünetek egymásutánjának gondos mérlegelésével a kórisme még klinikai segédeszközök (myelographia) nélkül is megállapítható. Valószínű, hogy a subforaminalis daganatok gyakrabban fordulnak elő, mint azt az irodalmi adatok alapján gondolnók; sok esetben valószínűleg hibás lesz a diagnózis mindvégig. Különben nehéz volna megérteni, hogy a budapesti elme- és idegkórtani klinikán nem egészen egy esztendő leforgása alatt 4 subforaminalis daganat-esetet észleltünk. Talán az érdeklődés különleges irányától függ a diagnózis gyakorisága.

A subforaminalis daganatok tünettartalmát illetőleg *Bogorodinsky* az irodalmi és saját esetei alapján a következő tünetek együttes előfordulását tartja jellegzetesnek: a tarkóizomzat tonusfokozódása, a tarkó alatti izomzat mély nyomási érzékenysége, a vállöv és a felső végtagok fonákérzése, az accessorius ellátta nyaki izmok parésise, a felső és alsó végtagok környéki vagy központi jellegű bénulása, felfelé terjedő érzészavar, esetleg a trigeminus területére is ráterjedve, ritkábban hypoglossusbénulás, Horner-tünetegyüttes, sphincter-zavarok, légzési nehézségek. Kivételesen agyi, kisagyi supralaesionalis, illetve thoracalis és lumbalis infralaesionalis jelenségek is előfordulhatnak, az utóbbiak még degeneratív sorvadások formájában is. *Symmonds* és *Meadows* a *Bogorodinsky* által jellemzőnek tartott tüneteken kívül még 3 olyan tünetre hívták fel a figyelmet, amelyek a mi tapasztalásaink szerint is igen értékesek, ha nem is döntő jelentőségűek: 1. A kulescsonton a vibrációs érzés hiánya (pallanaesthesia), 2. a második cervicalis dermatoma területén hypaesthesia és hypalgesia, 3. a fejnek a daganat helyével ellenkező oldalra hajlítása fájdalmas az érintett felső

cervicalis gyökök nyújtása miatt. Erre az utóbbi tünetre egyébként *Elsberg* és *Straus* is nyomatékka utal. Esetünk a következő:

R. Ö., 15 éves fiú 1944. II. 7–9-ig állott a klinikán vizsgálat alatt. **Kórelőzmény:** Terheltségre utaló adat nincs. 6 é. k. pertussis, kanyaró; 9 é. k. bárányhimlő, 7. é. k. rubeola; gyakori tonsillitis. 3 és fél évvel ezelőtt feltűnt, hogy nyakát mereven tartja és mozgatóskor nyakszirtje érzékeny, ekkor orthopaed tanácsára rögzítő készüléket kapott, melynek viselése alatt mindkét karjába kisugárzó fájdalmak voltak (ilyen fájdalmakat talán már előbb is érzett). A készüléket ½ évig hordta, utána nyaka merev volt, ez a merevség azonban massage-ra megszűnt. Kb. 1 évvel az első tünetek jelentkezése után mindkét lába gyengébb és ügyetlenebb lett (j. o. inkább, mint b. o.), majd nyaka gyengült, úgyhogy feje előre hanyatlott. Ugyanakkor felső végtagjait nem tudta felemelni, kezeiben, főleg a balban, kisfokú zsibbadást érzett, vizeletét és székletét nehezen tartotta. Mindezek a tünetek erősségükben hullámoztak, hónapok alatt nagyrészt megszűntek; csupán járása maradt ügyetlen. Kb. ¾ évvel ezelőtt járása ismét fokozottan romlani kezdett, nyár óta járóképtelen, kezei is gyengébbek.

Jelen állapota: korának megfelelő fejlettségű. Nyakát mereven tartja, kissé hátrafeszteti, fejének oldalra mozgatása igen fájdalmas. Vállait felhúzott helyzetben rögzíti, gerincoszlopa S-alakban skoliotikus (háti rész jobbra domború); alsó végtagjai flexiós helyzetben görcsösen rögzültek. B. o. a clavicula felett kb. gyermektenyérynnyi naevus pigmentosus; végtagjai distal felé szederjések; j. o. a gluteuson és b. o. a sarkon decubitus. A tüdőn hallgatódzási és kopogtatási eltérés nincs. A szív hangjai tiszták, a szív rendes nagyságú. Hasában semmi kóros. Agyidegek: kissé szabálytalan, kp. tág pupillák, a bal pupilla egy árnyalattal < j. o., szemréskülönbség nincs. A reakciók kifogástalanok. A szemmozgások szabaddok. V–VII–XII ép. A felső végtag in- és periostalis reflexei élénkek, egyformák; Mayer, Léri kiváltható, Hoffmann, Trömner nincs. A has reflexek hiányoznak. Patella, Achilles a görcsös contractura miatt nem vizsgálható; mk. o. lábclonus. A talpon igen kifejezett dorsalisflexio, kóros reflexek (Rossolimo, Schuchowsky) kiválthatók. Motoros kör: Mk. o. majomkéztartás. A kis kézizmok sorvadtak; a kezek és felső végtagok durva ereje mk. o. egyformán, tetemesen csökkent. A kezek koordinációs zavar, félremutatás nincs. Az alsó végtagok flexiós contracturában; kinyújtás active végbevihető, passive csak nagyfokú rugalmas ellenállás leküzdésével lehetséges. Érzőkör: a II–III. cervicalis segmentumokban jelzett hypaesthesia. Kb. az V. dorsalis segmentumból lefelé tapintási, hő- és fájdalmi hypaesthesia, nem egyenletesen, hanem az intenzitásában foltokban változva. A mély- és helyzet-érzés az alsó végtagon nagymértékben zavart. Vibrációs érzés az alsó végtagon csökkent. Symmonds–Meadows-tünet nincs. Érzéslocalisatio megközelítőleg jó. Discriminációs képesség az alsó végtagokban jelentősen csökkent. A két-dimensziós érzés az V. dorsalis segmentumból lefelé nagymértékben csökkent. A cisternalisan vett liquorban sejtszám 0, összesfehérje (diaphanometriával meghatározva) 2500 mg%, Pándy +++++; Nonne–Apelt +++++, a cukorszint 79 mg% Wa. r. mindhárom antigennel negatív. A colloideális benzoe gyanta r. 1–8 csőig teljes kiesés. Ugyancsak teljesen kiesett a 11–16 csőig. A lumbalis liquorban sejtszám 3/3, összes fehérje 3200 mg%, Pándy és Nonne–Appelt-reactio +++++

Wa. r. mindhárom antigennel negatív. Schellack reactio +, Takata-Ara r. +, 3-ik typus. A colloideális benzoe gyanta r. 1–7 és 11–16-ig csőben teljes kiesést mutat. A koponyaalapról és a nyakcsigolyákról készült többirányú felvételeken semmiféle kóros elváltozás található nem volt.

A beteget 1944. II. 9-én magas nyaki subforaminalis daganat diagnózissal tettük át az I. sz. sebészeti klinikára.

Műtét (Matolay prof. II. II-én): »Helyi érzéketlenítés, a processus spinosusok felett a tarkógumótól a 7. nyakcsigolyáig terjedő lágyrészmetszés. A lágyrészeket a csigolyaivekről tompán leválasztjuk, majd az I.–V. nyakcsigolya ívét eltávolítjuk. Dura-nyitás. A gerinevelő a III. és IV. nyakiszervény magasságában egész átmérőjében megvastagodott, bővérű, pangásos. A részben lenövéseket mutató arachnoidea szétfejtése után kiderül, hogy a gerinevelő megvastagodását egy, a hátulsó kötegek alatt, a gerinevelő állományában levő, de attól élesen elhatárolt, lágy, szürkés-sárga, bővérű daganat okozza, amely kb. 2½ cm hosszú és 5 mm átmérőjű, henger alakú. A hátsó kötegek szétvágása után a daganatot sikerül teljes egészében tompán kifejtetni ágyából, jelentősebb vérzés nélkül. A nyomás alól felszabadult gerinevelő keringése azonnal helyreállt. Durázás után réteges sebvarratok.

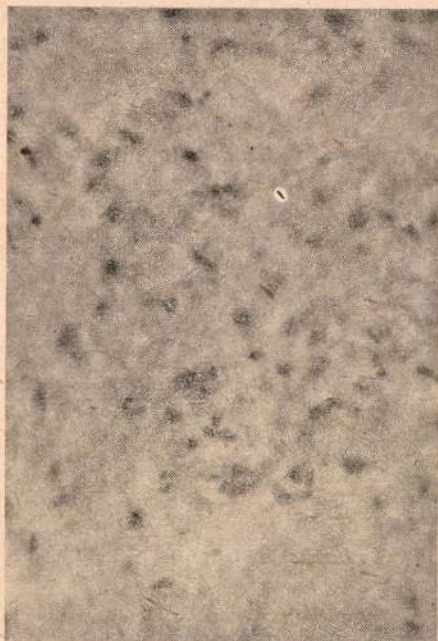
Az eltávolított daganat nagyjából lekerekített és minden átmérőben kb. 1½ cm nagyságú darab, melynek felszíne csipkézett, dundoros; rendkívül kemény tapintatú. Keresztmetszetén szabadszemmel elhalás, feltűnő rajzolat nem látszik.

Szövet-tani lelet: Sejtfestéses készítményekben a daganat egyik szakasza elnyújtott magvú és élesen fel nem ismerhető sejthatárú hosszanti nyalábokból áll, helyenként pallisadszerű mag-elrendeződéssel (1. ábra). A nyalábok nem egyszer különböző síkban metsződnek. Más területekben a hosszanti nyalábos alapszerkezet a reticularis irányba módosul; többhelyütt igen kifejezett reticularis felépítést látunk, amely az *Antoni-f.* »b«-typussal azonos (2. ábra). A sejtközi alap-



1. ábra. A kiirtott daganat szövettani képe nagyobb nagyítással: élesen fel nem ismerhető sejthatárok; orsószzerű magvak, pallisadszerű sejtelrendeződés. Haematoxylin eos. festés.

állomány a v. Gieson képen a neurinomákra jellemző sárgásbarna színeződést adja; kollagen állomány csak a helyenként felszaporodott és hyalinosan vastagodott erek falzatában látható, elvértve néhány nyaláb az érfalaktól kiindulva a daganatszövetbe hatol. A gyér és csak helyenként szaporodott fibrillaris alapszerkezet a Perdrau-grammokban tűnik elő. Szövettani kórisme: *Neurinoma*.



2. ábra. A daganat egy másik részének szöveti képe. Itt a magvak nem pallásadszerű, hanem reticularis elrendezésűek. Haem. eosin. festés.

A műtét után a beteg állapota lassan javul: a felső végtagok, különösen a bal felső végtag paresise csökkent, a nyakizomzat hypertoniája enyhült, az eddig teljes incontinentia alvi et urinae javultak, egy kevésbé az alsó végtagok bénultsága is javult. IV. 29-én, tehát 10 héttel a műtét után, távozott a klinikáról.

Esetünk a magas nyaki daganatok szinte tipikus lefolyását mutatja. Kezdődött tarkótáji és karfájdalmakkal, tarkómerevséggel. Az irodalomban nincs olyan eset ismertette, ahol ebben a korai szakban ismerték volna fel a daganatot és így nincs ismeretünk a felől, hogy ebben a korai szakban pl. hogyan viselkedik a liquor. A tarkómerevséghez azután a karok, majd az alsó végtagok gyengesége, bénulása társult. Esetünkben a végtagbénulások kialakulásának sorrendje nem követte az esetek túlnyomó részében észlelt sorrendet: felső végtag, azonos oldali alsó végtag, majd másik oldali alsó, majd másik oldali felső végtagok. Ennek az a magyarázata, hogy esetünkben a daganat nem a sulcus lateralis mentén fejlődött, hanem a középvonalban és így egyformán egyidejűleg gyakorolt nyomást mk. o. pyramisra. Az irodalmi adatok tanúsága szerint — és ez volt esetünkben is a helyzet — a felső végtagok bénulása petyhüdt, környéki jellegű, az alsó végtagok bénulása pedig központi jellegű. Ez az oka annak, hogy a magas nyaki daga-

tok gyakran amyotrophias lateralsklerosis diagnózisával futnak.

Fontos körjelzési adat volt esetünkben a II. és III. cervicalis dermatomákban észlelt hypaesthesia, valamint a fej oldalirányú mozgásának fájdalmassága. Hiányzott ellenben a Symmonds—Meadows-f. tünet (a kulcsesont pallanaesthesiája) annak ellenére, hogy a daganat a III—IV. nyaki segmentumok magasságában foglalt helyet. Ennek oka valószínűleg az volt, hogy a daganat a középvonalban belenőtt a septum posteriusba, szétnyomta a hátsó kötelek rostjait, de a IV. gyökér belépő rostjait nem illette. Kiújulástól esetünkben tartani nem kell, mert a neurinomák környezetüktől teljesen izoláltak; ezért műtétkor még a környező duraszakaszt sem szokásos eltávolítani, ellentétben a meningeomákkal.

A közölt esetek, valamint a klinikánken észlelt 4 esetből leszűrt tapasztalatok alapján a felső nyaki daganatok klinikai képéről a következőket mondhatjuk. Leggyakoribb tünet a vállak és a felső végtagok zsibbadása, fájdalma; mind a 4 esetünkben és az irodalomban közölt esetek legnagyobb részében a legkezeletibb tünetek ezek. Gyakoriságban második helyen a tarkómerevség áll, majd a cervicalis II. területén hypaesthesia, majd a clavicula pallanaesthesiája, a fej oldalmozgásának fájdalmassága. A kézmozgás sorvadása négy esetünk közül háromban volt tapasztalható. Az agyidegek részéről supralaesionalis tünetek aránylag ritkák; mi csak egy esetben észleltük kettőslátás formájában. Az agyidegeknek a kórképben való részvételi lehetősége fontos, mert ez az észlelőben megerősítheti a sklerosis multiplex diagnózisát. Eseteinkből leszűrt tanulságaink alapján hangsúlyozzuk a kettős liquorpunctio fontosságát: a cisternalis liquorban rendszerint normalis sejtszám és normalis összes fehérje tartalmat kapunk 4 eset közül csak 1-ben volt nagyobb a cisternalis liquor fehérjetartalma, ellenben a lumbalis liquorban szabályos sejtszám mellett esetleg igen nagymértékben megnőtt összfehérje-értékkel találkozunk (80, 220, 900 és 3200 mg% volt az összes fehérje a klinika esetében). Az említett sejtszám-összfehérje-dissociatio téves diagnózisra adhat alkalmat: a radicularis izgalmi és kiesési tünetek mellett a fehérje-dissociatio a polyradiculitis gondolatát keltheti. A lefolyás gondos mérlegelése megóv ettől a tévedéstől. Hangsúlyozzuk, hogy jelen esetünkben a tünetek intenzitásában határozott hullámlás volt tapasztalható; ez is növelheti a sklerosis multiplex-szel az össze- tévesztés lehetőségét.

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

M. kir. 5. egészségügyi oszlop közleménye.
(Parancsnok: Pék Ferenc orvos-őrnagy.)

Késleltetett varratok alkalmazása hadisebészetben.

Irta: Molnár Jenő dr. orvos-főhadnagy.

A mai hadviselésben egyre nagyobb szerepet kapnak az aknák, gránátok, repülő bombák. Ennek megfelelően aránytalanul felszökött a robbanó testek repeszdarabjai által okozott sérülések száma a gyalogsági lövedék által okozott síma átlövésekkel szemben. Így az egészségügyi oszlopunk sebesültjeinek nagy részét az aknasérültek tették, amelyekre, mint általában a robbanótestek által okozott sérülésekre, a nagyfokú ronsolás jellemző. Nemcsak a felrobbant akna kisebb-nagyobb szilánkjai okozza a ronsolást, hanem a robbanás által mozgásba hozott különböző nagyságú tárgyak is. Így gyakran ökölnyi kódarabok, fadarabok, félméteres sínok stb.

Ezen hatalmas, gyakran két-három tenyérnyi ronsolt, bőségesen szennyezett sebeket, *Friedrich* szerint, elsődlegesen zárni lehetetlen volt. Hiába próbáltuk *Ehalt* eljárását utánózni, aki a műtét közben használt műszerek állandó cserélését, a folytatólagos sebszélkivágást, a szennyezett csonthártya kivágását és a szabad csontrészek csontcsípővel való eltávolítását ajánlja, amint ezt már az előző háborúban *Axhausen* és *Klapp* is javasolta. Gyakorlatilag az eljárás kivihetetlen volt. Ugyanis nagyobb végtagsérüléseknél a bejutott különböző fajsúlyú idegen testek különböző saját eleven erejük folytán az egyes izomszövetek és egyéb lágyrészek közé különböző mélységbe nyomulnak be. Ezeknek a szennyezett idegen testeknek az eltávolítása a végtag működésére fontos károk ronsolása nélkül tökéletes módon lehetetlen volt. Így azután az agy- és gerincsérülések, nagyizületék és a tüdőszövetek kivételével, nem is gondolhattunk a sebek elsőleges zárására anélkül, hogy ezáltal a sebesültet súlyos életveszélyes gennyedések és gázüszkös veszélyének ki ne tettük volna. A harcéri sebesültek ellenállása ugyanis nagymértékben csökken. Napokig tartó harcok esetén az elégtelen táplálkozás, a hideg, álmatlanság és a különböző idegbehatások és a nagyfokú vérvesztések a fertőzés elleni természetes védekező erőt csökkentik. Ezt a megfigyelést bizonyítja az a kísérleti tény is, hogy éheztetéskor a tyúkok és a galambok immunitása lépfenével szemben csökken, úgyszintén a fehér egér immunitása kifáradás közben.

Ezen megfontolások alapján a szennyezett, ronsolt sebekből az idegen testeket a lehetőség szerint eltávolítottuk és az összes sebzugok és tasakok felkeresése után a szennyezett, ronsolt, életképtelen szöveteket élesen a leg gondosabban kivágtuk, éberrel vigyázva arra, hogy közben a végtag működéséhez feltétlenül szüksé-

ges lágyrészeket (in, ideg) meg ne sértsük és ezáltal irreparabilis károkat ne okozunk. Majd vérzéscsillapítás után a sebre bőven Marfanyporrt hintve, laza jodoform esikot vezettünk be a sebüregebe és egyetlen varrat nélkül, a sebszélek közelítése nélkül minden kenőcsös kötést mellőzéseivel steril kötéssel borítottuk a sebet.

Ezen eljárás mellett az eredmény kielégítő volt. Tizenegy hónap alatt gázüszköt egy esetben sem észleltem, sepsis nem fordult elő.

Ezen eljárással tehát az életet veszélyeztető fertőzést kiküszöböltük, de az ilyen hatalmas sebek gyógyulása kozmetikai szempontból sok kívánni valót hagyott maga után. A tártongó sebek gyógyulása igen lassú. A sarjadás elég gyorsan halad, de a hámosodás gyakran elakad és ilyenkor a különböző plasztikai műtétek is eredménytelenek lesznek. Ehhez járul még az, hogy a zsugorodások következtében contracturák keletkezhetnek és a leggondosabb kezelés ellenére is a végtag működése akadályozott lesz. Súlyos gennyedések esetében ezek a hátrányok másodrangúak.

De sokszor láttuk azt is, hogy nem minden seb gennyed el, hanem a fent leírt eljárás mellett a sebek egy része minden gyulladás tünet nélkül is gennyedés nélkül gyógyul. Viszont ezeknek a tiszta sebeknek hosszadalmas, gyakran hónapokig tartó gyógyulása rendkívül hátrányos és feltétlenül indokolta tette az elsőleges varrat és nyílt kezelés között egy közbűlső eljárás alkalmazását. Ez az eljárás a késleltetett varrat alkalmazása.

A késleltetett varrat alkalmazását már sokan ajánlották, köztük *Franz*, *Leriche* is. *Sereghy* az O. H. 1943. 20. számában számol be részletesen az elsőleges csonkolás és a kiterjedt lágyrészsérülések esetén a késleltetett varratok kiváló eredményéről. Ennek ellenére azt láttam, hogy a hadműveleti területen a késleltetett varratokat vagy egyáltalában nem, vagy csak egész kivételes esetekben alkalmazzák.

Ennek oka részben az, hogy a sebesültnek hosszabb ideig egy helyben való kezelésére és megfigyelésére, sajnos, különösen mozgó harcok esetén alkalom ritkán adódik. Pedig *Franz* is ahhoz a feltételhez köti a késleltetett varratok alkalmazását, hogy a beteget legalább két hétig tovább szállítani ne kelljen. Viszont általában az első sebészeti ellátást nyújtó egészségügyi oszlopnál csak néhány napig marad a sebesült s innen tábori kórházba, illetve hadikórházba kerül. Így az első sebészeti ellátást végző orvosnak nem áll módjában a betegség lefolyását ellenőrizni.

Egészségügyi oszlopunk párszor hosszabb ideig egyhelyben maradt és kórházszerű működést fejtett ki, ezért sikerült 52 esetben a legkülönbözőbb ronsolt sérülések esetében a késleltetett varratot alkalmazni.

Az eljárást csak azokban az esetekben végeztem, amelyekben az ötödik napon a beteg már láztalan volt, továbbá a kötözésnél (mely egyúttal az első kötés!) azt láttuk, hogy a

sebfelület száraz, vagy csak minimális váladékkal borított, a sarjadzás már megindult, a jodoformesik a sebfelületéhez tapad és onnan csak nehezen távolítható el, a sebfelület vérvérkeny és a beteg kínzó feszítő fájdalmakról nem panaszkodik. Egyes angol szerzők a műtét javaslat felállítására előtt ajánlják a sebfelület bakteriológiai vizsgálatát is és pedig, ha a két egymásutáni vizsgálatkor két látóterén csak egy streptococcus látható, csak akkor alkalmaznak a késleltetett varratot. Sajnos, megfelelő felszerelés hiányában bakteriológiai vizsgálatot elvégezni nem tudtam, ezért az esetek kiválogatásában egyedül a klinikai tünetekre voltam utalva. A sebszéleket egy esetben sem frissítettem fel (mint másodlagos varratnál), hanem minden desinficiáló oldattal öblítés, porral behintés nélkül a jodoformesik eltávolítása után azonnal egysoros varrattal egyesítettem a sebet. Ha a feszülés nem volt nagy, csak bőrvarratot végeztem. Nagyobb sérülések esetén erősebb feszülés mellett a bőröltéssel együtt átöltöttem a fasciát is. Teljes átöltő varratot, süllyesztett varratot nem alkalmaztam. Felületes varrattal legtöbbször a mélyebb részek is összefeküdtek, vagy legalább is lényegesen közeledtek egymáshoz. Ha nem, akkor sem erőszakoltam az üreg teljes zárását. Igaz ugyan, hogy ezáltal váladék gyűlhet meg a mélyben az össze nem fekvő sebfelületek között, ezt azonban a sebüregebe bevezetett gumicsővel megelőzhetjük. Viszont, ha átöltő varratokkal a sebet szorosan zárjuk és később mégis csak fertőzés állna be, akkor több egymással nem érintkező gennyedő folyamat keletkezhet, melyet egy vagy két gumicső segítségével kiöblíteni, mint ahogy a szerzők ajánlják, nem lehet, csak akkor, ha már a gennyedő folyamat hosszabb-rövidebb idő alatt egy nagyobb tályogüreggé olvadt össze. Ezt azonban a seb feszülése, magas láz és septikus tünetek miatt nyugodtan úgy sem várhatjuk ki, hanem már előbb a sebet teljesre fel kell tárnunk. Felületes varratok alkalmazása esetén azonban a gyulladásos tünetek első jelére egyetlen gumidrain is elégséges az üreg tartalmának levezetésére és öblítésére. Sőt, szükség esetén a seb teljes szétnyitása is sokkal gyorsabban, egyszerűbben végezhető el. Megjegyzem, a sebek desinficiáló folyadékkal (Vuzin, ultraseptyl-oldat) átöblítését csak egy esetben végeztem, egyébként amint gyulladásos tünetek állottak be, azonnal véglegesen eltávolítottam a varratokat. Így minden kockázattól szabadulva, a sebet tovább már nyitva kezeltem.

Mivel mély átöltő varratokat nem alkalmaztam, nem is volt arra szükség, hogy a varratokat már a műtétkor behelyezzem, ahogy ezt *Sereghy* és mások ajánlják. Mert egyrészt a felületes varratok behelyezése olyan kis beavatkozás, ami mindenféle anaesthesia nélkül bármikor elvégezhető, vagy legfeljebb felületes bódításra van szükség, másrészt nem az első műtét, hanem csak az ötödik

napon végzett első átkötéskor választottam ki az eljárásra alkalmas eseteket és így az első műtét alkalmával sokszor teljesen feleslegesen helyeztem volna be a varratokat.

A legnagyobb nehézséget a varratok behelyezésében a sebszélek egyeztetésekor beálló feszülés okozta, melyet két ízben segédmetszéssel, egyébként ragtapasz csíkokkal végzett feszítéssel sikerült megszüntetni.

A sebek elsőleges ellátásakor ajánlatos az Esmarch-pólya elhagyása, hogy a szövetek táplálása átmenetileg se szenvedjen. Továbbá mellőztem a sebszélek novocain-tonogén infiltrációját. Az artériás vérzéseket és a nagy vénás vérzéseket csillapítottam, de óvakodtam jelentéktelen vérzések csillapításától, mivel minden lekötés egy *locus minoris resistentiáé*, ahonnan a fertőzés megindulhat. Nagyobb utóvérzésem egy esetben sem volt. Vérömlenyt két esetben észleltem, de egy esetben sem befolyásolta a gyógyulást. A vérömlenytől való túlzott félelem alaptalan. Sőt *Riese* egyenesen tagadja szerepét a gennyedésekben. Viszont a II. sebészeti klinikán tízezer műtét kapcsán történt korábbi megfigyeléseim szerint a haematoma feltétlen szerepet játszik a műtét sebek elgennyedésében, már csak azáltal is, hogy mechanikusan a sebszélek egyesülését gátolja és a környező szövetekre nyomást fejt ki. A késleltetett varrat alkalmazásakor azonban sokkal nagyobb baj a lelökődő, elhalt szövetrészt, mint a kis haematoma. Általában az első ellátás alkalmával óvakodjunk minden felesleges rongcsolástól, kampó és törők durva használatától. Éles kampót egyáltalán ne használunk, mert ez a felületen ülő baktériumokat a mélybe oltja be. A műszereket gyakran kell cserélnünk, különösen ha a seb ellátásakor kívülről befelé haladunk, hogy ne vigyük a mélyebb területre a szennyezést.

Az általam észlelt ötvenkét esetből negyvennégy a sérüléstől számított két hétre elsőlegesen, ideálisan gyógyult, csak a gumicső helyének megfelelően volt látható lencsényi sarjadzó-hamosodó, nedvedző seb. Nyolc esetben a seb másodlagosan gyógyult. Éspedig öt esetben a sebszél kisebb-nagyobb hosszúságban elhalt és így bár gennyedés nélkül, de mégis a seb egy része két héten túl gyógyult. Egy esetben a mélyben fellépő nekrotizáló folyamat következtében olyan bő váladékozás állott be, hogy a varrat kivétele után az amúgy is erős feszülés alatt lévő seb teljes egészében szétnyílt. Végül két esetben a fenyegető gyulladásos tünetek miatt a gyulladásos folyamat teljes kifejlődését meg sem várva a varratokat eltávolítottam és a sebet nyitva hagytam. Mivel tehát csak az utóbbi három esetben nyílt ki teljesen a seb, ötvenkét eset közül csak három esetben volt az eljárás eredménytelen, míg a többi esetekben, tehát 94,3%-ban a sebgyógyulási idő erősen megrövidült, sőt 84,7%-ban két héten belül következett be. Az ismertetett esetek között egy comb és két

lábszár amputáció volt, mindhárom a gumicső helyétől eltekintve két héten belül gyógyult. Egy esetben térdizület-sérülésben alkalmaztam az eljárást. A térdizület a patella roncslása következtében teljesen nyitva volt és olyan bőven volt olajos és trágyás földdel szennyezve, hogy a nagy izületeknél szokásos elsőleges varratot elvégezni nem mertem. Mivel öt nap múlva a varakozás ellenére a gyulladásos tünetek szinte jelentéktelenek voltak, a roncolt patella maradékot a ligamentum patellae segítségével egyesítettem és így nemcsak a seb gyógyult elsőlegesen, hanem pár hónap múlva történt vizsgálatom szerint a térdizület működése is kielégítő lett.

A késleltetett varratok alkalmazása tehát erre alkalmas esetekben feltétlen ajánlatos. Ötödik nap után a gázúszók kifejlődése már nem valószínű. (Izületeknél az incubáció ideje még rövidebb.) Viszont, ha mégis gennyedés állana be, a seb azonnali feltárással bármikor áttérhetünk a veszélytelen nyílt kezelésre. Az eljárás tehát, ha a sebgyógyulást ellenőrizni tudjuk, kockázattal nem jár. Siker esetén pedig nem csak a gyógyulási idő rövidül meg, hanem a végleges gyógyulás, különösen a végtagok működése tökéletesebb lesz és egy második műtét (másodlagos varrat, különböző plasztikai műtétek, reamputáció) feleslegessé válik.

A nagybányai OTI-kórház sebészeti osztályának közleménye. (Osztályvezető-főorvos. Nyakas Ákos.)

Az agastrikus anaemia hormonális vonatkozásai.

Irta: Kisfaludy Bertalan Miklós dr. műtősebész adjunktus.

Az agastrikus anaemia kérdésében, éppen úgy, mint minden resectio utáni következmény kérdésében, valamint egyáltalában a resectio gyógyeredményei elbírálásának kérdésében még a mai tudásunk értelmében vett legideálisabb műtéti technikai készség mellett is különbséget kell tennünk resectio és resectio között.

Az ú. n. agastrikus anaemia kórisméjének kimondása előtt legelsősorban szem előtt kell tartanunk azt a tény, hogy főképpen évekig tartó, a beteg állapotát sokszor majdnem a kachexiálig lerontó ulcus maga is okozhat anaemiát, főképpen, ha a beteg egy mégis csak nagy műtéten esett keresztül. Könnyelműség lenne minden gyomoresonkolás után észlelt anaemiát csak a műtét rovására írni, hisz a számtalan anaemiaféleség okai között nem utolsó szerepe van a gyomornak. Ez figyelemreméltó lenne akkor is, ha nem is tekintenénk egyebet, mint a gyomornyálkahártya vélt antianaemiás hatását, ami az agastrikus anaemia kérdésében leghamarabb elének tolaszik fontosságának látszatával. Castle már

1929-ben számottevő javulást észlelt perniciosus betegen egészséges gyomornedv által emésztésnek kitett hússal. Sturgis és Isaac nem sokkal később sertésgyomorral gyógyítanak anaemiát. Észleleteiket sokan mások is megerősítették. Fettich és mások gyomormucosa-kivonattal (Ventrocythol) étrek eleredményeket. Ha ez a vérképzésben valamilyen úton szereplő nyálkahártya valamiképp (gyulladás, művi eltávolítás stb.) akadályozott a működésben, kétségkívül jelentős szerepet játszhatnak akadályoztatása esetén az anaemia előidézésében is.

Kevés olyan betegség, illetőleg szerv van, amelynek baja bizonyos fokban és körülmények között ne járhatna anaemiával. Maga az anaemia nem önálló betegség, hanem csak egyéb betegségeknek részjelensége, mert hiszen a vérképzés és a haemoglobin mindenkor a szükséglethez igazodik. A táplálkozásban és így az általános testi állapot fenntartásában is a gyomor a legelső állomás; az anaemia kezelésében a gyomor szerepét elsőrendű fontosságúnak kell tartanunk, bármely gyógymódot alkalmazunk is.

Fenwick, Knud-Faber, Quincke, Nothnagel és Bloch már egy évszázaddal ezelőtt az achyliában, mint leggyakrabban előforduló tünetben keresték a Biermer-féle vészes vérszegénység okát. Maga az elégtelen, illetőleg elégtelen vagy célszerűtlen összetételű táplálék is okozhat anaemiát (alimentaris anaemia), ahogy Wipple kutyáján végzett kísérletek is igazolták, hogy a táplálék hat a vérképzésre. Így a gyomor a táplálék feldolgozásában, kihasználásában vagy kihasználhatóvá tételében, tehát a vérképzésben, illetőleg az anaemia szabályozásában is részt kér magának.

A gyomor-bélrendszerre visszavezethető, aránylag gyakran előforduló anaemiák a másodlagos anaemiák csoportjába tartoznak. vérképük szerint mikrocytaer és hypochrom anaemiák. Törvényszerűen végleges achylia található anaemia perniciosában, amelyben úgyszólván diagnostikus értékű s úgy látszik, jóval megelőzheti a tipusos anaemia megjelenését (Gerlóczy). A gyomor eltávolítása — ahogy az Schullen egyik esetében is történt — alkalmas lehet a tipusos anaemiás állapot előidézésére s így — Boros szerint — a betegségre való hajlam mellett kiváltható okok egyike lehet a gyomoreltávolítás is, éppúgy, mint a haemorrhagiák.

Sokan azt vallják, hogy az anaemia perniciosus achylia kapesán fejlődik. Castle és munkatársai viszont kimutatták, hogy az achlorhydriának az anaemia perniciosában kóroki szerepe nincs, ellenben döntő jelentőségű az ép gyomornedvnek egy másik tényezője, mely perniciosus betegek gyomornedvéből hiányzik. Castle szerint az ép gyomornedv egy eddig ismeretlen összetételű, valószínűleg fermentumszerű

anyagot tartalmaz, mely képességénél fogva a húsfehérjékkel reakcióba lépve, azokból antiperniciosás anyagot termel. Mivel ezt a fermentyszerű anyagot sem a nyálban, sem a bélmedvekben nem lehetett kimutatni, számtalan kísérletsorozat eredményéből magától adódott a legvalószínűbb feltevés, hogy annak az ép gyomormucosából kell termelődnie és a normális gyomornedvben van jelen. Mind erre, mind az antianaemiás tényező endogén hatására jellemzőnek tartom *Bence* kísérleteit, aki gyomorkiirtás után sertésen anaemiát látott kifejlődni s ezen állatok mája perniciosás betegségekre hatástalannak bizonyult. Az antianaemiás factor jelenléte mellett bizonyít az is, hogy sósav-pepsinnel emésztett tápláléknak nincs meg az antianaemiás hatása, mint a gyomornedvvel emésztettnek.

Valószínűleg azonban nem ez az egyetlen factor, illetve nem a gyomor bizonyos része az egyedüli termőhely, mert egyrészt nem minden, egy ugyanazon gyomoresonkoló műtéten átesett beteg kap anaemiát, másrészt pedig nagyon sok szerző vizsgálatai szerint a pylorus, és a gyomor kiterjedt esonkolása sem okoz Biermer-typusu anaemiát. *Meulengracht* kísérletei kimutatták, hogy a duodenum Brunner-mirigyei is képesek antiperniciosás anyagot termelni. Boros észlelt egyszerű gea után súlyos secundair anaemiát. Sok szerző figyelte meg, hogy agastrikus anaemia főképpen olyan műtétek után következik be, melyek után zuhanó ürülést találunk. *Schmidt L.* sorozatos vizsgálatokkal kimutatta, hogy az agastrikus anaemia szempontjából legkedvezőtlenebb eredmények a Pólya—Reichel-műtét után észlelhetők. Valamivel kevésbé rosszak Billroth II. után az eredmények, amelyeket más szerzők is észleltek. Eddigi tapasztalataink, ahogy legtöbb kutatóé, arra az eredményre vezettek, legkevésbé jár anaemiával a *Neuber*-féle »módosított sarokanastomosis«, ahol az ürülés nem zuhanó, hanem szakaszos, így az étel elég ideig marad a gyomorban s így tovább van kitéve az emésztőnedvek, nevezetesen az antiperniciás fermentum hatásának is. *Neuber* szerint ezideig semmi jel arra nem mutatott, hogy a vérszegénység és a gyomorresektió között rendszeres összefüggés van. Mindjobban kezd kialakulni az a nézet, hogy az agastrikus anaemia keletkezésének okát nem csupán a resektióban, mint egyetlen előidézőben kell keresnünk. Eltérők az arravonatkozó nézetek, hogy melyik nemből gyakoribb az agastrikus anaemia. *Schmidt* szerint nőknél, *Boros* szerint férfiakon gyakoribb. Némelyek ezért, tapasztalataik szellemében oly irányban kezdtek tapogatózni, hogy a nem esetleg befolyással van az anaemia kifejlődésében. Elgondoláshoz hozzájárult Csépainak az a merész és egy kissé paradox gondolata is, mely szerint gyomorfelekély gyakoribb lévén férfiaknál, összefüggésbe hozta a him nemi mirigyeket a

felekéllyel, illetőleg keletkezésével. Az agastrikus anaemia aethyológiája kétségkívül szoros összefügg az ulcusával. *Molnár I.* szerint a sexualhormonok esetenkénti jó hatását az ulcusra általában a gyomornyálkahártyára kifejtett értégtő hatásával magyarázzák. Az értégtő hatású nemihormonok a hypophysis működésével is szoros kapcsolatban állnak, nem zárható tehát ki, hogy kedvező therapiás hatásuk e mirigy által érvényesül; a diencephal-hypophysis rendszer kapcsolatát az ulcussal már *Cruveilhier*, majd *Cushing* is hangsúlyozta, *Busch* pedig egyenesen a hypophysis mellső, *Metz* és mások pedig a hátsó lebeny adását ajánlják az ulcus gyógyítására. A sexualhormonok ezen kívül csökkentik a pajzsmirigy hyperfunktioját is és ezúton is kedvezően hathatnak a vegetatív idegrendszer disharmóniájára, melynek *Bergmann* a »vegetatív stigmalizáltak« csoportjába tartozókon fontos szerepet tulajdonít az ulcus pathogenesisében (anélkül, hogy a vegetatív stigmatizációt kizárólag a pajzsmirigyre vonatkoztatná. Szerintem valószínűleg az azonos nemi mirigyek hormonjai serkentőleg, az ellentétesek pedig csökkentőleg hatnak a gyomornedvtermelésre. Az ulcus a nemi virágzás korában gyakori, előtte és utána aránylag ritka. Bizonyára a gyomorbéleredetű anaemiák egyik elősegítő tényezőjét a nemihormonokban, főképpen a diszfunkciós mirigyek hormonjaiban is kereshetjük. *Boros* szerint a gyomorresektióhoz még valami kell, hogy a típusos anaemiás körkép kialakuljon és ez nyilván az endogén tényező, valószínűleg a nőknél gyakoribb belsősecretiós (ovarium) correláció-zavar.

Korbsch fiatal lányokon atrophias gastritiseket kezelt eredményesen folliculus-hormonnal, *Korbsch* négy ulcusos beteget is kezelt napi 10.000 E. folliculus hormonnal s erről igen jó eredményt közölt.

Magam gyomor-resektált anaemiás nőbetegek vizsgálatai kapcsán feltűnő gyakran észleltem nőgyógyászati panaszokat és elváltozásokat. Ezek a panaszok az ovarium functionális zavaraival kétségkívül összefüggésbe voltak hozhatók. Vonatkoztatásba hozva az ulcus feltételezett hormonalis kapcsolatáról olvasottakat megfigyeléseimmel, agastrikus anaemiában szenvedő nőbetegeknek 10.000 E. folliculus hormont (Glandubolin) kezdtem adagolni. A vérképet átlag 2 hetenként ellenőriztem. Már az első 2 hét múlva a vörösvérsejtek jelentős szaporodását tapasztaltam. Volt esetem, amelyben 2 hét alatt 1.000.000, sőt 1.200.000-es vörösvérsejtszaporodást tudtam elérni. A haemoglobint illetőleg nem találtam változást, illetőleg növekedést, csak később, sokszor hónapok múlva. A betegeknek szándékosan nem adtam semmiféle vérvérszűrő ható szert. Az esetek között volt olyan is, amelyik eddig minden egyéb kezeléssel dacolt. Eredményeim arra indítottak, hogy kísérleteimet férfiakon

is megismételjem. Diszfunkciós subiekatív panaszt a belső nemi szervekkel kapcsolatosan férfiakon nem oly könnyű találni, mint nőkön, amiket pedig találni vélne az ember, nem lehet komolyan értékelni, mert erőszakoltak, vagy kieroszakolt »műtermékek«; éppen ezért erre férfiakon nem is vettem súlyt. Férfibetegeknek himhormont (Bitestin) adagoltam kielégítő, majd here és tesztoszon összetételű »Bitestin forte« a nőknél elért eredménnyel teljesen egyforma mértékben. A hetenkint végzett vizsgálat néha heti 5—600,000-es vörösvértest-szaporodást mutatott ki. A haemoglobin az előbbihez hasonlóan viselkedett. Olykor láttam, hogy huzamosabb hormon-kezelés alatt a vvs. szám növekedése megáll. Ilyenkor 1- esetleg 2 hetes szünetet tartottam. Kezelés alatt a betegek közérzete, étvágya javult. Több esetben megfigyeltem, hogy a hormon adagolás abbahagyása után a vvs.-ek szaporodása még egy ideig folytatódott. A májtherápia még a »májlokés« alakjában sem vezetett eredményre az agastrikus anaemiában, »Bitestin forte« adagolása után sem.

Ez esetben megkíséreltünk már műtétünk előtt teljesen leromlott, anaemiás férfibetegünknek a »Bitestin forte« adagolását a fenti módon. Az eredmény feltűnő és gyors volt; pár hét múlva a beteget olyan conditióban bocsátottuk haza, amilyenben — mint ő mondta, — még soha sem volt. Természetesen ebben szerepe volt a műtétnek is, mert hisz minden resectiónk után észleltünk javulást, azonban e betegünk javulása nem akart megindulni, ezért volt szükségünk arra, hogy valami más megoldást is keressünk.

Lehet, hogy az azonosnemű nemi hormon külön hat a vérképzésre is vagy a szervezetre is vagy a szervezetre ható működésre serkentő és regeneráló hatás is jelentős szerepet játszik. Bankow kísérletei kimutatták a nemi hormonoknak a vérlemezkékre gyakorolt hatását, akár közvetlenül, akár a mellékvesén át, u. i. minden olyan inger, mely fokozott adrenalin elváltozást hoz létre, vérlemezke kiáramlást okoz és azokat a peripheriás keringésben megszorítja (Szentkláray). A vegetatív és hormonális befolyásoknak egymással szoros való kapcsolódása, a lép, a reticuloendothelre és a csontvelőre irányuló hatása ma már nem vitatott.

Akár a vérképzésre, akár a feltett antiperniciosás anyag termelésére hatnak is a hormonok, mind az ulcusra, mind az agastrikus anaemiára előnyös hatásuk kétségtelen. Ismeretes, hogy a nemi hormonoknak az erek állapotára hatásuk van (klimaxos vérzések, vicariáló vérzések, serdüléskori vérszegénység stb.) Ratschow és Klostermann anyarozással mérgezett patkányon vizsgálták ezt az érhatást. Kísérleteik eredménye szerint a nőstény patkányt csak a női, a himet csak a him hormon védi a secale-nekrosis ellen; castrált álla-

tok érzékenyebbek ergotaminnal szemben, a progynon mind a nőstény, mind a him castrált állatokat védi, a tesztoszon a himet védi, de a nősténynek állapotán ront. A petefészekátültetés a castrált himeken nem javít, a hereátültetés pedig ront a nőstényeken. A hormonértágító hatása hogyan érvényesül, nem tudjuk, de helyileg adva hatástalan. Lehetséges, hogy a többi belsősecretiós mirigyen keresztül (hypophysis) jön létre a hatás. Klinikailag csak akkor remélhetünk hatást, ha vagy a hormontermelés elégtelen, vagy ha az elváltozást az erek összehúzódott volta okozza. Thiele W. szerint az essentialis hypochron anaemiában tulajdonképpen vashiány okozta vérszegénységről van szó. Szerinte vashiányt okoz a havivérzés és a terhesség is, ami szintén a vérszegénység hormonális kapcsolatai mellett szól, Thiele ezzel magyarázza, hogy ez az anaemiaféleség nőkön sokkal gyakoribb.

Csépai férfiak hosszabb időn át folytatott tüszőhormonkezelés kapcsán több ízben észlelte, hogy a kezelt férfiak emlőmirigyei megduzzadtak, fájdalmasak lettek, lididójuk csökkent, s ezen elváltozások csak a kezelés befejezése után, jóval később kezdtek elmúlni. Ezek a kezelés kapcsán keletkezett alkati jellegű elváltozások arra látszanak utalni, hogy az ellentétes nemi hormonok az egyén alkati jellegében mélyreható változásokat tudnak előidézni. Ha nem csak 8 esetem lett volna, hanem jóval több, akkor nem volna csupán a véletlen számlájára írható s bizonyításul felhozhatnám azon eseteimet is amikor terhes nőknek az első terhességi időktől kezdve Bitestint, illetve »Bitestin forte«-t adagoltam s mindegyik esetben kivétel nélkül fiugyermek született. A terhes nőknek semmi panaszuk sem volt, rajtuk semmi elváltozást nem észleltem, csupán csak a terhességi panaszok (hyperemesis stb.) voltak jóval erősebbek. Ellentétes nemi hormon fordul elő, illetve képződhetik magától is a szervezetben, ilyenkor az alap-nemijellegén változások is történhetnek pl. mellékvesedaganatok, vesék és petefészek hypernephromája, hypophysis elülső lebenyének adenomája, arraenoblastomák esetében stb.

Beteganyagunk nem volt oly méretű, hogy a biztató kezdetnek tartható kísérleteim és megfigyeléseim megállapítás jellegével bírhatnának, előnyös hatása azonban e kezelésnek az agastrikus anaemiára — tapasztalataim szerint — kétségkívül s valószínűleg használható lesz kellő kidolgozás után s kisebb mértékben az ulcus pathogenezisében is érdemes volna megfelelő beteganyaggal rendelkező és nagyobb laboratoriumi felkészültségű intézetben a nemi mirigyek hatását a gyomornedv-elválasztására megvizsgálni, minek eredménye több magyarázatot tudna adni sok kérdés tisztázására.

STROPHANTOSE

injectio

használatra kész PUROSTROPHAN-CALOROSE-invertcukor keverék,
(20%-os invertcukor 10 kcm-es ampullákban) mindennemű kardialis insufficienciák kezeléséhez.

Ahol ezen kombináció nem indikált, pld. friss myocardinfarktus, vagy angina pectoris bizonyos eseteiben, úgy ajánlatos az invertcukorkormentes

PUROSTROPHAN

(kristályos g-Strophanthin „Güstrow”) intravenás alkalmazása.
„Gratus-Strophanthin (Quabain) a Kombé glykosidákkal teljesen egyenértékű”.

Aschenbrenner: Klinische Wochenschrift 1, 1943

CSOMAGOLÁS:

STROPHANTOSE I. 0,25 mg. 5,15 és 50 ampullákban
II. 0,5 mg. 5,15 és 50 ampullákban

PUROSTROPHAN I. 0,25 mg. 5,10 és 50 ampullákban
II. 0,5 mg. 5,10 és 50 ampullákban



KALI-CHEMIE A.G. „RHENANIA” GYÓGYSZERVEGYÉSZETI OSZTÁLYA BERLIN
Magyarországi képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX/8

Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans

STRAUB SÁNDOR

Diachemia

Budapest, VI., Teréz-körút 27.



AKROFOLLIN-CHINOIN

(oestradiol —17— monopropionat)

erőteljes hatású tüszőhormonszármazék

Javallt: petefészekelégtelenség minden esetében

TABLETTA: 0,1 és 0,5 mg INJECTIO: 0,1, 1,0 és 5,0 mg

ENGEDÉLYEZVE: számos megbiztosító intézet terhére

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Hepatitis epidemica kérdéséhez. *Beiglböck Wilh.* (Z. Klin. Med. 1944. 4. füzet.) Egy frontintézménybe kerülve 10 hónap alatt kb. 100 h. e.-t látott, amelyeket egységesen dolgozott fel. A körkép magas lázzal kezdődik, de a közérzetet nem befolyásolja súlyosan. A láz a sárgaságot napokkal, esetleg hetekkel megelőzi úgy, hogy a kóroki összefüggés nem mindig biztos. Rossz közérzet, gyomor-bélzavarok, néha heves féregnyulványlób tünetek jelentkeznek, vvs. súly. gyorsul 1 h. a. 20 mm-nél több, fvs. sz: emelkedett és balra-tolt. Néhány napos láztalanság után újabb láz, közben tagfájdalmak, kötőhártyagyulladás, múltó exanthema a törzsön, a nyirokmirigyek duzzanata, főleg a nyakon. A vérkép megváltozik: leukopenia, a balratolódással és eosinophyliával és monocytosis található úgy, hogy kezdetben monocytia anginára lehet gondolni. Lép és máj tapintható; a sárgaság különböző fokú, esetleg hiányozhatik. Takata r. pozitív az esetek 87 százalékában. Weltmann koagulációs gyűrű hosszabbodik: 0.4–0.1%. Galaktos próba inkább negatív, a vérnyomás esik. Később a láz esöken, a mirigy stb. duzzanatok visszamennek, de a körlefolyásban hullámszerű ingráások lehetségesek. Az epidemia alattomoságára jellemző, hogy egy repülőcsoport időszakos felülvizsgálatakor ötnök a vérnyomása alacsonyabb volt. Tüzetesebben megvizsgálva négynek enyhe mirigy, lép és májduzzanata és h. e.-re jellemző vérképe volt. Kb. két hete, hogy a csoport ¾-é gyengeséggel járó influenzaszerű körképen esett át, amelyet utólag h. e.-nek lehet tartani. Szövet-tanilag jellemző, hogy májpunctatumban a reticulusejtek nagymértékben felszaporodnak, bedomborodnak a capillarisok lumenébe, ami nagy különbség az icterus simplex-szel szemben. Kezelés: ágynyugalom, szokásos májkímélő étrend, közben mérsékelt koplaló napokkal, amikor cukrozott gyümölcsnedveket adunk. A májtájra nedves-meleg borítás. Az insulinkelést nem ajánlja, helyette mellékvesekéregkivonatot, B₂, C-vitamint és PP factort adjunk. Reconvalens savóval nincs tapasztalata, epehajtók, sós hashajtók jó hatásáról nincs meggyőződve. (B. 15.)

Kuchárik József dr.

Kísérleti vizsgálatok a pylorusspasmus keletkezéséről. *Bonell G.* Dtsch. Med. Wschr. 1944. No. 19–20. A csecsemőkori vagy veleszületett pylorusspasmus Stolle szerint növekedést okozó humoralis anyai anyagoknak a placentán át, később az anyatejjel a csecsemőszervezetbe való jutásával magyarázható, amelyre fiúgyermekeknél a gyomor síma izomzata különösen érzékeny. A szerző szerint ezen humoralis anyagok ellen az újszülött szervezetének fajlagos bontó-fermentet (Abwehrferment) kell termelnie. (Methodika: Ztsch. f. Kinderheilkunde 64. k. 210. o.) Placenta, ovarium, corpus luteum, illetve here substratumot használva, sikerült 20 normai gyermek vizeletéből ilyen fermentek jelenlétét kimutatnia, míg 14 pylorusspasmusos csecsemő vizelete ilyen bontó fermentet nem tartalmazott, ezért felteszi, hogy szervezetük védtelen ezekkel a síma izom-növekedést fokozó anyagokkal szemben, következésképpen síma izomzatuk hypertrophizál. Ugyanilyen anyai anyagok okoznak mellduzzanatot, vaginalis vérzést, vulva oedemát, ovariumban folliculus érést, illetve prostata hypertrophiát. (B. 18.)

Kuchárik József dr.



GYÓGYSZER KÜLÖNLEGESSÉGEK.



Autocard
LIQUIDUM

Perorálisan adagolható Myokardium és cardiotrop növényi kivonatokkal tartalmazó kardiotonikum.



Coffea
PULVIS *Königsfeld*

Physiologiatlag actív hatóanyagokat tartalmazó széntészimény. Mint szén adsorbens, antibactericid hatás, redukáló hatás, deszenzibilizáló, desinfectáló.



Echinacin
INJEKCIÓ ÉS LIQUIDUM

A szervezet immunbiológiai reakciókészségét fokozó, antiphlogisticus hatással bíró növényi készítmény és lipoid készítmény.



Hamamelon
KENŐCS

Növényi vitamintartalom és sebhamarokat tartalmazó készítmény. Regeneráló, desinfectáló, adstringens és vérfertőtlenítő.

MINTÁVAL, IRODALOMMAL KÉSZSÉGGEL SZOLGÁL



SZILÁGYI
gyógyszer-vegyészeti laboratórium
BUDAPEST, II. ERŐD-U. 11.

SEBÉSZET

Rovatvezető: Benes Lajos és Rhorer László.

Növésben levő csípő-apophysis leválása. Jenny F. (Schweiz. M. W. 1944. 30.) -Növésben levő csípő-apophysisének (spina iliaca ant. sup. és inf., tuber ischii) 15-25 év között izomerő hatására bekövetkezhető leválásait ismertet. Tipikusan traumás eredetű, karakterisztikusan sport-sérülések. Keletkezési mechanizmusuk egyrészt az egyes izmok pillanatnyilag fellépő koordinációs zavar, másrészt az izomzat s tapadási helye közötti aránytalanság, amennyiben a csípő és apophysisei a növekvő korban még nincsenek összenőve, s húzó hatásnál, mint legkisebb ellenállás helye szerepelnek. Az apophysis leválás tünetei jellegzetesek: sokszor a szakadás hallható recsegéssel megy végbe. A beteg elesik, járni nem tud, erős fájdalmat érez a lágyékhajlatban. A leszakadt apophysis nyomásra érzékeny, sokszor crepitatio is kimutatható. Röntgenfelvételen az egészséges oldalon az apophysis-vonal, a sérült oldalon a dislocálódott apophysis látható. A gyógykezelés konservatív. Elég 8-10 napos pihenés. Repositio kísérlet felesleges. Az apophysis műtéti eltávolítását, mit Bollag ajánlott, ellenjavallja. Prognosis kedvező. (R. 20.) *Dubecz Sándor dr.*

Alsóharmadi combesonttörés kezelése. M. Petitpierre. (Schweiz. Med. Woch. 1944. július. No. 29.) A törés helyes beállítása az alsó törvég rövidege és a m. gastrocnemius húzó hatása miatt nehéz. Szerepet játszik a távolító combizomcsoport, amely kifelé húzza az alsó törvéget és a közelítő izomköteg, amely a felsőt befelé vonja. A szokásos beállítás ezen izmok laza helyzetét óhajtja helyrehozni: 65°-os csípőhajlítása, 5°-os távolítása, 5°-os kifelé csavarása a combnak és 90°-os térdhajlítás. Ebben a nyugalmi helyzetben a sípcsontfejecsen keresztül vezetett dróthúzás ellenére is gyakran feszes marad a m. gastrocnemius és megmarad a rövidülés. A használatos helyretevés nem minden esetben célravezető. Szerző a műtéti beavatkozás elkerülésére ajánlja, hogy a rövidebb törvégre a törés helyéhez közel keresztülfűrt drót segítségével szintén húzást gyakoroljunk, a szokástól eltérően ferdén, a hosszirányú és az előlről ható húzóerő összetevőjének irányában. (50°-os csípő-, 110°-os térdhajlítás.) A zürichi seb. klinika az utóbbi két évben fenti eljárást alkalmazta igen jó eredménnyel. (R. 23.)

R *Szendrői Zoltán dr.*

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: Sereghy Emil.

Haslövésből származó áthatoló gyomor-, bél-sérülések felismerése és kezelése. Dr. Heim H. (D. d. Militärarzt 1944/2.) A gyomor, bél lövési sérüléseinek kórisméje rendszerint nem nehéz. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy a hasüregbe lövedék juthat távoli testrészsérülés esetében is és a bélsérülés súlyossága független a lövedék és a borseb nagyságától. Műtét előtt peristonnal, tutofusinnal, kiadós vérátömlesztéssel tanácsolja feltölteni az érpályát, ami a műtét alatt szükség szerint megismételhető. Mindig median laparotomiát végez. A belövés helyén csak akkor hatol be, ha bizonytalan a lövedék hasi penetrációja. Intraperitoneális többszörös bélsérülések esetében bélesonkolást, anus prae, vagy fistula készítést végez. A hasüreg szádlását még kifejezett szennyezés esetén sem javasolja, mert tapasztalata szerint a zárt hasüregnek nagyobb a gyógyuló ereje. Extraperitoneális bélsérülésnél ellennyírást kell készíteni szádlással, mert a retroperitoneális phlegmone előbb-utóbb peritonitist okoz. (S. 21.)

Kadosa dr.

A Thiers-féle bőrátültetés módosítása. Zselke. (D. d. Militärarzt 1944/1.) Előfordul, hogy a legnagyobb elővigyázatosság és jól álló kötés ellenére a Thiersch-lebenyek elcsúsznak és elhálnak. Ezen igyekszik segíteni eljárásával: A Thiersch-lebenyeket az egész végtag körül vezetett selyemfonálmennetekkel rögzíti, a selyemfonalak kissé bevágatják a lebenyeket. 60%-os naphtalánkenőcsös kötést tesz rá és sinen rögzíti a végtagot. Egy hét multával távolítja el a kötést és a sint. Minden Thiersch-lebenye megfogant. (S. 23.)

Kadosa dr.

A bőr ráfagyása a hideg fémekre. K. Büttner, A. Frank, Bolze. (D. deutsche Militärarzt 1944/1.) A nedves kéz hideg fémekre és fémvezetőkire -10 C°-nál alacsonyabb hőmérsékeken ráfagy. Ha nem vesszük le idejében kezünket, a felhám leválk. A ráfagyás erősebben lép fel, eloxált, barnított, lakkozott, crommal, cadmiummal bevont felületekre: gyengén, vagy egyáltalában nem fagy oda feldurvított, rozsdásodott és jéggel bevont felületekre. Zsírok nem védenek a ráfagyás ellen, a legjobb védelem a bőr vagy a fémtárgyak bekenése fagyálló olajokkal (lenolaj, oliviolaj, géppuskaolaj, viaszkenőcs). (S. 25.)

Kadosa dr.

SEDYLETTA

tabletta 30×0.015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum

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

Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI.

PHYLAXIA

SZÉRUMTERMELŐ R.T.
Budapest, X, Szállás-utca 3.

Városi irodája:

Budapest, VII., Rottenbiller-utca 26

Telefon: 424-383, 425-730

Opsodermin

staphylococcus vakcina

Opsogon

gonococcus vakcina

Pertussis

vakcina «forte» megelőző és gyógyítási célra

Polymycin

vegyes gombafertőzés ellen

Trichosan

trichophytiasis ellen

Gelatina ster. 10%

vérzések csillapítására

GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

A veleszületett csípőficam. Írta *ifj. Pap Károly dr.* 120 oldal. 16 ábra a szerző rajzaival. Tud. Egyetemi nyomda kiadása.

Mind a magyar orthopaedia úttörői, akik a világra hozott csípőficam gyógyításának kezdetétől fogva előharcosai voltak, mind tanítványaik és a fiatalabb orthopaed nemzedék számos értékesnél értékesebb közleményben foglalkoztak a luxatio coxae congenita koroktanának bonyolult kérdésével, valamint a körimzésének és a gyógyításnak alapját és finomabb részleteit ismerető tételeivel. A magyar szakirodalom azonban mindeddig nélkülözött olyan összefoglaló munkát, mely a világhozott csípőficam minden kérdését bőven megvilágítva állana az érdeklődő orvosok rendelkezésére. Ezt a hiányt pótolta a szerző alapos és igen gördülékeny munkájával. Az orthopaedia iránti szeretettől vezette nemcsak hazai, de számos külföldi klinikán és kórházban tett hosszabb látogatása és végzett beható tanulmányai alapján fogott összefoglaló munkájához. Hogy az összefoglalás milyen jól sikerült, arról már az elsőnek felütött tartalomjegyzék is tanuszkodik. Nemcsak történeti áttekintést, körbonetani adatokat és oki fejtegetéseket találunk, hanem külön fejezetet szentel olyan problémáknak is, mint a csípőficamok sterilizálásának kényes kérdése, a spontán gyógyulás, stb.

Ha azután belemerülünk az olvasásba, külön megragadja figyelmünket az igen korai kezelés fontosságáról és eredményességéről szóló fejezet. Hilgenreiner egyszerű és elmés eljárásának híve, melyről szerző az Orvostudományi Közlemények hasábjain is beszámolt már. De nemcsak ezzel az újszerű és mindinkább tértfoglaló igen korai kezeléssel foglalkozik bővebben, hanem az egész csípőficamkezelésnek évtizedek óta kikristályosodott eljárásait is úgy ismertette, hogy a nem orthopaed szakképzettségű orvosok is tiszta képet nyerhetnek a finomabb részletekről is. Talán csak a helyre nem igazított idősült ficamok palliatív műteti gyógyításának fejezetét szeretnénk bővebben kapni és ha a mai nyomdai nehézségek nem korlátoznák a lehetőségeket, bizonyára több és jobban értékelhető röntgenkép tenné még szemléltetőbbé a kitűnő magyarsággal megírt munkát. De ezek nélkül is örömmel állapíthatjuk meg, hogy a magyar orvosi irodalom olyan értékes munkával bővült, melynek hézagpótló mivoltánál fogva megérdemelt sikert jósolhatunk.

vitéz prof. Horváth Boldizsár

VEGYES HIREK

Tábori egészségügyi emlékeztető címen összefűzhető lapokon kitűnő táblázatos útmutatást kapnak a hadsereg különböző képzettségű orvosai az összes tábori fertőző betegségekről, sebkezelésekről és sérülések ellátásáról, szemészeti esetekről. A folyamatos kiegészítésben részesítendő emlékeztetőt a Tábori Egészségügyi Tanács adja ki és Franz Géza o.-vez. őrn. szerkeszti. Tábori szolgálatot teljesítő orvostársainknak nélkülözhetetlen lesz ez a szükség szerint bővíthető zsebfüzet.

Tábori egészségügyi tájékoztató címen új orvosi lap indult meg, melynek célja *Franz Géza* o.-vez. őrn. az 1. hds. vezető orvosának »Beköszöntő«-je szerint az egészségügyi, speciálisan a tábori egészségügyi továbbképzés, melyben helyet kap minden a szolgálatot érintő tudományos és gyakorlati kérdés. Az első szám a tábori kórház történetével (Zimányi o.-ezs.), a zsiradékgyűjtéssel és szappanfőzéssel (Miksa Gy. gyógyszer. őrn.), a Bunker-lázzal, a fertőző sárgaság lényegével, s az eü. megelőző szolgálatra vonatkozó rendelkezésekkel foglalkozik és közérdekű híreket ad. Előfizetést nem hirdetnek; az illetékesek valószínűleg ingyen kapják.

Betöltendő orvosi állások: A veszprémi kórházban egy segédorvosi állás. Pályázati határidő november 8.

Budapesti gyógyintézet. belgyógyászati képzettségű orvosnőt alkalmazna. Felvilágosítást ad dr. Hermann. (Telefon: 427-746.)

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Likus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF“ gyógyszertár, IV., Váci-utca 1

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

DERMASEPT KENŐCS

SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban

INDICATIO: Eczema, pyoderma, exoriatia, impetigo, dyshidrosis, furunculosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladásos sebek, alszárfekélyek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi kórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. Kir. Posta B. B. I., Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken
12 és 1 óra között fogad.

ORVOSI HETILAP

MEGJELENIK MINDEN HÉTEN

Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Üllői-út 26., IV. em. — Telefon: 345-113. — Hirdetések felvétele a kiadóhivatalban.
 Előfizetések beküldhetők: 22.968. sz. csekkzámlánkon. — Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5. 1500 L. —
 Szlovákiában: Eleőd Solt. Handels-u. Kredit-B. Bratislava, 300 Šk. — Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap« és »Orvostudományi
 Közlemények«re együttesen egész évre 44 P, félévre 22 P, negyedévre 11 P, egyes szám ára 1 P. Külföldre 54 P

TARTALOM:

Juba Adolf és Üdényi Nándor: A Guillain—Barré-f. tünetegyüttes átmeneti alakjai. (517—521. oldal.)
Galambos József: Műtét utáni tüdőszövődmények gyógyítása epesavas sókkal. (521—523. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései (85—88. old.)
Jurány Erika: Csecsemőkori sárgaság gümőkóros alapon. (523—525. oldal.)

Mészöly Ödön: Scrotum-varixből eredő spontán vérzés. (525—526. oldal.)

Irodalmi szemle: (526—527. oldal.)

Könyvismertetés: (527. oldal.)

Vegyes hírek: (528. oldal.)

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:
 Rekonescentia — Hypotónia — Terhesség — Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:
 Influenza — Diphtheria — Tuberculosis — Typhus — Pneumonia

Súlyos kollapsus:
 Műtétek — Szülések — Verveszteség — Shok

Tudományos osztálya,
 Budapest, VII.
 Károly király út 13-15.



Forgalomban:
 Ampullák á 0.06 g
 és 10%-os liquidum.

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, VIDA KOVITS KAMILLÓ,
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

A budapesti ideg-elmekórtani klinika közleménye.
(Igazgató: vitéz Benedek László ny. r. tanár.)

A Guillain—Barré-f. tünetegyüttes átmeneti alakjai.

Írta: Juba Adolf dr. és Üdényi Nándor dr.

E dolgozat annak a tanulmánynak folytatása és részben kiegészítése, melyben egyikünk (Juba) a fenti tünetegyüttes rendszertani vonatkozásaival foglalkozott (Orvostud. Közl. 1944. 26. sz.), ezért az irodalmi adatokat illetőleg az idézett helyre utalva csak a legszükségesebb történeti mozzanatokot foglaljuk össze. Guillain—Barré lefolyásában jóindulatú polyradiculitis tünetegyüttest ismertettek (1916), melyben az akaratlagos izomzat petyhüdt gyengesége az inreflexek kialakulásával és a bőrreflexek épségével, jelentéktelen érzészavarok, súlyos spontánfájdalmak és nyomási érzékenység, a liquorban pedig fehérjeszaporulat mutatkoznak („polyradiculonévrite aigue curable avec dissociation albumino-cytologique”). A szerzők a betegség rendszertani vonatkozásaiból annyit jegyeznek meg, hogy ez az egyszerű radiculitisektől, a diphtheria utáni környéki idegbántalmaktól és a tipikus ideggyulladás-tól elkülönítendő. A későbbi közlések egyrésze különböző septikus folyamatok (perianalis tályog, osteomyelitis) és fertőzések (botulismus) utáni környéki bántalmakat is idesorolt, mint a Guillain—Barré-f. syndroma (G. B. s.) következményes formáit („syndrome de Guillain—Barré secondaire”: Draganesco, Facon, Jordanesco és Vasilescu), ami a rendszertani hely meghatározását mégjobban nehezítette.

A kérdés tisztázásában jelentős Margulis munkássága (1927), aki olyan »primaer-infectiosus polyneuritiseket« ismertetett, melyben a Landry-paralysis formájában felszálló bénulás halálosan végződött. A klinikai kép felépítése azonban a G. B. s.-hoz közelállt és a szerző szerint a két betegség elkülönítése szükségtelen, mivel a G. B. s. az általa leírt kórkép radicularis formájával azonos. Margulis saját, ascendáló bénulásban elhalt eseteiben szövettanilag elsősorban a gyöki ideg gyulladáso-elfajulásos bántalmát találta, megfigyeléseiben tehát polyradiculoneuritisekről van szó. Fé-

nyes—Göttche részletes irodalmi összehasonlítás után arra az eredményre jutnak, hogy a G. B. s. a Margulis-f. polyneuritisszel azonos betegség, melytől a »következményes G. B. s.«-nak nevezett esetek elkülönítendőek. Sántha a kórképet szintén a primaer infectiosus polyneuritishoz sorolja, bár kiemeli, hogy G. B. s.-esetek szövettani leletét még nem ismertették.

Így, mivel a kóroktani tényezőre vonatkozó ismeretek nem teljesek, a G. B. s. szöveti leletének megállapítása nagy jelentőséggel bírt annyival is inkább, mert szemben a G. B. s. jóindulatú lefolyásával, a Margulis-f. polyradiculoneuritis a felszálló bénulás következtében — néhány nap, esetleg hetek, esetleg még később — halállal végződik. Mindezt az idevágó későbbi észleletek (Benedek—Juba, Demme, Pette—Környey, stb.) szintén igazolták, és így kétségtelen, hogy a fenti két csoport elsősorban a kimenetel szempontjából egymástól lényegesen különbözik. Félreismerhetetlen és az ideggyógyászati tünetegyüttes szempontjából jóindulatú G. B. s.-eseteket, melyekben intercurrents bántalom miatt mégis halál következett be, Juba—Kovács és Benedek—Juba ismertettek; ezekben a megfigyelésekben a szövettani vizsgálat a Margulis-f. polyradiculoneuritis szöveti képével egyezőleg ugyancsak a gyöki ideg és kisebb mértékben a környéki idegek, gyulladásos-elfajulásos bántalmát találta. Nyilvánvaló volt tehát az a vélekedés, hogy a G. B. s. a Landry-typusban felszálló polyradiculoneuritisnek különlegesen jóindulatú, szélső eseteit alkotja, és a betegség egyenesen »felszálló polyradiculoneuritisnek« nevezhető. Mindezeket a lehetőségeket egyikünk a bevezetőleg említett tanulmányban, amely szintén intercurrents bántalom — sepsis — miatt elhalt G. B. s.-eset szöveti leletéről számolt be, részletesen ismét kifejtette és hangsúlyozta azt, hogy a G. B. s. és a Margulis-f. »polyneuritis« bonctani képe azonos.

A fenti nézetet monographiájában Pette (1942), valamint Mirus is magáévá tette és eltérő véleményt csupán Cernacek hangoztatott. Szerinte a Benedek, Juba és Kovács által G. B. s.-nak elfogadott esetek ebbe a körbe nem sorolhatók, mert az esetek halálos vége ellentétben van a G. B. s. közismert jóindula-

túságával. *Cernacek* a polyradiculoneuritiseket a következőképpen csoportosítja: 1. G. B. s., melyet a jóindulatú lefolyás és a liquor fehérjésziporulata jelleméz, 2. fertőző betegségekhez (diphtheria, parotitis, influenza, gennyedések) csatlakozó polyradiculoneuritisek, 3. az ismert vírus-bántalmak (encephalitis epidemica, Heine—Medin-f. betegség, herpes zooster) polyradiculitises formái és 4. az előző csoportokba nem sorozható polyradiculitisek, melyek a halálos vég és a liquorban időnkint mutakozó sejtszám-sziporulat szempontjából a G. B. s.-tól elkülönítendő; a szerző szerint *Benedek—Juba* megfigyelései ebbe az utolsó csoportba tartoznak.

Cernacek állásfoglalásával szemben kiemelendő, hogy klinikánk idézett eseteiben a halálos vég nem az ideggyógyászati bántalommal volt kapcsolatos, hanem töle különálló közbejövő bántalmakkal (*Juba—Kovács*-f. eset: pneumonia; *Benedek—Juba*-f. eset: coronaria-sklerosis; *Juba*-f. eset: sepsis) függött össze. Téves tehát e megfigyeléseknek a G. B. s.-tól való elválasztása és a fentiek tekintetbevételével nyilvánvaló, hogy éppen ezek az esetek szolgáltatták a G. B. s. szöveti képének első leírásait, ami a »felszálló polyradiculoneuritis« egységes és jó- és rosszindulatú lefolyású típusokat egyaránt magában foglaló formakörének végleges körülírására vezetett.

A G. B. s és a Landry-typusban felszálló polyradiculoneuritisek egységes csoportba való egyesítését igazolják azok az esetek is, melyekben a G. B. s. jellegzetes vonásai és különösen a specifikus liquorleletek megtalálhatók, bár a felszálló bénulás halált okozott. Fehérjésziporulatot a liquorban már *Margulis* említ és ez *Pette—Környey* néhány nap alatt halálos eseteiben is mutakozott. Az újabb irodalom több ilyen átmeneti alakot ismertetett, melyek közül *Mirus, Peters—Scheid*, továbbá *Ott* megfigyeléseire hivatkozunk. *Mirus* (1940) és *T. Ott* (1941) eseteiben a klinikai megfigyelés izolált fehérjésziporulattal járó G. B. s.-t mutattott, a halálos vég előtt viszont a felszálló bénulás utolsó jelei (bulbaris jelenségek, környéki légzésbénulás) voltak megfigyelhetők; a szövettani kép a fenti leletekkel teljesen egyezik, csupán a gyulladásos összetevő kevésbé határozott. *Peters—Scheid* esetében a felszálló bénulás 3 hét alatt halálosan végződött, a liquorlelet 400 mgr%-os fehérjésziporulattal erősen a G. B. s.-ra emlékeztetett; a szöveti kép a gyöki ideg előtérben álló gyulladásos-elfajulásos betegségét derítette ki.

A következőkben idevágó megfigyelésünk klinikai és kórszövettani leleteiről számolunk be, melyek az előzőleg említett esetekkel közeli vonatkozásokat mutatnak. A klinikai tünetegyüttes és különösen a liquorban mutakozó fehérjésziporulat az életben jogosulttá tették a G. B. s. kórisméjét, mellyel csupán a Landry-typusban való kifejlődés, a bulbaris tünetegyüttes megjelenése a végső életszakaszban

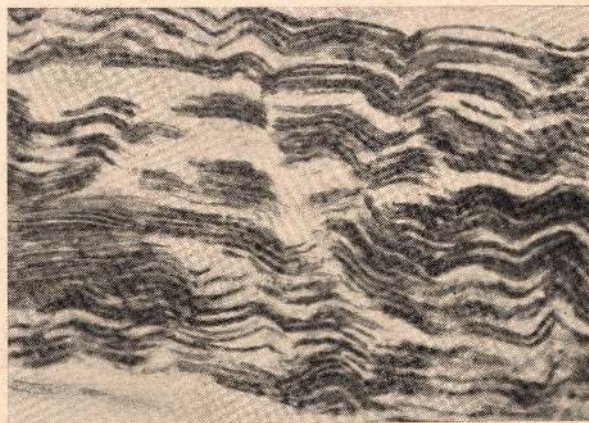
nem egyezett; az eset klinikai lefolyása tehát egyesítette magában a G. B. s. és a rosszindulatú polyradiculoneuritis sajátosságait és így a fenti megfigyelésekkel egyező, a két szélsőséget összekötő (átmeneti) formának tekinthető. A szöveti vizsgálat eredményei is ismét igazolták a »felszálló polyradiculoneuritis« anatómiai substratumának egységességét.

1. eset. Cs. J. 37 éves férfi 1943. VIII. 23-án vétetett fel a klinikára. Két hete a hideg Dunában fürdött; másnap mindkét talpában és később lábaféjében zsibbadás jelentkezett, mely felfelé terjedt. Egy hét óta alsó végtagjai gyengülnek, járása bizonytalan, imbolygó. Jelenleg kézujihegyeiben is zsibbadást érez.

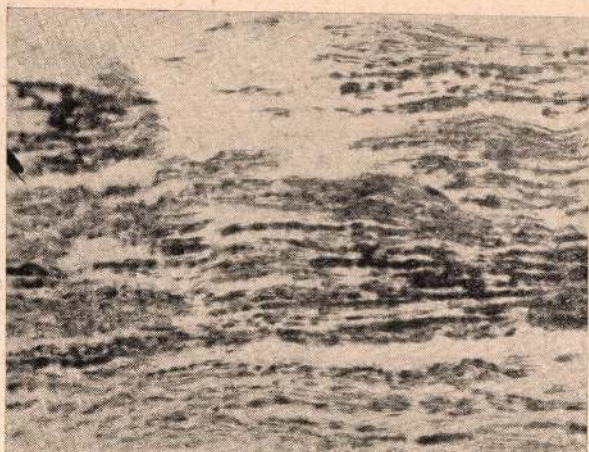
Jelen állapota: Belsővéri eltérés nincs. Agyidegei épek. Az alsó végtagokban lefele fokozódó izomerőcsökkenés, kisebb tonus, az izomzat laza, petyhüdt; járása paretico-atactikus. Törzsizomzatában és a felső végtagokban eltérés nem mutakozik. Térd-, biceps femoris-, Achilles-in-reflexek m. o. hiányzanak; talpreflexek, has-, cremaster-reflexek, a felső végtagok in- és esonhártyareflexei előidézhetők. Bőrzései épek, lábujjaiban a helyzet- és mozgásérzés csökkent, térd-sarok kísérletkor bizonytalan. Vértékében nincs eltérés; a lumbalis agyvízben a sejtszám 2/3, összes fehérje 120 mgr%, globulinreakciók +++, a kolloid-görbékben mérsékelt parenchymás kiesés, Wa. r. negativ. A cisternás agyvíz keresztmetszete rendes képet ad.

Kórlefolyás: Gyógyításul röntgenbesugárzást, deseptyl-kúrát, sajátvér-oltásokat, tophosanyl- és B₁-vitamin injectiókat kap. IX. 10. A felső végtagokban zsibbadások jelentkeznek és IX. 12-én ugyanitt izomerőgyengülés és reflexek kialvása; érzészavar nincs. X. 1. Nyelési zavar támad félrenyelés formájában, nehezített légzés; transfusiót alkalmazunk; a légzési nehézség a következő napokban fokozódik, a két tüdőfél felett kis- és nagyhólyagú szörtyzörejek hallhatók, X. 9.-én kihagyó légzés, hirtelen halál. A betegség tartama kb. 2 hónap.

Szövettani lelet: Az egyik n. ischiadicus Spielmeier szerint festett velőshüvelykésztményeiben igen kifejezett és a hosszmetset szinte minden egyes nyalábjában feltűnő velőshüvelykiesés mutakozik (1. ábra); a megfelelő és Herxheimer szerint festett zsirkésztményekben a velőshüvelyk nemleges zsírrá alakulása és szemcsésjelekbe rakódása állapítható meg. Az ágyéki gyöki idegek területén a velőshüvelypusztulás



1. ábra. 1. eset. Velőshüvelykiesés a n. ischiadicusban; Spielmeier-festés, mikrophotogramm, 80-szoros nagyítás.



2. ábra. 1. eset. Velőshüvely-kiesés a gyöki idegben; Spielmeyer-festés, mikrophotogramm, 80-szoros nagyítás.

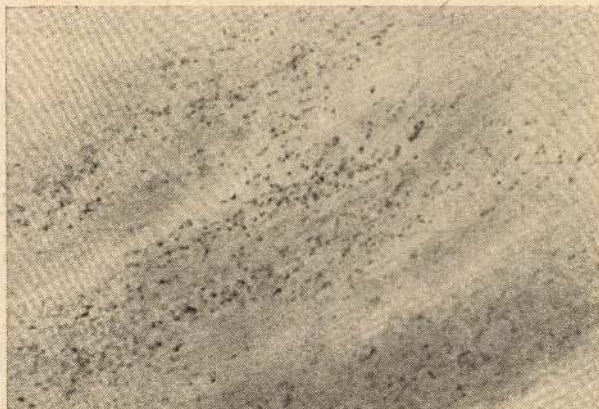


4. ábra. 1. eset. Zsíros lebontás a szemcséssejtek a n. vagus gyökérszálaban; Herxheimer-festés, mikrophotogramm, 540-szeres nagyítás.

még súlyosabbnak mondható, csupán elszórtan látunk ép velőshüvelyeket és a többség a Spielmeyer-készítményekben hiányzik (2. ábra); a zsírképben a velőshüvelyeknek lebontódása és a nemleges zsírnak szemcsés sejtekben való felhalmozódása szintén kifejezettebb (3. ábra). A környéki idegben és a gyöki idegek magfestéses készítményeiben a szemcséssejteket, továbbá a burjánzott Schwann-sejteket találhatjuk meg; elszórt beszűrődéseket csupán a gyöki ideg kötőszövetes burkában látunk. A csigolyaközi ducsejtek egyrésze (legyetlen alsó háti csigolyaközi ducot vizsgáltunk sorozatban) szétesett vagy szétesőben van és helyüket a burjánzott satelliták töltik ki, melyek elvéve nodulus residualisokat alkotnak; beszűrődésekkel a vizsgált ducban nem találkozunk.

Az egyik n. vagus gyökészálait vizsgálva a velőshüvely-képben igen súlyos kiesés mutatkozik úgyhogy — akárcsak a gyöki idegben — helyenként csak némely festődő velőshüvely tűnik elő, melyeket beszűrődésnek megfelelő sejtgülemek választanak el egymástól. A Herxheimer-f. zsírkészítményben a velőshüvelyek igen kiterjedt lebontódása látszik számos nemleges zsírröggel és a szemcséssejtek tömegével (4. ábra).

Az ágyéki gerincevelő mozgató mellső szarvi ducsejtjei helyenként lekerekítettek, bennök a tigróid megfoggyatkozott és a sejtmag ritkán ol-



3. ábra. 1. eset. Neutális zsírszemcsék és szemcséssejtek a gyöki idegben; Herxheimer-festés, mikrophotogramm, 80-szoros nagyítás.

dalra nyomódott; a fehérállományban velőshüvely-lebontás nincs. A gerincevelő magasabb szakaszaiban, a nyultvelőben, hídban, agytörzsben a vizsgált agykéreg-területekben értékelhető sejtváltozás, beszűrődés nincs.

Ebben az esetünkben — a betegség kezdetekor — az alsó végtagok petyhüdt bénulása az inreflexek kialvásával és a bőrreflexek ép-ségével, a tárgyi érzészavaroknak a mélyérzésekre való szorítkozása és a fonákérzések a G. B. s. jellegzetes tüneti képét alakították ki, és e véleményünket a lumbalis agyvízben mutatózó izolált fehérjeszaporulat teljes mértékben igazolta. A G. B. s. szokásos lefolyásával szemben, midőn a bénulásnak felszállása általában kevésbé kifejezett, jelen esetünkben a bénulások kiterjedése a Landry-typus szerint történt és először a felső végtagokat, majd — tekintettel a súlyos légzési nehézségekre és a megnehezített nyelésre — a magas nyaki szelvényeket és a nyultvelői gyökészálakat, első-sorban a n. vagust vont a bántalom körébe; a halál is ez utóbbi kiesések miatt következett be. A klinikai tünetek és a liquor-lelet tekintetbevételével tehát olyan esetet látunk, melyben a G. B. s. tüneti képe a kórlelelés alatt rosszindulatú felszálló polyradiculoneuritis alakult át; a jelen eset tehát már klinikai szempontból is összekötő kapcsolatot alkot a G. B. s. és a felszálló polyradiculoneuritis súlyosan pusztító és halálos formái között.

Az átmeneti alakként való felfogást megerősíti a szövettani vizsgálat is. Ez olyan leletet derített ki, amely mind a rosszindulatú Landry-typusban kiterjedő, mind a jóindulatú és a G. B. s. körébe tartozó polyradiculoneuritis szövettani képével azonos. A jelen esetben is első-sorban a gyöki ideg, kisebb mértékben a környéki idegek súlyos velőshüvely-pusztulását állapíthattuk meg, melyet a csigolyaközi ducsejtek bizonyos fokú kiesése egészített ki. A szövettani szempontból vett gyulladás jeleit, beszűrődéseket aránylag ritkán láttunk; tekintettel azonban a betegség hosz-

szas lefolyására, a beszűrődések visszafelépítése — legalább is részben — igen valószínű és így aligha tévedünk, ha a jelen esetben is a környéki érző és mozgató neuron elfajulásos-gyulladásos bántalmát tesszük fel. Mindezek szerint a G. B. s.-nak és a Landry-typusban felszálló rosszindulatú polyradiculoneuritisnek egységes kórképbe egyesítését a két alfaj azonos szöveti képén kívül (l. a bevezető irodalmi adatokat) megokolja az is, hogy átmeneti formák viszonylag gyakoriak, melyekben a G. B. s. jellegzetes tünetegyüttese és liquor-lelete ellenére később az agyidegkörre is kiterjedő felszálló bénulás következtében halálos vég következik be; ez esetek szöveti képe egyrészt a G. B. s., másrészt a Landry-typusban kiterjedő rosszindulatú és esetleg pár napos lefolyású polyradiculoneuritis leletével azonos.

Jelen esetünkben kiemelendőnek tartjuk, hogy az agyidegkörben, jelesen a n. vagus gyökszálaiban az észlelt klinikai tünetekkel párhuzamosan a súlyos pusztulást szövettanilag is kimutathattuk és az itt észlelt folyamat összetevői azonosnak bizonyultak azzal a képpel, melyet általában a gerincevelői gyöki idegekben találhatunk. Ezáltal felmerül az a lehetőség, hogy az ú. n. »agyideg-polyneuritis«, amely a felszálló polyradiculoneuritisnél jóval ritkább bántalom, az egységesen fogalmazott polyradiculoneuritis ascendens-szel esetleg közelebbi kapcsolatokban áll és talán mint ezen bántalomnak az agyidegkörre localizált különleges alakja fogható fel.

A következőkben függelékszerűen még egy — csak klinikailag észlelt — átmeneti formát mutató megfigyelésünkről számolunk be; itt kezdetben a Landry-typus uralkodott és a folyamat jóindulatúsága csak később érvényesült, úgyhogy az agyidegkör kiterjedt bántalma ellenére is végül gyógyulás következett be.

2. eset. F. J. 47 é. férfi beteg 1943. XII. 7-én vétetett fel a klinikára. 25 évvel ezelőtt vérbajos fertőzés; több kúrát kapott. Felyétele előtt 1 héttel m. o. alsó végtagban fonákérzések és hideg-érzés jelentek; ez a kezujakra is fölterjedt. 2 nappal ezelőtt alsó végtagjai elgyengültek.

Jelen állapota: belszeri eltérés nincs; pupillái szabályosak és jól reagálnak; az agyidegkörben nincs eltérés. Az alsó végtagok izomereje csökkent és különösen a lábfej feszítői gyengék, járáskor »steppel«. Ugyanitt az izomzat tonusa csökkent; térd-, biceps femoris-, Achilles-inreflexek kialudtak, talp- és hasreflexek, valamint a felső végtagok in- és periorstalis reflexei előidézhetők. Alsó végtagok izomereje rendes. — Az alsó végtagok környéki szakaszán finom, felszínes és az alsó végtagokban mélyérzészavar; a kéz ujaiban zsibbadások. — A vérképben eltérés nincs. A vérben és a liquorban Wa. r. negatív, az agyi agyvízben összes fehérje 80 mgr%, globulin reakciók ++, sejtszám $\frac{1}{2}$, kolloid görbében jelzett parenchymás típusú kiesés.

Körlelelet. XII. 8-án az alsó végtagok bénulása teljes, ugyanitt a reflexek kialudtak. A felső végtagok izomereje gyengült és ugyanitt fonákérzések mutatkoznak. M. o. teljes arcidegbénulás, rendkívül nehezített nyelvmozgások és

nyelési mozgások; orrhangú beszéd. Rendkívül nehéz légzés orreimpás légzés kíséretében; az íz-érzés zavart. Gyógyításul vérátömlesztések, cytotropin és B₁ vitamin-befecskendezéseket alkalmazunk; XII. 19-én — a 3 vérátömlesztés után — rohamos javulás indul meg elsősorban az agyidegkörben: a légzés, a nyelés és a nyelvmozgások jóval könnyebbé válnak; a javulás napok alatt a végtagok izomzatára is kiterjed és ezeknek akaratlagos mozgathatósága visszatér. 1944. II. 4-én a m. o. arcidegbénulás változatlan és teljes villanyos elfajulási reakciót ad, míg a többi nyulagyi idegkiesés megszűnt; a végtagok mozgathatósága a járóképességgel együtt teljesen visszatért, a reflexek — bár lefokozottabban — előidézhetők, a lábujjakban és talpakban fonákérzések. II. 4-én tetemesen javult állapotban távozik.

E 2. esetünkben a tüneti kép a bénulások rohamos kifejlődésével és a Landry-typussal rosszindulatú polyradiculoneuritisnek felelt meg és mindezzel megegyezett az is, hogy a betegség 8. napján teljes és közvetlen életveszélyt jelentő nyulagyi-agyidegi tünetegyüttes alakult ki. A jóindulatú G. B. s. szokásos képéből csupán a jellegzetes liquor-leletet találtuk meg és figyelemre méltónak tartjuk, hogy a jóindulatúság — a rohamos kialakult teljes Landry-bénulás ellenére — a lefolyás folyamán a klinikai képben is érvényesült és a riasztó összkép az arcidegbénulást nem tekintve teljes gyógyulásnak adott helyet. A 2. megfigyelés tehát arra szolgáltat példát, hogy a rosszindulatúan felszálló polyradiculoneuritis későbbi lefolyásában a G. B. s. tulajdonságait követheti és ez a később észlelhető hasonlóság a liquor leletben további igazolást nyer.

E két észleletünk tehát ismét megerősíti azt a bevezetőleg hangoztatott felfogásunkat, hogy a rosszindulatú és Landry-typusban kiterjedő polyradiculoneuritis és a G. B. s. ugyanazon kórkép két szélső alakjának tekintendő. Természetesen az egységes kórkép felállításának alapfeltétele az egységes kóroktani tényező kimutatása volna; ezirányban — amint ezt egyikünk (Juba) bevezetőleg említett tanulmányában összefoglalta — a nézetek nem egységesek és a vírus-eredettel újabban Pette szerint az u. n. »allergiás gyulladás« áll szemben. Nézetünk szerint Pette kóroktani elképzelése a felszálló polyradiculoneuritis kóroktanában új szempontokat vetett fel, bár érvei egyáltalában nem zárják ki azt, hogy a felszálló polyradiculoneuritist vírus-bántalomnak is tekinthetjük. Ha a kóroktani mozzanat tisztázatlan, akkor valamely betegség körülhatárolása bizonyos valószínűséggel a szövettani leleten alapulhat és itt hivatkoznunk kell arra az egységes szövettani képre, amely mind a rosszindulatú polyradiculoneuritisben, mind a G. B. s.-ban, mind az átmeneti formákban megtalálható: a környéki érző-mozgató neuron elfajulásos-gyulladásos bántalmával állunk szemben, amely a gyöki idegekben és környékében (csigolyaközt) duc a legkifejezettebb, viszont a gerincevelőre sohasem terjed rá, úgyhogy a fe-

hér állomány itt mindig ép és a szürke állomány ducsejtjeiben is csak következményes módosulások mutatkoznak. Ez a magatartás bizonyos fokig elüt a különböző mérgeztetési ideggyulladásokban tapasztalható lelettől, amelyben inkább a környéki ideg pusztulása áll az előtérben, másrészt a gerincevel hosszú pályái ugyancsak — pl. az alkoholos ideggyulladás esetében — bántalmazva lehetnek.

A budapesti I. sz. Sebészeti Klinika közleménye.
(Igazgató: Matolay György ny. r. tanár.)

Műtét utáni tüdőszövődmények gyógyítása epesavas sókkal.

Irta: Galambos József dr. tanársegéd.

A műtétutáni szövődmények részben magával a beavatkozással összefüggően a műtét területén, részben attól függetlenül távoli szervekben keletkezhetnek. Az előbbieket legjellegzetesebb képviselői a gennyedések, az utóbbiak között leggyakoribbak a mellkasiak. Klinikánk műtėti anyagában különféle hasi beavatkozások után elég nagy százalékban találtunk tüdőszövődményt, közülük a tüdőüszök és a tüdőtályog a legveszedelmesebb.

Az utóbbi időben külföldi kísérletek jó eredményei alapján tüdőfolyamatokat epesavakkal próbáltunk gyógyítani. Erre a célra a dehydrocholsav 20%-os Na sója látszott legalkalmasabbnak, amelyet 20%-os cukoroldatban hígítva gyűjtőérbe fecskendezve adtunk betegeinknek. Az epe gyógyító hatása már régóta ismeretes. Élettani hatását még a chemiai összetétel fölfedezése előtt sikerült tisztázni: elősegíti a felszívódást, fokozza az epeelválasztást és a bélperistaltikát, szabályozza a savbasis egyensúlyt és a vízforgalmat. Strecker 1848-ban marhaepéből izolálta a cholsavat. Wieland 1916-ban a desoxycholsav és choleinsav kérdését tisztázta. Az epesavak alkalmazása ezek után biztosabb alapokon nyugodott. A természetben előforduló epesavak közül legelterjedtebb a cholsav, vegyi néven *trioxycholsav*. Az emberi és majdnem minden állati epében vele együtt fordul elő a desoxycholsav, amely vegyileg *dioxycholsav*. Kis mennyiségben található ezzel szemben a litholsav, amely a monooxycholsavak csoportjába tartozik. A természetes epesavak származékai közül gyógyhatás és mellékhatás mentesség szempontjából a *dehydrocholsav* és a *dehydrodesoxycholsav* emelkedik ki. Valamennyi említett epesavnak alapja ugyanaz a szénatomváz, amelyben 4 szénatomgyűrű kapcsolódik, amely egyúttal az ergosterin, cholesterolin, D vitamin, digitoxigenin és sárgatesthormon magvát is képezi. Az epesavak hatása bakteriumokra a Neufeld-féle epekísérletben látszik legtisztábban. E szerint a valódi

pneumococcusok epében felodódnak. Ez a tulajdonság annyira állandó, hogy más törzsekkel, szájstreptococcusokkal, továbbá zölden növekedő streptococcus-féleségekkel szemben elkülönítésül szolgál. A Magyar Hygienikusok 1936-ban tartott nagygyűlésén beszámoltam arról, hogy a streptococcusok különböző koncentrációjú epesavakkal való érintkezés után zölden növekedéssé alakulnak és gyorsan degenerálódnak. Emberkísérletekre nem került sor megfelelő készítmény hiányában. Az epesavkísérleteknek újabb lendületet adott az utóbbi esztendő szakirodalma, valamint *Hogyan* közlése, aki 1939-ben eves tüdőfolyamatok epesavakkal való szagtalanításáról számolt be és kísérleteit Salvarsannal, guajacállal, trypaflavinnal és colloidalis ezüstkészítményekkel kombináltan végezte. Ilyen irányú kísérletekről külföldi irodalomból nem szereztünk tudomást. Saját eseteinkben megmaradtunk pusztán az epesavak alkalmazása mellett, legfeljebb a gyógyulás siettetésére egyes esetekben heti 1—2 rövidhullámú kezelést iktattunk be. Az epesavak hatásosságát bizonyítja, hogy a berlini női klinikán az epesavaskezelés bevezetése óta 5 év alatt egyetlen beteg sem halt meg fertőző betegségben, a gyermekágyi láz halálózása pedig 0.5—0.07%-ra szállott alá.

Betegeink 3 napon át reggel és délután, negyedik naptól kezdve csak délután kaptak 10—10 cm³ dehydrocholsavas natriumot (Suprachol, Richter). A 10—12. napon a kezelés eredményétől függően a befecskendezéseket elhagytuk. Néhánynapos pihenő után, ha a gyógyulás nem volt teljes, a kezelést megismételtük. Ezzel a móddal sok esetben sikerült a tüdőüszkösödést és tüdőtályogot meggyógyítani.

Műtétutáni tüdőszövődmények kórjólata rossz. Ezek között is az üszkösödés, majd utána a tályog vezet. Oswald N. C. 710 műtėti esetet vizsgálva azt találta, hogy a betegek 11%-ában támadt tüdőszövődmény. A hasüreg felső részében végzett műtétek után mintegy 30%-kal több volt a tüdőszövődmények száma, mint a hasüreg első felében végzetek nyomán vakbél, sérvműtét 5%-ban, átlukadt gyomorfekély 50%-ban szövődött tüdőelváltozásokkal. 40 éven felüli betegeken a szövődmények kétszer oly gyakoriak, mint fiatalabbakon. A fertőzés a rekeszen át a nyirokutakon terjedhet a tüdőre, de a félrenyelés is fontos szerepet játszik főleg ápolatlan szájú betegknél. Hörghurut, gócos tüdőgyulladás, tüdőüszkösödés teszi a folyamat lépcsőfokait, néha az első két fokozat tünettelen lefolyása után. Az altatás szerepét sokan kétségbe vonják, mert némelyek ugyanolyan gyakran találtak tüdőszövődményeket altatás, mint gerincevelőrzéstelenítés után. Sokkal nagyobb szerepe lehet a műtételőtti hörgőhurutnak és a műtétutáni tüdőlégtelenségnek. A kifejlődött üszkösödés és tályog között főleg korai esetben nehéz különbséget tenni, üszkösödés azonban gyakoribb az alsó lebenyben. A tüdőtályog, eseteink legnagyobb részében egy-

Kor	Műtét	S z ö v ő d m é n y			Injectiók száma	M e g j e g y z é s (Röntgen) mikor gyógyult?
		jelent- kezése műtét után	előzménye	kórjelzése		
40	Cholelit. Cholecystect.	10—14. n.	Embolia	Kétoldali massiv be- szűrődés	2 × 10 napos kúra	Röntgen nem történt
58	Resec. ventr. (ulc. ventr. et duod.)	10—14. n.	Hidegrázás oldalszúrás	Embolia	2 × 10	I. 5. almányi infiltratio, zöldmandulányi felritkulás. I. 13. kistenyérnyi beszűrődés, mogyorónyi felrit- kulás. II. 13. Rtg. negatív (mérsékelt emphysema)
39	Resec. ventr. (ulc. call. duod.)	6—7. n.	gyakori há- nyás műtét után, ism. gyomormo- sás	pneum. ex aspr.	2 × 10	XI. 11. gyermektenyérnyi tömött beszűrődés XI. 14. beszűrődés felfelé kistenyérrel, nagyobb ter- jedelmű XII. 5. tüdő-szívlelet negatív
43	I. megjegy- zést	6 hónap	influenza	Gangr. cum cavo	2 × 10	IV. 1. nagytenyérnyi beszűrődés, kisdíónyi cavum IV. 11. beszűrődés jóval kisebb, kevésbé tömött IV. 21. status idem IV. 22. kétülékes műtét első szakasza IV. 28. kétülékes műtét második szakasza (tályog- nyítás) V. 21. sondázható kis üreg, amelyből kevés váladék ürül VI. 10. gyógyult
51	Resec. cost. (emphyema ichor.)	14. n.	Hányinger- rel járó kí- zó köhögés	Üszkösödés Tályog?	2 × 10	IV. 15. jó tenyérnyi, élesen elhatárolt homogen homály IV. 26. alig gyermektenyérnyi beszűrődés homály, V. 18. pneumothorax, egyébként negatív lelet
45	nem történt	2 hónap	tonsill. influenza	pneum. sept.	3 × 10	II. 20. bal alsó lebenyben egy-egy gyermektenyérnyi, középen világosabb eles határu beszűrődés III. 21. alig kismogorónyi beszűrődés IV. 10. régielváltozás helyén minimális finom rajzolat kiújulás után végleges gyógyulás
39	nem történt	1 hónap	tonsill. influenza	pneum. sept. bronch. putr.	3 × 10	V. 30. jó tenyérnyi homály, díónyi felritkulás VI. 22. status idem (kezelés nélkül) VII. 13. gyermektenyérnyi homály, felritkulás alig kivehető VII. 31. homály jóval kisebb, felritkulás nincs.
38	resec. ventr. (ulc. call. duod.)	10. n.	Hidegrázás oldalszúrás	pneum. pleurit.	2 × 8	IX. 17. multiplex pneumonia + pleuritis IX. 27. jó szilványi és egy kisebb felritkulás (absc.) X. 14. tömörülések kisebb kiterjedésűek és kevésbé intenzívek.
48	nem történt	3 hét	influenza	absces. pulm.	2 × 10	XII. 20. j. felső lebenyben tenyérnyi infiltratio, kis- almányi üreg, folyadékreggel. I. 3. infiltratio jóval kisebb, kevésbé tömött, a kis- almányi cavumnak csak maradványa látható, de ennek határai is bizonytalanul követhetők.
44	resec. ventr. (ulc. call. duod.)	5. n.	pneum.	ugyanaz	12	II. 14. j. o. alul, a tüdő, szívszögletben tenyérnyi, 1 jódíónyi és több lencsényi, borsónyi bronchopneu- monianak megfelelő beszűrődés. II. 21. a folyamat intenzitásában is, kiterjedésben is nagyobb. III. 1. a beszűrődés terjedelemben valamivel kisebb, középső részében azonban tömöttebb. Beolvadás, felritkulás, abscedálás nem látható.
48	resec. ventr. (ulc. call. duod.)	6. n.	oldalszúrás	bronch. putr.	2 × 12	III. 17. jobb alsó lebenyben diffus beszűrődés, üreg nem látható. V. 10. tüdő-, szívlelet negatív.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkesztik: BINDER LÁSZLÓ és VEREBÉLY TIBOR egy. magántandorok

A mellékpajzsmirigykór folyamatairól.

A mellékpajzsmirigyek kórfolyamatainak közelebbi ismerete az utolsó néhány évtized munkásságának eredménye.

Az embernek általában négy mellékpajzsmirigye van, jobb-bal, felső és alsó. Ez a szám eléggé ingadozó, 2—12 között változhat, nagyságuk 2—19 mm (Verebély). Összsúlyuk 0.15 gr. Rendszerint a pajzsmirigy mögött, a tokon kívül helyezkednek el, a felső kettő a gyűrűporc alsó szélének magasságában, az alsó kettő az alsó pajzsmirigy ütőér leszálló ágának a belépési helyén, az ütőér felett. Elhelyezkedésük változatos lehet; a felsők a pajzsmirigy, az alsók a csecsemőmirigy állományában is helyet foglalhatnak. Világos vagy sötétbarnás színűek, idősebb korban inkább sárgás árnyalatúak, lelapult, kerek, vagy tojásdad, búzaszem nagyságú képletek. A felsők ütőeres ellátásáról az art. thyroidea inf. egy ága, vagy az inf. és sup. anastomosisából eredő ág gondoskodik, az alsókat mindig az art. thyroidea inf. látja el. Igen gazdag hajszáleres hálózatuk van. Epithelsejtjei kétfélek: 1. Fősejtek, amelyekben belül festődés szerint további elkülönítés lehetséges. 2. A jóval kisebb számú oxyphil-sejtek. A parenchyma-sejtek sok zsírt, glikogént, a széli részekben pedig kolloidszemcséket tartalmaznak (Verebély). Hormonját Collip (1925) tisztázta és alkalmazta először (parathormon).

Megbetegedései a mirigy fokozott vagy csökkent működésének a következményei lehetnek. A fokozott működés következménye a fibrosis csontdystrophia (Recklinghausen-féle betegség), a csökkent működése a tetánia.

A mellékpajzsmirigy túlműködésének oka legtöbbször daganat (adenoma). A hyperparathyreoidismus a csontváz nagyfokú demineralizációjára vezet (osteoporosis), végül a nagyfokú átépítődés folytán kialakul az ostitis fibrosa generalista kórképe; ami a mellékpajzsmirigy túlműködés igen előrehaladott időszakának felel meg. A könnyebb-súlyosabb csontelváltozások mellett nem ritkán húgyvérűség lép fel; mészcylinderek zárják el a húgycsatornákat, másodlagos fertőzés társulhat hozzá, amely végül is halálos. A Recklinghausen-féle betegség az egész csontrendszert illetheti a rtg.-képen jellemző sokszoros cystosus elváltozással. Gyakran kíséri spontán törés, amely a fenti jellemző rtg.-kép mellett a helyes kórismére vezet. A kórismét megerősíti a vércalciumtűkór emelkedett volta, amellyel egy időben fokozódik a vizelet calcium- és phosphattartalma, csökken a vér phosphattartalma, valamint kifejezetten csökkent a neuromus-

cularis ingerelhetőség. Az elkülönítő kórisme szempontjából (hasonló csontelváltozásokkal szemben) fontos jel a csökkent neuromuscularis ingerelhetőség és a hypercalcaemia. A calcium értékeknek nem kell magasaknak lenniük (Hoesch egy spontán töréssel jelentkező esetében csak 13 mgr% volt), s a mellékpajzsmirigy-daganat eltávolítására a beteg meggyógyult. A betegség általában 30—50 év között jelentkezik leggyakrabban, nőknél 3—4-szer olyan gyakori, mint férfiakon.

A mellékpajzsmirigy túlműködésben szenvedő betegek sokszor éveken át tartó rheumás panaszok miatt mennek orvoshoz. Vérszegénység, gyengeség jelentkezhet és ilyenkor, amikor a csontrendszer részéről még szembeötlő eltérések (nagy alaki eltorzulás, spontán törés) nem mutatkoznak, sokszor a betegség lényegét nem ismerik fel, mert nem végeznek vércalcium meghatározást. A túlműködés kapcsán jelentkező eltérések közül tehát fontos tünet: a vércalciumtűkór emelkedése (norma: 9.5—11.0 mgr%), a következményes izomgyengeség (csökkent neuromuscularis ingerelhetőség), fáradékonyság, nyálfolyás, rheumás végtagfájdalmak, a fokozott calciumkiválasztódás miatt tejszerűen zavaros vizelet, a később jelentkező spontán csonttörések mellett a jellemző rtg.-kép.

A túlműködés kórkép gyógyítása eredményesen egyedül műtéttel lehetséges, amelynek lényege a mellékpajzsmirigy-daganat eltávolítása. Műtét után a kellemetlen fájdalmak eltűnnek, a vércalciumtűkór normális értékre süllyed vissza, megszűnik az állandóan fokozódó mészvesztés, a vér felesleges ionizált calcium sóit ismét a csontrendszer hasznosítja. A műtét után minden esetben gyors javulás következik be, amely a betegség kezdeti időszakában teljes gyógyulásra vezethet. Műtét nélkül a kórjóslat rossz.

Röviddel a mellékpajzsmirigy-daganat eltávolítása után postoperatív tetánia fenyegethet, ami normális serumcalcium-értékek mellett is bekövetkezik. Ennek magyarázata egyrészt az, hogy a csontrendszer oly módon veszi fel a mészcsókat, hogy a mész pótlása a szövetekből és a bélből nem történhetik elég gyors ütemben. Másrészt a serumcalciumtűkór hirtelen süllyedése a magas értékekről a normálisra ugyanúgy hat, mintha a normálisról a normális alá esnék. A műtétutáni tetánia veszélye elhárítható azonnal adott AT. 10-zel, vagy visszerbe fecskendezett calciummal.

A mellékpajzsmirigyek csökkent működése sokkal gyakoribb, mint a túlműködés. A csökkent működés kapcsán jelentkező kórkép, a tetánia, amelynek különböző alakjai ismerete-

sek. Általában jellemzi a képet a neuromuscularis apparatus és a központi idegrendszer erősen fokozott ingerelhetősége, amely vagy hirtelen beálló sajátságos görcsös állapotban jelentkezik: tetániás roham (manifest-tetánia), vagy a roham maga elmarad és csak a fokozott neuromuscularis ingerelhetőség és egyéb jelek utalnak a mellékpajzsmirigyek csökkent működésére (latens-tetánia).

A betegség klasszikus alakja a *parathyreopriv-tetánia*, amely golyvaműtétek kapcsán a szerv ronsolása vagy bevérzése, esetleg eltávolítása, még inkább a mellékpajzsmirigyeken végzett műtétek után jelentkezik. Ilyenkor a tünetek általában az első három napon belül jelentkeznek, néha azonban már pár órával a műtét után. Általában minél korábban állanak be, annál súlyosabbak. A betegség görcsös — tetanusra emlékeztető — rohamokban jelentkezik, amit jósló tünetek vezetnek be: nyugtalanság, bizsergés (paraesthesia), húzó fájdalmak, merevségérzés a végtagokban. A roham fájdalmas tonikus görcs alakjában indul meg, amely a felső, majd az alsó végtagokban jelentkezik először. A kézen sajátságos özfejszerű tartás alakul ki, csuklóban hajlított és ulnaris fordult kéz mellett az ujjak alapperce hajlított, a többi nyújtott, a hüvelyk opponált, az alkar könyökben enyhén hajlított. A lábak equinovarus állásban (az ujjak hajlítottak, a láb plantarflexióban). Az arc a mimikus izmok és a szemhéjak görcsös összehúzódása folytán megmerevedik, gyermekeknél gyakran laryngospasmus kíséri. Ráterjedhet a görcs a mellkasra, rekeszizomzatra és gégegörcs miatt fulladással az életet is veszélyeztetheti. A roham alatt az eszmélet megtartott, a görcsöket erős fájdalom kíséri. A hőmérséklet és az érverés rendes vagy alig fokozódott. A roham percekig, órákig, néha napokig tarthat.

A rohammentes időszakokban vagy a betegség azon formáiban, amelyekben kifejezett rohamok nem jelentkeznek (latens-tetánia), ugyancsak kimutatható a környéki idegek rejtetten fokozott ingerelhetősége, amely a) mechanikus (Chvostek-, Trousseau-, Hoffmann-tünet), b) villanyos (Erb-tünet) és c) vegyi ingerekkel (adrenalin, pilocarpin) szemben tanúsított fokozott ingerelhetőségben nyilvánul meg. Nem ritkán kíséri ezt az állapotot trophikus zavarok jelentkezése: haj kihullása, körmök letöredezése, zománcchiány a fogakon, gyermekeken kifejezett angolkór, törékeny csontok, a szemén hályogképződés. Hosszan tartó tetánia folyamán hónapok vagy évek múlva psychés zavarok állhatnak be, vagy epileptikus állapot fejlődhet ki.

Jellemző és fontos a vércalciumtűkór viselkedése, amely tetániás állapotban (csökkent mellékpajzsmirigyműködés esetén) kifejezetten csökkent, ugyanakkor a szervetlen foszfat mennyisége a vérben emelkedett, de a fokozott visszatartás miatt a PO_4 a vizelet-

ben csökkent. A görcs akkor következik be, amikor a calciumcsökkenés és a foszfat emelkedés görbéi egymást keresztezik, átlag 5–6 mgr%-os calciumtűkór mellett; egyidejűleg a vörösvérsejtek süllyedési sebessége nő (Beznák).

A heveny tetania súlyos alakjai főként műteti mellékpajzsmirigy ártalom vagy kiirtás után jelentkeznek. A rejtett tetánia sokszor a mirigy kimutatható bántalma nélkül áll be különböző körülmények miatt. A tetánia oka kétségtelenül a mellékpajzsmirigy működés súlyos zavara vagy teljes hiánya (elsődleges tetánia). A többi alakban is mindig kimutatható a mészanyagcsere zavara (a tünetek parathormonnal jól befolyásolhatók), tehát világos, hogy ezek oka is a mellékpajzsmirigyek csökkent működése, amit különböző okok (belső-secretiós zavar, anyagcserezavar — alkalosis) váltanak ki. Ezek a *másodlagos tetániák*. Az idetartozó fontosabb kórképek röviden a következők: 1. *Anyasági tetánia*, amely terhesség vagy szoptatás alatt jelentkezik. Oka valószínűleg az, hogy az ébrényi szervezet csontrendszerének felépítéséhez szükséges mészhatszámolás meghaladja a mellékpajzsmirigyek teljesítőképességét. 2. *Gyermekekori tetánia*, amely leggyakrabban 1/2–3 év között jelentkezik (laryngospasmus, spasmophilia). Ezek egy része közvetlen sérüléssel (szülés közben vérzés), másik része az angolkóros állapot kapcsán fellépő calcium és foszfor anyagcserezavarral hozható összefüggésbe. 3. *Fertőzéses tetánia* influenza, tüdőgyulladás, hasi hagymáz, vérhas, stb. kapcsán keletkezik, valószínűleg a mellékpajzsmirigyek toxikus ártalma folytán. 4. *A gyomor-bél tetánia*, leggyakrabban gyomorszájszűkület, ritkábban tartós hasmenés kapcsán jelentkezik, valószínűleg a megzavart anyagcsere váltja ki. 5. *Az idiopathikus tetániák* oka ismeretlen, előfordul bizonyos földrajzi helyekhez kötött endemiásan, bizonyos foglalkozású egyéneken (cipész, szabó) leggyakrabban január–április hónapokban. 6. A régen ismert *hyperventilációs tetánia* ma sem teljesen megmagyarázott.

A mellékpajzsmirigyek csökkent működésének sokszerű és érdekes kórképe gyakran állítja nehéz feladat elé a szakorvost és a gyakorlóorvost egyaránt. A kórisme biztosítására a következő menetű vizsgálat ajánlatos: 1. A környéki idegek fokozott mechanikus ingerelhetőségének kimutatása (Chvostek, Trousseau-tünet). 2. A fokozott elektromos ingerelhetőség vizsgálata. A n. ulnaris katód nyitási rángása 5 MA. alatt van. 3. Serumcalciumtűkór meghatározása, amely mindig a normálnál (9.5–11.0 mgr %) alacsonyabb. Megjegyzendő, hogy a calciumtűkór csökkenése nem arányos a betegség súlyosságával. 4. Az exogen lencsezavarosodás — hályog — kimutatása, amelyet közvetlenül a tok alatt fellépő pontszerű zavarosodás jellemez. Általában

csak a betegség előrehaladottabb időszakában mutatható ki. Az öregkori hályogtól könnyen elkülöníthető. 5. Az EKG. szívizomvizsgálat. A QT szakasz megnyúlt, egyes szerzők szerint a QT szakasz megnyúlása a calciumtükör csökkenésével párhuzamosan halad.

A legfontosabb módszer az orvos kezében kétségtelenül a vér calciumtükörének meghatározása, amely minden esetben ismételt elvégzendő.

A betegség lefolyása különböző. A súlyos postoperatív tetániák halálosak is lehetnek. A rejtett tetániák legtöbbször teljesen meggyógyulnak, a gyermekkoriak gyakran görcs-készség visszahagyásával.

Kezelés: Heveny postoperatív tetániás roham esetében azonnal calciumot adagolunk (20 ccm-t vizsérbe, vagy 40 ccm izom közé) s amint a beteg nyelni tud, 4–5 ccm AT. 10. A következő napon 40–60 ccm Ca-ot teában adunk, majd vércalcium meghatározást végzünk. (Az AT. 10. hatás kifejlődéséhez kb. 24–48 óra szükséges.) A további adagolás a serumcalciumtükör nagysága szerint folytatható, a klinikai tünetek pontos ellenőrzése mellett. Meghatározzuk az AT. 10. azon legkisebb mennyiségét, amely a beteg vércalciumtükörét éppen a normális alsó határán tartja (9.5–10.0 mgr %). Ehhez kezdetben 4–5 naponként, majd hetenként, később havonta végzünk vércalcium meghatározást.

A rejtett tetániákat úgy kezeljük, hogy kezdetben 2–4 ccm AT. 10. adunk hetenként, majd a legkisebb mennyiségű hatóanyagot meghatározva, adagoljuk tovább.

Ha a kezelés közben étvágytalanság, álmatlanság, gyengeség, hányás, fokozott szomjúságérzés áll be, túladagolással állunk szemben. Azonnal csökkenteni kell az AT. 10. adagját és serumcalciumtükör ellenőrzés mellett kell beállítani a megfelelő adagot.

Számos irodalmi adat szerint a idült tetániák AT. 10-zel tökéletesen egyensúlyban tarthatók és a műtétutáni tetániák is tünetmentessé válnak. Sokszor a beteg egész életén át adagolni kell, ez azonban a meghatározott legkisebb mennyiség mellett minden baj nélkül keresztülvihető. Az AT. 10-et Holtz 1934-ben alkalmazta először. Ez tulajdonképpen besugárzott ergosterin oldat (1ccm = 30–50 csepp). Az adag mennyiségét kezdetben, amikor még nagyobb mennyiségre van szükség ccm-ben, később cseppekben adjuk meg.

Az AT. 10. ma a tetánia kezelésében a legfőbb szerepet játssza és minden régebbi gyógyszer (calcium, parathormon, lactovegetabilis étrend, mirigybeültetés) jóformán teljesen kiszorított. A mirigybeültetést egyes esetekben még ma is alkalmazzuk, pl. műtét kapcsán eltávolított mellékpajzsmirigyet visszaültethetjük praeperitoneálisan. Végeztünk homoio- vagy heteroplasticus átültetést.

Heveny roham kezelésére az AT. 10. nem alkalmas, mert hatása lassan fejlődik ki (24–48 óra). A rohamot calcium- vagy parathormonadagolással küzdjük le és a hatás tartóságát AT. 10-zel biztosítjuk.

Köves István dr.
I. sz. Sebészeti Klinika

Csecsemők kanyarója.

Csecsemőkorban a kanyaró lefolyása attól függ, örökölt-e a csecsemő az anyától *immunanyagokat* (ha az anyának volt kanyarója), *mennyi maradt meg* a csecsemőben ebből az örökölt immunitásból (milyen idős a csecsemő), *milyen állapotban éri* a csecsemőt a kanyaró, végül *társul-e szövödmény* a kanyaróhoz. A csecsemő enyhe és súlyos kanyaróját külön-külön kell jellemezni.

Az anyától örökölt immunitás 4–5 hónapnál tovább nem tart. *Enyhe* szokott lenni annak a 4–5 hónapnál fiatalabb csecsemőnek a kanyarója, akinek az anyja valamikor kanyarót kiállott. Ilyen esetekben már az incubatio is 10 napnál tovább tarthat. A lappangási tünetek olyan enyhék lehetnek s a láz olyan csekély, hogy a prodromumban esetleg nincs is gyanúnk kanyaróra, ha csak az anamnesis nem figyelmeztet erre. A Koplik-foltok is gyakran hiányoznak. A kanyarós csecsemő nyálkahártyái inkább livides pirosak, szemben az influenzás csecsemő élénkpiros nyálkahártyáival; ez a különbség azonban nem mindig tűnik fel. A kiütés sokszor csak gobostüfejnylencsényi papulákból áll és igen gyér, de annak elhelyezkedése még ilyenkor is jellegzetes (fül mögött és az arcon kezdődik, stb.). A kórisme felállítása ilyen enyhe esetekben nehéz lehet.

Influenza után, a láz megszűnésével egyidőben, a kanyaróhoz hasonló kiütés léphet fel (morbilliform grippeexanthema, vagy régi nevén exanthema subitum). A kanyarókiütés az arcon legkifejezettebb, a csecsemőkorban is gyakran összefolyó, livid-piros. A morbilliform influenzakiütés mindig halványpiros, az arca alig terjed ki és soha nem összefolyó. Előfordul ritkán, a csecsemőn is az, hogy a kanyarókiütés a láz csökkenésekor jelenik meg: a kanyarónak és a kiütéssel járó influenzának elkülönítése tehát a fiatal csecsemőn nehéz lehet. Rubeolát csecsemőn ritkán állapítunk meg: egyrészt azért, mert ez csecsemőn ritka, másrészt azért, mert annak lefolyása a kanyaróéhoz hasonló. A rubeola jellegzetes tünetei csecsemőkorban nem kifejezettek. Az elkülönítő kórisme a kezelés szempontjából nem jelentős. Ilyen kétes esetben azonban a „kanyaró gyanújának” megállapítása a környezet megóvása szempontjából fon-

tos: Amennyiben ilyen morbilliform kiütést észlelünk, és amennyiben a kanyaró biztosan nem zárható ki, a „kanyarógyanút” fenn kell tartanunk. Kanyarógyanús beteg környezetében minden csecsemőt és beteget, főképen gümőkóros és számárköhögős gyermekeket kanyaró ellen oltani kell.

Az 5—6 hónapnál idősebb csecsemő kanyarója legtöbbször *komolyabb* betegség: Nagyobb csecsemőn a láz, a nyálkahártyák hurutja, a kiütés, éppen olyan kifejezett és heves alakban jelentkezik, mint a későbbi gyermekkorban. A csecsemőt főképen a bronchopneumonia, a pseudocroup, gennyes középfülgyulladás, enteritis, toxicosis veszélye fenyegeti. Ugyancsak súlyos azoknak az újszülötteknek és 4 hónapon aluli csecsemőknek kanyarója, akik kanyarót ki nem állott anyától származnak. Az újszülött kanyaróját egyébként is piros, sokszor hámló bőre miatt, gyakran nem vesszük észre. Az újszülöttkorban azonban az anamnesis legtöbbször útbaigazít: rendszerint tudjuk, érintkezett-e az újszülött kanyarós egyénnel. Kanyarós anya kanyarós magzatot is szülhet.

Ha a csecsemő láza a kiütést követő 3—4-ik nap után nem csökken, grippés szövődményre kell gondolnunk és otitis után kutatnunk. Gyakran kell sulfamidkészítményeket alkalmaznunk, nemcsak otitis és bronchopneumonia esetén, hanem akkor is, ha a kanyaró grippés betegséggel szövődik. Otitis, bronchopneumonia, enteritis, dysenteria, de főképen pertussis társulása esetén korán el kell kezdeni a vérkezelést. (Transfusio, emberi vérsavó vagy vérsavókészítmény izomba.)

A kanyarós csecsemőt óvni kell hurutos egyénektől. Az egyszerű kanyaró csecsemőkorban is jóindulatú. A tömeglakásokban ápolt, grippével szövődött kanyaró azonban komoly betegség.

A pseudocroup és a diphtheriás croup veszedelmes szövődménye a kanyarónak. A csecsemő kanyarójával kapcsolatban gyakoribb a pseudocroup, de a diphtheriás croup lehetőségéről sem szabad elfeledkeznünk: Kanyaróval kapcsolatban mélyről jövő, ugató köhögés, erős rekedtség, de különösen aphonia, stridorosus légzés esetén, Di-serumot kell alkalmaznunk még a bakterológiai lelet megérkezése előtt. Az ilyen betegnek antipyreticumot, nyugtatót, sulfamidkészítményt kell rendelni és mielőbb kórházba szállítani. Gyakran csak a tracheotomia menti meg a gyermeket a fulladástól. Gyakoribb a pseudocroup, amely

a prodromalis tünetekkel egyidőben, vagy a kanyarós tünetek lezajlása után jelentkezhetik. A *hirtelen* fellépő súlyos gégehurut (főképen a prodromalis szakban), legtöbbször *pseudocroup*. Az influenzás, diphtheriás croup aránylag elég gyakran együtt jelentkezik. A hirtelen kitörő influenzás crouphoz diphtheriás croup is társulhat. A croupos tünetek gyakran veszedelmes gyorsasággal fejlődnek ki: a rekedtséghez, az ugató köhögéshez már néhány óra múlva stridorosus légzés, légszomj, cyanosis társulhat. Ebben az állapotban a nyugtatókat csak injekciókban vagy rectalisan tudjuk alkalmazni. A kezelésre vonatkozó további adatokat az O. H. 1944. 32. sz.-ban megjelent cikkemben foglaltam össze.

Sokat segíthetünk a *prophylaxissal*. Egészséges korában a csecsemő csakis egészen megbízható gyermekek társaságában tartózkodik. Sok gyermek között akadhat egy-egy gümőkóros, számárköhögős vagy kanyarós. Ha tudomást szereztünk arról, hogy az egészséges csecsemő kanyarós vagy kanyarógyanús gyermek közelében volt, védoltást kell alkalmaznunk. Az egészséges csecsemőt az incubáció 4-ik napjáig sikerrel olthatjuk kanyaró ellen. Egészséges csecsemőnek prophylaxis céljából 5—6 cm³ kanyaró-reconvalescenssavót, vagy 10—15 cm³ kevert emberi vérsavót, vagy 20—30 cm³ kevert felnőttvért adunk izomba. Az 5-ik lappangási napon ezeknek az adagoknak kétszerese még megvédheti a csecsemőt. A 6-ik incubációs nap után a serumprophylaxis már hatástalan. Kanyarós környezetében lévő újszülöttet csak abban az esetben kell védoltani, ha az anya még nem esett át kanyarón. Az újszülöttnak prophylaxis céljából a csecsemő számára szabott serumadagok 60—70%-át adjuk. A reconvalescens-savó csaknem egészen megbízható. Felnőttvérrrel sokszor csak *felfojtást* tudunk elérni: ugyanis csak gyengített kanyaró fejlődik ki hosszabb lappangási idő után. Az ilyen felfojtás útján keletkezett gyengített kanyarót legtöbbször teljes sikernek tekinthetjük, mert így legalább enyhe betegséggel tartós immunitást biztosítottunk.

Teveli Zoltán egyetemi magántanár.

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

szerű, egyik betegünkénél többszörös, egy másiknál pedig kétoldali volt. A széteső tüdőfolyamatokat a mikroszkopi vizsgálattal megtalált alveolus részek, rugalmas rostok, zsírsavkristályok s a helyenként 1 literre is menő, hármas rétegződésű bűzös köpet, továbbá a többször készített röntgen-felvételek sorozata igazolta. Bronchographiát egyetlen esetben sem végeztünk. Gümőkórtól, daganattól, letokolt gennymelltől való elkülönítés a röntgenvizsgálat és kórlefolyás alapján nem okozott különösebb nehézségeket. A betegek kórtörténeti kivonatait a táblázat mutatja.

Magától csak egészen kicsiny és friss tályog szokott meggyógyulni. Éppen ezért fontos a gyógyítás kérdése, amelyben a gyökeres és várakozó orvoslás hívei állanak egymással szemben. A gyógyszerek nagy száma mutatja a kezelés bizonytalanságát. *Korányi, Viel* a sublimat-belélegzés értékét dicséri. *Schliephake* és *Dieke* egy-egy betegen 60–80 rövidhullámú kezelést végeznek és *Hrabovszky* is jó eredménnyel alkalmazta a rövidhullámot. *Ferenczi* sublimat és rövidhullám alkalmazása után 50%-os eredményt látott. *Somntag* műtét nélkül 60–90%, műtéttel 15–33%-os halálozással találkozott. *Paolucci* a korai műtét híve, 86%-os gyógyulásról számol be. *Sauerbruch, Romani, Brun* 6–8 hét elteltével operálnak; *Neuroff* és *Touroff* jó eredményeiket a 6 héten belül elvégzett műtetre vezetik vissza. Klinikánk álláspontja: »ha megfelelő belgyógyászati kezelésre a beteg 3–4 hét alatt sem lesz láztalan, erőbeli állapota romlik és a röntgenkép a környezetben való tovaterjedésre mutat, akkor a műtét alig lesz elkerülhető«. (Matolay.)

Mire vezethető vissza az epesavak gyógyító hatása? *Hilgermann* a chemotherapiát a szervezet activ védetségének tekinti, amely a kémiai anyag által előlt bakteriumok hatására jön létre. Ilyen értelemben az epesavak streptococcus elleni hatása is érthetővé válik, mert in vitro csak a pneumococcus-oldás ismeretes. Az antiseptikus hatás elérését a vérben *Mündel* 0.2% szintmagassághoz köti; *Stoeckel* abban látja a hatást, hogy a szervezet erői a streptococcusok egy kis részének előlése és feloldása által fokozódnak, a toxinokat pedig az antitoxinok és az epesav többi, még le nem kötött része közömbösíti. Feltűnő epesavak alkalmazására a közérzet gyors javulása. Oka valószínűleg a májra gyakorolt hatása: az epecapillarisok és az epeutak sejtjeinek átmérője megnagyobbodik, az epefolyadék mennyisége nő, fokozódik a kiválasztás és ezáltal a májszövet és epeutak ú. n. *belső drainageja* jön létre (*Clara, Schmidt*). A vízforgalomra való befolyás a vizelethajtó hatásban nyilvánul meg (*Zemplényi, Weigand*). Epesavakra, a vér nitrogénszintje, kóros értékről normálisra száll alá (*Azzolini*). Nő a vér alkalireserv értéke (*Marengo, Massimello*), az ultrafiltrálhatóságot azonban nem befolyásolja (*Faludi*). Epesavak alkalmazására fokozódik a bilirubin-

kiválasztás, csökken, majd később szaporodik a vércukor (*Hogyan L.*). Epesavas nátriumsók adagolásával állatkísérletben a kísérleti zsírembóliát meg lehet akadályozni. A dehydrocholsav felszívódás után ismét megjelenik az epében és ezzel az epe colloidalis oldatának stabilitását növeli (*Schaffler*), gyűjtőérbe adva az epével választódik ki és csak kis részben a vizelettel (*Shimizu, Murakani*). A phagocitosis index kutyakísérletekben epesav alkalmazására nem változik meg (*Goreczky*). A hatás tisztázása még vizsgálatokra szorul. Ezekről egy másik közleményben számolunk be.

Összefoglalás. Műtét és gennyesítő folyamatok nyomán keletkező tüdőszövődmények esetében a epesavas sók közérzetre gyakorolt jó hatását, bakteriumölő és szagtalanító tulajdonságát felhasználhatjuk. Eseteink száma nem túlságosan nagy, tekintettel azonban arra, hogy válogatás nélküli súlyos betegekről van szó, a gyógyulást nehéz volna véletlen szerencsés sorozattal vagy a tüdőtályognál néha előforduló önkéntes gyógyulással magyarázni. Az eddigiek alapján a dehydrocholsavas nátriumot értékes gyógyszernek tartjuk, főként a műtétutáni tüdőtályog és üszkösödés esetében.

A szegedi M. kir. állami Gyermekmenhely közleménye. (Igazgató-főorvos: Kovács Ödön c. rk. tanár.)

Csecsemőkori sárgaság gümőkóros alapon.

Irta: *Jurány Erika dr.*

Az újszülöttek nagy része az első napok alatt sárgaságos. Ezt a jelenséget, mint *Anselmino* és *Hoffmann* vizsgálataiból tudjuk, az újszülöttek hyperbilirubinaemiája hozza létre, amely a nagy magzati vörösvérsejtszámnak az első napok alatti csökkenése folytán keletkezik. E sárgaságon kívül ismerünk pathológias sárgaságokat is, amelyeknek általában a következő okai lehetnek:

1. örökletes tényezők, amelyek az icterus familiaris gravisra, illetve a magicterusra vezetnek;
2. újszülöttkori sepsis;
3. fejlődési rendellenességek (tumorok, epeút aplasia vagy atresia);
4. congenitalis lues.

Beteganyagunkban két olyan esettel találkoztunk, amelyek aetiologailag nem voltak az említettek közé sorolhatók: ezeket az újszülöttkori sárgaságokat ugyanis gümőkór hozta létre. Ritkaságuk miatt e két esetet közöljük.

Újszülöttkori gümős icterust *Hassmann* írt le 1932-ben. *Hassmann* csecsemője három hónapos korban halt el, disseminált gümőkórban szenvedett, tüdejében, májában, lépében miliaris góccokat talált. A gümösen meg-

nagyobbodott periportális nyirokesomók a ductus choledochust összenyomták és súlyos pangásos sárgaságot okoztak.

Intézetünkben három év alatt két esetben volt alkalmunk gümőkóros csecsemőkori sárgaságot látni és boncoltatni.

1. Első esetünk 1940 július 7-én a szegedi női klinikán született. Súlya 3300 g, magassága 50 cm, fejkörfogata 33 cm. Születése simán folyt le. Feltűnő volt, hogy az újszülött első naptól kezdve sárgaságos volt. Anyjának hőemelkedése volt, ötödik napon mellkasi szűró fájdalmakról panaszkodott és köhögött. A belgyógyász a gyermekágy 7. napján nyílt tüdőgümőkört állapított meg, erre a csecsemőt anyjától elválasztották és a gyermekklinikára helyezték át. Itt felvételi súlya már csak 2500 g. Erős sárgasága van. A csecsemőt göresök kínozzák. Lumbal punctio történt, amikor nagynyomású sárga liquor ürült, amely Pándy pozitív reactiót adott. Széklete acholiás, vizeletében bilirubin, a vérben a v. d. Bergh reactio direkt positiv. A sárgaság dextrose-insulin ellenére sem szűnt meg és öthetes koráig változatlanul fennállott. A 3-4. héten tüdőgyulladásos esett át. A Wassermann- és tuberculin-reactiók negativok voltak. Az 5. héten kezdett eltűnni az acholia, a 6. héten a sárgaság is megszűnt. Mivel a lues gyanuja is felmerült, antilueses kúrában részesült. Ennek befejezése után a csecsemőt 3 hónapos korában (X. 8.) intézetünkbe utalták át. Felvételnél a csecsemő 2050 g. Bőrig lesoványodott, rosszul fejlett. Kötőszövetek halvány. Hasfala feszes, mája egy újjal a bordáiv alatt tapintható. A Pirquet-reactió, melyet a felvétel napján végeztünk, positiv. A röntgenkép a tüdőben elváltozást nem mutat. Másnapra változatlan kép, harmadnapra a csecsemő szívgyengeségben meghalt.

Kórbonctani lelet: Gyengén fejlett és táplált csecsemő. Szívizomzata tömött, billentyűi épek. Tüdeje sötétvörös, légtartó. Alsó lebenyekben a bronchusokból zavaros folyadék ürül. Lépe rendes nagyságú, belei össze vannak esve. A máj jobb lebenyének elülső felszínén két borsónagyságú sárga göb. A gyomor nyálkahártyája egy kissé megvastagodott. Belső szervei vérbővek.

Diagnosis: Debititas congenita. Tubercula dua hepatitis. Hyeraemia organorum internorum. Bronchitis acuta.

2. Második esetünk 1943 február 20-án a szentesi kórház szülészeti osztályán született. Anyja náthás, influenzás volt és ennek tulajdonították a gyermekágy második napján támadt lázat. Az asszony orrát és száját eltakaró kendővel szoptatott. Láza hol nőtt, hol csökkent, genitális lelete negativ volt. A gyermekágy 9. napján az anyát belgyógyással megvizsgáltatták, aki nyílt kétoldali tüdőgümőkört állapított meg. Az anyát tüdőotthonban, a csecsemőt intézetünkben helyezték el.

Felvételi súlya 3270 g, hossza 50 cm, fejkörfogata 33 cm. Közepesen fejlett és táplált csecsemő, belső szervein kór nem volt kimutatható. Wassermann-, Pirquet- és Mantoux-próbái negativok. A harmadik naptól kezdve subfebrilis, az ötödik naptól lázas. Garatja belövelt, más eltérést nem tudunk kimutatni. Ultraseptyl, pyramidont, protargolt adunk, semmi javulást nem tapasztalunk. Súlygörbéje állandóan esett. Lassan röntgen alatt megfigyelhető csekély paravertebrális beszűrődés fejlődött ki. A felvételt követő 11. napon a máj és lép széle tapinthatóvá vált. A 15. napon icterus, ugyanakkor acholiás széklet, a vizeletben epefesték jelenik meg. A máj és lép már két ujjnyira tapintható.

A csecsemőnek görcsei voltak. Lumbal punctióra nagynyomású, víztiszta liquor ürült. Pándy negativ. A felvételt követő 17. napon szívgyengeség tünetei között meghalt.

Kórbonctani lelet: Rosszul fejlett, sovány fiúccsecsemő. Bőre zöldessárga, icterusos. Szívizomzata főtthússzerű, belhártyája, billentyűi épek. A tüdők puffadtak, felszínük sárgásvörös, metszéspapájuk sárgásvörös. A tüdő minden lebenyében szétszórtan a hörgőktől függetlenül elhelyezkedő kölesnyi-lencsényi göcökből álló sárgás szóródást találunk. A lép kb. kétszeresére megnagyobbodott. Mind a lép, mind a máj felszínén és metszéspapáján számtalan kölesnyi-lencsényi miliaris göc. A májkapu mirigyei erősen megnagyobbodottak. Más szervekben eltérés nincs.

Diagnosis: Tuberculosis miliaris hepatitis, lues et pulmonum. Lymphadenitis tuberculosa caseosa hili hepatitis, inde compressio ductus choledochi et icterus gravis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatitis renumque. (Zsák.)

A kórbonctani jegyzőkönyvekből kitűnik, hogy mindkét esetben gümőkór okozta az újszülöttek sárgaságát. Második esetünk *Hassmann* esetének párja, ahol a periportális, gümösen megnagyobbodott nyirokesomók hozták létre a pangásos sárgaságot. Első esetünk nehezebben magyarázható. Ha, ugyanis felteszük, hogy a máj két tuberculuma okozta a sárgaságot, felvetődik az a kérdés, miért szűnt ez meg a hatodik héten. Mechanikus icterus volt-e egyáltalán és ha igen, nem volt-e ennek valamilyen más oka. Hogy ezekre a jogos aggodalmakra feleljünk, a következőket kell mérlegelnünk.

A széklet acholiája, a vizelet bilirubintartalma és a vérben a direkt positiv v. d. Bergh-reactio biztosítják a pangásos sárgaság körjelzését. De ezt okozhatta volna gümó, daganat vagy epeút-aplasia is. A boncolás azonban sem gümót, sem daganatot, sem aplasiát nem talált, csupán a jobb májlebenyben két tuberculumot. Az icterus eltűnését csak úgy tudjuk magyarázni, hogy e tuberculomok az első hetekben nagyobbak lehettek, majd később lassan zsugorodtak és így az epelefolyás megint szabaddá vált.

Eseteink gümős eredetéről csak a csecsemők halála után győződhetünk meg. Az első esetben luesre gondoltak, a másodikban a kórfolyamatot előbb gripés sepsisnek tartottuk. Az anyák gümős betegsége miatt gondoltunk ugyan tuberculosusra, mivel azonban a tuberkulinreactiók mindkét esetben negativok voltak, ezt az aetiológiai lehetőséget elvetettük. Az első csecsemő csak halála előtt három nappal lett tuberculin-positiv, a második végig negativ maradt. Ez a körülmény, mely egyezik *Harrenstein* és *Opitz* észleleteivel, hogy hasi tuberculosus esetén a Pirquet-reactio negativ lehet, — megnehezíti a diagnosist. Úgy látszik, ebből a szempontból párhuzam vonható a Wassermann- és tuberculin-reactiók között. Ahogy fiatal csecsemőn a negativ Wassermann nem zárja ki a luest, úgy a negativ tuberculin reactio sem zárja ki a hasi tuberculosist.

Mindkét csecsemőt súlyosan gümőkóros anyja szülte és szoptatta egy hétig. Meg volt tehát mind az aerogen, mind a placentaris fertőzés lehetősége. A placentaris úton szerzett gümőkórrol *Baumgarten* és iskolája azt tartotta, hogy igen gyakori; ma már azonban tudjuk, hogy ezek az esetek csak irodalmi ritkaságok. De hogy tényleg fordul elő ilyen gümös fertőzés, azt több észlelő esete bizonyítja. *Goebel* a placentaris úton szerzett gümőkór diagnózisához szükségesnek tartja a súlyosan gümös anyát és a hasi tuberculosis megjelenését. Ezek a követelmények mindkét esetünkben megvoltak. Különösen az első csecsemő boncolási lelete szól placentaris fertőzés mellett, mivel itt csak a máj betegedett meg, a hörgőkben és a tüdőben, ahol aerogen fertőzés esetében az elsődleges gócot kellett volna találnunk, semmi elváltozás nem volt. Feltevésünk valószínűségét, hogy itt congenitalis gümőkórrol van szó, az is támogatja, hogy az újszülött már sárgasággal jött a világra és az első naptól kezdve szintelen széklete volt. A máj tuberculumai tehát már a születés idején is megvoltak. Második esetünkben is dominált a hasi szervek gümőkórja, de a tüdőben is bőven találtunk góccokat. A primaer complexust nem sikerült kimutatni. Itt tehát a fertőzés mikéntjének kérdése teljesen nyitott. Ha azonban a miliarisatiót hat hétre számítjuk az infectio után, akkor a 7 hetes korban elhalt csecsemő fertőzésének az első élethétén, tehát aerogen úton kellett megtörténnie.

Akárhogy is fertőződtek az újszülöttek, biztos, hogy gümőkórban szenvedtek és ezzel hozható kapcsolatba sárgaságuk. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert a betegség mellett újszülöttkori sárgaság esetén erre az aetiológiai lehetőségére is — úgy látszik — kell gondolni.

Scrotum-varixből eredő spontánvérzés.

Irta: Mészöly Ödön dr.

Az egyik balatonmenti szanatóriumban üdülvén, a szanatórium belgyógyásza sürgősen hivatott egy 50 éves betegéhez azzal, hogy annak herezacskójából hirtelen erős vérzés indult meg, amit ő hosszabb idő óta eredménytelenül igyekszik csillapítani. A beteghez érve az erősen átvéresedett vatta és gaze-csomók számából megállapíthattam, hogy valóban jelentékeny vérzésről van szó. Minthogy a vérzés sem digitalis, sem tamponos compressióra nem szűnt, sőt egyre erősebben folytatódott, szükségem láttam a vérző edény ércsípővel lefogását, majd kifőzött varrocénnával elvégzett lekötését. A vérzés erre azonnal megállott és akkor az ok tisztázásához fogtam.

A herezacskó bőrének megtisztítása után kitűnt, hogy a scrotum bőrében hálózatos el-

rendeződésű, erősen tágult és vékonyfalú gyűjtőerek kanyarognak. E varicosus-edények egyes helyeken a ceruza-vastagságot is elérték, egymással közlekedtek s találkozási pontjaikon többszörösen megcsavarodva, borsónyi, kékes lila csomók voltak láthatók. A tágult edények kizárólag a scrotum elvékonyodott bőrében helyezkedtek el, a mélybe nem voltak követhetők, tehát varicocele nem volt jelen. A herék kissé sorvadtak, a normálisnál jóval kisebbek voltak. A betegem sem az alsó végtagjain, sem a test egyéb helyén értágulat nem volt, nodus vagy fekélyes folyamat nem állott fenn nála. Testi felépítettsége, a petyhüdt izomzat, az elégtelen rugalmasságú kötőszövet, általános ptosis az alkati jelleget élénken mutatta.

A herezacskó bőrének phlebektasiája meglehetősen ritka kórkép. *Kovács János* tízezren felüli baleseti sérült anyagában és honvéder-vosi vizsgálatai során scrotum-varixot egy esetben sem látott. *L. Torracca* a kérdés alapos tanulmányozója (*Riforma med.* 1941.) szerint a scrotum varixai az egyszerű vénás tágulattól egészen a nagy varicosus convolutumokig terjedő fokozatban elég ritkán fordulnak elő, de mindenkor a környezet hasonló természetű megbetegedéseivel együttesen (varicositas femoris, — cruris, — suprapubica, — intraabdominalis, varicocele, nodus stb.). Ezen alapos tanulmány magában álló scrotum-varixról nem számol be. Más szerzők, így *Marotta* (*Press. med. Arg.* 1923.) és *Rallis* (*Vertr. med. Ges. Athen.* 1923.) a suprapubicalis tájék kiterjedt varicositása mellett észlelt vénatágulatot írtak le a scrotum bőrterületén. Egy esetben a leírt kórkép a kismedencebeli szervek varicositása mellett a boncolás folyamán került észlelésre.

Amint az itt felsorolt adatok is mutatják, az izolált herezacskó varix-ja rendkívül ritka kóranatómiai elváltozás. Aetiológiai magyarázata az alkati okok mellett keringési zavarokban (pangás a v. cava területén, túlnyomás a v. spermaticában,) valamint májbetegségekben stb. keresendő. Kóronetani jellege: a tágult gyűjtőér elvékonyodik, mediája az aneurysmákhoz hasonlóan elsorvadt és annak helyén néha rostos kötőszövet alakul ki; ebben olykor kereksejtes beszűrődés mutatható ki, jelöl annak, hogy a mediát gyulladás pusztította el. A tágult gyűjtőér fala néha lehet vastagabb is a rendesnél, de ez esetben inkább az intimát találjuk megvastagodottnak. A varix fala gyakran elvékonyodik s ez — mint esetemben is történt — súlyos vérzésnek lehet okozója. Ha mélyebben futó varix reped meg, a vérzés nem jut a külvilágra; ily esetben a vér a szövetek közé kerül, amikor is nagy kiterjedésű subfasciális haematoma keletkezik.

A vérzéseken kívül a phlebektasiának két másik szövödménye ismeretes, a phlebitis és a thrombosis, amelyek részint a megbetegedett véredényben bekövetkezett keringési zavarban, részint pedig helyi izgalmi okokban, bakterialis tényezőkben találunk magyarázatot.

A gyógyítás kérdését illetőleg megemlíthetjük, hogy kisebb kiterjedésű esetben elegendő a tágult edények lekötése vagy aláöltése, de súlyosabb formák esetén szükségessé válhat a scrotum resectiója is.

Bár a közölt eset nem tartozik szakmámba, az orr-, gége- és fülgyógyászat körébe, a scrotum-varicositas, különösképpen pedig annak spontán bekövetkezett vérzéssel való együttes előfordulása a ritkább kórképek közé tartozván, célszerűnek láttam esetem ismertetését.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

Rovatvezető: *Benes Lajos és Rhorer László.*

Adatok az osteodystrophia fibrosa generalisatához. *Oswald.* (Bruns Beitr. zur Klin. Chir. 175. l.) Bár ma az a helyzet, hogy az osteodystrophia fibrosa generalisatát az epithel testek daganatának kiirtása jól befolyásolja, még az elsődleges folyamatokról, amelyek ennél a betegségénél lejártnak, kevésbé tiszta a kép. Hat Recklinhausen-féle csontbetegségben szenvedő betegről kapunk beszámolót, amelyeket a frankfurti egyetemi sebészeti klinikán észleltek. Három esetben lehetett a műtét után a betegek sorsát hosszabb időn keresztül követni. A műtét utáni lefolyásnál a német irodalomban 1930 óta közölt esetekben az első két évben lényeges javulást láttak. Ezzel szemben később még mindig kedvezőtlen a kórjólát. (B. 18.)

Arányi Sándor dr.

Nyaki borda és scalenus tünetesoport. *Marti.* (Schweiz. Med. Wschr. 1944. 28.) Az oldalsó nyaki háromszögben keletkezett rendellenességek, a bonyolult anatómiai viszonyok miatt igen változatos kórképet idézhetnek elő. Ezek közül leggyakoribb a fölös számú és sokszor kétoldali nyaki borda jelenléte, a scalenus izomzat vagy a sympathicus idegek elváltozása. Az izmok megbetegedése zsugorító myositis formájában nyilvánul meg és a nyaki bordával együtt térszűkítő folyamatként szerepel. Az idegeken utóbbi nyomásának hatására idült gyulladásos elváltozásokat figyeltek meg. A tünetek a csont és érrendszer, valamint a karfonat másodlagos elváltozásából származnak és igen változatosak lehetnek. Az egészen enyhe fokú érzékszavaroktól a felső végtag teljes bénulásáig, a kisfokú izomerő gyengüléstől és előrehaladott sorvadásig és az alig

észlelhető keringési zavaroktól a kiterjedt elhalásokig minden átmenetet megfigyeltek. Mindezek mellett állandó tünet az oldalsó nyaki háromszög nyomásérzékenysége. A megbetegedés kórakbana nem egységes, de többnyire a térszűkítő elváltozás mellett, mint kiváltó ok, külső behatás is szerepel. Jellemzőnek tartják a spontán remissiókat. Az elkülönítő körjelzésnek izületi, gerincvelő és elsődleges ideg- és érmegbetegedésekre kell kiterjednie. Kisfokú, kezdődő panaszok, valamint súlyos, többé nem javítható bénulások és sorvadások esetén tüneti gyógyítás helyénvaló. Súlyosabbfokú térszűkítettség esetén a nyaki borda, vagy a hegesedett scalenus izmok resectiója jöhet szóba. Periarterialis sympathectomia vagy arteriectomia is tökéletes gyógyulást eredményezhet. (R. 22.)

Ifj. Hüttl Tivadar dr.

Máj- és epebántalmak esetében

CHOLOGEN

tabletta No. 1, 2 és 3

Cholagogum és cholereticum baktericid és spasmolytikus hatással

Indikációk: Cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis, ikterus catarrh., hyperemesis gravidarum, valamint a máj-epe-rendszerben végzett műtéti beavatkozások elő- és utókezelésekor

Adagolás:

10 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
40 napon át	reggel és délben 1—2 tabletta	No. 1
	este 2 tabletta	No. 2
10 napon át	reggel, délben és este 1—1 tabletta	No. 3

Magyarországi vezérképvislet: HORMON gyógyszer-vegyészeti kft. Budapest, IX., Köztelek-utca 4/a.

Influenza és meghűléses betegség esetén nélkülözhetetlen

PANAFLU-CHINOIN

Meggyorsítja a lefolyást és megakadályozza a szövődmények kifejlődését!

10 és 20 tabletta

5 végbélkúp

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Az impetigo herpetiformis pathogenesise. Schauer L. (Archiv f. Dermat. u. Syph., 1944. 306.) A szerző az impetigo herpetiformis és a belső secretiós működés összefüggését vizsgálta a vizelet petefészek hormonjának meghatározásával. A folliculus hormon mennyisége nagymértékben csökkent, mert a normalis 20.000 E-gel szemben csupán 1000 E-et talált. A vér calciumszintje ugyancsak alacsony (7.1 mgr%) volt. A betegnek terhes nő serumát adta, (kétszeri befecskendezés 10 cm³) mely a folyamatot 10 napon belül meggyógyította. A terhes vér serumának alkalmazása már korábbi adatokból ismeretes, mert a folliculin hiányának pótlásával igen előnyösen befolyásolja az impetigo herpetiformist. (Sz. 22.)

Czmór Ella dr.

A lupussarcoma. Schürer-Waldheim F. (Archiv f. Dermat. u. Syph., 1944. 281.) A szerző egy esetet ismertet, ahol a lupus kezelése után óriássejtes sarcoma lépett fel. Ezzel kapcsolatban az irodalomban ismertetett azon esetek áttekintését nyújtja, melyek a röntgenkezelés után fellépő tumorokról számolnak be. Utal a sugárkezelés fontos szerepére a lupusból kifejlődő daganatok szempontjából. A specifikus tuberculosus folyamat azonban mint a keletkezésben ugyancsak szerepet játszó tényező nem hanyagolható el. Az óriássejtes sarcoma, melyet ismertet, elég ritkán fordul elő a lupus-kezelések utáni szövődményekben. (Sz. 23.)

Czmór Ella dr.

Felülfertőzés lymphogranuloma inguinale esetében. Sonck. C. E. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1944. 293.) Sonck bár megállapítja, hogy lymphogranuloma inguinale egy esetében sem észleltek felülfertőzést, sőt ez kísérleti oltás útján sem sikerült, de az általa leírt esetben mégis erre gondol. Betege egy prostituált nő volt, aki 14 évvel előbb periproctitisben megbetegedett. A Frei-reactio pozitív volt. A beteg már 10 éve együtt élt egy férfi-

val. Nyirokesomó duzzanata sohasem volt. 1937-ben a gátján friss gennyes incisiós fistulával a kórházból elbocsátották. Partnere 3 hónappal később megbetegedett lymphogranuloma inguinaleban. 2-3 hónappal a férfi megbetegedése után hirtelen magas láz közepette a nő is megbetegedett és ökölnyi lágyéki nyirokesomó duzzanatot kapott. A gennyből Frei-antigent sikerült előállítani. 4 hónappal később oly mértékben rosszabbodott periproctitis, hogy gyorsan anus praeternaturalist kellett készíteni nála. Az évek óta fennálló betegségben hirtelen fellépő lágyéki tünetek felülfertőzésre engednek következtetni. Sonck úgy véli, hogy a szinte avirulens (gát-fistulából nyert) vírus azzal, hogy új betegséghordozóra került át, valószínű virulentiájában annyira felerősödött, hogy így a valószínűleg gyengén immunis aszszonyt újra megbetegítette. (Sz. 19.)

Flórián Ede dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Népünk egészsége. Írta Faragó Ferenc. Kiadja az Orsz. Közoktatási Tanács. (Kír. Egyet. Nyomda.) Ára 6 pengő. Pompás, 244 oldalas kis könyv, kemény kötésben, mely megad minden felvilágosítást népünk egészségéről, a reáttörő fertőző- és népbetegségekről, a helyes táplálkozásról, ivóvízről, otthonról és végül arról az országos szervezetről, amely népünk egészségének védelmében működik. Az egészségügyi kérdések népszerű tárgyalásában nagy jártassággal bíró szerző az átlagos intelligenciájú ember számára oly egyszerű világossággal adja elő mondani-valóit, hogy azt senki földre nem értheti, minden orvosi képzettség nélkül is tisztán lát anélkül, hogy a kuruzslás sikamlós területére tévedne.

A könyv nem az orvosoknak íródott, hanem a műveltebb laikusok felvilágosítására. De nagyon hasznos nekünk is belemézegetni, már csak azért is, hogy ismerőseink körében ajánlhassuk és terjeszthessük.

Szerk.

Hydrocodin

Tonopar sol.

kellemes ízű máj-, vitamin- és réztartalmú
antianaemicum, tonicum, roborans

STRAUB SÁNDOR

Diachemia

Budapest, VI., Teréz-körút 27.



GRANULOCITOGEN

SPECIFICUM
AGRANULOCYTOSISBAN

»CERTA« GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

VEGYES HIREK

Halálozás. Gyergyócsomafalvi Róka Zoltán dr., a miskolci gyermekmenhely ig. főorvosa, október 13-án Budapesten elhunyt.

Hősi halott orvosok. Szilágyi Ferenc dr. orvosszázados, Cseh Béla dr. tartalékos orvosahadnagy, Thán József dr. tartalékos orvosszázados, Emléküket kegyelettel őrizzük.

Kitüntetett orvosok. Magyar Érdemrend Tisztekeresztje hadidíszítménnyel és kardokkal a hősi halált halt Borgóy Sándor dr. orvosőrnagy, az ellenség által elaknásított Dunán 1944. V. 6-án hajózás közben, ellenséges aknamezőn való áttörés alkalmával tanúsított bátor és önfeláldozó magatartásáért. Magyar Érdemrend Lovagkeresztje hadiszalagon a kardokkal: Takács László dr. orvosszázados az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásáért. Magyar Érdemrend Lovagkeresztje a hadiszalagon: nemes Regéczy-Nagy Lajos dr. orvosezredes, vitéz Rosztóczy Ernő dr. orvosalezredes az ellenség előtt teljesített kitűnő szolgálatukért. Magyar Vöröskereszt Érdemérem: Laky László dr. tartalékos orvosszázados. Dicsőítő Elismerés hadiszalagon a kardokkal: Becsey Gyula dr. orvosalezredes (hősi halált halt), vitéz Tatár László dr. orvosszázados, Pachhofer Lajos dr. orvosszázados újonc, Hudáky Gyula dr. tartalékos orvosfőhadnagy, Szathmáry István dr. tartalékos orvosfőhadnagy, Vogel István dr. tartalékos orvosszázados, Pálinskás János dr. tartalékos orvosszázados az ellenség előtt tanúsított vitéz és önfeláldozó magatartásukért. Dicsőítő Elismerés a hadiszalagon: Fekete József dr. orvosalezredes, vitéz balásházi Balásházy János dr. orvosőrnagy, Siklósi György dr. orvosőrnagy, Koppány Tibor dr. orvosőrnagy, Győrbíró István dr. orvosőrnagy, Havasi László dr. orvosszázados, Gálfi Béla dr. orvosszázados, Romhányi Gyula dr. orvosfőhadnagy, Gyenes Lajos dr. orvosfőhadnagy, Szabó Béla dr. tartalékos orvosfőhadnagy, vitéz Botfalusi Mihály dr. szkv. orvosfőhadnagy, Péchy Dezső dr. tartalékos orvosszázados, Hesz Andor dr. tartalékos orvosszázados, Urbányi Béla dr. tartalékos orvosszázados, Bognár Rezső dr. tartalékos orvosszázados, Heinrich Mihály dr. tartalékos orvosszázados, Bakonyi István dr. tartalékos orvosszázados (hősi halált halt), Arányi Sándor dr. tartalékos orvosszázados, Lakatos Károly dr. tartalékos hadapródörmmester, c. orvosszázados, Stangl Ernő dr. tartalékos karp. őrmester, címzetes orvosszázados az ellenség előtt teljesített kitűnő szolgálatukért. Fim Oroszlán Lovagrend I. oszt. Lovagkeresztje a kardokkal: Schmidt János dr. orvosalezredes. II. osztályú német vaskereszt: Méra Zoltán dr. tartalékos orvosszázados.

Német orvosi lapok egységesítése. A nagyműltű »Münch. med. Wochenschr.« jelenti szep-

tember 22-i számában, hogy a totális hadviselés következtében októbertől fogva előfizetői helyette a havonta csak egyszer megjelenő »Medizinische Zeitschrift«-et fogják kapni, melynek kiadója J. F. Lehmann, szerkesztője H. Spatz (München). Ugyanez a lap fogja helyettesíteni a Deutsche med. Wochenschriftet, a Med. Klinik-et, a Med. Welt-et és a Wiener med. Wochenschriftet is.

Orvostoktorrá avattattak a pécsi tud. egyetemen október 14-én: Melcher Antal, Csík László, Hock Sándor. Üdvözljük a Kartársakat.

A frontátvonulások áttekintése 1944 július első feléről. A július 1–15. közötti frontopáthikus vizsgálatok szempontjából rendkívül érdekesen alakult. Felsiklási frontok az egész időszak folyamán egyáltalában nem érkeztek, a fellépő hatások tehát kizárólag a betörési frontok rovasára írhatók. A betörési frontok száma a normálnál valamivel kisebb, fejlettségük azonban igen nagy volt. Átvonult összesen 23 betörési front, de ebből 3 erős és nem kevesebb mint 15 mérsékelt fejlettségű volt; mindössze 5 esett a gyengefejlettségű frontok csoportjába.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő a 3 erős fejlettségű betörési front átvonulása július 4-én este 21 órakor, 5-én d. e. 11 órakor és 9-én hajnali 3 órakor. (Az időadatok nyári időszámításban értendők.) Az időszak két utolsó napja frontokban igen szegény volt: 14-én csak éjjeli 1 órakor érkezett egy gyenge front, 15-e pedig teljesen frontmentes nap.

Aujesky dr.

Betöltendő orvosi állások: A szombathelyi közkórházban két segédorvosi állás. Pályázati határidő november 9.

DERMASEPT KENŐCS SEC. ZOMBORY

15, 30, 50 g-os csomagolásban
INDICATIO: Eczema, pyoderma, exoratio, impetigo, dyshydrosis, furunculosis, sycosis, folliculitis, hydradenitis, renyhény gyógyuló és gyulladással járó, alszárfelek, égés, fagyás- és minden fertőzött friss sérülés.

Az összes fővárosi közkórházakban, OTI, MABI, MÁV, Magyar Ház, B. B. I., M. Kir. Dohányjöv. B. B. I., M. kir. Poste B. B. I., Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő alapja, a Honvédségnél és az összes fegyintézeteknél is szabadon rendelhető.

LAXOPTIN

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lekker propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

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

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken
12 és 1 óra között fogad.