82. évfolyam. 23. szám. Budapest, 1938 június 4.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNO

TARTALOM:

Hetényi Géza: A gastroduodenalis fekélybetegség időszerü gyakorlati kérdéseiről. (544—548. oldal.)
Kubányi Endre: A vérző gyomorfekély és resectio kérdése. (548—550. oldal.)
Preininger Tamás: Orvosok és betegápolók ritka mustárgázbőrsérülései. (551—553. oldal.)
Szántó J. Endre, Bernáth Zoltán és Riedl Olivér: Allergiatanulmányok a Gröer-reactióval, különös tekintettel a felnőttkori tuberculosisra. (553—557. oldal.)
Fodor László és Heller György: Mérgezések a gyermekkorban (557—559. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (89—92. oldal.)
Lapszemle: Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (560—561. oldal.)
Könyvismertetés. (561. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyve: (561—570. oldal.
Vegyes hírek: (570. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán).

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A gastroduodenalis fekélybetegség időszerű gyakorlati kérdéseiről.

Írta: *Hetényi Géza dr.*, egyet. magántanár.

Az ulcus pepticum a belorvosi és sebészi gyakorlatban a mindennapos betegségek sorába tartozik. Régóta ismerik is e betegséget és mégis mindezideig nemcsak hogy a baj lényegével nem vagyunk tisztában, de még apróbb gyakorlati kérdésekben is igen eltérőek a vélemények. Az ulcus pepticum typikus alakban állatokon kísérletileg nem idézhető elő s így a laboratóriumban nem tanulmányozható. Ezért haladás az ulcus pathologiájában elsősorban a rendszeres és kiterjedt betegészleléstől várható.

A III. sz. belklinika sajnálatos megszüntetése váltotta ki azt a gondolatot, hogy ennek a hagyományos multú és a gyógyulni vágyók oly nagy tömegétől felkeresett intézetnek nagy gyomorfekély-anyagát feldolgozzuk s a benne foglalt sok észleletet az orvosközönség számára megőrizzük.

A betegség felismerésének tana olyan bámulatos fejlődésen ment át, hogy — jártas röntgenológust feltételezve — a fel nem ismert esetek száma ma már nem lehet több 2%-nál. Ilyen körülmények között diagnostikai kérdésekkel foglalkozni, ilyeneket *régebbi* anyag alapján feldolgozni meddő, idejétmult törekvés volna.

Amikor a Korányi-klinika utolsó 15 évének beteganyagát feldolgoztam és ehhez magánbeteg-anyagomat is hozzácsatoltam, a kérdéseket úgy tettem fel, hogy a rájuk adott válaszok az *egyes* eset prognosisának és az ulcustherapia értékének megállapításában lehessenek nekünk, az *egyes* betegekkel foglalkozó orvosoknak, vezérfonalunk. A feldolgozás eredménye olyan volt, hogy abból az ulcus pathogenesisének kérdésére is lehetett következtetni. Engedjék meg tehát, hogy előadásom vezető gondolatául az ulcus pathogenesisének kérdését választhassam és a statistikai adatokat ott és annyira értékesíthessem, amennyiben ezek felfogásom kialakulásában jelentős szerepet játszottak.

Van a betegségnek egy nagy csoportja, amely jóformán valamennyi belső szerv egy *bizonyos* betegségét foglalja magában, amelyeket feltünő klinikai hasonlatosság köt össze. Ez a hasonlatosság legelsősorban abban áll, hogy az idetartozó betegségek lefolyása *szakaszos*, olyanmódon, hogy a szenvedés időszakait olyan időszakok szakítják meg, amelyek alatt a beteg látszólag tökéletesen egészséges. A betegségi időszakok kezdete vagy hirtelen (rohamok), vagy fokozatos, amikor a rosszullét és a jóllét időszakainak átmenete nem éles. A rossz időszakot sok mindenféle ok vezetheti be: nem ezek, hanem az általuk kiváltott azonos reactiók a jellemzők. Sokszor meg a kiváltó ok nem is válik érzékelhetővé. Igen jellemző az a változás, amelyen a betegség további lefolyása alatt átmegy. A rohamok, betegségi hullámok, eleinte minden anatomiai substratum nélkül zajlanak le, illetve lezajlásuk után semmiféle kóros elváltozás nem mutatható ki. Amint az idő halad, valamelyik szerv maradandó anatomiai elváltozása fejlődik ki, amivel párhuzamosan rendesen megszünik a tüneteknek időszakossága is: a panaszok inkább *állandó* jellegüvé és *egy* szervhez kötötté válnak. Azt lehet mondani, hogy ezeknek a betegségeknek végső szaka kezdődik ott, ahol a kórbonctan kezdődik. Jellemző továbbá az idetartozó betegségekre, hogy typusos alakjukban *csak az emberen* fordulnak elő és kisérleti úton állatokon az imént vázolt periodikus lefolyás még akkor sem idézhető elő, ha magát a szervbetegséget, vagy ahhoz hasonlót sikerül is létrehozni. Ezekben a betegségekben *hereditarius tényezők* nagy szerepet játszanak: az örökletesség részben abban nyilvánul meg, hogy a betegségcsoport valamelyik faja gyakran fordul elő ugyanabban a családban, de megnyilvánul abban is, hogy feltünően gyakori az ebben a csoportban foglalt különböző betegségek *alternálása* is egyazon családon belül. Fölötte jellegzetesek továbbá e betegségeknek a *vegetativ idegrendszerrel való kapcsolatai:* igen gyakoriak a vegetativ idgrendszer megváltozott ingerlékenységének jelei, feltünő psychikus behatásoknak, emócióknak befolyása a kór menetére és ismeretesek esetek, amikor az agyi vegetativ központok megbetegedése vagy sérülése a betegségek egyikének vagy másikának kifejlődésére vezetett. A vegetativ idegrendszer uralkodó szerepére mutat az is, hogy e betegségek „rossz periodusai" a vegetativ idegrendszer izgalmával, különösen az általa ellátott simaizom-elemek görcsös összehúzódásával járnak. Egyaránt észlelhetjük e jelenségeket az ereken, emésztőtractusban, a bronchusokon, stb. A vegetativ központok müködésével függ össze a vízforgalomnak az a zavara is, ami ezen betegségek legtöbbjében jól megfigyelhető és ami abban áll, hogy a betegségi szakok (rohamok) víz-

*) A III. sz. belklinika beteganyagán szerzett tapasztalatok alapján. A budapesti Kir. Orvosegyesületben 1937. évi január 29-én tartott előadás.

retentiójával járnak, míg utánuk rendesen fokozott vízkiürítés következik be. A *vér* összetételében is jellegzetes különbségek észlelhetők a rosszullét, illetve jóllét időszaka között: az előbbiekben leukopenia és eosinophilia, a vér actualis reactiójának megváltozása, a vérfehérjéknek a finomabb dispersitású fractiók irányában történő eltolódása, alacsonyabb vérsejtsüllyedés figyelhetők meg, míg a jó időszakokban a fehérvérkép rendes, a pH, a vérfehérjék eloszlása ugyancsak az és a vérsejtsüllyedés kisfokú emelkedése következik be. Mint utolsó, de igen szembeszökő hasonlatosságot említem meg, hogy *bizonyos gyógyító beavatkozások egyformán jól hatnak* a betegségcsoport különböző tagjainál. Ilyenek: 1. a mesterséges láz és nem fajlagos ingertherapia (de közbejövő más betegségek láza is hasonló hatású lehet), 2. az ú. n. vegetativ szerek (atropin, adrenalin, calcium), 3. a simaizomelemek görcsét oldó gyógyszerek és értágítók, és végül 4. bizonyos, a vegetativ idegrendszeren végzett műtétek.

Ezekből a fejtegetésekből világosan következik, hogy a betegségeknek egy nagy csoportjában — és ezek közé tartozik az ulcus is — a betegség jóval előbb kezdődik, mintsem az első szervi tünet megjelennék. Ebben a lappangó szakban az idetartozó betegségek lefolyása meglehetősen egyforma és ilyenkor sokszor még meg sem állapítható, hogy az illető melyik szerv betegségének magvát hordja magában. Ezt az időszakot a betegség *vegetativ* stádiumának nevezhetjük, mert minden jel arra mutat, hogy ilyenkor a vegetativ idegrendszerben játszódik le valami, ami később, a második stádiumban a *szervi betegség* időszakában, valamelyik szervnek — vagy akár több szervnek is — jól körülírható betegségévé fejlődik.

Azok a betegségek, amelyeknek ebbe a közös csoportba foglalása indokoltnak látszik, az *idült* belgyógyászati betegségeknek nagy részét magába foglalja. A keringési szervek közül az angina pectoris, a Raynaud-kór, az „acut vasospastikus hypertensio", a paroxysmalis tachykardia, a légzőszervek részéről azok allergiás megbetegedései, az emésztő szervek területén az acidismus, az ulcus pepticum, a chronikus enteritis és kolitis, az anyagcserebetegségek közül a köszvény, az idegrendszer részéről a migraine és az epilepsia tartoznak ebbe a csoportba. Sok szól amellett, hogy a kőbetegségek is idesorolhatók.

Ezeknek a betegségeknek az összefoglalása nem új törekvés. Hiszen közös családi előfordulásuk és azonos embertypuson való kifejlődésük már régen valami ilyen összefüggés feltételezésére vezetett. Gondoljunk csak a mult század francia orvosainak arthritismusára és hepatismusára! Bizonyos szempontokból van szükség arra, hogy a betegségeket osztályozzuk és biztos az is, hogy az orvosi gyakorlatban a világos és határozott diagnosisok — különösen a heveny conditiókban — felbecsülhetetlen értékűek. Az idült betegségeknél — különösen a tárgyalt vegetativ eredésüeknél — azonban a végleges elkülönítésre és osztályozásra való törekvés gyakran azzal a veszéllyel jár, hogy eltéríti az orvost az egész beteg szemlélésétől s apróbb részletek fáradságos és meddő tanulmányozása felé sodorja. Ez ellen a veszély ellen, mint ahogy azt mindjárt az ulcus esetében is látni fogjuk, nagyon is küzdenünk kell.

Ennek a bővebb ismertetésnek az az előnye, hogy most aránylag rövidre foghatom az ulcusbetegségről vallott felfogásom ismertetését. Az ulcus is a szakaszos betegségek sorába tartozik, az ulcus is a vegetative stigmatisált egyének betegsége, az ulcus is a vegetativ idegrendszer ingerlékenységének olyan szembeszökő megváltozásával jár, hogy már régen besorolták a „vagotoniák" csoportjába. Nézzük hát, hogy a vegetativ betegségekről fentebb elmondottak, mennyiben vonatkoztathatók a fekélybetegségre.

Az ulcusbetegség lefolyásának szakaszos volta közismert. Sokszor látszólag minden kiváltó ok nélkül, máskor valamilyen kimutathatónak vélt esemény következtében — amely események között étrendi hibák és izgalmak fordulnak elő különösen — jelentkeznek a jólismert panaszok. A panaszok egyideig fennmaradnak és — főleg eleinte — sokszor minden kezelés nélkül is, egy idő múlva megszünnek. Akkor jön egy hosszabb-rövidebb időszak, amikor a beteg azt hiszi magáról, hogy teljesen egészséges, mindent ehetik és eszik is és semmi panasza. Így folyik ez a legtöbb ulcusbeteggel éveken keresztül és nem eggyel az egész életen át. A betegek egy nagy részénél azonban, a kórlefolyás idővel megváltozik. A panaszok mind sűrűbben jelentkeznek, lassabban, nehezebben múlnak el és végül elkövetkezik az az állapot, hogy a panaszok többé-kevésbbé állandósulnak, a betegség elveszti szakaszos jellegét. Hogy ezt a szakaszos lefolyást nem az ulcus mindig újból való keletkezése és gyógyulása okozza, az két körülményből is kiviláglik: 1. hogy megtaláljuk abban az időszakban is, amikor ulcus még nem mutatható ki és 2. hogy az ú. n. objectiv vizsgáló módszerek, mint amilyen a röntgenvizsgálat és a gyomorsecretio vizsgálata, sokszor semmi feltűnő különbséget nem mutatnak a jó és rossz időszakokban. A vázolt kórlefolyást betegeink mindegyikén tapasztalhattuk, különbség csak ott volt, hogy egyesekben az ulcus aránylag korán, másokban később fejlődött ki és hogy egyesekben a szakaszos lefolyás végig megmaradt, míg másokban idővel a panaszok állandósulásának adott helyet. Az idevonatkozó megfigyeléseket a következő adatok mutatják:

Összesen 1915 ulcusbetegnek küldtem ki kérdőlapokat.* Ezek közül 1544-ről lehetett felvilágosítást kapni, ez az esetek 80.6%-ának felel meg. Duodenalis fekélye volt 1768-nak, közülük felelt 1422; gyomorfekélye 147-nek, ezek közül 122 felelt. **) Az átlagos kor, amelyben az első gyomortünetek észlelhetővé váltak, a duodenalis ulcusban szenvedőknél 32.4 (férfiak), illetve 32.1 (nők), a gyomorfekélyeseknél pedig 40.5, illetve 42.3 év volt. Igen tanulságosak azok az adatok, melyek arra a kérdésre vonatkoznak, mennyi idő telt el az első tünetek és az első orvosi vizsgálat között. Kiderült, hogy az ulcus duodeniben szenvedőknek csupán 5%-a keres fel orvost az első év folyamán, 31%-a a második év során és a betegek 64%-a két évnél hosszabb idő múltával fordul csupán orvoshoz. Egészen hasonlóan oszlanak el a gyomorfekélyesek. Meggyőzően mutatják ezek az adatok, hogy az ulcusbetegség valóban jóval a fekély kifejlődése előtt kezdődik olyan tünetekkel, amelyeknek a legtöbb beteg nem is tulajdonít jelentőséget. Ami a fekély röntgenológiai kimutathatóságát vagy vérzés általi megnyilvánulását, tehát a biztos diagnosis felállíthatóságának időpontját illeti, arranézve a következő adatokat gyüjtöttem: a duodenalis ulcusosok első intézeti vizsgálata és az ulcus biztos megállapítása közti idő az eseteknek 23%-ában volt egy évnél rövidebb, 44%-ában esett a második évre és 33%-ában haladta meg a két esztendőt. A gyomorfekélyesek adatai: 34—50—16%. Ezek szerint tehát az első panaszok és az ulcus biztos kialakulása közötti idő átlag 3—4 esztendőre tehető!

A szakaszos lefolyásnak sokszor minden külső októl való függetlensége eléggé ismeretes és már régóta igyekeztek erre magyarázatot találni. Sokan meteorológiai hatásoknak tulajdonítanak szerepet és állításuk támogatására azt hozzák fel, hogy a betegség tüneteinek jelentkezése évszakos ingadozású. Eseteinket ilyen szempontból átnézve azt találtuk, hogy valóban a patkóbélfekélyesek 79%-a számol be évszakos befolyásokról. Ezek a következőképen oszlanak meg: tavaszi rosszabbodású az évszakos ingadozásokat mutató betegek 57%-a, téli rosszabbodású 10%-a, őszi rosszabbodású 29%-a, nyári rosszabbodású 4%-a. Az ulcus ventriculira vonatkozó adatok: 32—5—53—10%. Az ulcusbetegségnek tehát kétségtelenül két évszakhoz kötött rosszabbodási időszaka

*) Az anyag kis részét *Groák* 1933-ban megjelent munkájában ugyancsak feldolgozta.

**) A duodenalis és gyomorfekélyes betegek ilyen megoszlását *Rosenthal* az Orvosegyesületi előadást követő vitában aránytalannak vélte. Legutóbbi előadásában (J. A. M. A. 110, 13) *Eusterman* — igen nagy beteganyagában — szintén 10:1 arányról számol be.

van: a tavasz, meg az ősz. Hasonló megállapításra jutott nálunk *Rusznyák*, majd *Szemző*, a külföldiek közül pedig főleg *Einhorn*, valamint *Gebhard és Richter* adatai felelnek meg a mieinknek. Egybehangzóan az az észlelet, hogy a nyár az az évszak, amelyben az ulcusosok legjobban érzik magukat. Hónapok szerint csoportosítva a maximumokat, a március, április és november hónapok azok, amelyekben a panaszok fellépte a leggyakoribb.

Igen tanulságos a következő összeállítás: a tisztán szakaszos lefolyású esetek k 87%-a röntgenológiailag csupán közvetett ulcusjeleket, vagy ulcus simplexet mutat, azokban az esetekben azonban, ahol a periodicitás megszűnt és a panaszok állandósultak, 84%-ban volt ulcus callosum, vagy a pylorus-passage-nak kisebb-nagyobb fokú késése. Ez világosan mutatja szerintem azt, hogy amíg az ulcusosoknak nincsenek biztos anatomiai elváltozásai, vagy pedig a kimutatható elváltozás csak kisebbfokú, addig a szakaszosság a betegség vegetativ jellegének megfelelően fennáll. Ha azonban mélyebbreható elváltozások fejlődtek ki a gyomor falában, akkor a gyomorbetegség önállóan halad tovább a maga útján, sokban immár függetlenül attól a behatástól, amely létrehozza: a vegetativ idegrendszer befolyásától.

Arra vonatkozólag, vajjon melyek azok az események, melyek az ulcusos rossz időszakait bevezetik, a duodenalis ulcusokra vonatkozó következő adatok érdemelnek említést: bizonyos ételek elfogyasztására vezeti vissza a tünetek jelentkezését a betegek 30%-a, nagyobb emotiókra vagy hosszabb izgalmas vagy hajszolt időszakra a betegek 47%-a, dohányzásban való mértéktelenségre 9%; a betegek 14%-a semmiféle jellegzetességet nem tapasztalt e tekintetben. (Ez utóbbi csoporthoz tartoznak olyan betegek is, akik azért az évszakoknak befolyását tapasztalták magukon). *Szemző* (1927) ugyanezen tényezők jelentőségét emelik ki. Ha most ezeknek a tényezőknek a szerepét külön tanulmányozzuk, akkor a *dohányzásra nézve* a következő adatokat említhetjük meg: a duodenalis fekélyben szenvedő férfiak 58.5%-a erősen dohányzik, 31.5%-a legföljebb 12 cigarettát szív naponta és csupán 10%-a nemdohányos. Nők közt 11.5% az erős dohányos, 51.9% mérsékelt és 36.6% nem dohányos. Ellenőrzésként 100 lymphogranulomatosisos betegen a következő adatokat kaptuk: erős dohányos 26%, mérsékelt dohányos 30.4%, nemdohányos 43.6%, nagyjában tehát azt mondhatjuk, hogy ezeknél az egyes csoportokra való eloszlás nagyjában egyenletes, főleg, ha tekintetbe vesszük azt, hogy az utóbbiak közt több a fiatal kora miatt nem dohányzó. Még jellegzetesebbé válik a dohányzás befolyásáról alkotott képünk, ha azt nézzük, hogyan oszlanak meg ebből a szempontból a *műtétre kerülő* ulcus duodenis férfiak. Akkor azt látjuk, hogy ezeknek 79%-a tartozik az erős, 13.5%-a a mérsékelt és csak 7.5%-a a nemdohányosok közé. Nem áll másként a dolog a gyomorfekélyesek kategoriájában sem. Ezekből az adatokból joggal vonható le az a következtetés, hogy *a dohányzás az ulcusbetegség szempontjából nem ártalmatlan* és talán része van annak a körülménynek kialakításában is, hogy pl. ulcus duodeniben szenvedő betegeink 76.2% férfi és csak 23.8%-a nő.

Az *izgalmaknak és kedvezőtlen lelki hatásoknak* szerepéről a következő adatok nyujthatnak felvilágosítást: állandó izgalmak közt élőnek vallotta magát az ulcus duodeniben szenvedő férfiak 40.4, a nők 37.5%-a, — időleges erős izgalmakról számolt be a férfiak 50.9, a nők 56.3%-a, — mig nyugodt élete a férfiak csupán 8.7, — a nők 6.2%-ának volt. Hogy a lelki behatások nemcsak az ulcus keletkezésére, hanem a betegség menetére is befolyással vannak, az a következő adatokból derül ki: a műtétre került, ulcus duodeniben szenvedő betegek között az állandó izgalmak közt élő férfiak 68.5, — a nők 53.3 %-kal, a második csoportbeli férfiak 30.1, — a nők 43.9 %-kal, — mig a nyugodt életű férfiak csak 1.4, — a nők 2.8%-kal vannak képviselve. Az operált ulcus ventriculi eseteiben az arányok eltolódása nem ennyire szembeötlő.

A *családi előfordulás* kérdésére vonatkozólag a következő adatokat ismertethetem: gyomorbetegség a duodenalis fekélyeseknek 25.4, — a gyomorfekélyeseknek 44.4%-ban volt az ulcusbetegek családjának valamely tagjánál kimutatható. Ugyanakkor — ellenőrzésképpen vizsgált — 100 diabetikus betegen gyomorbaj familiaris előfordulását csak 7.4%-ban állapítottunk meg. Arra a kérdésre, vajjon ulcusosok családjában egyéb periodikus-vegetativ betegség gyakrabban fordul-e elő, mint más családokban, a következő adatokat említhetem: angina pectoris, asthma, migraine és epilepsia (mint a négy legjellegzetesebb és legkönnyebben diagnostizálható betegségtypus) ulcusosok családjában 28.8%-ban volt kimutatható, holott az előbb említett diabetikusoknak csak 9.8 %-ában.

A *gyógyítás* sokat vitatott kérdésére nézve a következő összeállítás tanulságos: a betegeket négy csoportba osztottam. Az elsőbe soroltam azokat, akik az előírt diaetát megtartották és minden visszaesésük alkalmával — néhány heti fekvés közben — valamilyen ulcuskúrát végeztek. A második csoportba osztottam azokat, akik a jó időszakokban semmiben sem korlátozták magukat, a rossz időszak bekövetkeztével azonban ulcuskúrát végeztek. A harmadik csoportba azok a betegek kerültek, akik semmiféle irányban nem korlátozták magukat, a rossz időszakokat is fennjárva töltötték és mindössze valamilyen enyhe megszorítást vittek keresztül étrendjükben és alkalikat szedtek. Végül a negyedik csoportba kerültek azok a betegek, akik semmiféle kezelésben nem részesültek. Az ulcus duodeniben szenvedők a következőképen oszlottak meg e négy csoport között: az első csoportba került a férfiak 13.1, — a nők 18.5%-a, — az *időlegesen kezeltek* közé a férfiak 48.9, — a nők 29.9%-a. *Hiányos kezelésben részesült* a férfiak 30, — a nők 30.3%-a; *semmi kezelést sem kapott* a férfiak 8, a nők 21.3%-a. Ezek a számok azt mutatják, hogy az orvosok előírásai csak papiron vannak meg és csak kb. minden hatodik ulcusos beteg tartja meg pontosan az utasításokat. Nagyon emlékeztetnek ezek a viszonyok azokra, a melyek a cukorbaj kezelésében észlelhetők: létezik papiron egy „diabetestherapia", de ezt a betegek nagy része csak addig tartja, mig valamilyen orvosi intézmény vagy fürdőhely lakója.

Ha most azt vizsgáljuk, vajjon igazuk van-e az orvosoknak, mikor tudatuk alatt nem hisznek az ulcus végleges gyógyíthatóságában (hiszen akkor nyilván nagyobb nyomatékkal tartatnák meg betegeikkel az előírásokat a jó intervallumokban) és a betegeknek, amikor a rossz időszakon kivül sehogysem, vagy alig követik az előírásokat, a következő adatokat közlöm: megvizsgálva azt, vajjon a műtétre kerülő betegek közt milyen az említett négy csoport közti megoszlás, azt találjuk, hogy az első csoportból műtétre kerülő — ulcus duodeniben szenvedő — férfiak az összes operált betegek 11.8, — nőknél 13%-át, a második csoportból való operáltak 51, illetve 26%-át, — a harmadik csoportból a férfiak 28.8, — a nők 39%-át, végül a negyedik csoportból a férfiak 8.4, — a nők 22 %-ét teszik ki. Egészen hasonlóak azok a számok, amelyek a gyomorbeli fekélyekben szenvedőkre vonatkoznak.

A százalékos eloszlás tehát teljesen azonos a műtétre szorulók és műtétre nem szoruló betegek közt, amiből az ismertetendő műtéti javallatok szemmeltartásával az

tünik ki, hogy a belgyógyászati kezelés az ulcusbetegség *végső lefolyásán* nem változtat. Szerepe hasonlít a leukaemiák kezeléséhez, ahol az élettartam meghosszabbítását nem, csak a „jó időszakok" megnyujtását vagyunk képesek elérni.

Az ulcus épugy, mint a többi periodikus-vegetativ betegség, nem tartozik a gyógyíthatatlan bajok sorába. Bizonyság erre az állításra az, hogy a kórboncnokok gondos vizsgálattal igen gyakran találnak — főleg a duodenumban — hegeket, amelyek csak fekély gyógyulásából származhattak. Nem helyeselhető azonban az az eljárás, mikor a beteg, vagy akár az orvos is, az ulcus rossz időszakának elmultát a betegség gyógyulásával téveszti össze. Ugyanez az észrevétel vonatkozik azokra a közleményekre is, melyek valamilyen gyógyító eljárás értékét az ulcusbetegség rossz időszakában elért eredmény alapján itélik meg. Nyiltan kimondhatjuk, hogy az ulcusbetegség rossz korszakai — legalább is az első időkben — mindenféle kezelésre, de sokszor bárminő kezelés nélkül is megnyugszanak. A punctum saliens nem ez, hanem az, vajjon sikerül-e az ulcust *véglegesen* meggyógyítani. Megpróbáltam anyagom alapján eldönteni, körülbelül mennyi idő az, melynek eltelte után *az ulcus végleges gyógyulása* nagy valószinüséggel állítható. Az eredmény a következő: intézetben, vagy a betegek lakásán végzett rendszeres ulcuskúra után fél esztendővel 100 duodenalis ulcusbeteg közül jól van 88, -egy év multán 71, -két év multán 61, -3 év multán 49, -négy év multán 42, -öt év mulva 37, -hat év mulva 33, -hét év mulva 28, -nyolc év mulva 26, -kilenc év mulva 26, -tiz év mulva 26. Nagyjában hasonlóak a számok az ulcus ventriculinál is. Ami azt mondja, hogy az a látszólagos gyógyulás, amit egy tetszőleges ulcuskúra elvégzése után észlelünk, az eseteknek egy harmadában nem tart el egy egész esztendeig és csak öt- hét esztendő elmultával lehet a valóban gyógyult esetek állandóságával számolnunk. E számokból tehát egyfelöl az derül ki, hogy a betegek kb. egy negyedének gyógyul meg végleg az ulcusa, másfelöl, hogy az ulcus gyógyulását az első öt esztendő lefolyása előtt megállapítani nincs jogunk. Ez a feldolgozott anyagból egyformán vonatkozik azokra az esetekre, amelyekben az ulcuskúra után az ulcus röntgenologiai tünetei eltüntek, mint azokra, melyekben a tünetek multával nem jár együtt a röntgenologiai ulcusjelek elmulása.

Már most hogy állunk az ulcusbetegség *műtéti gyógyításával?*

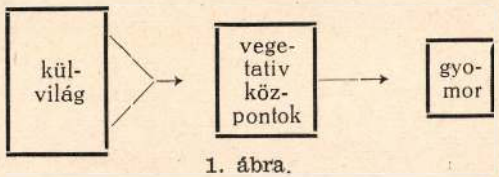
A duodenalis fekélyben szenvedő betegek közül 229 férfit és 77 nőt, az ulcus ventriculisak közül pedig 45 férfit és 13 nőt operáltak meg. Ez arányszámokban az ulcus duodenire nézve 21.2, — illetve 22.6%-ot tesz ki, mig ulcus ventriculire nézve 45, — illetve 59.1%-ot. Ha ez az operált anyag nem is tulságosan nagy, bizonyos értékkel bir az a körülmény, hogy a műtét szükségességének megállapítása mindég az intézet vezetőjének véleménye szerint, tehát egységes javallatok alapján történt, - a javallatok tekintetében a felfogás a vizsgált 15 év folyamán lényegében nem változott. A műtéti javallat felállítása — az általános szokásnak megfelelően — vagy akkor történt, ha a fekély szövődményekre vezetett, mint pl. perforatio, ismételt vérzések, pylorusszükület, vagy rákgyanú esetében, vagy pedig ilyenek hijján minden olyan esetben, mikor huzamosabb időn át, vagy többszöri ulcuskurával hosszabb tünetmentességet nem tudunk elérni.

Eseteinkben *az első gyomortünet és a műtét megtörténte közti időtartam* a duodenalis ulcusnál átlagban 10.3, illetve nőnél 10.8 év, az ulcus ventriculinál pedig 8, — illetve 7.6 év volt. Ezek a számok mindenesetre felmentenek azon vád alól, hogy betegeinket tul korán operáltattuk, és inkább volna nehéz megcáfolni ezt a szemrehányást, amire bizonyosan sok sebész gondol e pillanatban, hogy jobban tettük volna, ha betegeinket hamarabb operáltatjuk. Döntés előtt azonban vizsgáljuk meg *sebészi* anyagunkon az előbbi módszer szerint a sebészi beavatkozás jelentőségét az ulcus gyógyításában. 100 olyan esetből, melyben a műtéti beavatkozás *gastroenterostomiából* állt, fél év multán teljesen gyógyult 80, — egy év multán 75, — két év multán 70, — három év multán 68, — négy év multán 65, *5 év multán* 61. 100 *resekált* esetből fél év mulva gyógyult volt 88, — egy év mulva 87, két év mulva 85, — *5 év mulva 84*. Az összes műtéti halálozás 9.1%-ot tett ki. (ugyanekkor a nem operált ulcusok összes halálozási százaléka 4.7% volt).

Saját kis anyagunk alapján nem érezzük magunkat jogosultnak arra, hogy a követendő műtéti eljárás tekintetében döntő módon kössük le magunkat egyik, vagy másik eljárás mellett. Az ismertetett számok azt mutatják, hogy a csonkolással, különösen annak azzal a formájával, melyet a Verebély klinikán végeznek, ahol betegeink tulnyomó részét operálták, a betegek jóval nagyobb százaléka gyógyul meg teljesen, mint a gastroenterostomia után. A mi számadataink szerint resectio esetében fél-egy esztendő, — a gastroenterostomia esetében azonban legalább három év kell ahhoz, hogy a gyógyulás — némi valószinüséggel — megállapítható legyen. Az idők folyamán az az eljárás alakult ki klinikánkon, hogy, jóllehet a sebész elbirálására biztuk, melyik műtéti eljárást ohajtja alkalmazni, szivesebben láttuk, ha a vegetative erősen stigmatizált, ideges, feszült lelkiállapotú, rendesen erősen superacid betegeken resectio, nyugodtabban élő és a vegetativ idegrendszer fokozott ingerlékenységének kevesebb jelét adó betegeinken inkább csak gastroenterostomia történt.

Hogy vajjon az általunk követett eljárás a javallat felállításában helyes volt-e, azt nézetem szerint statisztikai uton eldönteni nem lehet. Legkevésbbé dönthető el ez azon a módon, ahogy az leginkább szokásos, t. i. különböző klinikák és kórházak sebészi és belgyógyászati osztályain készült statisztikák egybevetésével. Az anyag, mely belgyógyászati, illetőleg sebészi osztályra kerül, annyira különböző, hogy egészen reménytelen ilyen statisztikák szembeállítása. Ma minálunk nagyjában az a helyzet, hogy sebészhez az a beteg megy, aki belorvossal nem boldogult, viszont az operált és visszaeső beteg rendesen belgyógyászt keres fel. De a kérdés nem itt van. A modern orvostudomány egész szellemével és a betegek legjobban felfogott érdekével homlokegyenest ellenkezik az a gondolat, hogy belgyógyászok és sebészek az ulcus pepticum gyógyításának kérdésében szembenálló táborokban sorakozzanak. Azok után, amiket az ulcusbetegség keletkezéséről és lényegéről mondottam, nem lehet kétség abban, hogy az ulcusbetegség gyógyításában a sebészet csak a kisegítő szerepet töltheti be, melyre mindaddig rászorulunk, mig kezünkbe nem jut olyan eljárás, mellyel a gyomorfekélyt keletkezésének korai időszakában, vagy talán még inkább, mielőtt keletkeznék: meg nem tudjuk gyógyítani. Ezt, örömmel állíthatóm, az átfogó gondolkozású sebészek is elismerik, aminek igazára elég, ha Moynihant idézem. Egyelőre azonban az ulcus gyógyításában — még a heveny eseményektől eltekintve is — nem tudjuk a sebészetet nélkülözni, még pedig azért, mert, amint a mi adatainkból is kiderül, mi, belorvosok, sem tudjuk a fekélyt ma még meggyógyítani. A közölt adatok még azt a vigasztalást is elveszik tőlünk, hogy az ulcusbetegek nagy része azért nem gyógyul meg, mert utasításainkat nem tartja be.

Ezek után az ulcus pathogenesiséről az elmondottak alapján kialakult felfogásomat ismertetem és belőle bizonyos gyakorlati következtetéseket próbálok levonni az ulcusbetegség gyógyítására vonatkozólag. Hadd ábrázoljam ábrázolja a mondottakat az alanti ábra!



1. ábra.

Mint ahogy azt legtömörebben *Bergmann* fejezte ki: a fekély csak a fekélybetegség heveny megnyivánulásának tekintendő. Láttuk, hogy az ulcusbetegség kezdete messze megelőzi a fekély kifejlődését. Első szakát *vegetativ stadiumnak* nevezzük és annak képe többé-kevésbbé azonos más szervek bizonyos betegségén k kezdeti képével, mely betegségekkel szoros constitutionalis-hereditarius kapocs fonja egybe. Ebben a szakban vagy nincsenek még gyomorpanaszok, vagy ha vannak, akkor csupán bizonytalan, legtöbbször az acidismus képének megfelelő panaszokról hallunk. A betegség lefolyása jellemzően szakaszos, a periódikus-vegetativ betegségek minden tartozékával. Idővel a gyomorra localizált panaszok mindinkább előtérbe jutnak és kifejlődnek azok a jólismert klinikai tünetek, melyek alapján az ulcus diagnosisának felállítása sokszor már a puszta előzményből is könnyen sikerül. Ilyenkor az esetek nagy részében már positiv röntgenologiai leletet kapunk. Innen kezdve a további lefolyás nem egységes. A betegek egy része, (mint láttuk, kb. 25%-a) meggyógyul, más része továbbra is szakaszos kórlefolyást mutat, míg egy harmadik részben a periodicitás fokozatosan megszünik, a panaszok állandósulásának ad helyet: ezzel rendszeresen együtt jár bizonyos súlyosabb gyomorelváltozásoknak a kiindulástól függetlenedett kifejlése és progressiója. Ezt a szakot *szervi stadiumnak* nevezetjük. Jelölhetnők az ulcusbetegség vegetativ szakát az *extraventricularis* elnevezéssel, a szervi stadiumot pedig *ventricularisnak*, ha nem kellene azokra a túlzásokra gondolnom, melyekre a hasonló „extrarenalis" és „extracardialis" elnevezések forgalombahozatala vezetett.

A 3 négyszög közül a közbülső a vegetativ központokat jelképezi. — Ezek veszik fel a baloldaliból a külvilág ingereit, akár emotionalisak, traumatikusak, meteorologiaiak, vagy akár valamilyen fertőző betegségből származnak. Ezeknek behatására a vegetativ idegrendszer, mint ahogy azt *Cannon*, valamint *Selye* vizsgálataiból tudjuk, rögtön működésbe lép és ha a vegetativ idegrendszer ép, a lökéshárító szerepét játsza, vagyis nivelláló működést fejt ki és távoltartja a külbehatás közvetlen veszélyét.

Mi történik akkor, ha a *vegetativ központok* (akár veleszületett módon, akár valamilyen szerzett úton) *érzékenyebbek* a külső hatások iránt? Ha ez az érzékenység *igen nagyfokú*, akkor már olyan ingerek, melyek ép vegetativ idegrendszert feltételezve, izgalmat alig váltanak ki, itt erős izgalomra vezetnek. Ugyanaz az eset fog előállni akkor is, ha a vegetativ központok érzékenysége *csak kis mértékben* fokozott ugyan, *de a külvilági ingerek erősebbek az átlagosnál*. Mindkét esetben a vegetativ idegrendszer sűrűn jő izgalomba és az izgalmak summálódása azt eredményezi, hogy az egyes ingerületi időszakok mind tovább és tovább tartanak, mind lassabban és lassabban halkulnak el, amikor is sokszor egy-egy újabb reactio akkor következhet be, mikor az előző izgalom okozta inger még el se ült. Az első eset a hereditarius ulcusok esete, azoké, akik nagyfokú vegetativ érzékenységet örököltek: ezek a fiatal korban, minden különösebb kiváltó ok nélkül is, kifejlődő ulcus-esetek. A második csoportban a vegetativ érzékenység, ha öröklött, kisfokú és csak akkor válik nyilvánvalóvá, ha a külső behatások kedvezőtlenek. Ide tartoznak a szerzett vegetativ érzékenység esetei is, amikor valamilyen betegség következményeként az eredetileg ép vegetativ központok ingerlékenysége változik meg*)

Minthogy *Cannon* vizsgálatai kétséget kizáró módon bebizonyították, hogy a autonom rendszer hajlandósága az, hogy — főleg erősebb — izgatásra mindig, mint egység reagáljon, világos, hogy minden vegetativ idegrendszeri izgalom kiterjed a gyomorra is, csakúgy, mint valamennyi többi, a vegetativ idegrendszer innerválta zsigerre. Ha most már — akár öröklött terheltség következtében, akár szerzett betegség maradványaként — a *gyomor* az a szerv, mely mint receptiv szerv a hozzájutó hirtelen és erős izgalmakra legerősebben reagál, akkor a vegetative stigmatizált emberből ulcusbeteg lesz. Ha azonban a körülmények olyanok, épen úgy asthma, vagy migraine, vagy angina pectoris keletkezhetnek.

A fekély keletkezésében tehát három tényező viselkedése jelentős, iletve az, hogy e három tényezőnek az egészséges szervezetben oly tökéletesen szabályozott összhangjában támadjon zavar. A *külvilág* eseményei, az öröklötten, vagy szerzett módon fokozott érzékenység lehet az első láncszem, mely e három tényező közti egyensúly megzavarásával a fekélybetegség keletkezésére vezet.

Ha most az elmondottakból az ulcus therapiájára akarunk gyakorlati következtetéseket levonni, akkor a három kört feltüntető ábrából önként következik, hogy az ulcusbetegséggel szemben alkalmazott gyógyító eljárásainkat három csoportba oszthatjuk. Jelenlegi ulcustherapiánk túlnyomó részében a *gyomorra* irányul: mind az étrendi therapia, mind az alkaliával történő gyógyítás, abból a meggondolásból kindulva, hogy a túlzott savképződés fekély keletkezésére, vagy a már meglévő fekély roszaabbodására vezet, tulajdonképen a gyomor nyálkahártyájának a savtóli védelmét szolgálja. — Bizony elég kezdetleges módja ez a gyógyításnak, melyet *Bergmann* joggal hasonlít össze azzal az eljárással, melyet a bőrgyógyász követ, aki valamilyen bőrbetegséget, amely a szervezet belső milieujével függ össze, pusztán védőkenőcsökkel, vagy olajjal akar gyógyítani. Ugyanez áll az Amerikában most annyira divatos mucin- vagy taninsavtherapiára is. Időről-időre helyet juttatunk olyan törekvésnek is, mely a *külvilág* kedvezőtlen behatásaitól igyekszik a beteget mentesíteni. Ebbe a csoportba tartoznak a fekvőkúrák, az időnkénti „kikapcsolódások". Aránylag legkevesebbet teszünk az *autonom idegrendszer* befolyásolására. Az oly jó hatású sedativumokon kívül (sevonal) ide talán csak az atropin-therapia tartozik, valamint az egyidőben oly divatos volt „nem specifikus" ingertherapia és az ulcus röntgenbesugárzással gyógyítása. Sajnos, amint láttuk, az eredmények nem mutatnak arra, hogy mindezekkel az eljárásokkal többet tudnánk elérni, mint azt, hogy az ulcus esetleg meglévő gyógyhajlamát támogatjuk, illetve elősegítjük az ulcusos rossz időszakainak a jó periódusba átmenetelét, tehát a tünetmentesség elérését. Az ulcusbetegség oki gyógyításának távolról sem nevezhető egyik sem!

*) Ismerve a vegetativ központok és a hypophysis szoros együttműködését, érdeklődésünkre tarthat számot a szabadkai *Herman dr.* megfigyelése, aki azt tapasztalta, hogy elülsölebenykivonatok a gyomor nyálkahártyájára és izomzatára trophikus hatást fejtenek ki.

Összefoglalás:

1. Az ulcusbetegség a vegetativ- periódikus betegségek sorába tartozik. E betegségcsoport többi tagjával szoros kapocs fűzi össze.

2. Az ulcusbetegség jóval az ulcus keletkezése előtt kezdődik. Ebben az ú. n. *vegetativ* szakban eleinte bizonytalan ,később mindinkább a gyomorra irányuló panaszok mutatkoznak. Ebben a stadiumban az objectiv vizsgálatok a gyomron vagy csupán lényegtelen elváltozásokat, vagy savbőves gyomorhurutot, vagy ulcus simplexet mutatnak.

3. Az ulcusbetegség vegetativ szaka teljes gyógyulással is végződhetik. Az esetek más részében a gyógyulás nem következik be, hanem a gyomorfalban keletkezett elváltozások önállóan haladnak tovább (szervi stadium.)

4. Az ulcus pathogenesisében annak az egyensúlynak a zavara döntő, mely a külvilági behatások, a vegetativ központok érzékenysége és a gyomor dispositiója között van. E tényezők bármelyikének megváltozása az egyensúlyt megzavarja és egymásba kapcsolódó folyamatokat indít meg, melyek végeredményben az ulcusbetegséget kifejlesztik.

5. Nagy fekélybeteganyag feldolgozása az elmondottak támogatására alkalmas.

a) Az első panaszok és az ulcus biztos kialakulása közti idő átlagosan 3—4 esztendőre tehető;

b) Az ulcusbetegségnek két, évszakhoz kötött roszszabbodási időszaka van: tavasz (március-április) és az ősz (november);

c) A dohányzás az ulcusbetegség szempontjából nem ártalmatlan;

d) Izgalmak és kellemetlen lelki hatások az ulcusbetegség menetére kedvezőtlenek;

e) Az ulcusbetegek családjában gyomorbetegek négyszer, egyéb periódikus-vegetativ betegségben szenvedők háromszor olyan gyakran fordulnak elő, mint pl. cukorbetegek családjában.

f) Az orvosi utasításokat átlag csupán minden hetedik fekélyes beteg követi teljes pontossággal.

6. Az ulcusbetegség jelenlegi belorvosi kezelése nem oki therapia. Értéke annyiban van, hogy képesek vagyunk vele a betegség tüneteit kedvezően befolyásolni. Olyan eljárásunk azonban, mellyel az ulcusbetegséget bizonyosan tudnók gyógyítani, ezideig nincsen.

7. A fekélyeseknek kb. egynegyed része gyógyul meg véglegesen. A fekély gyógyulását az első 5 esztendő eltelte előtt nem jelenthetjük ki.

8. A sebészi therapiának az ulcusbetegség második, *szervi* időszakában van szerepe. A duodenalis ulcusban szenvedő betegek 22, az ulcus ventriculiban szenvedőknek kb. 50%-át operáltattuk. 100 gastroenterostomián átment beteg közül 5 év mulva 61, 100 resectión átment beteg közül ugyanennyi idő multán 85 volt gyógyultnak tekinthető. A műtét utáni visszaesések gastroenterostomia esetében még a negyedik, sőt ötödik évben is jelentkezhethetnek, míg a resectio alkalmával csaknem kizárólag az első esztendőben. A sebészi gyógyítás ugyancsak nem tekinthető oki therapiának, de bizonyos, hogy az ulcusbetegség ezen időszakában gyógyeredményei jobbak, mint a belorvosi kezelésnek.

9. Az ulcus sikeres és végleges gyógyulása csak korai szakban várható. Ezért a gyógyító törekvéseknek is jobban erre a szakra kellene irányulniok.

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

A vérző gyomorfekély és resectio kérdése.

Irta: *Kubányi Endre dr.* egyet. magántanár, közkórházi sebészfőorvos.

A vérző gyomorfekély a belorvos és sebész közös munkaterületének állandó kérdése, ahol a cselekvés határa nehezen vonható meg. A gyomorból és patkóbélből eredő vérzés bizonyos mértékben halálos veszedelmet jelent, kórjóslata mindenkor bizonytalan. Az ulcusvérzéses betegek végső sorsát, illetve százalékos gyógyeredményeit nem a sebészeti intézetek, hanem a belgyógyászati osztályok vannak hivatva elénkbe tárni, előadásunkat mi is a legújabb belgyógyászati adatgyüjtések rövid áttekintésével kezdjük. A legutolsó négy esztendő statistikái:

Az angol *Chiezman* 191 esetéből a halálozás 23%. *Heller* 202 esetébben a halálozás 17.8%. A svéd *Mossberg* 460 betege közül manifest vérzésben 9%, nagyobb vérzéssel kapcsolatban 12% és igen súlyos vérzés következtében 31% halt meg; az összes gyomorfekélyes beteganyagból a vérzésből eredő elhalálozás 2.7%-ra rúgott.

K. Reschke 1935-ben Berlin nagy kórházaihoz kérdőívvel fordult, ennek alapján a következő statistikát közölte:

„Berlini statistika" 1935:

Berlin-Pankow kórház	20 év alatt	91 eset,	meghalt 17
Königin Elisabeth „	20 év alatt	45 eset,	meghalt 6
Bethanien	20 év alatt	146 eset,	meghalt 17
Britz	20 év alatt	132 eset,	meghalt 21
Lazarus	20 év alatt	132 eset,	meghalt 7
Elisabeth	10 év alatt	10 eset,	meghalt 5
Auguste Viktoria	14 év alatt	199 eset,	meghalt 20

Ezekbe az adatgyüjtésekbe igen nagy hibák csúsztak. Húsz évre visszamenő adatokat tartalmaznak, holott a modern belorvosi therapia a vérző gyomorfekély terén messze előtte jár annak, amit 15—20 évvel ezelőtt alkalmaztak. Ezt bizonyítja *Umber* 1935-ben közzétett statistikája, aki ugyan 15 évre visszamenőleg szedte össze adatait, de hozzáfűzi, hogy az utóbbi években minden középsúlyos és súlyos vérző fekély esetén transfusiót alkalmazott. 436 betege közül csupán 41-et veszített el, ez 9½%-nak felel meg, ezzel szemben a „berlini statistika" adataiból 18, 13.3, 10, 16, 17.8, 50 és 10%-os halálozások tűnnek ki, ha azokat %-ra számítjuk át.

A vérző gyomorfekély kezelésének problémáját *két szempont* teszi időszerűvé. Az egyik, hogy a gyomorresectiónak a legutóbbi két évtizedben elért térhódítása a vérző gyomorfekélyre vonatkozólag is érezteti hatását; a másik körülmény, hogy ugyancsak az elmúlt két évtizedben, mint legerősebb vérzéscsillapító szer, a vérátömlesztés mind nagyobb tért hódít. Ez a két, sokszor külön-külön, máskor együttesen is alkalmazott gyógyeljárás *bizonyos activitást vitt bele a vérző gyomorfekély kezelésébe.*

A kérdés gyujtópontjában az a tétel áll: *operáljuk-e a vérző gyomorfekélyt, s ha igen, mikor végezzük a műtétet?* A feltett kérdésre a feleletet több nézőpont előzetes megvitatása után lehet csak megadni. Külön el kell bírálni, vajjon *először jelentkező,* vagy pedig *ismétlődő vérzéssel* kerülünk-e szembe?

Mennyiben javallt a gyökeres műtét a heveny vérzés állapotában?

*) A budapesti Kir. Orvosegyesület 1937. nov. 12-iki ülésén megtartott előadás.

Az egyik álláspontot *Kröenlein* 1906-ban a berlini sebészcongressuson tett megállapítása képviseli, mely szerint a heveny vérzés belgyógyászatilag kezelendő. *Kröenlein* szerint a szervezet felerősítésének kivárása kisebb kockázat, mint kivérzett állapotban a műtéttel járó veszély. A régi *Mikulitz*-megállapítás ugyanezt vallja. Szerinte az ulcusból eredő vérzéskor sohasem állapítható meg biztonsággal, vajjon a vérzés valóban annyira életveszélyes természetű-e, hogy csakis a műtét és nem a conservativ kezelés biztat több reménnyel.

1922-ben *Finsterer* szállt síkra ez ellen az álláspont ellen. Szerinte a heveny vérzés állapotában a sürgős műtét javallata függ a vérzés fokától és nagyságától, idejétől, továbbá a parenchymás szerveknek, elsősorban a szívnek állapotától, az anaemia következtében parenchymás degeneratiójától. *Finsterer* a heveny vérzésnek azon eseteiben, ahol a kórelőzmény és a röntgenlelet szerint callosus ulcusra lehet következtetni, a vérzés megindulásától számított 12—24, de legkésőbb 48 óra multán resectiót végez.

Friedmann, Ritter, a francia sebészek közül pedig *Berard* és *Malletguy* sorakoznak ezen gyökeres álláspont mellé. *Haberer* hasonlóan a beavatkozás mellett foglal állást, csak túlságosan kivérzett esetekben tilalmazza. A bécsi iskola: *Ranzi, Denk* megelőzően vérátömlesztést végeznek és azonnali beavatkozás hívei. *Hüttl, Cierer, De Quervain, Redwitz, Enderlen* a várakozás, tehát a conservativ irányzat hívei. A legújabb irodalomban *Delore* és *Girardier* a francia gyüjtőstatistikák alapján arra a megállapításra jut, hogy *acut vérzések* esetén „belgyógyászati és sebészi kezelés egyenlő esélyű volt mindaddig, amíg a vérátömlesztés nem vonult be e kórképek gyógyítói közé". *Reschke,* a „berlini statistika" összeállítója szerint a vérátömlesztésekben megtaláltuk azt az utat, amihez *a vérzés első óráiban* fordulnunk kell. Az átvitt vér egyrészt pótolja az elvesztett vérmennyiséget és azonkívül a vérzést is csillapítja.

A vérző gyomorfekély másik jellegzetes typusa: *a megismétlődő alak.* A kórjóslat súlypontja az *ismétlődési tényezőn* alapul, ez az, ami a veszélyt jelenti. A helyzet megitélése az ulcusra utaló kórelőzményből, az előzetes gyomorvizsgálattól, röntgenlelettől függ. *Megismétlődő vérzés végleges ellátása csak úgy oldható meg, ha a vérzés helye a resectióval egész biztosan eltávolíttatik.* Ezt bizonyítja *Zweig* gyakorlati megállapítása: 17 vérző gyomordaganat műtétjével kapcsolatban csak kilenczer volt képes a vérzést csillapítani. Hazai vonatkozásban *Hüttl Tivadar* a Magyar Sebésztársaságban „A gyomorfekélyek kezelésének sebészi eredményei" c. beszámolójában foglalkozott e kérdéssel. *Hüttl* referátumában nemcsak a debreceni klinika anyagát ismertette, hanem kérdőívvel fordult Középeurópa 14 sebészeti klinikájához is, s ezek alapján szűrte le tapasztalatait. A beérkezett válaszokból azt lehetett megállapítani, hogy a kontinens legtöbb sebésze még idült vérzés esetén is csak akkor végez műtétet, ha a vérzés kimutathatóan fekélyből származik. Tehát csak akkor, ha a fekély jelenléte a gyomorpanaszok alapján klinice és röntgenologice előzetesen megállapíttatott. „Csakis ily módon kerülhetjük el azt, hogy ne végezzünk resectiót esetleg egy gastritis miatt, amikor különben is megtörténhetik, hogy a műtéttel a vérzést nem sikerült megszüntetni."

Előadásom célja: 10 év alatt összegyüjtött anyagunknak 1937. év szeptemberében végzett *utánvizsgálatairól beszámolni* s azon álláspontot leszögezni, amelyet mind a heveny, mind az idült vérzésekre nézve a Bakay-klinika vall magáénak. A most referálandó esetek valamennyien megegyeznek abban, hogy a vérzés csillapítására a belgyógyászati kezelés mellett transfusiót végeztünk. Előre kell bocsájtanunk, hogy valamennyi esetünk súlyos anaemiával járó casus volt, amit bizonyítanak az alább feltüntetendő vérképek is. 14 esetben a vérátömlesztést nem sebészeti intézetben, hanem betegágynál, főleg belgyógyászati osztályokon kellett elvégezni. *27 esetünk egységes abban, hogy a kezelést minden egyes esetben vérátömlesztéssel vezettük be.* Külön csoportot alkotnak azok, ahol

A) a transfusión kívül gyökeres műtét nem történt és külön csoportot tesznek azok, ahol

B) a transfusio után bizonyos idővel csonkolást végeztünk.

Az első csoportba tartozók kórtörténetének rövid vázlatát a mellékelt táblázatban foglaljuk össze.

Külön kell említenünk a pécsi belgyógyászati klinika 3 esetét, akiknek jelenlegi sorsát most nem tudtuk felkutatni. Címzéseink „ismeretlen" jelzéssel kerültek vissza.

Ugyancsak külön kell említenünk G. F. 52 éves betegünket, akin 5 éves gyomorpanasz után 1924-ben GEA. történt és 1927 decemberében hirtelen nagyfokú vérhányása támadt collapsusos állapottal. Vvs. 2,700.000. Hg. 57%. Direct átömlesztés után meglehetős gyors regeneratio. Fél évig élt csak diaetán, 9 év óta tünetmentes, szolgálatát panasz nélkül végzi.

Ezen első csoport tisztán vérátömlesztéssel kezelt betegeink adatait sorolja fel. Az 1937 szept.—október hónapokban történt utánvizsgálatkor megállapíttatott, hogy 18 eset az, amiből a conclusiók leolvashatók. A 18-ból 3 halt el elvérzéses halállal, ami 16.6%-nak felel meg. 1 volt olyan, akin 13 évvel ezelőtt gyomorműtét történt, majd 10 évvel azelőtt hirtelen gyomorvérzése támadt. A kórelőzményben kifejezett gyomorpanasz 9 betegen fordult elő. Oly mérvű gyomorpanasz azonban, hogy röntgenvizsgálat is történt volna, csak 4 esetből tűnik ki. A vérzés kétszer annyival többször fordult elő vérhányással egybekötve, mint csak szurokszerű széklet és emésztetlen vérdarabkák alakjában.

Állandó étrenden csak 3 beteg él, a többi 1—2 éves diaeta után a belgyógyászati kezelésre tünetmentessé vált.

Második csoportját teszik azok a betegek, akiknek esetében megismétlődő vérzés miatt a vérátömlesztést, mint előkészítő műtétet alkalmaztuk és azután resectiót végeztünk. 7 ilyen esetről számolhatunk be. Ez a 7 eset csak annyiban mondható az én anyagomnak, amennyiben a vérátömlesztést én végeztem, a csonkolást azonban csak 4 ízben hajtottam én végre. Dr. R. I. 45 éves, dr. A. O. 47 éves férfibetegeken magát a resectiót *Bakay* prof. végezte. Nevezettek tünetmentesek. Dr. M. G. 63 éves állatorvos esetében az általam végzett transfusio után a gyomorműtétet *Ádám Lajos* prof. végezte, aki szerint nevezett 1935. évben jelentkezett nála utoljára s akkor tünetmentes volt.

Az általam végzett négy resectio közül egy azért érdemel különösebb figyelmet, mert collapsussal szállíttatott be az osztályra. Vvs. 1,150.000. Hg. 18%, a transfusiót 10 napon belül kétszer megismételtük. 2 hét múlva a vvs. 3,000.000-n felül, Hg. 58%. Az első transfusiótól számított 10. héten csonkolás, ekkor az előzetesen megállapított kifejezett ulcust megtaláltuk. Fél évig élt étrenden, több mint 5 éve tünetmentes. A többi három megegyezik abban, hogy oly esetek voltak, akik közül egy 2½ éve, egy 3 éve, egy pedig 7 éve kezeltette magát gyomorbajával. Mindegyik többszöri röntgen-

TÁBLÁZAT.

Sorszám	Név	Gyomorpanaszok (év)	Rtg.	Vérhányás	Weber	Vizsgálatok ideje	Hmb. %	Direct transfusio (Hány esetben)	Rtg.-lelet	Diéta	Tünetmentesség
1	dr. P. K.	több	0	+++	++++	1927. V. Vvs. 2,800.000	52	1	—	1 év	9 év
2	K. L. 40	3	+	+++	++++	1927. X. Vvs. 2,800.000	64	1	+	állandó	—
3	N. M. 57.	—	0	0	++++	1928. V. Vvs. 2.400.000	54	2	—	0	exitus
4	B. J. 37.	3	+	+++	++++	1929. X. Vvs. 2,160.000	58	1	+	1/2 év	tünetmentes
5	K. J.	több	0	+++	++++	1930. VIII Vvs. 1,900.000	35	1	—	3 hó	6 év
6	Cs. A.-né 47.	több	0	0	++++	1930. III. Vvs. 2,120.000	45	1	+	1 év	6 év
7	S. Á. 44.	16	+	+++	++++	1931. XI. Vvs. 1,800.000	37	1	—	0	exitus
8	É. R.	0	0	+++	++++	1932. V. Vvs. n. sz.		5	+	1/4 év	—
9	dr. K. L. 30.	0	0	0	++++	1932. X. Vvs. 3,050.000	68	1	+	állandóan	—
10	S. B. 32.	0	0	0	++++	1933. X. Vvs. 2,700.000	60	2	—	2 év	2 év
11	H. Cs. Gy.-né	több	0	+++	++++	1933. VIII. Vvs. 2,800.000	62	1	+	2 év	2 év
12	dr. B. M. 60.	0	0	0	++++	1933. XI. Vvs. 2,300.000	49	1	+	3 év	2 év
13	V. L. 53.	0	0	+++	++++	1933. II. Vvs. 1,210.000	22	2	—	0	exitus
4	G. Á. 55.	0	0	+++	++++	1933. X. Vvs. 2,700.000	49	1	+	6 hó	exitus 6 hó mulva
15	dr. P. K. 57.	több	+	+++	++++	1937. V. Vvs. 2,800.000	52	1	+	jelenleg is	0
16	G. E. 32.	több	0	+++	++++	1937. X. Vvs. 1,900.000	27	1	—	0	0
17*											
18*											
19*											
20	G. F.	1924 G. E. A.	0	+++	++++	1927. XII. Vvs. 2,700.000	57	1	—	1/2 év	9 év

17*, 18*, 19*. Utóvizsgálatkor fel nem talált esetek.

leletet hozott magával. Az intézetbe szállításkor erőbeli állapotuk kielégítő volt. Vvs. mindegyiknél 3,000.000-n felül volt, Hg. 55—65% között. Tekintve, hogy kétségtelennek bizonyult, hogy a vérzés a röntgenvizsgálattal előzetesen kimutatható fekélyből eredt, a vérátömlesztés megadása után a négykeresztes Webert feltüntető betegnél tehát a vérzés alatt resectióra határoztuk el magunkat. A műtét a röntgenleletet teljesen igazolta, a resectio után vérzés nem támadt. A Weber-Vizsgálat negativvá vált. Egy esetben a duodenalis csonk elvarrása nehézségeket okozott, amiatt a hasat drain hátrahagyásával zártuk. A 7 csonkolás közül műtéti halálozás ϕ.

A resecált 7 eset valamennyi *megismétlődő vérzés* után került műtétre. 3 közülük megismétlődő vérzés alatt, de előzetes röntgen-igazolás alapján 3,000.000-n felüli vvs. számot feltüntető vérképe.

Nem volt alkalmam az irodalomban errevonatkozólag adatot találni, de a klinikai tapasztalatból azt merném leolvasni, hogy a 3,000.000-n körüli vérkép az, ami megengedhetővé teszi a resectio javallatát. Természetes, hogy nem lehet általánosítani, de én önmagamnak mint irányadót mertem megjelölni a 3,000.000 körüli vérképet, mint olyan állapotot, amely, ha vérátömlesztéssel támogatjuk, reményt adhat a resectio műtétjének sikeres kivitelére.

Az 1937 szeptember és október havában 10 éves anyagommal kapcsolatos ellenőrző vizsgálatból szerény tapasztalataimat a következőkben foglalnám össze:

A vérzés formája és a kórjóslat nincsen egymással párhuzamban. A drámai jellegű heveny vérzés nem jelenti egyuttal azt, hogy a kórjóslat kilátástalan; az utóbbi lényege nagyobb mértékben függ az ismétlődési tényezőktől, mint az első vérzés súlyosságától.

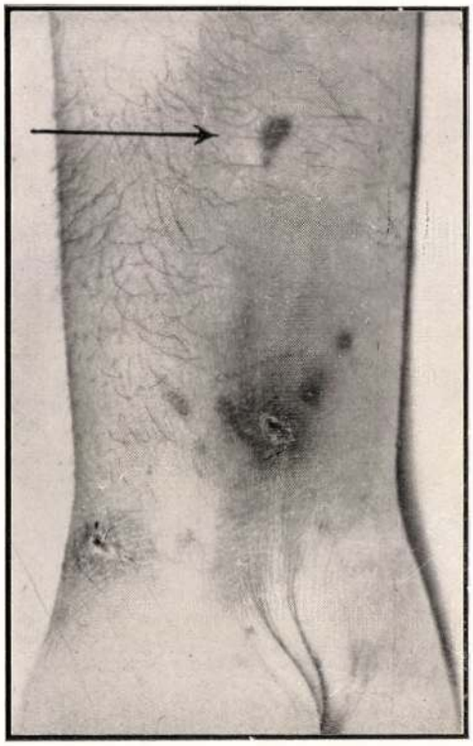
Egy ízben sem láttunk vérzést gyomor vagy patkóbél átfúródásával kapcsolatban.

A vérző gyomorfekély *először jelentkező* alakjaiban a belgyógyászati kezelés, az absolut nyugalom mellett közvetlen transfusiót végzünk. Eképen jártunk el a vérzés 20 súlyos esetében.

A vérátömlesztést mint előműtétet tekintjük s benne találjuk meg azt az utat, amihez a vérzés első órájában fordulnunk kell. Heveny vérzés eseteiben várakozunk.

Megismétlődő vérzéskor, ha a közelmultban klinikai- és röntgenvizsgálat nem történt, belgyógyászati kezelés és transfusio mellett az intervallum kivárására gondolunk s ha a vizsgálat positiv eredménnyel jár, műtétet ajánlunk. *A megismétlődő vérzések azon eseteiben, ahol előzetes röntgenvizsgálat támogatja azt a feltevést, hogy a vérzés olyan zónából indul ki, amely a resectióval eltávolítható, akkor még mielőtt a beteg legyengülne, műtétet javaslunk. A megismétlődő vérzést mindig intőjelnek tekintjük, ahol feltétlenül a radicalis megoldásnak van helye, Girardier* jelmondatát tartva szem előtt, aki szerint „vérző gyomorfekély esetén a sebészeti beavatkozásnak idejében, de nem azonnal kell megtörténnie".

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.



1. kép., orvos. 1937. IV. 3.

2. kép, ápolónő, III. 19.

3. kép, ápolónő, III. 19.

4. kép, ápoló, III. 19.

5. kép IV. 4

6. kép. V. 11.

A Tisza István Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató: Neuber Ede, egyetemi ny. r. tanár.)

Orvosok és betegápolók ritka mustárgáz-bőrsérülései.

Irta: *Preininger Tamás dr.*, egyetemi c. rk. tanár, klinikai adjunctus.

Már kb. 2 évtizede annak, hogy a világháborúban a harcigázok közül *Ypern* előtt használták először a mustárgázt, amelyet éppen e körülmény miatt a franciák „*Yperite*"-nek hivnak. A németek „Senfgas" néven ismerik, illetve *Lommel* és *Steinkopf* után „*Lost*"-nak neveztek el, az angolok pedig „mutardgas" névvel jelölik. Az amerikaiak *Lee Lewis* után „*Lewisit*" néven olyan mustárgázt gyártottak, amelyhez arsent is kevertek, ezért ennek hatásában az arsenmérgezéssel is kell számolnunk. A világháború alatt és azóta is számosan tanulmányozták ennek a rettegett harcigáznak a növényekre, különösen pedig az emberi és állati szervezetre kifejtett káros hatását.

A mustárgázt (dichloraethylsulfid, dichlordiaethylsulfid) szintelen folyadék alakjában állítják elő, melynek szaga tormára, vagy mustárra emlékeztet, olvadáspontja 13.4° C. A mustárgáz állott vizzel lassan sósavra és egy hatástalan vegyületre, thiodiglycolra bomlik; forró vizben ez a bomlás gyorsan megy végbe. Kaliumpermanganat, chlormész és más oxydatiós szerek oxydálják, ekkor sulfoxyd és sulfon keletkezik.

A mustárgáz a hólyaghuzó harcigázok csoportjába (vesicantia) tartozik, amelynek hatása a szervezetben csak bizonyos idő eltelte után mutatkozik. Megtámadja nemcsak az egész köztakarót, szemet, hanem a belső szerveket is. Mérgező hatását csepp- és gázalakban fejti ki. Az előbbi halmazállapotban a vele érintkező bőrt (ruhán keresztül is!) és szemet, az utóbbiban pedig a légzőszerveket és a szemet támadja meg közvetlenül, de közvetett módon kifejti hatását a távolabbi szervekre is. *Suzuki, Shigani, Kurisu* és *Tanigawa* ugyanis dichloraethylsulfiddal végzett házinyul-kisérleteikben megállapították, hogy ez a gáz — valószinüleg a lipoidokban erős oldhatósága miatt — a bőrön keresztül rövid idő alatt felszívódik és a távolabbi szerveket is gyorsan megtámadja. Egyórás behatás után a mustárgázt eltávolították a bőrről és ekkor már mind a vörösvérsejtek, mind a fehérek száma tetemesen csökkent, a normál agglutinin-érték a vérben jelentékenyen emelkedett, a májban pedig heveny elhalást és a májsejtek dissociatióját tapasztalták; a lép pulpájában erős véraláfutást, a vese glomerusaiban kisebb vérzéseket, a mellékvesében és a tüdőben pedig bővérűséget észleltek a bőr mélyreható elhalása mellett. *Muntsch* az agyban, a gyomor-bélhuzamban vérzést, *Büscher* pedig a gázzal dolgozó munkásokon általános fehérjeszétesésre utaló nagyfokú senyvedést észlelt. Bőrgyógyászati szempontból minket a belső szervi elváltozásokon kivül elsősorban a bőrregyakorolt hatás, illetőleg ennek tünetei érdekelnek, ezért ezeket részletesebben ismertetem.

A mustárgáz a bőrt rendszerint cseppfolyós alakban történő érintkezés utján támadja meg. Gáznemű állapotban a köztakarón csak igen nagy töménységben fejthet ki káros hatást, ez azonban gyakorlati szempontból alig bir jelentőséggel. Ha egy csepp mustárgáz éri a bőrt, akkor az egynéhány (kb. 10—15) perc alatt felszívódik és a felszívódás után órákig (3—6) semmiféle objektiv, vagy subjektiv tünetet nem okoz, annak ellenére, hogy már az első órában többé-kevésbbé határozott histologiai elváltozásokat (vizenyőt, érkörüli beszürődést, eosinophyliát) hoz létre a hámban és irhában, amint erre *Dörffel* és *Pöpping* rámutatott, kik különben a mustárgáz okozta bőrsérüléseket a bőr röntgenelváltozásaival hasonlítják össze. Fenti idő elteltével a behatás helyén kezdetben elmosódott szélű bőnpir látható, mely a 6-ik óra multán már élesen határolt gyulladásba megy át. További 3 óra elmultával vizenyős beszürődés mutatkozik s ennek széli része az ép környezetből kiemelkedik. A vizenyősen átivódott terület vértelennek látszik s ilyenkor a széli részen sokszor koszorú alakban számos egymás mellett elhelyezkedő hólyagcsa látható. A viztiszta, savós hólyagcsák egymással lassan összefolynak, savóval egyre jobban telődnek és így egy nagyobb hólyag keletkezik. A vérerek erősen kitágulnak, ennek következtében szövetközti vérzések keletkeznek. Erős és hosszantartó behatás után a bőralatti szövetek sérüléseivel is számolnunk kell. A folytonos exsudatio következtében a hám és a bőr között az összeköttetés meglazul és így epidermolysis, sőt a mélyebb bőrrészletek elhalása is létrejöhet. Az elhalt részek körüli fehérvérsejt felszaporodás (leukocytavándorlás) genyedéssel járhat, amit másodlagos fertőzés fokozhat. Az elhalt szövetek pótlása, illetőleg a gyógyulás csak nehezen megy végbe, általában hosszú ideig tart.

Az irodalmi adatok szerint mustárgázos bőrbántalmat eddig csak olyan egyénen, vagy állaton észleltek, aki, illetőleg amely vagy a harctéren, vagy kisérleti célból intézetekben szenvedett mustárgázsérülést. Klinikánkon megfigyelt eseteinknek az adja meg az érdekességét, hogy *orvosok és ápolók foglalkozásuk közben, olyan alkalommal szenvedtek mustárgázsérülést, mikor mustárgázzal mérgezett egyént részesítettek első orvosi segélyben. Ilyen esetre eddig* — legalább is tudtunkkal — *még nem volt példa.*

Egy 30 éves intézeti szolga 1937. március 18-án délelőtt ½ 10 órakor öngyilkossági szándékból 5 ccm. folyékony mustárgázt fecskendezett szájüregébe és azt lenyelte. Az egyik elősietö orvosnak csak nehezen sikerült rávennie a szolgát arra, hogy az ő kiséretében a közeli belklinikára menjen gyomormosásra. Utközben a beteg rosszul lett, hányt és eszméletét vesztette. Mig a klinikáról hordágyat hoztak, addig az orvosnak a már eszméletét vesztett beteget csak úgy sikerült megvédenie az eleséstől, hogy átkarolva támogatta, miközben a beteg jellemző szagú hányadéka saját és orvosa ruháját, az orvos kezét, sőt a padlót is érte. Könnyen érthető, hogy ilyen körülmények között az öngyilkos hányadékába az orvos cipőjével is beletaposott. A belklinikán gyomormosás közben hányadék érte a gyomormosó orvos kezét is, továbbá egy ápolónő mindkét karját és egy szegődményes ápoló jobb alkarját. Közben az eszméletlen mérgezett székletét, vizeletét maga alá bocsájtotta és ismételten hányt. A kisérő orvos a gyomormosást nem várta meg, hanem azonnal (a behatástól számított 15 percen belül) kaliumpermanganatos fürdőbe ugrott s annak köszönheti, hogy sem talpán, sem karján s kezén nagyobb bőrsérülései nem keletkeztek.

A gyomormosást végző orvos munkája végeztével azonnal megmosta kezét szappanos vizzel. Kézfején nem is mutatkozott semmi, ellenben figyelmen kivül hagyta, hogy az alkarját borító köpenyét is érte a mérgezett hányadékának néhány cseppje és így az alkarján egynéhány lencsényi-fillérnyi, hyperaemiás, később szöveti elhalással súlyosbodó bőrelváltozása keletkezett, amint azt a fényképen jól láthatjuk (1. sz. kép). Érdekessége ennek az esetnek az, hogy a nyillal megjelölt plakk csak a behatás után egy hét eltel-

tével mutatkozott. Ez utóbbi helyen különben csak bőrpir volt — szövetelhalás nélkül —, ami csekély pigmentatió hátrahagyásával gyógyult.

Nem akarok kitérni e jelenség késői jelentkezésének magyarázatára. Még a legelfogadhatóbb az a magyarázat, amely szerint az orvosi köpenyt e helyen erősebben hígított mustárgáz csepp érte és így ez nem fejthetett ki olyan intensiv hatást,mint a töményebb cseppek, amelyeknek hatására a szövetek is rövidebb idő alatt reagáltak. Orvosunk köpenyét a behatástól számított 2 óra, ingét pedig 5 óra mulva vetette le.

A gyomormosás alkalmával segédkező ápolónő és ápoló is megsérült, ezek azonban megmagyarázhatatlan okok miatt csak ¾ óra mulva (kb. d. e. ¾ 11-kor) mosták le bőrüket chlormeszes vizzel. A gyomormosás alkalmával a mérgezett hányadéka a gyomormosó-edényt is, meg a gummicső külső falát is érte, amelyet azután az ápolónő kinyujtott karral magasra emelt és így a hígított hányadékkal kevert mustárgáz nemcsak végigfolyt mindkét karján, hanem a felkar belső oldalán huzamosabb ideig érintkezett is bőrével. A behatástól számított 3½ óra mulva a felkar felső és középső harmadának határán a belső oldalon tenyérnyi, erősségben folyton fokozódó bőrpir, ujabb 1 óra elmultával pedig ennek két kisebb részén élesen körülirt fillérnyi, kerek, illetőleg orsóalakú, vértelennek látszó, fehér folt keletkezett, melyen belül a bőr rajzolatát megtartotta (2. kép). A kórkép további lefolyásában ezeken a helyeken a hám elemelődött, lelökődött, sőt a bőr alsóbb rétegei is szenvedtek, mert a képződött pörkök beszáradása után pigmentált udvarral körülvett atrophiás gyógyulást észleltünk. Az ápolónő alkarján keletkezett sérülések általában megegyeznek az orvos alkarján látható hasonló sérüléseivel (3. kép).

A 19 éves ápolón délután ¾ 3-kor jelentkeztek az az első bőrtünetek enyhe pirosság képében, ½5 órakor már hólyagok mutatkoztak úgy, amint azt a másnap reggel 8 órakor készített felvételen (4. kép) jól láthatjuk. Különösen feltünt az alkar legdistalisabb plakkja, amelyen jól megfigyelhettük a sérült bőr vizenyőjét, a központi rész anaemiáját, a széli részeken pedig számos kölesnyi hólyagcsa képződését koszorú alakjában, majd az egész hámnak elemelődését és ugyanazon a helyen az anaemiás terület nagyságának és alakjának megfelelő élesen körülírt fekélyképződést (5. kép), amely rendkívül renyhén gyógyult.

A belgyógyászati vizsgálat a belső szerveket épnek találta. Vizeletben: fehérje, geny és cukor negativ, hasonlóképpen a vérsavóval végzett Wassermann-, Sachs Georgi- és Kahn -reactio is. Vérkép: 3,900.000 vörösvértest, haemoglobin 80%, fehérvérsejt 12.000. Qualitativ eltérést nem észleltünk. Szöveti vizsgálatot — legnagyobb sajnálatunkra — nem végezhettünk, mert abba betegünk nem egyezett bele.

Az orvosnak és ápolónak subjectiv panaszai egyáltalában nem voltak, ellentétben az ápolónővel, aki erős égésről, fájdalomról panaszkodott mind a benzines lemosás, mind az aluminiumos borogatás és ugyanilyen hűtőkenőcsök alkalmazására mindaddig, míg tisztán bórvaselines kötést nem adtunk, amit igen jól tűrt. Az összes sérültek kezelésére a hólyagfedelek meghagyása mellett bórvaselines kötést alkalmaztunk és ezzel láttuk el őket az aránylag hosszú ideig tartó folyamat egész lefolyása alatt. Megjegyzem, hogy másodlagos fertőzést, genyedést nem észleltünk, annak ellenére, hogy az irodalmi adatok szerint a mustárgázzal sérültek bőrelváltozásai rendszerint másodlagosan fertőződnek. Az orvos alkarján levő elváltozások két hét alatt, az ápolónő alkarján lévők ugyancsak két hét alatt, felkarjának bőrsérülései három és fél hét alatt, az ápoló elváltozásai azonban csak az 55-ik napon gyógyultak be, de a fekély helyén a 60-ik napon kiujulás történt, ami további 10 napos kezelést igényelt.

Az öngyilkos délután ½4 -kor meghalt. Boncolását a Törvényszéki Orvostani Intézetben *Jankovich* professor végezte, ki az esetet a Magyar Pathologusok 1937-ik évi nagygyűlésén, Pécsett részletesen ismertette; a Magyar Sebésztársaság 23-ik nagygyűlésén pedig *Bodnár Tibor* mutatta be és közli is az Orvosi Hetilap-ban. A boncolás szerint „heveny nyákos gyomor- és vékonybélhurut, heveny garat- és nyelőcső hurut" volt megállapítható, ezenkívül „zavaros elfajulás a szívizomban, májban és vesében, bővérüség az agyban, a májban és a vesékben, vérszegénység a lépben. Kimaródás, fekélyesedés a gyomorban nem volt, ennek nyálkahártyája általában duzzadt, belövelt, csaknem kocsonyás összeállású és zavaros pontszerű vérzésekkel volt telehintve. A kissé nagyobbodott szív izomzata fakó, zavaros, barnás árnyalatú. A vér feltünően sürű".

Az öngyilkos szájnyálkahártyáján és bőrén semmiféle kórosat nem észleltek, pedig hányadéka éppúgy érte őt — még pedig előbb —, mint az elsősegélyt nyujtó orvost, illetőleg ápolókat, kiknek bőrén a kiütések a mérgezett halála pillanatában már látszottak. Ennek oka valószinüleg az, hogy a mérgezett szervezete hirtelen erősen leromlott és így a bőr reactiós készsége nagyon megcsökkent..

Arra is gondolhatnánk, hogy a mérgezett bőrének ez a reactiós hiánya összefüggésbe hozható azzal a körülménynyel, hogy előzőleg már mustárgázcsepp kisérleteket végzett önmagán — amint ez később kitudódott — és így szervezete egy előzetes sensibilisatió után desensibilisálódhatott. Ez utóbbi elgondolást azonban nem tartjuk valószinünek, mert a mustárgáz erős méreg és így desensibilisatióról — bár hatása egyénre és fajra igen különböző *(Marschall)* — alig lehet szó.

Gyomornedvvel kevert mustárgáz okozta hólyagtartalmat még eddig senki sem vizsgált. Mi a punctiós tűvel leszivott hólyagtartalommal előbb állatkisérleteket végeztünk tengerimalacok bőrén percutan, intracutan és subcutan módon. Mivel a beojtott tengerimalacokon sem általános, sem bőrártalmat nem észleltünk, ezért az ápoló ép bőrén is „lebenypróbát" végeztünk a hólyagtartalommal és ennek helyén sem tapasztaltunk kóros elváltozást. Evvel is igazolhatjuk az eddigi kutatóknak — köztük a magyar *Telbisz*-nek — azt a megfigyelését, amely szerint a mustárgáz által okozott hólyagtartalom (savó) nem mérgező.

A sérülések annyiban különböznek a mustárgázcsepp okozta bőrsérülésektől, hogy általában enyhébbnek látszanak, ami minden valószínűség szerint avval magyarázható, hogy a mustárgáz nem tömény állapotban, hanem gyomornedvvel hígítva érte a bőrt.

Ha a hígítás vizzel történik, akkor — amint azt bevezető soraimban említettem — közbeeső termékként egy ártalmatlan, illetőleg hatástalan vegyület, thiodiglycol

$$S<\begin{matrix}CH_2-CH_2-OH\\CH_2-CH_2-OH\end{matrix}$$

keletkezik. Jelen esetben azonban a hígító folyadék nem viz, hanem gyomornedv volt, melynek sósavtartalma is van és így két OH gyök Cl-el cserélődhetett, vagyis a mustárgáz eredeti vegyi összetétele — legalább is részben — ismét helyreállhatott.

Eseteinkből a következő tanulságokat meríthetjük:

1. *A mustárgázzal szájon át mérgezett egyén hányadéka mérgező. Ezt orvosnak és ápolónak egyaránt tudnia kell.*

2. *Az első segélyt nyujtó orvos és ápolószemélyzet azonban megelőzheti bőrsérüléseit, ha 10—15 percen*

belül (legjobb azonnal) szappanos vízben lemosást végez, vagy megfürdik.

3. *A hólyagokból kiürülő savó nem mérgező, tehát kötésváltás alkalmával nem kell tartanunk ujabb sérülésektől.*

4. *A sérült területeken benzines lemosást, aluminiumos borogatást és hűtőkenőcsöket ne alkalmazzunk, mert érzékenyebb egyének bőrét izgatja, a borvaselint azonban ezek jól türik.*

Az Erzsébet Királyné Sanatorium (Igazgató-főorvos: Országh Oszkár) és a Weisz Manfréd Alapítványi Sanatorium (Igazgató-főorvos Tállyai-Róth Miklós) közleménye.

Allergia-tanulmányok a Gröer-reactióval, különös tekintettel a felnőttkori tuberculosisra.

Írta: *Szántó J. Endre dr., Bernáth Zoltán dr.* és *Riedl Olivér dr.*

A tuberkulin kiváltotta bőrallergiás reactióról, már a jelenség felismerésekor feltették, hogy kapcsolatos a szervezet védőerejével *(Koch, Pirquet)*. Látták, hogy a gümőkór chronikus lefolyásában a tuberkulinnal szembeni érzékenység változik. A rossz védekezőképesség jelének tartották a csökkent bőrallergiát, pl. kanyaróban és előrehaladott tuberculosisban *(Bandelier* és *Röpke)*, pleuritisben *(Országh)*. *Engel* és *Bauer* szerint a legerősebb bőrérzékenységet a generalisatio szakában kapjuk, míg az inactiv gümőkórban és az elszigetelt szervi phthisisnél egyaránt csak közepes erősségű a bőrallergia. Tekintettel arra, hogy utóbbi a klinikai állapottal legtöbbször nem volt párhuzamba hozható és a manifest-stationaer és progressiv formákra támpontot nem tudott adni, általánosságban — bármely eljárással váltottuk is ki, — csak diagnostikus célra használtuk és erre is főleg gyermekeknél, mert felnőtteken a klinikai lelet nélkül is csaknem mindig positiv volt, jelezve a valamikor kiállott fertőzést.

A bőrallergia klinikai értékelésével sokan *(Wolff-Eisner* és *Teichmann, Helmreich, Bessau,* utóbbi nyomán *Marberger,* majd *Vásárhelyi)* foglalkoztak, de eljárásuk a gyakorlatba nem ment át.

Sokkal nagyobb érdeklődést keltett *Gröer* 1933-ban közölt *pathergia-allergometriai elmélete,* mely azon törvény felismerésén alapul, hogy a bőrreactio nagysága az allergen hígításának negativ logarithmusával arányos. *Gröer* szerint helyesebb az allergia helyett a pathergia kifejezést használni, mert az jobban kifejezi az immunbiológiai viszonyok és a betegség közti párhuzamot. Az egyén actualis pathergia-allergia helyzetének három fajtája van: *homodynamia* (labilis állapot), *heterodynamiás pleoergia* (jó immunbiológiai helyzet), *heterodynamiás pleoaesthesia* (rossz immunbiológiai helyzet), melyeket a *reactiókészségből „Reactivitás" („R")* és az *érzékenységből „Susceptibilitás" („S")*, graphikusan, ordinatarendszerben meghatározhatunk. A pathergometria a gyermektuberculosis-kutatásban és a syphilis fajlagos kezelése eredményének megítélésében értékes és érdekes szolgálatot nyujtott (*Gröer* és munkatársai). A Gröer-reactióval foglalkozó magyar szerzők közül *Petrányi* munkatársaival kiépítette a pleoaesthesiás reactiójú gyermekek biológiai activitásának fogalmát, mely szerint a biológiailag és klinikailag activ egyén tbc.-s folyamata között csak mennyiségi különbség van. *Lukács** gyakorlati alapra helyezte a reactio egyébként bonyolult kiszámítását, ezt geometriai rendszere segítségével — melyet *Gröer* is ajánl, — most már úgyszólván pillanatok alatt elvégezhetjük. Ugyancsak *Lukács* mutatott rá arra, hogy a gyermekek friss fertőzésekor klinikai javulás mellett, az elhúzódó pleoaesthesiás reactiónak irányadónak kell lennie az activitás megitélésében.** *Alföldy-Bernáth* felnőtteken nem tudott a szokásos klinikai vizsgálati segédeszközökkel az egyes formákon belül oly különbséget találni, amelyek magyarázatot tudtak volna adni arra vonatkozólag, miért ad az egyik eset pleoergiás, a másik pedig pleoaesthesiás reactiót. Friss infiltrativ Schuboknál túlsúlyban pleoaesthesiát kaptak, ami szerintük a secundaer allergia túlérzékenységi állapotával magyarázható.

Vizsgálatokat végeztünk a Gröer-reactióval abból a célból, hogy az a klinikai állapottal és a süllyedési reactióval párhuzamba hozható-e, továbbá, hogy a gümőkór lefolyásában mutatkozó klinikai változást mennyiben kiséri az allergometria.

Eljárás: Gröer = Az A. T. physiológiás NaCl-dal frissen készített 1:5000 és 1:500.000-es oldatának $^1/_{10}$ ccm-ét a hát bőrének lapockaközti területén, részarányosan jobb és baloldalon, intracután injiciálluk. A keletkezett bőrallergiás reactiót 24 óra múlva olvastuk le. A productum kiszámítása s az actualis alergia-helyzet meghatározása a reactiók átmérőjének arythmetikai középértékét véve alapul, mindig *Lukács* geometriai rendszerével történt. SR. = Westergreen szerint az első órákban süllyedt érték.

I.

A 65 (3½—14 éves) gyermeken végzett vizsgálatok részben támogatják mások eredményeit, részben különböznek azokétól (I. táblázat).

Egyezők annyiban, hogy inactiv gümőkóros gyermekek 100%-ban adtak pleoergiás reactiót, míg a klinikailag jóindulatú formákban a pleoaesthesiás reactio, a rosszindulatú formákban pedig a pleoergiás reactio sokkal nagyobb százalékban jelentkezett, mint pl. *Petrányi* gyermekanyagán. Ennek okát abban találjuk, hogy „klinikailag roszindulatú" anyagunk nagyobbrészt 12 éven felüli isolált phthisisben szenvedőkből állott, folyamatuk hasonló volt a felnőttekéhez és ezért érthető is, hogy pleoergiásan reagáltak; *Petrányi* ezeket ál-pleoergiásoknak nevezi. A reactiót párhuzamba hozva a süllyedési reactióval, — ezt *Braeuning* után három csoportba osztva, — azt találtuk, hogy az allergometria a klinikai statusra nem ad kielégítő támpontot, s ennek megitélésére a S. R. alkalmasabbnak látszik, bár *Wallgren* a gyermektuberculosis különböző formáiban a S. R.-nak a prognosisra való felhasználhatóságát igen csekélynek tartja.

318 (15—68 éves) felnőttön az inactivak pleoergiás reactiója uralkodott. Kevésbbé volt határozott a különbség allergometriailag a klinikailag jóindulatú és rosszindulatúak között.

163 felnőtt esetet összegezünk a Gröer-próba egyszeri elvégzése után. Az inactiv folyamatokban lényegesen nagyobb százalékban kaptuk a jobb allergiás állapotnak megfelelő reactiót. Míg a klinikailag nyilvánvaló folyamatokban, ha összegezzük a különböző megnyilvánulási alakokat, úgy a jóindulatú, mint a rosszindulatú alakok esetében majdnem azonos százalékban találjuk a pleoergiás és pleoaesthesiásreactiót. — A S. R.-t egyidejűleg 159 esetben állítottuk párhuzamba a Gröer-próbával. Azt

*) A M. O. T. E. 1937. június hóban tartott nagygyülésén előadottak nyomán.

*) *Lukács* tanár úrnak, aki még geometriai rendszere közlése előtt, ennek használatában készséggel volt segítségünkre, ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki.

**) A M. Gy. O. T. 1937. évi nagygyülésén tartott előadásában.

I. TÁBLÁZAT.

Klinikailag (Kórbonctanilag)	Össz.	Pleoergia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <	Pleo-aesthesia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <	Homo-dynamia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <
Inactiv tbc.	6	6=100%	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jóindulatu (Hilus Epitbc. inf. Epitbc. residuum. Pleuritis)	24	10=41·7%	7	1	2	8=33.7%	7	—	1	6=25%	4	1	—
Rosszindulatu (Exsud. nod. Exsud. nod. pleuritissel. Tbc. plum. cavernáva)	31	14=45·1%	3	1	10	10=32 3%	2	—	8	7=22·6%	1	—	6
Extrapulm. tbc.	4	1	—	1	—	2	—	—	1	1	—	—	1

II. TÁBLÁZAT.

Klinikailag (Kórbonctanilag)	Összesen	Pleoergia	Pleoaesthesia	Homodynamia
Inaktiv tbc.	21	14=66·6%	6=28·6%	1=4·8%
Jóindulatu. (produktiv)	169	81=47·9%	56=33·2%	32=18·9%
Rosszindulatu (Exsudativ)	125	43=34·4%	56=4 ·6%	25=20%
Extra pulm. tbc.	3	3=100%	—	—

III. TÁBLÁZAT.

Klinikailag. (Kórbonctanilag)	Össz.	Pleoergia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <	Pleoaes-thesia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <	Homo-dynamia	SR. 20 m/m	SR. 30 m/m	SR. <
Inaktiv tbc.	14	8=57 1%	7	1	—	5=37·5%	4	—	1	1=7·1%	—	1	—
Jóindulatu (Hilus. Nod. fibr. circumscript. Nod. fibr. dissem. Cirrhotikus. Pleuritis.)	69	32=46·4%	18 56·2%	4	10 31·2%	27=30·1%	12	1	12 44·4%	10=14·5%	7	1	1
Rosszindulatu. (Nod. exsud. circumscript. Nod. exsud. diss. Kevert forma cavernával.)	77	35=45·4%	8	3	23 65·7%	27=35·1%	3	1	22 81·4%	15=19·5%	—	—	15
Extra pulmp. tbc.	3	3=199%	1	—	1	—	—	—	=	—	—	—	—

találtuk, hogy inactiv folyamatokban mindkét reactiós forma mellett normalis a süllyedés. S bár úgy a jóindulatú, mint a rosszindulatú alakok esetében mindkét reactiós forma mellett elég nagy százalékban fokozotta S. R., mégis a pleoaesthesiás reactiót adó esetek fokozott S. R.-ja %-ban kifejezett különbséget mutat a pleoergiás esetekkel szemben. Mindez azt jelentené, hogy ha fokozott süllyedés mellett pleoaesthesiás a reactio, ez alátámasztja a malignitást. (III. táblázat.)

II.

Több eredményt látszottak nyujtani a reactio sorozatos végzése kapcsán nyert tapasztalataink. Ugyanis, ha az előző eredményeket nézzük, akkor látszólag igazat kell adnunk az utánvizsgálóknak abban, hogy felnőtteken a reactio nem értékelhető, mert a klinikai állapotot általa elkülöníteni nem tudjuk. A manifest rosszindulatú folyamatok jelzőjének a S. R. alkalmasabb. Őszintén meg kell vallanunk, hogy hónapok óta folytatott vizsgálatok után, ezt az eredménytelenséget látva, a reactióval való foglalkozást céltalannak véltük és csak kis mértékben ellensúlyozta a kedvetlenséget és adott némi támpontot a továbbiakhoz az, hogy általában az acut és subacut (exsudativ) folyamatokban pleoaesthesiát kaptunk, amit *Alföldy-Bernáth* is észlelt. A vizsgálatokat tovább folytatva megismételtük a reactiót, eleinte rendszerint a 3—5 hónapi intézeti kezelés után távozó betegeken. (Ezért is van az alábbi táblázaton jóval kisebb beteglétszám feltüntetve, mint az eddigieken.) Ez utánvizsgálatok során azt találtuk, hogy az előbb pleoergiás reactiójú 6, hilusfolyamatú gyermek közül 3-nál eltolódott az allergia a pleoaesthesiás, illetve homodynamiás irányba. Ezek közül azonban kimutatható klinikai rosszabbodást, illetve panaszt (fáradékonyság, súlyveszteség) csak kettő mutatott. Az egyiken szemünk előtt fejlődött ki jobboldali pleuritis exsudativa.

Az előbb pleoaesthesiás gyermekek pleoaesthesiásak maradtak, bár klinikailag javultak. *Petrányi* és *Lukács* szerint ez törvényszerűen éveken át eltart.

Felnőttek utánvizsgálásakor ellenkező törvényszerűség mutatkozott, *parallel a klinikai javulással mutatta a javult immunbiológiai állapotot a reactio.*

Felnőttek allergia változása 3—5 havi intézeti kezelés után. (IV. táblázat):

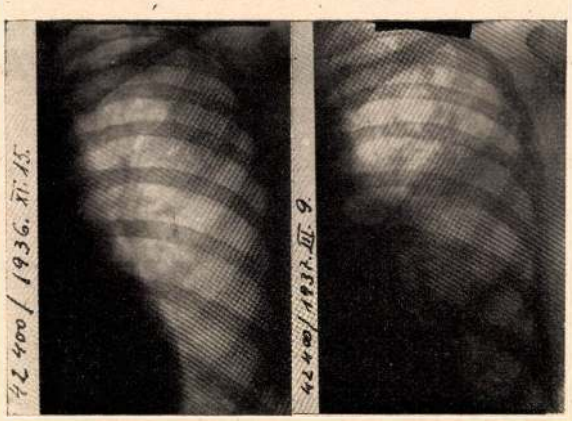
IV. TÁBLÁZAT.

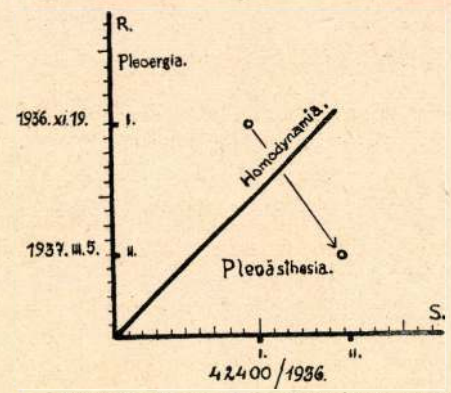
	Jelleg	Allergia (Pathergia)	Össz.	Therapia Ptx. (Plast*)	Javult Koch-80% Nem köp. Suly: ***	Pg.	Hd.	Rosszabodott (Átmenetileg *)	Pae.	Hd.	Pg.
I.	Produktiv	Pleoergia	8	1	8	8	—	1*	—	1*	—
	Exsudativ		14	6	13	13	—	3 (2*)	1	—	2*
II.	Produktiv	Pleoaesthesia	7	—	7	6	1	—	—	—	—
	Exsudativ		10	8 (1*)	9	9	—	1	1	—	—

Ha az első csoportbeli pleoergiás reactiót adó productiv és exsudativ jellegű eseteket szembehelyezzük a második csoportbeli hasonló jellegű esetekkel, akkor azt találjuk, hogy míg az utánvizsgáláskor az első csoportban az előbb pleoergiásak mind pleoergiásak maradtak, illetve átmeneti rosszabbodás után, amit megfelelő pleoaesthesiás vagy homodynamiás allergiaeltolódás kisért, ismét pleoergiássá váltak, addig az előbb pleoaesthesiás reactiót adó második csoportbeliek, ha klinikaileg javultak, egyaránt pleoergiát adtak. Ez utóbbiak közül 33.3% friss, a többi pedig régebbi, de nagyobbrészt exsudativ folyamat volt. Közülök egy maradt pleoaesthesiás, kinél inkább complett ptx. a folyamatot kellően nem befolyásolta és akinek a kezelés alatt gégéje rosszabbodott.

Bemutatjuk néhány esetünk kórlefolyását, röntgenképét és időszakos allergia helyzetét, *Lukács* geometriai rendszerében az „RS" síkban meghatározva:

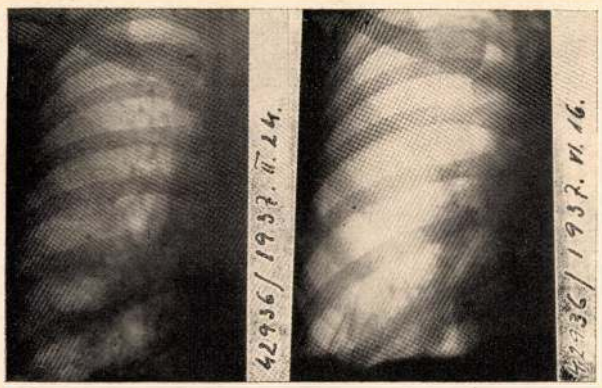
Fv. sz. 42.400—1936. XI. 14. (Röntgenfoto.)
I. II.

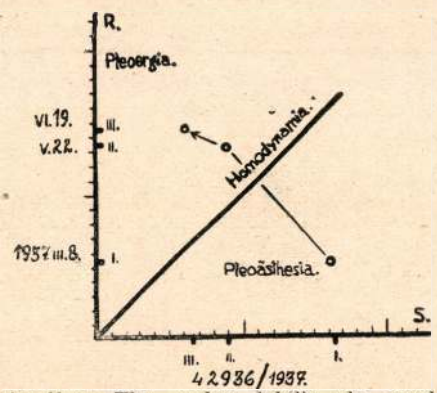




Allergiapálya: Tbc. fibrocaseosa nodosa. 19 éves leány. Egy éve beteg. Temp. 37.4. Koch neg. SR: 7—16 mm. Súly 51.5 kg. 1937 II. 25: Temp. 38.5, néhány napon át mérsékeltebb, majd III. 1-től ismét 38.5. B. o. alul tompult, nedves zörejek. *Acut exsudativ progressio.* Előbb pleoergiás allergiája pleoaesthesiás lett. IV. 26: Koch +! SR: 30—50 mm. Fogyott. Az allergometriás mérések jól mutatják a klinikai rosszabbodással való párhuzamos változását az allergiának.

Fv. sz. 42.936—1937. II. 23. (Röntgenfoto.)
I. II.





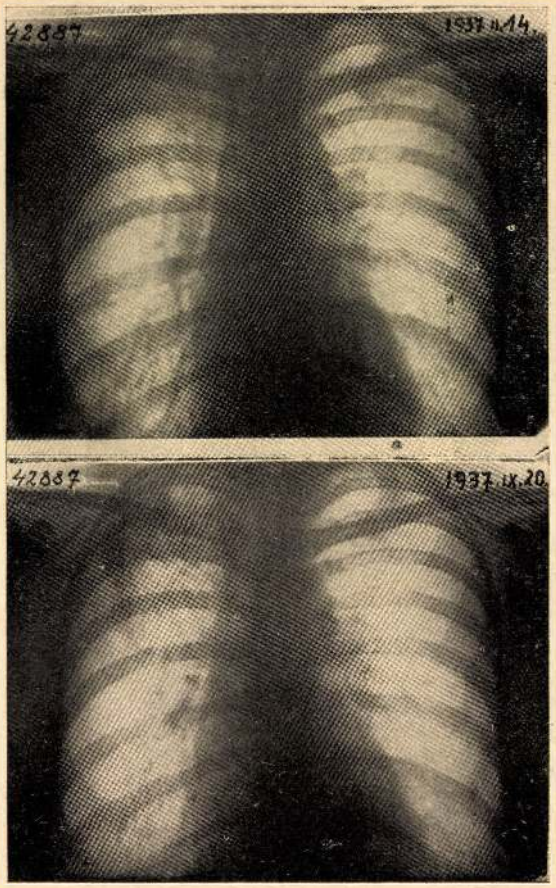
Allergiapálya: Tbc. pulm. lobilis ulc. med. l. d. 22 éves leány. Három hónapja beteg. Temp. 38.5. Koch +. SR: 60—87 mm. Súly: 50.2 kg. II. 26: Ptx. l. d. VIII. 23: Temp. 37. Nem köp. SR: 26—40 mm. Súly: 59 kg. Előbb pleoaesthesiás allergiája pleoergiás lett. Physicalisan tünetmentes lett.

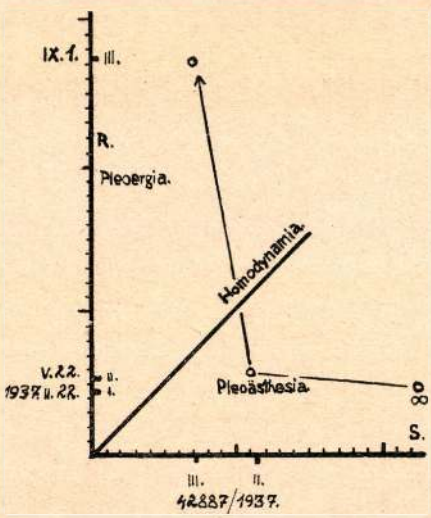
A fentebb elmondottak és a bemutatott esetek alapján megmagyarázható az, hogy a felnőttek progressiv és stationaernek látszó folyamataiben is nagy számban kaptunk pleoaesthesiás reactiót. *Az ugyanazon betegen hosszabb idő után megismételt reactiók összehasonlításából kitűnik, hogy a reactio alkalmas felnőtteken is az allergia minőségének megitélésére.*

Mikor a gümőkóros szervezet a secundaer allergiás szakba kerül, az előbb még a gyermekkorban megnyugodott folyamata biologiailag a positiv anergiából decompensálódik. Allergometriailag ezt a fokozott érzékenység, az „S" irányba történő eltolódás mutatja. Ha a negyedik táblázatra nézünk, akkor megértjük, miért találjuk az előző táblázatokban mind a jóindulatú, mind a rosszindulatú folyamatokban majdnem azonos százalékban a pleoergiás és pleoaesthesiás reactiói. *A tuberculosis hullámzó lefolyásában a biológiai decompensatio a productiv és exsudativ folyamatokban egyaránt a rosszabbodás velejárója*

(Radek, Czarneczki), s bár a reactio biológiai vonatkozású, a pleoaesthesiás reactio révén a folyamat kórbonctani jellegére is támpontot nyujt, az exsudativ góc jelenlétét feltételezi, ennek kiterjedésére való tekintet nélkül, miután úgy acut és subacut exsudativ folyamatokban, valamint heveny exsudativ exacerbatiók esetén a reactio pleoaesthesiásnak mutatkozik.

Fv. sz. 42.887—1937. II. 13. (Röntgenfoto.)
I. II.

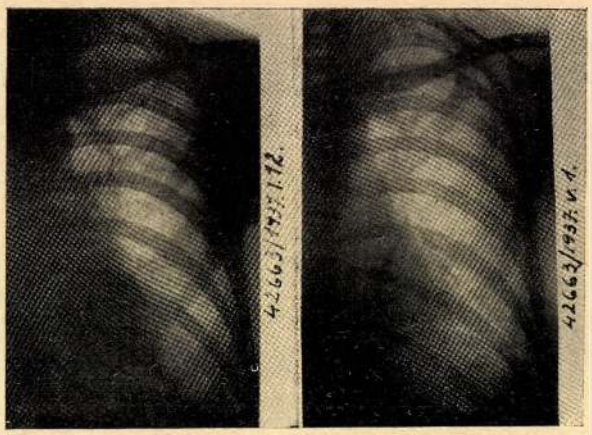


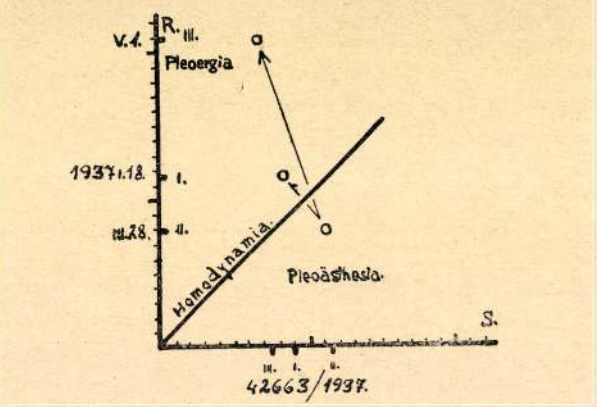


Allergiapálya: Tbc. postpleuritica fibrocaseosa.
34 éves könyvkötönő, 5½ éve jobboldali tüdő- és mellhártyagyulladással kezdődött betegsége. Felvétele előtt 3—4 hónapja fáradékony, hátfájós. Temp. 37.2, Koch +, SR: 20—40 mm. Súly 48.5 kg. J. o. ptx. kisérlet után conservativ kezelés. V 22: SR: 20—50 mm. Súly 54 kg. IX. 11: Temp. 37.2, Koch +, SR: 16—35 mm Súly 57.5 kg. Physicalisan nem változott. Előbb pleoaesthesiás allergiája pleoergiás lett.

A felnőttek biologiai decompensatiója lényegében egy a gyermekkori „biológiai activitás" fogalmával. Utóbbit azonban főleg Ranke I. st.-beli, meg nem nyugodott folyamatú gyermekek elkülönítésére ajánlotta *Petrányi.*

Fv. sz. 42.663—1937. I. 12. (Röntgenfoto.)
I. II.





Allergiapálya: Tbc. cavitaria stationaria.
30 éves asszony. 1 éve haemoptoeval kezdődött betegsége. Temp. 37.5, Koch +, SR: 30—70 mm. Súly 55 kg. Ptx. kisérlet, majd Phrenicus exair. L. sin. II. 28: Temp. 37.5, Koch +, SR: 35—43 mm. Súly 55.5 kg. V. I: Temp. 37.3, Koch +, SR: 22—46 mm. Súly 57 kg. Physicalisan mindvégig változatlan. Allergiája átmenetileg romlott.

Lukács rámutatott és a magunk gyermekesetein láttuk, hogy a gyermekkori friss fertőzés után a betegség klinikai javulása mellett még hosszú ideig pleoaesthesiás a reactio. Jelzi az allergizálódást és egyuttal a folyamatnak még activ jellegét, „biológiailag activ" *(Petrányi).* Vizsgálatainkból úgy látjuk, hogy a klinikai javulás során a felnőtt szervezet gyorsabban válaszol, mint a gyermeki a jobb immunbiológiai helyzet szerint „pleoergiásan". A felnőtt szervezet e tulajdonságának magyarázatát a már régebben megszerzett allergizálódottságában leli, ennek birtokában a beszűrődés felszívódásával, ugyanakkor amikor az újabb reinfectio után a folyamat megnyugszik, a régi biológiai egyensúly a változott reactiós készség révén hamarább áll elő, azért látszik paradoxonnak, hogy pleoergiásan reagáltak különféle klinikailag nyilvánvaló folyamatok is.

A biológiai viszonyok és szűkebb értelemben a gümős folyamat kórbonctani jellegének megitélésére a Gröer-próbát felnőtteken is értékesnek találtuk. Tapasztalataink alapján azt mondhatjuk, hogy:

1. ha sorozatos utánvizsgáláskor a gümőkóros betegeken pleoaesthesiás reactiót kapunk, ezt a biológiai decompenzáltság tüneteként és másodsorban exsudativ beszűrődéses góctünetként értékelhetjük; ellenben ha a kezelés folyamán az előbb pleoaesthesiás reactio pleoergiás-

sá válik, ez az immunbiológiai visznyok javulását s ezzel a kedvezőbb prognosist mutatja;

2. manifest folyamat megállapításakor, egyéb klinikai adatok mellett, a reactio támpontot adhat a folyamat megállapodott (pleoergiás reactio), illetőleg súlyosabb (pleoaesthesiás reactio) jellegére.

A Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórház közleménye. (Vezető főorvos: Flesch Ármin egyet. magántanár.)

Mérgezések a gyermekkorban.

Irta: *Fodor László dr.* és *Heller György dr.*

A Madarász-utcai csecsemő- és gyermekkórházban 1929. nov. 1-től 1937. júniusáig, tehát kb. 8 év alatt 316 mérgezési eset fordult elő. Ezek közül 41 végződött halálosan.

Eseteink szám szerinti megoszlása a következő:

A méreg neve	Esetek száma	Éves 0-1	1-3	3-6	6-14	Meghalt	Halálozási %
Hydroxydok	196	8	116	47	25	28	14.3
Gomba	25	—	5	6	14	5	20.0
Benzin	15	—	14	1	—	1	
Atropin	14	—	8	2	4	1	
Szénmonoxyd	10	—	4	2	4	2	20.0
Alkohol	9	—	3	3	3	2	
Ricin	7	—	1	2	4	—	
Morphin	5	—	4	1	—	—	
Kaliumhypermanganicum	3	—	2	1	—	—	
Nicotin	3	—	2	—	1	—	
Arsen	2	—	2	—	—	—	
Luminal	2	—	—	1	1	—	
Sósav	1	—	—	—	1	—	
Oxalsav	1	—	—	1	—	—	
Zinkchlorid	1	—	—	1	—	—	
Chlormész	1	1	—	—	—	—	
Creosot	1	1	—	—	—	—	
Terpentin	1	1	—	—	—	—	
Codein	1	—	1	—	—	—	
Ismeretlen	18	2	7	6	3	2	
Összesen:	316	13	169	74	60	41	12.9

Anyagunk legnagyobb részét a *lúgmérgezések* teszik. Ezekről csak rövid áttekintést adunk, minthogy e kérdés hazai állását már sok oldalról és részletesen feldolgozták. Csak szomorúan kell újból rámutatnunk, hogy milyen rombolást fejtenek ki a lúgmérgezések a nép széles rétegének gyermekei között.

136 heveny lúgmérgezési eset volt osztályunkon. A mérgezés oka legnagyobbrészt felügyelethiány, illetve gondatlanság, néhány esetben gyógyszerrel történt összetévesztés volt; egy 13 éves leánybetegünk öngyilkossági szándékból ivott lúgot.

Betegeink közül gyógyult 40, javultan 66-ot bocsájtottunk el, 10 változatlan állapotban távozott. Halál 20 esetben állott be, mégpedig 11 esetben 3 napon belül szívgyengeség miatt, 8 ízben 4—14 napon belül tüdőlob miatt, 1 esetben pedig 25 nap múlva oesophagitis phlegmonosa következtében.

Strictura oesophagival 60 beteget kezeltünk. Ezek közül meggyógyult 20, javult 29, változatlanul távozott 3, meghalt 8. A sondázást mind ezen esetekben a mérgezés után legalább 6 héttel kezdtük meg.

Összes lúmérgezéseink halálozási arányszáma: 14.3 százalék; megegyezik *Vámossy* statistikájának ugyancsak 14.3%-os mortalitásával. A gyermekkori mérgezési statistikák között *Schlossmann-Tunger*nél 13.8, *Tunger*nél 12.5% a halálozási arányszám. Említésre méltó, hogy míg a lipcsei gyermekklinika 8 lúgmérgezési esete közül 6 ammoniákkal történt *(Tunger)*, addig a mi 196 esetünk közül 191-ben kalium és natrium hydroxyd szerepelt és csak 5-ben ammoniák.

A *kalium hypermanganicum* mérgezések általában enyhe lefolyásúak. *Balázs* felnőttkori statistikájában 131 eset fordul elő; ezek közül 1 végződött halálosan. A rendelkezésünkre álló irodalomban gyermekkori kalium hypermanganicum mérgezés nem fordult elő. A mi 3 esetünkben ismeretlen mennyiségű méreg bevétele után az ajak, nyelv, szájnyálkahártya és garat enyhébb felmaródásán kívül más tünetet nem észleltünk.

Egy 13 hónapos csecsemőn, aki a kórelőzmény szerint ismeretlen mennyiségű *chlormeszet* evett, semmiféle kóros elváltozást nem észleltünk.

Sósav mérgezés általában ritka a gyermekkorban. *Schlossmann-Tunger* 2239 esete közül egyszer sem fordult elő. Mi 1 sósavmérgezést észleltünk. Az ipari célokra használt, ismeretlen töménységű és minimalis mennyiségű sósav a lágyszájpadon, uvulán és a hátsó garatfalon okozott coagulatiós elhalást. Egy hét alatt a felmaródások behámosodtak. Az 5 hét múlva történt próbasondázás és a röntgenvizsgálat szűkületet nem mutatott.

Az *oxalsav* ipari és háztartási alkalmazása folytán elég gyakran okoz a felnőttkorban mérgezést. Németországban mint öngyilkossági méreg is elterjedt. A gyermekkorban az oxalsav mérgezés ritkább. Mi egy esetben észleltük egy 4 éves betegünkön, aki állítólag igen híg heresóoldatot ivott. Közvetlenül a mérgezés után került osztályunkra enyhe nyálkahártya felmaródásokkal és gyomorfájdalmakkal. Gyomormosás után egy nappal gyógyultan távozott. *Schlossmann-Tunger* statistikájában szintén csak 1 ilyen mérgezés szerepel.

Nálunk ugyancsak igen ritkán fordul elő *zinkchlorid* mérgezés. A külföldi, főleg német gyermekorvosi irodalomban gyakoribb. Igy *Tunger* 41 esete közül 4-ben szerepel. Ennek oka az, hogy a zinkchloridot Németország egyes vidékein elterjedten használják hüvelyöblítésre és így megvan az alkalom az összetévesztésből vagy gondatlanságból származó mérgezésekre. Osztályunkon 1 zinkchlorid mérgezési eset volt. 5 éves leánygyermek egy kávéskanálnyi tömény zinkchloridoldatot ivott. Közvetlenül utána heves hányinger és hányás, később borzongás és álmosság lépett fel. Az említett tüneteken kívül felvételkor a torokképletek kisfokú belöveltsége volt észlelhető. Gyomormosás, tejitatás és carbo medicinalis adagolásra gyógyult.

Tunger 4 esete közül 3-ban hasonló tüneteket észlelt. Ezeken kívül májduzzanatot, fehérje- és cukorvizelést, görcsös hasi fájdalmakat és a vérben retikulocyták megjelenését találta. Egy esetében a 16-ik napon gyomorruptura és toxikus nephrosis halálhoz vezetett.

25 *gombamérgezési* esetünk volt. A gomba faját biztonsággal egy esetben sem sikerült megállapítani. 20 eset a mérgezés után 24 órán belül került osztályunkra. Ezek valamennyien meggyógyultak. Ezekben az esetekben zavart öntudat, szapora (90—180) érlökés, 17 ízben száraz, kipirult, 3 esetben nedves köztakaró, 13 esetben hányás, hasmenés, meteorismus volt észlelhető.

5 ízben késői időpontban — a mérgezést követő 36—48. órában — került osztályunkra a mérgezett és ezt megelőzően máshol sem részesült orvosi segélyben. Mindezen esetek halálosak voltak. Ezen betegeken a fenti tünetek már a felvételkor jóval súlyosabb formában jelentkeztek. Egy testvérpáron testszerte — főleg a végtagok proximalis részén, — továbbá a nyakon, vállon mellkason és hasfalon pontszerű vérzések voltak. Boncoláskor az agy szürkeállományában és a pleurán pontszerű vérzéseket találtak. Az agyhártyák, gyomor-

és bélnyálkahártyák bővérűek voltak. A máj és vesék zsírosan elfajultak. (Törvényszéki Orvostani Intézet.)

Gutzeit 3 friss helvella-főzettel történt gombamérgezési esetében hányást, sárgaságot és májduzzanatot észlelt. 1 esete gyógyult, 1 testvérpár a mérgezés után 9 órával görcsök, majd peripheriás bénulás után meghalt.

A *benzin és petróleum* mérgezéseinket a tünetek és a kórlefolyás hasonlósága miatt együtt tárgyaljuk. Ezen eseteinkben különösen említésre méltó a bronchopneumonia gyakori, igen kis méregmennyiségre is történő kifejlődése.

15 esetünk — egy 3 nap óta fennálló mérgezés kivételével — a mérgezés napján került osztályunkra. Az általános tüneteken kívül 3 esetben már a mérgezés napján, másik 5 esetben a mérgezést követő 1—2. napon támadt bronchopneumonia, mely 7 esetben 2—3 hét alatt gyógyult, 1 esetben halálos volt. A többi 4 mérgezettet szüleik 1 napi kórházi ápolás után saját felelősségükre haza vitték, így további sorsukat nem ismerjük. *Tunger* 3 esete közül egyben észlelt súlyos lefolyású hurutos tüdőgyulladást. Eseteink kapcsán sem veseizgalmat, sem jelentősebb agyi tüneteket nem észleltünk. *Nilsen* esetében viszont egy 2 éves gyermek egy korty benzin megivása után 2 óra alatt comában meghalt.

Egy *terpentinmérgezési* esetünkben 5 hónapos fiúcsecsemő egy kávéskanál terpentint ivott. Már a mérgezés napján diffus hörghurutja támadt. További sorsáról nem tudunk, mert anyja saját felelősségére hazavitte.

A lipcsei gyermekklinika 3 közölt terpentinmérgezése enyhe lefolyású volt, ezek kapcsán sem a tüdő, sem a vizelet részéről kórosat nem tapasztaltak.

Egy gyógyszercseréből származó *creosotmérgezést* észleltünk. 5 hónapos leánycsecsemőnek, akinek tévedésből egy kávéskanál creosotot adtak, csupán nyelvén, garatján és ajkai körül találtunk felmaródást. A kismennyiségű creosot nem fejtette ki a phenolhoz hasonló, de enyhébb lefolyású távolhatását.

10 *szénmonoxyd* mérgezési esetünk volt. Ötöt hibás fűtés, ötöt lakástűzből származó füst okozott. Mindegyiket a mérgezést követő 1—12. órában szállították be. Az általános tüneteken kívül 8 esetben enyhébb diffus hörghurutot találtunk. *Joss-Huber* ezen tüneteken kívül akroasphyxiát és facialis bénulást írnak le.

8 esetünk hét nap alatt megyógyult. Ezek közül említésre méltó egy 10 éves fiúbetegünk, aki anyjával, nagyanyjával és testvérével egy szobában aludt a mérgezés idejében. Nagyanyját és testvérét már halva találták, a gyermek pedig csak enyhe lefolyású szénmonoxyd mérgezést szenvedett. 2 halálos végű szénmonoxyd mérgezésünk volt. A mérgezés napján beszállított testvérpáron eszméletlenséget, filiformis érlökést, izomhypertoniát, fibrillatiós rángásokat, bronchialis zörejeket észleltünk. A kórelőzményből szénmonoxyd mérgezésre következtetni nem lehetett. A halál légzésbénulás következtében 24 órán belül állott be. A boncoláskor (Törvényszéki Orvostani Intézet) savóshártyavérzéseket és heveny tüdőemphysemát találtak. A belső szervek ibolyás vörös árnyalatúak voltak. A vér spectroskopos vizsgálata szénmonoxyd jelenlétét mutatta ki.

9 *szeszmérgezési* esetünk volt. Mindegyik a mérgezés napján került osztályunkra. 7 gyógyult esetünkben a mérgezettek kétséget kizárólag meg nem állapítható mennyiségű bort, pálinkát, illetőleg ipari szeszt ittak. Ezeken 3 esetben teljes öntudatlanságot és reflexhiányt, 2 esetben élénkebb reflexeket észleltünk. A vizeletben és liquorban kórosat nem találtunk.

Véres liquorról *Pelaz* számol be egy 4 éves mérgezetten, aki ismeretlen mennyiségű szesz elfogyasztása után 3 napos görcsös comában feküdt.

2 halálosan végződött esetünkben egy 2 éves fiúgyermek 2 deci rumot, egy 26 hónapos fiú pedig egy pálinkáspohárnyi bort (?) ivott. Mindkettő mély comában, teljes areflexiában, tompa, szapora szívhangokkal került észlelésünk alá. Az egyik esetben fehérjevizelés is volt.

Említésre méltó alkoholmérgezéseink viszonylagosan nagy száma a külföldi gyermekstatistikákhoz képest (*Schlossmann* 1 esete).

6 ízben észleltünk *ópiumalkaloidákkal* történt mérgezést. Ezek közül ötben morphin-, egyben codeinoldat szerepelt. A morphin mennyiségére nézve nincs megbízható adatunk, de az enyhe lefolyásból (közepesen szűk pupillák, hányás, aluszékonyság) itélve, feltehetően kis adagokról lehetett szó. Ezek a betegeink 2—5 nap alatt meggyógyultak. Egy 2½ éves betegünk 0.20 gr. codeint tartalmazó oldat nagyobb részét megitta. A mérgezés napján került osztályunkra, a méreg állítólagos mennyiségéhez képest feltűnően enyhe mérgezési tünetekkel: kábultság, felületes légzés, érlökésszám: 60, szűk, fényre reagáló pupillák. Atropin és ismételten alkalmazott gyomormosásra 4 nap alatt meggyógyult.

Összehasonlításképen megemlítjük a lipcsei gyermekklinika egy esetét. 5 hetes csecsemőn 0.0025 gr. dicodid halálos mérgezést okozott. A 2 esetben a nagy korkülönbséggel magyarázhatjuk az ellentétes lefolyást; ugyanis a párhetes csecsemő fokozottan érzékeny az opiumcaloidák iránt. *Hüllstrung* exanthemákban mutatkozó ópium-túlérzékenységet ír le, mely bőrpróbákkal is kimutatható volt.

Megemlítjük, hogy a mi 6 mérgezésünket minden esetben a hozzátartozók számára rendelt gyógyszer okozta, ellenben *Tunger* 6 esete közül 5-ben magának a gyermeknek rendelt (iniicialt) opium alcaloidak mérgeztek. Az utóbbi esetek 50%-os halálozási aránya óvatosságra int a gyermekkorban alkalmazott opium alcaloidákkal szemben.

Luminal mérgezést 2 esetben észleltünk. Egyik esetben 8 éves gyermek ismeretlen mennyiségű luminal port vett be, a másik esetben 4 éves beteg, aki huzamosan szedett luminált, egyszerre 60 ctgr.-t vett be orvosságából.

Mindkét esetben eszméletlenség, szűk pupilla, könnyen elnyomható, szapora érlökés volt észlelhető. A patella-reflex egyik esetben renyhe volt, a másik esetben nem volt kiváltható. Luminal-exanthema egyik esetben sem volt észlelhető.

Súlyos luminal mérgezési esetekben mind a klinikai észlelés, mind a szövet lelet a csontvelő nagyfokú bántalmát mutatja. A mi 2 esetünk közül az egyikben a vérkép a mérgezést követő napon: Fehérvérsejtszám: 16.000. Minőségi vérkép: fiatal 6%, pálcika 8%, lebenyzettmagvú 78%, lymphocyta 5%, eosinophil 2%, monocyta 1%.

A másik esetben a mérgezést követő napon: haemoglobin 77%, vörös vértest 4.420.000, fehér vérsejt 5.400. Minőségi vérkép: fiatal 1%, pálcika 14%, lebenyzett magvú 45%, lymphocyta 35%, eosinophil 2%, monocyta 3%.

Utóbbiban a 3 hét mulva megejtett ellenőrző vizsgálaton: haemoglobin 65%, vörös vértest 4.850.000, fehér vérsejt 7.600. Minőségi vérkép: pálcika 4%, lebeny-

zett magvu 55%, lymphocyta 32%, eosinophil 3%, basophil 1%, monocyta 5%.

Supliedh a maga eseteiben nagyfokú leukopeniát észlelt. Eseteiben luminal-exanthema is jelentkezett, így az általa leirt eosinophilia a tulérzékenységi állapot következménye lehetett.

Nálunk súlyos lefolyású mérgezés nem fordult elő. *Estape* egy esetében 13 éves debilis lány 4 gr. veronaltól 50 órát alaudt.

14 *atropin*-mérgezést észleltünk. A méreg (részben gyógyszer, részben nadragulya magvak) mennyisége egy esetben sem volt megállapítható.

Mind a mérgezés napján kerültek osztályunkra az atropin-mérgezés jellemző tüneteivel. Bőrvörösség, tachycardia és pupilla-tágulat minden esetben volt; továbbá többé-kevésbbé kifejezett nyugtalanság, sőt egyes esetben delirium is.

13 izben 2—6 nap alatt teljes gyógyulás állott be. Egy 3 éves leánybetegünk a fenti kezdő tünetek után egyre fokozódó szívgyöngeség és légzési bénulás tünetei közt a mérgezést követő napon meghalt.

Eseteinkben a gyermekek per os vették be az atropint. *Heller* esetében 0.006 gr. atropin orrba cseppentése okozott mérgezést.

A ricinus-magvak kérgének alcaloidájával — a *ricinnel* — történt mérgezést 7 esetben észleltünk. Ezek közül 6 a mérgezés napján került osztályunkra és hányás, görcsös hasi fájdalmak, bágyadtság és aluszékonyság kezdeti tünetei után — ezen tünet teljes megszüntével — a felvételt követő 2—5. napon egészségesen távoztak.

Egy esetünkben, mikor csak a mérgezést követő 3. napon került felvételre a 14 éves fiúbeteg, a fent jelzett tüneteken kívül nagyfokú szederjességet, 132 szaporaságú, alig tapintható érlőkést, tompa szívhangokat, gyakori, genyes-nyálkás székletet, nagyfokú exiccosist és elég súlyos vesegyulladást észleltünk. A bő fehérjetartalmú vizelet üledékében sok vörös vérsejtet, szemcsés és hyalin cylindereket és hámsejteket találtunk. A vér maradék nitrogen tartalma 193 mgr. % volt.

A megfelelő étrendi és therapiás eljárások után e gyermeket 17 nap mulva gyógyultan bocsájtottuk el. Maradék-nitrogénje 193 mgr. %-ról 14 mgr. %-ra csökkent.

Ezen utóbbi esetünkhöz hasonló tünetek közt folyt le *Abdülkader Lütfi* egy halálosan végződött esete. Ennél a boncolás a tünetek magyarázatát gyomor vérzésben, sorvadásos vesegyulladásban és interstitialis májés lépelhalásban adta meg. Ezen (az előbbi esetben leirt) tünetek és boncolási lelet egyébként a ricinmérgezés szokásos képével megegyezik.

Nálunk a ricinmérgezés elég gyakori, typusos gyermekkori mérgezés, u. i. gyakran fordul elő, hogy gyermekek a nálunk disznövényként termelt ricinus cserje magvait megeszik. Ezen kivül legfeljebb mint kuruzslási mérgezés fordul elő. Azokon a vidékeken, ahol a ricinust ipari célokra termelik, mint foglalkozási mérgezés is gyakori.

3 heveny *nicotinmérgezésünk* közül 2-szer dohányfőzet, 1-szer minimális mennyiségű, állítólag tömény (?) nicotin oldat okozta a mérgezést. Mind a három mérgezett közvetlenül a mérgezés után került osztályunkra. 2 esetben hányás, pupilla tágulat és izomgyengeség volt, 1 esetben csak hányás. Mind a 3 betegünk 6 napon belül gyógyult.

Mi idült nicotinmérgezést nem észleltünk. Gyakorlati szempontból említésre méltó *Hullstrung* egy ilyen esete, amelyben egy szoptató anya gyermekén idült nicotin mérgezés: álmatlanság, étványtalanság, hányás, hasmenés mutatkozott. *Wyckerfeld Visdomnak* egy ilyen esetben sikerült az anyatejben nicotinkristályokat kimutatni. A hazai irodalomban *Greiner* közöl egy hasonló esetet, melynek tünetei (hányás, hasmenés, görcsös hasi fájdalmak, súlyzuhanás) azonnal megszüntek, mihelyt a szoptató anya, aki eddig naponta 30—40 cigarettát szivott, a dohányzással felhagyott.

A gyermekkori *arsen*-mérgezés elég ritka.

A mi 2 acut arsenmérgezési esetünkben csak a kórelőzmény alapján volt a mérgezés faja megállapítható. Ugyanis az adagok kicsisége és (az egyik esetben) a behozatal előtt végzett gyomormosás következtében az arsen mérgezés jellegzetes tüneteit nem tapasztalhattuk. Mind két betegünk 2 napon belül gyógyultan hagyta el a kórházat.

Ismeretlen mérgezések csoportjába foglaljuk össze azt a 18 esetünket, amely többé-kevésbbé toxikus tünetekkel került osztályunkra, de sem a kórelőzményben, sem későbbi vizsgálataink során a méreg minősége nem volt megállapítható; illetve egy részükben kétségtelenül megállapíttatik ugyan a fertőzéses eredet (typhus, paratyphus A, B.), de részben a kórelőzmény, részben a tünetek és lefolyás alapján egy esetleg társult mérgezés fennforgása mégsem volt kizárható.

Összefoglalás: 8 évi beteganyagunkban 316 mérgezési eset fordult elő. Ezek legnagyobb részét felügyelethiány, gondatlanság okozta. Gyakori volt a gyógyszercsere, ritka a véletlen szerencsétlenség (CO). Öngyilkosság egy esetben szerepelt. Gyilkosság szándékából történt mérgezés nem fordult elő. Halálozási arányszámunk 12.9%. Ez megközelítőleg egyezik *Vámossy* (a hazai kórházak 6 évi anyagából készült) statisztikájának 13.2%-os arányszámával. A gyermekkori statisztikákhoz hasonlítva eredményeink jobbak a lipcsei gyermekklinika 17%-os és *Schlossmann-Tunger* összefoglaló statisztikájának 16.3%-os arányszámánál, de elmaradnak *Listow* 7.4%-os aránya mögött.

Legnagyobb számban (196) lugmérgezés fordult elő 14.3%-os halálozási arányszámmal. Feltünően sok (25) gomba mérgezési esetünk volt.

A gyermekkori mérgezések sajnálatosan nagy számának csökkenése részben az olyan hatósági intézkedésektől várható, amelyek a mérgekhez jutást megnehezitik; mivel a mérgezések jó része felügyelethiány következménye, nagy javulás várható a socialis körülmények megjavulásától is.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal, bérmentve küldjük meg az alábbi igen **hasznos** könyveket:

Soós Aladár: Étrendi előírások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. műmelléklettel 5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — — 25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — — 2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetű agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portókölséget is felszámítjuk.

LAPSZEMLE

Szülészet.

A sexualhormon percutan hatása. *Masso Ito, Seizi Hajazu és Turuziro Kon.* (Zbl. f. Gyn. 1937. 19.)

A szerzők férfi és női sexualhormonnal végeztek kísérleteket.

A férfihormont kenőcs alakjában castralt him fehér patkányok hasbőrébe dörzsölték. A 12. napon leölve az állatokat, az ondóhólyag, a prostata és a penis jelentős megnövekedését észlelték.

Női sexualhormonnal többféle kísérleteket végeztek. — Castralt nőstény patkányok hasbőrébe különböző mennyiségű folliculus hormont dörzsöltek. Napi 0.2 gamma mennyiségű hormon adagolása esetén hatást nem észleltek. Napi 0.4 gamma alkalmazása esetén 6 napos kezelés után 3 napig tartó oestrus jelentkezett. Napi 1 gamma, vagy ennél nagyobb mennyiség alkalmazása esetén már 3 napos kezelés után fellépett az oestrus és 5—9 napig tartott. A folliculushormon percutan hatása függ az alapanyagtól, melyhez keverik. Legerősebb hatás érhető el 60%-os alkoholos oldattal, míg vizesoldat, börkrém, vaselin és lanolin alkalmazása esetén a hatás ebben a sorrendben gyengül.

Egy másik kísérletsorozatban infantilis nőstény patkányokon vizsgálták az uterus fejlődésére történő hatást oralis, percutan és subcutan alkalmazásban. A percutan alkalmazás hatásosabb, mint az oralis, bár hosszabb ideig kell alkalmazni. A vizes oldat subcutan alkalmazása ugyanolyan hatásos, mint a 60%-os oldat bedörzsölése. Subcutan alkalmazáskor az olajos oldat tízszer hatásosabb, mint a vizes.

Infantilis nőstény majmon is végeztek bedörzsölési kísérletet. Már két nap mulva pir és duzzanat jelentkezett a parianalis, periprostatalis és faroktő tájon, mammapapillák megnövekedtek és a tejmirigy tapinthatóvá lett. A következő napokban ezek a hatások fokozódtak s teljes oestrus jelentkezett. A második hét végén leölték az állatot. Az uterus vérbő és hypertrophizált volt, mikroskoposan az izomrostok és nyálkahártya tetemes megvastagodása és a mirigyek burjánzása látszott. Az ovariumok infantilisek maradtak, a tubák ellenben erősen megvastagodtak. A mamma papillák többszörösen megnövekedtek, a kivezetőcsövek jól kifejlődtek és a mirigyállomány is jelentősen megnövekedett.

Thuránszky László dr.

Generallergia és metrallergia. *J. R. Goodal és R. M. H. Power. Montreal.* (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 2.)

A női nemzőszervek több megbetegedését tartja allergiás eredetűnek, ha az összes szervek bántalmazottak, úgy generallergiáról, ha csak a méh, úgy metrallergiáról beszél. Mint a többi szerveken jelentkező allergia, itt is lehet az exsudativ, vagy görcsökkel járó. A következő tüneteket, jeleket és elváltozásokat okozhatja: általános medencebeli oedema és hyperplasia, acut endometrialis oedema menstruatiós zavarokkal, menorrhagia, acut menorrhagia, metrorrhagia, dysmenorrhoea, folyás, allergiás vaginitis és vulvitis. Több esetet ismertet, amelyekben egyrészt az allergiát okozó anyag távoltartása, másrészt a csökkent alapanyagcsere miatt adott majzsmirigykivonat megszüntette a panaszokat. Felhívja a figyelmet az allergiának a nőgyógyászati jelentőségére.

Miklós László dr.

Hüvelyi méhkiirtás méh-előesés miatt. *A. D. Campbell.* Montreal. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 2.)

70 esetben végzett teljes méhkiirtást a hüvely és gát rendbehozásával. A méh kiirtása után a sacrouterin szalagokat a pubocervicalis fasciához varrja előre, majd a középen összevarrja azokat. Ezután elülső és hátsó plasticát végez. A jó gyógyuláshoz szükségesnek tartja a beteg mütét előtti alapos átvizsgálását, különös tekintettel a vércukorra, ami gyakran emelkedett. Az esetleges decubitust forró ülőfürdővel és acriflavinos tamponnal gyógyítja be a mütét előtt. A hüvely gátvarrás jó gyógyulását előmozdítja a tüszőhormon adagolása.

Miklós László dr.

Gyermekgyógyászat.

A facialis tünet diphtheriában. *Rave.* (Jahrb. f. Khk. 149. 3.)

A diphtheriának a facialis tünetekre gyakorolt hatása vizsgálata céljából 10.000 egészséges iskolásgyermeket vizsgáltak meg, kiken 30%-ban találtak positiv facialis tünetet. A gyermekek közül 20 került diphtheria-megbetegedéssel a klinikára s ezek észlelése kapcsán a következőket mondhatják: általánosságban a betegség kiállása után facialis tünet szempontjából ugyanúgy viselkedtek, mint a betegség előtt. Fontos volt annak megállapítása, hogy a postdiphtheriás bénulásos gyermekek között háromszor gyakrabban szerepeltek azok, akik a megbetegedés előtt positiv facialis tünetet mutattak. Figyelemreméltók azok az esetek is, ahol a meglévő tünet a betegség alatt fokozódott. Ezek rendszerint súlyos diphtheriások voltak s nagyobb százalékban szerepeltek a postdiphtheriás bénulások között.

Halka Sándor dr.

A renalis rachitis. *Creveld.* (Revue Franc. péd. 1937. 13. 229.)

Összefoglaló ismertetése a renalis rachitisről szóló ismereteinknek, anélkül, hogy bármi újat hozna. A renalis rachitis legfontosabb tünetei a növekedésben visszamaradás, jellegzetes csontelváltozások s chronikus vesegyulladás. A fejlődésben visszamaradás infantilismust okoz. A csontelváltozások egy része a florid rachitisnek megfelelő képet mutat, a másik része a mézes lép sejtjeire emlékeztető csontfelritkulásokban áll, a 3. rész egyszerű csontatrophia. A chron. vesegyulladás többnyire kifejezett veseinsufficientiával, ú. m. rest. N.-emelkedéssel, hypertoniával és isothenuriával jár. Jellemző még a realis rachitisre a vér Ca-tartalmának nagymértékű csökkenése és phosphortartalmának emelkedése. Ezt sokan a renalis rachitis egyes eseteiben észlelt parathyreoidea hypertrophiával hozzák kapcsolatba. Ezekben a betegség aetiologiája teljesen ismeretlen, prognosisa infaust, therapiája nincs.

Geldrich dr.

A vértransfusió hatása a gyermekek vörösvérképére. *Schaefer.* (Jahrb. f. Khk. 150. 5.)

A vértransfusiónak a vörösvérképzésre gyakorolt hatásmechanismusa még nem tisztázott. A mai álláspont e tekintetben kettős: 1. életképes vörösvérsejtek kerülnek a szervezetbe, amelyek az amúgy is igénybevett csontvelőt átmeneti leg tehermentesítik; 2. Az átkerült vörösvértestek hamarosan elpusztulnak s a pusztulási anyagok erős ingerként fokozott tevékenységre bírják a csontvelőt. Ezen ellentétes vélemény tisztázása végett szerző sorozatos vizsgálatokkal igyekszik bekapcsolódni a vitába. Vizsgálatai, melyeket transfusió előtt és után végzett, a haemoglobin — vörösvértestszám — és reticulocytaszám meghatározására irányultak, melyek közül az utóbbi a legjobb és legkoraibb jele a csontvelő reactiv functiójának s különösen alkalmassá teszi erre a célra a *Heilmayer* eljárása és beosztása, amelyet szerző is követett. Vizsgálatait 16 gyermeken végezte, akiken a spontan vörösvérkép-változások a chronikus betegségek miatt kizárható volt. Az intravenás, azonos csoportú citratos vér hatására a vörösvérsejtszám és haemoglobin-emelkedés következett be, mely 24 óra mulva elérte a maximumot, a reticulocyták számának csökkenése kíséretében, s 14 nap mulva tért csak vissza az eredeti értékre. A vörösvértestek csökkenésével egyidejüleg a reticulocyták emelkedtek. Hasonló hatásúnak bizonyult az intravenás adagoláshoz az intramuscularis kisebb adagú vérinjectió is. Ellenben a mások által oly kitünő hatásúnak hangsúlyozott humanserum kíséretében hatástalannak bizonyult. (Bizonyítéka nem meggyőző. Ref.) Eredményeiből azt a meggyőződést vonja le, hogy a vértransfusió elsősorban a csontvelő tehermentesítéséhez vezet s ez a legfontosabb hatása. Az izgalmi hatás csak azután következik be, ha a bevitt vörösvérsejtek már tönkrementek.

Flesch István dr.

Bőrgyógyászat.

Lépfene érdekes esete. *H. Foerster,* Graz. (W. Kl. Wschr. No. 13. 1938.)

A 38 éves nőbeteget 5 nappal az intézetbe szállítása előtt jobb vállán, a ruhán keresztül légy csípte meg, mire enyhe viszketés jelentkezett. Három nap előtt a panaszok súlyosbodtak: duzzanat, pir, s állítólag 40 C°-ig emelkedő hőmérséklet jelentkezett. A jobb felkar proximalis harmadán a bőr élénkvörös, duzzadt, beszűrődött, nyomásra igen érzékeny, külső részén hüvelykkörömnagyságú, feszes hólyag látható, melynek felső szélén pontszerű behúzódás van. Hőmérséklet 36.7 C°. A hólyagfedél eltávolítása után ichthyolkenőccsel és borogatással kezelték. Kezdeti javulás után a harmadik napon hirtelen elesettség, cyanosis, hideg végtagok, alig tapintható pulsus és gyenge szívhangok jelentkeztek. Aether-narkosisban kiadós incisio, mely után a typusos böralatti tályog láthatóvá válik. Dacára a bőven alkalmazott szívszereknek, a beteg meghal. Közli a boncolási leletet. Te-

kintettel a kifejezett haemorrhagiás elváltozásokra rögtön lépfene-fertőzésre gondoltak. A górcsövi és bakteriológiai vizsgálat megerősítette ezen feltevést. A mütéti sebből, a bélnyálkahártyáján helyenként található nekrotikus részekből, májból, lépből, veséből vett kikenésben rövidláncú streptococcusok mellett Gram-positiv, vaskos pálcikákat találtak. A lépből agaron végzett ojtások Gram-positiv, spóraképző pálcikákat eredményeztek. A húsfőzet tiszta marad, pelyhes üledéket mutat, melyben ugyanilyen pálcikák találhatók. A tiszta kulturával beojtott fehéregér 36 óra múlva elpusztult, szerveiből a lépfenebacillusok tisztán kitenyészthetők. A szívpanaszok annyira előtérben állottak, hogy a klinika septikus szívinfarctus-t vett fel. Egyedül a streptococcus fertőzés nem vezet ilyen, szinte villámszerű halálhoz. Hogy a kezelőorvos a diagnosist nem tudta felállítani, annak oka az, hogy Grázban az emberi lépfene nagy ritkaság és a légycsípés útján történő fertőzés szokatlan. Lépfenével fertőzött mező Gráz környékén nem ismeretes. Azon helytől azonban, hol a beteget a légy megcsípte, alig pár száz méter távolságban egy állatbőr, csont, stb. lerakat van, ahonnan a légy a lépfenebacillusokat magával vihette.

Fülöp Gyula dr.

Gyermekek idült ekzemájának egyszerű és tiszta kezelési módja kőszénkátránnyal. *Ernst Müller,* Kiel. (Münch. Med. Wschr. 1938, 16. sz.)

Amióta *Feer* a tiszta kőszénkátránnyal történő ecsetelést a gyermekkori idült ekzemák kezelésébe bevezette, a kőszénkátrány a legkülönbözőbb alakban kerül alkalmazásba. A tiszta kőszénkátrány ecsetelésének mindig egyetlen hátránya, hogy úgy az orvos, mint a gyermek fehérneműjét összepiszkolja. Éppen ezért egy olyan eljárást keresett, mely tisztán és egyszerűen alkalmazza a kőszénkátrányt. Ezért folyamodott a régi kenőcspálcika-eljáráshoz. Az általa előállított Fissan-kátránypálcika 40% tiszta kőszénkátrányt, 10% Fissant és 50 adepset és cera-t tartalmaz. A Fissan kátránypálcika kezelésének az indicatiója a gyermekkorban teljesen azonos, mint a régi Feer-féle kátrányecsetelésnek. Heveny és idült ekzemák, dermatitis lichenoides esetén a Fissan kátránypálcika kezelés után ajánlja Fissan sebhintőporral történő behintést. A pudert ezenkívül jól el is kell dörzsölni. Neurodermitisek esetében eljárhatunk úgy is, hogy Fissan puderezés nékül a kátránnyal kezelt réteget tapasszal vesszük körül és ezt néhány nap múlva benzinnel eltávolítjuk.

Nyáry Lenke dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Psychologie und Psychopathologie der Hysterie. *Robert Flinker.* (Leipzig, 1938. Georg Thieme Verlag, 63, lap. Ára: 4.20 RM.)

A szerző csernowiczi orvos, aki először a histeria közismert elméleteit ismerteti. Természetes, hogy a phychoanalysis, illetve *Freud* korszakalkotó felfedezései is szóhoz jutnak. Szerző is alkot a sokhoz új elméletet. Ugyanis ugy találta, hogy a célirányos elmeműködés, azaz gondolkodás („zielgerichtete Aktivität") hiányzik a histeriás egyénben s ebben a hiányban látja a histeria lényegét. A gondolkodás célirányossága nincs a figyelem középpontjában s igy a phylo- és ontogenetikusan régebben megalapozott készségek érvényesülnek és színezik a klinikai kórképet. Ezért szükségesnek találja a szerző megkeresni, vajjon hogyan viselkedik a célirányos gondolkodás az állatban, a gyermekben, a primitiv emberben, az agyvelőbetegségekben (szerinte a histeria nem az), a tömegben, eszméletzavarban, majd pedig a histeriás tünetek keletkezését igyekszik megmagyarázni. Ez annyira, amennyire egy tünetből valamely betegséget meg lehet határozni, — nem sikerül. Az orvosi tudomány akalmazott természettudomány, ha ezt az alapot elhagyja, egész tudásunk a levegőben lóg.

Reuter prof.

Praktikum der Chirurgie. *O. Nordmann* prof. (Urban és Schwarzenberg kiadása. 1938. Ára: 25 RM.)

Teljesen átdolgozva és kibővítve immár negyedik kiadásban jelent meg ez év folyamán több mint 800 oldal terjedelemben ezen sebészi körökben közkedveltségnek örvendő könyv. 29 fejezetben végigvezet szerző az egész sebészeten és tapasztalatainak bőséges tárházából mindig tud valami megfelelő jó gyakorlati megállapítással szolgálni úgy a betegség kórismézése, mint gyógyítása céljából. A kórisme felállításának szabályain kívül bőségesen tárgyalja a gyakorlati szempontból annyira fontos mütéti előkészítést, utókezelést, majd a sebészi kötések különböző módjait és részletesen ismerteti a ma használatos általános és helyi érzéstelenítés különböző módszereit. A különféle sebek és sérülések ellátása és kezelése után kimerítően tárgyalja a gyakorlatilag annyira fontos sebfertőzéseket, ezek szövődményeit és kezelési módjukat, majd általánosságban ismerteti a sebészi gümőkórt s a különböző specifikus fertőzéseket (lues, sugárgomba, echinococcus, cysticercus, stb.) — Az erek, idegek, izmok, inak, izületek, csontok betegségeinek és a töréseknek általános ismertetése után a részletes részre tér át és kimerítően, nagy gyakorlati ézrékkel vezeti végig az olvasót a fej, nyak, mellkas, has, stb. sebészetén. Három fejezetben függelékként tárgyalja a mütő, kötöző helyes berendezését, a sebészi müszereket, kötszereket, a sebész s a beteg közvetlen mütéti előkészítését és eközben különböző jó gyakorlati fogásokra hivja fel a figyelmet. Az utolsó fejezetben röviden sorra veszi a sürgős sebészi mütéteket, azok technikáját és javallatát.

A könyv mindenütt világos, jól érthető s telve van jó gyakorlati utasításokkal. A mü értékét csak emeli az, hogy kitünő papíron, jól olvashatóan van nyomva s hogy több mint 400 ábrája igen célszerűen van összeválogatva.

Azt hiszem, hogy a mü immár negyedik kiadása is ugyanolyan méltán megérdemelt siker elé néz, mint az elözöek és szerző el fogja érni célját, amit előszavában úgy jelölt meg, hogy az egyetemen elsajátított, főként elméleti ismereteket megfelelő gyakorlati tanácsokkal óhajtja kiegészíteni.

Matolay György prof.

Bechterew-Krankheit. *Walter Krebs.* (Der Rheumatismus 3. kötete. Th. Steinkopf kiadása, 92 oldal, 30 ábra. Ára: 6 RM.)

Kitünő összefoglaló munka, melynek rövidsége nincs arányban a feldolgozott anyag nagyságával. De ez nem hibája, hanem éppen erénye a könyvnek, mert minden felesleges sallangtól mentesen vezeti végig az olvasót a Bechterew-kór történelmén, klinikai képének alakjain. A kórkép ismertetése közben minden részletre kiterjed, de sehol sem merül el elméleti elgondolások bizonytalanságába. Sőt ellenkezőleg, és ez a második értéke a munkának, a gyakorlat szempontjából ad kitünő tanításokat a kórisme felállítás, elkülönitő kórismle és a kezelés szempontjából. Minthogy szerzője az aacheni fürdőnek vezetője volt, olyan hatalmas anyag állott rendelkezésére, hogy a leszürt tapasztalatokat igen értékes útmutatásoknak vehetjük. Kiegészíti a klinikus munkát a wiesbadeni kórház vezetőjének, *Wurm* magántanárnak a Bechterew-kór kórbonctanáról irott és számos röntgenképpel ellátott fejezete.

Horváth Boldizsár dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 27-i évzáró közgyűlése.

Verebély T. (Elnöki záróbeszéd.): Igen Tisztelt Orvosegyesület! Az én időm lejárt, s amikor ma e székből utoljára szólok Önökhöz, tisztelt Kartársaim, szavaim csakis őszintén érzett hálámnak adhatnak hangot azért, hogy engem ideültetni, s nekem ezzel munkás életem legnagyobb elismerését és kitüntetését megadni kegyesek voltak.

A sors irántam, — ezt készséggel elismerem — kegyes volt; hiszen bőven megadott mindent, amit a mi pályánkon anyagiakban, külsőségekben, erkölcsiekben orvosnak juttathat. Ha mindenek között mégis azt az eszményi sikert értékelem legmagasabbra, hogy ennek az Egyesületnek állhattam 4 esztendeig élén, ezt érthetővé teszi Önök előtt, az a szerep, melyet — talán tudat alatt — megválasztásukkal annakidején nekem szántak.

Olyan évszázados névsor végére irták oda nevemet, melyben ott van a magyar orvostörténelem minden kimagasló patinás alakja, akikre világviszonylatban is mindig büszke lehet a nemzet. De ugyanakkor egy második századesztendő kapuját nyittatták meg velem, amelyen át az eddiginél is dicsőségesebb fejlődés útjára indulhat a magyar orvostársadalom, ha megmarad benne az a lelkesedés, az az idealizmus, mely elődeinket hevitette. Kapocs lehettem igy a múlt tisztes hagyományai és a jövő reményei között, amelyeket becsülni, amelyekben bízni sohasem szabad megszünni nekünk, orvosoknak, akik az élet folytonosságának vagyunk szükségképen hirdetői. Ezek a hagyományok arra buzdítanak, hogy maradjon meg az Orvosegysület továbbra is a tudománynak az a fellegvára, mely nem a külső, han-

gos sikerekért, hanem az igaz, maradandó értékért emeli fel szavát, s így nem alkalmazkodik mindenképen ahhoz a korszellemhez, amelyet imígyen jellemzett a napokban egyik politikusunk: „Ma nem az eszmék meggyőző ereje hódit, hanem az iparszerüen üzött propaganda, amellyel mesterséggé fajult szervezkedés ejti rabul a hiszékeny lelkeket".

A reményeink pedig annak szólnak, hogy majd csak lehiggad a mai szociális forrongás örvénylése, amely szükségképen több energiát von el a mi pályánkon is a magasabb eszményekért folytatott munkától, mint az kívánatos; s akkor visszatérhetünk a nyugodt munkálkodás medrébe, ahol az öregek tapasztalata és a fiatalok inventiója megint egymásra fog találni a közös cél elérésére. Elhisszük majd egymásról, hogy a fiatalok tüze nemcsak gyujtogatni, hanem melegíteni, az öregek tapasztalata nemcsak fékezni, hanem építeni is akar.

Az emlékek fölé, amelyeket innen magammal viszek, ködfátyolként borul az a szomorúan teljesített kötelesség, hogy az elmult négy esztendőben kitünő elődeim közül öttnek a sírjára kellett koszorút helyeznem. *Tauffer Vilmos, Tóth István, Dollinger Gyula, Bókay János* és *Buday Kálmán*-ra borul rá a hant, lezárva egy-egy hozzájuk füződő fejezetet a magyar orvostörténelemből. Nem vigasztaló, csupán megnyugtató lehet ránk az, hogy valamennyinek magas életkort juttatott a Mindenható kegyelme s hogy így mindegyikük a jól végzett munka, a szép élet biztos tudatával költözhetett el közülünk. Az elmult 100 év elnökei közül csak egyet: *Korányi Sándort* tisztelhetjük ma már körünkben, azzal a kívánsággal, hogy még soká legyen élő fáklyája a nagy multnak, s világító fényessége a jövőnek.

Talán bánthat az is, hogy egy tehertételen, melyet sajnos át kellett vennem a multból, könnyítenem csak részben sikerült. Az Orvosegyesület történetírója feljegyzi, hogy *Bókay Árpád* 1904-ben elnöki megnyitójában azzal emlékezett meg a 80-as évekről, hogy „Bünös mulasztásnak tartottuk volna egy ülésről is elmaradni, hisz Egyesületünk volt akkor még az egyetlen hely, hol a hazai orvostudományt előbbre vitték". Azóta nagyot fordult az idő kereke. Az orvostudomány rohamos fejlődésével kapcsolatos munkafellendülés számára szük lett az Egyesület kerete; a specializmus kiépülése lassanként felaprózta az orvosok általános érdeklődését, az orvosi hivatás terjedő szocializálása különböző érdekkörökbe terelte a tagtársakat, a megélhetés súlyos gondjai pedig eltompították a lelkesedést, mely a gyakorlatban sokszor még nem értékesíthető, csupán a tudományos búvárlást szolgálni látszó elméleti előadások meghallgatására hívja össze a tagokat. Az Orvosegyesület azt az elnéptelenedést, amelyet a háború és az azt követő politikai felfordulás indított meg, máig sem tudta kiegyenlíteni; főleg sajnálattal kell megállapítani, hogy éppen a tudományos élet vezetői tartják magukat távol az ülésektől, akiknek szavát pedig szívesen hallgatjuk mindannyian a felmerülő viták eldöntésére.

Ezen iparkodtam változtatni azzal, hogy évenként egy-egy időszerü kérdés megvilágítására előadássorozatokat állítottam be, amelyeknek előadóiul éppen ezeket a vezető urakat kértem fel. Köszönettel és hálával fáradozásukért állapíthatom meg, hogy a kisérlet bevált, az ő meghallgatásukra zsúfolásig megtelt az Orvosegyesület terme, s az előadásokhoz füződő magasszintü s komoly hangú viták bizonyítják, hogy az érdeklődés ott parázslik a reáhullott hamú és pernye alatt s csak szítani kell, hogy újra lángra lobbanjon.

Ünnep volt számomra minden esztendőben a *Balassa-* és *Korányi*-előadások napja. Nemcsak azért, mert minden alkalommal visszavezethetem Önöket, tisztelt Kartársaim, hazai orvostörténelmünk e két kimagasló alakjának emlékéhez, hogy magunkba szállva mérhessük meg munkánk súlyát és értékét az ő szellemükben. De azért is, mert a kortársak elismerését róhattam le azokkal szemben, akiket a divatos tekintélyromboló irányzat ellenére is ilyenekül kell elkönyvelnie a ma élő nemzedéknek.

Felejthetetlen élmény marad számomra az Egylet százéves fennállása alkalmából rendezett ünnepély. A bevezetőül megírt rövid visszapillantásom kapcsán lepergett lelki szemeim előtt az Egylet egész története minden küzdelmével, sikerével, de mindig egybeforrva a nemzet sorsának hullámvonalával. Életrekelt az a néhány lelkes magyar orvos, akit a nemzeti feltámadás tüze magával ragadott, hogy megteremtse a magyar orvosi kulturát. A kezdeti fellángolást hamarosan vérbefojtotta a szabadságharc és teljesen eloltani iparkodott az elnyomatás szomorú korszaka. Mind felvonultak elém az újraépítés törhetetlen munkásai, akik néhány évtized alatt pótolták évszázadok mulasztását, s felemelték a magyar orvostudományt a nyugati nagy nemzetek szabta szintre. Hálával éreztük ezt mi, az epigonok. De teljes mértékben elismerte a százéves évfordulóra bennünket megtisztelő külföldiek üdvözlő szava és írása épügy, mint a hazai közhatóságok és a társadalom megmozdulása is, amikor készséggel teremtette meg számunkra az anyagi lehetőséget, hogy ünnepünket méltó keretbe állíthassuk be. Az évforduló emlékét megörizni kívánjuk az Egyesület százéves történetének könyvében, melyet a sajnos korán elhalt alelnökünk, *Győry Tibor* kidülte után *Korbuly György* kartársunk irt meg nagy szeretettel és hozzáértéssel. Legyen ez alapköve a második évszázadban reáemelendő díszes palotának.

Engedjék meg végül, hogy itt nyilt színen hálámat fejezhessem ki nagyrabecsült munkatársaimnak, a tisztikarnak és a választmánynak, hogy oly hüséges odaadással és őszinte barátsággal támogattak törekvéseimben. Bárcsak olyan kölcsönös bizalom, megértés és megbecsülés, mely bennünket összetartott, s melyre munkásságunkat alapoztuk, hatná át nehezen vergődő szegény hazánk minden fiát ott künn a politikai és társadalmi küzdőtéren is, akkor nem volna aggodalommal teli, jövő sorsunkat illetőleg azok szíve, akik ezt a hazai rögöt úgy szeretik, mint én.

Van szerencsém az Orvosegyesület 117-ik évzáró közgyülését megnyitni.

Salacz P. főtitkár jelentésében beszámol az Egyesület működéséről. Elsősorban a 230 oldalra terjedő Évkönyv megjelenéséről számol be. Megemlékezik az elmúlt év tudományos működéséről, a szakosztályok működéséről. A jövő évre a *Balassa* előadás megtartására az igazgatótanács *Kelen Béla* egyetemi tanárt, a *báró Korányi Frigyes*-emlékelőadás megtartására pedig *Johan Béla* államtitkárt kérte fel. Az ősz folyamán négy pályadíj kerül kiosztásra, melyek eredményéről a decemberi közgyülésen fog a főtitkár beszámolni. Az elmúlt évben 38 tag jelentette be kilépését s így kilépéssel és halálozással összesen 66 tagot veszített az Egyesület. A decemberi közgyülésen 25, mai közgyülésen pedig 22 új tagot választottak. Alapítótagok sorába léptek: *Cserna István, Elischer Ernő, Gellért Elemér, Gőczy Lajos, Schaffler József* és *Torday Árpád*. Külföldi levelező tagokul megválasztatott: *Jaques Bandaline, De Lapersonne, van Rooy*.

Temesváry R. főkönyvtáros és *Liebmann István* pénztáros jelentése után a közgyülés megválasztotta az Egyesület új tisztikarát. Elnök: *Illyés Géza*, alelnök: *Barla-Szabó József*, üléselnökök: *Wolff Károly* és *Heténvi Géza*, főtitkár: *Szenthe Lajos*, titkár: *Babics Antal*, főkönyvtáros: *Temesváry Rezső*, könyvtáros: *Korbuly György*, pénztáros: *Liebmann István*, ellenőr: *Fekete Sándor*, háznagy: *Schaffler József*, ülésjegyzők: *Binder László* és *Habán György*.

A Közkórházi Orvostársulat május 4-i ülése.

Előadás:

Oravetz I.: *Nyilt koponyatörések.* (Kézirat nem érkezett.)

Németh P.: *Uj streptobacillus (Ducrey) vaccina.* A streptobacillus tiszta tenyészetét sikerült előállítani. Az ebből készített vaccina egy köbcentiméterében 225 millió csira van élettani konyhasóoldatban, 0.5%-os carbollal, conserválva, 60 különböző typusú lágyfekélyes betegen alkalmaztuk a vaccinát a legjobb eredménnyel. Gyógyító hatása megbizható és az esetek legnagyobb számában meglehetősen gyors. A vaccina fajlagossága immunbiológiai és serológiai vizsgálatok alapján bebizonyított. Alkalmazása indokolt, úgyszólván alig nélkülözhető olyan esetekben, amelyek a helybeli kezelésre alig, vagy csak igen nehezen megközelíthetők. A vaccina-kezelés a betegségi idő lényeges megrövidítésével anyagi megtakarítás szempontjából is nagyjelentőségü. — A vaccina, mint magyar gyártmány, teljesen feleslegessé teszi a drága, hasonló, jelenleg a világon eddig egyedül forgalomban lévő külföldi készítményt.

Müller F.: Német dr. által előállított streptobac. vaccina teljesen egyenértékü a francia Dmelcos-val, sőt hatása néha még annál is gyorsabban jelentkezik. Optimalis adagja ½ ccm. intravenásan injiciálva és ezt az adagot ½ ccm-kint emelhetjük 3—4 naponkint. 3—4 injectio elegendő a gyógyuláshoz. Resistens esetek csak ritkán fordulnak elő. A lázas állapot az első befecskendezés után 48 órán belül, a további befecskendezések után 24 órán belül szünik meg. Összes

betegeink jól türték a magas temperaturát. Az előadóval ellentétben látott 1—2 injectio után is 2—3 hét múlva bubot fellépni s ezért az a véleménye, hogy prophylactikusan nem hat a vaccina.

Az Alföldi-utcai bőr- és nemibeteg rendelőben 40 betegen próbálta ki *Németh dr.* vaccináját és az eredmények oly jók voltak, hogy véleménye szerint nem indokolt a drága és külföldi Dmelcos-vaccina további használata.

Földes M.: 15 esetben alkalmazták. 12 esetben igen szép az eredmény. — A Dmelcossal azonos. — Különösen 3 késői ulcus esetén igen szép volt az eredmény, ahol 2—3 héttel léptek fel az ulcusok gyógyulása után a bubók.

Zágon A.: Osztályunkon 13 esetben alkalmazták a magyar Ducrey-vaccinát az ulcus molle különféle előfordulási alakjaiban, úgy mint: ulcera molia, ulcus molle elevatum, ulcus molle serpiginosum és 3 esetben ulcus molle + bubo dolens megbetegedésekben. Ezek közül már 8 esetben az első injectio után a 2-ik napra a fekély alapja feltisztult, az eddigi genyes lepedék lelökődött, a fájdalmasság csökkent. 4 esetben a 2-ik injectio beadása után következett be a gyógyulás, 1 esetben pedig csak a 3-ik injectio után tisztult fel a fekély. Ez egy végbél körüli ulcus molle volt, amelyek elhelyeződésük miatt amúgyis nehezen gyógykezelhetők. 2 bubo dolens esetünkben a diónyi-mogyorónyi, igen fájdalmas bubók a 2-ik injectio beadása után visszafejlődést mutatnak, a fájdalmasság teljesen megszünt. A 3 esetben a már suppurált bubót az első injectio után incindálnunk kellett.

A magyar Ducrey-vaccina alkalmazása a gyógyulási időt megrövidíti, így az ápolási napok számát csökkenti, a fájdalmasságot rohamosan megszüneti s teljesen pótolni tudja a drága és nehezen beszerezhető külföldi Dmelcos-készítményt.

Kollarits B.: A francia Dmelcos vaccinát osztályán használták először 1930-ban. Intracután injectio bizonyos esetekben phymosis, késői bubo stb. kitünő diagnostikai segédeszköz. Ez az allergiás reactio a fertőzés után 6—8 nappal lesz positiv. — Saját vaccinájuk diagnostikai értéke és gyógyító hatása jobb a külföldieknél, sokszor egyetlen befecskendezés elegendő a fekélyek feltisztítására. A nagy láz miatt, mely átlag 2 napig tart, nem adják terheseknek, szív- és tüdőbajosoknak, arteriosklerosisos egyéneknek. Egészséges járóbetegeknek bátran adható.

A Debreceni Orvos Egyesület március 24-i ülése.

Bemutatások:

Prievara J. és Szépe L.: *Hydrops foetus esete törvényszéki orvostani és fejlődéstani szempontból.* Egy már méhenbelül elhalt 8 hónapos hydropsos magzaton az apja a szülés elősegítése céjából burokrepesztés szándékával a fejet háziollóval megfúrta, azt és a jobb felső végtagot húzás közben a törzsről csaknem teljesen leszakította .A szülőnő méhrepedéshez társult elvérzésben halt meg.

A hydrops universalis és a vele együttesen talált fejlődési rendellenességek között összefüggés nem mutatható ki, amennyiben a szív fejlődési rendellenességeinek (atresia coni art. d., transpositio aortae és septumhiány) oka abban keresendő, hogy a septumtrunci art. rendellenes kialakulását a véráramlás irányának a szívcső rendellenes torziója következtében létrejött megváltozása hozta létre, az urogenitalis apparátus fejlődési rendellenességeit (uterus duplex, aplasia vaginae), pedig a kimutatott mesonephros persistens (belső secretiója?) és következményes mechanikai hatása magyarázza meg.

Kovács. F.: Kiniklai szempontból egészíti ki a bemutatók előadását, mivel a moribund állapotban beszállított esetet a szülészeti klinikán észlelték az egy óra mulva bekövetkezett halálig. A férjet akkor sem terheli felelősség, ha a méhrepedés nem spontán következett be, hanem — amit utólag megállaplítani nem lehet — a fejre gyakorolt húzás miatt; mert nem számíthatott arra, hogy a magzat teste ilyen ritka torzképződmény. Adott körülmények között a képzett szakorvos is csak azt próbálta volna meg először, amit a laikus férj: a félig megszületett magzat kihúzását kézzel. Utal a betegség gyakorlati szülészeti jelentőségére, pathogenesisére és viszonylagos ritkaságára, amelynek oka talán jórészt az, hogy hasonló eseteket legtöbbször coggenitalis luesnek könyvelnek el. Hozzászóló klinikáján 7 év alatt 4 esetet észlelt, amelynek tudományos feldolgozása folyamatban van.

Fazekas S.: *Betaxin a keratitis dentritica kezelésében.* Közismert az A és D vitamin szerepe a szemészetben. Különösen az A-vitamin hiányával járó xerophtalmiáról és keratomalaciáról írnak gyakran. Megemlíti a katonaságnál tavaszi toborozásnál általa nagyobb számban észlelt hemeralophiát is, amelyet az A avitaminózis hozott létre. A B1 vitaminról alig esik szó a szemészetben. Az ideggyógyászatban a legkülönbözőbb gyulladásokkal és egyéb betegségekkel kapcsolatban is eredményeket érnek el vele (antineuritikus vitamin). Mivel a keratitis dentritica is tulajdonképen alig gyulladás, két esetében betaxinnal kezelte a bajt. Egyikben már minden ma szokásos gyógymódot kipróbált eredmény nélkül s már kauterizációra gondolt, a másikban minden egyéb helyi és általános kezeléstől eltekintett. Mindkét esetben már egy injekcióra megszüntek a subjectiv tünetek, az elsőben 5, a másodikban 4 injekció után teljes volt a behámosodás. A gyógyulás pedig 15, illetve 8 injekció után következett be. Az injekciókon kivül (mindenikben 1 mg. B1 vitamin) gondoskodtt B1 vitaminban gazdag táplálkozásról is. Véleménye szerint a betaxint nemcsak a keratitis dentriticanál, hanem minden olyan szaruhártyabántalom esetén érdemes kipróbálni, ahol a bajnak az oka ideg eredetü. Megemlít egy neuralgia supraorbitalist is, ahol 6 injekció után bekövetkezett a gyógyulás.

Gődény S.: *Fox-Fordyce.* 32 éves leány. Mindkét hónaljában, emlőkön, külső nemiszerveken göbcsés kiütések. Előző leg hónapokon keresztül fennállott kínzó viszketés. A subjectiv és klinikai tünetek a mensessel egyidejüleg fokozódnak, illetőleg csökkennek. Rendellenes, fájdamak kíséretében jelentkező vérzések. A hónaljakban letöredezett, erősen megritkult szőrzet. A fentemlített helyeken sürün egymásmelié rendeződött, de azért különálló, néhol sorokban, másutt szabálytalan csoportokban elhelyezkedő, kerek, ovalis, széli részén halványvörös, közepén szürkésfehér, tranparens, félgömbszerüen kiemelkedő göbcsék. Szöveti leletben *(Schlammadinger)* a Malpighi réteg és hámcsapok helyenként para- és hyperkeratosissal társult akanthosisa, a szemölcsökben és cutisban — különösen a fuliculusok, erek és mirigyek körül elhelyezkedő — főkép lymphocytákból álló sejtes beszürödés mutatkozik. Az apokrin mirigyek a müködés különböző stadiumában észlelhetők. A nynhydrin reactio: corpus luteumban közepes, ovariumban, hypophysisben kisfokú csökkenés, thyreoideában mérsékelt túlproductio. Gyógykezelésül a nemi sphaera zavarára tekintettel — röntgenbesugárzáson kívül — hormonkészítményt, glandubolint ad sorozatosan. Therapiás sikerről az idő rövidségére tekintettel még nem számolhat be.

Előadás:

Preininger T.: *Adatok a pemphigus aetiologiájához: a) Uj antigen a pemphigus komplementkötési reactiójához, b) Fajlagos (?) allergiás reactiók.* Minthogy az *Urbach*-féle állatkísérletekben börtüneteket kiváltani nem sikerül, ezért ezek a kísérletek nem eléggé meggyőzőek. *Urbach* és *Brandt* serologiai kísérletekben „fertőzött" házinyul-agykivonatot használt. A szervkivonatok használhatóságát azonban nagyban megnehezítik a syphilises savók (1. *Fleck* és *Goldschlag).* Előadó több évre visszanyúló kísérleteiben meggyőződött arról, hogy p.-ben elhalt egyének szerv- (máj-, lép-, agy- stb.) kivonatai nem használhatók fel a p. serologiai tanulmányozására, mert alkoholos és vizes kivonatokkal is számos syphilises savóban nem fajlagos kötést kapott. A p. aetiologiájának tisztázása céljából egészen új, eddig még nem járt úton kíván feleletet adni arra a kérdésre, hogy a betegséget tényleg filtrálható virus okozza e vagy sem. Ha feltételezzük, hogy a p. és dermat. herpet. fertőző betegség, akkor arra is gondolhatunk, hogy az ismeretlen kórokozó a szervezet „bakteriumtárházában", az epében, illetőleg epehólyagtartalomban is jelen van, mint ahogy pl. a typhus bacillus Ha pedig filtrálható virus, akkor más bakteriumoktól aránylag egyszerü szüréssel könnyen elkülöníthető. Előadó egy p. vulgarisban elhalt nő epehólyagtartalmát 1—3:100 arányban dest. vizzel felhigította, Berkefeld-labor. D. szürön átszürte, majd steril üveggyöngyökkel két napon át rázókészülékbe helyezte és ½% karbolt adott hozzá. Ezt, mint antigent, complementkötési kísérletekre használta fel. Ellenörző antigenjét pneumoniában elhalt egyén epéjéből készítette. Eredményeit két táblázatban közli, melyekből megállapithatjuk, hogy 15 p. eset közül 11 savó középerős kötést adott. Feltünő, hogy 7 dermat, herpet. eset közül csak 2 adott kötést. A syphilis, gonorrhoea és scleroma nem zavarják lényegesebben a reactiót. Nem fajlagos kötést észlelt gonorrhoea, alopecia areata, epithelioma, erysipelas

és tuberculosis luposa egy-egy esetében. — Kritikai megjegyzések: az antigen szerves (cholesterin, lecithin stb.) és szervetlen anyagokat tartalmazó epéből készül, miért is már eleve számolnia kellett avval, hogy nem fajlagos eredményeket is kap. Ha eredményei nem is bizonyítják teljesen a filtrálható virus létezését, mégis támogatják annak felvételét. Előadó a complementkötési reactióhoz használt antigennel intracutan reacitokat is végzett. Várakozása ellenére derm. herpet.-ben szenvedő betege sokkal erősebb bőrreactióval válaszolt, mint pemphigus vegetansban szenvedő betege. Sem az élettani konyhasós oldattal végzett szúrás helyén sem az ellenőrző betegeken reactiót nem látott. Kísérleteit három alkalommal megismételte és pedig mindig azonos eredményt kapott, miért is arra gondol, hogy ezeknek a cutireactióknak bizonyos fajlagosságot kölcsönözhetünk és az antigent esetleg therapiás célra is felhasználhatjuk.

Március 31-i ülés.

Bemutatások:

Benkovich G.: *Echinococcus a gerincben.* 31 é, fi. Évek óta deréktáji fájdalmak, melyek a combokba sugároztak ki. Kezdődő spasticus paraparesis. Rtg.: XI. borda fejecskét és XI. háti csigolyát roncsoló szilványi daganat. Laminectomia, bal XI. érző gyök csonkolása. Medastinumba áttört csigolya echinoccocus kikaparása. Heges pleura mütétkor sérül. Genymell. Halál agyhártyagyulladásban. Rtg.-képek és kórbonctani készítmény (csigolyák) bemutatása.

Rencz A.: A csontechinococcus kórismézésekor felmerülő nehézségekről beszélve, felsorolja azokat az eseteket, ahol a kórisme még röntgenezéssel sem állapítható meg. Röntgenezéssel a kórisme mégis felállítható a következő esetekben: 1. ha a folyamat igen nagy kiterjedésű és úgynevezett tabula rasa képet mutatja. Ilyenkor a nagy roncsoláshoz képest aránylag sokkal kevesebb a fájdalmasság és az idegrendszerbeli eltérés, mint az várható lenne, 2. ha hosszabb megfigyelés áll a röntgenező rendelkezésére. Ilyenkor a folyamat előrehaladása, növekedése sokkal kisebb mértékű, mint más betegségekkel kapcsolatban azt várhatnók. Ha a roncsolás, mint jelen esetben, aránylag kicsiny területre határolt, úgy a kórisme felállítás a röntgenképen lehetetlen és betegek, mint jelen esetben is, csontdaganat kórismével kerülnek a sebész kezeihez.

Kovács F.: A gerincoszlop echinococcusához hasonlóan ritka a medenceechinococcus is, melynek a lobos és daganatos medence kötőszöveti elváltozásoktól elkülönítő kórismézési nehézségére mutat rá. 2 év előtti egy hortobágyi juhász feleségének operált medence-kötőszöveti echicoccus esetét ismerteti, amelyben az egész kismedence, a septum rectovaginae dudoros daganatokkal zsúfolásig kitöltöttnek látszott. Rosszindulatú, inoperabilis, teljesen a medencefalakhoz öntött daganatos, vagy idült lobos megbetegedésre gondoltak. Mindkét esetben conservetiv kezelés lett volna javalt. A szokatlan lelet diagnostikus bizonytalansága miatt mégis elvégzett explorativ lap. mentette meg a beteg életét, amennyiben a medencének rendkívüli nehézségek árán történt kitakarítása után a beteg meggyógyult és már több egy éve egészséges. E tapasztalat alapján teljesen inoperabilisnak látszó folyamatok esetén is fontosnak tartja, — amennyiben a diagnosis tisztázásához szükséges — az expolrativ laparotomiát. A medence képletek hüvelyen át történő pungálása is hozzásegíthet a kórismézéhez; az adott esetben a nyert folyadékban kimutatható borostyánkösav igazíthatott volna útba.

Tóth A.: *Húgycsőrák.* 65 éves férfi boncolásakor az urethrában, annak falát megvastagító, szétesö daganatot talált, amelyből sipolynyílás vezetett a hímvessző alsó felszínére a glans mögé. A daganat beburjánzott a corpus cavernosumba. A daganat elszarusodó laphámráknak bizonyult, egyes részeiben azonban a hámburjánzás urethel jellegü volt, több helyt pedig papillaképződés is előfordult. Áttéteket sem a tájéki nyirokcsomókban, sem távolabbi szervekben nem talált, tehát a daganat meglehetősen isolált maradt. Tekintettel arra, hogy a klinikai tünetek több, mint fél éve fennálltak, eltávolítása az első időben nem okozott volna nehézséget. A daganat szétesése következtében a felvételkor már a penis, herezacskó és a kismedencei kötőszövet súlyos urin infiltratiója állt fenn, s a helyzetet még súlyosbbította a prostata túltengése is. Halálok pulmonalis embolia. A herékben fibrosis, chronicus interstitialis orchitis volt, a kötőszöveti rostok erős hyalinos átalakulásával. Az ismertetett urethra daganat a primaer húgycsőrákok azon csoportjába tartozik, mely fistula képződéssel szokott járni. A húgycsőrákok eseteiben, mint megelőző betegség kb. 60%-ban gonorrhoea szerepel, jelen esetben azonban az erős daganat szétesés miatt a húgycsőben a hám részéről régebbi elváltozás nem voltak kimutathatók. A herék elváltozása régi gonorrhoeara, esetleg luesre vezethető vissza.

Tóth A.: *Higanymérgezésre utaló elváltozások gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban.* Húgyhajtás céljából adott 7 intramuscularis novurit injectio után (2 hónap alatt 12 ccm novurit), súlyos szívbajban elhalt 52 é. férfi boncolásakor a vékonybél alsó részén vérbőséget, mérsékelt pörkös gyulladást, a coecumban és a colonban egész a sigmáig súlyos pörkös elhalálos gyulladást talált. A szöveti vizsgálat alkalmával az elváltozások megfeleltek az acut higanymérgezésre jellemző elváltozásoknak. A vesékben súlyos parenchymás elfajulás mellett a kanyargós vesecsatornák elhaló hámsejtjeiben durva mészszemcsék voltak. A vesék elváltozása is megfelel a higanymérgezéses veseelváltozásoknak. Feltehető, hogy az egyéni túlérzékenység mellett az elváltozások kifejlődésében a súlyos keringési zavar is szerepet játszott.

Végh P.: Esetleges régebben végzett antilueses higanykúra szerepét a szervek magasabb higanytartalmának megítélésében véleménye szerint számításba kell venni.

Előadások:

Borsos-Nachtnébel Ö.: *A malaria tropicáról, különös tekintettel az idegrendszer elváltozásaira.* 1937 július és szeptemberében boncolt két perniciosus tropicus malaria eset epidemiologiai, klinikai és kórbonctani adatait ismerteti. Mindkét esetben igen rövid, alig kéthetes megbetegedés állott fenn. A klinikai képet az agyi tünetek dominálták, amennyiben mindkét betegben súlyos sensorium zavarokat és eszméletlenséget észleltek. A klinikai diagnosis az egyik esetben kérdéses meningitis, vagy neurolues, a másik esetben typhus abdominalis volt. Boncoláskor a lép és a máj, valamint a csontvelő kifejezett barnásszürke elszineződésén kívül az agy kéregállományának igen erős, sötétszürke festenyzettsége volt látható. A klinikailag észlelhető comatosus állapotnak megfelelően súlyos elváltozásokat talált az agyban. Az első esetben az elváltozások egyszerü capillaris vérzésekben és gyürös vérzésekben nyilvánultak meg. A vérzések az agy minden részében fellelhetők voltak, különösen nagy számban a kis agy molecularis rétegében. Ezekben a vérzésekben csak egészen mérsékelt mikroglia-reactio volt észlelhető, typusos Dürk-féle csomók nem fordultak elő. Ebben az esetben a gerincvelő különböző segmentumaiban is voltak vérzések. Feltünő volt még az agy állományának igen kifejezett vizenyős duzzanata. A második esetben vérzések csak kisebb számban fordultak elő, itt inkább a mikroglia reactioja volt kifejezett. Typusos „gliastrauchwerk" volt kimutatható, az agy legkülönbözőbb részeiben, úgy szürke, mint a fehér állományban. Jellegzetes mikrogliagócok találtattak a kisagyban, úgy a molecularis, mint a szemcsés rétegben, igen sok góc *a capsula* internában, de az agyalapi szürke ducokban, hídban, lobus frontalisban, parietalisban és temporalisban is. Ezek a gócok csak egészen elvétve mutatkoztak a Dürk-féle malaria granuloma képében, amennyiben rosetta alakok csak ritkán fordultak elő. A gócokban a neurofibrillumok megszakadását, felpuffadását, bunkószerü megvastagodását találta. A makroglia egyszerü elhalásos jelenségeket tüntetett fel s mellette a velöshüvelyek felpuffadása és megszakadása is kimutatható volt. A gócok legtöbbször vérzés nélkül fejlődtek ki. Az agy elváltozásait toxicus eredetüeknek tartja.

Végh P.: Mint az ismertetett egyik eset klinikus észlelője kér szót és vázolni kívánja, hogy adott esetben, amilyen a jelen eset is volt, mily nehéz probléma elé állítja a klinikust a m. tropica kórképe. Az elesettség, a continua, a leucopenia, a léptumor (amely nem volt nagyobb fokú) az aneosniophilia, a gyengén pos. widal, az esetnek az őszi typhusculminatióval egybeesése typhussal endemiasan fertözött vidéken fatalis helyzetbe hozták. A jövőre nézve tanulságként levonható, hogy minden olyan esetben, amelyben a typhus nem 100%-ig beigazolható, gondolni kell m. tropicara is, hiszen, mint azt előadó professzor úr is kiemelte, *Lörincz* legutóbbi közlése szerint az elmult 5 év 235 tropicajának 96%-a az ú. n. keleti endemiás vidékről való. Az esetet retrospective az ú. n. algid formának, vagy amint a francia iskola nevezi malariatyphoidnak tartja *klinikailag.* Utal *Szauter Béla* dusitasi eljárására, amelynek nagy hasznát vette későbbi két esetében, amelyeket élöben kórismézni sikerült. Mindkettő gyógyult.

Sánta K.: A két maláriás eset eltérő agyszövettani elváltozásai: glia-reactió nélkül vérzések az első esetben és igen kifejezett mikroglia-elváltozások a második esetben igazolják azt a felfogást, amely szerint a maláriás agyi elváltozások nem egyszerűen keringési zavarok következményei, hanem keletkezésükben a parenchymára ható toxikus ártalom is szerepel. Felhívja a figyelmet a mindkét esetben feltünő oligodendroglia-duzzadásra, mely a gócoktól függetlenül az egész idegrendszerben megtalálható volt. A peracut comatosus klinikai képre tekintettel ebben az oligodendroglia-puffadásban elvi jelentőségü szöveti elváltozást lát. Tekintettel arra, hogy status epilepticusban, toxikus deliriumban és acut psychosisokban elhaltak agyvelejében az ogl.nak egészen hasonló elváltozását észleljük, valamint arra a tényre, hogy a két — egyéb szöveti elváltozások dolgában annyira eltérő — esetben éppen ez a szóbanforgó ogl-reactio egészen azonos volt, hozzászóló a klinikai képnek mindkét esetben azonos „cerebralis" jellegét az utóbbi glia-elváltozással hozza kórtani kapcsolatba.

Április 7-i ülés.

Bemutatások:

Rencz A.: *A spina ventosa sugárkezeléséről.* A csont gümökór sugárkezeléséről nyujtott történelmi visszapillantás után a sugárkezeléssel kapcsolatos problemák szemszögéből vizsgálja át a debreceni sebészeti klinika beteganyagát és spina ventosával foglalkozva igyekszik a felvetett kérdésekre válaszolni, melyeket a következőkben foglal össze: 1. hogy a sugárzásnak mekkora anyagaival dolgozzunk, annak a kérdésnek eldöntése véleménye szerint megfogható abban, hogy jelen esetben a sugárzásnak egyéb, ismeretlen, nem tisztázott sajátságán kivül, — elsősorban mint ingerhatást használjuk ki, hasonlóan a tüdőgümökór és más idült megbetegedések kezelésében eredményesen alkalmazott ingerkezeléshez. Feltételezi, hogy a kóros területen a sugárzás kiváltotta perifocalis gyulladás, vérbőség a folyamat lefolyását gyorsítják. Ezen az alapon nincs szükség nagy adagok alkalmazására, éppen ezért a kisadagok alkalmazását (50—150 R.) ajánlja. 2. hogy puha, vagy kemény sugárzással dolgozzunk-e, arravonatkozólag hivatkozik több szerzőre, akikkel egyetértően a keménysugárzás alkalmazása mellett dönt, annál is inkább, mert hiszen az előbbi megállapítás szerint csupán kis dosisokról van szó. 3. hogy a besugárzások között milyen szüneteket tartsunk, arravonatkozóan véleménye szerint szabály nem állitható fel és az individualis kezelés jelentőségét hangoztatja, ahol az orvosnak a lázmenet és a vérsejtsüllyedés vizsgálata nagy segitségre van. A felsorolt következtetések birtokában szembehelyezkedik azzal a véleménnyel, hogy kezdődő, vagy gyorsan előrehaladó esetekben a besugárzásokat mellőzzük. Ezzel kapcsolatosan bemutat eseteket, ahol a folyamat egészen kezdő állapotban sugároztatott be, mellyel a gyógyulást oly nagymértékben lehetett meggyorsitani, hogy a betegnek 4 hónap mulva már a járás is megengedhető volt.

Papp K.: *Háromszoros végtagfejődési rendellenesség.* Sebészi és orthopaediai szempontból érdekességgel bíró fejlődési rendellenesség. 54 éves kocsist sérülése miatt vették fel a sebészeti klinikára. Annak ellenére, hogy a végtagok, — különösen a jobb kéz hasított volta kifejezett volt, a betegnek öreg koráig nem okozott panaszt. Foglalkozását a maga módján jól tudja végezni. A beteg nem emlékszik, hogy fel és lemenő ági rokonai között valakinek is hasonló, vagy más fejlődési rendellenesség lett volna. A bal kéz III. ujjának phalanxai hiányzanak. A III. metacarpus egészében keskenyebb, fejecse hozzásimul a IV. metacarpus fejecséhez és azzal, valamint a IV. ujj széles alapú I. phalanx basisával egy izületet alkot. A multangumun minus és majus egymással csontosan egyesül. Az os phisiforme helye hiányzik. Jobb kéz a III. ujj phalanxai teljesen hiányoznak, a kéz közepéig hasított, a II. ujj metacarpusa két csontból összetett. A IV. ujj metacarpusának radialis oldalán 2 cm. hosszú exostosis. A multangulum majus, minus szintén összecsontosodatt, az os phisiforme hiányzik. A jobb láb harmadik ujja hiányzik, helyén a metatarsus distalis harmadáig behasított. A IV. és V. ujj összes phalanxai szbálytalan elrendeződésben. A hasi tott kéz (manus jissa) a Rehn-féle beosztás harmadik csopotjába, a csontfejlődési rendellenességek közé tartozik. Az irodalom eddig közel 90 esetről számolt be. Már *Perthes* közleményében is megtalálható az az érdekes megfigyelés, hogy a fejlődési rendellenesség többnyire kínaiakon fordul elő. A hasított kéz keletkezését *Kümmel* és *Fornhöfer* amnionkötegekkel és amnion-víz zavarával magyarázzák. Ennél elfogadhatóbb *Perthes* megokolása, mely szerint a kéz csíratelepének endogen hibás képződéséről van szó, melynek közelebbi mechanismusát eddig nem sikerült elfogadhatóan magyarázni. A hasított kéz legtöbb esetben mütétet nem igényel, inkább a lábon szoktak végezni mütétet, amikor a hasadék olyan nagy, hogy a járást akadályozza. Roncsolás utáni súlyosabb ujjnélküli kézdefektusok müködésének hiányát *Zollinger* úgy pótolja, hogy a kezet behasítja a csuklóig (metacarpus kéz) és igy kiadósan mozgatható kezet kap. E fejlődési rendellenesség sebészi-orthopaediai jelentősége abban is megtalálható, hogy a hasított kéz ötletet adott egyes súlyosabb kéz-defectus használhatóvá tételéhez.

Törő I.: A hozzászóló csirkeembryokon mesterségesen kisérelte meg a végtaghasadások létrehozását azáltal, hogy a végtaglemezeket középen kettévágta és egymástól széjjelnyomta. A később kifejlödött csirke végtagjai a beavatkozásnak nyomát sem mutatták.. Ezen az alapon csatlakozik azokhoz, akik a bemutatott elváltozásért az örökléstani tényezőket okolják e fejlődési rendellenesség létrehozásában.

Előadás:

Törő I.: *Velőredő inductio emlős embryokban.* 9 napos patkány ébrény velőlemez darabjait ültette 7, 8, 10 napos patkány embryókba. A beültetés helye az ébrények korától függően, vagy a proamnion üreg, vagy pedig a külső és belső csíralemez között mesterségesen készitett hézag volt. Az operált embryókat részben szövetkulturába, részben pedig 7 napig keltetett tyúktojás chorion allantoisában ültette, ahol ezek 2—7 napig növekedtek. Összesen 301 ébrényt operált igy annak a kérdésnek eldöntésére, hogy az emlős állatokon megtalálható-e a fejlődési gerjesztés (inductio). A 301 operatio közül 25-ben kapott positiv velőlemez gerjesztést a 7, 8, 9 napos ébrényekben, 10 napos ébrényekben gerjesztett velőlemez sohasem fejlödött. A velőlemez meghatározási (determinatiós) időpotja tehát a terhesség 10. napja előtti időre esik. Az az eredmény, hogy a 9. napos ébrényben is, amikor a velőlemez már alakulóban van, positiv a gerjesztés, — mutatja, hogy a velőlemezképző képesség a külső csiralemezek több részében megvan, mint amelyből a velőredő kialakul a rendes fejlődésben. Vizsgálatai alapján arra a megállapitásra jut, hogy a beültetett szövet nem hat közvetlenül gerjesztőleg a külső csiralemezre második velőlemez létrehozása szempontjából, hanem a gerjesztő anyag először a belső csiralemezen érvényesül, ahol egy gerjesztett elemi bélgödör keletkezik, mely a gerjesztő anyagot hatásossá teszi, amely azután velőlemez gerjeztésével fejti ki hatását a külső csiralemezen. Minden esetben 2, de néha 3 bélcsövet lehetett tájolni, melyek közül 1 a gazda, 1 a gerjesztett, 1 pedig a beültetett velőszövethez tartozott.

A gerjesztő hatás nemcsak a gerjesztett velőlemez és bélcső, hanem ös-szelvények és igy második ébrény-telep fellépésében nyilvánul meg. Arra a következtetésre jut, hogy a *Spemann* iskolának a kétéltü petéken elért gerjesztési eredményei állatfajonként különböző eltérésekkel az emlös ébrények fejlödésére is érvényesek.

Április 28-i ülés.

Bemutatás:

Péter L.: *Idegrendszeri luesben szenvedő szülök gyermekének paralysise.* Az irodalomban eddig kevés olyan esetről számoltak be, amikor juvenilis paralysisben szenvedő betegnek mindkét szülője idegrendszeri luesben szenvedett. — *Menninger* 1936-ban megjelent monographiájában megállapitja, hogy az irodalomban ismertetett juvenilis esetek valamint saját észlelései (összesen 653 j. p. eset) között mindössze 6 olyan van, amikor mindkét szülőnek p. p-ja volt, mig további 4 esetben mindkét szülő egyéb idegrendszeri luesben szenvedett. Az ismertetett esetben az apa 20 év előtt kapott luest, röviddel a fertözés után feleségét is megfertözte. Mindketten elégtelen kezelésben részesültek. Az asszonynak 2 abortusa és 1 halvaszületése volt, egyetlen élő gyermeke van. A gyermeknek születésekor a rendesnél nagyobb feje volt. Szellemileg gyengén fejlödött. A paralysis kezdete a nyolc éves korra tehető, amikor a gyermek a harmadik elemi osztályból kimaradt. Jelenleg 13 éves, teljesen elbutult, a klinikai és serologiai kép egyaránt juvenilis paralysis mellett szól. Az apa jelenleg 49 éves. Klinikailag anisocoria és Argyll-Robertson tünet található, a serologiai lelet komoly idegrendszeri lues mellett szól. Psychice intact. Az anya 10 év előtt a debreceni idegklinikán feküdt p. p. diagnosissal. Az akkor végzett malária-kezelés jó remissiót eredményezett, mely ma is tart.

Ökrös S.: A pathogenesis tisztázása végett több esetben vizsgálta paralysis progr. folytán elhalt egyének lágyburkát ezüst impregnatiós nativ készítményekben. Megállapította, hogy a piameterben fekvő kis arteria-ágak nagyfokban megkevesbedtek (oligo-arteriosis). Az érpusztulás folytán az agyat tápláló vérmeder keresztmetszete lényegesen beszükült. Ez az állapot a kiterjedt agysorvadást megmagyarázza. Hogy kikben és az agy milyen területén pusztulnak inkább a lueses ártalom következtében a véredények, azt valószínüleg az egyén veleszületett, vagy szerzett alkati állapota határozza meg.

Előadás:

Tőrő I.: *Az ébrényi szívizomkivonat hatása a müvileg okozott szívsebzések gyógyulására.* Régebbi vizsgálataiban megállapította, hogy a szívizommag nagysága a korral párhuzamosan állandóan növekszik, mert egy bizonyos tényező akadályozza a magoszlást. Ha ébrényi szívizom kivonatát fecskendezte be felnőtt patkánynak, akkor a kivonat ezt a tényezőt közömbösítette, minek következtében a magvak eloszlottak és a leánymagvak nagysága az újszülött állat magnagyságának felelt meg. A kivonat tehát a szívizom magállományának szaporodását indította meg.

Ezen eredmények igazolására ezen alkalommal ismertetett vizsgálataiban felnött patkány szívizomzatán müvileg sebzést okozott és a kivonatot fecskendezve szövettanilag figyelte meg a különböző idös sebzésekben a szívizom újraképződési képességeit.

Az ellenörző állatban a szívseb hegesen gyógyult, sőt egyes esetekben később elmeszesedő porccal. A sebzés körül a szívizom elfajulása igen nagy területre kiterjedt s 2 hónap múlva sem mutatott megállapodást. Ezzel szemben a kisérleti állatban a seb rugalmas rostokkal és új izomszövettel gyógyult. Véleménye szerint a kivonat a sebzés körüli izomzat ellenállóképességét a magállomány szaporitásával, majd az oszlást gátló tényező közömbösítésével növeli, miáltal az még a sebszéleken is megmaradt állandó összehúzódásával mechanikailag hozzájárult a ruganyos-rostos gyógyuláshoz. A seb ruganyos rostjainak származását illetőleg nyitva hagyja a kérdést, amit későbbi vizsgálataiban szándékszik megközelíteni.

A szívizm újraképződésére vonatkozólag egyrészt megerösíti állitását, hogy a mag az izomrost haránt és hosszanti hasadása által növekszik a szív izmos állománya, míg a sebben fellépő új izomrostok keletkezésére vonatkozólag a következőket találta: A sérült izomrostok egy részében az Ebert-féle vonalak feltünőbbekké lesznek, majd ezeknek megfelelően az izomrost több helyen befüződik és Ebert-szelvényekre esik szét. Az Ebert-szelvényekben a haránt és hosszanti szerkezet eltünik, miáltal azok sarcoblastokká alakulnak. Ezekben fellépő amitosisok, valamint megnyúlásuk, később elágazódásuk által regenerálódhat a szívizom. Ezeknek alapján az Ebert-vonalakat a szívizomrost olyan helyeinek tartja, ahol a rost müködési egységei vannak egymástól elhatárolva.

Következésképen megállapithatja, hogy az ébrényi szívkivonat az egészséges szívizmon okozott szívsebek gyógyulását igen kedvezően befolyásolja.

Ökrös S.: Emberi börhegekben vizsgálta a ruganyos rostok állapotát és megállapitotta, hogy a ruganyos rostok a sebgyógyulásnak csak a későbbi szakában képződnek újra. Hat hetes hegszövet ruganyos rostokat még nyomokban sem tartalmazott, három éves hegek viszont már bövelkednek benne. A ruganyos rost ujraképződés megindulásának időpontját csak a további megfigyelések tisztázhatják.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvostudományi Szakosztályának március 9-i ülése.

C. Neoggerath: freiburgi gyermekgyógyász professzor német nyelven tartott előadást *„Leibesübungen im Kindesalter vom kinderärztlichen Standpunkt aus gesehen"* címmel.

Március 21-i ülés.

Bemutatás:

Ujsághy P.: *Egyszerű színreactio meningitisek és enkephalitisek differentialdiagnostikájához.* A szerző ismerteti új, egyszerű színpróbáját, melynek segitségével már korai stádiumban is differentiálni lehet a meningitiseket, meningismusokat és enkephalitiseket. A próba, melynek alapja az alfanaphtolos általános cukorreactio, a liquor cukor- és tejsavtartalmának együttes változásait mutatja ki a szerző azon tapasztalata alapján, hogy a tejsav a cukorral ellentétben az alfanphtolos reactiót színnel adja, s mennyisége szerint több-kevésbbé módositja a cukor kékes-piros színét. A próba egyuttal alkalmas a cukor mennyiségének hozzávetőleges megbecsülésére is.

Teschler L.: A liquor csökkent cukortartalmának megállapitására a Benedict-reactiót javasolja. Az előadó módszere pontosabbnak látszik, mert a cukorbomlás kapcsán létrepött tejsav kimutatására is figyelemmel van.

Előadás:

Scheff Gy.: *A bakteriophagia diagnostikai és klinikai jelentőségének mai állása.* A bakteriophagia újabb eredményeinek rövid ismertetése után, főleg azokkal a feltételekkel foglalkozik, melyek a bakteriophag alkalmazását lehetővé teszi. Arra a következtetésre jut, hogy a bakteriophag akalmazásával hatásos therapiát csak akkor folytathatunk a fertözést okozó bakteriumokkal szemben, ha homolog, vagy oly polyvalens phag. birtokában vagyunk, melyek még igen nagy hígitásokban (10^{-9} — 10^{-12}) is hatékony és a szervezetbe (testnedvekben) hatás kifejtéséhez adaptálva van. — A szervezetbe mesterségesen bejuttatott baktriophag hatását indirect tényezők is támogatják. A bakteriophag therapiás alkalmazásával eddig különösen a cholera, pestis, typhus, dysenteria és különböző genykeltők által okozott fertözések esetében értek el jelentékenyebb eredményt. Végül megemliti a bakteriophag általános egészségügyi vonatkozásait, különös tekintettel a városi szennyvíz kérdésére, — részben saját kisérleti megfigyelései alapján.

Fenyvessy B.: Előadó helyesen tette, hogy erre az érdekes jelenségre és annak gyakoralti vonatkozásaira felhívja a szakosztály figyelmét. A bakteriophag mivoltát illetőleg *Scheff* határozottan *d'Herelle* álláspontját tette magáévá, vagyis azt, hogy a lytikus anyag élőlény, virus. Hozzászóló szerint ez még nagyon is vitatható. A bacteriophag therapiás értékéről további klinikai tapasztalatoktól kell véleményünket függővé tennünk. — Utal a bakteriophag és a Besredka-féle antivirus közti hasonlóságra. Az utóbbi szerző közölte szép gyógyeredményeket kevesen tudták igazolni. Ha a jelenlevő klinikus urak therápiás kisérletek iránt érdeklődnének, az intézet készithet hozzávaló anyagot.

Angyán J.: a kérdés experimentalis részének az előadó által történt beható ismertetése alapján úgy látszik, hogy az eddigi therápiás kisérletek bizonytalan eredményei a kisérletre felhasznált anyag előállításának bizonytalanságával függenek össze s igy kivánatos volna megfelelő kisérleti anyagoknak a klinika számára való rendelkezésre bocsájtása. Kérdi az előadót, hogy megfelelő kisérleti anyagot a klinika kaphatna-e?

vitéz Berde K.: A Besredka-féle antivirussal („pansement specifique") végzett gyógyeljárás a huszas évek második felében, főleg a francia iskola korában igen nagy népszerüségnek örvendett. Sajnos, igen gyakran csalódtunk benne, vagy nem tudtuk eldönteni, hogy a gyógyeredményről mennyi irandó az antivirus javára. Kérdéses, hogy hatóténye zője azonos-e a bakteriophag-gal, éppen ezért szivesen tenne kisérleteket a phaggal is, ha megfelelő készitményhez jutna.

Boros B.: A D'Herelle phenomen felfedezése után *Town* a szemészetben alkalmazta a phag-emulsios öblitést könnytömlő gennyesedéseknél. Az esetek többségében meglepően jó eredményeket látott.

Április 4-i ülés.

Fáber V. és Frank K.: *Csecsemökori kisagytumor érdekes esete. Frank:* Három és fél hónapos csecsemön észlelt congenitalis kisagytumor esetét ismerteti, kin az első tünetek már 3 hetes korban mutatkoztak. Az általános agynyomásos tünetek közül egyre fokozódó hányás, kutacs feszülés és az agykörfogat növekedése volt jelen. Szemfenéki elváltozás és görcs hiányoztak. Fenti tünetek mellett hidkisagy szögletre localizálható bénulásos góc-tüneteket fokozatosan kifejlödö facialis, oculomotorius, trigeminus és abducens bénulást lehetett megfigyelni. Typikus kisagyi symptomaként azonos oldali hypotonia, nystagmus és ellenkező oldali fej-kényszertartás fejlödött ki és tette valószínüvé a klinikai diagnosist, melyet a sectio igazolt. Mütétkor: a jobb kisagy hemisphaerában zölddiónyi tumort találtak, amely szövettanilag neuroblastoma gliomatosumnak felelt meg. A liquorban csak mérsékelt fehérje-szaporulat volt. A rendel-

kezésre álló irodalmi akatok szerint csecsemőkori kisagytumor előfordulásáról még közlés nincs. A bemutatott eset az intrauterin életre visszavezethető kisagytumor, amely igen fiatal csecsemőkorban, ritkán látott számos általános és specifikus góctünet együttes előfordulásával, tanulságos adatokat szolgáltat a csecsemőkori agytumorok klinikumához.

Fáber: Már az agyvelő kivétele alkalmával kitünik, hogy a jobb kisagyfélteke tetemesen nagyobb, mint a bal s, hogy ezen megnagyobbodás következtében a nyultvelő erősen balfelé tolódott s oda van nyomva az öreglyuk bal széléhez. A A nyultvelő ennek megfelelően kissé szögletbe tört. Az agyvelőt a homloksíknak megfelelő metszésekkel boncolta fel, mikor is az oldalkamrák és a III. agykamra tetemes kitágulása tünt szembe. Ezzel szemben a IV. agykamra falai egészen egymáshoz nyomódtak. A kisagyféltekét felmetszve, a jobb féltekében zölddiónyi, az agy állományánál valamivel tömöttebb összeállású, sárga és vöröses csíkoktól kissé sugaras rajzolatú, daganatszövetből álló csomó vált láthatóvá, amely daganat felfelé a hídra, lefelé és középfelé a nyultvelőre is ráterjedt, elég jól körülírható volt s benne, különösen a daganat széli részein számos, kendermagnyitól lencsényi, zavaros folyadékkal telt üreg foglalt helyet. Szövettani készítményekben a daganat lazább összeállású részein a sejtek centralisan elhelyezkedő ér körül pseudorosettákba rendeződtek. A daganatsejtek részben nyulvány nélküli, nagy, hólyagos magvú, apolaris neuroblastoknak, részben pedig nyulványaik útján lazább-tömöttebb hálózatot alkotó bipolaris spongioblastoknak és oligodendrogliasejteknek, minek alapján a daganatot neuroblastoma gliomatosumnak tartja. Keletkezésének kezdetét pedig részben a daganat szokatlanul korai fellépése, részben pedig a daganat szerkezetének embrionalis jellege alapján az intrauterinalis élet végére teszi.

Engelmayer J.: A gondosan feldolgozott, érdekes esethez röntgenologiai szempontból szól hozzá. A csecsemőkor szövetei a sugárzással szemben fokozottan érzékenyek, ezért szükséges a szemek védelme a koponya röntgenkezelésekor. *Spiegel, Sgalitzer, Inaba* kutyákon végzett cisterna-nyomás mérései mutatják az agy röntgenkezelésekor, hogy a liquornyomás kezdeti emelkedése után csökken. Ezen nyomásemelkedés vezet a régi nagydosisú kisagytumor rtg.-kezelésekor nagyobb agyi laesióhoz, esetleg vaksághoz, melyet a látócentrum közelében bekövetkezett fokozott korai agyi mély reactio idézett elő. Az újabb kezelési eljárással ezért feltétlen óvatosság szükséges és a besugárzást a fractionált kezelés elvei szerint, a liquor-nyomás állandó controllja mellett, több ülésben és kis adagokban végezzük, hogy minimumra reducáljuk a veszélyes korai agyi mély reactiót.

Erős G.: *Egészen heveny polyomyelitis anterior histologiai készítményeinek bemutatása.* 11 éves leánygyermek bulbaris typusú, igen heveny lefolyású Heine—Medin-kórját ismerteti. Az idegrendszeri elváltozások egészen korai jellegüek voltak; ezt a phasist inkább a kísérleti majom poliomyelitisben lehet látni. A leglényegesebb elváltozás a nagy motoros idegsejtek pusztulása, különösen a gerincvelőben és a nyúltvelőben. A virus szinte elective kiválasztja a motoros idegsejtek systemáját. A sejtes beszűrődés részben már csak secundaer jelenség, a lágyburkok elváltozásai és a perivascularis infiltratumok pedig a mesenchyma reactioi a virussal szemben. A gerincvelő szürke állományának a sejtes beszűrődését ilyen korai stadiumban főleg polynuclearis leukocyták képezik ,a polyblastok csak később jelennek meg nagyobb számban. Ismerteti az előadó a virus terjedésére vonatkozó, majomkísérletekkel alátámasztott legújabb theoriát, amely szerint a virus az idegek mentén terjed. E meggyőzőnek látszó kísérletek ellenére azonban az az általános vélemény, hogy a virus terjedésének módjai teljes bizonyossággal kiderítve nincsenek.

Április 25-i ülés.

Szabó T.: *A lobos vena azygos pathologiai jelentősége.* Ismerteti a fejlődési rendellenesség anatomiáját és a kialakulására vonatkozó theoriákat. Az anomalia gyakoriságát a külföldi adatok alapján táblázatban mutatja be. Ezen adatok alapján átlagértékben 0.25% az azygos lebeny gyakorisága. Ezzel szemben a magyarországi eddigi közlések jóval magasabb arányszámról tesznek említést. *(Bársony* és *Koppenstein, Orosz,* 0.55%.) Továbbiakban beszámol a pécsi Gyermekklinikán általa észlelt újabb 8 esetről, amelyeket felvételeken demonstral. Ezek közül 3 esetet részletesen ismertet, amelyekben az azygos lebeny mellett egyéb fejlődési rendellenességre is lehet következtetni. (2 esetben bronchiectasia, 1 esetben spontan-pneumothorax kapcsán.) A megfigyelt klinikai képek alapján azt a következtetést vonja le, hogy a fejlődési rendellenesség létrejöttének nemcsak az ér primaer fejlődési rendellenessége, hanem a tüdő activ részvétele is szerepel.

Szüle D.: Megfigyelése szerint a lobus venae azygos a tüdő kóros folyamata esetén sokkal könnyebben felismerhetővé válik. Ez lehet az oka annak, hogy egyes szerzők adatai között aránylag nagy eltérések vannak.

Röhlich K.: Fejlődéstani megfigyelések alapján úgy véli, hogy az azygos lebeny létrejötte a v. azygos rendellenes fejlődésével magyarázható. A v. cardinalis caudalis (a v. azygos felső részének kezdeménye) u. i. ily esetekben a rendes helyétől kissé oldaltabb a tüdőcsúcs felett marad és a szívvel együtt történő caudalis eltolódásakor, valamint a tüdőcsúcs felfelé irányuló növekedésekor belevág a tüdőcsúcsba és abból egy külön lebenyt (a lobus venae azygost) választ le.

Entz B.: Az ismertetett fejlődéstani rendellenesség nézete szerint a véna azygos rendellenes fejlődésével függ össze. Ebben a tüdőszövet fejlődésének lényeges szerepet nem tulajdonít. Mint fejlődési rendellenességek alkalmával lenni szokott, lehetséges, hogy a vena azygos fejlődési rendellenessége mellett más fejlődési zavarok is előfordulnak. De ez nem kíséri szabályszerűen a vena azygos fejlődési rendellenességét. Sok esetben semmi fejlődési rendellenesség sem észlelhető ilyen esetekben a tüdőn. Feltünő a fejlődési zavar gyakori klinikai észlelése. A boncolási anyagban nem észleljük ezt az elváltozást ilyen gyakran, lehetséges, hogy ennek az az oka, hogy a rendszeres röntgen-besugárzások óriási anyag áttekintésére adnak alkalmat.

Szabó T.: Az a kérdés, hogy az ér, vagy a tüdő fejlődési rendellenesség közül, melyik a primaer, még nem eldöntött kérdés. A közölt 8 esetet a Gyermekklinika 2 évi ambulans és klinikai röntgen anyagából észlelte s mivel észlelése nem meghatározott számú tüdőfelvételre, hanem kursiv anyagra vonatkozik (kb. 4,000 átvilágítás és felvétel), százalékos arányszámot nem is közölt.

Szüle D.: *Typus bovinus szerepe az emberi tuberculosisban.* A modern bakteriologiát megelőző korban, amikor a tbc. bacillus különböző typusai nem voltak ismeretesek, a bovin typus szerepét legfeljebb kizárás útján bizonyították. Ezen kérdés tanulmányozása főleg az utolsó 2 évtizedre esik. *(St. Griffith, Br. Lange, Klimmer, Cumming, Mounrier, Szü-* stb.) Vizsgálatok adatai szerint egyes országokban (Anglia, Hollandia, Dánia, részben Németország is) a bovin typusú tbc. feltünően gyakori, az egyes szervek szerinti %-os megoszlása változó és a kor előrehaladtával csökken. A klinikai kórformák között leggyakoribb a lupus és a nyakimirigycsomók tuberculozisa, majd azok a kórformák, amelyeknek kialakulása haematogen úton képzelhető el (meningitis, csont- és izületi tbc., urogenit tbc.). Az infectio forrása leggyakrabban a tej és tejtermékek, de számításba jöhet a fertőzött hússal való foglalkozás, vagy a fejés is. Egészen kivételes az aerogen infectio *(Br. Lange).* Számolni kell azonban a bovin typusnak emberről emberre való tovaterjedésével is. A fertőzött tehéntej epidemiás fertőzést is képes előidézni *(E. Törnell),* — Magyarországra vonatkoztatva előadó szerint, úgy látszik, hogy a bovin fertőzés aránylag ritka, de kétségtelen, hogy a szarvasmarháktól származó infectio is képes súlyos tbc..t előidézni.

v. Berde K.: Angliában a tüdőtuberculosist csak 0.3%-ban, ellenben a lupust az eseteknek több mint 50%-ban a typus bovinus okozza Ez a mi viszonyaink között valószínütlenül hangzik, hiszen a bőrtuberculosis leggyakoribb fertőzési forrása a nyílt tüdőgümőkórban szenvedő ember, márpedig az angol statisztika szerint is ezt legtöbbször a typus humanus okozza. Kérdi az előadót, a hygienikusokat, pathologusokat és gyermekgyógyászokat, hogy vajjon nem állanak-e fenn az angol és magyar viszonyok között olyan állat- és ember-egészségügyi, táplálkozási és életmódbeli különbségek, melyek e nálunk valószínütlenül hangzó tényt megmagyarázzák?

Entz B.: Az emberi és állati tuberculosis összefüggésére vonatkozó első vizsgálatokat *Genersich* végezte Kolozsvárt, aki kimutatta, hogy Kolozsvárt az embereken mindenféle gümös megbetegedés előfordul, a szarvasmarhában azonban a tuberculosis, illetve gümőkór jóformán sohasem észlelhető. Ezt avval magyarázta ,hogy Kolozsvárt a szibériai fajta marhát tenyésztik, amely nem olyan hajlamos a gümös fer-

tőzésre, mint a tarka fajta. Ebből *Genersich* arra következtetett, hogy az emberi tuberculosis előidézésében Magyarországon a bovin fertőzésnek nincs nagyobb jelentősége. Ezt *Genersich* a berlini nemzetközi orvoscongressuson elő is adta s az ő vizsgálatai után foglalkozott *Bollinger*, majd *Kitasato* ugyanezzel a kérdéssel, vizsgálataik *Genersich* eredményeit megerősítették. Ezek az eredmények jól összeegyeztethetők az előadó eredményeivel is. A bovin fertőzésre vonatkozólag Magyarországról rendszeres vizsgálatok nincsenek. Nagyon valószínünek tartja, hogy a lupus előidézésében Magyarországon a bovin fertőzés nem játszik olyan nagy szerepet, mint Angliában. Nagyon meglepte a feszólalót *Szülének* az a megállapítása, hogy a csecsemőkorban olyan gyakori a bovin fertőzés. Magyarországon, ahol a csecsemők túlnyomó többségét az anya maga táplálja, a tehéntejnek a szerepe a tuberculosis előidézésében egészen alárendelt jelentőségü és így kétségtelen, hogy a csecsemők gümőkórjában sem a bovin fertőzés játsza a legfontosabb szerepet. A bovin fertőzés kiküszöbölése várható az állatállomány gondos selectálásával, mint ahogy azt *Bang* végezte. — Felszólaló is fontosnak tartja rendszeres bakteriológiai vizsgálatok elvégzését a fertőző csirák typusának megállapítása céljából.

Szüle D.: *v. Berde prof.* hozzászólására megjegyzi, hogy specialisan az angliai viszonyok mellett, ahol az emberek között aránylag ritka a tbc., viszont intensiv a tejfogyasztás, elképzelhető a lupusok magas %-os bovin eredete. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a lupus esetek száma olyan magas. Különben az angol statisztika hibája az, hogy ott sem vizsgálták olyan nagy számban. *Entz* prof. megjegyzéséből látszik, hogy a tárgy kimerítése sokkal több időt igényel s véleménye végeredményben az előadó felfogásával egyezik. A szarvasmarhák közül kipusztítani a tbc.-t nem is olyan nehéz és a bovin fertőzés ellen védekezni aránylag könnyü. *Fenyvessy* prof.-nak teljesen igaza van, mikor a laboratóriumi vizsgálatok kis számát hibáztatja. Előadó egyik célja azonban a tájékozó vizsgálatok megindítása és a probléma iránti érdeklődés felkeltése.

A Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesülete Orvosi Szakosztályának március 23-i ülése.

Előadás:

v. Matolcsy K.: *A thrombosis és gangraena kérdéséről mütéti eset kapcsán.* 33 éves egyszer szült nőbetegen extraut. mütét után a bal lábszáron thrombosis, majd gangraena lépett fel, amely miatt a lábat amputálni kellett. Előadó ezzel az esettel kapcsolatban ismerteti az irodalom adatait, a spontán, septikus és secale alkaloidák túladagolására fellépő gangraenákra vonatkozólag. Majd a thrombosis kérdésről szól. Anyaga kifejezetten a thrombosis szegény anyagok közé tartozik. 540 laparatomia után a fentivel együtt két thrombosis esete volt. Ennek okát nem kozmikus és tellurikus tényezőkben kell előadó szerint keresni, hanem konstitucionalis és táplálkozási különbözőségekben, valamint a mütétek utáni korai activ mozgásban és felkelésben.

Kühbacher F.: A nőgyógyászati hasmetszéses mütétek után tényleg nagyon ritka az alsó végtag gangraena. A szegedi női klinika 18 éves anyagában egy eset sem fordult elő. Szüléssel, illetőleg vetéléssel kapcsolatban már nem olyan ritka, ilyen esetük kettő volt.

Balla I.: Érdekesebb és ritkább localisatiójánál fogva megemlítendőnek tartja évekkel ezelőtt észlelt esetét, amelyben spontán szülés után gyerekágyi láz fejlődött ki, amelyben a 7-ik napon a bal karon lépett fel gangraena, amely letálisan végződött.

v. Matolcsy K.: *Kühbacher dr.* tagtárs hozzászólását nagy megnyugvással hallotta, sajnos privát beszélgetés során tud egy ventoficatio utáni láb-gangraenáról, mely sehol leközlésre nem került. *Balla dr.* tagtárs felszólalására megjegyzi, hogy septicus gangraenát tudtával már 90-et közölt le az irodalom.

Heiner L.: *A gonorrhoea szerepe a férfi magtalanságában.* A születések számának ijesztő mértékü csökkenése kötelességünkké teszi, hogy ennek az egész müvelt emberiséget veszélyeztető jelenségnek okaival foglalkozzunk. A férfi magtalanságában legnagyobb szerepet a gonorrhoea játsza. Ebből a szempontból legfontosabb szövődménye a mellékhere. gyulladás. A szegedi börklinika ambulans beteganyagában 10%-ban találta meg, jórészt már a beteg jelentkezésekor, ritkábban a kezelés alatt. A klinikára felvettek közül 39.7%-ban fordult elő. Magánbetegei között 6.7%-ban találta meg. Ezek a számok azonban nem adnak tiszta képet ennek a kankós szövődménynek gyakoriságáról. 615 magánbetege közül, akik már többizben kankósak voltak, kórelőzményi adataik alapján 23.6%-ban talált féloldali és 6.8%-ban kétoldali mellékheregyulladást. Ondóvizsgálatra csak a kilövelt ondó alkalmas, amit legtöbbször óvszeres közösülés útján szerzett, ritkábban masturbáció útján. Kétoldali gyulladások után 61 beteg között 54%-ban talált azoospermiát, 10%-ban oligo- és necrospermiát és 36%-ban rendes nemzőképességet. 132 féloldali gyulladás után 22%-ban absolut és 11.3%-ban látott relativ magtalanságot. Sürübb előfordulása miatt tehát a féloldali lob is van olyan jelentős, mint a kétoldali. Súlyos ondóhólyaggyulladás és parenchymás prostatalob szintén vonhat maga után magtalanságot. 27, illetőleg 35 ilyen betegénél 10%-ban absolut és 22% relativ nemzőképtelenséget talált. Végül röviden kitért a megelőzés kérdésére, ahol legfontosabbnak tartja a korai helyi kezelést. Reméli, hogy a gonorrhoea első igazi chemotherapiás szerének, az ulironnak használata igen sokszor elkerülhetővé teszi a gonorrhoea eme szociális és nemzetgazdasági szempontból annyira fontos szövődményének fellépését.

Március 30-i ülés.

Bemutatás:

Antalfy I.: *Röntgenfekély gyógyult esete.* A bemutatott betegen 1924-ben golyvamütétet végeztünk. Recidiva miatt egy évre rá 9 izben, hat hetenként 100% H. E D. mennyiségü röntgenbesugárzást kapott. A besugárzás után egy évre nyaka vörösödni kezdett, majd hét év mulva kifekélyesedett. A fekély 5 évi kenőcsös, majd 10 hónapi novocaininfiltratios kezelésre nem javult ,hanem elszarusodó laphámrák kifejlődéséhez vezetett. A fekély és környékének kimetszése után feltünő gyorsan gyógyult.

Vidakovits K.: Szerinte a röntgenulcus kifejlődéséhez egyéni dispositio is kell — idiosynkrasia. Ma, amikor szakember kezében a túldosírozás szinte lehetetlenség számba megy, csakis ennek tulajdoníthatók a még itt-ott észlelhető ulcusok. A bemutatott esetet is szakember röntgenezte, aki bizonyosan nem lépte túl a megengedett határt. Ő sohasem látott eredményt Basedowstruma esetében a röntgentherapiától, ezért nem is ajánlja. Az ameriakiak úgy látszik szerencsésebbek, legalábbis erről tanuskodnak kimutatásaik. Ulcus esetében a leghatásosabb therápia annak gyökeres kimetszése — ha lehetséges! Az egyéb eljárások hatása olyan lassú, hogy azalatt az ulcusban carcinoma fejlődhetik, amint azt a bemutatott eset is bizonyítja, mely a mütét után feltünően gyorsan gyógyult.

Előadás:

Benedek Á.: *Adat az agydaganatok röntgensugár kezeléséhez.* B. P. 55 éves férfibeteg azzal keresi fel 1937. áprilisában az idegklinikát, hogy egy éve romlik a látása. Két évvel ezelőtt egy hétig tartó beszédzavara, fél éve eszméletvesztéssel járó rángógörcsei voltak. Azóta szédül, tántorogva jár, akadozva, dadogva beszél, jobb füle cseng. Állandó fejfájás kínozza, aluszékony. Azelőtt vidám természetü volt, most közönyös lett. *Lelet:* Pangásos papillák, vérzéses csíkokkal. Nystagmus. Enyhe b. o. centralis facialis paresis és motoros aphasia Magas nyomással ürülő xantochrom liquor, *Pándy és Nonne-Apelt* positiv, sejtszáma 12/3. Koponya felvétel: destruált sella turcica. Jobb oldalt typusos helyen decompressiós trepanatio és utána 10 rtg. besugárzás (300 r.) 1937 június végén javultan távozik. 1937 decemberben újból felvesszük, hirtelen rosszra fordult állapota miatt. Osmotherapia és egy rtg. besugárzásra ismét javul. 1938 január elején hemianopsia homonyma sin. Január végén csuklás, cerebralis hányások, xantochrom liquor, sopor, coma, exitus. Boncoláskor a jobb agyféltekét infiltráló astrocytomát találunk, főleg a temporalis lebenyben, de beterjed a front. és occip. lebenyekbe, illetve a gyr. centr. ant. alsó harmada alá is. Hatalmas üregképződés a temporalis lebenyben Vérzés a hídban. A klinikai tünetek a daganat elhelyezkedéséből könnyen érthetők. Érdekes ,hogy a homonym (quadrans) hemianopsia sin. csak a betegség végén észlelhető, jóllehet a daganat a látósugárzás rostjait sokkal korábban infiltrálta, azokat valószínüen csak a lágyulásos üregképződés szakította meg teljesen. Feltehető, hogy a rtg. besugárzás a daganat lágyulását és az üregképződést siettette, minthogy a rtg.-sugár pusztító hatása sokkal nagyobb a nagy reprodukáló képességü sejtekre és kevésbbé bántja a magasan differentiált idegsejteket.

B. Hatz. E., Mészáros G. és Nemecskay T.: *A vér alkalitartalékának és chlorid-tartalmának kórjóslati jelentősége a gestosisokban.* Hyperemesis gravidarumban igen alacsony AR értékeket kaptak, amelyek a tünetek teljes megszünése után is csak igen lassan tértek vissza a normalisra. Ha azonban a terhesség megszakadt, akkor hirtelen normalisra emelkedett az AR értéke. Hydrops gravidarum esetén normalis értékeket kaptak. Nephropathia esetén az AR értékét 40 vol. %' alatt találták s ez az értékcsökkenés a gestosisokban általában annál nagyobb, minél súlyosabb a toxicosis. Eklampsiában az AR értéke rendszerint 30 vol. % alatt van. Súlyos toxicosisok esetén emelkedik a vér chlorid értéke is. A szegedi női klinikán nephropathiában már évek óta bevezetett gyümölcs-diaetára 1—2 nap alatt a csökkent AR értéke emelkedik, a kórosan emelkedett vérchlorid értéke pedig csökkent. Minél alacsonyabb AR és minél magasabb a vérchlorid értéke gestosisok esetén, annál súlyosabb a toxicosis és megfordítva. Jó prognosticus jelnek tartják, ha diaetával az AR és vérchlorid érték kedvezően befolyásolható.

Április 6-i ülés.

Előadás:

Bélteki S.: *„Thalamus kéz" paralyticus betegen.* Paralyticus betegen thalamus syndromát eddig még nem közöltek. A bemutatott beteg dementia paralyticában szenved; a kezein a felvételkor semmi kóros elváltozás nem volt. Néhány hónap mulva a felső végtagokon gyakori és hosszasan tartó egyszer choreo-atethosisra, máskor durva tremorra hasonlító mozgások jelentkeznek nyujtott pronatiós tartás e az ujjak extensiója mellett. A felső végtagokon időnkint tonus-fokozódás, enyhe motoros paresis, mérsékelt duzzadás és cyanosis jelentkezik, utóbbiak főleg a jobb kézen. Ezek a jelenségek múló természetüek, akár csak a trigeminusok területében fellépő hypalgesia, valamint a jobb kéz ujjain jelentkező synergiás mozgások és a felső végtagok fixatios adaptatiós rigiditása is. A beteg psychés állapota a klinikai kezelés során stationaer marad, a kezek sorvadása és eltorzulása azonban egyre fokozódik .A bemutatáskor a helyzet a következő: a jobb kéz enyhén cyanosisos, a thenar és hypothenar izomzata sorvadt, a tenyéren az inak elfutása látható. Az ujjak vékonyabbak, erös hyperextensiós ívben állanak, az utolsó ujjpercek tompaszögben a tenyér felé hajlítva rögzültek. A bal kézen ugyanilyen, de kisebb mértékü az elváltozás. Röntgenképen az ujjperceken némi atrophia és periosteális csontfelrakodások jeleit látjuk, az izületi felszínek épek. A végtagokon — kifejezettebben a distralis részeken — a fájdalomérzés csökkent. Bal oldalon részleges Horner syndroma észlelhető.

Füsthy Ö.: *A balantidiosis magyarországi előfordulására vonakozó vizsgálatok.* — A korábbi vizsgálatok hazánkban nagy ritkaságképen találták meg emberben a Balantidium coli-t, melynek természetes gazdájaként a sertés mondható. Sertésben történő előfordulására, — melyben ezen kivül még egy másik fajta, a Balantidium suis is él, — eddig hazai adatok nem álltak rendelkezésre. A szegedi és a budapesti vágóhidon levágott sertések vizsgálata alapján megállapitható volt, hogy a hazai sertések csaknem mindegyikében megtalálható a sertésben élő valamely balantidium faj vegetativ formája, illetőleg egy részében mindkét faj. Egy szegedi sertéshizlalda sertéseinek frissen ürített faecesében egyszeri vizsgálat alapján 60%-ban talált balantidium cystákat. 160, nagyobbára sertések körül foglaltoskodó egyén faeces vizsgálatai során egy 65 éves vágóhídi bélmosónőn tünetmentes balantidiosist észlelt. A fertőzés valószinü forrása a sertésfaeces volt, a fertőzés létrejöttét a bélmosónő achylia gastricaja tette lehetővé. Méretbeli és biológiai vizsgálatok alapján az a felfogása, hogy a sertésben élő B. coli és B. suis két külön faj. Különböző savértékü gyomornedv, híg sósav és pepsinoldatok hatását vizsgálva a Balantidium coli vegetativ formáira, úgy találta, hogy normális gyomornedv, híg savoldat percek alatt elöli azokat.

Bakos K.: Az előadottakkal megyegyeznek azok a gyakorlati megfigyelések, amelyek a budapesti egyetemi állatorvosi osztályon végzett sertésbélsárvizsgálatok során azt igazolták, hogy a hazai sertések csaknem 100%-ban fertőzöttek Balatidiumokkal. A hazai sertésekben is a B. coli és B. suis fajok élnek. E két faj egymástól morfológiailag jól megkülönböztethető.

Április 20-i ülés.

Bemutatás:

Páll G.: *Mindkétoldali epidermoidcysta, egyoldali tubaterhesség külső tokrepedéssel.* Az irodalomban közölt néhány eset *(Rose, Dedow, Djedoff, R. Franz stb.)* közül a Franz által leirthoz hasonlit. A méhenkivüli terhesség felvételét a fokozódó belső vérzésnek külső jeleire alapitották, viszont azt Douglas-punctióval sem lehetett bizonyitani, mert a kétoldali tömlők útját állották annak, hogy a kanülel a kismedencét elöntő vérömlenyhez jussanak. Mütét: mindkétoldali adexotomia, mintegy 1 liter mennyiségü vérnek eltávolitása; sima gyógyulás. Készitménynek bemutatása: a jobboldali dermoidcysta felső pólusán megmaradt igen kevés ovarium parenchymában összeesett corpus luteum, innen szabadult ki a pete, mely még kedvezőtlen anatomiai viszonyok között is a megtermékenyités szolgálatába tudott állani és a később megrepedt baloldali petevezetőbe fészkelte be magát. Hogy innen nem jutott le a méhüregbe, azt a baloldali petevezetőnek ugyanezen oldali dermoid-tömlő által okozott torsiójával tudjuk magyarázni.

Előadás:

Páll G.:. *Kivérzett placenta praeviások kezelése.* A késői terhességi vérzések. A placenta praevia gyakorisága nem növekedett, mert a sokszor szülő nőknek száma is csökkent. A vérzés oka és helye, isthmus atonia, a passziv szakasz distractiója. A placenta praeviás vérzésnek tk. nincs prophylaxisa ,nem is a terhességben és a szülés elején, hanem a lepényi szakban és azt követőleg következik be az elvérzés. Az isthmus atonia annál inkább kézenfekvőbb, minél nagyobb a szülés objectuma és minél tovább hagytuk a szülést per vias naturales. Tüneti és oki kezelés eredményei különösen az anya szempontjából és a vérzéscsillapitás tekintetében. A világirodalom nagy összefoglaló statisztikáinak adatai *(E. v. Ammon, Mackenzie).* Saját anyaguk táblázatban (7 és ½ év alatt) 3502 érett és koraszülésre 70 placenta praevia esett (50:1), közte hasüri mütét 23. inl. 8 amputatio uteri. Anyai mortalitás 1.4%, redukált magzati mortalitás 9%. — Meddig terjed a császármetszés teljesitőképessége a vérzéscsillapitás szempontjából? Nem is annyira a császármetszés, hanem a vértransfusio és az amputatio uteri javitotta meg az eredményeket. Fertőzésre gyanús esetekben végzett amputatiós mütétek, az atoniás vérzésnek (isthmus atonia) sebészi kezelése. A radikális mütétet (csonkolás) megelőző conservativ eljárások, vértelenités stb. 16 kivérzett (Hb. 26—44%) placenta praeviás kezelésének eredménye (táblázat). Vértransfusio és aorta compressor kérdése. Elvérzés miatt végzendő életmentő mütét kapcsán a méhamputationak jelentősége a több gyermekes családanyánál semmivel sem nagyobb, mint a generatiós szakban végzett *Chrobak*-féle amputatio nyoma miatt. Altatás kérdése a tel jesen kivérzett placenta praeviásoknál. Használatos mütéti eljárásaik leirása. Jobb eredmények elérése szempontjából a gyakorló orvosnak és szülőintézeteknek együttmüködése szükséges. Placenta praeviára gyanús terhesnek szülés előtti felvétele, előzetes vércsoport meghatározás, vért adó kijelölése. Jobb eredmények elérésére a szülészeti kultúra fokozása is szükséges, melynek szolgálatában állandó telefon és mentőszolgálat kell álljon. A vidék elmaradottsága.

Április 27-i ülés.

Előadás:

Csermely H.: *a) Az idegsejtek öregkori elváltozásának ritkább formái. b) Féloldali vakság és küiső térdes test.* (Kézirat nem érkezett.)

Baló J. és Purjesz B.: *A hypophysis neurokrin működésének hiánya.* 40 éves férfi fél év alatt 32 kg.-ot fogyott,

Rubrophen Chinoin
Mindennemü extrapulmonalis gümökor esetén, sebészi, bör- és szemgümökórnál kiváló hatású!
Injectio, tabletta, kenöcs

Plasmorobin
növényi roborans, tonicum, stomachicum
Anaemiák ellen gyermekeknél is bevált
Római Császár Gyógyszertár, II., Fő-utca
Minden gyógyszertárban beszerezhető

nagyfokú étvágytalanság, adynamia és aluszékonyság fejlődött ki nála, az alapanyagcsere 13%-al csökkent. Vérnyomás alacsonnyá vált, bőre barna lett, nemi működése megszünt. Mindezek a tünetek a hypaphysaer cachexia tünetei. Boncoláskor a hyphophysis mellső lebenyének ép volta és a hátsó lebeny sorvadtsága állapitatott meg viszont a hypophysis nyelét teljesen megszakitotta egy a 3. agygyomrocsba beemelkedő borsónyi jóindulatú daganat amely *Erdheim*-féle hypophysis-vezeték daganatnak bizonyult. A daganat hatására a hypophysisnek az aggyal való összeköttetése megszakadt, vagyis ugyanaz következett be, amit *Cushing* a hypophysis nyelének kisérleti állatokban való átmetszése után észlelt. A hypophysis functióját újabban főleg francia szerzők, mint *Collin, Roussy* és *Mosinger* tisztázták. Vizsgálataik alapján kétségtelen, hogy az ismertetett esetben a hypophyisaer cachexia tünetei a hypophysis neurocrin működésének kieséséből származtak. Hypophyisaer cachexia tehát a hypophysis ép volta mellett is kifejlődhetik, ha a váladékának az agyba áramlása akadályozott.

Kulitzy G. és Molnár J.: *A kiválasztásos pyelographia értéke a nőgyógyászatban.* A nőkben előforduló vesemedencegyulladás esetén a helyes gyógykezelés irányát szabja meg. Urogenitalis fistulákban a hydronephrosis fokáról és a vese működéséről nyujt pontos felvilágositást. Terhességgel szövődött vesegümőkór, vesegennyedés és vesedaganat korai felismerését nagymértékben elősegíti.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának május 3-i ülése.

Bemutatások:

Sántha K.: *Occipito-temporalis határról kinduló epilepsia operált esete.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Lehoczky T.: *A Pick-féle betegség röntgendiagnostikája.* 61 éves nőbeteget mutat be, akin a lobaris atrophia tünetei 5 év alatt fokozatosan fejlődtek ki. A klinikai és serológiai vizsgálatok alapján ki lehetett zárni agydaganatot, paralysis progressivát, arteriosklerosist és senilis dementiát. Az ú. n. Alzheimer-féle betegéggel szemben hangsúlyozza a *Ferraro-Jervis,* majd *Jacques Ley* által egybeállított finomabb klinikai elkülönitő tüneteket. Ugyancsak megtalálta a dementia jellemző sajátságait is *Stertz, Braunmühl* és *Schneider* értelmében. A kórisme felállitásában és elkülönitésében legfontosabb a tünettani kép *egészének* áttekintése. Esetében a kórismét enkephalographiával is igazolni lehetett, amellyel a hatalmas agysorvadás közvetlenül kimutatható volt főleg a frontotemporalis, kevésbbé a parietalis tájakon. Az enkephalographiának köszönhető *Bingel* és *Flügel* óta számos, klinikailag kevésbbé kifejezett esetben a kórisme biztositása. Esetében arteriographiával is megkisérelte az agysorvadás kimutatását, amint azt *Benedek* és *Horányi* a világirodalomban először tették, azonban ez nem volt oly kifejezett, mint az ő esetükben. A klinikai kórképből kiemeli a *totalaphasiát,* illetve azt, hogy a beteg ennek dacára a vizsgálóval énekelve ki tudta mondani a szavakat, amely jelenséget *echomusiának* lehetne nevezni. Végül utal arra, hogy a levegötöltések hosszabb időn át történő rendszeres megismétlésével lehetővé válik az agysorvadás fokozódásának, vagyis a betegség hosszmetszeti kifejlődésének registrálása.

Kulcsár F. és Szatmári S.: *Eclampsiához társuló occipitalis tünetegyüttes.* Bemutatók egy esetet ismertetnek, amelyben gyermekágyban fellépő eklampsiás rohamok után teljes megvakulás jelentkezett, majd annak restitutiós phasisában a térszemléletnek zavarai állottak fenn, később pedig különböző optikus agnosiák voltak észlelhetők. A megbetegedés első phasisában a térszemléleti zavarok állottak előtérben, míg a második phasisban a visual agnosiás zavarok. Részletesen ismertették részben az erre, részben az eklampsiára vonatkozó irodalmi adatokat.

VEGYES HIREK

Személyi hír. *Jeney Endre* professzort a Deutsche Pharmakologische Gesellschaft tagjai közé választotta.

Halálozás. *Gocht Hermann,* a berlini egyetemen az Orthopaedia nem régen nyugalmazott nyilvános rendes tanára f. évi május 18-án, hetvenedik életévében meghalt. — Az elhunyt vezetője volt a Német Birodalomban az orthopaediának, mint tudománynak és a nyomorékgondozás szervezetének. Éveken át elnöke volt a Német Orthopäd Társaságnak és ez évben a Nemzetközi Orthopäd Társaságnak is. Eredeti tudományos munkásságát több könyve és számos dolgozata tükrözi vissza. Fiatal éveiben az elsők között volt, akik röntgenezéssel foglalkoztak. Ezáltal szerzett rákos megbetegedése pusztitotta el fokozatosan kezeit és végeredményben ez okozta halálát. Éveken át élő vértanuja volt a tudománynak s ezt a vértanúságot bölcshöz illő megadással viselte. Nemcsak a világhirű tudóst, hanem a nagymüveltségü és melegszivü s mindenki által szeretett embert is gyászolják szaktársai.

Szent-Györgyi Albert professzor a belgrádi facultás meghivására nagy hallgatóság előtt és a Nobel-dijas tudóst megillető fényes külsőségek között tartott előadást a sejtoxydatio mechanismusáról. Nagy honfitársunknak különös örömére szolgált a barátságos és kitüntető fogadtatás, amiben már leutazásakor Szabadkán és később a szerb fővárosban részesitették és hogy a belgrádi egyetem magyar diákjait a Bolyai Farkas egyesületben felkereshette, hol a fiúk kitörő lelkesedéssel fogadták a Dékán kiséretében megjelent professzort. Mi pedig hálás szivvel közöljük ezt a meghivást és látogatást, mint a hön óhajtott magyar-szerb barátság újabb megható jelét.

Dékánválasztó ülését tartotta f. hó 1-én a budapesti Tudomány Egyetem orvosi tanártestülete, melynek értelmében az 1938—39. tanévre dékánná *Belák Sándor,* kari jegyzővé *Orsós Ferenc,* rector electorokká *Vámossy Zoltán, Illyés Géza, Burger Károly* és *Boros József,* kari könyvtárossá *Balogh Ernő* professzorokat választották. Az 1938—39. tanévre a felvételi bizottság elnöke *Orsós Ferenc,* a bizottság tagjai *Kelen Béla, Lénárt Ferenc* és *Burger Károly* professzorok. Az ősz folyamán megtartandó egyetemi ünnepi lakomán a Pázmány Péter serlegbeszéd tartására *Vámossy Zoltán* professzort kérték fel. Az ülés a szigorlati elnökök, helyettes vizsgáztatók, a tanszéki segédszemélyzet megválasztásával és az érdemes magántanárok jutalmazásával ért véget.

HETIREND

Június 9-én este 7 órakor: a Magyar Röntgen Társaság ülése. Előadás: *Polgár F.:* Uj előkészitő kórjelző tünet a phrenico-costalis sinus árnyékoltságában. Ülés után közgyülés!

PALYAZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Gróf Apponyi Albert Poliklinika közkórházban az újonnan rendszeresített orr-torok-gégészfülészeti *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világitás, mosás, 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezés és havi 80 P. fizetés.

Pályázhatnak nőtlen orr-torok-gégész-fülész szakorvosok. Magángyakorlatot nem folytathat és az állás a megválasztás után azonnal elfoglalandó.

A választás egy évre szól, azonban további két évre évenkint meghosszabbitható. A távozás két hónappal előbb bejelentendő.

A kérvényhez a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonat, *b)* hatósági erkölcsi, valamint családi állapotot igazoló bizonyitvány, *c)* az ország területén orvosi gyakorlatra jogositó oklevél, vagy annak hiteles másolata, *d)* egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyitványok, *e)* curriculum vitae, *f)* közszolgálatra alkalmas szellemi és testi épséget igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyitvány, *g)* esetleges katonai szolgálatra vonatkozó bizonyitványok.

A pályázati kérvények *július 1-én déli 12 óráig* adandók be a Gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatói irodájába.

Dr. Lobmayer Géza s. k.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik május 24—30. közt. A hét eleje és vége gazdag volt erős frontreactiók kiváltására alkalmas frontátvonulásokban; a hét közepén csendesebb időszak iktatódott közbe. Május 26.- és még 27.-ének nagyrésze is teljesen fronthatásmentesnek tekintendő. Különösen figyelemreméltó az erős betörési frontok nagy száma. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő esemenyei
hó	nap	óra			
M á j u s	24	15	felsiklasi	erős	Praefr. eső 6 ó.-tól, 10 mm.
	24	21	betörési	erős	Erős postfr. zápor 8 mm.
	25	5	betörési	erős	Zápor 5 mm. szélvihar 10 m/mp.
	25	12	betörési	erős	Zápor 3 mm. szélvihar 23 m/mp.
	27	20	betörési	gyenge	Szelélénkül., 5 m/mp. Felhők
	28	4	betörési	gyenge	Felhőátvon., némi szélélénkül
	28	18	felsiklási	gyenge	Erős borulás kevés eső
	28	19	betörési	erős	Hirtelen szélvihar 21 m/mp. zápor
	29	4	betörési	gyenge	Szelélénkül. 9 m/mp. felhősödés
	29	18	betörési	erős	Zivatar 3 mm esővel
	29	23	betörési	mérsék.	Szelélénkül. 15 m/mp. zápor 1 mm.
	30	21	felsiklási	mérsék	Erős borulás nyomássüllyed.

A meteorotrop jellegű physiologiai és pathologiai jelenségek olyankor lépnek fel határozottan, vagy a rendesnél súlyosabb mértékben, amikor az időjárási elemek közül nem csak egy, vagy kettő változik meg, (pl. nem *csak* a hőmérséklet, vagy nem *csak* a légnyomás, vagy *csak* a levegő elektromos állapota), hanem *olyankor, amikor az összes időjárási elemek egyszerre és hirtelen, ugrásszerűen változást szenvednek.* Ez történik az ú. n. *frontok* lakóhelyünk feletti átvonulásakor, amelyek időpontjában megváltozik a hőmérsék, a szél iránya és ereje, a légnyomás turbulentiája, a levegő sugárátbocsátása, szennyezettsége, nyomása elektromos állapota, stb., vagyis a *frontátvonulás alkalmával a meteorologiai környezet teljes és hirtelen megváltozása játszódik le.*

Tapasztalás szerint a fronthatások igen sokfélék és *specifikus* jellegüek, amennyiben a fronthatások egy része csakis az ú. n. *felsiklási frontok átvonulását megelőző órákban* jelentkezik, más fronthatások viszont csakis az ú. n. *betörési frontok átvonulását követő órákban* mutatkoznak. Példák: régi műtéti és baleseti sebhelyek sajgása, bizonyos neuropathák izgalmi állapota a felsiklási frontok átvonulása előtt áll be; az eklampsiás rohamok a betörési frontokon postfrontalisan jelentkeznek.

A felsilási frontokon és betörési frontokon kívül van még egy harmadik frontja, az ú. n. *veszteglő front;* ez igen feltünő meteorologiai jelenségekkel jár, (tartós erős eső, hófúvás, árviz), de az élő szervezetre közvetlen frontopathikus hatása nem szokott lenni. *Aujeszky dr.*

*) A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. Kir. Országos Meteorologiai Intézet öniró müszereinek adatai.

Orvosi üdülő céljaira kiválóan alkalmas, remek fekvésü ingatlan pestkörnyéki klimatikus gyógyhelyen **bérbeadó**, esetleg eladó. Telefon: 11—34—14. hétfőn és szerdán 3—4-ig.

Togal

1 tabletta tartalmaz:
0·28 g. Acid. acet. sal.,
0,013 g. Chin. citr.
0·04 g. Li. citr.

Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szivre.

Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum

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

MONTECATINI TERME
(FIRENZE mellett)
Idény: április 1-től november 30-ig
Thermal gyógyhely:
máj-, gyomor-, bél- és anyagcserebetegségek, rheumatizmus esetén
Kétszáz szálloda és pensio
Nagyszerű, modern thermal gyógyintézetek
Iszapfürdők
50 százalékos vasútkedvezmény
Felvilágosítások: Ufficio Propaganda, Montecatini Terme és az összes utazási és forgalmi irodákban

RIZOMALTAN
száritott rizsnyák és dextrin-maltose előnyös arányú keveréke
Dyspepsiára hajlamos csecsemők táplálására
Mesterséges táplálásra már az újszülött korban is bevált.
Egy mérce, 7·5 gr Rizomaltan 100 gr tejhigitásban egyszeri felfőzés által édesítés nélkül azonnal fogyasztható szénhydrátdús gyógytáplálékot szolgáltat dyspepsiára hajlamos csecsemők számára.
Közgyógyszerellátás terhére rendelhető.
Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari kft., Budapest, V., Nádor-utca 15.

POLYCALCIT-CHINOIN

(calciumglucoheptonat steril vizes oldata)

Igen magas (3%) calciumtartalom!
Intramuscularisan alkalmazható!
A szövetek kitünően tűrik!

2 kcm (5 db), 5 kcm (1 és 5 db), 10 kcm (1 és 5 db) ampullák.

Lapunk mai számához a Chinoin gyár rt. (Ujpest) *„Leandin"*-ról szóló ismertetését csatoltuk.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Magyarországon 1938 május 15 től 21-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	M
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	2	—	3	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	1	3	—	—
3. Baranya	251.834	2	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	8	6	1	7	16	—	—
4. Békés	337.414	2	—	—	—	1	1	8	—	3	—	—	—	—	—	—	—	36	3	5	—	3	—	—
5. Bihar	181.746	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	2	—	—	8	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	1	—	—	—	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	182	2	5	—	4	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	2	—	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	1	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	22	1	1	—	1	—	—
9. Fejér	231.470	3	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	117	7	2	1	—	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	7	—	1	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	1	—	5	—	—
12. Heves	323.712	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	54	7	2	—	1	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	2	—	—	—	4	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	20	4	5	2	3	—	—
14. Komárom-Esztergom	182.975	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	—	12	—	—	—	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	44	3	—	1	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	3	—	—	—	10	—	18	—	43	—	—	—	1	—	—	—	365	21	31	5	10	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	1	—	6	—	3	—	—	—	—	—	—	—	56	6	—	—	38	—	—
18. Sopron	142 399	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	2	—	1	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	4	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	118	10	1	2	77	—	—
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	159.705	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	30	—	—
21. Tolna	265.884	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	—	3	—	2	—	—
22 Vas	272.599	1	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	98	2	3	1	1	—	—
23. Veszprém	248.310	2	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	63	1	1	—	—	—	—
24. Zala	369.469	1	—	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	1	—	15	4	—	1	25	—	—
25. Zemplén	149.916	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	2	1	—	32	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—
II. Budapest	1 051 895	7	—	—	—	5	—	27	—	92	1	—	1	1	—	—	—	341	52	21	1	—	—	—
III. Debrecen	125.368	2	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	28	4	4	—	1	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	1	—	—
VI. Kecskemét	82.360	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	—	—	—	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	87	2	—	—	2	—	—
VIII. Pécs	70.396	—	—	—	—	—	—	2	—	11	—	—	—	—	—	—	—	5	5	—	3	1	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	22	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	139.702	—	—	—	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	9	1	—	—	1	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,991.179	40	1	—	—	28	2	121	2	218	1	—	1	4	—	4	—	1887	152	107	25	271	—	—
Medián 1937		44	5	2	—	23	1	208	11	174	3	1	—	2	—	3	—	633	115	135	9	58	—	—

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS

82. évfolyam. 24. szám. Budapest, 1938 június 11.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA. HŐGYES ENDRE. LENHOSSÉK MIHÁLY. SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC MISKOLCZY DEZSŐ GORKA SÁNDOR HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN VIDAKOVITS KAMILLÓ REUTER KAMILLÓ JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Illyés Géza: Az urologiai műtétek eredményeit javító kezelésről. (571—574. o.)
Sántha Kálmán: Agyi véráramlás-vizsgálatok kisérletileg előidézett görcsök alatt. (574—578. o.)
Osgyáni Árpád: Az úgynevezett angioneurosisos tünetcsoportról. (578—581. o.)
Nagy József: Deseptyl az orbánc kezelésében. (581.—584. o.)
Gandellini Aldo: Az úgynevezett „bolgár-kúra" eredményei enkephalitises parkinsonismusban. (584—586. oldal.)
Faragó Pál: Asthma bronchiale és májműködés. (586—587. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (93—96. o.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. (587—590. o.)
Könyvismertetés: (590. o.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (590—595. oldal.)
Vámossy Zoltán: Az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentése. (595—597. oldal.)
Vegyes hírek: (597—598. o. és a borítólap III. és IV. o.)

Az urologiai műtétek eredményeit javító kezelésről.

Irta: *Illyés Géza dr.* egyetemi nyilvános rendes tanár.

(Klinikai előadás.)

Az urologiai műtétekben a vesének van nagy szerepe, mert az a megterhelés, amit egy műtét a vesére jelent, nagyfontosságú abból a szempontból, hogy a műtéti beavatkozás akkor lesz eredményes, ha a vese elég tartalékerővel rendelkezik a rá rótt feladatok elvégzésére. Mindenféle műtéti beavatkozás igénybe veszi a vesét, mert a sebzésből, szövetroncsolásból, vérömlenyből származó fehérjeszétesés következménye az, hogy több nitrogentartalmú bomlástermék keletkezik, melynek eltávolítása a szervezetből, nagyrészben éppen a vesék feladata. Azután, ha még láz is jelentkezik a műtét után — ami sokszor elkerülhetetlen — a helyzet még sokkal rosszabb, mert az ilyen lázas beteg fehérjeigénye nagyobb lévén sokszor a saját szervezetének fehérjeállományát veszi igénybe s ezáltal nemcsak, hogy gyengül, de a veséjét lényegesen megterheli.

Egyik nagyon gyakori és fontos szövődmény az urologiai betegeken a *veseelégtelenség,* melyet azonban kellő előkészítéssel legtöbbször annyira rendbe lehet hozni, hogy a beteg műtétre alkalmassá válik. Ehhez elsősorban az szükséges, hogy pontosan ismerjük a vesék állapotát, tartalékerejét.

A vesék functionalis vizsgálati módszerei ép úgy, mint az anatomiai vizsgálati módszerek jól ki vannak fejleszve s általuk jól lehet tájékozódni állapotukról.

Már maga a vizelet napi mennyiségének, fajsúlyának s üledékének vizsgálatna fontos tájékozást nyújt, mert ott, ahol a vizelet napi mennyisége a 2—3—4 litert is meghaladja, szine vízszerű s fajsúlya alacsony s amellett a beteg sokat szomjazik, nem fogunk tévedni, ha valamely veseműködési zavarra gondolunk s ezirányban végzünk pontosabb vizsgálatot.

A hólyagkiürítési zavarokkal járó különböző betegségekben, melyek több-kevesebb residualis vizelet visszamaradásával járnak, ha a pangó vizeletmennyiség bizonyos fokot elér, előbb-utóbb kifejlődik egy *retrograd úton bekövetkező pangás,* illetve nyomásfokozódás a felső húgyutakban, melynek első következménye az, hogy a vese elveszti vizelet-concentráló képességét s a szervezetbeli osmosisnyomás egyensúlyt csak úgy képes fenntartani, hogy a rendesnél sokkal több folyadékot igényel arra, hogy a 24 órai molekulamennyiséget a szervezetből kiválasztani tudja. Honnan veszi ezt a folyadékot? Elsősorban a szövetekből, melynek következménye a *dehydratio,* mit a beteg úgy érez meg, hogy nagy szomjúság lép fel torokszáradással, pépes, tapadós, keserű szájízzel, mely sokszor az első észrevehető tünetét képezi az elégtelen veseműködésnek.

Ezt az állapotot fel kell ismerni s a veseinsufficientia fokát pontosan meghatározni, mert ha ilyen viszonyok között visszük bele betegünket valamely nagyobb műtétbe, akkor az legtöbbször uraemiás állapot bekövetkezéséhez vezet. Nehezebben felismerhető néha a *lappangó,* kövéssé kifejezett olyan természetű *veseinsufficientia,* hol az egyensúlyi állapot egyrészt a vese ezen fentemlített compenzáló működésével, másrészt a diaetával bizonyos ideig fenntartható, ha a beteg tartózkodik a fehérjenemű táplálékoktól, melyek iránt ösztönszerűleg is bizonyos undort érez s főleg olyan szénhydrátokból vagy zsírokból álló tápanyagokkal táplálkozik, melyeknek kiürülő bomlásterméke a veséket nem terheli meg. Ha ilyen latens, illetve relativ insufficientia mellett operálunk úgy itt is csakhamar felborul a nagyon is labilis egyensúlyi állapot s nagy veszélyben döntjük betegünket. Az ilyen betegeket a műtét előtt kellő módon elő kell készíteni.

Mindenekelőtt tudnunk kell azt, hogy a vesék milyen állapotban vannak. A veseműködési zavart és annak fokát meghatározhatjuk *a vizeletből, illetve a vérből.*

Amint fentebb említettem, már a vizelet *napi mennyiségének* és fajsúlyának rendes mérése tájékoztat bizonyos fokig. Ha azonban a veséket megterheljük, akkor működésükről, illetve tartalékerejükről is tisztább képet kaphatunk. Egyszerű és természetes megterhelést képez a *higítási-, illetve sürítési-próba,* amely jó tájékozódást ad, habár a higitási próbát extrarenalis tényezők sokszor megzavarhatják. Bevitt idegen anyagoknak kiválasztási módjaiból is értékes adatokat kapunk a veseműködést

illetőleg. Legelterjedtebb a jól bevált mód az *indigókarmin* akár intramuscularis, akár intravenás befecskendezése, mely módszernek az a nagy előnye, hogy a vizsgáló maga közvetlenül meggyőződhetik általa a vesefunctióról.

A veseműködés megállapítása a *vérből* történhet a vér fagypontjának meghatározása útján, midőn a *vér molecularis concentratióját* állapítjuk meg ezen módon, amely normalis viszonyok között éppen a vese szabályozó működése következtében mindig állandó szokott lenni. — Megállapíthatjuk továbbá *a maradéknitrogen*, vagy az *ureum* mennyiségét a vérben, amely emelkedni szokott veseelégtelenség (azotaemia) esetében. Fontos még a *xanthoprotein* próba is, melyből a bélbeli bomlástermékekből származó aromás oxysavakat, phenolokat, kreozolt, diphenolt tudjuk megállapítani, melyek veseinsufficientiában fokozott mennyiségben találhatók meg s mennyiségük megállapításából a veseelégtelenség *prognosisa* tekintetében tájékozódást kaphatunk.

Ne mulasszuk el, különösen öreg prostatatultengésben szenvedőkön műtéti beavatkozás előtt *a vércukor* meghatározását. Előfordul, hogy a vizeletben nincs cukor s a vércukor emelkedett. Ha ilyen állapotot elnézünk, műtét után diabeteses acidosis léphet fel, ami veszélyes szövődményekkel járhat. Azért jobb a latens hyperglykaemiát idejében felismerni s a beteget insulinnal a műtétre előkészíteni, mert normalis vércukor mellett sokkal jobbak a gyógyulási feltételek.

Az *anatomiai* vizsgálatok közül a physikalis módszereken kívül fontos a *röntgenvizsgálat*, különösen az a módja, midőn contrastanyagok bejuttatásával a vese-, illetve ureter üreges részét láthatóvá tudjuk tenni. A *hólyag* kiürítési zavarokkal járó különböző betegségeknél főleg az *intravenás pyelographiát* alkalmazzuk, melyben a vénába jutott contrastanyag kiválasztási módjából és idejéből kapunk tájékozódást főleg a vesék, illetve ureterek anatomiai állapotáról.

Sebészeti vesebajok esetében, hol rendszerint csak az egyik vese beteg ritkán, vagy csak később lesz a másik is az, a pontos vesevizsgálatnak első feltétele a két vese vizeletének elkülönítése ureterkatheternek felvezetése által.

A separált vizeletek egyszerű laboratoriumi vizsgálata útján, továbbá azok fagypontjának összehasonlító meghatározása, az indigókarmin kiválasztási módja, a sav-lug kiválasztási képesség meghatározása útján, ha azok egyidejüleg történnek, az összehasonlításból tiszta képet kapunk arról, hogy milyen az egyik és másik vese működési képessége. Ha azután még az *ureterkatheteres pyelographiát* is elvégezzük, akkor a vesék anatomiai állapotáról is eléggé tájékozódhatnuk.

Miután a rendelkezésre álló vesevizsgálati módszerek egyike útján sem tudunk tájékozódni a vese összes functiójáról csak egyes részletek működéséről, azért célszerű, ha nemcsak egy, *de két-három* vizsgálati módszert is alkalmazunk, hogy tisztán tájékozódjunk.

Ha a fentebb részletezett módokon tudjuk azt, hogy a vesék milyen állapotban vannak, akkor látjuk, hogy szükség van-e valamelyes műtéti beavatkozásra az egészség helyreállítása céljából, vagyis nemcsak a kórismét tudjuk, hanem látjuk azt is, hogy vajjon a vese elbírja-e a műtéti megterhelést mindjárt, vagy pedig előbb elő kell azt készíteni. Ez utóbbi esetben alkalmazhatjuk azokat a bevált eljárásokat, melyeknek célja, hogy betegünket előkészítsük a műtétre olyan módon, hogy annak veszélyes eshetőségeit lehetőleg kiküszöbölhessük s jó eredményt biztosítsunk.

Mindazon betegségekben (prostata hypertrophia, kocsányos daganat, diverticulum, ventilkő), hol a hólyag kiürülése tökéletlen s ebből származott bizonyos elhanyagolás következtében a veseműködés elégtelenné kezd válni, legjobb módja a veseműködés megjavításának a hólyag *állandó kiürítéséről gondoskodás, vagy állandó katheter bevezetése, vagy hólyagsipoly készítése útján*. Ott, ahol az előző vizsgálatokkal azt látjuk, hogy reményünk van arra, hogy a jó veseműködés helyreáll, az állandó katheter alkalmazásának van helye. Ilyenkor — öreg embereken — előkészítő műtétként elvégezhetjük a *kétoldali vasectomiát*, melynek eredménye az lesz, hogy a hosszú katheterezés alatt nem kap az illető heregyulladást, mely nagy fájdalmakkal, lázzal, étvágytalansággal jár s a különben is legyengült szervezet mellett nem közömbös. A secretio externa ilyen korban nem fontos, a secretio interna pedig emellett megmarad.

A hólyag sipolyozását, — amely a betegnek annyi kellemetlenséget okozhat, legtöbbször elkerülhetjük s én csak akkor szoktam alkalmazni, ha az egyén rossz állapota a betegség radicalis megoldását nem engedi meg s akkor is csak kivételes esetekben, ha a katheterezés nehézségbe ütközik, vagy néha nagy ritkán akkor, ha kivételesen valami okból kétszakaszos prostatectomia indicált.

Egy másik szövődmény, melyet műtét előtt sokszor javítani lehet és kell az *infectio* a húgyutakban. Súlyos és virulens infectio mellett a hólyagban nem szívesen végzünk műtéti beavatkozásokat, hanem azt előkezeljük bizonyos ideig. Itt is leghatásosabb fegyverünk rosszul kiürülő hólyag esetében az *állandó katheter* alkalmazása naponta többször végzett hólyagöblítésekkel s belső vizeletfertőtlenítő gyógyszerek adagolásával. Vesemedencebeli infectio esetében csak ott szoktunk állandó kathetert alkalmazni, hol annak hatása gyorsan mutatkozik (terhességi pyelitis, vagy acut elzáródás), tehát a drainezésre nincs hosszabb ideig szükség.

Az infectio elkerülése a vizsgálatok és műtét alkalmával egyaránt fontos. Sokszor láttam, hogy az urologiában különösen a vizsgálatokban nem nagyon veszik komolyan a sterilség kérdését, pedig itt ép úgy kell és keresztül is lehet azt vinni, mint bármely más sebészeti beavatkozásban, hiszen manapság a cystoskopokat, ureterkathetereket, kenőanyagokat ép úgy lehet megbízható módon sterilezni, mint a többi eszközöket, s ha beavatkozásunkat gyengéden, kiméletesen visszük keresztül, akkor inficiált húgycső, vagy hólyag esetében sem fognak az ott esetleg jelenlévő bakteriumok bajt csinálni.

Az előkészítéshez tartozik a nagy fixált *rosszindulatú vesedaganatoknak röntgenbesugárzása*. Többször láttam, hogy valamely fixált inoperabilisnak látszó vesedaganat pár röntgenbesugárzásra kisebbedett, mozgathatóvá lett s a műtétet könnyen lehetett végrehajtani. Feltünő volt, egy 2 és ½ éves gyermek nagy fixált jobboldali sarkomás daganata, melyet röntgenbesugárzás után jol meg lehetett operálni s 10 nap alatt meg is gyógyult. Érdekes volt ebben az esetben, hogy 3 testvére halt meg hasonló vesedaganat következtében a gyermekkorban, kik közül egyet operáltak.

Ugyancsak az előkészítéshez tartozik húgycsőplastika, húgycsőresectio esetében a vizelet elvezetése *magas hólyagmetszés útján készített sipolyon keresztül*, hogy a vizelet a húgycsősebzés gyógyulását ne zavarja.

Műtéteink kerezstülvitelében, hogy annak jó eredményét biztosítsuk, bizonyos specialis módszereink s eljárásaink vannak.

Urologiai műtétek alkalmával fontos, hogy lehetőleg *helybeli érzéstelenítésben* operáljunk. Az általános narkosist előidéző szerek mindenike többé-kevésbbé mégis vese-

méreg; az urologiában pedig a legtöbb operativ beavatkozást igénylő betegségben a vese is többé-kevésbbé érintve van s ezenkívül sokszor törődött, öreg emberekről van szó, kik a beavatkozást roszul birják. A helybeli érzéstelenítésben végzett műtétek módszereit úgy kidolgozták, hogy ezekkel a legtöbb esetben jól kijövünk, különösen akkor, ha a betegnek először csillapító, megnyugtató belsőszereket adtunk. Rendkívül fontos különösen a conservativ urologiai műtétekben a *szöveti szervek lehető kimélése*, a gyöngéd velebánás, felesleges zúzások, tépések, metszések kerülése, hogy a lehető legkevesebb szövetlaesio útján érjük el célunkat. Vesekőműtét alkalmával, — ha csak lehet — *pyelotomiát* végezzünk, a vese felső felét környezetéből ki se választuk, csak a pyelum mellső falát tegyük szabaddá, melyet óvatosan feltárva, onnan a követ eltávolíthatjuk. Egy esetben, hol a mozgó kő a felső kehelyben ült, a műtét előtt Zanderezéssel sikerült a követ a pyelumba berázatni, honnan könnyen volt eltávolítható. Egy másik esetben a kis medencében fekvő juxtavesicalis ureterkövet sikerült műtét előtt 18 cm-re feltólni s ezáltal a kő eltávolítását egyszerűbbé tenni. Kehelykövek esetében, ahol a vesét környezetéből teljesen ki kell szabadítani, igyekezzünk kis haránt nephrotomia sebekből azt eltávolítani s csak nagy beékelt korallköveknél, ha másképen nem megy, végezzük a kocsány leszorítása után a teljes hosszirányú nephrotomiát. Műtéti eredményeink biztosításában nagy segítségünkre van *a feltárt veséről* a sebüregbe helyezett steril staniolba pakolt filmen készült *röntgenfelvétel*, mely úton meggyőződhetünk arról, hogy minden apró kövecskét eltávolítottunk-e.

Conservativ veseműtétek után különösen inficiált esetben, hogy a szerv élettani működését biztosítsuk az inficiált vizeletpangást esetleg útóvérzést meggátolhatjuk jó a *transrenalis draincső* alkalmazása, melyet pyelumplamstica esetében is használunk varratunk biztosítására, melyet úgy alkalmazunk, hogy mellette vesetartalom a környezetbe ki ne jöhessen s azt ne inficiálja. A szövetek, de különösen a *zsírszövet a vizeletet rosszul tűri*, könnyen elhal s azért hólyagműtétekben is a magas *hólyagmetszés után alkalmazott szivornyacsövet* olyan szorosan körülvarrjuk, hogy mellette vizelet a környező szövetekbe az első napokban ne juthasson ki. Ugyanezen okból az ureteren végzett műtétek után pár napra *állandó ureterkathetert* helyezünk be, mely egyrészt biztosítja a vesevizelet lefolyását, másrészt ezáltal nem folyik ki vezelet a környezetbe, mely különösen akkor csinál bajt, ha inficiált, míg ureterkatheter felvezetése mellett még fertőzéses esetben is be lehet varrni az ureter sebét. Fertőzött esetek műtéte után 40—50%-os amphotropint is szoktunk mindjárt a műtét után intravenásan alkalmazni.

Nagyobb hólyagműtétek után, tumor esetén végzett resectio vagy diverticulum kiirtása után, hol a hólyag extraperitonizálása útján azt környezetéből nagyobb darabon kell kiszabadítani, nagyon fontos az a *gát felé történő drainezési eljárás*, melyet pár év előtt leírtam s mellyel műtéti eredményeinket lényegesen megjavítani sikerült, mert elmaradnak azok a hólyagkörüli genyedések, vizeletbeszűrődések, melyek ilyen műtétek után szövődményképen felléptek. Az eljárás abban áll, hogy tapintó ujjunk irányítása mellett átbökjük a symphisis alatt a húgycső és a szeméremcsont, illetve végből közti gáti lágyrészeket s egy draincsövet húzunk ide be, mely által a műtéti terület legmélyebb része drainezve van s ha sebváladék vagy vizeletátszivárgás képződik, azok tökéletes levezetést kapnak.

Prostatectomia után a *tamponálás* útján történő pontos *vérzéscsillapításra* nagy súlyt helyezünk, mellyel elzárjuk a helybeli infectiót is; a prostata sebüregét $AgNO_3$ oldattal kitörüljük, hogy a tampon ne tapadjon be nagyon a sebüregbe s hogy eltávolításakor erősebb vérzést ne kapjunk.

A megnagyobbodott prostatának *elektroresectio* útján történő endoskopos műtétje esetén mindjárt a műtét alkalmával lehet a látható vérző edényekből származó vérzést *elektrocoagulatio* útján csillapítani s gondos velebánás mellett utóvérzés nem szokott fellépni.

Hydrokele esetén, ha a tunica vaginalis megvastagodott falát resecálnunk kell, nagyon *pontos vérzéscsillapításra* van szükség, mert utólag könnyen bevérzés történik a zsákba s ez nagyon megzavarja a gyógyulást. Ép ezért ilyen operáltakat pár napig nyugodtan fektetni szoktuk.

Az urológiai betegek *műtét utáni helyes kezelése* rendkívül fontos. A mi betegeinket legtöbbször nem lehet úgy ellátni, mint egy sebészeti beteget, aki sokszor egy kötés alatt meggyógyul. Az urológiai operáltaknál mindig gondoskodni kell a vizelet elvezetéséről, de amellett a sebeken át gyakran vizelet szivárog át, ezért itt gyakori a sebváladék képződése, ami *drainezést, állandó katheter bevezetését, tamponok alkalmazását* teszi szükségessé. Az ilyen műtéti sebet naponta esetleg többször is kezelni, a csöveknek jó működését biztosítani, ellenőrizni kell.

Az urológiai operáltakon gyakran előfordulnak kisebb-nagyobb *hőemelkedések*, amelyek abból származnak, hogy többször inficiált területen dolgozván, baktériumok jutnak ki a frissen sebzett szövetek közé, vagy inficiált vizelet kiszivárgás történik a sebbe. Különösen fogékony ilyenféle fertőzések iránt *a hasfali izomzat*. Izmos egyéneknél, nagy tömegű izomzat mellett, veseműtétek után, hol érzéstelenítőnek tonogenes novocaint használunk, a műtét alatt csak a nagyobb edények vérzenek, de később a tonogen hatása megszűnvén, az apró edényekből esetleg apró vérömlenyek keletkezhetnek. Ilyen izmos egyéneknél a hasfalvarrat céljából vastagabb fonalat nagyobb erővel kell összecsomóznunk, minek következtében szövetzúzósok, kis elhalások keletkezhetnek. Ezek az apró körülmények okozzák a fonalak körüli tályogok, apró hasfali genyedések létrejöttét, amelyek miatt a gyógyulás sokszor elhúzódik. Ezeknek megelőzése céljából szoktuk mi a műtéti vesefeltáráskor a hasfali izomzatot különösen védeni, hogy a fertőzött veséből infectio ne juthasson ide. Néha magas láz előidézője az *állandó katheter* okozta urethritis is, melyet hamar rendbe lehet hozni, különösen úgy, hogy vékonyabb kathetert alkalmazunk, mely lehetővé teszi, hogy mellette a képződött váladék lefolyhasson.

Ha egy operált betegünk műtét után lázas lesz, *ne nagyon siessünk a seb feltárásával*. Be kell várni nyugodtan, míg a láz oka valahol körülírt helyen megmutatkozik s akkor kell ezen kis helyen a sebet kinyitni és drainezni. Ha conservativ veseműtét mellett a vesében van a láz oka, azt legtöbbször az uraetarkatheter eldugulása okozza, melyet kicserélve s a drainezést helyreállítva a láz azonnal megszűnik. Ha ez nem következik be a jó drainezés dacára, akkor a veseállományban kell keresnünk a láz okát s esetleg a vesét újólag fel kell tárni.

Retroperitonealis veseműtétek után, hol a hashártyát a vese jó feltárása céljából jól le kell tolni, néha a műtét utáni napon *nagy puffadás, bélatonia* lép fel, melyet beöntéssel, hashajtó beadásával, szélcső bennhagyásával csökkenteni tudunk. Sokszor a bennhagyott tampon eltávolítása után indul meg a jó bélmozgás. Máskor szükségünk van azonban prostigmin befecskendezésére, vagy alkalmazunk óvatosan glanduitrint is, melyek makacs esetekben is célra vezetnek.

Gyakran látunk urológiai betegen *hypochloraemiát.* Vannak olyan betegek, kiknél *relativ veseelégtelenség van,* vagyis ahol az anatomiai előkészültség a felső húgyutak kitágulása a retrográd pangás következtében már meg van, ahol a vese már elvesztette concentráló képességét, de a nagy szomjúsági érzés mellett bőséges vízfelvétellel, alacsony fajsúlyú vizelettel még ki tudja választani a vese a szervezetből a 24 órai salakmennyiséget. Addig, míg az ilyen egyén olyan életrendet tart, ami a vesére kedvező, olyan ételekkel táplálkozik, melyeknek salakja kiválasztás közben a veséket kevéssé terheli meg, a veseműködés egyensúlyban van. Nem szabad elfelejteni azonban, hogy *sok víz ivás után* a víz — miután destillált víz formájában nem mehet el — csak egyidejű sok benne oldott anyag, főleg *chloridok kiválasztásával* távozhat a szervezetből s így sok *konyhasót seper* ki, úgy hogy a szervezet, illetve a vér elég konyhasószegény állapotba jut.

Ilyen beteget elég sokat láthatunk. Most ha ily betegnél valami közbejön, ami tartósabb *hányást okoz, vagy makacs hasmenés* lép fel, midőn az egyén sok vizet veszít, a hányással sok sósav és gyomornedv távozik, sóutánpótlás nincs, az ilyen beteg vérnyomása leszáll, nyelve száraz lesz, a hányások mind sűrűbbek lesznek, a beteg összeesik. Vérvizsgálatkor a maradéknitrogént emelekedettnek találjuk, a vérchlor ellenben lényegesen alászáll. Meg van a hypochloraemia és az azotaemia is, mert a hypochloraemia fokozza a veseelégtelenséget a beteg vesében. A konyhasó egészséges vesék mellett a vérben nagyon is állandó, mert a benne lévő chlor-ionnak nagy szerepe van a szervezet savbasis egyensúlyának megtartásában. Megváltozik a helyzet akkor, ha a vese insufficiens lesz s elveszti concentráló képességét.

Érdekes, hogy ilyenkor *a vérfagypont értéke és a maradéknitrogen értéke nem egyformán emelkedik,* hanem azt látjuk, hogy a maradéknitrogen emelkedése mellett a δ vagy alacsonyabb lesz, vagy nem emelkedik. Ennek oka az, hogy a δ értéke elsősorban a vérbeli konyhasótól függ, ami normalis viszonyok között állandó, épúgy mint a δ. Hypochloraemiában, hol a vérbeli konyhasó csökken, mert a vesék betegek, a δ-t emelő egyik factor gyengül, de éppen beteg vesék mellett a nitrogentartalmú salak növekszik, ami szintén növeli a δ-t. Ezen körülményektől függ tehát a δ értéke, azt azonban megállapíthatjuk, hogy a maradéknitrogen, melynek értéke a visszamaradt nitrogensalaktól függ, mindenesetre nő a fokozott romláshoz képest s ezért nem emelkednek egyformán ezen értékek a fokozódó hypochloraemiás azotaemia esetén.

Látjuk ezen állapotot néha műtét előtt is, de leginkább műtét után, ahol a labilis egyensúlyi helyzetet altatás vagy gyógyszer okozta hányás már felboríthatja s akkor ez a vérbeli maradéknitrogen a hányásokat még fokozza.

Ha egy operáltunk sokat hány, hasmenése van, vérnyomása leszáll s fokozódó uraemiás állapot fenyeget és a vért megvizsgálva hypochloraemiát találunk, *sürgős teendőnk az lesz, hogy bő folyadék- és konyhasó bevitelről gondoskodjunk.* Physiologiás konyhasóoldatnak bőr alá fecskendezésével s ezenkívül 10%-os NaCl intravenás alkalmazásával célt érünk. Ezen gyógykezelésre pár nap alatt lényeges javulás szokott bekövetkezni, a vér Cl-tartalma felemelkedik, a maradéknitrogen leszáll s a praeuraemiás állapotból ki tudjuk rántani betegünket, amint azt sok esetben láttam. Azt hiszem terhesség alatti csillapíthatatlan hányások esetén is meg kell határozni a vér Cl és MN. tartalmát, mert nagyon lehetséges, hogy ott is toxikus veseelégtelenség és hypochloraemiás azotaemia is szerepelhet.

Meg kell említenem még a *csuklást,* mint a tűtétek utáni zavaró, kellemetlen szövődményt, melyet éppen urológiai betegeken gyakran látunk. Nem beszélve arról a csukláról, ami kezdeti peritonitis, vagy valamely, a peritoneum közelében fejlődő gyulladás esetén látunk, urológiai operáltakon gyakori a csuklás akkor, amikor a műtét után a bélműködés nem indult meg s a has puffadt, a rekesz felnyomódott. Sokszor egy tampon eltávolítása után megindul a bélműködés s megszűnik a csuklás. Láttam eseteket, hol 6—8 napig is csuklott betegünk, ami nagyon kimerítő s bódító szerekkel is nehezen csillapítható, hol egy draincső vagy katheter eltávolítására vagy megigazítására a csuklás megszünt. Rendszerint egy nagyon kellemetlen, de nem komoly szövődmény ez urológiai betegeknél, nem szólva azon esetekről, hol mint a fokozódó uraemiás állapot részjelensége lép fel, midőn komoly jelentőségű.

A műtét utáni *tüdőszövődmények, thrombosisok* elkerülésére ugyanazokat mondhatnám, amit a többi sebészeti esetekben is alkalmazni szoktunk.

Azokról a *diaetás utókezelésekről, melyeket veseköves betegeinkkel* a műtét után meg szoktunk tartatni, itt részletekbe nem mehetek, de annyit mondhatok, hogy a húgyutakban levő *pangás és fertőzés,* mint a recidiva főtényezőinek megszüntetése legyen legfőbb feladatunk. Ha a vizsgálatkor, illetve műtétkor az derül ki, hogy a vesemedence tág, atoniás, az ureter nem a legmélyebb ponton ered, úgy plastikai műtétekkel ezen segíteni lehet; de ha a veseállományban vannak tágult kelyhekből származó üregek, melyeket eltüntetni nem tudunk s a vese inficiált, úgy ne legyünk vesekő esetében nagyon conservativek, ha a másik vese egészséges, mert az ilyen pangó, inficiált vizeletet tartalmazó üregekben a vesekő csakhamar újra képződik. E mellett nem jó nagyon szigorú egyoldalú étrendet előírni, amellyel esetleg úgy változtatjuk meg a szervezet sav-basis egyensúlyát, hogy ellenkező végletbe csapunk át. Egy vegyes étrend, vagy az illető egyén szervezetének megfelelő józan életrend szabandó meg bizonyos ivókúrákkal, melyekkel rendszerint célt érünk s gyógyszeres kezelésre, a különböző sóoldó szerekre ritkán van szükség.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Agyi véráramlás-vizsgálatok kísérletileg előidézett görcsök alatt.

Írta: *Sántha Kálmán dr.,* Rockefeller Fellow, Montreal.

Amióta *Hughlings Jackson* az epilepsiás görcsroham közvetlen előidézőjeként az agyi érgörcsöt először tanította, azóta nagyszámú klinikai, sebészi, anatomiai és kisérleti észlelés került közlésre, melyek az angiospasticus elméletet közvetlenül vagy közvetve támogatni látszanak. Ezeknek újból való felsorolását e helyen szükségtelennek tartjuk. Ellenben hangsúlyozni kívánjuk azt, hogy a szóban forgó vascularis elmélet az igen gazdag irodalom és traditio ellenére a mai napig sem tudott végleges és általános elfogadásra találni.

A közelmultban *F. A. Gibbs* (1933) állatkisérletben, *F. A. Gibbs, W. G. Lennox* és *E. L. Gibbs* (1934) pedig emberen igyekeztek a kérdést céltudatosan és

*) Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani Szakosztályának 1938. I. 24-i ülésén.

modern technikával megközelíteni. — Macskán az agy fali lebenyében, emberen pedig a vena jugularisban végzett thermoelectricus véráramlás-méréseik azt mutatták, hogy valami jellemző változás az agyi véráramlásban sem az epilepsiás rohamot megelőzően, sem azt követően meg nem állapítható. A roham kitörése után majdnem kivétel nélkül mérsékelt vagy kifejezett véráramlás-fokozódást figyeltek meg, amit a roham alatti általános vérnyomásemelkedéssel vagy a tonusos szak apneaeja alatt felhalmozódó széndioxidnak az agyi ereket tágító hatásával magyaráztak. Végső következtetésük az volt, hogy egy általános agyi anaemia mint a görcsök okozója fölöttébb valószínütlen. Valamely localisált érgörcsöt és ezzel kapcsolatosan localisált agyi véráramláscsökkenést azonban kisérleteik nem zárhattak ki. Hasonló megfigyeléseket tett azonos következtetéssel *N. Norcross*. Saját kisérleteinkben, melyeket a Montreal Neurological Institute-ban *A. Cipriani* physikus munkatársammal együtt végeztünk, az eddigi vizsgálatok alapján fel nem derített localis keringésváltozásokat iparkodtunk leleplezni. Ezekben a kérdésekben a következő feltételek megvalósítása látszott fontosnak: 1. Az agyi véráramlás localis mérése az agy különböző helyein. 2. Ismert kiindulású görcsroham létesítése. 3. Olyan rohamkiváltások kerülése,, melyek az általános vérnyomást elsődlegesen és számottevően befolyásolják. Ezekhez igazodva görcsokozó szerek használatát elvetettük, mert ezek a vérnyomást nagymértékben és nem is következetesen változtatják. A kisérletek természetéből kifolyólag az agykéregfagyasztásos módszert sem használhattuk mint görcskeltőt. Ilyenformán legcélszerübbnek találtuk feltárt agyvelőn electromos izgatással dolgozni. A véráramlás mérésére a *Gibbs*-féle thermoelektrikus módszert alkalmaztuk.

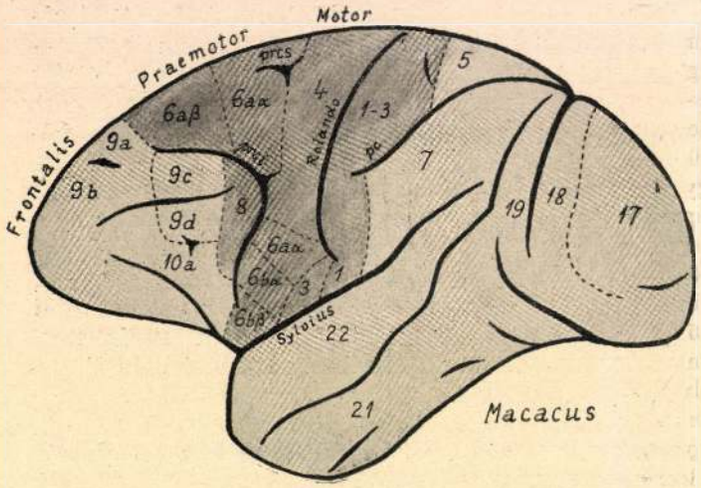
E módszer elve a következő. Ha egy állandó menyiségű hővel táplált tűt szúrunk valamely élő, erekkel biró szövetbe, úgy a tű hőmérséklete a véráramlástól függően ingadozni fog. Az áramló vér ugyanis alacsonyabb hőmérsékleténél fogva hűteni igyekszik a tűt; ha a keringés fokozódik, a hűtő hatás is fokozódik; ha csökken, úgy a hűtő hatás is csökken. Ennek megfelelően a tű úgy van megszerkesztve, hogy a hegyét nagy ellenállású finom drót képezi, melyet állandó mennyiségű electromos áram fűt és amely mellett szorosan, de szigetelve fut a réz és constantan huzalból készült thermoelektrikus drótpár, amely a hőmérsékletingadozást mint potential-ingadozást közli a hozzákapcsolt érzékeny huros galvanometerrel. A potentialváltozás természetesen relativ, az állandó potentialt hasonló, de fordított irányban összeforrasztott és thermosba helyezett drótpár biztosítja. A galvanometer sarkaihoz futó egyik drót az élő szövetbe dugott tű thermoelektrikus drótpárjának réz-vezetéke, a másik a thermosban levő thermoelektrikus drótpár réz-vezetéke. A két thermoelektrikus drótpár constantan-vezetéke egymással kapcsolódik. A galvanometer kitérései forgó dob segítségével görbe alakjában vehetők fel. Itt, mielőtt tovább mennénk, megjegyezzük, hogy valamely szövet véráramlása, vagyis az időegység alatt áthaladt vér menynyisége elvileg két tényezőtől függ: 1. általános vérnyomás, 2. a szóbanforgó szövet érhálózatának összkeresztmetszete (általános factor és localis factor). Éppen ezért mindenkor párhuzamos görbét kell felvennünk a vérnyomásról is, mert csak így tudjuk az említett két factort egymástól elkülöníteni

A kisérletekhez macskákat (35) és majmokat (15 Macacus) választottunk, dial-altatásban, illetve a majmok egyrészét nupercaine helyi érzéstelenítésben. A macskák egyrészét a lehetséges hibaforrások ellenőrzését célzó kisérletekre használtuk fel. Egyik legfontosabb zavaró körülmény e kisérleteknél az, hogy feltárt agyról lévén szó, az áramló vér csupán az agy mélyebb rétegeiben azonos hőmérsékletű az idegszövettel, a felszines rétegeknél azonban melegebb. Az agyfelszin lehűlése ellen úgy védekeztünk, hogy az egész műtéti területet üvegfedelű dobozzal fedtük be. Az agykéreg elektromos izgatása a dobozon belül mozgatható bipolaris electroddal történt, mely „Thyratron"-apparatusba pontosan szabályozható faradicus áramforrás) volt kapcsolva. A kisérletek tulnyomó részében csupán egyoldali (baloldali), néhány esetben azonban kétoldali koponyamegnyitást végzetünk. A thermoelektrikus méréssel nyert potentialingadozásokat forgódob kormozott papirjára rajzoltuk fel, ahol párhuzamosan a vérnyomás és lélekzés görbéjét is rögzítettük.

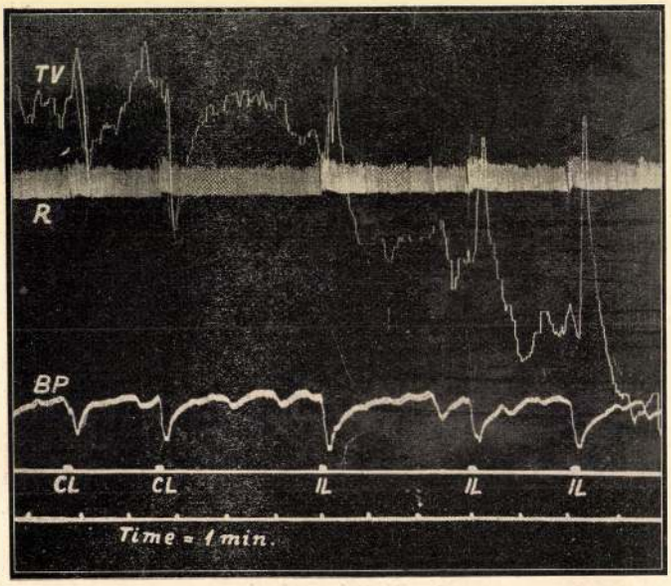
Észlelések: Észleléseink ismerteését azzal a megállapítással kell kezdenünk, hogy *agykérgi izgatással kapcsolatban az agyi véráramlás csökkenését sohasem láttuk, akár egyszerű izommozgás, akár féloldali Jackson-epilepsiás rángások akár pedig általános görcsroham volt az izgatás eredménye. Amit megfigyelhettünk, az mindig véráramlásfokozódás volt* és ennek a véráramlásfokozódásnak a localisatiója és mechanismusa az, ami voltaképen megbeszélést kíván.

Tanulságosnak véljük a következő majomkisérletünkből kiindulni: A thermoelektrikus tűt a gyrus centralis anterior középső harmadában — a kézközpont alsó részében — intracorticalisan helyeztük el. Amidőn a lábközpontot középerős árammal izgattuk, egyedül lábmozgást idézve elő, véráramlásváltozást a kézközpontban fekvő eszköz nem jelzett. Amikor azonban közvetlenül a sulcus praecentralis inferior felett izgatván a kérget együttes kéz- és lábmozgást hoztunk létre, a véráramlás fokozódása mutatkozott. Ez a véráramlásfokozódás még jelentékenyebb volt a sulcus praecentralis superior feletti terület izgatásakor, amidőn ellenoldali kéz-, láb- és törzsmozgások jelentkeztek és azok 30—45 másodpercig a kéregizgatás megszünte után is folytatódtak. Itt hangsúlyozni kívánjuk, hogy a szóbanforgó izgatási pont a thermoelektrikus eszköztől kb. egyforma távolságra esett, más szóval nem a stimulatio közelsége volt felelős a positiv reactióért.

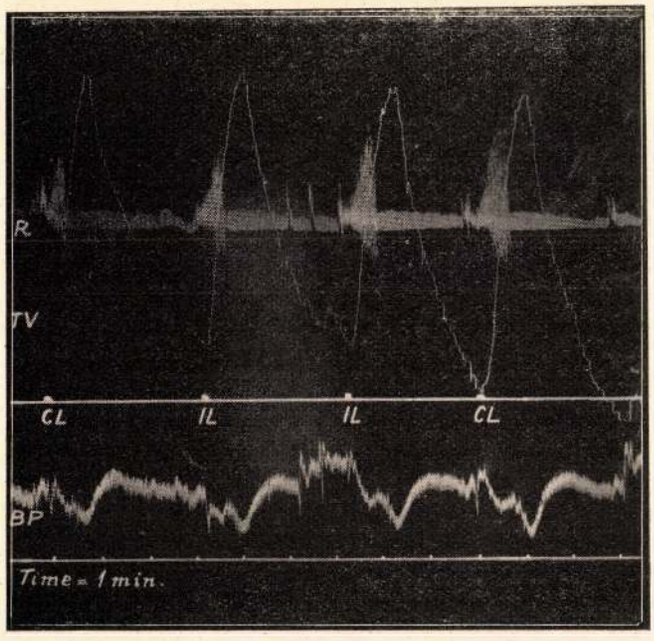
Több majomkisérletben, ahol kétoldali agyfeltárást végeztünk, azt találtuk, hogy a baloldali mozgatókéregben elhelyezett thermoelektrikus tű fokozott áramlást jelzett akkor, amikor a bal motoros, illetve praemotoros kéreg izgatásával féloldali (contralateralis) rángásokat váltottunk ki; ellenben nem mutatott értékelhető változást, amidőn hasonló tömegű és erejű féloldali rángásokat a jobb motoros illetve praemotoros kéreg izgatásával idéztünk elő. (Ténylegesen volt változás az utóbbi esetben is és pedig csökkenés irányában, ami azonban a kéreg izgatását követő muló általános vérnyomás-eséssel volt párhuzamos.) Ha az izgatásra használt áram erősségét, illetve az állat görcskészségét (metrazollal) fokoztuk úgy, hogy az egyoldali kérgi izgatás általános görcsrohamot eredményezett, igen jelentékeny véráramlásnövekedést mértünk a bal mozgatókéregben tekintet nélkül arra, hogy a görcsrohamot a bal vagy a jobb félteke izgatásával váltottuk ki. Különbséget a véráramlás fokozódás nagyságában nem találtunk, ellenoldali kéregizgatás esetén azonban pár másodperc késéssel indult a reactio. A szóban forgó rohamokat a praemotoros, motoros és sensoros kéreg izgatása útján hoztuk létre. (1, 2. és 3. ábra).



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

Az általános görcsrohamokkal kapcsolatban a másik oldalra való átterjedés mellett a véráramlás-reactiónak az azonos oldali féltekén való kiterjedése is érdekelt. Ezt rendszeresen a félteke egész felszinén nem vizsgáltuk, mert az elvi kérdésünk az volt, hogy 1. határolt marad-e a véráramlás fokozódása a tág értelemben vett mozgatómezőre, avagy határnélkül szétszóródik; 2. ha határolt, milyen kéregterületeket illet. Több kisérletben a thermoelektrikus tűt a praemotoros kéregben, a sensoros kéregben illetve a sensoro-motoros kérgen kivül helyeztük el. Összegezve azt találtuk, hogy majomnál a praemotoros kéreg és a postcentralis sensoros kéreg egészen hasonló változást mutat, mint a praecentralis (szoros értelemben vett mozgató) kéreg és pedig látszólag minden késés nélkül. Előrébb fekvő frontalis mezők, így az area 8, de méginkább a 9 c és 9 d véráramlás-fokozódása jóval kisebb volt és határozott késést árult el. A különbség még feltünőbb volt az area 10 a-ban, mig az orbitalis kéregben semmi lényeges véráramváltozást nem tudtunk mérni. Hátrafelé menve az area 7 macskánál gyakorlatilag változásmentesnek bizonyult; majomnál az area 7 (supramarginalis kéreg) véráramlásfokozódást mutatott akkor, amidőn az általános görcsrohamot az azonos oldali postcentralis tekervény izgatása útján hoztuk létre, de elenyésző volt a változás, midőn hasonló erejű általános rohamot a tuloldali postcentralis tekervény felől váltottunk ki. (Előbbi esetben a gyrus supramarginalis reactiója nyilván nem magával a rohammal, hanem a szomszédos postcentralis kéreg izgatásával helyileg függött össze.)

A most tárgyalt kisérleteket azzal egészítettük ki, hogy — most már megfordítva — néhány esetben a sensoro-motoros kérgen kivül eső terűletek elektromos izgatásának a mozgatókéreg véráramlására gyakorolt hatását figyeltük meg. Azt találtuk, hogy a mozgatókéregbe helyezett eszköz nem mutatott reactiót akkor, amidőn a *Brodmann*-féle 10a, 9a és 7 areákat izgattuk, természetesen mozgási reactio nélkül.

Több esetben a kéregalatti ducok véráramlásának viselkedését is megfigyelhettük. Igy macskánál a thalamus és caudatum, majomnál a thalamus, putamen és pallidum véráramlását vizsgáltuk az agykéreg izgatásával kiváltott görcsök alatt. Az eredmény röviden abban foglalható össze, hogy az említett ducok általános görcsrohamok alatt igen jelentékeny, az agykéreg reactióját sokszor jóval meghaladó véráramlás-fokozódást mutatnak. A caudatum és thalamus magatartását macskánál ellenoldali kéregizgatással előidézett egyoldali mozgási reactio alatt is többször ellenőrizhettük, mig majomnál csupán egy esetben nyilt alkalmunk különkülön ipsi- és contralateralisan kiváltott görcsök alatt a pallidum véráramlását vizsgálni. Ellenoldali kéregizgatás féloldali mozgási effectus mellett úgyszólván semmi véráramlásváltozást nem okozott a caudatumban, pallidumban, illetőleg a thalamusban; még akkor is csak minimális véráramlásfokozódást láttunk, amidőn az izgatás elég erős volt arra, hogy utórángásokat (after discharge) eredményezzen, aminek a során a rángások enyhébb alakban a másik oldalra is ráterjedtek. Amikor azonban a praemotoros kéreg felől kétoldali általános görcsrohamot váltottunk ki, a fokozott véráramlás igen kifejezett volt, akár inspilateralis, akár contralateralisan idéztük elő a rohamot. Kiegészítjük a mondottakat azzal, hogy macskánál a mozgatókéreg izgatása alatt más képletek, így a pulvinar, ikertelepek, corpus geniculatumok stb. véráramlását is tanulmányoztuk; e helyeken lényeges változást nem találtunk.

Majomnál néhány esetben spontan görcsrohamok alatt is vizsgálhattuk az agyi véráramlás változásait. Kiállott metrazol-roham után ugyanis az állat görcskészsége annyira fokozódott, hogy aránylag gyenge árammal ismételt görcsrohamokat tudtunk előidézni és

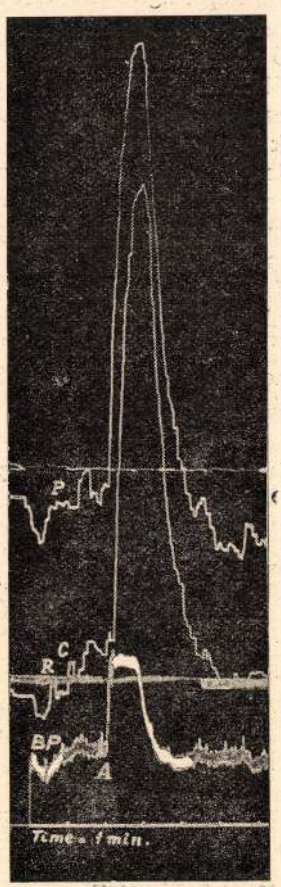
később 3—5 percenkint a görcsrohamok maguktól ismétlődtek, egy-egy 50—70 másodpercig tartva. E spontan rohamok alatt a mozgatókéregben, a putamenben és a thalamus medialis magvában figyelhettük a véráramlást és mindenben hasonló változást észleltünk, mint electromos kéregigazítással közvetlenül kiváltott görcsök alatt; vagyis előzetes csökkenés nélkül jelentkező és másfél, néha három percig tartó véráramlásfokozodást, amely a kéregalatti ducokban ismét jóval nagyobb méretű volt, mint a kéregben.

Több alkalommal a fehérállomány vérkeringését külön figyelemmel kisértük és szabályszerűen azt találtuk, hogy a véráramlás-ingadozás itt általában sokkal kisebb és hogy határozott reactiókról itt alig, vagy egyáltalán nem beszélhetünk.

Discussio: Az ismertetett észlelésekből az derül ki, hogy *a kéregizgatással előidézett görcsöket következetesn bizonyos agyterületek fokozott véráramlása kiséri.* A kérdés már most az, hogy hogyan itéljük meg e véráramlás-fokozódás jelentőségét és hogyan értelmezzük a görcsrohammal való összefüggését. Mint a bevezetésben említettük,*Gibbs, Lennox* és *Gibbs* a vena jugularisban mért fokozott áramlást hajlandók passivnak tekinteni és vagy a roham alatti emelkedett vérnyommásal, vagy a tonusos szak széndioxid-felhalmozódásával és az agyi erek ezzel együttjáró tágulásával magyarázni. Ez a feltevés semmiképen nem alkalmas a mi észleléseink megmagyarázására. Kisérleteinkben ugyanis *helyhez kötött véráramlás-változásról van szó,* amely szükségképen localis magyarázatot követel. Vérnyomás-ingadozás, légzésben beálló változások, viharos izommozgások nem magyarázzák meg az agyvelő csupán egyik féltekéjére és ezen belül is bizonyos meghatározott területekre szorítkozó véráramlás-fokozódást. Ennek a kérgi izgatást, illetve spontan rohamnál az első rángásokat 4—10 másodperccel követő és a roham után még egyideig tartó *véráramlás-fokozódásnak egyetlen és természetes magyarázata szerintünk a szóbanforgó agyterület parenchymájának fokozott ideg-tevékenysége, amely egyuttal élénkebb metabolismust is jelentve valamiféle chemiai hatás útján hozza létre a localis értágulatot és vele a megnövekedett véráramlást.* Elméleti találgatásokba itt nem akarunk belemélyedni és ezért csupán felvetjük, hogy mint a capillarisokra helyileg ható értágító chemiai agens a működő szövet által termelt anyagok (metabolit-ok) közül elsősorban a széndioxidra kell gondolnunk, ami mellett tejsav és histamin, valamint a synapsisoknál szereplő acetyl-cholin jöhetnek még szóba.

A thermoelektrikus tű útján mért véráramlásfokozódás mértéke ceteris paribus két tényezőtő függ, melyek közül az egyik anatomiai, a másik physiologiai. Az *anatomiai tényező* a kérdéses agyterület parenchymájának capillaris-gazdagsága. Különböző vizsgálatokból (*Craigie* 1920, *Cobb-Talbot* 1927, *Lindgren* 1937) tudjuk, hogy az idegszövet vérellátása a szürke és fehér állományban annyira eltérő, hogy a legmostohábban ellátott szürke állomány is még vagy 50%-kal gazdagabb capillarisokban, mint a legbővebben erezett fehér állomány. De ezenfelül az egyes szürke területek vérellátása is nagy eltéréseket mutat. Az érző és intercalaris központoké általában gazdagabb, mint a mozgatóké. *Dunning* és *Wolff* (1936) szerint a vascularitas a synapsisok gazdagságával és így az illető központ integrativ működésével arányos. Az agykéreg és főleg annak IV. (receptoros) rétege igen dúsan erezett, de *Spatz* szerint a striatum ereződése talán még gazdagabb.

Ezeket az adatokat azért említjük, mert mindezen körülmények figyelembe veendők akkor, amidőn a kéreg és a kéregalatti ducok görcsök alatt észlelt véráramlás-változását egymással összehasonlítjuk. Persze számolnunk kell még a thermoelektrikus tűt körülvevő szürke állomány tömegével is, mely a kéregben csupán egy vékony réteg, mig a putamenben és thalamusban nagyobb összefüggő tömeg; úgyszintén azzal a lehetőséggel is, hogy a feltárt kéreg keringése, szemben a mélyen fekvő képletekével, nem teljesen zavartalan. Mindezek azonban lényeges különbséget kéreg és mély szürke központok között nem teremtenek, amit az a tény is bizonyít, hogy intravenás adrenalin injectióra mindkét helyen qualitative és quantitative kb. egyező vérálamlásfokozódás jelentkezik. Marad tehát a *physiológiai factor,* vagyis az actualis értágulás foka, amellyel a kéreg és a mély képletek reactiója között a különbséget megmagyarázhatjuk. Fel kell tételeznünk, hogy görcsös roham alatt a putamenben, pallidumban és thalamusban az értágulás mértéke nagyobb, mint a kéregben, ami közvetve arra utalna, hogy a nevezett központok roham alatt nagyobbfokú specifikus idegtevékenységet fejtenének ki (4. ábra).



4. ábra.

A fehér-állomány feltűnően renyhe és bizonytalan reactiói könnyen megmagyarázhatók egyrészt a szegényes vérellátással, másrészt azzal, hogy itt a szürke-állomány sejt- és synapsis tevékenységétől eltérően csupán vezető működésről van szó.

Az elmondottak némi alapot nyujtanak arra, hogy az epilepsiás görcsök agyi mechanismusához hozzászóljunk. Itt újra emlékeztetni akarunk arra, hogy a spontán rohamok alatt egészen hasonló véráramlásváltozást figyeltünk meg, mint közvetlen kéregizgatás után. Lényegileg arról van szó, hogy *féloldali görcsroham alatt az ellenoldali félteke, általánossá vált roham alatt pedig*

mindkét félteke tág értelemben vett mozgató kérgének és a mozgató kéreggel összekapcsolt kéregalatti dúcoknak átmeneti véráramlásfokozódása mutatható ki és hogy ezt a véráramlásfokozódást az élénkebb idegműködés jelének kell tekintenünk. Más szóval valóban arról van szó, aminek *Hughlings Jackson* tekintette az epilepsiás rohamot: bizonyos idegközpontok hirtelen „ecessive violent discharge"-áról. Az általunk észlelt rohamokban az agykérgi működés hirtelen kikapcsolására soha semmi jel nem mutatott. Nincs tehát támpontunk annak a felvételére, hogy a kérgi gátlás alól felszabadult kéregalatti dúcok egyedül hozzák létre a rohamot. Minden jel szerint az összmotorium hirtelen maximalis stimulatiójával állunk szemben. Ez a felfogás egyezik *Pike, Elsberg, Mc Culloch* és *Chappel* megállapításaival, mely szerint „all parts of the motor mechanism act together as one system when the brain is intact", valamint *Rovighi* és *Santini* (1882í, *Ziehen* (1886) és *Rothmann* (1912) nézetével, amely a clonusos componensért a kérget, a tonusos componensért a kéregalatti dúcokat teszi felelőssé.

Befejezésképen hangsúlyozni szeretnénk, hogy mindezek az észlelések és megfontolások nem zárják ki, hogy az emberi epilepsiában érgörcsök és localis agyischaemiák rohamkiváltó szerepet játszhatnak. Egyáltalában a kiváltó okra vonatkozólag e kisérletek szigorúan véve semmit sem mondanak. Nyilván egész csomó kiváltó noxa létezik és az érgörcs (amennyiben létezik) csupán egy a sok közül, mint ahogy egy másik kiváltó tényező pl. az elektromos kéregizgatás. Az epilepsiás görcsök angiospastikus elméletére vonatkozólag e kisérletek csupán annyit mondanak, hogy *az érgörcs nem szükségképeni bevezetője a rohamnak és hogy az izgalom továbbterjedésében nyilván nem játszik szerepet.* Ezért nem tudunk *Foerster*-rel egyetérteni, mikor a rohamelőtti érgörcsöt és agy-ischaemiát a legfontosabb causalis tényezőnek tekinti, akár farados, akár mechanikus kéregizgatás, akár hyperventillatio váltotta ki a rohamot, akár pedig spontan jelentkezett.

Nehezen tudjuk végül eredményeinket a *Spielmeyer*-féle elgondolásokkal összeegyeztetni. *Spielmeyer* ugyanis az általa leírt és azóta classikussá vált „ischaemiás elváltozások"-at csak olyan epilepsiás esetekben találta meg, ahol az életben görcsrohamok állottak fenn és nem találta meg „absence"-állapotokban vagy egyéb epilepsiás kórképekben. Másrészt a legkülönbözőbb egyéb megbetegedésekben is jelen voltak, ha azok görcsökkel jártak együtt. Ezért szerinte nem is az epilepsiával, hanem magukkal a görcsös jelenségekkel függnek össze. Ezzel szemben saját megfigyeléseink szerint maguk a görcsös megnyilvánulások véráramlásfokozódással járnak együtt az agy azon területein, amelyeknek a görcsökhöz közük van, míg a többi területek lényeges változást nem mutatnak.

Összegezés: 1. Elektromos kéregizgatással előidézett (és pár esetben túlérzékennyé tett állaton spontán jelentkező) görcsök alatt az agyi véráramlás változását thermoelectrikus módszerrel tanulmányoztuk.

2. Féloldali görcsök esetén csupán az ellenoldali, általános görcsroham esetén mindkét félteke tág értelemben vett mozgató kérgében, még kifejezettebben azonban a putamenben, caudatumban, pallidumban és thalamusban következetesen a véráramlás fokozódását tudtuk kimutatni.

3. Ez a véráramlásfokozódás pár másodperccel az első izomrángások után kezdődik és egyideig még a roham lezajlása után is tart.

4. A fehér-állományban biztos véráramlásváltozás a görcsroham alatt nem, vagy alig figyelhető meg.

5. Az észlelt helyhez kötött véráramlásfokozódás magyarázatára a szóbanforgó agyterület parenchymájának fokozott idegtevékenységét és ennek során helyben ható értágító anyagok termelését kell felvennünk.

6. A jelen kisérletsorozatban localis angiospasmus jelét, vagyis véráramláscsökkenést sohasem sikerült megfigyelnünk.

Budapest Székesfőváros Kún utcai közkórháza II. sz. női bujakóros osztályának közleménye. (Főorvos: Kollarits Béla).

Az úgynevezett anginoneurosisos tünetcsoportról.

Irta: *Osgyáni Árpád dr.*, alorvos.

Arsenobenzol (AB)-készítmények mellékhatásai közül közvetlenül az intravenás alkalmazás után jelentkezik az úgynevezett angioneurosisos tünetcsoport, másnéven nitritoid crisis (NK), ez a percutan lefolyó, sokszor igen súlyos, gyors és megfelelő beavatkozás hiján gyakran halállal végződő AB-ártalom, melyet *Milian* 1921-ben nitritoid crisis néven írt le az amylnitrit belégzés után mutatkozó tünetekkel való hasonlatossága miatt. Ugyanezt az állapotot kb. *Milian*-nal egyidejűleg *Pinkus* is leírta és az ér- és idegrendszeri tünetek alapján angioneurosisos tünetcsoportnak nevezte el. *Milian* a megjelenési formája szerint 6 alakját különbözteti meg: 1. A leggyakoribb alak az úgynevezett vörös crisis, melynek tünetei: nyugtalanság, szívdobogás, félelemérzés. Az arc kipirul, megduzzad, egyidejűleg szemhéj- és nyálkahártya-oedema is jelentkezik. 2. A synkopés alak jelenségei: sápadt arcszín, merev arckifejezés, beesett szemek, a pulsus alig tapintható, esetleg hasmenés. 3. A fehér crisis tünetei: duzzadt oedemás arc, hirtelen collapsus, tág, merev pupillák. 4. A haemorrhagiás alak bőrvérzésekkel, vérhányással, véres széklettel jár. 5. Asthmaszerű jelenségeket mutat. 6. A körülírt alak, pl. egyik kar duzzanata erős, körülírt izzadással.

Legfontosabb két formája a crisisnek: 1. könnyebb, *vörös crisis.* A beteg arca — az injectio beadása után néhány perc múlva, néha azonnal — hányás, hányinger kiséretében kivörösödik, légzése nehéz, néha a nyelv erősen megduzzad. 2. A súlyosabb, *fehér crisis.* Az előbbi tünetekkel kezdődik. Ehhez társul szájkörüli elfehéredés, melyet eszméletlenség, néha ugynevezett angioneurosis dolorosa kisér. Igen veszedelmes állapot, megfelelő kezelés híján perceken belül halálhoz vezet.

A NK. ritkán az első befecskendezés, rendszerint a 2—4 injectio után jelentkezik, de azután szabályszerüen ismétlődik minden következő befecskendezéskor, az adag csökkentésének ellenére is. Legtöbbször megfelelő kezelésre elmulik, de előfordulnak halálesetek is, melyeklegalább is bizonyos nagy valószinüséggel ennek az állapotnak, illetve mellékhatásnak a terhére irandók. Megnehezíti az elbirálást az a körülmény, hogy a NK. a súlyos, halállal végződő esetekben más tünetekkel is szövődik, mint pl. agyoedema, purpura cerebri, bélvérzés, stb. Ilyenkor alig lehet eldönteni, hogy a jelenségek capillaris agyvérzés, agyoedema következményei, vagy pedig az angioneurosisos tünetcsoport részjelenségei-e. A NK.-hez társulhatnak más AB. mellékhatás is mint pld. alaki esetünkben.

G. E. 25 éves nőbeteg, luest negál, a háromszor is elvégzett WR., Müller, Meinicke, Klär, Kahn reactio erősen

pozitiv. A hatodik 0.45 g AB-injectio után 1 perccel köhögés, hasfájás, deréktáji fájdalmak, légzési nehézségek, erős turgoros, hyperaemiás arcszin. A pulzus filiformis, nem számlálható, könnyen elnyomható. Th. *tonogen*, majd *ephetonogen* 1 cm. subcutan. A crisis 3—4 perc alatt oldódik, az arcbőr hyperaemiája megszünik.

Pulzus: 140, rhythmusos.

Tizenöt perc mulva az első roham után ujabb crisis. Th ugyanaz, 10 percen belül ez a roham is oldódik.

Harminc perc mulva a második roham után ujabb crisis nagyfokú cyanozissal. Ujabb 1 cm. *ephetonogen* s. c. majd kétszer coffein natr. benz. 0.20 g s. c. Öt perc mulva a tünetek csökkennek, a pulzus 100, rhythmusos, középhullámú, erőteljes. Hőmérsék 38 C.

12 h. 46 perckor kifejezett meningeális tünetek: 20 percenkint jelentkező görcsök a végtagokon, opisthotonus, strabimus convergens. Nagy szem- és fejfájásról panaszkodik, delirál. 6 h. 30 perckor 40 cm. 20% glucose B. i. v. A görcsök és agytünetek még 30—40 perc szünetekkel jelentkeznek és 20 percig tartanak. A beteg delirál. Este 11 h után a görcsök elmaradnak, reggel spontán vizel, a sensorium feltisztul.

Belgyógyászati lelet (IX. 13-án, d. e. 10 h):

Az eszméletnél lévő beteg kérdésekre értelmesen válaszol. Soporosus. Az alsó tüdőlebenyek felett szivós szörtyzörejek. Szív: normalis határok, dobbanó, tiszta szívhangok. Pulzus 76, jó, rhythmusos. A máj, a lép nem tapintható.

Idegrendszer: A pupillák jól reagálnak, egyenlőek, kerekek. A szemmozgások szabadok, mindkét oldalnézésnél vizszintes irányú nystagmus. Oldalnézésnél mindkét irányban a szem extrem állásban kettős látás. Bal fülét érzékenynek jelzi. Patella-reflexek kiválthatók, egyenlőek. Babinsky negativ. Tarkómerevség, Kerning, Trosseau negativ. Bénulásos jelenségek nincsenek.

IX. 14. Láztalan, panaszmentes, jól érzi magát, a kettőslátás megszünt.

IX. 15. Láztalan, tünetmentes.

Közvetlenül a NK. következménye lehet a *Page* által leirt haláleset; amikor a beteg a második kúrában (az elsőt jól türte) a harmadik 0.45 g-os AB-befecskendezés után NK.-t kapott, melyhez hányás, hasmenés, később véres hányadék és ürülék társult s 12 óra múlva meghalt.

A NK. leginkább intravenás befecskendezés után fordul elő. Nagyon ritkán intramuscularis befecskendezés után is beállhat, noha ilyenkor teljes biztonsággal nem lehet megmondani, hogy nem került-e a szer véletlenül közvetlen a véráramba. Egy esetünkben az injectio után 30 percre jelentkezett egy enyhébb lefolyású NK. amikor teljes bizonyossággal kizárható volt a szernek közvetlen a véráramba jutása. Az irodalomban egyedülálló *Veress* észlelete. Egy betegnél a tizedik AB-befecskendezés után NK. állott be. A kúrát félbeszakitották majd hat hónap mulva perorális spirosid-kúrát (nem arsenobenzol) kezdtek. Az első tabletta bevétele után 5 nappal ugyancsak NK. jelentkezett. *Sirota* közölt egy esetet, melyben nyomban a befecskendezés után heves deréktáji fájdalom jelentkezett, mely preventive adott adrenalin alkalmazására a következő befecskendezések alkalmával elmaradt.

A NK. oka még nincs tis ztázva. A legkülönbözőbb elméletekkel magyarázzák. Ellentétben az AB-készítmények okozta ártalmak nagy irodalmával a NK-re vonatkozó adatok gyérek. Kezdetben az állapotot acut arsenmérgezésnek minősítették. Bár a hasmenés, idegrendszeri tünetek némileg emlékeztetnek az arsenmérgezés jelenségeire, de ellene szólt a tünetek korai jelentkezése a befecskendezés alatt, ill. közvetlenül utána és az a körülmény, hogy a tünetek jelentkezése és erőssége független a beadott AB mennyiségétől. Mivel az AB készítmények kémiailag nem pontosan definiálható vegyületek, mert átkristályosítással nem tisztithatók és kolloidális oldatot adnak, továbbá mert külső befolyások (oxygén stb.) hatására változást szenvednek, toxikussá válnak, már korán felmerült az a feltevés, *hogy a NK. nem megfelelő készítmény használatára vezethető vissza.* Azok a megfigyelések tették ezt a feltevést valószinüvé, hol egy és ugyanazon gyártási számú készítmény után sorozatosan több betegen jelentkezett a NK. ilyen megfigyelésről számol be többek között *Audry, Zinsser.* Saját tapasztalataink igazolják ezt a lehetőséget, mert az állami ellenőrzéssel kapcsolatban klinikai vizsgálat céljára osztályunkra beküldött egy AB-készítmény 10 beteg közül 8-nál NK-t váltott ki, ami mutatta, hogy a készítmény nem kifogástalan. Az AB-készítmények levegőn állás közben, különösen vizben oldva oxydálodnak, toxikus termékek képződnek, melyek NK idézhetnek elő. Ezt az osztályunkon végzett állatkisérletek szépen igazolják.

Forgalomban lévő, tehát klinikailag ártalmatlannak talált készítményeket használtam fel kisérleteimhez. Az AB-oldatot különböző ideig állni hagytam és egereknek injiciáltam. Ezek az oldatok bizonyos idő után toxikussá váltak és az egerek shok tüneteiben eldöglöttek. *Cederkreutz* közlése szerint ugyanazon a napon egymás után 6 betegen jelentkezett NK. még pedig *különböző* gyártási sorozatú készítmények után. Nem lehetett feltételezni, hogy ezek a készítmények melyeket állami ellenörzés után hoztak forgalomba, mind rosszak lettek volna. Kiderült, hogy a fecskendő dugattyujára és a fecskendő aljára tapadt régi salvarsanmaradék volt az oka a sorozatos NK-nek. Fecskendőcsere után NK. többé nem is jelentkezett. A készítmény hibás voltát csak akkor lehet felvenni, ha minden más kimutatható ok nélkül ugyanazon gyártási számú készítmény használata mellett sorozatosan lép fel a NK. Más szerzők, kik közül *Kritschewsky*-t kell kiemelni, fizikai és kémiai úton akarják az NK-t magyarázni. Kétségtelenül feltételezhető, hogy a vérkolloidok dispersitás-fokának megváltoztatása, ill. serum-praecipitatio is oka lehet ilyen tünetnek. De sem ez, sem az anaphylaxiás elmélet a NK. elfogadható magyarázatát nem adja. *Jakobson* és *Sklarz* szerint az AB a szövetek ion-egyensúlyának mint pld. a földfém (calcium) -és alkali ionok viszonyának eltolódását okozza. Ujabban *Serafisi* felelevenítette ezt a felfogást és azt találta, hogy a nátrium és klór megvonása a kálium, a calcium és magnesium mennyiségének növelésével olyan ion-miliőt teremt, mely mellett a NK. és a vele rokon tünetek elmaradnak, a megfelelő diétás előkészitést kiegészitik azzal, hogy az AB-t kationormban oldják.

A felsorolt magyarázatok egyike sem kielégitő. Az irodalom áttanulmányozása, valamint saját tapasztalataink alapján a NK-t egyetlen közös okra visszavezetni nem lehet. Kétségtelen, hogy vannak készítmények, illetőleg egyes gyártási sorozatok, amelyek gyakrabban, néha sorozatosan idéznek elő crisist, tehát nem tagadható, hogy a készítmények minősége fontos szerepet játszik. Ilyen rossz készitmény az állami ellenőrzés miatt ma már nem kerülhet forgalomba. Előfordul, hogy államilag ellenörzött, nagyszámú beteg által jól türt készítmény is előidéz NK-t de csak arra disponált egyéneken. Tehát teljesen kifogástalan készítmény is előidézheti ezt a melléktünetet, de nem megfelelő AB-készítmény különös dispositio nélkül is kiváltja ezt a jelenséget.

A NK. legjobban megfelelő magyarázatát *Jancsó* adja aki histo-chemiai eljárásával az AB-nak a szervezetben való további sorsát figyelte meg kisérleti állatokon. Kistestű állatoknál, mint pl. egér, patkány, AB. adagolására, heveny shock lép fel melynek tünetei megegyeznek az emberen fellépő angioneurosisos tünet-

csoporttal. Jelenségei: erős dyspnoe, cyanosis, a szemek kidüllednek, nyálfolyást látunk. Az állat eldöl, reflexei megszűnnek (cornea, stb.), epileptiform rángások, görcsös légzés mellett az állat megdöglik.

Ilyen shokban elpusztult állatok összes szerveit dolgozta fel *Jancso* histo-chemiai AB reactiójával. Azt találta, hogy az állatok tüdeje tele van AB-rögökkel, embolusokkal. Az aorta érterületén, a szivizomban, a vesében, a bőrben, az agyban a reticuloendothel sejtjei telve vannak AB szemcsékkel. Az érrendszer endotheljе insultust szenved és ez valamint az embolia magyarázza a shokot. Kisérleteivel igazolta, hogy olyan anyagok, melyek a vérben praecipitatumokat képeznek, az AB-shokkal azonos tüneteket, shokhalált idéznek elő. Ilyen anyagok a benzopurin és az azokék, mig más anyagok mint pld. a rokon trypánvörös és trypánkék ugyanolyan adagban nem okoz tüneteket, mert nem képez praecipitatumot. *Milkó* (1931) chinin-resorciventől származó shokot ír le. Az AB-ok praecipitatumot képezhetnek és így hozzák létre az angioneurosisos tüneteket. De suspensio és colloid oldat is okozhat NK-t, mint pld. tej, olajsuspensio, tus, collargol és más colloidfém oldat. *Jancsó* kisérletei szerint nem minden AB okoz egyforma gyakorisággal shokot. Már *Milián* említi, hogy az alt-solvarsan 80%-ban okoz NK-t, ha savanyú oldatban adják, mert a vérben ilyenkor erős praecipitatumot képez. Az alkalizált alt-salvarsan oldat is praecipitatumot eredményezhet a vérben ha nem is olyan durvát, mint az előbbi, *Milian* szerint 10%-ban ma már alig használt ezüst-salvarsan nagy százalékban okozott NK-t. *Jancsó* szerint praecipitatumot nem képez a vérben a formaldehydsulfit-salvarsan, a dyoxydiamidoarsenobenzol-dymethan sulfonsavas natrium és a cukor-salvarsanok. Osztályunkon még folyamatban lévő kisérletek is megerősíteni látszanak azt a feltevést, hogy a nem savi vagy alkaliás vegyhatású AB-derivátumok kevésbbé okoznak NK-t, mert a pH vizsgálatoknál azt találtuk, hogy a formaldehydsulfid salvarsanok pH-ja, mint pl. a m-diamino-p-dyoxyarsenobenzolmethylensulfoxylsavas natrium, 6.5—7.2 között van, tehát a lúgo ill. az amphoter felé tolódik, míg a di-oxydiamino-arsenobenzolmonomethylen-sulfoxylsavas natrium ph-ja 7.8—8 között ingadozik tehát már erősen lugos felé tolódott.

A NK-es halál esetén a boncolás általában olyan elváltozásokat talál, melyek elsősorban az érrendszer bántalmazottságát jelzik. A NK. tünetei főképen érzavarok, melyek részben a vasomotor-központ, illetőleg a sympathiás érrendszer bénulására mutatnak, részben pedig az erek anatomiai laesiójára engednek következtetni, különösen a vérzésektől kisért NK-nél.

Boncoláskor agyi ödema mellett főképen a kis erek, a prae- és capillarisok endotheljének degeneratióját, thrombus-képződést, perivasculáris vérzést találnak. Ezek az elváltozások reverzibilisek lehetnek és jogos az a feltevés, hogy talán ilyen kisebbfokú elváltozások szerepelnek a gyógyulással végződő esetekben is. fontosnak kell tartani a klinikai kórkép alapján a vasomotoridegrendszeren át lezajló functio-zavarokat, melyeknél az említett anatomiai elváltozások háttérben maradnak. Kétségtelen miként azt már *Milian* is hangsúlyozta, hogy NK-re hajlamosak olyan betegek, kiknél valamely vérkeringési zavar van jelen, különösen Basedow-kór, mellékveseinsufficientia következtében. Ezért Basedow- és Addison kórban szenvedőknél az AB-kezelés a legnagyobb elővigyázatosságot igényli.

E tekintetben érdekes *Hellfors* esete: egy nőbetegének provocálás céljából 0.15 gr-os neosalvarsant adott, röviddel a befecskendezés után collapsus, cyanosis lépett fel és a beteg csakhamar meghalt. A boncolás két oldali mellékvesetuberculosist talált, melynek tünetei klinikailag nem voltak kimutathatók. *Milian* szerint tabeses és paralysises betegek fokozottan disponáltak NK-re, ezeknél kb. háromszor oly gyakran lép fel, mint másoknál.

Adrenalinnak a NK. ellen észlelt jó hatása igazolni látszik, hogy a vasomotorcentrum (a splanchnicus ereinek tágulása) izgalma váltja ki a NK-t.

Ensbrunner az AB-károsodásokat allergiás eredetünek tartja és a shokot anaphylaxiás eredetűnek gondolja.

A NK-t egy okra visszavezetni nem lehet, bár *Jancsó* vizsgálatai elég jól magyaráznák. A klinikai észlelésekből viszont az látszik, hogy egyébb factorok is szerepelhetnek az angioneurosisos tünetcsoport kiváltásában.

A nitritoid crisis kezelése:

Minden más eljárást kiszorított a *Milian* által ajánlott adrenalin, mely a NK-nek szuverén gyógyszere. Ha az adrenalin nem elég gyorsan hat, ennek oka véleményem szerint, hogy a készítmény nem friss, bomlott (barna csapadék az ampullában) ezért kivánatos lenne minden adrenalin-készítményen feltüntetni, hogy mennyi ideig hatékony. Az adrenalin a crisis prophylaxisára is alkalmas, egy betegünknél kinél igen erős NK. lépett fel, a további injectióknál egy csep tonogent adtunk az AB-oldathoz, amikor a NK. elmaradt. Sokan prophylaktikusan ½ órával a befecskendezés előtt 2 mg. adrenalint adnak subcután. Annak a felfogásnak megfelelően, hogy a NK-t a vércolloidokban bekövetkező változások idézik elő, ajánlották oly anyagoknak befecskendezését, melyek a vér viskositását emelik, mint a cukor, glycerin, szóda ill. natrium bicarbonát. A legtöbben az AB 20%-os szöllő- vagy tejcukor-oldatban való oldását ajánlják. Mások az erek áteresztőképességének csökkentésére, valamint az ion-miliő kedvező áthangolására calciumchloridot, vagy más calciumvegyületet használnak oldószerként a crisis megelőzésére.

Legújabban jó eredményt láttak a NK. prophylaxisában a C-vitamin praeventiv adagolásával. *Dainow* közölte, hogy C-vitamin oldatban (1%) az AB tolerantiát sikerült megjavítania. Kiemeli, hogy emberen a C-vitaminnak az AB-ártalmak megelőzésében sokkal nagyobb hatása van, mint a kisérleti egereken, mert a hypovitaminosis emberen gyakori, míg egéren nem fordul elő.

Erre nézve állatkisérleteink a következő eredményt adták:

I. Kisérleti sorozat.

24 óráig állott 1:120 higitású J. gyártási számú neosalvarsan oldat C-vitaminnal.

Sorszam	Az egér súlya dgr	Dosis ccm	A beadás ideje				Exitus				Megjegyzés
			hó	nap	óra	perc	hó	nap	óra	perc	
1.	18	0.9	II.	16.	14	20	5 napon túl is él				
2.	15	0.75	II.	16.	14	22	II.	17.	6		
3.	18	0.9	II.	16.	14	25	II.	17.	6		
4.	15	0.75	II.	16.	14	29	II.	17.	6		
5.	18	0.9	II.	16.	14	31	II.	17.	10		
6.	17	0.85	II.	16.	14	32	II.	17.	6	30	
7.	15	0.75	II.	16.	14	36	II.	17.	7		
8.	16	0.8	II.	16.	14	39	II.	17.	6	15	
9.	15	0.75	II.	16.	14	41	II.	17.	6	30	
10.	16	0.8	II.	16.	14	43	5 napon túl is él				

Az injectio beadása után cyanosis, az állatok oldalt dültek, de később magukhoz tértek.

II. Kisérleti sorozat. (Controll.)
24 óráig állott 1:120 higítású J. gyártási számú neosalvarsan oldat.

Sorszám	Az egér súlya dgr.	Dosis ccm	A beadás ideje				Exitus				Megjegyzés
			hó	nap	óra	perc	hó	nap	óra	perc	
1.	18	0.9	II.	16.	16	18	II.	17.	9		
2.	16	0.8	II.	16.	16	22	II.	16.	19		
3.	16	0.8	II.	16.	16	30	II.	16.	16	34	
4.	14	0.7	II.	16.	16	32	II.	16.	19	25	
5.	14	0.7	II.	16.	16	35	II.	16.	19	25	
6.	17	0.85	II.	16.	16	38	II.	16.	20		
7.	16	0.8	II.	16.	16	41	II.	16.	16	59	
8.	15	0.75	II.	16.	16	45	II.	16.	16	45	
9.	15	0.75	II.	16.	16	46	II.	16.	19	35	
10.	20	1.0	II.	16.	16	52	II.	16.	17	02	

A kisérleti állatok egy kivételével 4 óra 18-től—8 óráig mind nagyfokú cyanosis, epileptiform rángások között megdöglöttek, csak egy érte meg a másnap reggelt.

Kisérleteim előtt meghatároztuk a C-vitamin egérdosisát. Ha az adag nagy volt, ha 20 g-os egérnek 1 cm-ben 1500 I. e. C-vitamint ill. acidum ascorbinicumot adtam, az állat villámszerűen már az injiciálás közben epileptiform rángások közben eldöglött. Ilyenkor az egereken nagyfokú cyanosis, meteorismus, spontán vizelés volt megfigyelhető.

Az 1:120 higítású AB-oldat 1 cm-jéhez 6 I. e. C-vitamint adtam (6. I. e. = 0.3 mg. C-vitaminnal). 1:120 hígítású 24 óráig állott AB-oldatot kontrollnak pedig 1:120 higítású AB-oldat szolgált.

Kisérleteink megerősítiü *Dainow* állítását, hogy az AB-toxicitás C-vitaminnal csökkenthető. Kisérletemhez a Richter-gyár *proscorbin*-ját használtam, melynek szíves átengedését e helyen is megköszönöm.

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

Deseptyl az orbánc kezelésében.

Irta: *Nagy József dr.*

Végigtekintve az orbánc gyógykezelésének a történetén, nagyon sok gyógyszert találunk, melyek a mindenkori szerzők ajánlása szerint „minden eddig használt gyógymódnál hatásosabbak". Ha azonban figyelembe vesszük azt, hogy az orbánc esetek egy része magától is meggyógyul, bizonytalanságban leszünk a szerek értéke felől, ha a gyógyulás csak hosszabb idő — 5—15 nap — alatt következik be hatásukra.

Neuber szerint azért mutatkozik hatásosnak az orbánc gyógykezelésében olyan sok és különböző gyógyszer és gyógyeljárás, mert e betegség kóroktana talán nem is egységes. Az orbáncot a streptococcuson kívül a staphylococcus *(Jordan, Jochmann)*, pneumococcus *(Reiche)* is okozhatja és míg az egyikben valamely szer hatásosnak mutatkozott, a másik esetben hatástalan marad. *Berde* arra is gondol, hogy az orbáncban a streptococcus mellett esetleg más kórokozó is (virus?) szerepet játszik.

Az orbánc belső kezelésében három út áll rendelkezésünkre:

1. A szervezet ellenállóképességének a növelése által (vérátömlesztés, roborálás, belső tüneti kezelés).

2. A szervezet fajlagos immunitása fokozásának segítségével (gyógysavó).

3. A kórokozók elpusztítása vegyi anyagok segítségével.

Chininnel, urotropinnal, resorcinnal stb., methylenkékkel, a colloidalis ezüstkészítményekkel, argoflavin és acridin származékokkal (trypaflavin, rivanol) folytatott gyógykisérletek a hozzájuk fűzött reményeket nem elégítették ki, mivel valamennyi gyógyszerrel a streptococcus okozta fertőzések ellenállónak bizonyultak. Olyan adagok és anyagok viszont, melyek a kórokozót talán elpusztíthatták volna, nagyfokú organotropiájuknál fogva a gyógyítás szempontjából természetesen hasznavehetetlenné váltak. Később az *azo-festékek* csoportjában kutattak csekély organotropiájú és fokozott parasitatropiájú vegyi anyagok után.

Eisenberg vette észre, hogy a bakteriumfestésre használt *chrysoidin* a Gramm-positiv csírák fejlődését 1:10.000, a Gramm-negativokét pedig 1:1000 hígításban gátolni tudja. Szerinte a festékek „félig specifikus anyagok" és hatásuk nem bakteriumölő képességüknek köszönhető, hanem a bakteriumok szaporodásának a gátlása által (1928). A legtöbb, a streptococcus ellen hatásos chemotherapeutikumnak az alapanyagát a 2, 4, diaminoazobenzol vegyület képezte és a *Mietsche* és *Klaer* által előállított 4' sulfonamid- 2, 4, diaminobenzol (prontosil) nagyon hatásosnak mutatkozott mind az orbánc, mind a gyermekágyi láz esetiben, valamint más genyedéssel járó betegségben is.

1935-ben *Domagk* ismertette gyógykisérleteit és e festékanyagok fajlagos hatását a molekulában levő azokötésnek tulajdonította. *Tréfouel, Nitti* és *Bovel* szerint nem az azo-kötés, hanem a benzolhoz kötött sulfamidogyök az, ami hatásos. *Fuller* kimutatta, hogy a 4' sulfamido- 2, 4, diaminoazobenzol adagolása után a vizeletben *p. aminobenzolsulfamid* jelenik meg, ami szintén hatásos streptococcus ellenes szer, mivel az azo-festékek és ezen egyszerűbb felépítésű, benzolgyűrűhöz kötött sulfamido-gyököt tartalmazó vegyületek között chemiai rokonság áll fenn. Nagy előnye ezen p. aminobenzolsulfamidnak a színes azo-festékekkel szemben, hogy kevésbbé mérgező, ami talán a sulfo-gyökkel magyarázható.

Ilyen készítmény a *„Deseptyl"*-Chinoin is, mely vegyileg p. aminobenzolsulfamid. Amellett, hogy a streptococcussal fertőzött szervezetben biztos, erélyes és specifikus hatása van, alig mérgező. Egérre, a legkisebb mérgező adagja 100 gr. testsúlyra számítva 0.50 gr., kutyánál testsúly kg-ként 0.5—1.0 gr. sem mérgező.

A deseptyl a bélcsatornából elég gyorsan felszívódik, úgy hogy a vérben néhány óra alatt eléri a legnagyobb concentratiót. Leginkább a vizeletben választódik ki, de kimutatható a nyálban, epében és más nedvekben is. Kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. Peroralis adagoláskor a gyomor-bélcsatornát, májat és a kiválasztó szerveket nem támadja meg. Egyéni túlérzékenység azonban állhat fenn e szerrel szemben (körmök elkékülése, gyomorpanaszok). Deseptyl-kezelés alatt sulfatos hashajtókat ne adjunk. Nagy dosisok hosszantartó adagolása esetén ajánlatos a vér haemoglobintartalmát ellenőrizni. A színképben kimutatható sulfhaemoglobin nem tiltja a kezelés folytatását, csupán a haemoglobin-tartalom rohamos csökkenése esetén kell a kezelést abbahagyni.

A deseptyl értékét *Czeyda-Pommrsheim* ismertette először az Orvosi Hetilap 1937. évi 11. számában; igen jó klinikai eredményről számolva be 177 orbánc eset kapcsán. Klinikánkon e szert közel egy év óta orbáncos megbetegedésekben és más genyező folyamatokban is

kedvező sikerrel alkalmaztuk. Betegeink helyi kezelésen kívül más kezelésben nem részesültek, a várt hatást minden esetben elértük. Öregeknek, kiknek szivizomelfajulásuk volt, valamilyen cardiacumot is adagoltunk. A betegek a szert tabletta alakjában szedték. Kezdetben étkezés előtt kapták, de később enyhe gyomorpanaszaik miatt étkezés után adagoltuk. Egyetlen esetben kellett csak sósavpepsint adagolnunk, a hatás azonnal mutatkozott, a beteg a tablettákat jól tűrte. Kezdetben napi 3×2 tablettát adagoltunk (2.40 gr. hatóanyag), de később a napi adagot 3 tablettára leszállítva ugyanazt a hatást tapasztaltuk: a láz leszállása, a a folyamat visszafejlődése, a közérzet és a klinikai tünetek javulása ugyanannyi időre következett be. Csak egy pár esetben kellett az eset klinikai súlyossága miatt napi 3-nál több tablettát adagolnunk. A kezelést a klinikai tünetek és a helyi tünetek javulásáig, illetve teljes eltűnéséig folytattuk. Húsz, tisztán deseptyllel kezelt beteg közül 13 nő és 7 férfi volt. Az eseteink közül hetet *Gerencsér Nándor dr.* észlelt. Betegeink közül egy nő előzőleg már háromszor, két férfi két ízben volt orbáncos. A betegek kor szerinti megoszlása:

A beteg kora	A beteg neme:	
	férfi	nő
1—20 éves	—	2
21—30 éves	1	1
31—40 éves	3	4
41—50 éves	1	2
51—60 éves	2	2
61—80 éves	—	2
Összesen:	7	13

A kezelt betegeket két csoportba oszthatjuk:

1. Az elsőleges orbáncos betegek csoportjába *(Schottmüler)*, kiknél a fertőzés kapuja egybeesik az orbáncos góccal. Ebbe a csoportba 13 betegünk tartozott.

2. A másodlagos orbáncos *(Unna)* betegek csoportjába, kiknél más fertőzéses góc körül alakul ki másodlagosan az orbánc, pl. tályog, furunculus, folliculitis, stb. eseteiben. Ebbe a csoportba tartozott hét betegünk.

Eseteink 70%-ban az orbánc az arcon, 20%-ban a jobb alsó végtagon, 10%-ban a bal alsó végtagon volt. Eseteinket sima és szövődményes lefolyású esetekre oszthatjuk. Szövődményes eseteink két csoportba oszthatók. Az első csoportba két esetünk oz orbánccal közvetlenül összefüggésbe nem hozható (bronchitis, tüszős mandulagyulladás). Második csoportbeli szövődményünk (azaz orbánc után jelentkező) csak egy volt: az orbáncos lábon elephantiasis keletkezett. Ez a beteg az orbáncos tünetek elmúltával klinikánkról távozott és az elephantiasisa további sorsáról semmit sem tudunk. Phlegmoneval, tályoggal szövődött esetünk nem volt.

Elsőleges orbáncos betegeink sorsáról a következőkben számolhatunk be:

A betegek az orbánc keletkezése óta eltelt 1—7 nap múlva kerültek klinikánkra. A láz a felvételkor a legtöbb esetben 38.5—39.5 C° volt. Ennél nagyobb lázzal két beteget, láz nélkül pedig szintén kettőt észleltünk. A legtöbb esetben a láz a felvételihez viszonyítva emelkedett és a felvételtől számított első 24 óra alatt érte el a tetőfokát. A láz a kezelés kezdetétől számított 24—36, legtöbb 48 óra alatt elmúlott. Egyetlen esetben láttuk csupán, hogy a láz leszállása csak 12 nap múlva következett be, amikor a beteg a kezelés kezdetétől számított négy nap múlva subfebrilis volt (hőmérséklete lytikusan oldódott), ez az állapot két napig tartott és a kezelés 6-ik napján a combon ugrászerűleg újabb orbáncos góc keletkezett, a beteg ismét lázas lett és csak 12 napi kezelés után vált láztalanná. A beteg naponta 6 tablettát is kapott, jól lehet, hogy ez is kevés volt a beteg testsúlyához viszonyítva (125 kg.), talán ezzel volt magyarázható a hosszan tartó lázas állapota, de épígy a kövérek csökkent reactioképességével is. Nincs kizárva az sem, hogy itt deseptyl-resistens esettel állunk szemben, de errol a kérdésről a kellő számú észlelés hiánya miatt véleményt nem mondhatunk. A klinikai képet és a betegség lefolyását figyelve, ami a deseptyl hatásának szinte a mértékegységét adja, a következőket tapasztaltuk:

A folyamat csak az első 24 órában terjedt egy keveset. Egyetlen esetben láthatóan még a második napi kezelés után is. Már az első 24 óra elmúltával az elváltozás határai elmosódtak, a szélek nem voltak kiemelkedők és a halványodást is jól lehetett észlelni. A bőr feszülése enyhült, valamint annak fénylő színe is tompafényűvé vált. Az erysipelas bullosumnál a hólyagok falai összeestek és tartalmuk beszáradt. Volt olyan esetünk is, hol a kezelés folyamán hólyagok keletkeztek, ezek elmúltával bőralatti vérzések jöttek létre, melyek csak lassan szívódtak fel. A betegek hőmérséklete az első 24 óra elteltével szinte kritikusan esett le, a második napon subfebrilissé vált, a láztalan állapot csak a harmadik-negyedik napon következett be. Volt olyan esetünk is, hol a láz megszűnése 3—4 nap alatt következett be, napi 1—1½ fokkal süllyedve. A lázas állapot elmúltával a beteg közérzete is javult. Deliriumot és soporosus állapotot, a beteg nagyfokú elgyengülését — ami az orbánc régebbi kezelési módjainál gyakran előfordult — a deseptyllel kezelt betegeinken nem láttunk. Az érverés a láznak, vagy a subfebrilis állapotnak megfelelő volt. Ettől eltérést nem észleltünk. Leszámítva azt, hogy a deseptyl-kezelésnek a hatásfoka az orbáncos megbetegedéseknél 100%-nak vehető, nagy előnye ennek a szernek, hogy a kezelést megrövidíti. A klinika régebbi beteganyagából 100 helyi kezeléssel, belső fertőtlenítő szerrel, (urotropin, resorcin stb.) állati eredetű orbánc elleni savóval, röntgennel, vagy ezek közül többfélével is kezelt esetet tanulmányozva azt tapasztaltuk, hogy a kórházi ápolás átlag 7—15 napig tartott, a lázas napok száma pedig 5—10 volt. Ezzel szemben a Deseptyllel kezelt betegeket átlag csak 6 napig ápoltuk, a lázas napok száma 1—2—3 volt.

A vörösvértestek süllyedési sebességét *Westergreen* eljárása szerint a beteg bejövetelétől kezdve naponként határoztuk meg. A leolvasást 1, 2 és 24 óra mulva végeztük. A bejövetelkori érték fokozott volt. A süllyedés legnagyobb értéke a láztalanná válás idején volt, vagy az azt követő napokon volt a legnagyobb. Mivel a fokozott gyorsulás aránylag későn (két-három nap múlva) áll be, ezt a tünetet a betegség súlyosságának a megállapítására nem használhatjuk. A megbetegedéstől számított második-harmadik naptól kezdve, amikor a vvs. értéke a legnagyobb, csökkenés mutatkozik, úgy hogy a teljes gyógyuláskor az élettani érték legalsó határán van. Az orbáncban a vvs.-t kórjelzéstani szempontból legfeljebb csak arra használhatjuk, hogy a beteget a klinikai tünetek javulása után addig fektetjük és tartjuk lábadozónak, amíg az érték a rendes élettani határ felé nem közeledik. A vizsgált esetekben azt tapasztaltuk, hogy a vvs. értékének a növekedése vagy csökkenése a fehérvérsejtek számával párhuzamosan nő, vagy kisebbedik.

Csaknem minden betegen végeztünk fehérvérsejtszámlálást és a minőleges vérképet is meghatároztuk. Az fvs. száma az enyhébb és súlyosabb lefolyású esetek szerint változott. Átlagos érték a bejövetelkor 11.000—

12.000 között volt. A láz elmaradása napján ez a szám nagyon csökkent s mikor ez nem következett be zuhanásszerűleg, akkor a láz is csak lytikusan esett és a klinikai tünetek is csak lassan, vontatottan multak el. A láz kimaradásától számított harmadik, vagy negyedik napon a leukocytosis az élettani határérték felé közeledik. Abban az esetben, amikor az ötödik napon az érték 11.000-en felül volt, nemcsak a klinikai javulás húzódott el, hanem más helyen újabb orbáncos góc keletkezett. Itt kell megemlítenünk azt, hogy más szövődményes orbáncos esetünkben is, amit más gyógyeljárással kezeltünk, a láz elmaradása után a fvs.-szám magas volt és nem csökkent. — Néhány nap mulva tályog és phlegmone keletkezett és a geny levezetéséről kellett gondoskodnunk. Feltehető, hogy ebben az esetben a magas fvs.-szám, ami a klinikai tünetek javulása ellenére sem csökkent, már előre megmutatta a bekövetkező és várható szövődményt. Érdemes lenne ezt vizsgálat tárgyává tenni, mert ha ez több esetben is így van, akkor ennek prognostikai jelentősége is lehet. A fvs.-szám és a vvs.-szám közötti összefüggésről még csak azt kell megjegyeznünk, hogy a két érték nem halad párhuzamosan, a leukocytosis csökkenése a vvs.-süllyedés legnagyobb értékének idejére esik.

A laboratoriumi vizsgálatokat a qualitativ vérkép ellenőrzésével is kiegészítettük, melyek megegyeznek a *Frankl* által klinikánkon észleltekkel, amit a prontosillal gyógyított orbáncos betegeken végzett. Vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

A *Schilling* szerinti haemogramm határozott regenerativ balratolódást mutatott.

Az eosinophil sejtek száma átlag 2—4% volt. Az első és második észleléskor a számuk az élettani határértékek között volt, azonban a klinikai tünetek javulásával az eosinophil sejtek száma nő. A lábbadozás végén átlag 7—8%. Az eosinophil sejtek számának a növekedése a klinikai kép javulásával együtt jár. Arra nézve nincsenek észleléseink, hogy a gyógyulás után, mikor lesz a számuk az élettani körülményeknek megfelelő.

A neutrophil sejtek száma átlag 70—80% volt, (beleértve ezek fiatal alakjait is: pálcika magvúak, fiatal), határozott toxikus szemcsézettséggel. Az érett neptrophil (karéjos, v. lebenyes magvú) vérsejteket figyelve azt láttuk, hogy számuk 68—70% volt. A leukocytosis csökkenésével a toxikus szemcsézettség és az érett neutrophil sejtek valóságos száma is csökkent. Az érték 58—61% volt. A neutrophil sejtek fiatal alakjai az első számláláskor átlag 8%-ban voltak jelen. A számuk csökken a kezelés kezdetétől számított második 24 órától kezdődőleg, amikor 4—5%-ot ér el. A pálcikamagvúak fiataloknál nagyobb számban voltak jelen.

A lymphocyták száma az első vizsgálatkor 18—20% volt. A beteg javulásával párhuzamosan számuk is nőtt, sokszor a normalis határértéken felüli számot is tapasztaltunk. A lymphocyták számának növekedése a folyamat gyógyulását jól mutatja.

Monocytákat úgy a betegség kezdetén, mint a végén megtaláltuk, jelentősebb számbeli ingadozás nélkül. Számuk átlag 5—8% között volt.

A különböző fajtájú fehérvérsejtek absolut-számát nem határoztuk meg, mert ez a leukocytosis és a qualitativ vérkép segítségével könnyen megállapítható és amazoknál többet nem mond.

A deseptyllel kezelt betegeken az orbánc kiujulását egy esetet kivéve nem láttuk. Ez esetben a kezelés hatodik napján, az elsőleges góc gyógyulása után újabb orbáncos góc keletkezett és az előzővel együttvéve 12 napi ápolás után gyógyult.

A középsúlyos esetek klinikai lefolyása egymástól nem különbözött. A kezelést követő első 24 óra mulva határozott javulás mutatkozott: a bőr feszessége enyhült, a pir csökkent, a bőr fénylő szine tompává vált. A folyamat tovaterjedése megállt, az elváltozás ellapult, a szélek elmosódottakká váltak. A láz kritikusan, vagy két három fokkal is csökkent. A láz oldódása két nap alatt a legtöbb esetben bekövetkezett. Minden esetben leukocytosist találtunk. A fehérvérsejtek száma a klinikai tünetek javulásával, mind inkább közeledett a rendes értékéhez. A vvs. legnagyobb értéke a betegség kezdetétől számított 5. napra esett. Ettől kezdve a folyamat gyógyult, a süllyedés értéke is mind inkább közeledett a rendes felé. Székletben, vizeletben kóros eltérést nem észleltünk. Fehérjét, cukrot a kezelés tartama alatt nem tudtunk kimutatni.

Hat másodlagos orbánc esetünk volt. Egyik esetünkben atheroma műtét után a gyógyuló sebből kiinduló és három ízben is recidiváló folyamat. A beteg két ízben más kezelést is kapott, csak harmadik visszaesése alkalmával kezeltük deseptyllel és e szernek *Berde* professor szerint végzett huzamosabb adagolásával sikerült a visszaesést elkerülnük. Két esetünkben az orbánc az orrnyilásban levő furunculusokból és folliculitisekből indult ki; egy esetben dermatitis artefecialis után keletkezett; egy olyan esetet is észleltünk, hol megnyitott genyes hydradenitis-ből indult ki, és öt nap mulva, amikor a beteg klinikánkra került, a felkaron csak halvány pir volt kivehető, viszont az arcon a folyamat akkor kezdődött. A beteg a rendes időre gyógyult és genyező sebe is feltünő gyorsan javult. Ez az eset azt is bizonyítja, hogy más eredetű, genyező folyamatokra is jó hatással lehet a deseptyl. Egy másik esetünkben a lábszáron elhelyezkedett pyodermánál keletkezett az orbánc. Másodlagos eseteink klinikai lefolyása, a láztalanná válás ideje, a beteg közérzetének a javulása semmiben sem különbözött elsőleges eseteinktől. Az orbáncról szóló, régebbi munkákban leirt súlyos, szövődményes esetet a Deseptyl kezelés bevezetése óta nem láttunk.

A deseptyl hatásmódjának az elképzelése igen különböző és ezért van az, hogy nagyon sokszor az egyik magyarázat a másikkal teljesen ellentétes.

Collebrook, Buttle és *O'Mera* vizsgálatai szerint a p. aminobenzolsulfamid baktericid hatású. Akadtak szerzők, kik ezeknek a szereknek az *in vitro* is történő baktericid hatását kimutatták. Szerintük az is bizonyítja, hogy e szer baktericid hatású, mert az orbáncból felgyógyult (pl. deseptyllel kezelt) beteg ellenálló képessége az ujabb fertőzéssel szemben kicsi és recidiva bármikor létrejöhet. A gyógyszer baktericid hatásánál fogva a kórokozók elpusztulnának és így ellenük a szervezet nem védekezik: védtelenül marad az ujabb fertőzéssel szemben.

Ez a magyarázat nem valószinű és nem értjük meg belőle, hogy miért jöhet létre pl. deseptyllel kezelt esetben még a gyógyulás folyamán is visszaesés. Ha a baktériumok ellenállóképességét bántalmazó vagy baktericid szerrel állanánk szemben, akkor nem lehetne megmagyarázni azt, hogy ugyanazon szervezetben a bőr egyik részében elpusztulnának a kórokozók és a másikban pedig nem.

Levaditi és *Vaismann* szerint ezek a „chemotherapeuticumok" a kórokozók ellenálló képességét csökkentik és így ezek nehezebben állanak ellen a szervezet védekező erejének. Ezt azzal próbálják magyarázni,

hogy a vegyi anyagok kötődnek a kórokozók sejtjeinek a porotoplasmájához, megváltoztatva annak cytologiai szerkezetét, és a kórokozók életképessége ezáltal csökken.

Más vizsgálatok szerint ez a szer még a szervezet védekező erejét is növeli olyan formán, hogy a tehermentesített szervezet könnyebben meggyógyulhat. A p. aminobenzolsulfamid hatását itt úgy magyarázzák, hogy a benzolgyürűhöz kötött sulfamidcsoport a szervezetet áthangolja nem fajlagos módon, a szervezet ellenállóképességének és a védőanyagok termelése által. Ez a magyarázat érthetővé teszi a p. aminobenzolsulfamiddal kezelt szervezetben létrejövő recidivákat is. Ez a szer serkenti a szrvezet védekező erejét annyira, hogy ha a bakteriumokat nem is tudja elpusztítani, de legalább számára ártalmatlanokká teszi. A visszaesést a szervezet helyi- és általános ellenállásának a csökkenése, valamint a szervezetben saprophytaként jelenlevő és parasitává való kórokozók okozzák.

Hogy ezek a szerek a szervezet természetes védekező erejét serkentik és segítik, azt az is bizonyítja, hogy a klinikai lefolyás, a leukocytosis, a vérkép viselkedése megegyezik az önként, röntgen besugárzásra és a fajamás fehérje adására gyógyuló orbáncéval. A gyógyulás folyamata a deseptyllel kezelt esetekben gyorsult. Igaz, hogy még ma sem ismerjük az antisyphiliticukok pontos hatásmódját, de mivel ezek még a szervezetben történt óriási felhígulásuk után is hatásosnak bizonyultak a spirochaetákkal szemben, feltehető tehát, hogy a p. aminobenzolsulfamid készítmények is hatásosak tudnak lenni a coccusokkal szemben, de csak az élő szervezeten belül, a védekező erők serkentése és támogatása által.

Long és *Bliss* szerint a fenti szerekkel kezelt esetekben feltünő nagy volt a *phagocytosis*. Lehetséges az, hogy az opsoninok és bakteriotropinok hatásával megegyezően elősegítik és lehetővé teszik a phagocytosist. Hogy a retikuloendothel rendszerre van-e hatása, az még nincs eléggé tisztázva. Mivel számos kisérlet bebizonyította, hogy a fertőzések elleni védekezésnél a R. E. R. sejtjei a makrophagok és granulocyták (mikrophagok) mellett a bakteriumok elpusztításában biztosan segédkeznek *(Boros)*, feltehető, hogy a p. aminobenzol készítménynek e rendszer sejtjeire is serkentő hatásuk van.

E sok theoria, magyarázat dacára kétségtelen, hogy a p. aminobenzolsulfamid (deseptyl) nem aspecifikus, ingertherápiás, hanem valóságos chemotherapeuticus gyógyszer. Alkalmazása kényelmes s a savók által okozott anaphylaxiás és serum-betegséget, vagy a nemspecifikus ingertherápiával létrejövő rázóhideget nem okoz. Ellenjavallata úgyszolván nincs, s így a magunk tapasztalatai alapján megerősítjük mindazt, amit *Czeyda-Pommersheim* közölt a szer klinikai értékéről.

A legnanoi kórház belgyógyászati oszályának közleménye. (Főorvos: Gandellini Aldo.)

Az úgynevezett „bolgár-kúra" eredményei enkephalitises parkinsonismusban.

Irta: *Gandellini Aldo dr.*, főorvos.

Az enkephalitises parkinsonismus gyógyítása még néhány év előtt is csupán egynéhány, a belladonnában fellelhető alkaloida alkalmazására szorítkozott. A belgyógyászok és ideggyógyászok egyértelmű tapasztalatai szerint azonban ezen gyógykisérletek eredményei vitathatók voltak. Az új gyógymód, melyet a bolgár *Ivan Raeff* honosított meg, lényeges haladást jelent az eddigiekkel szemben, de az a lelkesedés, mellyel ezt a „bolgár-kúrát" mindjárt kezdetben többhelyütt fogadták, némelyek szemében túlzottnak látszott. Az eredmények mindenesetre azt mutatták, hogy az enkephalitis bizonyos szövődményeire kifejezett gyógyhatása van. A szembenállók véleménye szerint ez az eljárás pusztán empiriás tapogatódzás, mely nem különbözik lényegében az előző gyógyeljárásoktól, talán csak abban, hogy több benne a misztikus, suggestiv elem.

Az újabb biológiai, gyógyszerhatástani és klinikai ellenőrző megfigyelések azonban megerősítették a kedvező észleléseket. Ma már nem tekintjük ezt a kúrát csupán empirián alapuló gyógyeljárásnak. Az összalkaloidákat alkalmazó bolgár kúra szélesebbkörű alkalmazását és elterjedését nagyban elősegítette savoyai *Elena* királyné és császárné érdeklődése ezen gyógyeljárás iránt. Ennek az érdeklődésnek köszönhető, hogy egyszerre több mértékadó helyen is foglalkozni kezdtek a kúrával elérhető eredmény tudományos ellenőrzésével.

A bolgár kúra lényege a belladonnagyökér főzetének alkalmazása különleges eljárás szerint. Jelen közleményünk tárgya azon vizsgálatok összegezése, melyek a gyökér összetételére, a főzet elkészítésére, alkalmazásának módjára, a gyógyeljárás tartósságára és a kúrát kiegészítő étrendi és phisikotherapiás tényezőkre vonatkoznak.

A klinikai tapasztalatok megitélésekor különös tekintettel voltunk a kúra javallataira és a tolerantia figyelembevételével az ellenjavallatokra is, azonkívül a gyógyszerhatás mechanismusára. Ami a kisérleti adatok részleteit illeti, hivatkozhatom olasz nyelven megjelent öt közleményemre. *(A. Gandellini:* Boll. Soc. Med. Chir. Bresciana — Fasc. 1°; Fasc. 3° 1937. — Boll. Soc. Med. Chir. Pavia — Fasc. 3° 1937; Fasc. 3° 1937; Fasc. 1° 1938. — Riv. Ital. di Terapia — n. 4, 1937.) A kúrához magam is, mint kezdetben az olasz szerzők kivétel nélkül, Bulgáriában gyüjtött gyökeret használtam. Ha tekintetbe vesszük, milyen nagy az ingadozás a növény különböző részeiben — levelében, szárában, gyökerében — található alkaloida mennyiségében és ha a gyüjtés, konzerválás és előkészítés mozzanataiban rejlő különbségekre gondolunk, könnyen megérthetjük, miért találtak a különböző szerzők olyan nagy eltéréseket az alkaloida-tartalomban.

Panegrossi a gyökérben 0.80, a rhizomában 0.50% alkaloidát talált. Az olasz állami közegészségügyi laboratórium megfelelő értékszámai 0.75 és 0.48%. Ezzel szemben *Di Mattei* a bolgár gyökérben O.49, az olasz gyökérben pedig 0.44% alkaloidát talált. *D'Ormea* és *Broggi* a bolgár gyökérben 0.475, az olaszban 0.374; *Kauders* és *Österreicher* az osztrák belladonna gyökérben 0.52%, *Lehoczky* és *Csipke* a magyar atropa belladonna gyökérben 0.62% atropint talált.

Az alkaloida meghatározásának módszerei sem egységesek, azonban kétségtelen, hogy a különböző helyről származó gyökerek alkaloida-tartalmában igen nagy a változékonyság. Ez az ingadozás a bolgár kúra megbízhatósága, exactsága iránt egyesekben kételyeket ébresztett. Saját vizsgálataim azonban a különböző vidékekről származó belladonnagyökér alkaloidatartalmának meghatározására vonatkozólag igen megnyugtató eredménnyel jártak.

Olaszországban a legfelsőbb állami egészségügyi hatóság beható tanulmányokat végeztet a belladonnagyökér termelésének és gyüjtésének kérdésére vonatkozólag.

A főzet elkészítésekor csaknem valamennyi szerző *Raeff* előírását követi. A belladonna gyökerét és rhizomáját 5—6 órán át fehér borban áztatják, 14 percig forralják és kihülés után vásznon átszűrik. Én magam a főzet elkészítése előtt 6—8 óráig 12°-os fehérborban áztatom a gyökereket és hogy az oldat besűrűsödését elkerüljem, zárt edényben forralom 14 percig. A szűrést hidegen végzem, kettős szűrőpapíron át és a kész főzetet olajréteg alatt jégszekrényben tartom. A főzetből a különböző szerzők átlag 30—40 ccm-t használnak egy kúrához, 2—3 adagban.

Tapasztalataim alapján én a lassan emelkedő kis adagok alkalmazását tartom célszerűnek, mint *Panegrossi* óta csaknem minden kutató, így *Lehoczky* is. A kúrát 1—2 ccm-el kezdem. Éjfél előtt egy órával* szoktam adni az első adagot és naponta fokozom 1—2 ccm-el, de nem tartom magam merev szabályokhoz, hanem figyelembeveszem az egyéni reactióképességet. Intolerantia esetén természetesen csökkentett adaggal szokás a kúrát folytatni. A maximalis adag 90 ccm. volt s átlagban 30—35 ccm-t adtam. A meleg évszakokban sem tartom célszerűnek csökkenteni az adag mennyiségét, ellenben az évszakoktól függetlenül jónak találtam azt az eljárást, hogy időről-időre csökkentem az adagot és azután térek csak vissza az előző, maximalis adagra. Valamennyi kutató a főzetet étkezés előtt, vagy étkezés közben véteti be, a kellemetlen szájszárazság elkerülésére. Néhány szerző annak a nézetének adott kifejezést, hogy a főzet hatékonysága állás közben rohamosan csökken. Ellenőrző kisérleteimben azt találtam, hogy az általam előírt módon konzervált főzetben az alkaloidatartalom csökkenése még egy hónap elteltével is alig számottevő.

Ami a kúra időtartamát illeti, általános érvényű szabályt felállítani nem lehet. Mindig a kúra kezdetén elért hatás fokától és a tolerantiától függ. A bolgár kúrát, mint tüneti gyógymódot, a legcélszerűbb hosszú ideig apró adagok alkalmazásával, időszakonkint a gyógyszer kihagyásával végezni. A beteg a kúra első 2—3 hónapjában okvetlenül kórházi ápolásra szorul. Ebben a legtöbb szerző egyetért. *Lehoczky* tapasztalatai szerint megfelelő controll esetén ambulans beállítás is lehetséges. Saját tapasztalataim szerint legalább két hónap szükséges ahhoz, hogy a kúrát az ellenőrző vizsgálat alapján individualizálva, megfelelő biztonsággal beállíthassuk. Szükséges, hogy a beteg később is, legalább havonta egyszer ellenőrző vizsgálat alá kerüljön. Felül kell vizsgálni a beteget, hogy szükség esetén roboráló gyógyszerekkel, cardiotonikumokkal a bélműködést szabályozó szerekkel elejét vegyük további panaszainak. *Panegrossi* helyesen jegyezte meg, hogy a bolgár kúra eredményét egyáltalában nem valamely rejtélyes főzetnek, vagy ismeretlen hatóanyagnak kell tulajdonítanunk, hanem a jól átgondolt, diaetás előírással és physicotherapiás segédeszközökkel combinált, tervszerű gyógykezelésnek.

A kúra ideje alatt kerülni kell a betegnek a közhasználatú élvezeti szereket, a dohányzástól, alkohol és fűszer élvezetétől tartózkodnia kell. Sok esetben indokolt roboráló gyógyszerek, cardiotonikumok alkalmazása. A physikotherapiás eljárások, villanyozás, massage, gymnastika szintén elengedhetetlen kiegészítői a gyógyszeres kezelésnek, amint azt *Panegrossi* óta tudjuk.

Ami a bolgár kúra alkalmazásának feltételeit és ellenjavallatait illeti, kezelés alá veendők a biztosan fertőzéses eredetű enkephalitises parkinsonismus, de nem várhatunk hatást a még kifejlődésben levő esetekben, sem azokban az esetekben, ahol súlyos izgalmi állapottal járó elmezavarról van szó. Tapasztalatom szerint a kúra megkezdését el kell halasztani, ha a beteg erőbeli állapota gyenge, ha nagyfokú hypertensio vagy súlyos hepatorenalis működési zavarok állanak fenn. A gyógykezelést óvatosan kell irányítani és azonnal félbe kell szakítani, ha intolerantia jelenségei mutatkoznak. Betegeimen a kúra következtében súlyos zavarokat nem láttam. Szempanaszok, hányás, főleg a meleg évszakban jelentkező hasmenés ritkán mutatkozott. A szájszárazság fellépésének sikerült elejét vennem azáltal, hogy a főzetet étkezés közben szedettem a betegekkel. A szem alkalmazkodási zavarain úgy segítettem, hogy reggelenkint egy-két csepp pilocarpinos vagy ezerines collyriumot cseppentettem a beteg szemébe.

Tapasztalataim szerint a bolgár kúra beállítása esetén jelentkező zavarok kellő óvatossággal könnyen elkerülhetők.

Ami a gyógyszeres hatás mechanismusát illeti, elemzésére és megfejtésére most még nem rendelkezünk elegendő számú és kimerítő megfigyeléssel. Annyi bizonyosra vehető, hogy a hatás a vegetativ idegrendszer közvetítése útján áll elő.

A bolgár kúra hatására vonatkozó megfigyeléseim 150 esetre vonatkoznak. 8 esetet négy év előtt vettem kezelésbe, 11-et három év óta kezelek, 18-at két év óta, 80-at egy év és 33-at félév óta. A hosszú időn át megfigyelt esetek feljogosítanak arra, hogy a kezelés eredményéről nyilatkozzam. Táblázatos összeállításban is közlöm, megfelelő csoportosítás alapján a különböző esetekben elért gyógyeredményt a különböző kórtünetekre kifejtett hatás alapján. Öt eset kivételével mind a 150 beteg határozott javulást mutatott. A kezeléssel dacoló esetek %-os arányszáma 3.3%. Ezekben az esetekben intolerantia állott fenn. Ami a betegek psychikai állapotát illeti, a gyógykezelés hatása kevésbé mutatható ki. Hét betegen láttam határozott javulást. Olyan betegeken, akiken igen súlyos psychikai zavarok voltak, három esetben sikerült a rosszabbodást meggátolni, három esetben pedig a psychikus zavarok a főzetnek egész kis mértékben alkalmazása esetén is fokozódtak. 18 újabb esetben pradyphrenia és egyéb psychikus zavar volt észlelhető, ezeket a kúrával alig tudtuk befolyásolni.

I. TÁBLÁZAT.

Kórtünet:	Az esetek száma	%	Javult Abs.	%	Változatl. Abs.	%	Rosszabb. Abs.	%
Hypertonia	68	45.3	57	85.3	8	11.7	3	4.4
Tremor	91	60.0	66	72.5	10	10.9	15	16.4
Nyálfolyás	70	46.6	70	100.0	—	—	—	—
Tekintőgörcs	42	28.0	32	76.1	8	19.0	2	4.7
Járási zavarok	13	42.0	50	79.3	8	12.6	5	7.9
Tápl. zavarok	40	26.6	31	77.5	—	—	9	22.5
Beszédzavarok	50	33.0	39	78.0	—	—	11	22.0

Ha a táblázat adatait elemezzük, azt látjuk, hogy elsősorban a nyálfolyásra és hipertoniára van a kúrának kedvező hatása, már kevésbé javul a tremor, bár javulás itt is mutatkozik. Tekintőgörcs, járási zavar, mozgási incoordinatio és beszédzavar az esetek 70%-ában mutatott javulást. Ha a javulás folyamatát magát ellenőrizzük, megkülönböztethetünk három csoportot. Az első csoportban a kúra végén javulás nem mutatható ki. Ezek a refractaer esetek. A második csoportba kerülnek azok, akiken a javulás olyan nagyfokú, hogy a kúra hatására családjukhoz visszakerülhetnek. A har-

*) Ez az előírás hazai kutatók *(Lehoczky)* szerint nem szükséges. (Szerk.)

madik csoportba azok sorozhatók, akiken a hatás a legfeltűnőbb és akik a kúra hatására újból visszatérhetnek hivatásukhoz, elfoglalhatják előző társadalmi állásukat.

II. TÁBLÁZAT.
120 beteg gyógykezelésének eredménye:

Refraktaer eset	45	= 37.5%
Családjához viszatérhetett	55	= 45.8%
Foglalkozásához visszatért	20	= 16.6%

Fel szeretném hívni a figyelmet arra, hogy részleges javulást a refractaer esetekben is meg lehetett állapítani.

Tapasztalataim tárgyilagos egybevétése azt mutatja, hogy a bolgár kúrával végzett tüneti gyógykezelés hatásos és alkalmas arra, hogy segítségével az idült enkephalitis szövődményeit és következményes állapotának tüneteit lényegesen enyhítsük.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika I. belosztályának közleménye. (Főorvos: Hajós Károly egyet. magántanár.)

Asthma bronchiale és májműködés.

Irta: *Faragó Pál dr.*

Az anaphylaxiás shok keletkezésében fontos szerepe van a májnak. Ezt igazolják *Manwaring, Fischler* és *Denecke, Fornet, Paul* és *Roth, Pick* és *Mauthner* vizsgálatai.

Hajós és *Németh* az anaphylaxiás shok alatti elváltozásokat sensibilizált, majd a reinjectio után elpusztult tengerimalac máját tanulmányozták. Az állatok máját trypankékkel vitalisan festették, az eredmények azt mutatták, hogy a reinjectio után közvetlenül a májban igen feltünő érrendszeri elváltozások láthatók, melyek makroskoposan pangás alakjában figyelhetők meg, górcső alatt pedig a venae centrales feltünően erős tágulásában nyilvánulnak. A venae centrales vérrel és festékrögökkel teltek és bennük igen sok a fehérvérsejt. *Hajós* és *Németh* a shok alatt a peripheriás vérben látható fehérvérsejtszám esésének egyik okát éppen a venae centralesben felhalmozódó, igen nagy számban jelenlévő fehérvérsejteknek tulajdonítják. Azon állatokban, melyek az injectiót tulélték és csak 10—14 nap mulva pusztultak el, az érrendszeri elváltozások mellett és azok körül már egy-egy elhalt sejtcsoportot találtak a máj szövetében. Az utóbbi elváltozásokhoz tehát bizonyos idő eltelte szükséges, ellenben az érrendszeri elváltozások mellett és azok körül már egy-egy elhalt sejtcsoportot találtak a máj szövetében. Az utóbbi elváltozásokhoz tehát bizonyos idő eltelte szükséges, ellenben az érrendszeri elváltozások a reinjectio után rögtön keletkeznek. A kisérleti anaphylaxia kutatásában *Hajós* további kisérletei azt mutatták, hogy a tengerimalac enteralisan csak akkor sensibilizálható, ha a gyomor-bélnyálkahártya, vagy a máj működésében áll be valamilyen változás.

Az allergia és a kisérleti anaphylaxia közötti hasonlóság, az asthmás roham és az anaphylaxiás shok közötti sok egyező tünet, továbbá a számos megegyező kisérleti adat arra a meggyőződésre vezette a kutatókat, hogy a kisérleti anaphylaxia elváltozásait az ellergiás szervezetre is vonatkoztassák.

Az allergia irodalmában gyakran találkozunk azzal a megállapitással, hogy az emberi allergiás tünetek részben a májműködés megváltozásának következményei. Az esetek egy részében az allergiás tünetek gyakori ismétlődése, ezek meghosszabbodása, a májszövetben, ha nem is nagyfokú, de májműködési próbával kimutatható sérülést hoz létre. Az asthmás rohamok önként megszünését, talán a rohamok gyakorisága következtében jelentkező májszövetsérüléssel hozhatjuk összefüggésbe. *Hajós* asthmás betegek rohama alatt és utána urobilinogent talált a vizeletben, mely szintén a májműködés megváltozásának egyik tünete. A vizeletvizsgálatokat heteken-hónapokon át folytatva időszakosan észlelt positiv urobilinogen reactiót. Asthmás rohamok után közvetlenül még positiv haemoklasiás krisist is talált, amely néhány napon át, sőt egy hétig is megmaradt. Ezeket az elváltozásokat a máj időlegesen és időszakosan jelentkező működészavarának tulajdonították a máj proteopektikus működésében beállott zavar következtében. Osztályunkon *Hollós* az asthmás roham alatt adott novurit befecskendezésének görcsoldó hatását az esetleges máj és tüdőzár oldásának tulajdonította, melynek a szervezet savanyú irányba áthangolása mellett fontos szerepe van. Azt gondolta, hogy a *Pick* feltételezte májzárt okozó görcs ilyenkor oldódik és a máj által visszatartott folyadék kiürül.

Az asthma bronchiale orvoslásában arra is gondoltak, hogy a májszövet sérülését reversibilisen előidézzék a rohamok megszüntetésére. Az asthma kezelésében ezt az irányt követi a májröntgenbesugárzás, mely *Hajós* szerint átmeneti májsérülést idéz elő, ennek következtében fehérjék kerülnek a vérpályába és így egy nem fajlagos desensibilizálást idéznek elő. Kisérletek azt mutatják, hogy asthmás rohamok csak ép, illetve jólműködő májsejtek esetén jelentkeznek és a rohamok elhúzódása egyes esetekben a májsejtek időleges sérülését okozza; az ilyenkor a keringésbe kerülő le nem bontott fehérjék pedig az asthmás szervezetet desensibilizálják.

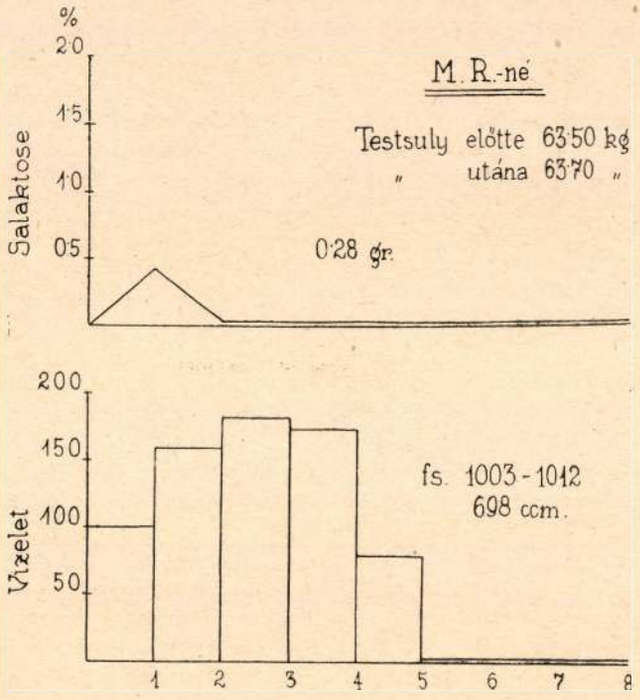
További májműködési vizsgálatokat *Bray* és *Payne* végeztek asthmás betegeken, 55 betegen laevulosepróbával és adrenalin-injectiókkal megfigyelték a vércukorgörbe viselkedését. — A vizsgálatok 32 esetben negativ eredménnyel jártak, 23 esetben pedig a görbék a normalistól eltérőek voltak.

Saját asthmás anyagunk 25 esetében végeztünk galaktose-próbát. A máj működésének megfigyelésére azért választottuk a galaktose-próbát, mert annak dextrozévá, illetve glykogenné átalakulása a májsejtek fajlagos müködésének a következménye. Ha tehát az asthmás állapot a májsejtek működésében valamelyes változást idéz elő, akkor a galaktose-próba eredménye is hű képét fogja mutatni az esetleges elváltozásoknak. A Bauer-féle galaktose-próbát *Pollak* által módosított formában végeztük el, mely a régi eljárásnál érzékenyebb. A galaktose-kiürítést az ismert módon vizsgáltuk.

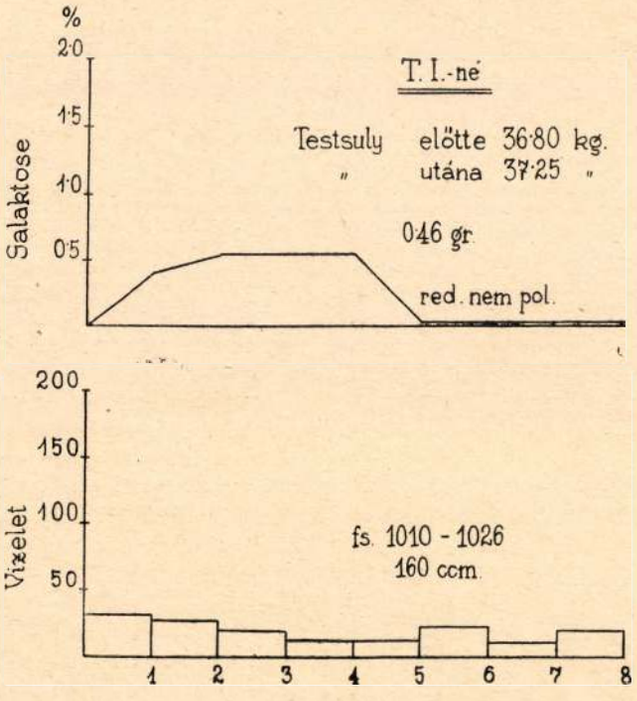
Egészséges egyénen elvégzett galaktose-próba azt mutatta, hogy a vízkiürítés rendes, a vizelet fajsúlya 1001—1003—1005-ig csökken, a kiürített galaktose legfeljebb 0.7%, grammokban 0.3—1.2 g., a kiválasztás az első három vizeletrészletre korlátozódik a harmadik részletben a galaktose már csak nyomokban mutatható ki. Kóros esetekben, hepatocellularis betegségekben a galaktosepróba a szabályostól eltérő eredményeket ad, amelyeket három csoportba osztályozhatunk.

I. typus; a heveny diffus hepatocellularis betegségben a vízkiürítés nagymértékben csökken, a fajsúly minden vizeletrészletben nagyobb, a galaktosekiürítés mind a nyolc részletben észlelhető, a galaktose 0.7%-nál magasabb, mennyisége a 3.0 g.-ot jóval meghaladja. — *II. typus,* lezajló, parenchymás eredetű sárgaságokban: a vízkiürítés rendes, a galaktose-próba positiv. — *III. typus,* a Pollák-féle módosított galaktosepróbával chro-

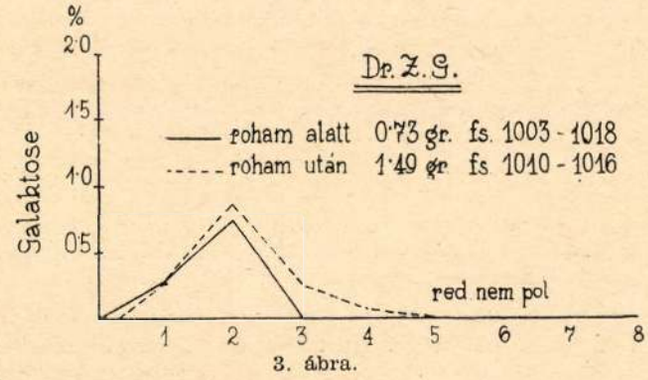
nikus májszövetsérülésekben, melyekben sem a galaktosemennyiség, sem a galaktose töménysége nem haladja meg a normalis határt, a galaktose kiürítés ideje meghosszabbodik: a kiválasztás ideje nemcsak az első



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

három vizeletrészletre korlátozódik, hanem több vizeletrészletben is kimutatható a galaktose. Általában a galaktosepróba megítélésében figyelembe kell vennünk a bél felszívódási viszonyait és a vesék állapotát.

A fenti próba a 25 eset közül 17-ben teljesen negativ volt. Az 1. ábra asthmás beteg normalis galaktosepróbájának eredményét mutatja.

Öt betegben a galaktosekiürítés elhúzódott és háromnál is több vizeletrészletben volt kimutatható. Ezen próbák eredményét, mivel nem volt okunk sem a bélfelszívódás megváltozására, sem a vesék működésének romlására gondolnunk, positivnak vettünk (III. typus). Lásd: 2. ábra.

Három betegen a próbát asthmás állapot alatt és után is elvégeztük. A roham alatti próba két esetben negativ volt és roham után positivvá vált, egy esetben a negativ próba roham után is negativ maradt. A 3. ábra olyan asthmás betegen végzett galaktosepróba eredményét mutatja, kin a roham alatt a próba negativ volt és roham után vált positivvá.

A fenti kisérleti eredményeket összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a galaktose-próba 17 betegben negativ eredményt adott, a máj működése teljesen kifogástalan volt. Öt esetben, ha nem is nagyfokú, de valamelyes parenchymasérülés feltételezhető. Három beteg közül, kiken asthmás status alatt is végeztünk galaktosepróbát, kettőben roham után szintén kisfokú májszövetsérülést találtunk.

Az asthmás rohamok, úgy látszik, nem járnak minden esetben májszövetsérüléssel, erre vall az esetek nagy részében látható szabályos májműködés. Azon esetekben, melyekben *Hajós* és *Németh* kisérletei alapján magyarázható positiv próbát észleltünk, ott a májszövet az alergiás állapot alatt, a hosszabban tartó capillaris görcsök következtében időlegesen sérül. Fenti elgondolásunkat támogatja az asthmás állapot alatt negativ, majd utána positivvá váló galaktose-próba, melyet a roham alatti átmeneti májszövetsérülés következményének foghatunk fel.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Ép és kóros emberi csontvelő fehérjéje. *Heinz Keilhack.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 1738. 182.)

Quantitativ vizsgálatok ép és kóros csontvelő fehérjeösszetételét illetőleg jellemző viselkedésre mutatnak. Rák esetében kevés fehérje van a velőben, s főleg az albumin csökken. Ezzel szemben a rákos áttételeket tartalmazó velőben sok a fehérje, ide itt a globulinok mennyisége kisebb. Anaemia perniciósa alkalmával a fehérjetartalom normalis, vagy alig több és az albuminfractio felszaporodott. Leukaemáis myelosisban viszont a globulinfractio magas és feltünő alacsony az albumin. A multiplex myelomában fokozott a csontvelő fehérjetartalma, amit a globulinfractio felszaporodása okoz. A csontvelő fehérjetartalma a vörös velő újdonképző képességével függ össze, mely a vörösvérsejteken kívül a serumglobilunt is termeli. A normalis emberi csontvelő fehérjetartalma 4.5'%', tehát összesen kb. 175 g. Kóros viszonyok közt lehet sokkal több és kevesebb, pl. multiplex myeloma esetén 200 g., carcinoma estén 65 g.

Kollai István dr.

Vacat-oxygen meghatározások vesebajosok vizeletében. *R. Enger* és *E. v. Sachs.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 1938. 182.)

Ami a methodikát illeti, csak a fehérjétől mentesített vizelettel szabad dolgozni, melynek így a vacat-oxigén értéke oly állandó (napi 7—10 gr.), hogy már kis eltolódás is értékesíthető. Acut és chronikus diffus glomerulonephritis esetén az insufficientia stádiumában vannak a legalacsonyabb vacat-oxygen értékek, melyek gyógyulásnál a normális fölé is emelkednek, de időbelileg később, mint az ureum. Nephrosisos tünetcsoportban a vacat-oxygen érté-

kek viszonylag magasak, de nincsenek arányban a nitrogen-kiválasztással. Ugyanezt mutatta egy kéneső-mérgezés is, melyben azonban a gyógyulás után 2 hónappal, mikor a N-anyagcsere már teljesen rendben volt, még mindig igen magas volt a vacat-oxigen érték, ami dysoxydativ anyagcsere-zavarra mutat s alátámasztja Volhard felfogását, mely szerint nephrosisban anyagcserezavarról van szó. Nephrosklerosis maligna esetén is, ha még nincs veseelégtelenség, magas vacat-oxigen értékek vannak, ami szintén anyagcserezavarra mutat. A kiürült oxydabilis anyagok természetéről semmit sem tudunk; az biztos, hogy sem organikus savak, sem pedig lipoidok.

Kollai István dr.

Daganat módjára növekedő myeloid luekaemia. *L. Roemheld.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 1938. 182.)

45 éves betegen, kiknek myeloid leukaemiája 3 évig a szokott tüneteket mutatta, hirtelen oly tünetek lépnek fel, melyek a liqour és pleura üreg, belső fül, szívizom, pericardium, vesék és nagy idegtörzsek myeloid szövettel történt elárasztására engednek következtetni. A beteg uraemiában és kachexiában hal meg és a boncolás megerősíti a klinikai észleteket. A szerző esete kapcsán kitér egyrészt a laukaemia idegkomplikációira és azt klinice ritkának, kórbonctanilag nagyon gyakorinak tartja: másrészt a leukaemiák felfogása körüli tumor-hyperplasia vitára, melyet szavakkal való játéknak tart, minthogy egyikből a másikba átmenő esetek vannak.

Kollai István dr.

Sebészet.

Vápatetőképzésről. *Lubinus H.* (Zbl. f. Chir. 65. k. 16. sz. 849—854. o.)

Szerző 12 év alatt 46 vápatetőképzést végzett, melyek közül 38-nak a sorsáról jelenleg is tud. Mind a 38-at gondos vizsgálatnak vetette alá cikkének megirásához. 8 esetben a saját rendszerét alkalmazta, egy metszésből operálván, a vápatetőt a crista ileiből véste le, míg 38 esetben Spitzy rendszerét alkalmzta és az ellenoldali sipcsontból készített három támasztó-lécet. A középső támaszték 5 cm hosszú csontléc, amelyet félig a medencébe üt be, ennek kétoldalán két kisebb léc 1½ cm-re mélyed a medencébe. Két heti nyugalom után mozgattatja az operált csipőt s a beteg négy héttel a műtét után, óvatosan kezd járni. Legfontosabbnak azt tartja, hogy ne igyekezzünk a csípőfejecset az eredeti vápa magasságába lehozni, mert ha az — különösen fiatal egyéneknél — ideig-óráig sikerül is, a huzóerő megszüntetésekor olyan erővel tolja fel a fejecs az újonnan képezett vápatetőt, hogy az a nyomásnak ellenállani semmi körülmények között sem tud. Azt ajánlja, hogy válasszuk a vápatető beültetésének a helyét olyan magasan, hogy a fejecs húzás nélkül se nyomja a beültetett csontlécet. Ilyen eljárás szerint az eredményei igen jók.

Puky Pál dr.

Bokaizület hátsó ficam kezelése. *Deuticke.* (Der Chirurg. 1938. X. évf. 7. sz.)

Szerző nagy részletességgel tárgyalja ezt a maga nemében egész különleges kórképet és részletesen kifejti, irodalmi adatokra támaszkodva, hogy a bokaizületi hátsó ficam sok esetben sikertelen helyretevése milyen okokra vezethető vissza. 3 főtipusát különbözteti meg a ficamnak. Az első typus, amelyet a sípcsont hátsó peremének kisfokú peremtörése kísér. Ennél a typusnál a törési vonal, amely ferdén hátulról felülről lefelé előrefelé halad, az izületben végződik, a sipcsont izületi felszinének csak kis darabját téve mobillá. Ha ezzel a letört darabbal együtt az ugró csont hátrafelé ficamodik, új helyzetében rugalmasan rögzített és nehezen tehető helyre. Helyretétel után a helybenmaradása elég valószínű. A második tipusnál a sipcsont hátsó peremének törése az izület közepét éri el. Ennél a formánál tehát nagyobb tört le a sipcsontról s az ugrócsont ficamának helyretevése jelentékenyen könnyebb, mint az előző esetben, a helybentartása azonban nem anynyira biztos. Mert amilyen könnyen sikerül a helyretétel, éppoly könnyen mozdul ki a helyéből, minthogy a sipcsont törésvonala az izület közepén, vagyis a legmélyebb helyen éri el az izületi felszint. A harmadik tipusa a hátsó bokaficamos sipcsont-törésnek az, amelyiknél a sipcsont jelentékeny darabja tört le. A megmaradt támaszkodási felület tehát kisebb, mint a letört darab. Ennél a ficam-helyretétel ugyancsak könnyen sikerül, helyben maradása azonban magára hagyatva lehetetlenségnek számít. Eme utolsó ficamtöréses tipus helyben tartására a szerző különleges eljárást dolgozott ki, amelynek rövid leirását és ábráját ugyancsak közli cikkében.

Puky Pál dr.

Szülészet.

A terheség megszakításának javallata pyelonephritis és toxicosis esetén. *V. E. Philipp,* Greifswald. (Zbl. f. Gyn. 1937. 44.)

Szerző utal a Zbl. 1937. 31. sz.-ban közölt munkájára, amelyben körülírta azokat a tüneteket, amelyeket pyelitis és pyelonephritis kapcsán felmerülő súlyos terhességi toxicosiban talált és amelyeknek megjelenését feltétlenül a terhesség megszakításának kell követni. Ezek a klinikai kép mellett a vizeletnek hirtelen csökkenése, a vér rest-nitrogénjének emelkedése, a vizeletben leucin és thyrosinnak megjelenése. Az akkor ismertetett esetei mind letalisan végződtek és jelen közleményében egy olyan esetet ismertet, melyben a fentiek alapján végzett terhességmegszakítás után a beteg meggyógyult. J. o., majd később kétoldali terhességi pyelitis állott fenn, azután ascendalo módon megbetegedett a j. o. vese. Olyguria, acut gyulladásos jelenségek léptek fel, súlyos toxikus állapot képződött. Májtáji fájdalmak, majd a vizeletben leucin és thyrosin jelentek meg. A rest-nitrogen 166 mmg% volt. Terhességet megszakították, mire a beteg lassan javulni kezdett. Legnehezebben a májsymtomák szüntek meg. A leírt triast csak ilyen súlyos esetekben találta meg és ezért ennek a fellépését a terhesség megszakításának lehetőleg gyorsan kell követnie.

Pallós Károly dr.

A terhesvér carotin és A-vitamin tartalma. *G. Gaehtgens.* (Arch. Gynaek. 1937. 164. 1.)

30 egészséges terhes és 10 nemterhes nő vérsavójának carotin és A-vitaminszintjét határozta meg colorimetriás és lépcsősphotometriás vizsgálattal. A terhes nők 36.6%-ának vérsavójában A-vitamint még nyomokban sem talált. A terhessavó A-vitamintartalmának megfogyását egyrészt az okozza, hogy a magzat az anyai szervezetből sok A-vitamint von el, továbbá a terhesség alatt a vizelettel nagyobb mennyiségben ürül ki A-vitamin a szervezetből, végül a máj A-vitamint felraktározó képessége a terhesség alatt megnövekszik s így a szervezet A-vitamintartalmának nagyrésze itt halmozódik fel. A carotin mennyisége terhesek vérsavójában rendes értéket mutatott.

ifj. Mauks Károly dr.

A havivérzés közvetlen oka. *J. Beatty.* (J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1937. 44. k. 6. f.)

A méhnyálkahártya felszinének menstruatio alkalmával bekövetkező nekrosisa arra utal, hogy az elhalást valamilyen toxicus anyag hozza létre. Feltevése szerint e toxicus anyag a corona radiata elhalt sejtjeiből kerül a méhnyálkahártyára. A corona radiata sejtjei ha a petesejt nem termékenyült meg, elhalnak s tartalmuk a nyálkahártyán elömölve, annak gyors necrosisát hozzák létre. Chemiailag ez az anyag mindenek szerint sterol származék.

Kováts Károly dr.

Szemészet.

A retina leválás műtéti megoldása. *Cole Marshall.* (Lancet, 1938. május 7.)

Szerző hangsúlyozza az erős fényforrás előnyeit a tükrözés, valamint a rajzkészítés fontosságát. Hive a *katholysis diathermia* kombinációnak. Morphin-scopolamin előzetes befecskendezése után pusztán kötőhártyaalatti érzéketlenitést alkalmaz; a szaru kiszáradása ellen konyhasó-oldatot cseppentenek gyakran. Diathermiás tűi 0.5—1 mm hosszúak; ezekkel az érhártyát alvasztja meg. 40 MA-es árammal, 2 mm-es közzel számos beszúrást végez a sclerára vetített szakadás körül. A lokalizáció helyességét electrolytikusan ellenőrzi (3 mm-es lüü 4 MA, 1"); a szemgolyóra helyezett gömbelektród az anóddal van összekötve. Közben állandó szemtükri kontroll. Majd 1.5 mm hosszú electrolytikus tűvel „drénez". Kötésváltás a 4. napon; 14. napon kap a beteg lyukpápaszemet, 21. napon ül ki és egy hónap mulva hagyja el a kórházat (a műtét napjától számitva). A reconvalescentia alatt légző és lábgyakorlatok. (Tüdőgyulladxs, thrombosis!) Szerző a két, láthatóan vetélkedő eljárás kombinálásában véli megtalálni az ideális módszert.

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

Csecsemőkori tetania prognosisához. *Schippers.* (Mschr. f. Khk. 1937. 71.)

Klinikailag észlelt tetániásokat — munkatársa — a betegség után néhány évvel vizsgált, ezeknél igen sok esetben idegrendszeri elváltozásokat talált, ugymint: hyperreflexia, pavor nocturnus, enuresis, álmatlanság, beszédzavar stb. 46 gyermek közül 17 nem volt teljesértékű. 23 gyermek szülei idegbetegségben szenvedtek. Másik sorozatot is figyeltek meg, itt 25 gyermek közül 12 nem volt normális, 4 gyengeelméjű, 2 epilepsiás. Idegesség minden gyermeken kimutatható volt.

Tetánia okára vonatkozólag írja, hogy kétségtelen a rachitissal való viszonya, azonban más okok is szerepelhetnek, így: enkephalitis is. — Egyesek a mellékvesében találtak elváltozásokat, mások a központi idegrendszerben, főleg az extrapyramidális systémában. Legfontosabb faktort a constitutioban látja, igy magyarázza, hogy egyes családok csökkentértékűsége miatt kapnak a gyermekek tetániát. Ezen csökkentértékűség miatt a halálozási arányszám magas. Egy cerebralis tetania kórtörténetét közli. A kezelés folyamán nyert tapasztalatokból azt a következtetést vonja le, hogy gyakran a görcs az első symptomája az agyvelőgyulladásnak. Tetania prognosisára csak egyes esetekben lehet következtetni az előzetes betegségből. — Prognozisa bizonytalan.

Szolnoki György dr.

Acetonaemia és görcsök. *G. Fanconi.* (Jahrb. f. Khk. 149. 5—6. f.)

Acetonaemiás görcsök spontán fellépő hypoglykaemiának is nevezhetők, nem fedik a hypoglykaemiás rohamok fogalmát. Az újabban észlelt esetek a mellett szólnak, hogy a betegség nem tartozik a legnagyobb ritkaságok közé. Előbbi közleményében megjelent hét esete után újabb öt észlelt esetéről számol be, a fellépő acetonaemiás rohamot részint habituális, részint accidentális megjelenésben észlelték.

A habitualis esetekben a kiváltó momentum egyszerű grippe is lehet. A rohamok szabályszerint reggel éhgyomorra jelentkeznek, ritkán napközben, néha rágógörcsökkel, máskor csak eszméletvesztéssel. A rohamot megelőzően igen gyakoriak a vizelési kényszerek. — Accidentalis esetekben külső körülmények képezik a betegség okát, (hasmenés, hányás, szénhydrátnélküli diaeta, koplalás, stb.). Jellemző mindkét csoportra a glykolabilitás, acetonaemia és -uria, hyperthermiára való hajlam, vegetativ stygmatizáció, neutrophil leukocytosis. A rohamok nem foghatók fel ugy, mint hypoglykaemia egyenes következménye — ámbár természetesen egyúttal hypoglykaemia is fennáll, miután kisérletesen alacsonyabb vércukorérték mellett sem lépett fel a roham, ha ugyanakkor megfelelő fokú acetonaemia nem állt fenn. Jól resorbeálódó szénhydrát adagolás prophylactikusan éppenúgy, mint terápiásan eredményhez vezet.

Hat, különböző antiepileptikumra nem reagáló saceres betegnél ketogén diaetaval egy esetben frappáns gyógyulást, illetve tünetmentességet sikerült elérni, mely megmaradt a vegyeskosztra való áttérés után is.

Két esetben a naponta sokszor fellépő roham a katogén diaeta tartamára teljesen szünetelt, normálkosztra való áttérés után teljes intensitásában visszatért újra. Három esetben a ketogén diaetanak semmiféle befolyása nem volt.

Fekete dr.

Perikarditis diagnosisa csecsemőkorban. *Wolff.* (Kinderärztliche Pr. 1938.)

Csecsemőkorban a pericarditis diagnosisa nagyon nehéz, különösen akkor, ha nem áll mód röntgen-vizsgálat elvégzésére, amely a szívárnyék erős kiszélesedését és a tökéletlen pulsatiót mutatni szokta. Egy esettel kapcsolatban rámutat arra, hogy lehet tisztán klinikai tünetek alapján felismerni a pericarditist. Szerinte jellemző tünet a szív hangok hirtelen tompává válása, cyanosis és a májnak gyors megnagyobbodása; dörzszörej észlelése a ritkaságok közé tartozik.

Móritz Dénes dr.

Asthmaszerű rohamokban jelentkező fulladásos állapot diagnostikus értéke elsajtosodott peribronchialis mirigy áttörésére. *M. Vortmann.* (Kinderärztl. Pr. 1938. 49—56.)

Rohamokban jelentkező s asthmát utánzó fulladásos állapotokban gyermekkorban gondolnunk kell arra, hogy peribronchialis elsajtosodott mirigyek áttörés előtt állhatnak s ez váltja ki a rohamot. Az elkülönítés nehéz, mert úgy a hallgatódzási lelet, mint a görcsoldók eredményessége nagyon asthma felé tereli a diagnosist. Néha pertussist utánoz a roham. Egyes esetekben bronchiolitistől, máskor aspiratiótól kell elkülönítenünk a kórképet. Fontos adatokat kapunk a kórelőzményből (tbc-s környezet stb.), felhasználható a tuberculin-próba, röntgen-felvétel. A megfelelő időben felállított diagnosis esetén tracheotomia és bronchoscopia segélyével ismételten sikerült gyermekeket megmenteni.

Kiss Pál dr.

Bőrgyógyászat.

A syphilis egyik új provocatiós módszerének értékéről. *Kibédi Vargha A.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 176. k. 4. f.)

Szerző 41 betegen végzett kisérletet a Rajka-féle provokatinnal (extractum musculo renale Richter). A szernek provokativ hatása kétségtelen, de ez teljesen független azoktól az elméleti szempontoktól, amelyekkel a Wassermann reactiót magyarázzuk. Rámutat arra, hogy a provokatin adagolása az eseteknek kb. ugyanolyan számában az antitestek csökkenésével jár, mint ahány esetben azoknak szaporodását figyelhetjük meg. Az eljárásnak csak theoretikus értéket tulajdoníthatunk, amennyiben további kutatások alapját képezheti egy bizonyos provocatiós módszer kidolgozására. Mai alakjában nem tartja alkalmasnak arra, hogy a gyakorló orvos kezébe adjuk.

Preiniger Tamás dr.

A prostata hypertrophia kezelése hombreollal. *Babics Antal.* (Magyar Urologia. 1938. 1. sz.)

A hombreol csak válogatott esetekben kisebb akadály és functio javulásra képes hólyag izomzat esetében alkalmas arra, hogy a prostata hypertrophia által előidézett functionalis tünetekre (retentio csökkenés, gyakori és nehéz vizelés, majd közérzet-javulás) hatással legyen. Egyszóval: a prostatathypertrophia kezdeti stádiumában. Hogy ezen hormonhatás érvényesülésében prostatahypertrophiában szenvedő betegeknél magának a prostatának milyen szerepe van, egyelőre még kutatás tárgya. A nemiképesség megcsökkenése, illetve megszünése, a prostata szöveti megváltozása, a prostatahypertrophiának az öreg korban való megjelenése, a nemiképességüket sokáig megőrző déli népeknél ritkán előforduló prostatahypertrophiák arra engednek következtetni, hogy a férfi hormonhatás elsősorban a prostatában jut érvényre, melynek a nemiéletben nem eléggé méltányolt a szerepe.

A hormonkezelésnek a postatahypertrophia kezelésében kétségtelen szerepet kell juttatnunk, az az állítás azonban, hogy a hormonkezelés a műtéti beavatkozással szemben előnyben részesítendő, vagy hogy a hormonkezelés mellett csak ritkán válik szükségessé, kissé merésznek mondható. Legfeljebb prophylaktikus hatásra lehet gondolni, ezt azonban még egyelőre határozottan semmi sem erősíti meg.

Nyáry Lenke dr.

Radiumkezelés jóindulatú bőrbetegségek esetében. *Musger.* (Wiener Klin. Wschr. 1938. 9.)

A lágy sugarakat, radium emanatio tartalmú víz formájában borogatások, fürdők és ivókúrák alakjában alkalmazzuk. A borogatásokat herpes zoster, körülirt pruritus neurodermitis esetében alkalmazzák, s naponta 1—2-szer fél óráig, több napon keresztül. A borogatásokon kivül párakötése alakjában is adják. A radium emanatiós fürdők mint teljes, vagy részfürdők jönnek szóba kézen, lábon, vagy egész végtagokon. Részfürdőket alkalmaznak fagyásnál, sclerodermia esetében, teljes fürdő exfoliativ, — főleg —, salvarsan dermatitis, kiterjedt, erősen viszkető ekzema, disseminált és diffus, továbbá izületi megbetegedéssel járó psoriasis, universalis pruritus, esetleg égés, vagy rosszul gyógyuló decubitus eseteiben. Naponta, vagy másodnaponként, 6—8 héten keresztül, ½ órás fürdőket adnak. Az ivókúrák csak mint támogató, s elsősorban fájdalomcsillapító szerek jönnek szóba, zooster esetekben, makacs neuralgiákkal, vagy rheumával járó dermatitisekben, psoriasis arthropathiában. Az utóbbi időben radium emanatiós kenőcsöket is alkalmaznak, pl. neurodermitises gócokra, inveterált psoriasisos plakkokra. Kemény sugarak alkalmazásakor csupán a gamma-sugarak jönnek szóba. A gyakorló orvosra nézve igen fontos az indicatiok ismertetése és az elért eredmények. Kontraindicatiok: korábbi sugárkárosodások, mint teleangiektasia, atrophia, pigmenteltolódás, stb

mikor is mindenféle besugárzás tilos (tartós kontraindicatio). Ha csupán fokozott sugárérzékenység áll fenn, akkor a radiumkezelést az izgalom lezajlásáig eltiltjuk, (átmeneti contraindicatio). Az indicatiókat két csoportba sorozzák: 1. idetartoznak a jóindulatú elváltozások: a cavernás haemangiomák, spontán keloidok, hypertrophiás hegek, a talpon lévő clavusok, a sycosis coccogenes, az induratio penis plastica, melynél 39%-os gyógyulás és 43%-os javulás lehetséges. 2. Ebbe a csoportba a jóindulatú dermatosisok tartoznak: a verruca plama juvenilis, verruca vulgaris, hegyes condylomák, körülírt chronikus ekzemák, elsősorban a makacs végbélkörüli ekzemák, a tenyér, a körömágy és fülmögötti ekzemák, körülírt pruritusok, főleg a pruritus ani, a manikürözés következtében létrejött chronicus paronychia, s végül a bőr- és nyálkahártya tuberculosis különböző formái. Kevésbbé jó eredményt ad már a radiumkezelés a tbc. ulcerosa mucosae-nál. A tbc.-s folyamatok közül a legszebb eredményeket adja a lupus vulgaris főleg akkor, ha az arcon, kezeken, lábakon körülírt formában hypertrophiás vagy fekélyes folyamatról van szó. A körömágyban ülő tbc. verrucosa cutis és a kis scrophulodermás elváltozások a tbc. indurativa ki nem fekélyesedett csomói és a resistens papulonecroticus tuberculoidek is jól reagálnak a kezelésre.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Rausch- und Genussgifte. *D. E. Hesse* prof. 1938. (F. Enke, Stuttgart, fűzve 8 RM, kötve 9.8 RM. 134 old.)

Beteg társadalmunk mai izgalmas korszakában egyre több figyelemmel fordulnak szakemberek és hatóságok a bódító-szerek és nagy mértékben terjedő használatuk felé. Nehéz ellenük a küzdelem, mert nagyrészt legbiztosabb és nélkülözhetelen gyógyszereinket találjuk köztük, másrészt mert a mámor, amit élvezetük nyújt, oly könnyen ejti rabul az élet küzdelmében kifáradt, sőt letört embert. De jogos ellenük a küzdelem, mert ez olthatatlan vágyat lelketlenül kihasználó zugkereskedelem révén vagyon, jólét, erkölcs és munkakészség dől romba, nem is szólva arról a fajbiologiai ártalomról, ami ez élvezetek révén nemzetet és társadalmat fenyeget.

Nem meglepő, hogy e küzdelemből a fajukra féltékenyen kényes, megifjult nemzetek veszik ki elsősorban részüket. A német fajvédelem szülte ezt a kitünő könyvet is, melyben a szerző a pharmacologus alaposságával magyarázza meg és fejti ki előbb a bódító-szerek: opium, morphin, cocain, meskalin, haschis, kawa-kawa és néhány még ritkább szer hatását, megszokását, ártalmát; — aztán megszokott élvezeti szereink, az alkohol, a dohány és coffein eddig kiderített hasznaival és ártalmasságukkal foglalkozik. Nem a laikusok számára irodott, elsősorban az orvosoknak szól, mint a küzdelem frontkatonáinak, kiknek kötelességük ismerni a veszedelmes fegyvereket, melyekkel oly gyakran élnek a betegség kórtüneteinek leküzdésében. Röviden és mégis behatóan nyernek mindenről tájékozást Hesse kitünő könyve révén.

Vámossy prof.

Az orvosszakértői véleményadás irányelvei különös tekintettel a socialis biztosításra. *Csépai Károly.* (Budapest, 1937. Magyar Orvosi Könyvkiadótársulat kiadása.)

A szociális biztosítás nagyarányú kiterjesztésével és a vele kapcsolatos tudományágak hatalmas fejlődésével párhuzamosan emelkedett az orvosszakértői hivatás súlya és felelőssége is. Messze mögöttünk van már az az idő, amikor különleges előképzés és gyakorlat nélkül bárki hivatott biztosítási szakértőnek tarthatta magát. A keresőképtelenség és a keresőképességcsökkenés kritériumainak, a baleset és betegség közötti összefüggéseknek helyes megállapítása, újabban pedig a rokkantsági biztosítással és a foglalkozási betegségekkel kapcsolatos kérdéseknek elbirálása az orvosszakértő részéről nemcsak abszolut tárgyilagosságot és jó ítélőképességet, de széleskörü *különleges* szaktudást is kíván, mert kiszámíthatatlan az a kár, ami a téves, kellő szakismeret nélkül adott véleményekből a közre és magánosokra származik.

Ezért kell örömmel üdvözölni Csépai vállakozását, ki e nagy szorgalommal és szaktudással összeállított munkájában sikeresen foglalta össze az orvosszakértői véleményadás alapjául szolgáló összes tudnivalókat, úgy amint ez az utolsó évtizedek tapasztalatainak, a modern tudományos buvárlatnak és jogi felfogásnak külföldi és hazai vonatkozásban megfelel. Mindenképen időszerű és hézagpótló mű, mert vannak ugyan hazai irodalmunkban e tárggyal foglalkozó korábbi munkák is, (Útmutató 1908. Baleseti orvostan 1933.) de hiányzott egy olyan könyv, mely a kérdés egész komplexumát minden vonatkozásban összefoglalóan tárgyalja.

Csépai könyve elsősorban az e téren vezető német szakirodalomra támaszkodik, de sok önálló megfigyelést és gondolatot is tartalmaz. Igy külön ki kell emelni szerzőnek a testhőmérsék, vörösvérsejtszám és vérsejtsüllyedés viselkedésére vonatkozó érdekes megállapításait.

A munka négy terjedelmes fejezetben tárgyalja az orvosszakértői véleményadás alapjait a kötelező betegségi, baleseti és rokkantsági biztosításban, valamint a foglalkozási betegségek elbirálásában. Minden idevonatkozó kérdésről jól tájékoztat és teljes sikerrel oldotta meg azt a nehéz feladatot, hogy az óriási anyag megfelelő csoportosításával a lényeget mindenütt kiemelje, anélkül, hogy túlságos részletezéssel fárasztóvá váljék. Különös nyomatékkal mutat rá a szakértői véleményadásban elkövetett tévedésekre s ezeket a társadalombiztosítási és birói gyakorlatból vett számos, tanulságos példával világítja meg.

A stilus és magyarosság szempontjából is — ez nálunk érdemnek számít — kifogástalan munka nagy hasznára lesz úgy az e téren még gyakorlatlan, mint a szakvéleményezésben már járatos orvosoknak, valamint a tárgy iránt érdeklődő jogászoknak is és nélkülözhetővé teszi a nagy terjedelmű, drágaságuk miatt nehezen megszerezhető külföldi szakmunkákat.

Milkó prof.

Praxis und Ergebnisse des Kurzwellenheilverfahrens bei allgemeintherapeutisch resistenten Erkrankungsformen. *L. H. Stieböck.* (Különlenyomat az Ergebnisse der gesamten Medizin 22. kötetéből 1937—38.)

Szerző 66 oldalas füzetben ezen gyógyító eljárás keletkezésének és fejlődésének rövid történeti áttekintése után 3170 betegen nyert therápiás eredményét foglalja össze. Munkájának értéket ad 14 éves tapasztalata s e téren kifejtett közismert tudományos működése. A 3170 beteget 40 fejezetbe csoportosítja. Az orvostudomány csaknem valamennyi ágának legkülönbözőbb betegsége szerepel a kezeltek között. A gyógyulás, javulás vagy eredménytelenségre vonatkozó számszerű adatok a fejezetek többségében megfelelnek más RH kezeléssel foglalkozók eredményével. Némely fejezetben jobbak is. Kitűnő hatásról számol be neuritis, végtagok gangrenája, súlyos fekélyek, fogbetegségek, arthrosisok csoportjában. Több fejezetben viszont annyira különböző betegségek kerültek egymás mellé, hogy a szánszerű adatoknak nem tulajdoníthatunk jelentőséget. Kiemelendő a rövidhullámú tonsillectomiáról írt fejezete. 100 esetben alkalmazta ezt az eljárást teljes eredménnyel.

Erdélyi József dr.

A Közkórházi Orvostársulat május 18-i ülése.

Bemutatások:

Müller F.: *Extragenitalis primaer sklerosis esetei.* Az extragenitalis pr. scl.-ok előfordulása az egyes országokban igen különbözők. Ezzel magyarázhatók a statisztikában észlelhető nagy eltérések. Leggyakoribbak a perigenitalis sclerosisok, melyek a mons pubison, genitofemoralis hajlatban és a végbél körül fordulnak elő. Bemutat egy beteget, akit fissura ani diagnosissal két hétig kezeltek sebészeti osztályon lapis ecseteléssel és kenőcsökkel. Mivel állapota nem javult, az Alföldi-utcai bőr- és nemibetegek rendelésén jelentkezett, ahol analis primaer sclerosist állapítottak meg (spirochaeta pallida 4). Igen gyakori az extragen. pr. scler. az arcon, ahol főleg az alsó ajkon helyezkedik el. Kezdetben összetéveszthető herpessel, vagy fissurával. Nem tartoznak a ritkaságok közé a nyelven, tonsillákon és az állon levő pr. scler.-ok. Előfordulhat azonban a test bármely részén. Aránylag gyakori szoptató nőknél a mellbimbón, ha lueses gyermeket szoptatnak. Különös figyelmet érdemelnek az újjakon található kemény fekélyek, melyek főleg orvosokon és ápoló-személyzeten fordulnak elő. Egy 28 éves férfi-beteget mutat be, akinek a jobb kéz III ik újja erősen duzzadt és rajta pengő nagyságú, éles szélű, tiszta és sima alapu erosio volt látható. A beteg először egyik kórház sebészeti ambulantiáján jelentkezett, ahol panaritiumot állapítottak meg és párakötést rendeltek. Mivel a betegnek egy hét mulva a penisén is jelentkezett fekélye, bőrgyógyászati rendelésükre ment, ahol mind a két

ulcusról vett savóban spirochaetát találtak. Az eseteket azért mutatta be, hogy felhívja a más szakmájú orvosok, főleg a sebészek figyelmét az extragenitális pr. scler.-ok aránylag gyakori voltára. Igen fontos, hogy ezek az esetek minél előbb legyenek diagnostizálva, mert ilyenkor még a betegek gyorsabban és biztosabban gyógykezelhetők (seronegativ stádiumban) és az orvosok vagy ápolónők könnyen fertőződhetnek, ha nem gondolva lueses fertőzésre, kevésbbé óvatosak a betegek kezelésénél.

Brezovsky E.: A bemutatásnak nagy gyakorlati jelentősége van s főleg a vidéki orvosok számára, mert gyakran látnak oly elváltozást, amelyek más megbetegedéseket utánoznak s mégis a lues első megnyilvánulása. Az előadást azzal akarnám kiegészíteni, hogy észleltem primaer sclerosist a felső szemhéj belfelületén, a fül külső járatában, a homlokon, vagy a szakáll területén, ez utóbbi sycosist utánzott és huzamosabb ideig ez ellen kezelték, míg a spirochaeta vizsgálattal a helyes diagnosis felállítása után, antilueses kurára gyors gyógyulás következett be.

Kallay F.: *Ulcus simplex ilei.* 62 éves férfiről referál, kit perforatio és diffus peritonitis miatt operált. A legalsó ileum kacson 10 cm-re az ileocoecalis beszájadástól, szilvamag nagyságú és alakú perforatiós nyilás. Sutura. Exitus. Az eset ritka. Ulcus simplex, amit hivnak még ulcus rotundumnak, ulcus trypticumnak és ulcus idiopathicumnak. a béltractus bármely részén előfordulhat, perforatiora igen hajlamos, aethiologiája ismeretlen. Az esetek leginkább perforatio után kerülnek észlelés alá. 5 eset van leközölve az irodalomban, melyeket perforatio előtt operáltak, de ezeket is csak egyéb okok miatt végzett laparatomiák közben ismerték fel.

Varga E.: *Perthes-féle betegség esete.* 15 éves fiu. Öt hónapja fáj a bal csipője és a lába. Sántit. Láztalan. Vérsejtsüllyedése 1*h* 15 mm. A bal alsó végtag rövidebb. Röntgenfelvétel: a bal csipőizületben az acetabulum csontszövete diffus jellegű mészszegénységet mutat. A fejecs epiphysise jóval vékonyabb, mint a jobboldalié. A collum a fejecshez képest felfelé csuszott el, csontszövete egyenetlenül sklerotizált. E kórkép a nem fertőzéses csipőizületi gyulladás coxitis deformans juvenilis ritkább csoportjába tartozik, melyet a három szerző *Calvé, Legg* és *Perthes* irt le, s az osteochondritis juvenilissel hozták vonatkozásba. A betegség a combfej belsejében kezdődik, elmésztelenítő lágyulásos gócokkal, a fej ellapul, gombamódjára szétterül. Kóroktana különböző lehet: sérülés, fertőzés, ér és táplálkozási zavar ideges eredetű vagy a belső elválasztású mirigyek, főként az ivar mirigyek zavara. Fiuknál gyakoribb és rendszerint csak az egyik csipőizületben fordul elő. A betegnek szaggató fájásai lehetnek, de a passiv mosogatás csaknem fájdalmatlan. Az elkülönítés ischiással és gümős coxitissel szemben fontos. A kórjóslat jó. Kezelés: massage, hydrotherapia, tehermentesítő kötések. D-vitamin. Nagy derofmitásnál műtét.

Előadás:

Keller K.: *Hőbehatásokra keletkező érreactiók oscillometriás vizsgálata. A dysbasiák egyes különösebb alakjairól.* Oscillometriás görbék sorozatát demonstrálja, melyek azt bizonyítják, hogy az alvégtagokon helyi hőbehatás után felvett verőérlengésgörbékkel azonos görbék nyerhetők akkor is, ha a meleget — diathermia, vagy rövid hullámok utján — csak a törzsön, a vesék magasságában alkalmazzuk. Ilyenkor ugyanis a veséken kívül a sympathikus határköteg beiktatott ducai, sőt a gerincvelő megfelelő segmentumaiban elrejtett másodrendű sympathikus központok is felmelegszenek és ez a távoli meleghatás az alvégtagok arteriáin a görbéken érfallengési változások alakjában jelentkezik. A vesék táján alkalmazott meleg a vesék véráramlási viszonyainak már ismert javitásán kivül a vázolt sympathikus beidegzés utján az alvégtagok keringési viszonyaira is jótékony hatással van. Viszonylag nagy számban volt észlelhető u. n. paradox görbe is a meleghatás mindkét alakja után. E paradox görbék voltaképen csökkent érfallengéseknek volnának kifejezői és igy nem jó prognosisra mutatnának. Tekintettel azonban arra a körülményre, hogy meleg hatás alatt ép arteriákon is kaphatók ily paradox görbék, arra kell következtetnünk, hogy ezek a görbék a sympathikus beidegzés kettősségének megfelelően csak egy átmeneti phasist képviselnek, csakhamar visszafejlődnek és a prognosisra jelentősséggel nem birnak. Rossz prognosisra csakis a kezdeti tulságosan lapos és rövid görbe jogosít fel, a meleghatás bármely irányú görbeváltozásnál is therapiásan jó lehet. A dysbasiák egyes gyakorlatilag is fontos, de itt nem részletezhető sajátos alakjaival (Déjerine- és Bogaert-féle) claudicatio is foglalkozik.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat május 27-i évzáró közgyűlése.

Nékám L. elnöki megnyitójában a tudomány és az emberszeretet közti kapcsolattal foglalkozik, amelyeket alapjában véve azonosaknak tart. Fokozottabb mértékben érvényesül e kapcsolat az orvosi tudományban amely az élet legsúlyosabb kérdéseivel foglalkozik.

Szent-Györgyi A.: *A könyvről, a tanításról és a tanulásról:* A magyar közoktatás ügyét átjárja egy alapvető tévedés a könyv használatát illetőleg. Közoktatási rendszerünkből az a tétel látszik leszűrődni, hogy a könyv arra való, hogy megtanuljuk. — A könyv arra való, hogy szeressük, benne megtaláljuk a feleletet kérdéseinkre, hogy az érdeklődésünket felköltse, stb., de nem arra, hogy bevágjuk. Ezen tévedések következménye az, hogy a középiskola nem felel meg nemzetnevelő hivatásának. Nem kelti fel az érdeklődést, a szellemi élet szeretetét, nem tanít meg szemlélődni, gondolkozni, nem fejleszti az elmét és szellemet. Emellett a tulzsufolt magoltatással a hallgatóságnak nemcsak szellemét és elmebeli kvalitásait, de testi egészségét is veszélyezteti. A középiskola első célja lenne, hogy egészséges, tetterős, érdeklődő egyéneket termeljen. Ehelyett a középiskola terméke egy érdeklődését vesztett, görnyedthátú, rövidlátó, magoló tipus, aki a közélet bármely feladatára alkalmatlan. Hazánk pillanatnyi nehézségei részben evvel állanak összefüggésben és megdöbbentő az a közöny, amellyel a nagyközönség tűri ezen idejét mult és nemzeti sajátságainknak nem megfelelő tanítási rendszer fennmaradását.

Torday Á.: A Társulat folyó évben ünnepli meg újjáalakításának tiz éves évfordulóját. Az 1861-ben alapitott Társulat a háborús viszonyok miatt kénytelen volt a háború kezdetétől egész 1928-ig szünetelni. — 1927 december 5-én alakult ujjá *Nékám* tanár elnöklete alatt, aki fejlődése irányát megszabta, állami segítségről és állandó olvasó táborról is gondoskodott. Az alapitási munkálatokban a korán elhunyt *Dalmady Zoltán* segédkezett, aki két éven át viselte a főtitkári tisztséget. A Társulat a kor szinvonalán álló és a tudomány mindenkori állásának megfelelő eredeti magyar munkákkal szolgálja a hazai orvostudományt. Csak kivételesen jelentetett meg fordítást. Évenként átlag négy, főleg a gyakorlat körébe tartozó könyvet ad ki mintegy 70—140 ivnyi terjedelemben. A Társulat kiadványait a négy egyetem orvosi könyvtárának, az ifjusági segély egyesületnek stb. ingyen juttatja. Az elszakított területen élő egyetemi ifjusági egyesületekkel is fenntartja a kapcsolatot. Többizben kapták meg kiadványait a budapesti egyetemen pályadijjal kitüntetett szorgalmas hallgatók az évzáró ünnepségen. Kiadványait, amennyire a viszonyok engedik, az elszakított területen élő magyar orvosokhoz is eljuttatja. A taglétszám jelentékenyen emelkedett 1930-ban az egyes betegbiztosító intézmények belekapcsolódásával, valamint a honvédorvosi-kar belépése által. E tekintetben kiváló szolgálatokat tettek a Társulatnak *Barla Szabó, vitéz Csia S. Mutschenbacher T.* és *v. Ordody S.* vezértörzsorvos. A Társulat a lefolyt tiz év alatt 44 kötetet adott ki, amely 15.390 oldalszámot, 962 ivet tesz ki, 8938 ábrával, 41 fekete és 29 szines táblázattal.

Az 1937. év kiadványai a következők: *Csépay:* Orvosszakértői véleményadás. *v. Hajnal:* A szív és véredényrendszer megbetegedései. *Frigyesi:* Nőgyógyászat. — A közel jövőben meg fog jelenni *Nékám* három kötetes bőrgyógyászati atlasza. 1140 oldalnyi terjedelemben. 4560 kép, részben színes ábrával. A magyarul megjelenő kiadvány bolti ára 250 pengő lesz. Az atlaszt mindazon tagok megkapják, akik a Társulatnak 5 év óta megszakítás nélkül tagjai és az 1937. év könyvilletményét is kifizették. Az atlaszt a MOKT ezentul belépő tagjai is megszerezhetik, ha az 1938-ban belépő 6, az 1940-ben és később jelentkező nyolc évi tagságot fizetnek megszakítatlan sorozatban. Az 1937. év illetményeképen még meg fogják kapni a tagok *Herepey Csákány* és munkatársai: Extrapulmonalis gümőkór és *Beznák:* Élettani munkáinak első felét.

1938. év könyvilletményei előreláthatólag a következők lesznek: *Ángyán:* A légzőszervek megbetegedései a tüdőgümőkórral együtt. *Beznák:* Élettana és *Herepey Csákány:* Gümőkór kötetének második fele. *Darányi:* Közegész-

ségtani munkájának első kötete, esetleg *v. Herceg A.: Szumovszky* orvostörténelem c. munkájának fordítása, magyar vonatkozású részekkel kiegészítve. *Melczer:* Lymphogranulomatosis inguinale, *Ratkóczy:* Hodkin-kór.

Az 1939. évi várható munkák: *Bakay és munkatársai:* Orthopaedia, *Benedek:* Ideg és elmekórtan, *Burger:* Szülészet, *Jendrassik L.:* Orvosi vegymérések, módszerek. *Lénárt Gy.:* Örökléstan, *Went* és *Preis:* Általános kórtan. *Belák:* Meteoropathologia, *Chudowszki:* Ezer év a magyar közegészség ügyében. *Engel:* Járványtan, *Hainiss és munkatársai:* Csecsemőkori diagnostika. *Issekutz: Gyógyszertan, Lánárt Z.:* Orr és gége betegségek. *Nékám* professor a választmányon indítványt tett egy öt év mulva kiadandó orvosi szótár szerkesztésére, amelyet a tagok jutalomképen kapnak meg. A választmány *dr. Földvári Bélának* a Társulat érdekében kifejtett önzetlen anyagi szolgáltatások nélkül végzett fáradozásai elismeréséül ügyésszé történő megválasztását ajánlja. Azon reményben zárja főtitkári jelentését, hogy az 1937. évben a tagoknak juttatott gazdag könyvilletmény, valamint a következő évek változatos és bőséges programja serkentőleg fog hatni a magyar orvosi-karra és meg fogja növelni a magyar orvosi olvasó és művelődést keresők táborát.

Herepey-Csákány Gy. titkári és *Pajor F.* pénztári jelentése után megtartott részleges tisztujításon választmányi tagnak megválasztották: *Petres József, Beznák Aladár, Grósz Emil, Baló József, Frank Richárd* vezértörzsorvost és *Petz Aladárt.* A számvizsgáló bizottság eddigi tagjait *Hültl, Illyés* és *Lénárt* professorokat újra megválasztották.

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete április 27-i ülése.

Bemutatás:

Hatscher K. gépészmérnök: *Automatix, az első teljesen automatizált diagnostikai röntgengép.* A készülékbe a synchronmotoros momentóra időbeállító szálával kényszerkapcsolásban lévő expositiós táblázat van építve. A különböző testrészek vonalában más- és más szinű állítható mutatók vannak, melyeknek állása a kifogástalan felvételekhez szükséges időket jelzi. Pl. a váll felvételi vonalában 3 szines mutató van, vagyis a váll felvétele 3 különböző feszültséggel — ennek megfelelően 3 különböző megvilágítási idővel — készíthető. A készülék beállítása az időbeállító szálának és a felvételi feszültségkapcsolónak a felvételezendő testrész vonalán levő egyik szines mutatóra való reáállítása által történik. Az átlagostól eltérő testméretű egyének felvételei a feszültség megváltoztatása által készülnek. Az automatix áramfelvétele — a nagy képteljesítmény ellenére — feltünően csekély, a kapcsolása egyszerű és a röntgencső tulterhelését megakadályozza, a mA értékét a felvételi feszültség megváltoztatásával önműködően állítja be. A hálózati ingadozásokat correctiós kapcsolóval kiküszöböli, a felvételi feszültségesést automatikusan compensálja, emellett a káros sugarak és a nagyfeszültség ellen védett. Átvilágításáról tetszőleges feszültségű felvételre való áttérés egyetlen mozdulattal lehetséges. A mA mérőnek felvételről átvilágításra való átkapcsolása önműködően történik. A készülékkel elektromos Bucky- és duodenalis szerkezet is üzemben tartható.

Előadások:

Györgyi G.: *A gyomorrák korai felismerése.* A gyomorrák következtében az összes rákbetegek 35%-a hal meg. Ezzel szemben — az amerikai statistikák szerint — a gyomorrákosoknak mindössze 2%-át menti meg a műtét. A gyomorrák, melyet gastritis szokott megelőzni, élőben röntgenvizsgálattal, illetve gastroskoppal ismerhető fel. A gyomor különböző helyein észlelt és műtéttel igazolt, számos gyomorrák esetet ismertet, melyek közül néhány beteg már akkor került röntgenvizsgálatra, amikor még tumora nem volt kimutatható. A több ízben megismételt röntgenvizsgálat a tumor növekedésének különböző fokozatait mutatják. Ezen, ½—1 éven belül megállapított gyomorrákesetek mind operálhatók voltak, a betegek műtét után mind életben maradtak és a megfigyelés ideje alatt nem ujultak ki. Ismertetett ezenkivül több, a differentialis diagnostika szempontjából tanulságos esetet, nevezetesen gyomor-lymphosarkoma, gyomorkörüli összenövés és polypust. Szükségesnek tartja a rákra gyanus gastritises esetek röntgenvizsgálattal gyakori ellenőrzését és a rákra gyanus korosztályok (elsősorban a 40—70 éves férfiak) rendszeres röntgenvizsgálatát. Ezeket tartja a gyomorrákellenes küzdelem első feltételeinek.

Szepessy Z.: *A gyomorrák kezelésének kilátásai.* A gyomorrák a rákok között a leggyakoribb és kezelésében az utóbbi időkben a legkevesebb volt a haladás. Az egyes nemzetek rákos halálozása összes eseteinek 36—50 %-át teszi ki. Ez az oka annak, hogy a kitünő rákellenes szervezettel dolgozó Svédországban is alig csökkent a rákos betegek halálozási száma, annak ellenére, hogy a fej és a méh rákjai kezelésének eredményei jók. A gyomorrák röntgenkezelése eredményt nem hozott. A műtétek eredményei egyes intézetek szerint 5—15% között változnak. Az összes esetekre kiterjesztve ezt a számot, a sok kezelhetetlen eset miatt 0.6% marad öt év mulva életben. Az I. sz. sebészeti klinika tapasztalatai szerint, a késve műtétre került esetek 54%-ának panasza 3 hónapnál régibb eredetű és 25%-a hónapok óta állt orvosi észlelés alatt. Mivel a serologiai diagnostikai próbák és a gastroskopos vizsgálat a gyakorlatban még nem vált be, az eredmények megjavítása csak a 40 éven felüli gyomorpanaszokkal jelentkezők gyakori (6 hetenkénti) ellenőrző vizsgálata által remélhető.

ifj. Verebély T.: Az I. sz. sebészeti klinika 20 év alatt operált 783 gyomorrákos esetéről számol be. Ezek egyharmada teljesen inoperabilis volt, egyharmada palliativ műtéttel volt kezelhető és csak egyharmadánál lehetett gyökeres műtétet elvégezni. A betegek 70%-a egy évnél régebbi gyomorpanaszokkal, tehát elkésve került a sebészhez. A gyökeresen műtött esetek műtéti halálozási száma 25%, 20%-ban 5 év multán sem észleltek kiujulást. Az eredmények javulása a minél korábbi kórismézéstől várható.

Mészöly P.: Az OTI. röntgenosztályain aggraváló betegek — főként idegentestek lenyelése által — gyakran okoznak diagnostikai nehézségeket. Egy esetben lenyelt szilvamagnak pylorus előtti beékelődése keltette daganat gyanuját. Fontosnak tartja a gyálkahártyaredőzet és a kitöltött gyomor röntgenvizsgálatát. A rendelőintézetek feladata a súlyosabb tünetek felismerése; a pontos vizsgálat és a műtéti lehetőségek felismerése a klinikák és a kórházak feladata. — Diagnostikai tévedések előfordulnak. Egy esete praepylorikus cc-re volt gyanus, amit a másutt megismételt vizsgálat is valószinüvé tett, a műtét cholelithiasist és cholecystitis choronica-t derített ki.

Erdélyi J.: A gyomorrák röntgenkezelése reménytelen beavatkozás. A később operált gyomorrákosok műtéti halálozásának százaléka nagy s a műtét tartós eredményre csak ritkán vezet. A gyógyítás egyetlen törekvése a korán felismert rák azonnali operálása lehet. A jól végzett röntgenvizsgálat és a gastroscopia jöhet csak számításba a korai diagnosis szempontjából. A röntgenvizsgálattal a gyomorfal egyenetlensége, illetve merevsége állapítható meg, részben a nyálkahártyaredőzet vizsgálata utján, részben a gyomor teljes kitöltésével. A kezdődő rák fel nem ismerését előidéző tényezőkkel tüzetesen foglalkozik. Utóbbiak közül a leggyakoribb, ha a pyloruson, vagy a gyomor egyéb részén látott behuzódás környékének merevsége a röntgenvizsgálattal biztosan nem állapítható meg, a röntgenes leírja s a leletet halasztó záradékkal látja el. A vizsgálatnak hosszabb időre (1—2 hónap ½ év) való elhalasztása alatt az eset inoperabilissá válhatik. A röntgenvizsgálat után igyekezzünk határozott véleményre jutni, s ily kétes esetek vizsgálatának — 1—2 pihenőnap közbeiktatása után — többször egymásután való megismétlését ajánlja. Kétséges esetekben jogosult a próbalaparotomia. Állandó de nem merev pylorus- vagy gyomorspasmus 2—3 hét mulva ujra megvizsgálandó. A gyomor és a pylorus tartós összehuzódásainak tisztázására nagy adag (0.20 g intramuscularis) papaverin-injectio alkalmazását ajánlotta. Ajánlja a fekélyek gyakori ellenőrzését, fekély rákos elfajulását többször észlelte. Jóindulatú daganatok megoperálandók, mert rákosan elfajulhatnak.

Kisfaludy P.: Amennyire lehetetlenné teszi a sebész munkáját a sokszor még a kis daganat mellett is már jelentkező rákos beszürődés, ép oly nehéz a sugártherapeuta helyzete is. Itt különösen két dolgot kell figyelembe vennünk: Egyik a gyomorrák feltünő sugárérzéketlensége, a másik a besugárzásokkal kapcsolatos sugársérülések veszedelme. Ugyanis röntgenbesugárzás alkalmával a sugárkéve utjába eső életfontosságú szervek (máj, lép, mellékvese, pankreas, stb.) oly sokat szenvednek, hogy ennek következménye a szervezet meggyorsult leromlása, korai kachexia kifejlődése lehet. Igy tehát az egyébként is sugárérzéket len daganatok elpusztulásához szükséges sugárdosist a szervezet nem birja el. Bármennyire is igyekeztünk a megfelelő mezők megválasztásával a fenti veszedelmet elkerülni

az eredmények még sem javultak és így be kell vallanunk, hogy a jelenlegi helyzet alapján a gyomorrák gyógyításának feladata csakis a sebészetre hárul. Lényegesen javultak az eredmények azonban a cardia cc.-nél, ahol abban az előnyös helyzetben vagyunk, hogy a sugaraknak legalább 50 százalékát a nyelőcsövön keresztül bevezetett rádiummal közvetlenül tudjuk megadni. Az O. T. I. rádiumosztályának beteganyagán nyert tapasztalatok azt mutatják, hogy ha végleges gyógyulás nem is, de jó palliativ hatás a legtöbb esetben elérhető.

Friedrich L.: A gyomorrák korai felismerésének fontosságát bizonyítja, hogy az 1937-évben Párisban tartott nemzetközi gastroenterologiai kongresszus ezt a kérdést tüzte ki egyik főtárgyául. A baj korai felismerése nehéz, mert a beteg tul későn jelentkezik panaszaival, melyek eleinte banálisak, dyspepsia, vagy gastritis képében jelentkeznek. A betegek felvilágosítása helyett kivánatosnak tartja az orvosok figyelmének felhivását arra vonatkozólag, hogy minden gyomorpanaszos egyén röntgenvizsgálat alá vétessék. Osztályán ezen elvet keresztül vitte. Az átvilágítás mellett a felvételek gyanus esetben ép oly fontosak. A legkisebb gyanú esetén is sorozatos ellenőrző röntgenvizsgálatokat tart kivánatosnak. A gyomorrák diagnostikájának a gastroskopia — melyet hozzászóló kiterjedten használ — igen fontos segédeszköze. A röntgenvizsgálat positiv eredménye esetén a gastroskopia az eset operabilitására vonatkozóan ad útmutatást. Ha a röntgenvizsgálat gyanus képet mutat, a positiv, vagy negativ lelettel eldönti a kérdést s végül ha a röntgen negativ, sokszor a gastroskopia ad még felvilágosítást. Ennek bizonyítékául néhány gastroskopos képet mutat be.

A Magyar Röntgen-Társaság április 21-i ülése.

Hozzászólások *Holits* és *Lichtenstein* előző ülésen tartott előadásához:

Kalocsay G.: A sebészi- vagy sugárkezelés javallatának felállítása és ezek eredményeinek realis egybevetése sok nehézséget rejt magában, mert rendkivül különböző szempontokat kell mérlegelni. A gége cc.-nak elhelyezkedése, kiterjedése, fennállásának ideje, a beteg kora, conditiója, a metastasisok kérdése a műtő, vagy sugár therapeuta készsége és tapasztalata külön-külön is döntő fontosságúak lehetnek. A kutatások a gége cc.-ak sugárérzékenységére vonatkozólag a szöveti felépítés irányában haladnak, de egységes vélemény még nem alakult ki. A nem differentiált sejtű nyálkahártya typusú cc.-k általában sugárérzékenyebbek, mint a differentiált sejtű bőr typusuak. A porcra terjedés igen fontos tényező, mert könnyen nekrotizál és nehezen gyógyul. A belső gége cc.-ak metastasist ritkán képeznek, míg a külső gége 15%-ban és gyorsan metastatisál. Vitatja *Holitsch* érvelését, hogy a könnyebb esetek is sugár therapiára valók, mert a műtéti út biztosabb. Ezen állásponton van a stockholmi iskola is, mint erről concrét esetekbem meggyőződött. Ha a sugártherapia nem vezet eredményre, a műtét esélyei lényegesen romlottak.

Az álhangszalagok tumorai és a subglottikus tumorok kétségkívül a sugártherapia indicatiós körébe valók.

Nehézségeket okoz még, hogy a gégetükri vizsgálattal sem tudunk mindig preciz megállapításokhoz jutni a tumor helye, kiindulása, kiterjedése stb. kérdésében. Ily módon a próba excisio segítségül hivása csaknem minden esetben elkerülhetetlen.

Kepes P.: Jelenleg még nem lehet a gégesebészet és a sugaras kezelés eredményei között párhuzamot vonni. Az igazságos összehasonlításhoz nagyszámú azonos esetekre és azonos szempontok szerint összeállított statisztikára lenne szükségünk, Az esetek tulnyomó részében ma még a műtéti eljárás dominál annál is inkább, mert a belső gégerák műtéti eredményei például az összes rákműtétek eredményei között a legjobbak. Annak elbirálása céljából, hogy adott esetben melyik eljárást válasszuk, három csoportba oszthatjuk az eseteket: 1. Azoknál a *hangszalagon* helyet foglaló carcinomáknál, amelyeknek megoldására *a thyreotomia* alkalmas, a műtéti eljárást kell választani. A thyreotomiával véglegesen gyógyult esetek sorozatára most már évtizedek távlatából tekinthet vissza a gégesebészet, mig a besugárzással elért eredmények nagyrészét még nem lehet véglegesnek tekinteni. 2. Olyan belső gégerák eseteknél, amelyeknél a rákos daganat a gége vázát nem törte át és nem jutott a gége külső felszinére és amelyeknél a műtéti megoldás gyanánt a *teljes kiirtás* jöhet szóba, szintén előnyben kell részesítenünk a műtéti eljárást. Ennél a csoportnál csak azon eseteknél javasoljuk a röntgen besugárzást, amelyeknél áthidalhatatlan lelki akadályok, vagy olyan szervi elváltozások állanak fenn, amelyek előre kilátástalanná teszik ennek a hatalmas műtéti beavatkozásnak a sikerét. 3. Az ú. n. *külső gégerák* műtéti eredményei messze elmaradnak az előbbi két csoport műtéti eredményeitől, különösen akkor, ha a laryngektomiát a nyelvgyök és garatfal resectiójával is ki kell bővíteni. Ennél a csoportnál a besugárzással elért eredmények, ha nem is tekinthetők még véglegesnek, mégis felülmulják a műtéti eljárással hosszú évtizedek óta elért eredményeket. Itt tehát indokoltabb a sugaras eljárás.

Haas L.: A protrahálás nem az egyedüli cardinalis különbség; az epitheliolysishez sem ragaszkodnak mereven, hanem úgyszólván naponta történő klinikai, laryngoskopiai vizsgálatok és megbeszélések alapján döntik el, hogy a seriát mikor fejezik be. Az iskola perhorrescálja az uniformisáló eljárást, *Coutard* maga pedig tiltakozott ellene, hogy az eljárást nevéről nevezzék el. Hangsúlyozza, hogy a bőr- és nyálkahártya reactiók nem mindig parallel jelentkeznek.

Polgár F.: Tapasztalatai egyeznek az előadókéval. Érdekelné, hogy a larynx tumorok mező nagyságának megválasztásában milyen tapasztalataik vannak, mert ő saját kárán tanulva először nagyobb, ma már kisebb mezőkkel dolgozik *Holits* előadásában nélkülözte egy gyakorlati szempontból fontos kérdés tárgyalását, nevezetesen a mamma cc.-k ú. n. postoperativ-prohylaxisának besugárzásának technikáját és tapasztalatait.

Vidor J.: Ismerteti a dosismérés problemájának fejlődését, mely nélkül a malignus tumorok sugár therapiája nem jutott volna el arra a fokra, ahol ma állunk. Vitatja *Holits* azon felfogását, hogy a seriát nem lehet megismételni. Részletesen ismerteti egyik ilyen larynx cc. esetét, melynél 1½— 2 év után jelentkező recidiva alkalmával a seriát megismételte és a beteg ezután egy évvel intercurrens betegségben halt meg. *Lichtenstein* előadásában kiemeli a 3 éves gyógyult esetek kedvező eredmény statistikáját mely *Coutard, Borak, Schinz* eredményeivel kb. egyezik és elemzi a sugárirány helyes megválasztásának fontosságát.

Holits R.: Zárószavában hangsúlyozza, hogy nem foglalt categoricusan állást a seria megismétlésének lehetősége ellen, csak azt hangsúlyozta, hogy első izben kell azt becsületesen végig csinálni, mert különben recidivákkal biztosan számolni kell. *Polgár* kérdésére azzal felel, hogy e tekintetben különböző álláspontok vannak és egyebek között a műtéti eredmény is sok tekintetben befolyásolja állásfoglalását. Radicalis műtét sikere esetén rendesen úgy szokott eljárni, hogy 1500—2000 r. egységgel sugároz be ilyen eseteket, melyet egy éven belül 3—4 szer megismétel. A laryngologusok hozzászólásait örömmel hallotta, mert ezekben közeledést lát a sugártherapia eredményeinek elismerésében.

Lichtenstein B.: Eseteik kis száma szerénységre kötelezi és így fel sem vette a „műtét vagy besugárzás" problemáját, mely kérdést ma — ép úgy, mint a gégészek — megoldani nem tudják. Az előadásának célja volt: igazolni, hogy a gégerák röntgennel történő gyógyítása járható út. *Kalocsay* azon megállapítása, hogy a gégetükrözés lehetőségei sem korlátlanok, igazolja azon eljárásukat, hogy igyekeznek az időfactor fokozottabb alkalmazásával járó előnyöket egyre jobban kihasználni, tekintet nélkül a tumor közelebbi sajátosságaira (infiltrativ növekedés, diffus terjedés, differentiáltság, stb.) *Kepessel* nem értenek egyet azon kérdésben, hogy a r. therápiában az indicatio kevesebb szerepet játszik, mint a sebészetben. E szempontból a sebészek előnyben vannak a röntgenesek felett, amennyiben a saját eljárásaik indicatiói felett teljesen szabad kezük van. Ez az előny nem lebecsülendő mértékben mutatkozhatik meg a statisztikák számaiban.

Saját tapasztalataikkal is igazolhatják *Haas* azon kijelentését, hogy a bőr- és nyálkahártya reactiói nem jelentkeznek parallel. Ezért az utóbbiak változásaira vannak tekintettel. *Polgárnak* a besugárzandó mezők nagyságára vonatkozó kérdésével kapcsolatban utal az utóbbi évek irodalmára. Belső gége rákoknál az évek folyamán egyre kisebb beesési mezőket választanak. Osztja *Vidor* felfogását mikor rámutat a beteg beállításának technikai nehézségeire és a preciz dosirozás fontosságára.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának április 28-i ülése.

Bemutatások:

Kriesch L.: *Papilloma által fedett rosszindulatú méhdaganat esete.* Egy esetét ismerteti, melyben a klinkai adatok alapján a szövettani diagnosis ellenére méhkiirtás végeztetett. Az előzetes szövettani lelet, melyet a próbaexcisióból végeztek jóindulatú papilloma volt, ez alatt azonban egy mélybe terjedő rosszidulatú elváltozás foglalt helyet, mely szövettanilag adenoma malignumnak felelt meg.

Batizfalvy J.: Az adenoma malignum uteri elnevezést bizonyos esetekben előadóval egyetértésben a maga részéről is indokoltnak tartja. Véleménye szerint vannak olyan hosszú ideig lappangva fejlődő és aránylag kevés klinikai tünetet okozó adenomaszerű burjánzások, melyek szokásos klinikai vizsgálatokkal nehezen vagy egyáltalában nem ismerhetők fel, amikor is csupán a malignitis gyanuja alapján végezünk műtétet. Indokolt e folyamatot a jellegzetes és banális ráktól elkülöníteni.

Mansfeld O.: Érdemesnek tartja az adenoma malignum kérdését megint egyszer szóba hozni, mert néha a klinikai kép nem egyezik a histologiai lelettel és ilyenkor minden körülmény latolásával választandó a gyógyeljárás.

Gyulay B.: A bemutatott esethez hasonló alkalmakkor 4—6 hét mulva megismétlendő próbakimetszés, illetve próbakaparás fontos szerepére hivja fel a figyelmet.

Frigyesi J.: Az adenoma malignum helyzete az utolsó években tisztázódott. Nem tévesztendő össze a glandularcystikus hyperplasiával. Ahol nagyon erős a mirigy-burjánzás, ahol mirigy-mirigy mellett van, kifejezett rosszindulatúságára való jel azonban nincsen, szokták a pathologusok azt mondani, hogy a klinikai kép dönti el az esetleges malignitás kérdését. Nem egyszer néhány hét mulva végzett újabb curettage és histologiai vizsgálat tisztázza a kérdést. Ahol több helyen látunk a metszetben atypusos burjánzást, heterotipocitást, ott carcinomáról és nem adenoma malignumról szólunk. Ilyennek véli a bemutatott esetet is.

Mansfeld O.: *Halálos anuria szülészeti műtét után.* A betegnek a promontorium előtt fekvő egyetlen összenőtt „lepény veséje" a fordítás és a magzat extractio alatt parenchymás zúzódást, vesekörüli és veseszöveti vérzést szenvedett. Az irodalomban egyedülálló eset mutatja, hogy mily fontos minden esetben a sectio, mely nélkül a halál oka felderíthető nem lett volna.

Batizfalvy J.: A bemutatott eset beillik az ú. n. „perirenalis apoplexia" kórképébe, amivel nálunk *Baló* foglalkozott behatóbban. Több évvel ezelőtt a klinikán is előfordult nőgyógyászati műtét kapcsán perirenalis apoplexia, amikor a vese zsíros tokjában keletkezett vérzés aránylag kisfokú volt és mégis a beteg halálát okozta. Ennek az lehet a magyarázata, hogy a vese körül hirtelen jelentkező vérzés a sympathicus fonatokra gyakorolt nyomás folytán szinte protrahált collapsusos állapotot hoz létre.

v. Szathmáry Z.: 1936. okt. 15.-e óta 1700 szülésük volt. Anyagukból 3 beteget vesztettek el, kettőt anuria miatt. Az egyik eset még nincs telejesen kivizsgálva, a másik: 40 é. VI. P. súlyos sepsissel, alig tapintható érveréssel, magas lázzal szállították be vidékről. Orvosa kisérő levele szerint 3 nap óta — mióta lázas — csupán vért kaptak csapoláskor a hólyagból. Az asszony időnként nincs öntudatnál. — Magzatmozgást 3 nap óta nem érez, szívhangok nem hallhatók. Eltünk méhszáj, álló burok, koponya a bemenetre nyomva. Burokrepesztéskor dögbüzű magzatviz ürül. A halott, macerált magzat perforatiója és extractiója, valamint a lepény spontan kiürülése után erős atoniás vérzés jelentkezik. A hólyagból csupán 5 ccm folyékony vért kapnak. Mivel a vérzést máskép csillapítani nem tudják, a méh eltávolításához fognak, a moribund állapotban beszállított asszony azonban egy órával a beszállítás után műtét közben meghalt. Kórbonctani lelet: colisepsis (tiszta tenyészet a magzat és anya szivéből és lépéből). Cystoskopos vizsgálatra műtét előtt már nem volt idejük, s ezért azzal a feltevéssel, hogy hólyag-sérülés áll fenn (tiszta vért kaptak a hólyagból), nem hüvelyi úton, hanem hasmetszéssel akarták a méhet eltávolítani és az esetleges hólyagsérülést ellátni. A vérzés a pyelumból származott s a vizelethiányt septikus anuria okozta és magyarázta. A tévedések elkerülése végett ajánlja és hangsúlyozza az ily esetekben feltétlenül szükséges urologiai vizsgálatot (amire saját esetükben már nem volt idő.)

Figyesi J.: Szülészeti complicatiót okozó kismedencebeli tumor esetében mindig distopiás vesére is kell gondolni. Ismételt sectio caesarea kapcsán szólóhoz is küldtek sec. caesareára és tumor-kiírtásra beteget, hol a tumor a kismedencébe beékelődött patkóalakú vese volt. Ezért, ha hasonló esetben gyanú merülne fel, mielőtt a tumor kiirtásához fogunk — előzetesen pontos kivizsgálás szükséges.

Mansfeld O.: A distopiás vesék legtöbbször gömbszerűek, többé-kevésbbé hydronephrosis folytán duzzadtak, ezért cystaszerű tapintatot adnak. A bemutatott eset azonban „lepényvese" volt, vastagsága csak 2.8 cm, úgy hogy felismerése tapintás útján nem volt lehetséges.

Burger K.: *Daganat és terhesség szövődményének érdekes esete.* 24 éves terhes nőt a szülés előtt 4 héttel terhessége és daganat szövődménye miatt vették fel a klinikára. A IX. hónapos terhes méh mellett a has alsó részében j. o. köldök magasságáig érő, jókora csecsemőfejnyi, sima felületű, elég jól mozgatható daganat volt tapintható, amely tökéletesen utánozta a petefészektömlő képét. Tekintettel a szülés közeli időpontjára és arra a körülményre, hogy kocsánycsavarodás keletkezése az előrehaladott terhesség mellett már nem volt valószínű, a daganat eltávolítását a magzat érdekében a szülés utáni időre halasztották. A szülés sima lefolyású volt és egy 4000 g-os élő, érett magzat született. A gyermekágy harmadik napján olyan tünetek jelentkeztek, amelyek kezdődő kocsánycsavarodás gyanúját keltették és ezért hasmetszést végeztek. A műtét alkalmával kiderült, hogy egy retroperitonealisan elhelyezkedő, hatalmas cystosus daganatról volt szó, mely a vastagbél felhágó részét a középvonalig eltolta. A hashártya megnyitása után punctió segítségével 3 liter folyadékot bocsátottak le, amely vizeletnek bizonyult. Mivel ezután a műtéti terület asepsise már ugyis kétséges volt, igen szokatlan (abdominalis) úton folytatta a műtétet és a hydronephrosisos vesét elvávolította. A beteg gyógyulása zavartalan volt.

Frigyesi J.: A bemutatott eset és annak sikeres megoldása is mutatja, hogy az egész sebészetet uralnia kell annak a gynaekologusnak, aki laparotomiát végez, ellenére, hogy hasonló esetek ritkák. Azon a véleményen van, hogy ilyen nagy tumor esetén urologus is azt a megoldási módot választotta volna. amit a bemutató, nevezetesen a transperitonealis utat. A gyógyulást megkönnyítette, hogy a vizelet az ily vesékben rendesen steril. Megemlíti, hogy minden infectióra gyanus esetben, ahol drainezés jön szóba, az általa ajánlott ú. n. temporaer drainaget végzi, melynek előnye, hogy ha az eset aseptikusnak bizonyult, a drain a 2—3 napon eltávolítható és ezáltal a gyógyulás gyorsabb, mint más drainezés esetén.

Fekete S.: *Adatok a Martius-féle műtét hatásmódjához és javallatához.* Két eset kapcsán ismerteti, hogy a hólyagzáró izomrendszer elégtelensége előállhat nemcsak sérülés (gátrepedés, cystokele) folytán, hanem amiatt is, mert a sphincter-kacs működését hegesedés, atrophia, vagy a hüvelyboltozat zsugorodása megnehezíti. Ilyen esetekben a hólyagalap a hüvelyfal közé közbeiktatott izom-zsír-lebeny részben alátámasztják a hólyagnyakat, talán a m. bulbocavernosus összehúzódása is segíti a sphinctert, de emellett még az is elősegíti a jó hatást, hogy a hólyagnyak felszabadul a zsugorodó, vagy heges vesicovaginalis támasztó szövet húzása alól. A Martius-féle műtétet hólyag incontinentia következő eseteiben tartja javaltnak: 1. amikor a vizeletcsurgás hegesedés, zsugorodás, vagy atrophia következtében állott elő; 2. cystokeléhez társuló incontinentiában, ha a hólyagtükrözés a sphincter tölcséralakú tágulatát mutatja, vagy ha az incontinenita nagyfokú s pessarium, tampon behelyezésére nem szünik meg; 3. amikor más műtét eredményhez nem vezetett.

Burger K.: A Martius-műtétet 12 alkalommal végezte incontinentia urinae, illetve egy alkalommal vesico-vaginalis fistula esetében. Az eredmény 10 műtét után teljesen kielégítőnek mondható. Martius-műtétekre csak súlyosabb panaszokat okozó esetekben kerül sor, amikor a hólyag záróizmának redőzése nem látszik elegendőnek. Idősebb egyének vizelési panaszainak megszüntetésére igen jó eredményt ad az interpositio is. Hasznosnak tartaná, ha az indicatiók felállításában egységes szempontok alakulnának ki, mert a gyógyulás Martius-műtét után kissé több fájdalommal jár, mint az egyszerű sphincter-redőzés és plascita után.

v. Szathmáry Z.: Olyan incontinentiák alkalmával, hol az ok a záróizom működési zavarában kereshető, ajánlja az elektrocoagulatiós eljárást. Ajánlja az eljárást minden e célból végzendő műtét előtt, hasonlóképen olyan esetekben,

hol az esetleg már végzett műtét nem vezetett kellő eredményhez. Többször alkalmazta; amilyen egyszerű, olyan meglepő eredményeket hoz sokszor ez eljárás.

Frigyesi J.: A Martius-féle műtétet szóló több esetben végezte és eredményeiről a berlini nőorvos congressuson számolt be. Incontinentia miatt végzett műtétekkel kapcsolatban az a véleménye, hogy a szokásos egyszerű plastika cystokele okozta incontinentia esetén sem elég, azért ilyen esetekben mindig Stoeckel-féle sphincter-varrást is végez. Nem ilyen okból létrejött, illetve máshol már eredménytelenül operált esetekben végzi a Martius-féle műtétet, mely ilyen nehéz esetekben is sokszor jó eredménnyel jár.

A Magyar Urologiai Társaság május 2-i ülése.

Borza J. elnök: megemlékezik *Török Sándor dr.* az urologiai társaság tagjának korai elhunytáról. A társaság elhatározza, hogy volt tagtársa sírjára koszorút helyez és az elhunytat *Minder Gyula* titkár búcsúztatja a sírnál.

Előadások:

Babits A. és † **Török S.:** *Az uraemia gyógykezelése a májfunctio fokozásával.* Uraemiában a rossz veseműködésnek van a legnagyobb szerepe a mérgezés létrejöttében, de figyelembe véve azt, hogy az uraemiás tünetek keletkezésében fontos szerepet játszó bélbomlástermékeket a vese nem képes eredeti formájukban kiválasztani, érthetővé válik, hogy a méregtelenítésre egyedül a veseműködés javítása nem elegendő. Ezen bomlástermékek (phenol, indoxylkénsav, stb.) lebontását a máj végzi és így lebontva kerülnek a veséken keresztül kiválasztásra. Ezért van az, hogy az uraemiásokon a maradéknitrogen és a vérfagypont emelkedésével a xanthoprotein reactio emelkedése nem tart lépést, mert a fokozott májfunctio még ki tudja egészíteni a veseműködés zavarának következményeit. Később a máj is túlterhelődik, a mérgező anyagok a vérben felszaporodnak és a xanthoprotein reactio erősen positivvá válik. Az uraemia kezelése tehát három irányú kell, hogy legyen: oly táplálékok bevitelének megszorítása, melyek végtermékei mérgezőkké válhatnak, a mérgező anyagoknak a szervezetből gyors eliminálása, a toxikus anyagok chemiai lebontása. A toxikus anyagok lebontása a máj feladata, ezért a májműködés javításával az uraemiát befolyásolni tudjuk. A májfunctió zavarát a Fiessinger-féle bengálrózsa próbával mutatják ki. A májműködés javítására a *biolipase-t* ajánlják, mellyel sikerült számottevő eredményeket elérni.

Farkas I.: Egy esetét ismerteti. A jó vesefunctiókkal rendelkező 500 g. residuumos prostata hypertrophiás betegen intercurrens hepatitis-cholangitis végzetes uraemiához vezetett anélkül, hogy bármifelé urologiai beavatkozás történt volna. Főleg francia szerzők ismertették a máj fontos szerepét a víz anyagforgalomban és megállapították, hogy jó májműködés esetén 1 l. folyadékot a szervezet 3—4 óra alatt ürít ki, míg cyrrhosis, vagy hepatatisben szenvedő betegen a kiválasztás eltolódik 10—12 órára. Egészséges májú egyénben a vér kis mennyiségben higul fel és a felhigulás csak 10—12 percig tart, míg májbetegeken nagyfokú és órákig tartó felhigulást észleltek. *Cornil* szerint „ha a máj beteg, minden beteg", csökken a szövetek vitalitása, a chemiai reactiók meglassubbodnak, a tápanyagok lebontása és az anyagcseretermékek kiürülése csökken. Nagyon örvendetes volna, ha ebben az irányban a májlipase-ban kisegítő gyógyszert találnánk.

Babits A.: *A transurethralis prostata resectióról és annak eredményeiről.* A resectio indicatiójában a következő szempontokat kell figyelembe vennünk: 1. a betegnek a resectióra alkalmassága különös tekinttetel a beteg általános állapotára és az urogenitalis rendszerben jelenlévő elváltozásokra; 2. a beteg helyes előkészítése; 3. a resectio kivitele; 4. az utókezelés. Fontos a húgycső megfelelő tágassága és a resecálandó prostata minősége. Carcinoma nem való resectióra. Contraindicált a resectio prostatakövek, prostatagyulladás, hólyagkő, diverticulum, súlyos hólyaghurut, rossz veseműködés mellett. Az előkészítésben a legfontosabb a hólyag állapota. Resectio szempontjából legjobbak a középső lebenyek és a sphincter sklerosis. Fontos szerepe van a használt áram erősségének a vérzés, mélyhatás és gyógyulás szempontjából. Az utókezelésben legfontos a hólyag csirtalanítása, gyakori öblítések, jól vezető állandó katheter és belső desinficiensek segítségével.

Farkas I.: 350 esetben végzett resectiót és az utolsó 80 esetben 65% volt a teljes gyógyulás. Az eseteknek csak kb. 10%-ában végez prostatektomiát. Érzéstelenítésre epidural injectiót ajánl novocain-corbasillal, melynek előnye, hogy nem okoz ártalmas hatást. — A módosított Bitschay-féle és a Mc. Carthy-féle eszközt használja. Az előbbinek előnye, hogy nagy szeleteket lehet jó controll mellett kivágni, hátránya, hogy a kacs hamar tönkremegy és könnyen letörik. Ezen úgy segítettek, hogy újabban ellenállóbb Wolframfémből készítik a kacsokat. A Mc. Carthy-eszköz hátránya, hogy rövid, előnye a szilárdabb és jól mozgatható kacsrendszer. Újabban a két eszközt együtt használja, először a nagyobb részleteket a Bitschay-eszközzel resecálja és az utólagos simításokat a beemelkedő részeken végzi a Mc. Carthy-eszközzel. Complicatiók a vérzések, utóvérzések, pericystitis, vizeletcsepegés. Mindezek kellő technikával a minimumra reducálhatók. Olyan esetekben, hol kellő mennyiségű prostatarész eltávolítása után sincs eredmény, ennek oka legtöbbször a detrusor gyengeségében keresendő. Mortalitása 2.8%, amely szám az eleinte gyakoribb mortalítások miatt magas, az utolsó 90 esetben nincs halálozás. A technika javulásával a mortalitás lényegesen csökken, ezért alacsonyabb az amerikai szerzők mortalitási aránya. A kimetszett részek szövettani vizsgálata mutatja, hogy a nekrosis az égetés következtében csak felületes.

Mező B.: Felhívja a figyelmet az előkészítés fontosságára. Egy esetben a beteg követ csak a sikeres resectio után távolította el. Meropitánnal végzett epidural anaesthesiában operál. Az áram erősségét minden esetben külön kell beállíttani 20 esetben végzett resectiót mindig egy ülésben 7—30 g-t vágva ki. Esetei közül 10 teljesen residuummentes volt, 7-ben 15 ccm, 3-ban 40 ccm residuum maradt.

Minder Gy.: 2 év alatt az Új Szent János urologiai sebészeti osztályon ápolt 132 prostata-hypertrophiás beteg közül prostatektomiát végeztek 11 esetben, resectiót 43 esetben. A resectio után retentiómentes, vagy 10—50 g. residuummal gyógyult az esetek 72%-a, 50—150 g. residuum maradt vissza 18%-ban, eredménytelen volt a resectio 7%-ban, meghalt 2.3%. A resectiót legtöbb esetben evipan narkosisban, néha epidural injectióval végezte. Nem resecál nagyon sokat és a resectio helyét esetenként állapítja meg

Babics A.: Carcinoma esetében nem ajánlja a resectiót a vérzés miatt, ezt helyesebb operálni. Az áram erőssége jó készülék esetében nem ingadozik.

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1937. évi jelentése.

Újra előttünk fekszik ez a jelentés, vaskos könyv formájában, melynek mindig külön hasábokat szoktunk szentelni, mert tükörképét véljük benne feltalálni nemcsak az ország és a nép közegészségi állapotának, hanem annak a tevékenységnek is, ami nemzetünk legbecsesebb tőkéjének: emberanyagának érdekében nálunk végbemegy. Ennek a nemzetmentő munkának lüktető eleven erejét az 1927 július 1-én megnyilt Orsz. Közegészségügyi Intézet szolgáltatja, mit szervezőjének bölcsessége a tudomány szilárd alapján működő állami organisatioként létesített, ami ennek következtében a korral haladó és fejlődésképes, ha kellő alimentatióval erről gondoskodás történik. Ezért különösen szerencséseknek mondhatjuk magunkat, hogy időközben az intézet szervezője, nyolc éven át igazgatója, *Johan Béla* a közegészségügyi államtitkári székbe került, ahonnan — nem veszítve el az intézettel közvetlen kapcsolatát, sőt egy ügyes administrativ rendelkezéssel oda helyezvén ki a belügyministerium XV-ik Egészségvédelmi és Járványügy Osztályát — a maga expeditiv munkakészségével, nagy tapasztalataival és tudományos felkészültségével államtitkári hatáskörében még intensivebben és eredményesebben tudja intézni és fejleszteni az egész ország közegészségügyét és ezzel népünk legdrágább közjavát. Hű munkatársa és segítőtársa neki ebben az intézet jelenlegi igazgatója, *Tomcsik József* professor, ki egyszersmind az itteni XV. belügyi osztály főnöke, akihez közvetlen futnak be a

jelentések s aki közvetlenül és azonnal intézkedik a concret esetben, de az államtitkárral való mindennapos érintkezése következtében a szélesebb körű vagy esetleg országos intézkedések is kibocsáthatók késedelem nélkül. Nem hisszük, hogy még volna valahol ily gyors administratiós lehetőség egyetlen vészjelre.

Az intézet beosztásának váza a szükséghez mérten bővült. Már évek óta várható volt, hogy az egyre több és nagyobb jelentőségű járványregistrálás és ellenőrzés, valamint az egészséges ivóvíz érdekében kifejtett intensiv munka külön, önálló osztályt kíván, ami meg is történt a *Vízügyi Osztály* s az ehhez kapcsolódó *Egészségügyi Mérnöki Alosztály*, valamint az önálló *Járványügyi Osztály* felállításával. A külső munkák terén is állítottak fel egy új alosztályt a *tüdőbeteggondozás* organizálására főleg az iskolákban *Petrányi Győző dr.* szegedi gyermekorvos magántanár vezetése alatt, ki e téren már Szegeden kezdeményező és igen eredményes tevékenységet fejtett ki.

Ugyancsak örvendetes bővülésként sorolható fel a Rockefeller-alap áldozatkészségéből létesült *infuenzakutató állomás*, mely *Mr. Taylor* szakavatott vezetése alatt kezdte meg működését és kapcsolódik bele abba a kutató működésbe, amit e téren eddig csak a newyorki és londoni állomások fejtettek ki.

Tudvalévő, hogy az annyira bevált *zöldkeresztes* falusi egészségvédelmi munka 10 éves végrehajtási tervét a kormány is magáévá tette. Ennek érdekében elsősorban a védőnők számát kell emelni s erre szolgál az *Ápolónő és Védőnőképző Iskola* új szárnyának kiépítése, ami már készen is van és ötvennel több bentlakó növendék felvételét teszi lehetővé!

Ennyiről értesültünk az intézet organizációjának és helyiségeinek gyarapodását illetőleg. — Az intézet munkáját három főcsoportban tárgyalja a jelentés: I. Belső szolgálatról szól 63 oldalon; II. az állomások munkájáról 46 oldalon; III. a külső munkák osztályáról 22 oldalon és az egészségügyi körzetekben folyt szolgálatról 165 oldalon.

Bár mindent elkövetnek, hogy minél többen nyerhessenek kiképzést az intézetben, a keretek nem felelnek meg sem a szükségletnek, sem a pályázók óhajtásának. Mily szomorú, hogy a *tisztiorvosi tanfolyamra* 122 pályázó közül csak 28-at tudtak felvenni, *a körorvosira* jelentkező 168 közül is csak 80-at. Pedig 1939 június 30-ika után már csak ilyen bizonyítvánnyal rendelkezők lesznek kinevezhetők! Azzal sem lehetünk egészen kibékülve, hogy az államosított tisztiorvosoknak csak a fele olyan, aki az új rendszerű tanfolyamot végezte az intézetben. Nem lehetne-e ezen tanfolyamokat esetleg az egyetemi intézetek és tanszemélyzet igénybevételével kibővíteni? Mi értjük és méltányoljuk az államtitkár úr szigorú felfogását és ragaszkodását ahhoz a jellegű és szinvonalú oktatáshoz, amit az Intézetben nyujtanak. De az ország parancsoló szüksége és a jelentkezők nagy készsége mégis gondolkodóba ejt, hogy nem lehetne-e ilyen kibővült gyakorlati kurzusokkal a hibán segíteni, — hiszen a tanuságtétel az ismeretekről: a vizsga megmaradhatna az intézet kezében. Ugyanígy lehetne a kiképezhető védőnők csekély számán segíteni, ami felett maga a jelentés is búslakodik mondván, hogy „ még évi 45—50 növendék felvétele sem elegendő ahhoz, hogy a falusi egészségvédelmi szolgálatot elláthassuk. Közben egyik körzet a másik után, látva a jó példát, jelentkezik, áldozatokra kész, várakozik, sürget — és mindhiába: nincs elég védőnő. Teljesen igaz, hogy ennek az actiónak sikere az orvossal és különösen a védőnővel áll, vagy bukik, „czédulás bábákkal" nem lehet ezt a szolgálatot ellátni, — de nem lehetne-e a védőnőképzést is legalább idegilenesen decentralizálni, a centralis vizsga meghagyása mellett? — Az egyetemi városokban, klinikákon nem lehetne-e 10—20 jelentkezőt elhelyezni és tanítani is, mikor a komoly tanerők hozzá mindenütt megvannak? — Egyébiránt csak örvendünk afelett, hogy e kifogásainkat megtehettük. Mind csak azt mutatja, milyen jó az, mit *Johan Béla* aklotott, mert soha sincsen elég belőle!

Az intézet osztályai hatalmas munkát végeztek. A *parazitologiai osztályt* (vezető: *Makara György dr.*) az a megtiszteltetés is érte, hogy a Népszövetség Egészségügyi Osztálya, az osztály volt vezetőjének *Lőrincz Ferenc* prof.-nak munkatervét fogadta el a légykérdés jelentőségének tisztázására. Tervszerű munkát indítottak szénbányáink *anchylostomiasistól* mentesítésére. — Felderítő munkájuknak köszönhetjük, hogy nálunk a *malaria* komoly problema lett, minek tervszerű legyőzését meg kell kezdenünk. 4200 szunyog feldolgozásából megállapították, hogy nálunk az Anopheles maculipenis-nek három félesége szerepel, mint terjesztő. Mivel írtásuk beláthatatlan nehézségekbe ütközik és főtelepeik a Tisza kiöntéseiben lelhetők fel, a szúnyogpusztító Gambusia halak tenyésztését vették tervbe és indokolt kérelemre ezekből a gyorsan működő és szaporodó halakból küld az intézet példányokat az endemiás helyekre.

A *bakteriologiai osztály* (vezető: *Lovrekovich István dr.*) terheltsége valamivel csökkent 115,926 vizsgálatra az előző évi 184.306-al szemben, ami a felállított szombathelyi és gyulai állomásoknak köszönhető. Legtöbb bajuk a nyilvántarott bacillusgazdákkal van és az ú. n. felszabadító vizsgálatokkal, ami olyan betegekre is kötelező, akik „bejelentve nem voltak". 78 ezer tyhusvizsgálatot végeztek. Diphtheriát 18 ezer esetben, 15%-kal kevesebbet, mint mult évben, jeléül annak, hogy a védőoltások miatt ez a kór apadóban van. Typhusvaccinát az osztály ez évben 100 l-el többet adott ki, mint multkor.

A serologiai osztály (vezető: *Oláh Gábor dr.*) 375 ezer gyermek diphtheriaellenes oltásáról számol be, mivel a védettek száma 1.2 millióra emelkedett. Nagy arányokban folyt a vörheny elleni védőoltás (8500) és a csecsemők tbc-elleni immunizálása is *Calmette* szerint (2233 adag). Első kisérleteit végezte az osztály a szamárhurut védőoltással történő megelőzésére is: 95 vaccinás oltással 2 hét mulva sikerült egy járványt megszüntetni. — Syphilisre 9842 vért (15% +) és 73 liquort vizsgáltak meg (13.7% +.)

A *chemiai osztály* vizsgálatai 25% emelkedést mutatnak (4369), ami a fokozott ellenőrző tevékenységből folyik. Az osztály kiküldötte ezentúl a tisztiorvos patika vizsgálataiban is közreműködik. 386 vizsgálat közül 23%-ban kellett az anyagokat kifogásolni, amin a jövőben kellő kitanítással óhajtanak segíteni. 85 biologiailag ellenőrzött készítmény 18%-a volt meg nem felelő. 232 gyógyszerkülönlegeségnek csak 14.7%, egységes szereknek csak 15%-a volt kifogásolható, míg a megvizsgált 425 injectio egy esetben sem volt hibás.

Az OTI-nak végzett 1168 gyógyszervizsgálat esetében pedig 235 esetben kellett az kifogásolni (20%); míg a MABI részére végzett 119 vizsgálat közül 47 esetben (40%) kellett a bérmunkában készült tablettákat kifogásolni. Sok gondot fordít az osztály a gyárak és mindenféle címen bejelentett „üzemek" ellenőrzésére, mit váratlan és szigorú helyszini szemlékkel végez. Örvendetes, hogy most már az ipari és kereskedelmi hatóságok sem gördítenek ez elé nehézségeket. A chemiai osztály az oda összpontosuló rengeteg és sok esetben

bonyolult viszgálat, kiszállás, helyszini szemlék és az ország rohamosan fejlődő gyógyszeripara következtében még mindig emberfeletti munkát végez, melynek nagyobb méltánylása felette kivánatos volna.

A biologiai ellenőrzéseket végző alosztály (Stasiak Aranka dr.) 212 anyagot vizsgált meg, ezek közül 71-et nem talált megfelelőnek (33%). Feltünő a pepsinkészítmények rosszasága (63%); pedig csak azokat kifogásolják, amelyek hatóértéke a gyógyszerkönyv megkövetelte érték felénél is kevesebb. Lényeges még a hypophysis (66%) és a tüszőhormon-készítmények (55%) hibaszázaléka, ami az insulin esetében 13%-ra, az arsenobenzolokéban 11%-ra esik le.

A vizügyi osztály (Jendrassik Aladár) 8049 vizsgálatot végzett (35% emelkedés) és 28.033 kút adatait tartotta nyilván. A kifogásolt kutak száma még ez évben is 65.7% volt. A kútépítés actiója bővült, mert a hitelkeret növeltetett; — ez évben 130 új aknás kút és 47 fúrt kút létesült. Bámulatos az a bölcs körültekintés és takarékosság, amivel az osztály ezt az áldásos munkát végzi. A költséges artézi felszökő mélyfurásokat kerülik s a kisebb mélységű fúrások vizét eternit csöveken át emelik, amiből azok nem oldanak ki vasat és élvezhetők. Emellett helybeli kisiparosokkal dolgoznak, s így aknás kútjaik átlag 510 P-be, fúrt kútjaik 1480 P-be kerültek (fuvart, napszámost a község állít.)

A mérnöki alosztály (Vass Elemér) ebben a munkában is résztvett, ezenfelül két új egészségházat, számos tervet és egy olyan kézi erővel hajtható zuhanyozót készített, ami csak 2000 P-be kerül és üzemköltsége zuhanyozásonként egy fillér.

A járványügyi osztály (Petrilla Aladár dr.) a typhussal eredményesen veszi fel a a küzdelmet az alkalmazott tömeges védőoltásokkal. Kétségtelen szerepe van ennek a diphtheria csökkenésében is. A beérkezett jelentőlapok száma 127.748. A fontosabb betegségi esetek száma és mortalitása a következő:

Typh. exanth.	17	meghalt	9 =	52.9%
Typh. abdom.	8.561	„	886 =	10.3 „
Paratyphus	199	„	10 =	5.0 „
Dysenteria	3.552	„	607 =	17.0 „
Diphtheria	7.525	„	425 =	5.6 „
Scarlatina	11.793	„	168 =	1.4 „
Morbilli	34.060	„	283 =	0.8 „
Varicella	7.600	„	—	—
Pertusis	10.975	„	507 =	4.6 „
Influenza	852	„	—	—
Poliomyel. ant. . . .	470	„	85 =	12.8 „
Mening. cerebrosp. . .	69	„	40 =	58.0 „
Anthrax	212	„	9 =	4.2 „
Malaria	1.888	„	—	—

Nem részletezhetjük azt a szép és óriási munkát, ami *az egészségvédelem terén a körzetekben folyt le*, s amiről azok vezetői beszélő számokban tesznek jelentést. A fejlődés itt abban nyilvánul, hogy 28 új körzet létesült, mivel azok száma 127-re emelkedett. Ezek működési sugara 378 községre és 1.035.217 lakosra terjed ki. Hol van még ez az ország összes községeitől és összlakosságától! —, de kevés a védőnő, mert csak 50 fér el az intézetben.

Érdemes munkát végeztek *az intézet vidéki fiókállomásai*, melyek gyors vizsgálataikkal, helyszini kiszállásaikkal, tanácsaikkal biztos támpontjai az országszerte folyó egészségvédelmi munkának. Számuk az új kettővel most már 9-re emelkedett, s az ezekben végzett vizsgálatok összes száma 203.454. — De kiegészíti ezeknek a munkáját az ú. n. *„jogosítványos kórházi laboratoriumok"* munkássága, melyek számszerint tízen még 49.738 vizsgálatot végeztek, s így az állomások és laboratoriumok vizsgálatainak összes száma 253.192.

A folyamatos napi munkának ezen terhe mellett elismerésre méltó tudományos munkásságot is fejtettek ki az intézet tagjai mit 10 oldalon, 31 rövid kivonatban sorol fel a jelentés. De nem is lehet ez másként, mert csak a tudományért lelkesedő és annak kultuszában élő emberek teljesíthetnek ilyen önzetlenül ilyen tömegű munkát. A nemzetnek, a nemzet javai felett őrködő kormánynak észre kellene venni ezt a tíz év óta folyó, rajongó lelkesedéssel végzett szolgálatot és nem szabadna hagyni ezeket a hűséges és hallatlan szívós energiájú munkásokat elkedvetlenedni és kihülni. Elvégre ők is öregszenek, nem azok már, mint amikor még mint fiatal tanársegédek oda beálltak, elvégre családot is szeretnének alapítani vagy apróságaikat tisztességgel felnevelni, — de fizetésük és rangsoruk még mindig ugyanaz és minden reménye nélkül vannak az előmenetelnek. Tudjuk, hogy ez az észrevétel és a belőle fakadó jutalmazás nem az államtitkár úron, sem az igazgatón múlik, sőt ettől föl az ő fejük is leginkább. De ez a kis őszinte rámutatás elérkezik tán abba a titokzatos várbeli palotába is, hol az ország dolgait hangfogó függönyök mögött szokták tárgyalni, mert utat talál oda annak a bölcs és erőskezű férfinak szándékán és ajakán keresztül, akinek az ország közegészségügye már a multban is oly sokat köszönhetett s akit most újra oda állított a belügyek élére jó sorsunk és a kormányzati bölcsesség, hogy az orvosokkal végzett harmonikus és megértő munkásságából áldás és jólét fakadjon e népre és hazára. Hiszünk az igazi érdem jutalmazásában és reá bízzuk óhajtásunk teljesülését; az Országos Közegészségügyi Intézet munkássága előtt pedig tisztelettel és elismeréssel hajlunk meg.

Vámossy.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A Pázmány Péter Tudományegyetem rectorválasztó ülése június 8-án *Verebélÿ* Tibor professort választotta meg a jövő évre Rector Magnificus gyanánt. — A kormányzó *Brana* János dr. ny. tábornokorvos egyetemi magántanárnak az orvosképzés és szakirodalom művelése terén szerzett érdemei elismeréséül az *egyetemi rendkívüli tanári* címet adományozta.

† **báti Berkó Antal** ny. vézértörzsorvos, a MONE disztagja, május hó 19-én, rövid szenvedés után, 60 éves korában elhunyt. Mint fiatal orvos pályáját a budapesti Egyetem gyógyszertani intézetében, mint annak gyakornoka kezdte meg, majd a m. kir. honvédorvosi tisztikar állományába vétette fel magát, hol a honvédség első helyőrségi kórházának sebészeti osztályára került. 1912-ben a szerb-bolgár háború idején Szófiába küldött magyar vöröskereszt tábori kórházának egyik sebésze volt. A világháborúban annak első napjától kezdve, mint egy honvéd lovashadosztály egészségügyi intézetének parancsnoka — s egyben sebésze vesz részt. Az újonnan megalakult nemzeti hadseregbe, mint törzsorvos lép be, s mindegyre jobban felfelé ívelő katonaorvosi pályája a budapeti 1. honv. vegyesdandár vezető orvosi állásával fejeződik be. Nyugalomba vonulása után szabad idejének nagyrészét a MONE ügyeinek szentelte, melynek megalakítása óta lelkes híve volt. Vele ismét egy olyan kivételes egyén szállott sírba, aki elmulásával maradandó ürt hagy mindazok lelkében, akik őt ismerték, szerették és tisztelték.

Diszdoktorrá avatás. Az Erzsébet Tudományegyetem f. hó 4-én tartott ünnepi közgyülésén avatták az orvostudományok diszdoktorává *Fabinyi Tihamér* ny. pénzügyminisztert. Az egyetem aulájában egybegyült előkelő közönséget *Scipiades Elemér* Rector Magnificus üdvözölte, majd elmondotta megnyitó beszédét, melyben rámutatott arra, hogy a pécsi egyetem bölcsészeti és orvosi kara most ünnepli *20 éves jubileumát*, mert húsz évvel ezelőtt tették le az esküt az ujonnan alakult pozsonyi egyetem bölcsészeti és orvosi

karának tanárai. A jubileum alkalmából az egyetem orvoskara előterjesztést tett, hogy *Fabinyi Tihamért* az orvostudományok diszdoktorává avassák. — *Neuber Ernő* orvoskari dékán ismertette ezután *Fabinyi Tihamér* életrajzát és azokat az okokat, amelyek diszdoktorrá avatását megindokolják. Utána *Fabinyi Tihamér* letette a diszdoktori eskűt, majd *Scipiades* rector üdvözlő szavai után beszédet mondott, melyet nagy tapssal és éljenzéssel fogadott a hallgatóság. Utána *vitéz Berde Károly* professor emlékezett meg a hősökről és jelentést tett az 1937—38. tanév pályamunkáiról. A pályadijak kiosztása után, a Himnusz eléneklésével ért véget a felemelő ünnepség.

A budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottság a budapesti fürdőkkel foglalkozó tudományos munkák jutalmazására a Tudományegyetem Orvostudományi karának újból két db. egyenként kettőszáz pengős dijat bocsátott rendelkezésére. A tanártestület az 1938—39 tanévre a következő két pályatételt tűzte ki 200—200 pengős jutalomdijjal: 1. „Kimutatható-e a kén bejutása a szervezetbe, budapesti kénes hévfürdő-kúrák alatt." — 2. Vizsgáltassék, hogy a Rudas forráscsoport vizeivel végzett ivókúra növeli-e a cukorbeteg tolerantiáját, esetleg lehet-e csökkenteni az insulin adagot a kúra alatt, vagy után is."

Csanád vármegye öt új községi orvosi állást szervez, melynek létesítéséhez az Önállósítási Alap támogatását is megnyerte. Az új községi orvosi állások: Nagylak, Nagymajlát, Reformátuskovácsháza, Királyhegyes és Pusztaotlak községekben lesznek.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tudományegyetemen június 3-án: *Barla-Szabó László István, Gábor Klára, Herczeg Tibor, Kahlfürst Tibor István, Kovácsovics Tibor János, Németh Jenő, Oros Lajos, Pásztori Pál Gyula, Rosenberg Miklós, Szemkő Julianna Etelka Izabella, Letenoczki Ferenc, Mike Gyula.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

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

Frontátvonulások és kísérőjelenségeik május 31—június 6. között. Ezen a héten a frontátvonulások száma (a megelőző időszakhoz képest és a frontátvonulásokban gazdag évszakhoz képest is) nem volt nagy. Rendkívül nagy volt azonban az erős betörési frontoknak a többi frontokhoz való arányszáma: Budapest felett három erős betörési front vonult át, amelyek postfrontális reactióinak május 31-én hajnalban és reggel, továbbá június 3-án este és éjjel kellett fellépniök. A felsiklási frontok iránt specifikusan érzékeny eygének számára ez a hét egészen nyugodt volt. Ezúttal te-

Magyarországon 1938 május 22 től 28-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	M
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12	3	2	—	2	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	1	—	—
3. Baranya	251.834	6	—	—	—	3	1	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	10	—	8	5	4	—	—
4. Békés	337.414	—	—	—	—	2	2	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	25	15	7	1	4	—	—
5. Bihar	181.746	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	3	—	—	11	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	2	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	2	—	237	1	20	—	15	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	3	—	—	—	2	1	3	1	11	—	—	—	—	—	—	—	6	14	3	—	1	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	—	—	—	—	—
9. Fejér	231.470	1	—	—	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	—	—	77	6	1	—	2	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—
11. Hajdú	181.837	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	38	1	6	1	3	—	—
12. Heves	323.712	3	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	117	7	—	—	2	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	3	—	—	—	4	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	11	15	4	—	3	—	—
14. Komárom-Esztergom	182.975	1	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	7	2	—	1	—	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	2	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	71	1	1	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	4	—	1	—	4	—	13	—	49	—	—	—	—	—	—	—	498	44	27	3	22	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	99	2	3	—	56	—	—
18. Sopron	142 399	—	—	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	1	—	—	—	1	1	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	89	7	—	—	67	—	—
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	159.705	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	—	—	19	—	—
21. Tolna	265.884	1	1	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	54	—	6	1	1	—	—
22 Vas	272.599	3	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	116	—	7	—	7	—	—
23. Veszprém	248.310	3	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	1	—	—
24. Zala	369.469	2	—	2	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	17	3	—	2	90	—	—
25. Zemplén	149.916	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	69	—	—	—	35	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—
II. Budapest	1 051 895	2	—	—	—	5	—	30	2	47	—	—	—	—	—	—	—	211	39	7	2	—	—	—
III. Debrecen	125.368	2	—	—	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	7	—	—	7	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	5	—	1	—	—
VI. Kecskemét	82.360	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—	1	—	—
VII. Miskolc	66.419	3	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	77	—	4	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	—	—	—	—	—	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—	13	3	—	—	—	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	1	—	—	—	—	—
X. Szeged	139 702	—	—	—	—	5	—	3	—	3	1	—	—	—	—	—	—	18	—	2	—	—	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Összesen:	8,991.179	53	5	5	1	36	5	91	4	177	3	2	—	1	—	3	—	1979	190	116	16	359	—	—
Medián 1937		49	6	3	—	18	2	166	8	190	3	1	2	2	—	7	—	671	105	150	5	74	—	—

82. évfolyam. 25. szám. Budapest, 1938 június 18.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, MISKOLCZY DEZSŐ, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR
VÁMOSSY ZOLTÁN, VIDAKOVITS KAMILLÓ, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANAR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNO

TARTALOM:

Kramár Jenő: Megfigyelések a „grippés" eredetű gócos myokardisitről. (599—600. o.)
ifj. Verebély Tibor: Gyomor-béldaganatok petefészekáttételének sebészi jelentősége. (601—603. o.)
Horvai Lajos: Coronariathrombosis és átmeneti spontan glykosuria. (604—607. o.)
Bakács György: Klimaxos tünetek kezelése α-phenyl β-isopropilamin hydrophosphattal. (607—610. o.)
Schürger Sándor: A lepényleválasztás gyógyulási viszonyainak javítása. (610—612. o.)
Nagy Mihály: A liquor cholesterin-tartalmának meghatározása ideg- és elmebetegségekben a Plaut—Rudy-féle módszerrel. (613—615. o.)
Bálint Gyula: Patkányreticulocyta-reactio emberi vizelettel. (616—617. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (97—100. o.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet. — Gyermekgyógyászat. — Bőrgyógyászat. — Urologia. — Elméleti tudományok. (617—619. o.)
Könyvismertetés: (619—620. o.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (620—624. o.)
Schaffer Károly: Lenhossék Mihály, a neuron-tan egyik megalapítója. (625—626. o.)
Vegyes hírek: (625. o. és a borítólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi Ferencz József Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye.

Megfigyelések a „grippés" eredetü gócos myokarditisről.

Írta: *Kramár Jenő dr.* egyetemi ny. r. tanár.

Magyarország a nyugat- és északeurópai országokkal szemben a szívbetegségek szempontjából eddig elég előnyös helyzetben volt. Az utóbbi évtizedben azonban a szívbetegségek iránti dispositio úgy látszik nő. Ezt mutatják az általános halálozási statisztika s a morbiditásra vonatkozó feljegyzések is. Ez a fokozott dispositio már a gyermekeken is megnyilvánul, az utolsó esztendőkben különösen gyakran észleljük a legkülönbözőbb eredetű szívbántalmakat. Különösen a rheumás eredetű szívgyuladás szaporodása tünik fel, de gyakoribb lett a scarlatos és diphtheriás szívlaesio is s feltünően halmozódnak azok, amelyek a felsőbb légutak hurutos megbetegedéseihez csatlakoznak, amelyeket tehát közös gyüjtő néven „grippés" eredetüeknek mondhatnánk.

Mig 9 esztendő (1925—1933) átlagában klinikánk minden 1000 betegére 0.36 ilyen grippés eredetű szívbeteg jutott, 1932—35 átlagában 2.4. Betegeink kisebbik része typikus endocarditisben szenvedett, nagyobbik fele azonban — s ez a tanulságosabb és érdekesebb — a myocardium izolált laesióját mutatta csupán. A gyermekek kora 3 évtől 14 évig terjed. Különösen feltünő volt a játszó korban lévő gyermekek megbetegedésének gyakorisága. Ez a jelenség az alsó korhatár leszállása, különben más eredetű szívbántalmakban is megnyilvánult.

A szív laesioja a többnyire orvos nélkül lezajlott egyszerű grippével kapcsolatban lassan, észrevétlenül fejlődhetett ki. Emellett szól legalább is az, hogy az anamnesisben sohasem hallottunk arról, hogy a gyermeknek szívpanasza lett volna, de a szülők sem vettek észre semmit, a gyermek bágyadtságát, fáradékonyságát, kedvetlenségét a lezajlott betegséggel magyarázták s így a gyermeket iskolába küldték. Csak később, amikor a helyzet nem javult, sőt lassan romlani kezdett, került a gyermek vizsgálatra. Ezek a gyermekek akkor már láthatóan betegek voltak, különösen feltünt sápadtságuk, lehangoltságuk, úgy hogy a szívlelet érthető magyarázatát adta az első benyomásnak. Gyakrabban láttuk azonban azt, hogy nemcsak a szívre utaló anamnesztikus adatok hiányoztak, de a többnyire egészen más okból vizsgálatra hozott gyermek egyáltalában nem is tette beteg benyomását, jó kedvű, élénk, jó szinű volt, s a szívlelet egészen váratlanul ért bennünket. Különösen a játszó korban lévő gyermekeknél alakult így a dolog.

A physikalis lelet megegyezett abban, hogy csaknem minden gyermek subfebrilis volt, mindig feltünő tachycardiát s a pulzusnak mozgásra beálló erős labilitását találtuk, sokszor igen erős respiratios arythmiát. A szív működése egyébként szabályos volt, decompensatio jeleit egyizben sem láttuk. Maga a szívlelet rendkivül változatos volt: néha kisebb fokú megnagyobbodás, máskor normalis nagysági viszonyok. Kifejezett, helyzetváltozáskor változó zörej, többnyire a szívbázison lévő punctatum maximummal, máskor teljesen tiszta szívhangok, ritkábban tompa, gyakrabban sajátságos kongó, üres jelleggel, ami egymagában is alkalmas volt arra, hogy a szív felé terelje gyanunkat. A szíven található ezen tünetek a betegség folyamán, de sokszor napról-napra is gyakran változtak. Az elektrokardiogramm kivétel nélkül kóros jeleket mutatott, mégpedig a következő gyakorisági sorrendben: az ST szakasz deviatiója az első vagy második levezetésben — az R csomós vagy szálkás volta több levezetésben, — az átvezetési idő megnyulása — szívtúlsúly s legritkábban a T hullám kóros volta (biphasisos, negativ vagy hiányzó T_1 esetleg T_2). Anaemia többnyire nem volt, vagy csak kis fokban, a fehérvérsejtszám és a qualitativ kép nem mutatott jellegzeteset. A vérsejtsüllyedés a normalis határon belül maradt.

A betegség tartama változó. Általában 2 hónap, de 3—4 sőt több is. A javulás egyenletes volt, csak néhány esetben történt meg, hogy közbejött nátha, vagy pharyngitis átmeneti rosszabbodást váltott ki. A gyógyulás eseteink zömében maradék nélküli volt: a kóros physicalis lelet teljesen eltünt, a szív teljesítő képessége kifogástalan volt, ritkábban fordult elő, hogy hosszabb időn keresztül a szív működésének bizonyos fokú labilitása maradt

ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMI KÖNYVTÁR SZEGED

vissza. Az elektrokardiogramm eltérései elég lassan fejlődtek vissza, néha még hónapok mulva is ki tudtuk mutatni őket, sőt olyan betegünk is volt, akinél a lelet két év mulva teljesen ép physicalis viszonyok mellett még mindig nem volt normalis. Két betegünkön a betegség alatti, kifejezett systoles zörej ugylátszik állandósult, amennyiben ma, két esztendő után még mindig kimutatható. E két esetben az endocardium egyidejű részvételét biztosan kizárni nem tudjuk.*)

Hogy az egyszerű, komplikáció nélküli grippe sem hagyja mindig érintetlenül a keringési szerveket, az közismert. Régebben úgy tudtuk, hogy a támadási pont inkább az érrendszerben van, az erek tonusa csökken, s a kórboncnokok és klinikusok általános véleménye az volt, hogy magának a szívnek laesiója aránytalanul ritka. Azóta, hogy a elektrocardiogramm a szívizom betegségeinek diagnosztikájában nélkülözhetetlen eszközünkké lett, már másként látjuk a helyzetet. Mindinkább szaporodnak a megfigyelések, hogy grippének épen az észrevétlenül, latens módon fejlődő szívbántalmakban nagy szerepük van. A bántalmak minőségét illetőleg azonban csak annyiban egységes a vélemény, hogy az endocarditis ritka*), egyébként azonban még nem alakult ki teljesen. *Egedy* pl. influenzés felnőtteken úgy találja, hogy a leggyakoribb az ingervezető apparatus megbetegedése. Szerinte az influenza a következő gyakorisági sorrendben támadja meg a keringés szerveit: érrendszer + ingervezető apparatus — ingervezető apparatus — myocardium — pericardium — endocardium.

Gyermekeken úgy látszik más a helyzet. *Kiss* grippés csecsemőket rendszeres elektrocardiographiás vizsgálatnak vetve alá, úgy találta, hogy a grippe *alatt* kétféle rendellenesség fordul elő. A betegség első napjaiban anatomiai elváltozás nincs, csak az ingerképző rendszer van kóros izgalmi állapotban. Ha a betegség elhuzódik, ha társfertőzések lépnek fel, akkor az elektrocardiogrammon már olyan eltérések mutathatók ki, amelyek minden valószinűség szerint a szívizom anatomiai elváltozásának következményei.

A mi megfigyeléseink még többet mondanak, mert a mi eseteink könnyű grippében szenvedtek, a grippe maga nem volt elhuzódó, nem volt komplikációktól tarkított és mégis komoly szívzavarokra került a sor. Ki kell emelni még azt is, hogy itt nem is annyira a betegség alatt fellépő heveny szívizom-bántalomról van szó, mint inkább olyan folyamatról, ami a grippe alatt indult ugyan meg, de utána még hetekig előrehaladt s csak lassan, hónapok mulva fejlődött vissza. A lefolyás tehát inkább a rheumás szívgyulladásra emlékeztet s jogosan fel is kell vetnünk a kérdést, hogy milyen alapon zárhatjuk ki a rheumás eredetet. Hiszen mindegyik esetünkben az orr vagy a lymphaticus garatgyürű hurutja ment előre, ennek kellett tehát a behatolási kapunak lennie. Anélkül, hogy egyeseknek azon talán kissé szélsőséges felfogását akarnók vallani, hogy minden angina utáni szívgyuladás tulajdonképen rheumás eredetű *(Paraf)*, arra a lehetőségre nagyon is gondolnunk kell, hogy a „grippe" adott esetben alkalmat is szolgáltathat a rheumás infectio fellépésének. Ezt a lehetőséget azonban egy fontos ténnyel tudjuk kizárni. Ismeretes, hogy az acut rheumás megbetegedések alatt a vérsejtsüllyedés sebessége nagymértékben megnő. Ez, a rheumás eredetű choreától eltekintve, minden rheumás megnyilvánulásra érvényes. A mi eseteinkben ezzel szemben a vérsejtek süllyedése normalis értékeket mutatott. Ez a tény egymagában kizárja a rheumás eredetet s a mellett szól, hogy a gyermekek szívizomzata úgy látszik különösen érzékeny a grippében szereplő kórokozóval, illetve ennek mérgező termékeivel szemben. Egyben azt is bizonyítani látszik, hogy a szív elváltozása inkább degenerativ, mint gyuladásos jellegű.

Minthogy, amint a mi eseteink is bizonyítják, a szívizom ezen megbetegedése sokszor lappangva fejlődik, subjectiv panaszok, különösen kisgyermekek esetében, teljesen hiányozhatnak, a hozzátartozók figyelmét felhivó külső jel sincsen, a betegség könnyen rejtve maradhat. Az pedig kétségtelen, hogy a rejtve, s így kezeletlenül maradt ilyen laesiók teljes gyógyulási lehetősége kisebb. Igy tudjuk csak magyarázni azt az érdekes megfigyelést, amelyet klinikámon *Szegeczky dr.* tett. 2.200 különböző korú elemiiskolás gyermeket vizsgálva 100-nak szívén talált kóros vagy legalább is gyanus leletet. Az elektrocardiographiás vizsgálat ezek közül 59-en ki tudta mutatni a myocardium kifejezett bántalmazottságát. Ha ezen 59-ből levonjuk azt a 44 gyermeket, aki diphtheriát, scarlátot, vagy typhust állott ki, vagy rheumás anamnesise volt, szóval olyan betegségeken esett át, amelyekkel a talált szívleletet esetleg összefüggésbe lehet hozni, még mindig 15 olyan gyermek marad, akinek anamnesisében gyakori nasopharyngitison kívül nem találunk olyan adatot, amellyel a talált szívlaesiót magyarázni lehetne. S ezek között egyetlen egy sem volt, akinek valamikor is a szívre irányuló panasza lett volna.

Mig tehát az észdevétlenül maradt gócos myocarditis nem mindig gyógyul maradék nélkül, az idejében kézbevett esetek tapasztalatunk szerint igen szépen gyógyulnak. A kezelésben természetesen legfontosabb a szív tehermentesítése, amellett az általános erőbeni állapot, az ellenállóképesség feljavítása. Ezért sohasem elégedtünk meg avval, hogy a gyermek abszolut nyugalmáról gondoskodjunk, hanem oda hatottunk, hogy ez a nyugalom lehetőleg minél hosszabb időn át a szabadlevegőn történjék. Hiszen hosszú hetekről, esetleg hónapokról van szó s épen ezért azt hisszük, hogy általános kezelésünkben ugyan olyan szempontokat kell szem előtt tartanunk, mint a tuberkulozis kezelésében.

A gyógyszeres kezelésben az Ekg igen jól irányított bennünket. Az ingerképző-rendszer izgalma esetében chinint, vagy chinidint adtunk, esetleg digitalist igen kis (néhány centigrammos) adagokban. Ha a pitvarkamrai átvezetés megnyult, a digitalist persze el kellett hagynunk s strychnint adtunk, de általában a szokásosnál jóval nagyobb adagokban: ksgyermekeknek legalább 3×½ mg-t, majd lassan emelve 3×1, 1½, 2 milligrammra, iskolásgyermekeknek 3×1—2—3 milligrammot. Súlyosabb esetekben nem nélkülözhettük az intravenás szőlőcukor injectiókat (naponta 1× esetleg 2×30—40 ccm-t a 20 %-os oldatból). A makacs, elhuzódó esetekben s különösen azokban a ritkább formákban, amelyekben, a rheumás szívgyuladáshoz hasonlóan, anaemia fejlődött ki, az acut rheuma kezelésében nagyon jól bevált apró transfusiokhoz is nyultunk: kezdetben másodnaponkint, majd hetenkint 2×, végül 1×40—50 ccm citratos vért ömlesztettünk át.

Ilyen módon elértük azt, hogy betegeink legnagyobb része néhány hónap alatt úgy gyógyult, hogy a lefolyt folyamatnak már nyoma sem volt kimutatható, legalább is a jelenlegi vizsgáló eljárásainkkal nem. A gyermeki szív nagy regeneráló képességének tulajdonítható, hogy a gócos myocarditisek kezelése bár fáradságos és sok türelmet igényel orvos és beteg részéről egyaránt, végeredményben — feltéve, hogy a betegséget korán ismertük fel — igen hálás feladat.

*) Jól látszik ez pl. *Weil* statisztikájából: 258 endocarditis közül egy sem volt grippés eredetü.

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

Gyomor-béldaganatok petefészek-áttételének sebészi jelentősége.

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

A rosszindulatú daganatok sebészi kezelésének eredménye két tényező függvénye. Elsősorban a korai kórisme, ami a daganat fejlődését olyan időszakban van hivatva kimutatni, amikor a közeli és távoli áttétek a gyökeres műtét útjában nem állanak, másodsorban pedig a helyes műtéti technika alkalmazása, ami a daganatok lehető leggyökeresebb, a környező nyirokutakkal együtt történő eltávolítását teszi lehetővé. A hasüri szervek daganatainak áttételei egyrészt a gyökeres műtétet teszik lehetetlenné, másrészt a tartós gyógyulás kilátásait csökkentik. Ezzel szemben kétségtelen, hogy bizonyos áttételek megjelenésekor a sebészi kezelés mégis mutathat fel némi eredményt. Ilyen szervi áttételek közé tartoznak gyomorbéldaganatoknak a petefészekben fejlődő áttételei.

A petefészek másodlagos rákja elsősorban nőgyógyászati észlelésre kerül, sebészi jelentőségét az a körülmény adja meg, hogy valamely hasüri szerv kórismézett rákjának műtétekor, mint melléklelet kerül a sebész kése elé. — Gyakoriságára vonatkozóan nehéz megbízható képet alkotni, mert az elsőleges góc gyakran a kórboncnok figyelmét is elkerüli. *Lippert* szerint a petefészek-rákok 23.5%-a, *Frankl* szerint 21.5%-a, *Schottländer* szerint 15%-a áttéti, másodlagos rák. A másodlagos nemiszerv-rákok közül *Schottländer* szerint 9 petefészek áttétre esik 1 egyéb áttétel. Viszont *Borrman* 241 gyomorrák esetében 11 petefészek áttételt, *Brinton* 431-ből 6-ot, *Kitain* 112-ből 8-at látott. Kétségtelen, hogy ezek a számok nem fedik a sebészek tapasztalatait, mert a kórboncnokok későbbi állapotban gyüjtik adataikat, mint a sebészek, akkor, amikor a daganat általános szétszóródása már megöli a beteget. Sebészi anyagban vizsgálva a gyakoriságot, az I. számú sebészeti klinika 250 női gyomorrák esetéből 3-ban, hozzávetőleg 100 női végbélrák esetből 1-ben találtunk petefészek áttételt. De míg a gyomorrákos esetek között egyéb nemiszervi áttételt egyet sem láttunk, addig végbélráknak a méhhel összekapaszkodása petefészek áttétel nélkül természetesen gyakori eset.

A klinikán észlelt 4 esetünk kórrajza röviden a következő:

1. C. J.-né, 43 éves közepesen táplált nőbeteg. Féléve vannak gyomorpanaszai, gyakran hány, fájdalma van, étvágytalan. 10 kg-ot fogyott. Egy hónapja alhasában is állandó nyomást érez. Tapintáskor az epigastriumban tojásnyi, erősen rögzített terimenagyobbodás. A hüvelyvizsgálat pedig ökölnyi petefészekdaganatot mutat ki. A gyomor-röntgenvizsgálat a pylorus előtt csőszerű, merev szűkületet mutat.

Műtét: 1927. V. 24. Aether altatásban végzett laparotomia explorativa. Az egész gyomron beszüremkedő, zsugorító rák, a kis- és nagy görbület mentén a májkapuban, úgyszintén a retroperitonealis szövetben megnagyobbodott mirigyek. A jobb petefészekben ökölnyi, a balban diónyi tömör daganat. A gyomor operálhatatlannak bizonyult, ezért a két petefészket eltávolítva, a hast zárjuk. Sima sebgyógyulás után a beteg eltávozik, három hónap múlva hasi carcinosisban elpusztul.

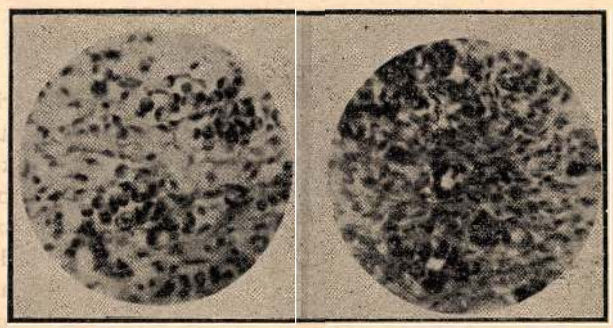
Szöveti elváltozás: Mindkét eltávolított petefészekben diffuse infiltráló daganatot találtunk. A sejtdús rostos kötőszövetben kisebb-nagyobb, polymorph hámsejtekből álló szigetek találhatók, melyek közt nagy számban látunk „pecsétgyűrű" alakú, tehát félrenyomott magvú, nagy, duzzadt protoplasmájú nyákos sejteket. (L. 1. ábra.)

2. I. I.-né, 45 éves leromlott nő, 5 éve állandó gyomorpanaszok kínozzák. Kétízben állott gyomorfekély miatt belgyógyászati kezelés alatt, különösebb eredmény nélkül. Nehezen nyel, hányingere van, hányás gyakori, étvágytalan, négy hónapja rohamosan soványodik, utóbbi időben alhasi fájdalmak léptek fel. Tapintáskor az epigastriumban ökölnyi, nehezen mozgatható terimenagyobbodás tűnik fel, melynek megfelelően a röntgenvizsgálat a cardia alatt homokóraszerű merev szűkületet mutat. A hüvelyi vizsgálat alkalmával a jobb petefészeknek megfelelően gyermekfejnyi daganatot találunk.

Műtét: 1937. VI. 24. Helyi érzéstelenítésben végzett középső-felső hasmetszés. A cardián ökölnyi daganattömeg, melynek kisgörbületi oldalán pengőnyi kráter tapintható. A merev daganatos beszűrődés a pylorusig terjed. A kisgörbületen, a retroperitoneumban, az aorta mentén az elágazásig mogyorónyi, diónyi porckemény mirigyek. A jobb petefészek helyén gyermekfejnyi, tömött tapintatú, dudoros daganat foglal helyet, melynek kétujjnyi széles, kb. 3 cm. hosszú kocsánya van. A gyomron gyökeres műtét elvégzése kilátástalannak látszik, ezért a petefészek daganatát eltávolítva, a hasat rétegesen zárjuk. A beteg sima sebgyógyulás után a klinikáról távozik s 5 hónap múlva teljes leromlás következtében elpusztul.

Szöveti elváltozás: A gyermekfejnyi daganat metszéslapján szürkéssárga, kissé kocsonyás, helyenként rostos szövetet találunk. A szöveti kép erősen sejtdús, rostos kötőszövetbe ágyazva elszórtan polymorph hámsejtekből álló szigeteket mutat, amelyek helyenként tömörek, másutt csöves elrendeződést mutatnak. A hámsejtek magva nagy, dúsan festődő. Sok az atypusos oszlás. (L. 2. ábra.)

1. ábra. 2. ábra.



1. ábra. A Kruckenberg daganat képe az 1. sz. esetből. Pecsétgyűrű alakú habos plasmájú hámsejtek, sejtdús kötőszövet. (Nagyítás Zeiss D objectiv, 6 × ocular.)
2. ábra. Carcinoma adenomatosum áttétel a petefészekben (2. sz. eset. Nagyítás 1. 1. ábra.)

3. Sz. P.-né, 57 éves sovány nőbeteg. 4 éves gyomorpanaszai 4 hónap előtt súlyosbodtak, soványodott, sokat hányt, teljesen étvágytalan. A hypochondriumban homályosan tapintható terimenagyobbodás. A has puffadt, kevés szabad folyadék mutatható ki, hüvelyi vizsgálatkor a méh rögzítettnek, a kismedence kitöltöttnek bizonyult. A röntgenvizsgálat a pylorus előtt ökölnyi kiesést és harmadfokú szűkületet mutat.

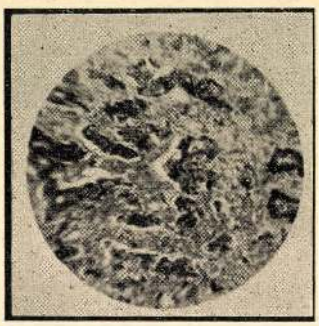
Műtét: 1935. III. 7. Bódítással egybekötött helyi érzéstelenítésben végzett laparotomia explorativa. A pyloruson ökölnyi, porckemény daganat, a kis- és nagy görbület mentén, a retroperitoneumban diónyi mirigyek. A májban több mogyorónyi, porckemény, szürkés göb. A daganat a vastagbéllel és a hasnyálmirigygyel összekapaszkodott. A kismedencében, a bal petefészekből kiinduló porckemény daganat foglal helyet, mely a méhhel és a hasfallal összekapaszkodott. A hashártyán kölesnyi szürkés göbök. Tekintve az általános hasi rákosodást, még palliativ beavatkozást sem végezve, zárjuk a hasat. Sima sebgyógyulás után a beteg otthon 5 hét múlva meghalt.

Szöveti vizsgálat nem történt.

4. K. B.-né, 40 éves négy gyermekes családanya. Sovány. Másfél év előtt méhsüllyedés miatt operálták. Egy éve végbéltáján székeléskor heves fájdalmat érez. Nehezen székel, széklete véres, genyes. Alhasában kemény daganatot érez. Végbélvizsgálatkor kb. 10 cm-re porckemény, dudoros terimenagyobbodás tapintható, mely a végbelet körkörösen beszűkíti, jól mozgatható, a hüvellyel mérsékelten összekapaszkodott. Rectoromanoskopia dudoros, szétfoszló, gyengén vérző daganatot mutat. Az alhas bal felében ököl-

nyi, mozgatható daganat. Tekintve a fennálló székelési nehézséget, ami időnkint ileusos panaszokat okoz, műtétre határozzuk magunkat. A gyökeres műtét elvégzését attól tesszük függővé, hogy az alhasi daganatot milyen természetűnek találjuk.

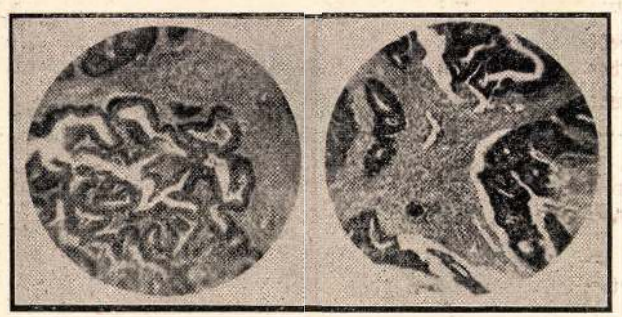
Műtét: 1936. I. 26. Patocainnal végzett gerincvelői érzéstelenítés. Alsó középső hasmetszés. Kiderül, hogy a bal petefészek helyén ökölnyi, kocsányos, sárgás-szürke, dudoros daganat ül, melynek ujjnyi kocsányát lekötve, eltávolítása könyen sikerült. A jobb petefészek, az adnexumok többi részei, a méh teljesen épnek látszanak. A sygmabél alsó kacsát és a végbelet a has felől mobilizálva, a hasat zárjuk. A beteget átfordítva, a végbélnyílást körülmetsszük, majd hosszanti metszésből a keresztcsont alsó harmadát Kraschke-szerint eltávolítva, a végbelet tompán kifejtjük, a hasüreg megnyitása után a fentről mozgósított daganatot a sygmabéllel előhúzva, kb. 25 cm. magasan a belet átvágjuk, a hashártyát kivarrjuk, a záróizom meghagyott részeit összeöltjük, majd a belet a bőrhöz három ujjnyival a keresztcsont alatt kivarrjuk. A beteg a nagy beavatkozást könnyen tűri, sima sebgyógyulás után 6 hét múlva bizonyos mértékig széklettartó végbélnyílással távozik.



3. ábra. Carcinoma adenomatosum simplex végbélből (4. sz. eset.) (Nagyítás Zeiss A obiectiv, 6×ocular.)

Szöveti vizsgálat: A végbél daganata a végbél felső határán, a hashártya magasságában ül. A nyálkahártya nagy, 5 pengőnyi körkörös fekélyének széléből kiinduló atypusos hámsejtburjánzás, helyenként tömött szigetekben, helyenként többrétegű csöves mirigyjáratok formájában áttöri az izomréteget és beleburjánzik a környező zsírszövetbe. A rendkívül dús, polymorph sejtű daganatszövetben bizonyos mérvű mirigyes elrendeződés kimutatható. Bő gömbsejtes beszűrődés, sok atypusos oszlás. A petefészek daganata gyérsejtű, kocsonyás szövetbe ágyazva többrétegű hámmal bélelt nagy, helyenként szemölcsös tömlőket mutat, melyeknek polymorph hámsejtjei atypusos burjánzásukkal a bél nyálkahártyából való eredetre vallanak. Kétségtelen tehát, hogy a végbélben lévő cc. adenomatosum tubulare simplex a bal petefészekben cc. adenomatosum cysticum papillare-s áttételt okozott. (L. 3—4. ábra.)

4. ábra. 5. ábra.



4. ábra. Carcinoma adenomatosum makrocysticum papillare a bal petefészekből. (4. sz. eset. Nagyítás l. 3. ábra.) 5. ábra. Carcinoma adenomatosum makrocysticum papillare a jobb petefészekből 1 év után (4. sz. eset. Nagyítás l. 3. ábra.)

A beteg egy évig teljesen panaszmentes volt, meghizott, munkaképes lett. 1937. VII. 24.-én jelentkezett ismét a klinikán, avval a panasszal, hogy két nap előtt rossz mozdulat után alhasában hirtelen fájdalom támadt, mely azóta szünni nem akar. Az utolsó havi vérzése 5 hét előtt volt. Az előző műtét helyén semmiféle elváltozás nem látható, a beteg naponta székel, székét tartani tudja. Csavarodott petefészekcysta kórisme műtétet javal.

Műtét 1937. VII. 25. Pantocain gerincvelői érzéstelenítés.

Alsó középvonali hasmetszés. A hasból vörhenyes savó ürül. A j. petefészek helyén szabadon mozgó, ujjnyi kocsánnyal biró, kocsonyás, kékes-vörös gyermekfejnyi daganat ül, melynek kocsánya kb. 450°-ra megcsavarodott. A kocsány lekötése után a daganatot eltávolítjuk. A hasban sem áttételt, sem kiujulást sehol sem találtunk, a sorvadt méh teljesen épnek bizonyult. A hasat rétegesen zárjuk. Sima sebgyógyulás után a beteg 10 nap mulva távozik, azóta teljesen panaszmentes, munkaképes.

Szöveti lelet. Az eltávolított daganat ugyanolyan makrocystikus papillaris adenocarcinomának bizonyult, mint amilyen a másikoldali petefészek áttétele volt (l. 5. ábra).

A vázolt kórtörténetekből kitünik, hogy négy esetből háromszor gyomorrák áttéteként, egyszer végbélrák áttéteként fejlődött petefészek daganat. Mig a három gyomorrák esetében az elsődleges daganat nem volt sebészileg megközelíthető, a hasi nyirokérrendszer rákos megbetegedése miatt, addig a vérbélrák a petefészekdaganattal együtt gyökeresen volt eltávolítható s a másik oldali petefészek késői áttétele is annyira isoláltan fejlődött, hogy egyéb kiujulás és áttétel hiányában kedvező kilátásokkal volt kiirható.

Az 1. számú eset petefészek áttételének szöveti változata megfelel annak a képnek, amit *Krukenberg* leirt a róla elnevezett petefészekrákról, a 2. számú eset egyszerű mirigyes ráknak (cc. adenomatosum simplex) bizonyult, a 3. számú esetben szöveti vizsgálat nem történt, a 4. számú eset egyszerű mirigyes végbélrákja (cc. adenomatosum simplex), mindkét petefészekben tömlős, szemölcsös mirigyrákot (cc. adenomatosum cysticum papillare) hozott létre.

Mind a négy esetben az elsődleges daganat kórisméje mellett a petefészek áttétel jelenléte már a klinikai tünetekből fel volt ismerhető. A negyedik eset késői petefészek áttétele kocsányán megcsavarodva a petefészek tömlő kórképét utánozta.

Irodalmi adatok alapján a gyomor-béldaganatok petefészek áttétele a következő formákban jelentkezhetik. *Amman (7)* szerint lehet a petefészek daganata:

1. vizenyős fibroma, kocsonyás, illetve nyákos hámsejtekből álló rákos szigetekkel,
2. velős carcinoma adenomatosum,
3. kystoma, helyenként rostos rákos elemekkel.

E három változathoz sorozható:

4. a kocsonyás rák (cc. galatinosum) áttétel *(Schenk-Sitzenfrey 8.)*
5. a carcinoma adenomatosum papillare *(Brunner).*

Az öt változat közül leggyakoribb a harmadik, amely esetben meglevő kystomában fejlődik az áttétel. Ezután következik az első typus, amely a *Krukenberg* által leirt daganatnak felel meg. A negyedik és ötödik változat csak elvétve fordul elő, összesen pár esetből ismeretes csupán, mig a második aránylag a legritkább. Eseteink közül az első eset az első typushoz, a második a másodikhoz, a negyedik az ötödik változathoz tartozik.

A petefészek áttéti rákjainak említett osztályozása szövettani alapon történik, a daganat hámjának jellege szerint. A petefészek kötőszövetének, a stromának viselkedése egyénenként különböző. A megtelepedett hámelemek kiválthatják a stromának sarkoma-szerű, sejtdús burjánzását és létrehozhatnak hatalmas, de sejtszegény kötőszövettultengést, ami különösen gyakori. Éppen ezért szerepelnek a gyomor-bélrendszer scirrhosus daganatai leggyakrabban az elsődleges daganatok között és ezért merül fel minduntalan az a tévedés, hogy a petefészek scirrhosus áttéti daganata mint elsődleges petefészek sarkoma kerül megfigyelésre. Sőt

egyesek, így *Rubeska, Engelhorn* felveszik annak a lehetőségét, hogy ilyen esetekben egyéni hajlam folytán több elsődleges góc megjelenéséről lenne szó. Ezt *Sshlagenhaufer* és *Kaufmann* nem tartják valószínünek.

Ebből érthetővé válik, hogy az a daganatféleség, amelyet *Krukenberg,* mint „fibrosarkoma ovarii mucoceddulare carcinomatodes" leirt, eleinte mint elsődleges petefészek daganat volt ismeretes, sőt még a legujabb keletű irodalomban is felmerül vélemény, mely szerint elsődleges előfordulása lehetséges. A Krukenberg féle daganat kétoldali, diffuse infiltrálja a petefészket, a sejtdús burjánzó kötőszövetben többféle hámsejt mellett nagy habos plasmájú, félrenyomott magvú, pecsétgyürű alakú sejtek találhatók, tehát a daganat azt a képet mutatja, amit első számú esetünkben láttunk. *Glockner, Schenk, Kaufmann* ilyen képeket elsődleges daganatban is láttak, illetve úgy, hogy más daganat kimutatható nem volt. Ezzel szemben ujabban inkább az látszik valószínünek, hogy ilyen daganat mindig csak áttéti uton jön létre. *Wagner* szerint a daganat a gyomor-bélrendszer scirrhusának áttétele, amelynek hámsejtjei nyákos elfajulást mutatnak. *Stübler-Bradness* szerint a petefészek áttételt okozó gyomorrákok egyharmada ilyen.

A sygma és a végbél rákjai, amilyeneket *Omori, Bland-Sutton, Kohlmann, Kaufmann* irták le, az eddig ismert esetekben mind velős, vagy egyszerű (simplex), vagy mirigyes (cc. adenomatosum) rák formájában jelentek meg és csináltak magukhoz hasonló áttételt a petefészekben. *Brunner* esetében szemölcsös mirigyes rák (cc. adenomatosum papillare) volt az elsődleges daganat s hasonló az áttétele. Ezzel szemben a mi gyökeresen operált és gyógyult esetünk végbelében egyszerű mirigyes rákot találtunk, mig mindkét petefészek szemölcsös-mirigyes rákos áttételt mutatott, tehát bizonyos mértékben ritkaságnak számít.

A petefészek áttétel létrejötte három uton képzelhető el:

1. retrograd nyirokutakon,
2. felületi implantatio utján,
3. a véráram utján.

Sitzenfrey-Schenck szerint az áttételek kizárólag a retrograd nyirokáram utján keletkeznek a petefészek hilusán keresztül, aminek lehetőségét *Römer* avval látja bizonyíthatónak, hogy ilyen esetekben a retroperitoneális nyirokutak mentén a mirigyekben mindenütt rákos beszürődést találtunk. Kétségtelenül áll ez a Krukenberg féle daganatra, melynek minden egyes esetében rákos beszürődés mutatható ki a retroperitoneális nyirokszövetben. Annyira jellemző kép ez, hogy a scirrhosus gyomorrák és a petefészek áttétel jellemző szöveti képe mellett a retroperitoneális nyirokutak beszüremkedése a Krukenberg daganat harmadik ismertetőjele. Ezt látszik igazolni a mi első számú esetünk is, melynek jellemző szöveti elváltozása mellett a rák vándorlása a gyomortól a petefészekbe pontosan követhető volt. Ennek a ténynek a következménye továbbá az, hogy ilyen esetek a gyökeres sebészi megoldás szempontjából kilátástalanok éppen a kiirthatatlan rákos beszürődés miatt. Második esetünk egyszerű mirigyes gyomorrákja ugyanezen az uton hozta létre petefészek áttételét.

Kohlmann abból a megfigyelésből indulva, hogy a kezdeti szakban a petefészek-áttétel mindig a felületen keletkezik, azt következtette, hogy az elsődleges daganatból a savóshártyán átvándorolt rákos sejtek a hasüregbe kerülve a petefészek csirahámján, illetve *Polano, Stone* szerint a megrepedt Graaf-tüszőkben tapadnak meg. Ezt látszik igazolni egyrészt az a körülmény, hogy a petefészekben áttételt rendesen olyan nők kapnak, akiknek petefészke még működik, másrészt az a körülmény, hogy a hasüregbe fecskendezett tus legnagyobb része a petefészekben mutatható ki. *(Amman)* Mindenesetre valószínüvé teszi az elgondolást az, hogy elvétve csak a petefészekben fejlődik áttétel akkor, amikor sehol egyebütt áttételt kimutatni nem lehet. Az ilyen esetek lehetnének azok, amelyekhen a sebész eredménynyel, kiujulás veszélye nélkül irthatná ki a daganatot és áttételét. Ide sorozható a mi negyedik esetünk is, amelyben a végbél elsődleges daganata követhető a savós hártyáig, sehol a hasban áttételt nem találtunk, csak a petefészekben, egy év multán is csak a másik petefészekben ült a daganat, a méhben, a retroperitoneumban pedig sehol kiujulás nem volt található. Viszont, ha ez az áttétel nyirokuton jött volna létre, akkor a méh nyirokutjainak feltétlenül meg kellet volna betegedniök, ami nem következett be.

A vér utján való áttétel inkább a távoli rákoknak, az emlő és pajzsmirigy rákjainak áttételeinél jöhetne szóba. A gyomor-bélrendszer esetében kevésbbé.

A petefészekbeli áttételek nagyrésze boncoláskor kerül napvilágra, kis részük az elsődleges daganat mätéte közben, mint véletlen lelet derül ki és csak elvétve csinál panaszt. A panaszt okozhatja nagyságával, különösen ha kétoldali és okozhatja kocsányának megcsavarodásával. A nagyság okozta mechanikus zavar alapján volt kórismézhető első három esetünkben és a negyedik eset első műtéte előtt. A negyedik eset második petefészek áttéte kocsányán megcsavarodott és igy mint csavarodott tömlő került műtétre. Ehhez hasonló esetet irtak le *Frankl, Krukenberg, Metzger* és *Stübler-Bradness.*

Azokban az esetekben, amelyekben a petefészek áttétele isolált és az elsődleges daganat operálható, érdemes a gyükeres műtétet elvégezni, amit negyedik esetünk bizonyít. Ha az elsődleges daganat nem operálható, a betegek kilátása igen rossz: egy éven belül feltétlenül meghalnak, általános hasi rákosodásban, amint azt *Meyer* is tapasztalta.

A petefészek áttételek és kiujulások elkerülésére gyomor-béldaganatok kiirtásakor egyesek az egyidejű castratiót is ajánlották *(Schenk-Sitzenfrey),* ami természetesen nem lett közkeletű, hiszen a gyomor-bélrákok műtétei egymagukban is nagy és gyakran kétes kimenetelű beavatkozások.

Összefoglalás: 1. A Krukenberg daganat a gyomor-bélrendszer scirrhosus rákjának nyirokáram utján létrejött kétoldali, jellemző szöveti képű áttétele.

2. A petefészek áttételek szöveti szempontból 5 csoportba sorozhatók.

3. Az áttételek véráram, nyirokáram és implantatio utján jöhetnek létre.

4. A gyökeresen operálható esetek valószinüen implantatiós áttételek.

5. Négy esetünk közül egyben eredményes volt a keresztülvitt gyökeres műtét.

6. Negyedik esetünk gyökeres műtéte, lefolyása, szöveti elváltozása, valamint második petefészek daganatának kocsánycsavarodása miatt feltétlenül ritkaságnak számít.

Coronariathrombosis és átmeneti spontan glykosuria.

Irta: *Horvai Lajos dr.*

Levine a coronariathrombosisról (c. thr.) szóló monographiájában 145 c. thr. esetéről számol be, amelyek közül 34 esetben, tehát 23.7%-ban talált glykosuriát. Ez esetek közül azonban 8 ízben csak a c. thr. leghevenyebb szakában volt enyhe vagy közepes, legfeljebb 2%-ig terjedő glykosuria, ami minden különleges kezelés nélkül megszünt. Ezeken felgyógyulásuk után sem állapítottak meg cukorbajt, úgy hogy ez esetekben feltehető, hogy a glykosuriát nem cukorbaj okozta. *Levine* szerint több mint valószínű, hogy a c. thr. heveny szakában a nagy fájdalom és félelem, tehát a vegetativ idegrendszer súlyos izgalmi állapota, önmagában okozhat átmenetileg glykosuriát. Ez észlelés azóta sok adattal bővült és többen megkísérelték tisztázni ennek a glykosuriának *gyakoriságát, kóroktanát* a valódi cukorbaj kizárásával és azt a kérdést, *vajjon ez a tünet felhasználható-e* a c. thr. főtünetei: a shok, a legtöbbször igen nagymérvű és jellegzetes elhelyeződésű fájdalom, a szívműködés észlelhető és registrálható (EKG.) megváltozása mellett a *másodrendű tünetek között,* mint láz, fehérvérsejtszám növekedése, a vörösvérsejtek süllyedési sebességének gyorsulása, *a kórisme támogatására.*

Ezekre a kérdésekre vonatkozólag a c. thr. rendkívül bő irodalmában a következő fontosabb közleményeket találjuk:

Scherf 9 c. thr.-ban szenvedő beteget vizsgált meg a betegség heveny szakában és 2 esetben talált glykosuriát, 3 esetben hyperglykaemiát glykosuriával együtt és végül 1 esetben *hyperglykaemiát glykosuria nélkül.* Közlése szerint a hyperglykaemia jelentős foka ellenére a glykosuria csekély volt és átmeneti jellegűnek bizonyult, mert többnyire 1—3 nap alatt lezajlott. *Scherf* ezt az átmeneti hyperglykaemiát és glykosuriát gyakori és a c. thr. kórismézésében felhasználható jelnek tartja. Véleménye szerint a jelenség okát nehéz meghatározni. *Levine* magyarázatát, amely szerint a glykosuriát a nagy fájdalom és shok okozza, nem tartja teljesen kielégítőnek, mivel teljesen fájdalommentesen jelentkező c. thr.-t is észlelt glykosuriával és legtöbb glykosuriás esetében a shok nem volt jelentős. Fontosságot tulajdonít a glykosuria kiváltásában a c. thr. kezdetén észlelt vérnyomásingadozásnak. Ugyanis a c. thr. kezdetén gyakran észlelhető a vérnyomás növekedése, amit azután nagymérvű süllyedés követ és ez az ingadozás *Scherf* szerint ellenregulatiókat válthat ki az adrenal-rendszer útján és ez a szénhydrátanyagcserét befolyásolhatja. *Scherf* megjegyzi, hogy a glykosuriát többször még a nagy vérnyomás idején találta. A glykosuria előidézésében szerepelhetnek továbbá a c. thr.-t követő szívinfarctusból származó fehérjeszétesési termékek is (*Eppinger* szerint peptonok), amelyek mint lázkeltők is szerepelhetnek és a láz is hyperglykaemiát és glykosuriát okozhat. Az ilyen súlyos betegségben bőségesen alkalmazott gyógyszerek, mint morphin, coffein, adrenalin is glykosuriát okozhatnak. A csökkent percvolumen következtében a vér és szövetek CO_2-vel telítődnek és ez, mint általában *Éliás* szerint a szöveti acidosis, glykosuriát okozhat. A felsorolt pathogenetikus lehetőségekkel szemben a következőket jegyezzük meg. Ha a várnyomásingadozásoknak a glykosuria kiváltásában csakugyan szerepük lenne, akkor elvárhatnók azt, hogy más vérnyomásingadozásokkal járó állapotokban, amelyek nem is ritkák, szintén érvényesüljön és glykosuriát okozzon. Azonban sem érkrisisekben, amelyek vérnyomásemelkedési paroxismusokban nyilvánulnak meg, a rendkívül ritka mellékveseadenoma esetét leszámítva, sem pedig collapsusban, ahol egészen alacsony vérnyomási értékek lelhetők, glykosuria nem észlelhető.

A lázas hyperglykaemiát a heveny fertőzőbetegségeken, mint scarlatina, diphtheria, ty. abd.-on kívül különösen 3 súlyos fertőzésben észlelték: pneumoniában, miliaris tbc.-ban és sepsisben. A fertőzés súlyossága és a hyperglykaemia foka között van bizonyos összefüggés, bár maga a hyperglykaemia rendszerint nem jelentékeny. A c. thr.-ból származó szívizominfarctus rendszerint csirátlan, tehát itt az infectio, illetőleg intoxicatio nem szerepel. A láz c. thr.-ban csak 1—2 nappal a c. thr. bekövetkezése után jelentkezik, rendesen igen mérsékelt és a glykosuria megelőzheti. Bár vannak észlelések olyan nem fertőzéses lázakról, továbbá láztalan fertőzésekről, amelyeket hyperglykaemia kisért, sőt egyszerű melegpangás hatásaként könyvelhető hyperglykaemiákról is tudunk, ezek azonban igen ritka jelenségek. Különösen fontos az a körülmény, hogy sem az előbb említett, sem ezen utóbb felsorolt lázas állapotokban észlelt hyperglykaemiát legtöbb esetben nem követi glykosuria és ha jelentkezik, főként azokban az esetekben látjuk, amelyekben cukros ételekkel, befőttekkel és túlédes italokkal megterhelik a beteget. *Priesel* és *Wagner* ezt a körülményt a gyermekkori fertőzőbetegségekben észlelhető átmeneti glykosuriák keletkezésében fontosnak tartja.

A szétesésből felszívódó anyagok hőemelkedést okozhatnak, de azon kisérletek analógiájára, amelyeket *W.* és *H. Löhr* végeztek idegen fehérje befecskendezéssel és ettől sem jelentős hyperglykaemiát, sem glykosuriát nem észleltek, nem valószínű, hogy a felszívódásra kerülő szétesési termékek glykosuriát okoznak.

Coffein, morphin és morphinhoz hasonlóan asphyxiát okozó narkotikus szerek glykosuriát okozhatnak. De ehhez mérgező mennyiségben kell a szervezetbe kerülniök és így a glykosuria tulajdonképen mérgezési tünet. Erre valószínűleg csak a legritkább esetben kerülhet sor. Végül a c. thr. kapcsán komolyabb acidosis keletkezéséről nincsenek adatok.

Edelmann 56 c. thr. esetet közöl; ezek közül 23 tartós, vagy átmeneti glykosuriát mutatott. A glykosuriások között 12 cukorbajos volt, a többi 11 esetben csak csekély glykosuria jelentkezett (legtöbbször 1% alatt) -s legfeljebb 5 napig tartott, de a több esetben végzett alim. terhelési vércukorgörbe cukorbajos typusú volt. *Edelmann* szerint a c. thr.-ban megbetegedettek jórészt latens cukorbetegnek tekinthetők, így a pancreas a c. thr. idején már beteg és a c. thr. után, úgyszólván minden esetben beálló vérnyomássüllyedés következményeképen a pancreas vérellátása is hiányossá válik és az ezáltal keletkező insularis működési zavar lenne a hyperglykaemia és glykosuria közvetlen kiváltó oka. *Edelmann* azt mondja tehát, hogy a c. thr.-ban jelentkező glykosuria legtöbbször rejtett cukorbaj jele. Azt hisszük, hogy a kérdést ilyen sommásan elintézni nem lehet, még pedig a következő meggondolások miatt. A hyperglykaemia és glykosuria nem jeleznek feltétlenül diabetest, mivel számos más ok miatt átmenetileg is észlelhetők. Az alimentaris terhelési vércukorgörbe enyhébb eltéréseit nemcsak könnyű, vagy kezdődő cu-

*) A budapesti Kir. Orvosegyesületben 1937. márc. 19-én tartott előadás nyomán.

korbaj eseteiben észleljük. Hyperthyreosisban, hypertoniában, nephritisben, májbetegségekben *(Heténvi)*, éhezésben, sőt tartós szénhydrátmentes koszt után is előfordul. A pancreas súlyos destruáló, gyulladásos, cirrhotikus, vagy daganatos betegségeiben várakozás ellenére aránylag ritkán fordul elő. *Rosenberg* ilyen nem cukorbajos 77 esete közül 44-ben a szénhydrátanyagcserezavar semmi jele sem mutatkozott és kóros lefutású alimentaris vércukorgörbe is csak 5 esetben volt.

Természetesen ez nem érinti azt a tényt, hogy a c. thr.-ban megbetegedettek között számos cukorbajos van. Például *Levine* statistikája szerint 145 c. thr. esete közül 26, tehát 17.9% diabetesben szenvedett.

Gottsegen 2 jól észlelt esetet közöl és *Cruickshank* hasonló felfogására utalva úgy véli, hogy a c. thr.-ban jelentkező átmeneti spontán glykosuria a pancreas arteriosklerotikusan elváltozott ereinek görcse folytán keletkező insularis működési zavarból származik és ebből idővel cukorbaj fejlődhetik. Véleményünk szerint a pancreas ereinek electiv tartós spasmusa erősen előrehaladott skeloritus elváltozások esetén nehezen bizonyítható. *Levine* monographiájában megemlíti, hogy a c. thr. hatása a fennálló cukorbajra változó. Volt olyan esete, amidőn a cukorbaj súlyosbodott a. c. thr. kapcsán, más esetekben addigi jellege nem változott. *Lepehne* a c. thr. folyamán a cukorbajos anyagcserezavar súlyosbodását észlelte. Saját tapasztalataim is erre utalnak.

Hochrein gyakran észlelt c. thr.-ban hyperglykaemiát glycosuria nélkül és glykosuriát rendes vércukor mellett, emelkedett R. N.-el és csökkent konyhasókiürítéssel. Véleménye szerint a szöveti autolysisből felszívódó anyagok okozzák az arterialis hypotoniát és ez a vérellátás (Durchblutungsdruck) csökkenését okozván, általános szervi elégtelenségre vezet a pancreasban, vesében, stb.

Mint látjuk, *Edelmann* is, *Hochrein* is a glykosuriát az arterialis hypotoniával magyarázzák. Ez épen olyan kevéssé meggyőző, mint a hypertoniások glykosuriájának magyarázata, amely szerint a hypertonia okozta keringési zavarok okoznák. Különböző eredetű heveny és idült hypotoniák nem járnak glykosuriával. Magam észleltem egy rendkívül súlyos c. thr. esetet, amelyben a vérnyomás 80 Hg. mm-re esett, a veseműködés is szünetelt, anuriás volt. Később ürített vizeletében cukor nem volt.

N. Jagic és *O. Zimmermann* pár órával a c. thr. tünetek beállta után, változó méretű hyperglykaemiát és glykosuriát észlelt. Ez utóbbi rendszerint csekély, pár tizedszázalékos csupán és 1—2 napnál alig tart tovább. Cukorbetegeken c. thr. kapcsán gyakran jelentkezik acetonuria, míg más betegeken legfeljebb később enyhe éhezési acetonuria észlelhető.

Raab és *Rabinovitz* amerikai szerzők 21 betegen, akik tudomásuk szerint előzőleg nem voltak cukorbetegek, a c. thr. után rövid idő múlva (2 héten belül) cukorterhelési próbákat végeztek. Hat esetben szabályos görbét kaptak. 15 esetben a terhelési vércukorgörbe kóros volt. Észleléseikből azt következtetik, hogy a c. thr. heveny szakában a hyperglykaemia és glykosuria gyakran fordul elő. E tüneteket nem tartják lappangó cukorbaj jelének, hanem átmeneti jellegűnek, amit az agy vegetativ központjainak közvetítésével a shok és fájdalom okoznak. Hivatkoznak arra, hogy az átmeneti glykosuria agyi elváltozásokban: agyrázkódás, -vérzés, -daganat esetében elég gyakori. Másrészt megemlítik *Hausner* és *Hoff* vizsgálatait, akik a c. thr.-roham kezdetén elhalt betegekben a megulla oblongata és a pons alsó részének vizenyőjét találták. Ezt kisérleteikben kutyákon a coronariák lekötésével reprodukálták.

Eseteik összefoglalásában négyről maguk a szerzők megállapítják a vércukorgörbe kóros lefutása alapján, hogy ezek cukorbajosak. Hat beteg rendes éhgyomri vércukorlelet mellett a klinikai beosztás szerint könnyű cukorbeteg terhelési görbéjére emlékeztető adatokkal szerepel. A többi öt eset terhelési görbéje véleményem szerint rendes. A terhelést 100 g. dextroséval végezték és a 21 eset közül a terhelési kisérlet alatt összesen 6 esetben jelentkezett glykosuria. Táblázataik átnézése alapján ennek a táplálkozási glycosuriának az egyes csoportokra történő eloszlásában jellegzeteset nem találtam. Ilyen körülmények között eredményeik meglehetősen összezsugorodnak és kb. abban a keretben mozognak, mint az eddig ismertetett észlelőké: t. i. cukorbetegek aránylag nagy számban szerepelnek a c. thr. betegek között és bizonyos esetekben átmeneti glykosuria és a glykaemiás terhelési görbe fentebb említett ú. n. izgalmi typusa mutatkozott.

Másik amerikai szerző, *Kan W. Blake*, 74 olyan esetében, amelyekben cukorbajos előzmény hiányzott, rövid idővel a c. thr. fellépte után az esetek 20%-ában talált hyperglykaemiát és részben glykosuriát. Ez a szénhydrátanyagcserezavar minden különleges kezelés nélkül, tehát étrend és insulin nélkül rövidebb-hosszabb tartam után visszafejlődött. Kóroktani szempontból per analogiam hivatkozik az agyvérzés, agyembolia és -infarctus keringési shokkal szövődött eseteiben is észlelhető glykosuriákra.

Mindeme közleményekkel szemben feltűnő, hogy egészen nagy beteganyagról szóló beszámolókban, vagy tökéletesen feldolgozott c. thr. esetekről szóló monographiákban az átmeneti glykosuriákról c. thr. kapcsán semmi említést nem tesznek. Igy *J. Parkinson* és *D. J. Badford* 100 c. thr.-ról szóló beszámolójukban, amelyhez még 83 c. thr. boncolt eseteinek ismertetését csatolják, az átmeneti glykocuriát nem említik meg. Tobábbá *E. Friedländer* és *Frank* közleményeiben sem találunk adatot a glykosuriára vonatkozólag. *F. Büchner, A. Weber, B. Haager* monographiájukban a klinikai tünetek, az EKG-leletek igen pontos közlése mellett a kórlefolyás, a boncolás, a szivinfarctusok fényképfelvételeinek közlésére is kiterjeszkednek, azonban átmeneti glykosuriáról említést nem tesznek. A legfeltűnőbb azonban *N. Landau* 150 c. thr. esetről szóló, Bécsben tartott előadása, amelyben az átmeneti glykosuriát nem említi meg. Ez a kérdés hozzászólás formájában mégis szóba került s erre az előadó azt válaszolta, hogy vércukormeghatározást igen kevés esetben végeztek és a vizeletvizsgálatok csekély lázas albuminurián kívül mást nem jeleztek. *R. Teufel* nem-cukorbajos c. thr. eseteiben a leggondosabb és ismételt vizsgálatokkal glykosuriát nem talált.

Ilyen ellentmondó közlemények mellett feltett kérdéseinkre csak akkor tudnánk egyértelmű feleletet nyerni, ha a kérdéses glykosuriát kisérletben felidézni tudnánk. Azonban nagyon kevés reményünk van arra, hogy az emberi c. thr.-hoz teljesen hasonló kórképet állatkisérletben létesíthessünk. Igy nem marad más út, mint a tapasztalatok gyüjtése, ezek rendezése és statistikai értékesítése. Ez az adatgyüjtés, mint a saját beteganyagom észlelésén láttam, nem egészen egyszerű dolog. A betegség fájdalmas kezdeti szaka, a drámai fordulatokban bővelkedő kórlefolyás, az orvos minden figyelmét a betegségtünetek enyhítésére és a fenyegető halál elhárítására irányítja. A kórisme sem mindig egyértel-

Kora (év) neme	Ekg. lelet:	Vizeletvizsgálat:	Megjegyzés:
4 ♂	I. felv.: T_1 negativ. II. felv.: T_1 kifej. negativ.	Állandóan cukormentes.	Westegreen = 23. mm.
59 ♂	Süllyedt: $S_{1,2}$—$T_{1,2}$ szakasz.	Állandóan cukormentes.	10. napon: †.
54 ♂	Qu_1 csipke, S_1—T_1 süllyedt szakasz	Állandóan cukormentes.	Vérnyomás: 100 mm., előzőleg: 180 mm.
49 ♂	R_1 felh. száron és csúcsnál kif. kettőzöttséget mutat. Kettőzött a kamrai csipke a 2. lev lehágószárán is. A 3. lev a kamrai csipke inversiót szenved, u. ezen lev. a kamrai csipke kif. hasadtságot mutat. Az utólengés $T_{1,2}$ neg. jellegű. $S_{1,2}$—$T_{1,2}$ plateau typ. Átv. idő: 0.14″.	A betegség első napján a vizeletben 0.8% cukor jelentkezett egész napi kiürítés: 6.4 g. Másnap a vizelet cukormentes és a betegség egész tartama alatt ilyen is marad.	2 év mulva a vizelet cukormentes, a megbetegedés után 7 év mulva a vizelet cukormentes.
59 ♂	I. felv. Wenckebach-féle periód. II. felv.: Wenckebach-féle period. II. lev.Coronary T. III. felv.: u. a., mint a II.	Állandóan cukormentes.	Vérnyomás: 90 mm. A betegség III. napján: †.
68 ♀	A tünetek jelentkezése után készült felvételen kóros elváltozás nincsen. Pár óra mulva arhythm. perp., ami délutánra megszünik. Későbbi felvételen sinus arrhythm.; lapos $T_{1,2,3}$.	Állandóan cukormentes.	Westegreen: 23 mm.
49 ♂	Utólengés az I. lev. az R. hullámból indul, kissé az isoelektromos vonal felett fekszik, T. hullám nem különböztethető meg benne: R—T plateau; a II. lev. lefelé ívelt S—T intervallum positiv T hullámmal. P—R 0.20″. Fr. 113.	Állandóan cukormentes.	A c. thr. megelőzőleg 2 hétig 39 C°-ig tejedő lázak. A c. thr. lefolyása alatt 37.8 C°-ig emelkedő hőmérsékek.
Félév mulva újabb c. thr.-roham	I. felv. meghosszabbodott átv. idő; szárblock Coronary T Későbbi II. felv.: T_2 negativ.	A betegség 3. napján a vizeletben 1.2% cukor, az 5. napon 0.8%, ezután végig cukormentes. Kb. 10 hónap mulva a vizeletben állandó cukorkiválasztás, ami diaetás kezelésre megszünik.	Vércukor: 0.135% (Állandó bőséges cukorfogyasztás.) 38.3 C°-ig terjedő hőmérsékek. Vércukor: 0.23%.
3 ♂	Az I. lev. süllyedt II—III-ban kissé az iso elektr. vonal felett fekvő S—T iv. II—III. lev. negativ T hullám.	Állandóan cukormentes.	Atyja cukorbeteg volt. A c. thr. után 3 évvel a vizelet cukormentes.
61 ♂	Kb. 50-es frequ. sinus rhythm. P—Q_2: 0.24″; P—Q_3: 0.24″, II. felv. kb. 1. hét mulva P—Q_2: 0.20″; P—Q_3: 0.20″.	Állandóan cukormentes.	A betegség 5. napján végzett cukormegterhelési próba szabályos görbét adott. A beteg anyja cukorbetegségben szenvedett.
52 ♂	T_1 lapos. Süly. S_2, T_2. Kif. Q_3, hasadt R_3. Sülly. S_3—T_3. Magas Q_4, T_4 positiv.	Állandóan cukormentes.	
54 ♂	T_1 lapos S_2—T_2 szakasz iso. eelktr. vonal alatt. T_2 lapos.	Állandóan cukormentes.	A betegség 3. napján keringési shok tünetei között: †.
52 ♂	Mély $Q_{1,2}$, süllyedt $S_{1,2}$—$T_{1,2}$ szakasz, lapos $T_{1,2}$.	Állandóan cukormentes.	
56 ♂	Atriovent. Block nagyj. 2:1 arányban. Sülly. S_1—T_1. Szabályos kamrai compl. T_3 neg. 24 órával később block még kifejezettebbé vált: totalis, időnként I—I Tawara escaped beat.	Állandóan cukormentes.	A betegség 14. napján szívelégtelenségben: †.
43 ♂	Pitvarlebegés 260-as frequ. Arrhythmia perp. Coronary T.	Állandóan cukormentes.	Subfebrilis hőmérsékek.

mű, mivel a szükséges igazoló vizsgálatokra sem jut mindig idő.

14 esetben a c. thr. kezdeti szakában észlelhettem nemcsak a betegség typusos jelentkezését, hanem a kórisme pontos felállításához szükséges vizsgálatokat is elvégezhettem és ugyanakkor a kérdéses glykosuriát folytatólagosan ellenőrizhettem. Az esetek egyrésze Liget- és Park-sanatoriumi működésem idejéből, részben pedig magángyakorlatomból származik. A rövidség és könnyebb áttekinthetőség végett a 14 esetet a következő táblázatban összegyüjtve közlöm. *Természetesen az említett esetek előzményeiben cukorbaj nem szerepelt.*

A táblázatban a 4-es számú esetben az átmeneti spontán glykosuria legjellegzetesebben jelentkezett. A 7-es számú esetben a későbbi kórlefolyás cukorbetegségre mutatott.

A szóbanforgó *glykosuria kóroktanát* illetőleg megjegyzéseinket az egyes szerzők feltevéseinek tárgyalásakor megtettük. Már az a tény, hogy ezen közölt feltevések olyan sokfélék, hogy a glykosuriák keletkezésének majdnem minden alakját felölelik, arra mutat, hogy a valóságos okot illetőleg nagy bizonytalanság uralkodik és a kóroktant mindezideig tisztázni nem sikerült. Még legnagyobb valószínűsége annak van, hogy ez a glykosuria központi-idegrendszeri eredetű, mert a c. thr. kapcsán a központi idegrendszer finomabb és durvább laesiói csakugyan előfordulhatnak és a glykosuria az agy sok helyéről kiváltható. A központi-idegrendszeri eredet mellett szól a glykosuria viselkedése is, u. i. mások és saját tapasztalataim szerint is aránylag rövid ideig tart és a kiürített cukor mennyisége is csekély. Hogy ez a feltételezett központiidegrendszeri cukorképzőingerület milyen pályákon halad, hogy vajjon egyenesen a májhoz jut-e el, vagy az ingerület a pajzsmrígyen, vagy a mellékvesén keresztül halad-e, vagy hogy egyenesen a hasnyálmirígyre hat-e, ezidőszerint eldöntve nincs.

Ha az elmondottakat összegezni akarjuk és ezekből bizonyos következtetéseket óhajtunk levonni, nem kell külön hangsúlyoznunk, hogy ezt csak legnagyobb óvatossággal szabad megtennünk. Ilyen kötelező tárgyilagossággal átnézve mások tapasztalatait és magaméit, valószínűnek kel tartanunk, *hogy a c. thr. heveny szakában átmeneti spontán glykosuria előfordul.* Ez a glykosuria nem jelentékeny és rövid ideig: pár óráig, esetleg pár napig tart csupán. A glykosuria jelentkezése szabályszerűséget nem mutat. Ugyanis nincsen összefügés a c. thr. okozta tünetek súlyossága és a glykosuria jelentkezése között; éppen így nem lehet semmi szabályszerűséget találni arra nézve sem, hogy a glykosuria a c. thr. után mennyi idővel jelentkezik.

A glykosuria gyakorisága valószínűleg nem több, mint a Levine anyagán kiszámítható 4—5%. Azonban még ezeket a glykosuriákat sem tekinthetjük mind végérvényesen csak átmeneti jellegűnek. Miként egyik esetemben említettem, hogy bár a glykosuria csak a c. thr. ismétlődésének idején jelentkezett, a betegen később mégis cukorbetegség fejlődött ki, így feltételezhető, hogy akad egy-egy olyan beteg, akin a c. thr. idején a glykosuria átmeneti jellegűnek mutatkozott, végül, ha a beteg megéri, tényleges cukorbetegség fejlődik ki rajta. Igy az átmeneti glykosuria megelőzheti a cukorbajos hajlam végleges megnyilvánulását. Tehát a fent jelzett kis százalékot tevő átmeneti glykosuriások bizonyos hányada rejtett cukorbajos lehet.

Végül harmadik feltett kérdésünkre, *hogy vajjon ez az átmeneti spontán glykosuria a c. thr. kórismézésében felhasználható jel-e vagy sem, az elmondottak alapján azt kel válaszolnunk: a tünet bizonytalan és jelentéktelen a többi jellegzetes és fontos tünethez képest.*

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézete III. számú nőgyógyászati rendelésének közleménye. (Osztályvezető: Gőczy Lajos c. rk. tanár.)

Klimaxos tünetek kezelése α-phenyl β-isopropylamin hydrophosphattal.

Irta: *Bakács György dr.*

Azok a sokirányú és mélyreható elváltozások, amelyek a női szervezetben a változás korában beállanak érzékeny idegrendszerű nőkön nem egy esetben már önmagukban is súlyos lelki zavarok okai lehetnek. Utalunk itt különösen a női test harmonikus vonalainak, zsírlerakódások következtében oly gyakran bekövetkező eltorzulására. Ezek a szervi változások a női szervezet elöregedésének, a petefészekműködés kiesése után következő állomását jelzik. Erre az állomásra elérkezés kitolását úgylátszik megváltozhatatlan természeti törvények gátolják.

A nők többsége a változás korában nem külsejének megváltozása miatt keresi fel az orvost; hanem a legváltozatosabb alakban jelentkező kiesési tünetek azok, amelyek igen sok szenvedést okoznak a betegnek és gyakran munkaképességét is csökkentik. A beteg sokat szenved az egy-két percig tartó vértódulások és hőhullámok, valamint az ezeket rendszerint befejező erős izzadás következtében. Mások szívdobogásról, végtagzsibbadásról, avagy a végtagokban jelentkező fonák érzésről, fejfájásról, álmatlanságról panaszkodnak. — Egyeseken a kisebb-nagyobb fokú kellemetlen lelki gátlások és lehangoltság, avagy a hangulatoknak igen gyors változása áll előtérben. A felsorolt kiesési tünetek, melyek az egyes betegeken a legkülönbözőbb combinatiókban jelentkezhetnek, — aszerint, hogy melyik tünet van előtérbe — természetesen gyakran a munkaképesség kisebb-nagyobb fokú csökkenését eredményezhetik. Tudjuk azt is, hogy a klimaxos alapon kifejlődött súlyos depressiók kivételesen a psychosisok bizonyos formáiba mehetnek át éles határ nélkül.

Sellheim tétele, mely szerint az egyszerű nő egyszerű klimakteriumot él át, a complicált nő complicáltat, közismert és csaknem minden esetben helytálló. Különösen sokat szenvednek a változás korában a szellemi munkát végző dolgozó nők. A szellemi munkát végző, dolgozó nő, aki hosszú éveken át nélkülözte a kellő mozgást és szabad levegőt, akit állása mellett még családjának gondjai és háztartási gondok is terheltek, aki nagyfokú elfoglaltsága következtében éveken át talán még a rendes és rendszeres táplálkozást sem engedhette meg magának, sok esetben igen rosszul tűri a változás korának kisebb-nagyobb fokban beálló egyensúlyzavarát. Ez annál kevésbbé csodálható, mert a dolgozó nőnek ez a typusa (leggyakrabban a magántisztviselőnők sorolhatók ide) rendetlen életmódja következtében már fiatal korában is nem egyszer súlyos ideges és egyéb (menstruatiós zavarok, székrekedés) panaszokkal küzdött. Az ilyen, úgyis csökkent idegellenállással rendelkező nőknek idegrendszerét a változás korának egyensúlyzavara természetesen a szokottnál jobban veszi igénybe.

A Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének III. sz. nőgyógyászati rendelésén több mint tíz éven át figyeltük meg az említett társadalmi osztályba tartozó nőbetegeket. Meglepő, hogy a rendelésünkön jelentkező betegek között milyen nagy számmal találtunk súlyos klimaxos tünetektől szenvedő nőket. Olyanokat, akik testi és lelki egyensulyuknak megbomlásáról panaszkodtak. Köztudomású, hogy ilyen esetekben a substitutiós hormonkezelés, avagy ideggyógyászati kezelés gyakran eredménytelen, vagy csak igen hosszú idő után mutat fel némi eredményt. Éppen ezért ezek a betegek nem egyszer vesztik el bizalmukat orvosukban és hitüket a gyógyulásban.

Ugyanilyen nehéz helyzet előtt állunk gyakran a mesterséges klimax kapcsán előálló súlyos kiesési tünetek eseteiben. A fentemlített kezelési módok ezeknek is csupán egy részében adnak jó eredményt. Az ilyen beteg nem egyszer átkozza orvosát, aki a klimaxot okozó műtétet, vagy röntgenbesugárzást ajánlotta, avagy elvégezte rajta. Depressiók, nagyfokú bágyadtság, aluszékonyság, munkaképtelenség gyakoriabbak ezekben az esetekben, mint a természetes klimax kapcsán.

Látva ezeknek a betegknek éveken át tartó szenvedését, melyet a legmagasabb egységű hormonkészítményekkel végzett kezeléssel, valamint más kezelésekkel — ideértve az ideggyógyászati kezelést is — sem sikerült, átmenetileg sem megszüntetni; jutottunk arra a gondolatra, hogy a Magánalkalmazottak Biztosító Intézetének III. sz. nőgyógyászati rendelésén ez esetekben új gyógyító eljárást próbáljunk ki. Ez a klimaxos tünetcsoportot mutató betegeken kipróbált eljárás az α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat [$(C_6H_5 . CH_2 . CH . NH_2 . CH_3)_2 . H_3PO_4$], alkalmazása volt. Kísérleteinkhez a gondolatot azok az eredmények adták, amelyeket egyes szerzők *(Peoples és Guttmann, Solomon Mitchel* és *Prinzmetal, Lehoczky, Csinády* és *Dirner)* a különböző, — leginkább ideggyógyászati — esetekben elértek az α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphattal, avagy a vele azonos hatásúnak bizonyult benzedrinsulfattal. A szerzők kiemelik a gyógyszernek a legmagasabb agyiközpontokra gyakorolt izgató hatását; azt a tulajdonságát, hogy a fáradtság érzését és a kellemetlen gátlásokat kiküszöbölve a hangulatot javítja és a szellemi teljesítőképességet növeli. Ezek alapján kézenfekvőnek látszott előttünk, hogy a klimaxos kiesési tünetek olyan eseteiben, amikor a lelki depressió következtében a munkaképesség csökkent, illetve amikor az ilyenirányú panaszok állanak előtérben, a gyógyszer alkalmazásával, ha nem is tartós, de átmeneti eredményt sikerülni fog elérnünk.

Lefolytatott kisérleteink az esetek többségében igazolták elgondolásunkat. Összesen tizenhat klimaxos beteget kezeltünk α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphattal. Kisérleteinkben az *„Aktedron"* (Chinoin) nevű készítményt használtuk, amely *Lehoczky* vizsgálatai szerint teljesen azonos hatású a külföldi kutatók által használt β-phenyl-isopropylamin-sulfattal (benzedrin sulfat.)

Klimaxos betegeink közül: 12 természetes, 4 mesterséges (műtét után) klimax kapcsán panaszkodott súlyos kiesési tünetekről. A természetes klimaxban lévők közül 7 beteg életkora 40 éven alul volt (klimax proecox).

A 16 eset közül: igen jó, iletve jó átmeneti eredményt értünk el 12 esetben; kevés, vagy semmi eredményt 4 esetben.

A kezelést minden esetben 5 mg α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat adagolásával kezdtük meg. (1 tabletta aktedron 0.01 gr α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphatot tartalmaz.) A beteg nem bírt tudomással arról, milyen gyógyszert kap. A tablettákat jelzés nélküli papirzacskóban személyesen nyujtottuk át a betegnek, azzal az utasítással, hogy felkelés után éhgyomorra, avagy közvetlenül a reggeli után vegyen be ½ tablettát s ugyanaznap este számoljon be nekünk az eredményről. Az első ½ tabletta adagolásától tettük függővé a gyógyszer adagjának esetleges emelését. Hangsúlyozzuk, hogy a kezelés tartama alatt a betegeket legalább másod-harmadnaponként ellenőriztük. Ez a gyakori ellenőrzés tette lehetővé a gyógyszeradagolás terén a legszigorúbb individualizálás keresztülvitelét, amely individualizálás szükségességét, más javallatok eseteiben a különböző vizsgálók hangoztatják.

Fent említettük, hogy 16 betegünk közül 12-ön értünk el eljárásunkkal jó eredményt.. Ezeken a betegeken, súlyos lelki depressiójuk és egyéb klimaxos tüneteik eltüntetése, jó közérzetük és munkaképességük biztosítása céljából egy esetben sem kellett napi adagként 15 mg α-phenyl β-isoprophylamin-hydrophosphatnál többet alkalmaznunk.

Az alábbiakban teljes egészében közüljük legsúlyosabb klimaxos depressióban szenvedő betegünk kórtörténet-kivonatát, akin a fentemlített elvek betartásával igen jelentős és igen gyors átmeneti javulást értünk el:

H. A.-né. 35 éves. 28 éves koráig havibaja négyhetenként jelentkezett és 3—4 napig tartott, rendes erősségű volt. 28 éves kora óta néhány csepp formájában mutatkozik. Azóta igen rosszul érzi magát. Súlyos depressiók kínozzák; álmatlan, ingerlékeny, ideges. Gyakran hőhullámok kínozzák. Étvágytalan; rohamosan fogy. Organotherapia, ideggyógyászati kezelés eredménytelen. Diagnosis: Hypomenorrhea. Klimax praecox.

I. 15. 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Semmi hatás nem mutatkozik.

I. 19. 10 mg α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Utána 1 órával lényegesen nyugodtabb, közérzete jobb, hangulata derültebb, gondolkodása tisztább.

I. 20., 21., 22. 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Hatás, mint I. 19.-én.

I. 23. Gyógyszert nem szedett. Állapota ennek ellenére is kielégítő.

I. 24. 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Hatás, mint I. 19-én. Eddig szedett altatójának adagját felére csökkenti és ennek ellenére is kielégítően alszik.

I. 25., 26. 15 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Elmondja, hogy teljesen megnyugodott. Étvágya javult, állapotával nagyon meg van elégedve.

I. 27. 15 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hyrdophosphat. Visszaesés. Ismét a régi panaszok. Ismét csak a régi adag altatója bevétele után tudott aludni.

I. 28. 15 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Az előző napi kellemetlen tünetek múlóban vannak. — Nyugodtabb.

Az α-henyl β-isopropylamin-hydrophosphattal kezelését befejezzük. A továbbiakban 10.000 egységes *„Glandubolin"* befecskendezéseket kap.

Közölt esetünkben súlyos klimaxos depressióban szenvedő betegről volt szó, kit előzőleg éveken át sikertelenül kezeltünk magas egységű organotherapiás készítményekkel és sikertelenül kezeltek az ideggyógyászok is. Állapota egyre romlott és a beteg már elvesztette a gyógyulása, illetve a javulásába vetett minden reményét. Kezelésünk alatt állapota lényegesen javult. Rendesen táplálkozott, ami szintén hozzájárult testi és lelki conditiójának javulásához. Bár tisztába vagyunk vele, hogy csak átmeneti javulást sikerült elérnünk, azzal mégis sikerült a betegben áttörnünk a gyógyíthatatlanság hitét, a reményvesztettséget és ennek kapcsán a további organotherapiás kezelés folyamán orvos és beteg között kedvező suggestiv viszonyt teremtettünk meg.

Különösen tanulságos egyik műtét utáni mesterséges klimaxban szenvedő betegünk kórtörténete:

H. E. 38 éves tisztviselőnő. Három évvel ezelőtt myoma uteri miatt amputatio supravaginalis-t végeztek nála. Egy évvel ezelőtt erős hevülések léptek fel. Nagy mértékben ideges, feje csaknem állandóan fáj, súlyos depressiókról panaszkodik. Munkaképessége annyira csökkent, hogy állását el akarja hagyni. Substitutiós hormonkezelés, ideggyógyászati kezelés eredménytelen. Diagnosis: Klimax post amp. supravag. uteri.

I. 4.: 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, a kora reggeli órákban, éhgyomorra. Bevétele után 1 órával jó közérzet, amely tetőfokát három-négy óra múlva érte el. Mind testileg, mind szellemileg rendkívül frissnek érzi magát.

I. 5., 6., 7., 8.: 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, a fenti időben és módon. Továbbra is a fent leírt jó hatás. Különösen kiemeli idegrendszerének teljes megnyugvását. Munkaképessége lényegesen fokozódott. Ez a testi-lelki frissítő hatás az esti órákig tartott. Teljesítőképességének növekedését, kedélyállapotának megjavulását fellebbvalói és munkatársai is észrevették.

I. 10., 11., 12., 14., 15.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, mint a fentiekben. Hatás változatlanul jó. Kiemeli, hogy munkáját játszi könnyedséggel végzi.

I. 17.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, mint fent. Délután 4 órakor szűnik meg a frissítő hatás. Feje fáj, ugyanúgy, mint régen.

I. 18—24.: Gyógyszert nem szed. Ennek ellenére is jobban érzi magát, mint kezelésünk megkezdése előtt, bár nem olyan jól, mint a tabletták szedésének ideje alatt.

I. 25—29.: Napjában 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. A régi jó hatás. Nemcsak fejfájása szűnik meg, hanem az addigi hőhullámok is teljesen elmaradtak. I. 29-én éjjel rosszul aludt és izzadott.

I. 30.—II. 1.: Gyógyszert nem szed. Állapota romlott. Hevülés is visszatért, bár nem olyan mértékben, mint a kezelés megkezdése előtt.

II. 1.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, mint fent. Ismét jól érzi magát.

Kezelést beszüntetjük. II. 10-én ellenőrző vizsgálat. Elmondja, hogy ugyan jobban érzi magát, mint a kezelés megkezdése előtt, de korántsem olyan jól, mint gyógyszerünk szedésének ideje alatt. Erősebben izzad, a hőhullámok ismét kínozzák.

Műtét után fellépett klimaxnak α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphattal kezelt esetéről számoltunk be a fentiekben. A beteg igen súlyos kiesési tünetei miatt kezelésünk megkezdése előtt már tartós organotherapiás és ideggyógyászati kezelésben részesült, anélkül, hogy állapotában jelentős javulást sikerült volna elérni.. Állapota annyira romlott, hogy állását csaknem el kellett hagynia. α-phenyl β- isopropylamin-hydrophosphat szedésére állapotában feltűnő javulás állott be. Ez a javulás átmeneti volt. A gyógyszer szedésének abbanhagyása után az eredeti tünetek — ha nem is a régi súlyosságukban — visszatértek. Feltűnő volt ebben az esetben, hogy a kezelés alatt az erős hőhullámok is elmaradtak.

Többi sikeresen kezelt eseteink is körülbelül a fent közölt két eset módjára reagáltak α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphatra. Egyeseknél néhány napi szedés után szívdobogás és álmatlanság, másokon belső nyugtalanság lépett fel. Ezek a kellemetlen tünetek a gyógyszer elhagyása után megszüntek. E helyen is kiemeljük a hevülések elmaradását, amelyről több betegünk tesz említést. Egyesek a klimax kapcsán fellépett kézzsibbadás megszüntéről is beszámolnak.

Alábbiakban — összehasonlítás céljából — két sikertelen esetünk kórtörténeti kivonatát is közöljük:

1. S. B.-né 48 éves tisztviselőnő. Első havibaját 12 éves korában kapta meg. Vérzése négyhetenkint jelentkezett és három napig tartott. Utolsó havibaja három hónappal ezelőtt volt. Azóta gyakran deprimált. Sírógörcsei vannak. Túlérzékeny. Rosszul alszik. Menoktant szedett, melyre állapota nem javult. — Diagnosis: Klimax.

XII. 30., 31.: 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Nappal jól érezte magát, éjjel azonban szívdobogás és álmatlanság kínozta. — A gyógyszert elhagyjuk.

I. 11—12.: 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, amelyre ismét a fenti módon reagál.

I. 18.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. A fenti reactio.

I. 19.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat, amelynek bevétele után feje fáj. Közérzete semmivel sem javul.

2. P. J.-né, 46 éves tisztviselőnő. Három éve rendetlen a havibaja. Utolsó vérzése november 4-én volt. Azóta szédül, ideges, lehangolt, álmatlan, hevülések gyötrik, izzad. — Diagnosis: Klimax.

I. 25.: 5 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Állapotában lényeges változás nem következett be.

I. 26., 27.: 10 mg. α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphat. Állapota nem javult. — A gyógyszert tovább nem adjuk.

A fent közöltek alapján tapasztalatainkat és ezekkel kapcsolatosan véleményünket az alábbiakban foglaljuk össze:

1. Az α-phenyl β-isopropylamin-hydroposphat, — az esetek nagyobb részében — sikeresen alkalmazható, mint tüneti gyógyszer a klimaxos tünetcsoport időleges megszüntetésére.

2. Ilyen kezelés céljából elsősorban a másirányú kezeléssel (hormonkezelés, ideggyógyászati kezelés) dacoló esetek jönnek számításba.

3. Ezek közül is elsősorban azok, amelyekben a lelki depressio és a munkaképességcsökkenés áll előtérben.

4. A gyógyszer minden esetben szigorúan individualizálva adandó.

5. Legcélszerűbb reggel éhgyomorra, avagy közvetlenül a reggeli után 5 mg-os adaggal kezdeni meg a kezelést és csak ennek az adagnak hatástalansága esetén emelni a következő napon. Mi eseteinkben napi 5—10—15 mg-os adagokkal dolgoztunk. Ezeknél nagyobb adagok alkalmazására nem volt szükségünk, bár az irodalmi adatokból tudjuk, hogy egyes szerzők más javallatokból 70 mg-ig is elmentek.

6. Esetleges kellemetlen melléktünetek megfigyelésem szerint a következők lehetnek: szívdobogás, álmatlanság, feszülő érzés a nyakon, fonák érzés a halántéktájon, belső túlfeszítettség érzése, gyakori mély légzés kényszere. Ezeknek egyike vagy másika csupán huzamosabb adagolás után szokott fellépni és fent említett kezdő adag esetén (5 mg.) csak kivételesen a kezelés elején. A gyógyszer elhagyása után a kellemetlen melléktünetek csakhamar elmaradnak.

7. Valódi megszokás veszedelmétől — olyan értelemben, mint az alkaloidáknál — nem kell tartanunk. Legalább is a mi eseteinkben valamennyi betegünk jól tűrte a gyógyszer hirtelen elvonását. A régi kellemetlen betegségi tünetek visszatérte után azonban egyesek ismét kérték tőlünk: „azt a szert, amely eddigi gyógyszereik közül a leghatásosabb volt és amelytől olyan jól tudok dolgozni". — Olyan beteggel is volt alkalmunk találkozni, aki más javallat alapján kapta kézhez a gyógyszer vényét hónapokkal azelőtt más orvostól és azóta — érezve annak frissítő hatását — minden orvosi ellenőrzés nélkül folyamatosan szedte. Ezek miatt az utóbb említett esetek miatt nem tartjuk helyesnek az α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphatot állandó orvosi ellenőrzés nélkül a beteg kezébe adni és csakis az individualizálást lehetővé tevő orvosi észlelés mellett tartjuk az általunk felállított javallatból alkalmazandónak. Ilyen irányú álláspontunk teljesen megegyezik *Reitmann* álláspontjával. Félőnek tartjuk, hogy a depressióban szenvedő beteg kellő ok nékül, orvosi

rendelkezés hiányában is szedni fogja a gyógyszert, ha ahhoz könnyen hozzájut. Mivel pedig az új szernek huzamos alkalmazás esetén bekövetkező kései — a szervekre avagy a működésekre — hatását ma még nem ismerhetjük, annak korlátozás nélküli szedését nem tartjuk megengedhetőnek. Az ilyen értelemben vett megszokás lehetőségének kizárása céljából, mi kísérleteink alkalmával még a gyógyszer nevét sem közöltük betegeinkkel és a tablettákat korlátolt mennyiségben, jelzés nélküli papírzacskóban bocsájtottuk rendelkezésükre.

8. Fenti feltételek betartása mellett, a klimax fent említett eseteiben értékes tüneti gyógyszernek tartjuk az α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphatot. Nagy jelentőségű ugyanis, hogy minden más kezeléssel dacoló betegekben sikerült a gyógyulás hitét ismét felkelteni. Az átmeneti javulás emlékét magában hordó betegen az α-phenyl β-isopropylamin-hydrophosphattal történő kezelés abbahagyása után kétségkívül a siker nagyobb reményével kezdhető meg egy újabb substitutiós hormonkezelés, avagy más tüneti gyógyszerekkel történő kezelés.

Az Országos Stefánia Szövetség vezetése alatt álló Kispest megyei város szülőotthonának közleménye. (Igazgató-főorvos: Schürger Sándor.)

A lepényleválasztás gyógyulási viszonyainak javítása.*

Irta: *Schürger Sándor dr.*

A lepénynek kézzel leválasztását az orvosok mindig veszélyes beavatkozásnak tartották. A veszély elsősorban a méh sebfelületének fertőződésében rejlik. Tudjuk, hogy szülés után a méh sebfelületén a kórokozók igen alkalmas talajt találnak a megtelepedésre, szaporodásra és a mélybe törésre, a lepényt leválasztó kéz pedig a hüvelyből és a vulvából akaratlanul is felhurcolt csírákat, szinte beoltja a lepény tapadása helyén tátongó vivőeres öblökbe. Ehhez járul, hogy az a lázas sietség, amellyel a lepényt vérzés esetén sokszor le kell választani, nem a tökéletes asepsis malmára hajtja a vizet.

Az ide vonatkozó rengeteg közlemény statistikai adatainak mérlegelése közben valóságos útvesztőbe kerülünk. Nincs még egy szülészeti műtét, ahol a gyógyulás százalékos megoszlásának keresése közben a különféle szempont jobban megbontaná az anyagot és az érdemi elbírálást nehezebbé tenné. El kell ismernünk, hogy a lepényleválasztás kilátását tényleg sok körülmény befolyásolja. Nem közömbös ugyanis, vajjon vérzés miatt választottuk le a lepényt, vagy nem vérzés miatt, egészen tapad-e, vagy csak részben, nem volt-e incarcerált csupán; vizsgálták-e a vajudót intézeten kivül, spontan szült-e, műtét előzte-e meg a lepény leválasztását, láztalan, subfebrilis, lázas, fertőzött volt-e a vajudó, nem volt-e atonia, plac. praevia, stb. jelen.

Ilyen körülmények között a halálozás és a megbetegedés számszerű adatai összehasonlításra nem alkalmasak. Nem, mert már a kiindulás alapja sem ugyanaz, hogy azonban a számok a valóságról nem adnak hű képet, annak legfőbb oka az, hogy a levonások önkényesek. Sokszor nem lehet megállapítani, ki hogyan von le, ki mit, miért von le!

*) Előadta a Gynaekologiai Szakosztály 1937 november 4-iki ülésén.

Nem lepődünk meg ezért *Stoeckel* szavain, aki azt írja a különböző összeállítások feletti kritikájával kapcsolatban, hogy „a statistikai adatokat megvilágítani hivatott magyarázat csupán köpeny, mely kulisszaként inkább a lényeget takarja el, frizura, nem arra való, hogy az igazság arcát szebbé tegye". Tudományos viszonylatban e szavak sokkal erősebbek, de nem alap nélkül hangzottak el!

A statistikai adatokat mindezek ellenére sem nélkülözhetjük, de az említett okok miatt mi figyelmen kívül hagyjuk az egyes számadatokat és inkább az átlagos értékekre hivatkozunk.

A lepényleválasztásokat a kórjóslat szerint a szülészek több csoportba osztják, illetőleg fokozatokat különböztetnek meg. *Megkülönböztetnek: láztalan, spontan szülést követő lepényleválasztást, amelynek kilátása aránylag kedvező. — Romlanak a kilátások, mihelyt a szülőnőt nagyobb vérveszteség érte, valamint, ha a leválasztást más műtét megelőzte. Különösen rossz, ha a szülőnő lázas, ha a szülőcsatorna fertőzött és ha placenta accreta van jelen.*

Fejtegetéseink kindulópontja az az összeállítás, amelyet 1925-ben Bécsben tartott nagygyülés előadójának *Stoeckel*-nek classikus beszámolójából vettünk. Természetes ,hogy *Stoeckel*nek ezen összeállítása mind a háborús, mind az azt követő rendkívüli évek tehertételét viseli. Eszerint a reducált halálozás a következőképen oszlik meg:

Hammerschlag 1.0%, *Katz* 5.0, *Leo* 1.9, *Rosenthal* 13.0, *Hegar* 11.0, *Guttmann* 5.0, *Seiffarth* 13.9, *Mattheus* 3.6, *Straube* 2.9, *Ihm* 8.5, *Bucura* 3.4, *Winter* 5.5, *Alletsee* 7.7, *Lindig* 8.1, *Vogel* 13.5, *Strassmann* 12.0, *Liepmann* 12.0, *Matha* 8.9, *Strecker* ϕ, *Ulinsky* ϕ, *Baumm* 2.8, *Strecker* 7.7%.

A megbetegedés arányszáma 17.0% és 66.7% között ingadozik.

Teljesen hasonló feltételek szemmeltartásával készítettük 1925-től a mai napig terjedő összeállításunkat, mely szeirnt a redukált halálozás a következő:

Timofev 2.0%, *Daron* 4.2, *Bachner* 2.3, *Heyrowsky* 2.3, *Heidler* 2.8, *Vignali* 5.7, *Olbrich* 1.6, *Böckel* 3.7, *Solowjew* 2.0, *Bollárió* 3.9, *Sejrsen* 11.0, *E. Heul Ezes* 2.2, *Büben* 3.5, *Páll* 3.0, *Haba* 4.2, *Szabó* 8.3, *Gajzágó* 3.7, *Salac* 3.3, *Kovács* 2.1%.

A megbetegedések arányszáma e csoportban 13.7%-tól 33.0%-ig terjed.

Amíg az első csoportban a halálozás átlagban 7%, a megbetegedés 33%, addig a második csoportban ezek az értékek jóval alacsonyabbak. A csökkenés nem is lényegtelen, mert hiszen a második csoportban 6, 7, 8, 9%-os halálozást alig találunk, 10-en felül pedig csak egyetlen egyet; az első csoportban viszont csaknem minden második érték 6%-nál magasabb. *Ez annyit jelent, hogy a lepényleválasztás kockázata az utolsó 10 esztendőben csaknem a felére csökkent.*

Ez örvendetes csökkenés okát mindenekelőtt abban találjuk, hogy ott, ahol intézet működik, szülés ma már házakban alig folyik le, már pedig a multban az innen eredő lepényleválasztások voltak olyanok, amelyek részben kivérezve, részben kétes tisztaságú vizsgálatok után, tehát korántsem aseptikus körülmények között lefoly szülés után kerültek műtőasztalra. Ezek pedig nem jó eredményeket adtak. Az egyes országokban, így hazánkban is a háború óta mind nagyobb és nagyobb területeket ölel fel a terhesgondozás, ez pedig nem maradhat kedvező hatás nélkül a szülésre előkészítés, a non infectio szempontjából. Ehhez járul ma, hogy csaknem kivétel nélkül gummikeztyűt húzunk a lepényleválasz-

táshoz, de ma kevesebb az elhanyagolt, kevesebb a fertőzött szülés is.

A halálozás csökkenésének láttára az az első és önkénytelen kérdésünk, hogy ideiglenes javulásról van-e szó csupán, vagy nem; ha nem akkor javulhatnak-e az eredmények tovább is?

Mivel a lepény leválasztásának veszélye a kórokozó csirák felhurcolása, ezért már régen felvetődött az a gondolat, hogy nem lehetne-e a hüvelyt a felhatolás útjából valamiképen kiiktatni?

E célból a szülészek különböző eljárásokkal kísérleteztek. *Ragusa, Kritzler, Roosen,* manchettákat szerkesztettek, hogy a felhatóló kéz a hüvellyel ne érintkezzék. *Hamilton* burkon belül választotta le a lepényt, *Vignali* Ferrarában a lepény szélét eszközzel fogta meg és huzással választotta le, *Joachimovics* adrenalin oldatba mártotta a kezét, hogy az ereket mielőbb összehuzódásra birja, hogy ezáltal a fertőzés lehetősége csökkenjen. *Heidler* lenyomja a méhet a szeméremrésbe, majd a hüvelyben magasabban ujra lefogja a köldökzsinort, alatta átvágja és így hatol fel. *Burchardt, Kosminski* külön e célra tükröt készíttetett, *Langer* fonál segítségével nyitható keztyűt szerkesztett, hogy amikor a kéz a cervixbe ér, az a fonálnál fogva nyítható és kihuzható legyen.

Már első pillanatra látszik, hogy az eljárások egytől-egyig körülményesek és erőszakoltak, követőkre nem is találtak.

A bécsi *Peters* által ajánlott eljárás az egyetlen, amely talán megelégedésre oldhatja meg a feladatot. *Peters* lapocokkal feltárja a hüvelyt, a portiót museuxkel lehuzza , meleg alkoholos oldattal le mossa és így hatol fel a méh ürébe. Intézetben, ahol mindig kellő segédlet áll rendelkezésre, ennek semmi akadálya sincs, ha pedig felkészülünk rá, időveszteség nélkül vihetjük végbe.

Frigyesi 1923-ban a Bakács téri kórházban meghonosította ezt az eljárást, mely a bp-i I. sz. női klinikán jelenleg is szokásban van, az 0. Hetilap hasábjain *Radványi* erről be is számolt. *Kubinyi* 1927-ben honosította meg *Peters* eljárását. *Burger* a bp-i bábaképző intézetben hasonlóan járt el. *Novák* a Kőbányai Anyaotthonból hasonló technikával végzett lepényleválasztás eredményeit 1936-ban közölte. Az 1925. évi bécsi nagygyülésen *Stoeckel* úgy nyilatkozott, nincsen tudomása arról, hogy *Peters* eljárása mennyire terjedt el, de restelli bevallani, hogy ő még nem próbálta ki. Amikor 1930-ban *Fraenkel* Budapesten járt és a II. sz. női klinikán előadást tartott, kiemelte, hogy ő is feltárással hatol be a méh üregébe.

A kispesti szülőotthonban ennek megnyitása, 1929 január 1 óta a mai napig, minden lepényleválasztást feltárással végeztünk. Erre a célra mindig készenlétben tartottunk steril műszereket, hogy szükség esetén haladéktalanul feltárhassunk. A keztyűt csupán két esetben húztuk le kezünkről, akkor, amikor a lepény kis része oly szívósan tapadt, hogy nem tudtuk eldönteni, vajjon lepényszövet van-e még a méh falán, vagy izomszövetben járunk már.

Összesen 53 lepényt választottunk le. Anyagunk jellemzésére megemlítjük, hogy volt közöttük plac. praevia, incompl. uterus rupt, 2 bűzös lepény, 2 esetben intézeten kívül sikertelen leválasztási kisérlet történt, 8 esetet kívülről szállítottak be, egyet ezek között 20 órás lepényiszak után.

Az 53 asszony közül egy halt meg lepényleválasztás közben, akit decomp. vitiummal, tüdővizenyővel haldokolva vettünk át. A gyermekágyban 2 kapott thrombosist, ezen felül sepsis nem volt, 3 napon túl 3 volt csupán lázas.

Összes halálozás 1.9%, ennek az egynek a levonása után a reducált halálozás: ϕ%.

Természetes, hogy 53 lepényleválasztást 1.9 összes, ϕ reducált halálozással végezni csupán szerencsés körülmények között sikerült; természetes, hogy ϕ mortalitás egy második sorozatban előre láthatólag nem tartható fenn, bizonyságul szolgál azonban arra, hogy az eljárás a lepényleválasztás kilátásait tovább képes javítani. E kedvező jelenség még meggyőzőbben világlik ki, ha azon intézetek számadatait állítjuk egymás mellé, amelyek hasonló technikával operáltak. Ezek:

		Mort.	Morb.
63 eset	Bakáts-téri kórház	3.1%	12.7%
56 „	bp.-i I. sz. női klinika	1.8 „	17.5 „
47 „	kőbányai anyaotthon	2.1 „	19.2 „
53 „	kispesti szülőotthon	ϕ. „	20.9 „
219 eset	összesen	1.6%	17.0%

E táblázat azt mutatja, hogy az elméleti elgondolásnak a gyakorlati eredmények teljesen megfelelnek, hiszen a reducált *halálozás átlagos értéke* (219 leválasztás után számítva) *még alacsonyabbra, 2% alá süllyedt.*

Ami ezen eljárás feletti tárgyilagos kritikát illeti, elsősorban azt említjük meg, hogy a vulvaris bakterium flóra elkerülése még nem biztosít teljesen csírtalan felhatolást, mert ha a méh ürét szülés után az esetek nagyobb részében sterilnek tekintjük is, a hüvelybe lazán lelógó cervixet azonban korántsem tekinthetjük annak. Batkeriumokat tehát így is felviszünk, csak összehasonlíthatatlanul kevesebbet.

Hátránya az eljárásnak, hogy előkészületet és segédletet kíván, ezért alkalmazhatósága csak intézeti keretekre szorítkozik. Nem hagyjuk figyelmen kívül, sőt kiemeljük azon *aggályunkat,* amely szerint *a feltárás a légembolia eshetőségét növelheti.*

A légembóliának physikai előfeltételeit épp úgy, mint azt elősegítő mozzanatait eléggé ismerjük, létrejövetelének mikéntje, illetőleg, — ha szabad azt mondanunk, a levegő „halálos adagja" — azonban nincs kellőleg tisztázva. Azok a kísérletek, melyeket újabban folytattak, még ellentétes eredményűek.

Bizonyos, hogy a gyűjtőérrendszer szívó hatása nélkül illetőleg, az érrendszeren kívül létrejövő nyomásnövekedés nélkül légembólia létre nem jöhet. Bizonyítottnak látszik, hogy a levegő nem légoszlop formájában, hanem hab formájában sodródik tovább, illetőleg legkésőbben a szív morzsolja el azt habbá. A halál vagy a tüdőerek eldugulása miatt, inkább fulladás következtében áll be, vagy az a coronariák légtamponádjának következménye, tehát szívhalál. Előbbihez több levegő kell utóbbihoz kevesebb is elegendő.

Szülészeti műtétek közül a lepény leválasztásakor a légembolia feltételei adva vannak, különösen, ha feltárunk. Tudjuk, hogy ha a medencét csak kicsit is felpolcoljuk a hasűr tartalma, miként Trendelenburg-helyzetben, visszaesik és a kismedence vivőeres öbleiben negativ nyomás áll elő. *Ilyin* vizsgálatai szerint ez már akkor is előállhat, ha a lábakat erősen felcsapjuk; ilyenkor ugyanis az izommozgás áttevődik a kismedence fasciáira, ezeknek pedig általa kimutatott perivenosus nyulványai vannak, amelyek a lábak activ és passiv izommozgása révén rithmikusan tátongóvá tehetik a kismedence vivőeres öbleit.

Halálos légembóliához azonban úgy látszik nagyobb mennyiségű levegő szükséges, erre mutatnak legalább is *R. Jedlicka-nak* 1924-ben Prágában lovakon

végzett kisérletei. *Jedlicka* 18 majd 22 liter levegőt fecskendezett be a lovak vena jugularisába, anélkül, hogy a lovak egy órán belül elpusztultak volna. *Nemec* (Mährisch-Ostrau-ban) saját magának többször 2, 3, 5 ccm levegőt fecskendezett be és csak 10 ccm insufflatiója után érzett némi nyugtalanságot.

Mindezekből azt következtetjük, hogy *légembólia létrejöttéhez több körülmény szerencsétlen összjátéka szükséges.* Halálos légembólia ezek szerint nem lehet gyakori. *Winter* anyagában 200 lepényleválasztásra 1 légembolia jutott. Az utolsó 10 év irodalmában csak *Schlossmann* és *Ada Markova* anyagában találunk egy-egy légembóliát. Hazánkban *Szabónak* a pécsi szülészeti klinikáról megjelent közleményében 46 leválasztásra egy jutott. Még egy halálos légembóliáról tudok, mely ugyan nincs közölve, de tudomásom van róla, mert Budapest egyik kisebb osztályán annak éppen tanuja voltam.

A légemboliától *nem kell túlságosan félnünk,* feltéve, hogy a feltáráskor nem csapjuk fel a lábakat túlzottan és ha arra ügyelünk, hogy a medence se legyen feleslegesen felpolcolva. Megnyugtató, hogy a különböző intézetekben *feltárással végzett lepényleválasztás* kapcsán eddig *légembólia nem fordult elő.*

A lepényleválasztás kockázatának csökkenése a leválasztás javallatainak alapját renditi meg, ugyanis egyes szülészek mind gyakrabban hangoztatják, hogy e műtét nem is annyira veszélyes, mint ahogy azt a tankönyvek tanitják, ezért gyakrabban lehetne végezni. — Hazánkban a leválasztás gyakorisága 0.4—0.9% között ingadozik, ami középértéknek felel meg, ennél gyakrabban ne válasszuk le a lepényt, *ne adjuk fel a szülésvezetés egyik alapelvét azt, hogy feleslegesen, vagy kellő ok nélkül nem érintjük a méh sebfelületét.*

Ez elvi állásponttal nem kerülünk ellentétbe, ha vérzéskor viszont hamarább választjuk le a lepényt, mint ahogy azt a multban tettük. Nem szorul bizonyitásra, hogy a kivérzett gyermekágyas sorsa mennyivel kedvezőtlenebb, hogy a gyermekágyast végig kisérő vérszegénység mennyire megfosztja a szervezetet küzdőképességétől. *Mi sohasem hagytuk annyira kivérezni a szülőnőt, hogy a vérveszteség másik, talán nagyobb baj legyen.* Ne kizárólag az elvesztett vér mennyisége legyen az irányadó, hanem az, hogy a szervezet hogyan viseli el a vérveszteséget!

A végére hagytuk azokat a viszonyokat, amikor a leválasztás a legtöbb kockázattal jár: ha a méhür nem tiszta, ha az asszony lázas, vagyis ha a mérhür fertőzött, a kéz ilyenkor fertőzött területen dolgozik úgy, hogy a következmények kiszámíthatatlanok, nem ritka utána a foudroyans sepsis. Sajnos, nem tudjuk eldönteni, mikor szorítkozik a fertőzés csak a lepényre és függelékeire és mikor tört már a mélybe. Senki sem rendelkezik idevonatkozólag sok esettel, sem nagy tapasztalattal.

Weibel a közelmultban átlagban 16% mortalitást mutatott ki. E magas halálozás csökkentése érdekében egyes szülészek megkisérelték a méhnek lepénnyel együtt történő kivételét. *Heidler* fertőzött méhtartalom esetében a kiirtást mérlegelendőnek tartja. *H. Schmid* a prágai klinikán lepényleválasztás helyett méhkiirtást végzett súlyos fertőzés miatt. *Zangemeister* hasonló álláspontot képvisel. *Hammerschlag* 3 halálos sepsis után egy negyedik esetben lepényestől vette ki a méhet. A kérdés 1932-ben Berlinben, a Dtsch. Gynaek. Gesellschaft egyik ülésén *Hammerschlag* esete kapcsán került szőnyegre. A vita *Stoeckel, Wagner* és *Hammerschlag* között folyt. A hosszú vita röviden abban foglalható összesze, hogy a láz maga még nem jelent mindig súlyos fertőzést, ha azonban súlyos infectio van jelen és természetesen minden megtörtént a lepény távozásának végbevitelére, akkor szóbajöhet a méh lepényestől eltávolítása. Hazánkban *Kovács* súlyos fertőzéskor a méh kiirtását nem ellenzi, szerinte, miként *Wagner* szerint is, sokkal jelentéktelenebb indokok alapján is kivesszük a méhet nőgyógyászatban.

Bizonyos, hogy a méh kivétele a kisebbik bajnak tekinthető akkor, amikor ennek árán igyekszünk az életet megmenteni. Fiatalkorban azonban mégis csak nagy elhatározás kell a csonkító műtétre, szerencse, hogy csak ritkán kerülünk hasonló körülmények közé.

Meglepő, hogy hasonló javallaton alapuló méhkivétel gondolata nem is új, hiszen ez Berlinben 1836-ban, nem kisebb szülész részéről, mint *Schultze,* sikerrel történt meg.

A kispesti szülőotthon 53 lepényleválasztása között 2 lázas, bűzös esetben kerültünk hasonló helyzet elé. Mi a lepényt leválasztottuk, majd 24 óráig figyeltük az esetet, az első 24 órában nem lévén nyugtalanító roszszabbodás, minden radikális eljárástól elállottunk.

Semmivel sem kevesebb a kockázat plac. accreta és válfajai: plac. increta percreta, vagy dissecans esetében. E kórképek felette ritkák, a százalékos megoszlás alig számítható ki, mert csaknem mindenki mást ért plac. accretán. *Pinkert* összeállítása szerint az ismertetett esetek száma alig haladja meg az 50-et, de ezek között sincs mindegyik szövettanilag igazolva. Amit a gyakorlatban plac. accretának hívnak, az még nem plac. accreta. Ez az elnevezés azon ritka esetekre vonatkozik, mikor teljesen hiányzik a str. spongiusum deciduae. A lepény bolyhai ilyenkor az izomzaton tapadnak, vagy abba belenyulnak. A lepény és az izomszövet nem választható szét, tehát a lepény nem is választható le, ha erőszakoljuk, csak darabokat téphetünk le, melynek vége elvérzés, perforatio, vagy lepényrész visszamaradás. Sokan ilyen viszonyok között kiveszik a méhet.

Kimutattuk, hogy a lepényleválasztás kockázatai mily kicsinyre csökkenthetők. Ha az eredményeket meg akarjuk tartani, akkor keztyűben válasszuk le a lepényt, mert kezünk csírtalan volta így könnyen biztosítható. Feltárással történjék az, hogy vulvaris vaginalis csírákat ne hurcoljunk fel. Vérzés esetén ne késlekedjünk a leválasztással, hogy ne kivérzett, hanem küzdőképes szervezet kerüljön a gyermekágyba. Ha súlyosan fertőzött a méhür, akkor a méhnek lepényestől kivételét mérlegelhetjük. Ha a plac. accreta, percreta, dissecans van jelen, javalt a méh kivétele.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal, bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Etrendi előirások III. bővített kiadás — — — 5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümellékkel 5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — — 25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — — 2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés 8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára 4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portókölséget is felszámitjuk.

A debreceni Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye.

A liquor cholesterin-tartalmának meghatározása ideg- és elmebetegségekben a Plaut—Rudy-féle módszerrel.

Írta: *Nagy Mihály dr.* egyetemi magántanár, c. adjunctus.

A liquor lipoidok között a phosphatidák, a zsirsavak és cerebrosidák mellett különösen a cholesterin kimutatása kerül újabban előtérbe, azon meggondolás alapján, hogy a gerincvelőfolyadékban a cholesterin tartalomnak megnövekedése feltehetőleg bekövetkezik mindazokban a központi idegrendszeri elváltozásokban, amelyek az idegrendszer állományának bontási és gyulladásos folyamataival járnak. A gerincvelőfolyadék cholesterintartalmának meghatározását azonban rendkivül nehézzé tette az a körülmény, hogy a régebbi vizsgáló módszerekkel a cholesterin kimutatása csak nagyobb mennyiségű liquorban (*Holthaus* és *Wichmann* 20 ccm, *Autenriet* és *Funk* 30 ccm, *Knauer* és *Heidrich* 100 ccm) volt megbizhatóan elvégezhető. Ennélfogva a liquor cholesterintartalmának pathologiás értékű eltéréseit, mint bizonyos idegrendszeri betegségre valló elváltozást, a liquor diagnostikában kórjelző vonatkozásban ezideig alig lehetett értékesíteni.

A liquor cholesterin meghatározás eddigi eredményei — mind az egészséges, mind a kóros esetekben — nagyfokban eltértek egymástól. Az a feltevés, hogy ép liquor tartalmaz-e cholesterint, *Knauer* és *Heidrich* vizsgálata alapján bizonyossággal positiv értelemben válaszolható meg. A *Plaut-Rudy*-féle cholesterin meghatározásra szolgáló módszer a *Liebermann-Burchard*-féle reactión alapul, amely szerint még igen kismennyiségű: 0.0015 mgr cholesterin 0.25 ccm $ChCl_3$, és 0.1 ccm ecetsav-anhydrid és 0.005 ccm kénsav hozzáadásával aránylag könnyen kimutatható.

A *Plaut-Rudy*-féle módszer rövid ismertetése a következő. 1 ccm centrifugált liquort 10 ccm ürtartalmú graduált centrifuga csőbe pipettázunk és azt kénsavas exiccatorban 37°-on bepároljuk. A beszárítás 48 órára terjed. A bepárolás után maradt szilárd liquor alkatrészeket 3 ccm egyenlő részmennyiségű chlorophorm és tömény szesz keverékben oldjuk, egy órán át gyenge forrásban lévő vizfürdőben tartjuk, közben az elpárolgó $ChCl_3$ + alkoholos oldókeveréket időnkint kiegészítjük. Ez a folyamat úgy végzendő, hogy 1 óra leforgása után a centrifuga csőben éppen 1 ccm oldószer maradjon vissza. Ekkor 5'-ig 3000 fordulatszám mellett centrifugáljuk, leöntjük, a maradványt újból 0.7 ccm tiszta chloroformmal feltöltjük, az egészet vizfürdőn tartjuk mindaddig, mig a chloroform 0.5 ccm-re párolgott, majd további 5'-ig centrifugáljuk. Mindkét leöntött kivonatot Uhlenhut-csövecskébe visszük át és az Uhlenhut-csöveket egy 100 ccm-es főzőpohárba tesszük, melyben félig gyenge forrásban lévő viz van és pontosan 8.5'-ig tartjuk benne. Utána a főzőpoharat szinültig vizzel töltjük fel, 1 ccm chloroform hozzáadása után a csövek 40°C-n 10 percig maradjanak. Majd a még meleg üvegeket egy kis exsiccatorba helyezzük és 5 percig 15—20 mm nyomás alatt tartjuk. A száradás befejezése után a maradvány vékony összefüggő réteg alakjában az üvegre rárakódott, amelyből ezután a cholesterint tiszta chloroformmal kioldjuk. Az extractio úgy megy végbe, hogy 1 ccm chloroformmal töltjük fel a csöveket és a keveréket 10 percig 40°-on állani hagyjuk és azután lángban egyszeri felforrásig hevítjük. Ezután egy második Uhlenhut-csőbe öntjük át és még egyszer 0.3 ccm chloroformmal utánaöblítjük. Az egyesített chloroform kivonatokat láng felett 0.25 ccm-ra besűrítjük és a lehülés után 0.1 ccm frissen készült 20 volumen ecetcav-anhydrid és 1 volumen kénsavat tartalmazó oldatot adunk hozzá. Sötétben való 10 percnyi 30° melegben való állás után az eredményeket gyorsan leolvassuk. A leolvasást frissen készült standard oldat segítségével végezzük; a hígítási sorozat minden tagja meghatározott mennyiségű cholesterint tartalmaz. Megfigyelésünk szerint az egyszeri felforrásig való hevítás nem szükséges, mert ekkor zsirsavak és egyéb szerves anyagok is oldódnak. A reactiót úgy végeztük, hogy 40°C után lehűtve légmentesen elzárva hagyjuk, kb. 10 percig és ezután öblítjük át a második Uhlenhut-csőbe. Ekkor a reactio tiszta, átlátszó, opaleskálástól mentes zöldes szint mutat.

A módszer végbevítele nagy gondossággal történik, a reactio rendkivül érzékeny és az oldatban esetleg visszamaradó colloidalis fehérjemennyiségeket a kénsav elroncsolja, ekkor barnás szin keletkezik és a reactio nem értékelhető.

A módszer előnye, hogy csekély liquormennyiséggel — 1 ccm, sőt olykor 0.5, vagy 0.25 ccm-rel — végezhető, így sorozatos vizsgálatok elvégzésére és az eredmények összehasonlítására és az ellenőrzésre alkalom nyilik.

A debreceni ideg- és elmeklinikán ezideig 51 esetben végeztünk cholesterinmeghatározást, idegrendszeri betegek liquorában. A meghatározást minden esetben két különálló vizsgálatban végeztük, hogy ezáltal a módszer megbizhatóságát és az eredményt ellenőrizhessük. Vizsgálatot dem. pp.-s, tabo pp.-es, schizophreniás, meningitises és encephalitises betegségi csoportokban próbáltuk ki.

1. Táblázat.
A liquor cholesterintartalma dem. pp.-ben.

Sorszám	Sejtszám	Cholesterin 1 cm^3 liquorban mg%	Fehérje ‰	Cukor % Mestrezat	Megjegyzés
1	3	1·8	0·22	0·09	
2	2/3	1·2	0·16	0·05	
3	0	0·78	0·10	—	
4	0	0	0·06	—	sárga reactio
5	0	0·5	0·22	—	
6	2	0·18	0·16	—	
7	1 1/3	0·42	0·14	—	
8	0	0·28	0·20	—	sárgásszínű reactio
9	1	0·18	0·28	0·08	

9 dementiában szenvedő és különböző láztherapiában és vegyes antilueses kúrában részesült beteg liquorában a cholesterin tartalom 0.18 mgr%—1.8 mgr% között volt. *Plaut* és *Rudy* vizsgálata szerint az alsó határt 0.15 mgr%, a felsőt pedig 0.7 mgr%-ban állapította meg. A liquor cholesterintartalmának nagyobbfokú ingadozása paralysisben előfordulhat, erre vonatkozó észleletet *Plaut* és *Rudy* is közöl. Megfigyelésük szerint egy paralytikus beteg liquorában a cholesterint nagyobb mennyiségben találták, más időpontban pedig rendesen előforduló tartalommal mutatták ki. Dem. pp.-ben a liquor cholesterintartalma a lázas therapia után is még jelentékenyen fokozott lehet. A cholesterin meghatározás alkalmával globulin, sejtszám, összesfehérje-

mennyiség, Wa.-r. és colloid reactio, cukortartalom *(Mestrezat)* megállapítását is egyidejüleg elvégeztük. *Megfigyelésünk szerint a cholesterintartalom és a sejtszám nagysága, összfehérje mennyisége, Wa.-r., vagy colloid reactio görbetypusa között összefüggés nem mutatkozik. Nagy cholesterin tartalom kimutatható olyan esetekben is, amikor a sejtszám, globulin, vagy a colloid reactiók negativ jelzésüek.* A liquor cholesterintartalmához viszonyítva ezen reactióban mutatkozó eltéréseknek *Plaut* és *Rudy* szerint nincs jelentőségük. *Eredményeink szerint a liquorban kimutatható összesfehérjemennyiség és cholesterin tartalom között összefüggést nem találtunk.* Eseteinkben az összesfehérjemennyiség 0.06—0.22 mgr% között volt. *Plaut* és *Rudy* által közölt táblázatban sokkal nagyobb fehérjetartalom van feltüntetve (0.25—125 mgr%). Szerintük leginkább lehet összefügést találni a cholesterin mennyiség és a liquor fehérje szaporulata között, mivel nagyobb fehérjeszaporulattal együtt jelentékenyen megnagyobbodott cholesterin mennyiség is gyakrabban előfordul. Emellett azonban hangsúlyozva kifejezik azon véleményüket is, hogy a megnövekedett cholesterin tartalom és fehérjemennyiség együttes előfordulásában szabályszerüségre következtetni egyáltalán nem lehet. *Roeder* szintén megnövekedett cholesterin tartalmat észlelt dem. pp.-s esetekben, mégpedig 0.8—2 mgr% között.

2. Táblázat.
A liquor cholesterintartalom taboparalysisben.

Sorszám	Sejtszám	Cholesterin 1 cm^3 liqu.-ban mg %	Fehérje ‰	Cukor % Mestrezat	Megjegyzés
1	3	0·6	0·22	0·08	
2	0	0·84	0 10	—	
3	2/3	0·36	0·16	—	
4	2	0·36	0·10	—	
5	1	0·48	0·16	—	

Taboparalysis 5 esetében is végeztünk cholesterin meghatározást. Ezekben az esetekben a cholesterin tartalom nem volt annyira megnövekedett, mint a dem. pp.-s betegek liquorában. A cholesterin mennyisége 0.26—0.84 mgr%-ban határozható meg. *Roeder* taboparalysisben 0.5 mgr% cholesterint talált az általunk kimutatott értékkel megközelítőleg megegyezve.

3. Táblázat.
A liquor cholesterintartalom schizophreniában.

Sorszám	Sejtszám	Cholesterin 1 cm^3 liqu.-ban mg %	Fehérje ‰	Cukor % Mestrezat	Megjegyzés
2	0	0·8	0·18	0·09	
2	2/3	0·3	0·18	0·09	
3	1/3	0·12	0 10	0·08	
4	0	—	0·06	0 09	
5	0	0·24	0·08	0·09	lila szinű pos.
6	2 1/3	0 78	0·17	0·06	

Schizophrenia 6 esetében a cholesterin tartalom 0.12—0.8 mgr% között volt. *Plaut* és *Rudy* nagyobbfokú cholesterinszaporulatot egy esetben sem tapasztalt, a cholesterin tartalom határértékét schizophreniában 0.15—0.35 mgr%-ban jelölték meg. Az eseteknek kb. 20 %-ában a csekélyfokú cholesterinszaporulat miatt a talált érték valamivel a szabályos határérték felett mozog.

4. Táblázat.
A liquor cholesterintartalom meningitis és enkephalitis esetében.

Sorszám	Sejtszám	Cholesterin 1 cm^3 liqu.-ban mg %	Fehérje ‰	Cukor % Mestrezat	Megjegyzés
1	2048	2·4	0·50	0·06	mening. ac.
2	60	3·15	0·64	0·06	mening. tbc.
3	2 1/3	1·56	0·38	0·04	mening. ac.
4	70	3·2	0·84	—	mening. ac.
5	0	3·6	0·22	0·13	enkeph.
6	4	2·4	0·72	0·11	enkeph.
7	2	0·5	0·18	0·09	enkeph.
8	0	0·36	0·18	—	enkeph.
9	4	0·12	0·22	0·05	enkeph. gyógyult
10	1	0·16	0·20	0·04	enkeph. gyógyult
11	32	3·1	0·68	0·09	meningoenkeph.
12	1/3	sárg. r.	0·08	0·11	enkeph. chr.
13	0	0·28	0·18	0·11	enkeph. chr.
14	0	szintel.	0·06	0·06	mening.
15	25	2·4	0·54	—	meningoenkeph.

A liquor cholesterintartalmát 4 meningitises liquorban vizsgáltuk. A liquor cholesterin, mind a négy esetben jelentékeny mértékben szaporulatot mutatott, még pedig 1.5—2.4, 3.15—3.2 mgr%-ig terjedt. Az összesfehérjetartalom szintén kóros emelkedést tüntetett fel. Szabályszerű összefüggést azonban a cholesterintartalom és a liquor sejtszáma és fehérjeszaporulata között megállapítani meningitisben sem lehet, mert a cholesterintartalom növekedése a liquor sejtszám, vagy fehérje mennyisége párhuzamba nem állítható. Megfigyelésünk szerint például egyik meningitis esetben a cholesterin tartalom 3.15 mgr% volt 0.64 ‰ összesfehérje és 60 sejtszám mellett, mig egy másik meningitises liquorban 2058 sejtszám, 0.50‰ összfehérjetartalom mellett 2.4 mgr% cholesterin volt kimutatható.

A liquor cholesterintartalmának meghatározását 4 encephalitis acuta esetében is elvégeztük. Mind a négy esetben nagyobb volt a cholesterintartalom, még pedig 0.36, 0.50—2. 4—3.6 mgr%-ot tett ki. Encephalitis acutára vonatkozó cholesterinmeghatározás *Plaut* és *Rudy*, *Roeder* táblázatában feltüntetve nincs, az általunk meghatározott eredményt ennél fogva összehasonlítani nincs, módunkban. *Megállapításunk szerint a meningitishez hasonlóan az encephalitisben is a cholesterintartalom jelentékenyen fokozódik.* A vizsgálatok során alkalmam volt a liquor cholesterinjének meghatározását 2 teljesen gyógyult encephalitises esetben is elvégezni. Ezekben az esetekben a gyógyulás időszakában cholesterinszaporulat már nem volt kimutatható, az acut szakban ellenben a cholesterin szintjének jelentékeny emelkedése észlelhető volt minden esetünkben. Az encephalitis chronica (parkinsonismus) késői esetében is a liquor cholesterin tartalma növekedést nem tüntet fel.

Különféle szervi idegrendszeri bántalmakban (neuritis, myelitis) valamint epilepsia esetében cholesterinszaporulatot nem észleltem. 1 tumor cerebri esetében a liquor cholesterinmennyisége 0.6 mgr% volt, ez kétségtelenül megnövekedett cholesterintartalomra mutat.

5. Táblázat.
A liquor cholesterintartalma különböző elme- és idegbetegségekben.

Sorszam	Sejtszám	Cholesterin 1 cm^3 liqu.-ban mg%	Fehérje ‰	Cukor % Mestrezat	Megjegyzés
1	0	0·16	0·06	0·09	neuropath.
2	2/3	0·18	0·10	0·08	compr. myelit.
3	0	0·24	0·16	0·11	neurit.
4	0	szint.	0·14	0·11	trig. neuralg.
5	1 2/3	0·12	0·12	—	Jackson epil.
6	12	0·12	0·18	—	levegő bef. u.
7	0	0·16	0·14	—	epilepsia
8	1/3	0·24	0·10	—	epilepsia
9	-	3·00	exitus u. 36 ó., spond. tbc. myelit. compr.		
10	0	sárg. r.	0·14	0·11	neurasth.
11	0	sárg. r.	0·06	0·05	neurasth.
12	0	sárg. r.	0·06	0·08	lu. kephalalg.
13	2	sárg. r.	0·20	0·11	arterioscler.
14	1	0·28	0·10	0·09	psych. infect.
15	1 1/3	0·24	0·10	0·09	psych. infect.
16	2 2/3	0·6	—	—	tumor cerebr.

Georgi a liquorban kimutatható cholesterin származására nézve több lehetőséget említ, mégpedig az egyrészt eredhet a vérpályából, másrészt figyelemreméltó az a körülmény is, hogy esetleg a központi idegrendszer állománya képes kóros viszonyok között ezen anyagok termelésére. A vér liquorgát fogalmának bevonása ily irányú vizsgálatokba messzemenően történt. *Walter* vizsgálatai szerint meningitisben található nagy liquorfehérjetartalom eredete könnyen magyarázható a gát permaebilitásának jelentékeny fokozásával. Ellenben a késői neurolueses betegségi folyamatban a vér-liquorgát áteresztő képességének emelkedési fokozata nem mindenkor felelt meg a liquorban található fehérjetartalomnak. Kétségtelennek látszik, hogy betegségi folyamatok alatt a központi idegrendszer állományában bekövetkező sejtpusztulások a liquor fehérjemennyiségét növelik. Azonban a tényleges gátviszonyok tanulmányozásához colloidalisan dispers anyagokra vonatkozólag az ismert kisérleti módszerek nem elégségesek. *Kafka, Stern, Krall* azt találta, hogy elektrolytekre nézve fokozott permeabilitás jelen van már akkor, amikor fehérjetestekre nézve az még nem mutatható ki. *Roeder* szerint határozottsággal nem állapítható meg, hogy a liquor cholesterinjének növekedése milyen mértékben következik be a vérpályából történt fokozott áteresztés miatt, vagy mennyiben vezethető vissza a cholesterinszaporulat magában a központi idegrendszer állományában végbemenő bontási folyamatra.

Ezek szerint a liquorfehérje származásával analogiában felmerült a cholesterin keletkezésére vonatkozó kérdés is. *Plaut* és *Rudy* kisérleti állatokon, majd embereken cholesterin etetéssel terhelési próbát végeztek, amelyek azon figyelemreméltó eredményre vezettek, hogy a serum cholesterin-szintjének jelentékeny emelkedését a liquor cholesterintartalma nem követte, mert a vér-liquorgát ép viszonyok között a felszaporodott serum cholesterin áteresztésének ellenállott. *Kulkow* és *Schamburow* vizsgálataik alapján arra a véleményre jutottak, hogy a serum és liquor cholesterintartalma relativ összefüggéstelenséget mutat. Nagy fontossággal bírnak *Eskuchen* és *Lickint* megfigyelései is: meningitis eseteiben azt állapították meg, hogy az agyhártyának Na. chlorid és calcium iránti permeabilitása, valamint a liquorcholesterin között összefüggő viszony nem állott fenn. A kísérleti adatok alapján feltehető, hogy a serum cholesterináteresztése csak durva gátsérülés esetében, erősen fokozott permeabilitás következik be, pl. meningitisben; tehát az ilyen esetekben a liquor cholesterint részben a vérsavóból származónak minősíthetjük.

Liquor cholesterin szaporulat azonban a permeabilitás megváltozása nélkül bizonyos idegrendszeri folyamatokban is kimutatható. *Knauer* és *Heidrich* porencephalia, *Plaut* és *Rudy* tumor és arteriosclerosis eseteiben a liquor cholesterinjének szaporulatát észlelték. Ennél fogva a cholesterinszaporulat az idegrendszer állományának pusztulásával járó folyamatra utal és eszerint olyan tünet, amelyből az idegrendszer betegségére lehet következtetni. *Roeder* nagyszámú háborús eredetű agysérült beteg liquorában végzett cholesterinmeghatározást és megállapítása szerint ezeknek nagyobb számában a szabályosat meghaladó cholesterinmennyiség volt. A liquor cholesterin-szintjének emelkedése *Roeder* szerint is a progressiv agyi elváltozásokra, szervi idegrendszeri bántalmakra jellemző „humoralis syndroma" egyik tünete.

Büchler 100 elme- és idegbajos liquorában végzett cholesterinmeghatározást Autenriet-Funk-féle quantitativ módszer szerint. A vizsgálati anyagnak mindössze 12%-ában volt cholesterin. *Büchler* véleménye szerint az ideg-parenchyma súlyos bántalmazottságakor cholesterin a liquorban csak akkor jelenhetik meg, ha véredénybántalmak és ennek következtében fokozott meningealis, illetve vascularis permeabilitás áll fenn.

Plaut és *Rudy* a liquor cholesterintartalmát ép viszonyok között 0.25 mgr%-ban határozták meg. A 0.3 mgr% feletti cholesterintartalom *Plaut* és *Rudy* szerint a központi idegrendszer valamely szervi elváltozására, idült bontással járó kórfolyamatra, gyulladásos bajra utal. A klinikánkon végzett vizsgálati adatok bizonyítják, hogy az idegrendszer számos szervi betegségében a liquor cholesterintartalma határozott növekedést mutat és így a liquor cholesterinjének meghatározása bizonyos szervi idegrendszeri betegségben kóros leletet szolgáltat, gyakran olyan esetekben is, amikor egyéb reactiók, (sejtszám, fehérje, colloid stb.) negativ jelzésüek.

A *Plaut-Rudy*-féle módszer a liquordiagnostikának egy új értékes tagját alkotja, mivel a liquor lipoid meghatározása által vizsgálati módszereinket kibővíti, amelyel kóros körülmények között az idegrendszer cholesterin forgalmának zavarát kimutathatjuk.

Sedyl tabl. 10 × 0·10
megbízható Sedativum, Hypnotikum, Antiepileptikum
Sedyletta tabl. 30 × 0·015
Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum
Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV.
Podmaniczky Gyógyszertár, Budapest, VI.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

Patkányreticulocyta-reactio emberi vizelettel.

Irta: *Bálint Gyula dr.*

A vészes vérszegénység kórismézésében az „intrinsic factor" kimutatására szolgáló biologiai eljárások eddigelé szélesebben nem terjedtek el.

Castle, majd *Reimann* és *Weil* eljárása, valamint *Decastello* kisérletei kezeletlen vészes vérszegénységben szenvedő betegek jelenlétéhez volt kötve, ami tekintve azt, hogy részint ilyen beteg még nagyforgalmú intézetben is ma már meglehetősen ritka, részint pedig, mivel a kimutatáshoz emberi „test"-objectum szükséges, diagsosticus célra nem alkalmas.

Vaughan, Muller és *Zetzler* kezdeményezte és *Wekerlin, Bruner* és *Louisville* módosította „galamb-methodus" egyrészt hosszadalmas, másrészt használhatóságát a galamb vörösvérsejtjeinek mintegy 97%-ában jelenlevő reticularis anyag korlátozza.

A *Singer* által kezdeményezett patkánykisérletek nagy haladást jelentettek az eljárás egyszerűsítése terén, ezt nagy irodalma is bizonyítja, azonban végrehajtását a szükséges gyomornedv szerzése neheziti meg.

A biochemiai uton kisérleti állatok nélkül történő meghatározás, melyet *Lasch* dolgozott ki, viszont bonyolult és hosszadalmas.

Célunk volt olyan eljárást kidolgozni, melyhez a szükséges kisérleti állat könnyen megszerezhető, elvégzése gyors és egyszerű, eredményei megbízhatóak.

Ismeretes *Castle, Reimann* és *Weil* vizsgálatai alapján, hogy az extrinsic factor in vivo, vagy in vitro megfelelő hőmérsékleten és pH mellett az intrinsic factor hatására hőálló antiperniciosás principiummá alakul át, mely felszívódásra és hatásfejtésre kerül. A felszívódott anyag jórésze a májban halmozódik fel. Hogy az antianaemiás anyag a hatását a csontvelőre kifejthesse, a vérkeringésbe kell kerülnie, ezért jelenléte a vérben és más szervekben kimutatható. Jelenlétét a vérben bizonyítja egyrészt a szerzők azon észlelése, hogy vérátömlesztéssel anaemia perniciosásokon jó gyógyító hatáts lehet elérni, másrészt *Zypkin* hasonló észlelése a vér peroralis adása után. *Hitzenberger* kimutatta, hogy szárított és porított tüdő hasonlóan hat, mint a poritott gyomor. *Whiple* és munkatársai bebizonyították, hogy a veseszövet is májhoz hasonló hatást tud kifejteni.

Ezek alapján nyilvánvalónak látszott, hogy a keringő vérben és a veseszövetben lévő antianaemiás anyag egyrészét a vese kiválasztja. Valóban *Wakerlin, Bruner* és *Louisville* vizelettel oltott galambokon a reticulocytaszám növekedését észlelték és megállapították, hogy a vizeletben lévő és antianaemiásan ható anyag valószinüleg a májanyaggal azonos. *Decastello* egészséges ember vizeletének naponkinti rectalis nyujtásával anaemia perniciosásokon reticulocytakrisist és ezt követően a vérkép és az általános állapot javulását észlelte.

Célunk volt ezek alapján megállapítani azt, vajjon egészséges emberi vizeletet fehér patkányoknak bőr alá, vagy izomzatba befecskendezve lehet-e a reticulocytaszámukban értékelhető szaporodást előidézni és ehhez mennyi vizelet szükséges egyrészt, s hogy másrészt anaemia perniciósások vizelete ugyanezen mennyiségben és ugyanazon idő alatt fejt-e ki hatást, vagy az anaemia perniciósások gyomornedve befecskendezésével egyező reactiót szolgáltat-e.

A vizsgálat céljaira 100—180 g-os fehér, laboratoriumi patkányokat alkalmaztunk, melyek a kisérlet tartama alatt a *Singer* ajánlotta tejes-kenyér táplálékot kapták. A vizsgálathoz szükséges vért a patkányok farkán ejtett sebzés útján kaptuk. A vitalfestés céljára 1%-os niluskéksulphatot használtunk nedves kikenés formájában.

Mielőtt tulajdonképeni vizsgálatainkhoz hozzáfogtunk volna, a patkányok átlagos reticulocytaszámának százalékos meghatározását végeztük el, melyet általában 1.5—6% között találtunk. Azokat a patkányokat, melyek ennél nagyobb reticulocyta-százalékot mutattak, vagy a patkányokon gyakran előforduló spontan reticulocytakrisis állapotában voltak, kicseréltük. A vizsgálatainkhoz felhasznált mintegy ötven patkány reticulocyta értékeinek vizsgálatakor azt találtuk, hogy az 1.5—6% között ingadozó reticulocytaértékek tejes-kenyér táplálékon jelentékenyen a többhetes vizsgálati szakasz alatt sem változtak meg. Spontankrisis (13%) a megfigyelés alatt csak egyszer fordult elő.

Vizsgálataink következő részében egészséges ember vizeletéből fecskendeztünk *egy izben* az állatok bőre alá, vagy izomzatába. 0.1 ccm-el kezdtük vizsgálatainkat. Sok állaton történt kisérlezetés után megállapítottuk, hogy legmegfelelőbb, ha 4.5 és 5.0 ccm vizeletet fecskendezünk állatba 100 g testsúlyra viszonyítva. Ezt a mennyiséget ártalom nélkül tűrik és jól kifejezett reticulocytakrisist lehet vele előidézni. A vizsgálandó egyén vizelétét reggel, éhgyomorra sterilen vettük és 4.5—5.0 ccm vizeletet 100 g-ra viszonyítva párhuzamosan két-két olyan patkányba fecskendeztük be, melyek reticulocyta-százalékát már az előző két napon meghatároztuk. Ezután naponként meghatároztuk a reticulocyták számát egészen a krisis bekövetkeztéig.

Gyomornedvvel oltott paktányok.

A vizsgált egyén	Patkány sulya gr-ban	Adott gyomornedv menny.	Reticulocyta % 1 napon	2 napon	3 napon	4 napon	5 napon	6 napon	
A. perniciosa.	130	6 ccm	4.5	4.3	3.0	4.2	4.1	3.2	neg.
Egészséges	165	6 „	3.4	2.8	4.0	5.3	6.8	12.0	pos.
Egészséges	120	8 „	2.0	3.4	11.0	12.0	14.0	—	pos.

Egészséges emberi vizelettel oltott patkányok:

Patkány suja	Vizelet 100 gr-ra ccm-ben	Adott vizelet	Reticulocita % 1 napon	2 napon	3 napon	4 napon	5 napon	6 napon	
100 g.	4.5	4.5	1.6	2.0	2.0	1.8	*8.3*	6.0	pos.
105 g.	5.0	5.0	3.8	3.0	3.1	3.4	5.8	*10.3*	pos.
100 g.	5.0	5.0	3.3	2.8	3.6	4.2	5.0	*9.1*	pos.
100 g.	5.0	6.5	2.7	1.8	2.1	2.9	3.8	*8.2*	pos.

Vizsgálatainkból megállapítható, hogy a krisis általában az oltást követő öt-hatodik napon következett be. Az emelkedés minden egyes esetben meghaladta az oltást megelőző két napi legnagyobb érték két-négyszeresét. Az emelkedés oly fokot, mint azt az egypár esetben elvégzett egészséges egyén gyomornedvével történt oltásnál észleltük, természetesen nem ért el, azonban a positivitás minden esetben kétség nélkül megállapítható volt.

A továbbiakban két kezeletlen anaemia perniciósás beteg és két egészséges ember vizeletével oltottunk a

megállapított mennyiségben patkányokat. Az eredmények a következők voltak:

	Patkány sulya	Vizelet ccm 100 gr-ra	Adott vizelet ccm	Reticulocyta % 1	2	3	4	5	6 napon	
Egészséges	150	4.5	6.2	2.1	2.2	2.4	2.6	3.1	7.3	pos.
vizelet	130	5.0	6.5	2.7	1.8	2.1	2.9	3.8	8.2	pos.
Perniciósás	100	4.5	4.5	2.1	1.5	3.1	2.4	3.8	2.6	neg.
vizelet	170	5.0	8.5	3.4	4.1	3.9	4.1	4.3	3.2	neg.

	Patkány sulya	Vizelet ccm 100 gr-ra	Adott vizelet ccm	Reticulocyta % 1	2	3	4	5	6 napon	
Egészséges	155	4.5	6.8	2.6	3.2	4.7	7.9	6.5	2.6	pos.
vizelet	145	5.0	7.1	2.0	3.6	5.4	5.5	5.9	6.5	pos.
Perniciósás	145	4.5	6.3	1.7	3.0	2.6	2.4	2.6	2.3	neg.
vizelet	156	5.0	8.0	2.7	2.3	2.9	2.2	1.8	2.6	neg.

Ezen adatokból kiviláglik, hogy míg az egészséges emberi vizelettel oltott patkányok reticulocytaszázaléka a négy-hatodik napon a kindulási értékek több, mint háromszorosára növekedett, addig az anaemia perniciósás vizelettel kezeltek reticulocytaszámában a kiindulási értékek változást nem szenvedtek.

Összefoglalva vizsgálatainkat azt mondhatjuk, hogy egészséges ember vizelete egyszeri 4.5 és 5.0 ccm mennyiségben 100 g.-ra viszonyítva patkányok bőre alá, vagy izomzatába fecskendezve a négy-hatodik napon a reticulocytaszám növekedését okozza. A kezeletlen anaemia perniciósások vizeletével oltott állatokon a reticulocytakrisis elmarad. Ezen eljárás tehát, amennyiben ezt a további vizsgálatok is megerősítik, az anaemia perniciosa sokszor nehéz diagnosisában segédeszközül alkalmazható.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A febris undulans kezelése sulfanilamiddal. *Stern* és *Blake.* (J. Am. Med. Ass. 1938. 110. 1550.)

A szerzők három Bang-kór eset kórtörténetét közlik, amelyekben sulfanilamid therapiával promt gyógyulást értek el. Mindhárom esetben a kórtörténetek jellemzőek voltak és a diagnosist az agglutinatiós vizsgálat is megerősítette. A sulfanilamid kezelés a betegség 2—3 hónapjában történt. Az adagolás módja a következő volt: első nap 2.5 g., második nap: 4 g., harmadik nap: 5 g., negyedik nap: 2.5 g., ötödik—tizenkettedik nap: napi 1.3 g. sulfanilamidot nyújtottak per os 3—4 adagban. Az eredmény már a therapia harmadik napján mutatkozott. A láz hirtelen csökkent és a betegek a következő hét végére oly nagymérvű javulást mutattak, hogy rendes foglalkozásukat végezhették. Recidiva egy esetben sem jelentkezett.

Rauss Károly dr.

Sebészet.

Tetanus kezelés avertinnarkosissal. *Obladen.* (Chirurg. 1938. 5. f.)

Szerző a heidelbergi klinikán, az 1922—37. években kezelt 34 tetanus eset gyógyeredményeiről számol be. A 34 betegnek a fele avertin kezelésben is részesült. Az összes betegek halálozása 55.9%; az avertin nélkül kezelteken az 47%-ot, az avertin narkosisban részesülteken pedig 64.7%-ot tett ki. Ennek a kezelésnek eredménye tehát nem volt. Felvetődik a kérdés: érdemes-e tovább is alkalmazni az avertin narkosist? Megszokását csak egy esetben észlelték; egyes esetekben a tüdőgyulladás kifejlődését is elősegítheti. Az esetek túlnyomó részében azonban nem észlelték ártalmas hatását. Kezelés előnyei: hetekig tartó nyugalom, a peroralis táplálás lehetősége. A szerző ártalmas hatásának csökkentésére ajánlja az egyidejű pernocton adagolást, valamint a magnesium sulforicum és curarakezelést.

Rosta Lajos dr.

A gázphlegmone kezelése széndioxyddal. *Hugel.* (Zbl. f. Chir. 1938. 1.)

A. Borchard a fertőzött szöveteket bőrmetszéssel és felületes fascia bemetszésekkel, majd hydrogensuperoxydos tamponokkal kezeli. A serumkezelés mellett ajánlja, hogy az 5—6 cm távolságban végzett bemetszéseken át a szövetekbe szénmonoxydot árâmoltassunk vattarétegen átszürve. Ez az eljárás szerinte hasznos és még reménytelen esetekben is értékes gyógyeszköz.

Ittzés Jenő dr.

Szülészet.

Adalék az eklampsia kezeléséhez. *C. Meyboom.* (Münch. Med. Wschr. 1937. 41.)

Szerző egy idős I. P. terhességi és gyermekágyi eklampsiájának transfusióval történő sikeres kezeléséről számol be.

Terhességének IX. hónapjában lévő 33 éves I. P-án testszerte oedemák, a IX. hónap végén pedig fejfájás- szédülés és hányás után typikus eklampsiás roham jelentkezik. A comában lévő beteget intézetbe szállítják, ahol abdominalis császármetszést végeznek a megismétlődő súlyos roham után. Az élő koraszülött a következő napon debilitas vitae congenitaban meghal. Stroganoff-kúra, megismételt 500 ccm tutofusin infusio, valamint 200 ccm vérlebocsátás ellenére a beteg állapota nem javult. Pár ccm-nyi katheter útján nyert vizelet főzési próbára majdnem teljesen megalvadt, vérnyomás 190—110 Hgmm., pulsus percenként 110. A beteg teljesen eltompult, nem reagál, arca duzzadt, cyanotikus, hörgő légzésű. Másnap újabb roham jelentkezik, ekkor 200 ccm. tutofusin infusiót alkalmaznak és 400 ccm. vért transfundálnak. Erre a beteg hidegrázással és 40 C°-os lázzal reagál. Pár óra mulva a hőmérséklet 37 C°-ra esik, a coma enyhül. Következő nap még két rövid ideig tartó roham következik, amelyek azonban enyhe lefolyásúak. Diuresis bekövetkeztével, valamint az albuminuria gyors, a hypertensio lassubb csökkenésével a beteg sensoriuma teljesen feltisztul és 2 hét mulva gyógyultan távozik.

Svájcban és Franciaországban is jó eredményeket láttak transfusiók után.

Hebelt Sándor dr.

Új urinal nők számára. *Föderl.* Wien. (Zbl. f. gyn. 1937. 1854.)

Röviden ismertet egy új eszközt, amely ureter és vesicovaginalis fistulák conservativ kezelésekor használható jó eredménnyel. Az eszköz egy üvegtányérból áll, amelynek vége a vizeletgyűjtésre szolgáló gummiedényre csatolható. Az üvegtányér vaselinnal bekenése után a hüvelybe kerül olyan mélyre, hogy azt a levator szárnyak tartsák fixálva. Az üvegcsésze jól zár és járás-, ülés közben is kényelmesen viselhető. Különböző tág hüvelyek számára az üvegcsészék különböző nagyságban készülnek.

Pallos Károly dr.

A méh eltávolításának hatása a petefészek és az agyfüggelék elülsőlebeny működésére. *W. Krane.* (Arch. Gyn. 1937. 164. 1.)

A legutóbbi két évtized hormonkutatásai tisztázzák azt az összefüggést, amely az agyfüggelék elülső lebenyének és a petefészeknek hormontermelése, valamint a méhnyálkahártya időszakos elváltozásai között fennáll. Kérdés, hogy ezen összefüggés utolsó láncszemének, a méhnek. kiesése milyen visszahatást gyakorolhat a méhnyálkahártya cyklikus elváltozásait szabályozó belső elválasztású mirigyek működésére? Szerző e kérdés eldöntése céljából rendszeresen végzett mennyileges prolan és tüszőhormonmeghatározásokat olyan nők vizeletében, kiknek méhét az ivarérett korban műtétileg eltávolították. Ismerteti a tüszőhormonmeghatározásra kidolgozott eljárását, mely az eddig általában használt benzolos kivonásnál egyszerűbb, gyorsabb és pontosabb. Összesen 20 esetben végezte el a prolan és a tüszőhormon sorozatos mennyiségi meghatározását hónapokon és éveken keresztül. Vizsgálatainak eredményeképen

megállapítja, hogy ivarérett korban lévő nő prolankiválasztása a méh eltávolítása után nem emelkedik, a tüszőhormonkiválasztás pedig még évekkel a műtét után is csaknem változatlan; mindezek alapján megállapítja, hogy a petefészek hormontermelő tevékenységét a méhkiirtás nem csökkenti s castratiós tünetek ezért még évekkel a műtét után sem jelentkeznek. A vizelettel kiválasztott tüszőhormonmennyiség műtét után is ugyanolyan cyklikus ingadozásokat mutat, mint annak előtte. A tüszőhormonkiválasztás legnagyobb értékei szabályos időközökben jelentkeznek a műtét után is s ezen időközök tartama megfelel az illető nő menstruatiós cyklusának, ez annak a jele, hogy a méh nem változtatja meg a tüszőérési folyamat időbeli szabályosságát.

ifj. Mauks Károly dr.

Szokatlanul súlyos szülési sérülés gyógyítása. *G. A. Wagner.* Berlin. (Zbl. f. Gyn. 1937. 31.)

Szerző egy 20 éves I. P. elhúzódó szülése után végzett fogóműtét következményeképen beálló súlyos sérülést ismertet. A 4290 g. súlyú halvaszületett magzat szülése után 2 héttel orvosa a beteget hólyagsipollyal küldte a Wagner-klinikára. Itt fejlődött ki az a nagyfokú szövetelhalás, melyet a szerző shematikus ábrákkal ismertet. A trauma kapcsán elhalt a hólyag egész alapja, az egész cervix uteri, a mellső és hátsó hüvelyfal úgy, hogy a hólyag és a rectum közös cloacát képezett. *Wagner* az esetet három ülésben operálta. Az első műtét kapcsán a gátfistulát zárta el, majd gátplasticát és sphinctervarratot végzett. Harmadik ülésben mindkét uretert Coffey-Mayo-szerint a bélbe ültette be, miután visszatért a betegnek a szülés óta kimaradt menstruatiója. Mint utolsó phasis a hüvelybe prolabált húgyhólyagnak a hasfalhoz kiszegése következett.

Pallos Károly dr.

Gyermekgyógyászat.

Az enkephalitis lethargica befolyása a gyermekek intelligentiájára. *Brown, Jenkins* és *Cisler.* (Amer. Journ. Dis. Childr. 1938. 55. 304.)

Az enkephalitis lethargica 108 esetben végzett vizsgálataik szerint az intelligentia csökkenésével jár, éspedig nagyobb mértékben azokban a gyermekekben, akik 10 éves koruk előtt estek át a betegségen, de függetlenül attól, hogy a vizsgáltakon a parkinsonismus tünetei mutatkoztak-e vagy sem.

Lénárt György dr.

Klinikai megfigyelések sporadicus haemophylia egy esetében. *Robert Dänzer.* (Jb. f. Khk. 1937. 150.)

5 éves, haemophyliában szenvedő fiugyermekről, akin a betegség örökletességét kimutatni nem lehetett (sporadicus haemophilia) közel egy évi észlelés alatt szerzett tapasztalatairól számolt be. A megbetegedés bizonyos időközökben sajátos chrisisszerű exacerbatiókat mutatott gyakran ismétlődő hatalmas vérömlenyek formájában. A vérzés ilyenkor a legkisebb traumára (érintés), sőt spontan keletkezett. A vérlelet a megszokott képet mutatta, csupán a thrombocyták resistentiája volt fokozott s egyben az alvadási folyamatban insufficiensnek bizonyultak. A plasma fibrinogen- és a serum thrombintartalma csökkent volt. A vörösvérsejtsüllyedés gyorsult. Serum Ca- és P. normalis, chloridok emelkedettek. Érdekes s egyelőre magyarázatnélkül maradó a sajátos ingadozás a klinikumban s a vérleletekben. Sorozatos vizsgálataikban eredményeik a vérzéses időkben a normalishoz közelálló, míg a latentiaidőben a kóros értékeket mutatták. A közben kiállott scarlat után az állapot nagymértékben javult, amit az anaphylactoid áthangolódásnak tulajdonít.

Flesch István dr

Intravenás cseppinfusio szőlőcukoroldattal. *Epstein—Saxl.* (Jb. f. Khk. 149. k. 5—6 f.)

Szerző két esetet közöl. Egy négy hónapos toxikus és egy 3 hónapos pylorusspasmusos csecsemőn alkalmazta az intravenás cseppinfusiót, mindkettőn ugyanazon eredménynyel A beavatkozást 6%-os szőlőcukoroldattal kezdte. Az első félórában látható javulás, a kutacs már nem olyan beesett, azonban két-három óra mulva a csecsemő soporosus lesz, szívhangok halkak, igen szaporák, féloldali spastikus rángások jelentkeznek, a csecsemő moribund benyomást kelt. Infusiós folyadékba ⅔ arányban Ringer oldatot tesz s csak ⅓ arányban 6%-os szőlőcukrot. Már két óra mulva látható a javulás. Hatalmas diuresis indul meg, a csecsemő élénkebb, nézeget, görcsök megszünnek.

Szerző a tisztán szőlőcukorral végzett infusió hatását Kerpel-Fronius theoriájával magyarázza: az izotoniás dextrose oldat a vérserumban ionkicserélődést indít meg, a Na és Cl ion concentratio erősen süllyed, egyszersmind a vér besürüsödik. A hypotoniássá vált extracellularis folyadék volumene csökken, s az intracellularis folyadék volumene nő. A mesterségesen előidézett hypochloraemia és a következményes veseblock magyarázzák, szerző szerint, a tisztán szőlőcukoral végzett infusio shokszerű hatását.

Mendelényi dr.

Egészséges koraszülöttek, újszülöttek és csecsemők elektrokardiogrammja. *Erich Engel.* (Ztschr. f. Khk. 59. k. 3. f.).

A szerző 127 egészséges csecsemőt vizsgált, ezek közül 8 koraszülött, 44 ujszülött és 75 idősebb csecsemő volt. Vizsgálatainak eredményét az eddigi irodalmi adatokkal veti egybe és helyenkint azoknak módosítását adja.

Az összes időbeli lefolyást rövidebbnek találja, mint azt felnőtteken észlelni lehet, melyet egészen a 10. hónapig azonosnak talált. A kamrai complexumok, a jobbszívtúlsúlyon kívül, melyet a Schlomka-féle formulával is igazol, különösebbet nem mutatnak.

A P hullámok általában kisebbek, mint felnőtteken. A Q hullámok, általában idősebb csecsemőkön, főleg a harmadik levezetésben nagyon mélyek, melyet a szív harántfekvésével magyaráz. Az S—T szakasz újszülötteken mélyen helyezkedik el, melyet az 5. hó után már nem lehet észlelni. A T hullám újszülötteken egészen ellapult emelkedésnek felel meg és igen gyakran az isoelektromos vonallal esik egybe. Később a magasság emelkedik T_3-at kivéve, mely nagyon gyakran negativ elhelyezkedésű. Respiratoricus arrhythmia és U hullám csupán újszülötteken volt észlelhető. Extrasystolés arrhythmiát is csak 3 esetben tudott registrálni, két esetben normalis újszülöttön a szülés után 24 órával és egy 3 hetes koraszülöttön.

A koraszülöttek ekg-ja majd semmiben sem különbözik az ujszülöttekétől és így specialis koraszülött ekg-ról nem is szólhatunk. Egy egypetéjű ikerpár ekg lelete teljesen azonos volt.

Wirth József dr.

Bőrgyógyászat.

Új utak és módok a lymphogranuloma inguinale kezelésére. *J. Gjuric.* (Münch. Med. Wschr. 1938. 9.)

Felsorolja az eddig használatos gyógyszereket és gyógymódokat, megjegyezve, hogy ezek meglehetősen fogyatékosak voltak. Legújabban kisérletezett anthiomalinnal (Specia) és fuadinnal (Bayer) Úgy tapasztalta, hogy ezek az antimontartalmú szerek combinálva prontosil albummal, ha lassan is, de jó gyógyeredményeket adnak. 5 napon át 5 tabletta prontosilt ad, majd 3 napon 4 tablettát, ezután 3—5 napos szüneteket tart. A fuadinból 3—10 injectiót ad simultan. Szünet után ismét folytatja a prontosil-adagolást, mindaddig, amíg összesen 16—20 g-t nem adott. 9 betegének kórtörténetét ismerteti. A kezelést a betegek általában jól tűrik és kezelés alatt is munkaképesek. A beszüremkedések gyorsan beolvadnak, majd felszivódnak, sebészi beavatkozás rendesen felesleges.

Schlammadinger József dr.

Az uliron-kérdéshez. *H. E. Euler,* Hamburg-Barmbeck. (Münch. Med. Wschr. 1938. 17.)

A barmbecki bőrklinikán 6 hónap óta végeznek meglehetősen nagy beteganyagon uliron-kezelést. — Felsorolja azokat az ártalmakat, amelyeket ulironnal és rokon származékainak adagolása után eddig észleltek. Egyik betege rövid kórtörténetét közli, akin halálos kimenetelt figyelt meg. Egy puella publica-t más betegekhez hasonlóan 36 g.-os uliron-kezelésben részesitettek. A beteg az első adagolás alkalmával 5 napon keresztül 4x2 tabletta uliront kapott; 3 napos pihenő után ismét napi 8 tablettát kezdtek adagolni, azzal a célzattal, hogy ezt négy napig folytatják. A második adagolás (lökés) első napján a beteg enyhe alhasi fájdalmakról panaszkodott, hőmérséklet átmenetileg 37.9 C°. Az utolsó napon mestruatiója kezdődött, de ugyanakkor fájdalmról és égésekről panaszkodott, melyeket szemében érzett. Conjunctivái ekkor már gyulladtak, vörösek voltak. Másnap reggel a száj nyálkahártyáján is hólyagcsák mutatkoztak, majd 39 C°-os láz kiséretében nagy foltos kiüté-

sek jelentkeztek. Egynéhány óra elmultával számos, folyadékkal telt hólyagcsát láttak, melyek az egész arcot és az összes végtagokat támadták meg. A következő napon 41 C°-os láz, a szájüregben vastag, fehér álhártyás felrakódás, a légzés nehezített. Az ötödik napon a fehérvérsejtek száma 4.200, a 6-ik napon 3.800, a 9-ik napon az általános állapot hirtelen romlását halál követi. Szerző a tulajdonképeni halálokot a kiterjedt bőrártalomban keresi. Hogy ebben az esetben túlérzékenységi reactióval állunk-e szemben, azt ez egyedülálló esetből nem döntheti el. Ajánlja, hogy az uliron adagolásában a 15—20 g.-ot ne lépjük túl. Kéri, hogy a készítményt csak vény ellenében legyen szabad kiszolgáltatni.

Preininger Tamás dr.

A prostatahypertrophia hormonkezeléséhez. *Pollak*, Prága. (Med. Klinik. 1938. 4.)

A kereskedelemben ezidőszerint kapható mindkét synthetikus herehormon praeparatum a „perandren" (Ciba) és a „testoviron" (Schering—Kahlbaum) ampullánként 5 mg. testosteronpropionatot tartalmaz, ami kb. 250 egységnek felel meg. Intramuscularisan adagolandó, helyi izgalmi jelenséget sohasem észleltek. A kúra kezdetén 4—6 napig naponta 1 injectiót kap a beteg, később 4—6 injectiót 3 napos időközökben. 15 prostatahypertrophiában szenvedő és herehormon praeparatummal kezelt betegéről számol be, kik mind az első stadiumban voltak, azaz igen csekély, vagy semmi residualis vizeletet nem találtak bennük. A 15 beteg közül 13 ezen kezelésre gyógyult, illetőleg panaszmentes lett, csupán két esetben kellett a prostatektomiát elvégezni. E két betegének rövid kórtörténetét és 13 betegének táblázatát közli, kik közül 1., 4. és 6.-ik számún a kezelésre a katheterezést el lehetett hagyni. Egy esetben rövid ideig tartó visszaesés után ismét kihagyták a katheterezést. Érdekes a 7. számú beteg esetében a vérnyomás erős csökkenése, mit szerző az alkalmazott adag kicsiny voltával magyaráz. A táblázatból kiolvasható, hogy a testosteronpropionat concentratiója csekély. — Szerző szerint, hogy a szert a gyakorlatba bevezethessük, szükséges a gyógyszer árának csökkentése mellett a szer concentratióját fokozni. Ezirányú hajlandóság — szerző tudomása szerint — a gyárak vezetőségében megvan. Feltünő volt az injectiókra bekövetkező gyors hatás, szerző várakozásával szemben, a betegek már a 3., 6. injectió után jelentős javulásról számoltak be. Suggestiv befolyásolásról már csak azért sem lehet szó, mert szerző kb. 3—4 hetes gyógyulási időtartamot jelentett be a betegeknek előre. Erotisáló hatást az injectiók kapcsán nem észlelt. A hatás tartamáról véleményt a szerző nem tud mondani, további vizsgálatokat tart szükségesnek.

Fülöp Gyula dr.

Urologia.

Gonorrhoeás vulvovaginitis kezelése sulfanilamiddal. *Hoffman, Schneider, Blatt, Herrold.* (J. Amer. Med Ass. 1938. 110. 1541.)

Sulfanilamid használata előtt a szerzők tapasztalata szerint átlagban 4—5 hónap volt a vulvovaginitis kezelési ideje. Az ismertetett 25 esetben a kezelési idő sulfanilamid használata mellett lényegesen megrövidült: 7 esetben 17, 9 ízben 42 nap volt a gyógyulás idejének átlaga, ennél hosszabb csak a fennmaradó 9 esetben volt. A gyermekek kezelése 21 napig tartó periódusokból állott, amelyeket 1 heti kezelési szünet követett. A gyógyulás kritériuma az volt, hogy a klinikai tünetek elmulása mellett gonococcus sem volt kimutatható az egy hetes kezelési szünet végén. Positiv lelet esetén a kezelés a vázolt shema szerint folytatódott. Maximalisan 4 kezelési periódusra volt szükség. A sulfanilamid adagolása a következő volt: 1. és 2. nap 0.10 g; 3—7 nap: 0.04 g; 8—21 nap: 0.025 g. testúlykilogrammonként napi 3—4 adagban. A gyógyszeradagolást követő melléktünetek jelentéktelenek voltak.

Rauss Károly dr.

A sulfanilamid hatás lényege gonorrhoeás urethritisben. *Farell, Lyman, Youman.* (J. Am. Med. Ass. 1938. 110. 1176.)

A sulfanilamid-therapia irodalmát áttanulmányozva feltünik, hogy a gyógyszerrel kezelt betegek 50—90%-ban meggyógyultak helyi kezelés nélkül és, hogy kivétel nélkül mentesültek a pars posterior gonorrhoeájától és a szövődményektől. A szerzők a kedvező hatás mechanismusának kivizsgálására kutyákon végeztek vizsgálatokat. A kutyákat napokon keresztül testsúlykilogrammonként 0.18 g. per os bevitt sulfanilamiddal kezelték, majd operativ úton prostataváladékot és vizeletet gyüjtöttek tőlük. A vér, prostataváladék és vizelet sulfanilamid tartalmát meghatározva kiderült, hogy mindhárom anyagban fellelhető a gyógyszer. Ezután a prostataváladék baktericid hatását vizsgálták meg coli bacillussal és streptococcussal szemben. A vizsgálatok azt mutatták, hogy normal prostataváladékhoz hasonlítva a sulfanilamiddal kezelt kutyákból származó prostataváladék sokkal kifejezettebb baktericidiával rendelkezett. Kutyákban intravenásan egyszerre bevitt 1.5 g. sulfanilamiddal a vázolt eredményekkel azonos értékeket kaptak. A szerzők a vizsgálatokból arra következtettek, hogy a sulfanilamid hatása az urogenitalis tractusban a kórokozóra közvetlenül kifejtett baktericidiának a következménye.

Rauss Károly dr.

Elméleti tudományok.

A gonococcus kitenyésztésének jelentősége a gonorrhoeás szövődményekben. *Reitzel* és *Kohl.* (J. Amer. Med. Ass. 1938. 110. 1095.)

A gonorrhoeás szövődmények diagnosisát megnehezíti az a körülmény, hogy azok gyakran az acut megbetegedés lezajlása után hosszabb idő mulva jelentkeznek, amikor az orvos megfelelő anamnesis hiányában nem gondolhat gonorrhoeás fertőzésre, mint alapokra. A szerzők 5 év alatt szövődményes esetekben véráramból, synoviából, bőrlaesióból, peritonealis folyadékból és különböző localisatiójú abscessusokból tenyésztettek ki gonococcust, nem ritkán olyankor, amikor az anamnesis nem indikálta a régebben lefolyt gonorrhoeás fertőzést. A szerzők két gonorrhoeás arthritis kórtörténetét közlik, amelyek egyikében sem volt adat régebbi fertőzésre. Az egyik esetben a lázas mozgalom tetőfoka a vérből, a másikban a beteg izület punctatumából kitenyésztett gonococcus utalt a helyes diagnosisra. Mindkét esetben a beteg izületeknek megfelelő bőrterületen pustulás, vagy exanthemás bőrmanifestatio jelentkezett. Ilyen eruptiót észleltek a szerzők egy endokarditis esetében is, amelyben úgy a vérből, mint a bőrlaesiókból sikerült a gonococcust kitenyészteni. Ebben az esetben 20 évvel ezelőtt folyt le acut gonoccous urethritis.

A szerzők a továbbiakban a bakteriologiai technikával és az indentificálással foglalkoznak. Vér és punctatumok kitenyésztéséhez steril agydarabkákat tartalmazó hormon-bouillont használtak, amely 30—50% steril ascites folyadékot tartalmazott. Vérből 8—10 ccm-t tettek az előzőleg 37 C°-ra felmelegített táptalajba, de jó eredményt értek el citratos vérrel is, ha a vérvétel és a beoltás között nem telt el több, mint 4 óra. A növekedés 36.5 C°-os thermostatban 4—5 nap alatt következett be. Egyéb, előreláthatón szennyezett váladékot véragar lemezre oltottak és *Mc. Leod* szerint 24 óráig 8% széndyoxidot tartalmazó közegben, majd újabb 24 óráig levegőn tenyésztettek. A tenyészetet oxydase reactióval identificálták.

A reactio kivitele a következő: a tenyészetet elboritják 1%-os vizes tetramethyl-paraphenylendiamin-hydrochlorid oldattal. A kezelés után még harminc percig életbenmaradó és így továbbtenyészthető gonococcustelepek a kezelésre bíborvörös szint vesznek fel. A szerzők a kitenyésztett törzseket szénhydrat fermentatio és agglutinatio segítségével is identificálták.

Rauss Károly dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Synopsis der inneren Medizin. *H. L. Tidy.* (Kiadta és átdolgozta *E. Schwarz* professor. II. kiadás. 1938. XXVIII., 1412 lap. Weidmann u. Co. Bern. Ára 88.40 P.)

A 2 félkötetben megjelent munka, melyben *E. Schwarz* főkép a gyógyszeres therapiával foglalkozó részeket bővítette és átdolgozta, Angliában 10 esztendő alatt 6 kiadást és 4 újranyomást ért el. Hogy az orvosok tág körében rövid idő alatt ennyire elterjedt, bizonyítéka e könyv kitünő; használhatóságának. Nagy elterjedését elsősorban két kiváló tulajdonságának köszönheti: egyrészt e munkában mindenütt a gyakorló orvos szempontja érvényesül, másfelől pedig nem kisebb előnye az is, hogy a szerző a lehető legrövidebb alakban ismerteti tárgyát. A szöveg áttekinthetőségét emeli, valamely adatnak, kérdésnek megtalálását nagymértékben megkönnyíti, hogy a szöveg sok rövid bekezdésre van felbontva, melynek címe gyorsan tájékoztat. Ennyi adat és megfigyelés, ennyi az orvosi gyakorlatban

fontos kérdésnek ismertetése ilyen aránylag szűk keretben és ilyen rövid, de mindenkor világos szöveggel, majdnem egyedülállóvá teszi ezt a munkát. A theoretikus fejtegetések egészen háttérbe szorulnak, néha talán még annál is inkább, mint ami előnyös volna a tények összekapcsolására, a jelenségeknek magyarázatára. A szerző a tropusi betegségekkel is elég részletesen foglalkozik, viszont némely a gyakorlatban fontos bajnak tárgyalása túlságosan rövid, így pl. az aortitisé, melynek alig egy fél oldal jut az arteriosklerosis fejezetében.

De ilyen apró hiányoktól eltekintve, ez a munka mely se nem tankönyv, se nem kézikönyv, hanem valóban synopsis, belorvostani ismereteinknek összefoglaló áttekintése, méltán számíthat az általános gyakorlatot folytató orvosnak, de bármely orvosi szakma művelőjének is érdeklődésére, mert megbízható tájékoztatást ad a gyorsan fejlődő belorvostannak, majdnem minden kérdéséről.

Herzog prof.

A thrombosis therapiája. *Ernst Friedländer.* (Deuticke Verlag, 1938. Ára. 5.40 RM.)

A szerző a wieni klinikák legkülönbözőbb osztályairól összegyüjtött thrombosisos betegek gyógyítása révén szerzett tapasztalatairól számol be. A *Heinrich Fischer* bevezette compressiós kötések alkalmazását széles körben akarta kipróbálni. A könyv gyakorlati jellege ellenére is első fejezetében, rövid kórbonctani vázlatát adja a thrombosis képződésnek, mindenütt utalva a legmodernebb felfogásra is. Részletesen leírja a betegvizsgálat specialis módszereit, különös tekintettel az ágybanfekvő és fokozottabb kiméletet igénylő esetekre. A diagnostikus részben kitér a venatágulatok keringési viszonyaira, a subcutan thrombosis, izomrándulások, fekélyképződés, orbánc, phlegmone, nyirokérgyulladás, arthritisek, phlebitis, szövődményeinek az ismertetésére. Nem hiányoznak ebből a fejezetből a Buerger-féle betegségre valamint a phlebitis migransra vonatkozó fontosabb tudnivalók sem. A könyv súlypontja a második, illetve therapiás részen van. A compressiós kezelésnek a szerző nagy szószólója. — Az ágyban fekvő thrombosisos betegek kezelésére vonatkozóan hasznos tapasztalatai vannak. A kötések elkészítésére vonatkozó technikai utasítások olyannyira részletesek és világosak, hogy a monographiát a nemszakorvos számára is használhatóvá teszik. A piócakezelésre vonatkozó kevésbbé közismert adatok, különösen érdekesek. Az embolia prophylaxisa valamint a kórházi osztály megszervezésére vonatkozó fejezetekkel zárul az igen hasznos, világosan megírt, gyakorlati jellegű kis könyv.

Klimkó Dezső dr.

Bányászok szemrezgése. *E. Zeiss* (J. A. Barth. kiadása, 1936. Lipcse.)

Szerző a kőszénbányák mélyén végezte vizsgálatait, melyek a különböző régiókban a kőszén nyerésének technikájára, a megvilágításra a bányászok elhelyezkedésére, geologiai viszonyokra stb. vonatkoznak. A szemrezgés létrejöttében a szén *methan* tartalma játszik döntő szerepet. Felső-Sziléziában nincs methan s nystagmus sem jelentkezett; míg Westphaliában és Dél-Sziléziában — ahol a gáz kimutatható — a kórkép gyakori. Kőszénporhoz kötve kerül a szervezetben ezen idült mérgezést előidéző, zsírban oldódó anyag. E toxikus nystagmus tehát analogonja a veronal okozta, vagy a benzin és szénkéneg iparban észlelt szemrezgéseknek; a classikus megállapításoktól eltérően nem függvénye a megvilágításnak sem a felfelé irányuló tekintésnek. A nystagmus minősége a vizsgálat körülményei szerint nagymértékben változó. E polymorphysmus megnehezíti a munkaképtelenség megállapítását. Tény, hogy számuk megszaporodott mióta a szemrezgést felvették az ipari betegségek közé. Szerző végül irányelveket ad a földalatti — tehát „in situ" — végzendő eljárások követésére.

Grósz István dr.

Elektrokardiographia gyakorló orvosok számára. *Jakab László.* (160 o. 132. ábrával. Novák Rudolf kiadása. Ára: 9.50 pengő.)

Az előszó szerint a szerző célja, hogy több mint két évtizedes elektrokardiograpiai tapasztalatai alapján a gyakorló orvosok részére tanító segédeszközt adjon könyvében, hogy az ekg-t jól értelmezni és helyesen leolvasni tudják. Ezen szempontból nézve a könyvet, már a beosztás sem mondható szerencsésnek. Annyira széttagolja a célkitüzés szempontjából szorosan összetartozó részeket, hogy a tényállás folytonossága el-elakad. Noha a gyakorlati leolvasás tanítása a célja, túl sokat szentel olyan elméleti résznek, aminek jórésze még az élettani tanulmányokból ismert dolog. Viszont nagyon keveset foglalkozik jól érthető ábra kiséretében a normalis ekg változataival, noha ez rendkívül fontos volna. Több és jobb ábra kellett volna a cél elérésére. Zavarólag hat és érthetetlen, hogy az ekg-t miért nevezi egyik esetben az összehúzódás folyamán keletkező működési áramnak, máskor meg az ingerképződés és ingerületlefutás jelzőjének. Több tárgyi tévedése van, valamint az ábrák magyarázata is több helyen téves, vagy nem kielégítő, többek között pl. a 21. d. situs inversus, a 39. nem pitvari ES, helytelen a 60., 68., 69., 70., 71., 79., 88., 123., 125. kép magyarázata. Érthetetlen, miért ütemzavar a frequentiaváltozása és miért arrythmia az arhythmia. Egy oldalúságra vall, hogy ekg. képei közül csak kettő nem készült egyazon géppel, noha figyelmeztet rá, hogy az ekg. változhatik a gép szerint is. A könyv így nem felelhet meg kitűzött céljának, az ekg. alapjait, a leolvasás fontos kellékeit, a kevés és egyoldalú ábra miatt sem lehet belőle megtanulni, csak arra lehet jó, hogy aki már foglalkozott is az ekg-vel, meg szakkönyvet is lapozott, egypár újabb felvételt lát és újabb irodalmi összefoglalást talál. — Ebből a szempontból hasznos lehet a könyv. Egyik-másik ábrája sok kívánnivalót hagy maga után, noha a kiadó cég jó papiron, kifogástalan nyomással és kiállításban hozta forgalomba. Nem hallgathatom el, bármennyire szeretném is azt, hogy a könyv utolsó lapjain azon cég ekg-gép hirdetése van, amely géppel a könyv képeinek eredeti felvételei készültek. Ez a tény reklámizűvé teszi a könyvet, de egyúttal hibáit menti is.

Skrop Ferenc dr.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának május 1-i ülése.

Bemutatás:

Pintér G.: *Rheumás polyserositis utáni chylothorax és ascites chylosus.* 13 éves fiun előfordult chylothorax esetét ismerteti. A betegen két éve lezajlott rheumaticus polyserositis után három hónappal subjectiv panaszok nélkül láztalanul, ismételten rohamosan telődő mellkasi folyadékgyülemet talált, amely transsudatumnak imponált, hozzákeveredett chylussal. Emellett szól az 1013 körüli fajsúlya, a táplálléktól függő magas zsirtartalma (80-276 mg% között), 2.5 mg% körüli fehérjeérték, kevés lymphocytosis üledék, gyors telődés és bakteriummentesség. A folyadék ismételt leszívása és therapiás pneumothorax után a hasban keletkezett, a mellürihez teljesen hasonló chylosus transsudatum. Azóta 1¼ éven keresztül összesen 29 liter folyadékot pungáltak le a mellürből és 36 litert a hasürből. A gyermek ¾ év óta gyógyultnak tekinthető, jelenleg is teljesen panaszmentes. Esetében a „tejszerű-ömleny" kelektezését igyekszik úgy magyarázni, hogy itt egy lezajlott rheumás polyserositis maradványaképen a bal mellkasfélben összenövések keletkeztek, amelyek a venákat és a chylus-ereket strangulálták. (*Bossardt* és *Quincke* felosztásának 1. csoportja.) Emellett fel kell venni annak valószínűségét, hogy a ductus chyliferi apró ér-arrosiói is hozzájárultak a chylustranssudatum képződéséhez. Csak a kialakult collateralis keringés folytán jelentkezett a spontan gyógyulás.

Gagyi J.: *Tetanus-intoxicatio és antineuritises factor.* 1. A 100-ig phys. NaCl-al és 100-tól 1000-ig 2‰-es B1-vitaminnal (Betaxin) higított tetanus-toxin egerekre és tengerimalacokra mérgezőbb hatást fejtett ki, mint a 100-tól 1000-ig is phys. NaCl-al higított toxin. — 2. A phys. NaCl-al higított tetanustoxin akkor is mérgezőbb volt, ha az állatokat előzetesen kezelte B1-vitaminnal. — 3. Feltételezi, hogy a B1-vitamin a tetanus toxint az oxydatiótól védi s talán a felszívódását is elősegíti. Az sem zárható ki, hogy B1-vitamin jelenlétében az idegrendszer érzékenyebb lesz a tetanus-toxin iránt.

Előadás:

Zollschán J.: *A gonorrhoeás vérsavó complementkötésének gyakorlati jelentősége. A sulfamid-csoport chemotherapiás hatása a gonorrhoeás megbetegedésre.* A gonorrhoeás savó complementkötésének nem lehet túlzott jelentőséget tulajdonítani, mert diagnostikus értéke csekély. Manifest gonorrhoea esetében is sokszor negativ, mert a folyamat az epithélen zajlik, viszont a gyógyult gonorrhoea

esetében gyakran lehet positiv. Utóbbi helyzet abból a körülményből adódik, hogy egy még fel nem szívódott chronikusan gyulladt góc, mint pl. epididymitisből, adnexitisből visszamaradt beszűrődés is specificus antigen gyanánt fungál és tarthat fenn egy positiv reactiót. Ezen okból nem lehet a reactiót therapiás útmutatás gyanánt sem felhasználni, még kevésbbé kell arra törekednünk, hogy negativvá tegyük a positiv vért, amely positivitás a sponton gyógyulásnak egyik legfontosabb factora.

A specificus chemotherapia feltünetésével a helyzet annyiban változott, hogy most már az immunanyagok fellépése nem érdekel bennünket. A sulfamid-csoport tagjai (elektyl, uliron) nemcsak gonococcusölő anyagok, hanem képesek a szervezet gonococcusfészkeiben is kiválasztódni. Szerzőnek sikerült ezen anyagokat a prostataváladékban kimutatnia s ezzel a kitünő hatást megokolni, szemben egyéb gonococcusölő, de hatástalan chemotherapeuticummal, mint a localisan alkalmazott ezüst és a peroralis festékekkel, amelyek nem képesek a mirigyes tasakokba eljutni, illetve azokban kiválasztódni.

Dziobek L.: Ismerteti a pécsi bőrklinika adatait 1500 gonorrhoeás complementkötési reactió kapcsán. A biztosan kankós esetek csak kb. 50%-ban adtak positiv kötést. Nem specificus reactiót 10%-ban látott. Ezek gyakran positiv Wasserman-reactio mellett állottak fenn és az antisyphilises kúra elvégzése után a Wassermann-reactio negativvá válásával a GK.-r. is negativ lett. Gonococcus vaccina befecskendésével, vagy lázkeltéssel positiv reactió jelentkezett. A kankó klinikai gyógyulása után a GK.-r. még 5 év mulva is positiv volt. Mindezek alapján hangsúlyozza, hogy a GK.-r. a kankó kórjelzésében csak segédeszköz és értékelni csak más vizsgáló eljárások eredményeivel együttesen szabad.

Jobst P.: A bőrklinikán sulfamid-készítményekkel végzett kezelései alkalmával nyert tapasztalatai alapján teljes mértékben megerősíti *Zollschán dr.* jó eredményeit. — Hangsúlyozza, hogy még a genysejtmentes, tiszta nyákot és hámsejtet tartalmazó váladékban is talált gonococcust. A gyógyszert kimutatta nemcsak a vérsavóban és a vizeletben, hanem a szájnyálban és a méhnyakcsatorna váladékában is. A sulfamid csoporthoz tartozó vegyületek hatását nem tartja tisztán chemotherapeutikus hatásnak, mert hiszen akkor kivétel nélkül minden kankót meggyógyítana. Szerinte a gyógyulás előidézésében nemcsak a gyógyszernek, hanem a szervezet védekezésének is szerepe van.

vitéz Berde K.: Az előadó tételeivel általában egyetért, de egy-két pontra nézve megjegyzést kíván tenni. A gonorrhoea még legenyhébb eseteiben sem tekinthető pusztán az epithel betegségének, mert a mesenchyma mindig érintve van általa. A complementkötési reactiót csak igen gyenge diagnostikai segédeszköznek tekinti, némi értéket mégis tulajdonit neki legalább is annyiban, hogy positiv esetben a gonococcus további keresésére ösztönöz és pl. házassági engedély kiadásában óvatosságra késztet. A kankó sulfonamid kezelésére vonatkozón az objectiv álláspontot kell elfoglalni. Az irodalomban már néhány ezer észleletről tudunk s ez a kankó chemotherapiája értékének bizonyos körvonalait már eléggé felvázolja. Az eddigiekből látjuk, hogy új korszak kezdetén állunk és akkora lépést tettünk előre, mint az ezüstsók és a Janet-kezelés bevezetése óta még soha. A sulfonamid-kezelésnek feltétlen előnyei egyszerűsége, gyors és biztos hatása, az esetek több mint felében, a terhesek kezelésének megkönnyítése, s a férfi kankó szövődményeire, a metastasisokra gyakorolt gyors hatás, végül a beteg állapotán gyors könnyítés s a kezelési idő megrövidítése. — Hátrányai: nem mindig válik be, állítólag némely esetben magkacsabbá teszi a kankó lefolyását, exanthemát, neuritist, sőt halált is okozhat. A szer előnyei nagyobbak, mint fogyatékosságai, a praeparatumok tökéletesítése és a további klinikai észlelés még jobb eredményeket fog hozni. A sulfonamid-kezelést combinált helyi kezeléssel s a gyógyszerrel visszaélés megakadályozása céljából a gyógyszertári kézi eladást meg kell tiltani, azaz orvosi rendelvényhez kell kötni.

Május 23-i ülés.

Előadások:

Csermely H.: *Féloldali vaksággal kapcsolatos elváltozások a corpus gen. lat.-ban és a látókéregben.* 46 éves, 24 éve vak embernek a corpus geniculatum lateraleját mutatja be, hogy a typusos Minkowski-féle váltakozó és alternáló sorvadást talált. A látótérben sem histologiai sem sejtszámolásbeli eltérés nem volt.

Papp K.: *A kanyaró viruskutatás és a kanyaró kérdés mai állásáról.* Ma már kétségtelen, hogy a kanyaró virusbetegség. A Tunniclif-féle streptococcus viridansról szerző és *Joós Ilona dr.* kimutatták, hogy kórokozó jelentősége nincsen, hogy csak kisérő bakterium, aminek a vérben megjelenése — hasonlóan a negativvá váló tuberculinpróbához, anergiának kifejezője. A morbilli virus tenyésztését különböző szövetkulturákban többen megkisérelték, szerző továbbélő fehérvérsejtek jelenlétében kisérelte meg a szövettenyésztési eljárások igénybevételét. Öt napos, 37 C°-on történő tartás után, továbbszaporodásra képes virust lehetett kimutatni a szövetculturában, azonban a virus számbeli szaporodás nem következett be. Az „inhibitions phenomen" segítségével eszközölt antitoxin titrálás eddig eredménye szerint, a reconvalescens savó 50-es higításban, egy morbillis betegek gondozásával foglalkozó fiatal ápolónő savója 10-es higításban, s egy kanyarón régen átesett egyéntől vett savó pedig csak higitatlan állapotban adta a gátlási tünetet. Végül 3—5 hónapos csecsemőkön végzett activ immunisálási kisérleteit jelentette be.

Duzár J.: Rámutat a morbilli-anergia nagy jelentőségére és a közvetett morbilli-mortalitás még ma is magas voltára a csecsemő- és kisgyermekkorban. A korán tuberculotikusan fertőzöttek activálásán kívül főleg a rachitikusok pneumoniás halálozásában van a morbillinek igen nagy jelentősége. A passiv immunizálás széles keretekben kivihetetlen lévén, nagyjelentőségűnek látszik *Papp* főorvosnő két évtizedes kitartó munkássága, mely már eddig is biztató eredményeket mutat a kanyaró elleni activ immunizálás kidolgozásában.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának május 4-i ülése.

Bemutatások:

Mérei Gy.: *Aorta repedés esete.* 54 éves férfibeteg 3 napig tartó mellkasi opressio és epigastrialis fájdalommal kerül sebészhez, gyomorperforatio gyanujával. Miután májtompulat megtartott, a gyomorgödörben fennálló fájdalom mellett izomvédekezés és peritonealis tünet nincs, a gyomoráfurás gondolatát el kell vetni. A filiformis pulsus, balra nagyobb szív, arythmiás szívhangok, csökkent vérnyomásérték, subfebrilitás, s mellkasi opressio coronariathrombosis hasi tünetcsoportjára engednek következtetni. Elektrokardiographiás vizsgálat elvégzésére már sor nem kerül, mert a beteg, észlelése tizedik percében exitál. A boncolás az aorta aneurisma repedését deríti ki.

Böhm I.: Nyolc év előtt közölt egy aorta-repedés esetet, amely spontán szülés után a láztalan gyermekágy ötödik napján következett be. A szülőnőnek aorta insufficientiája volt; vérnyomása 150/90 Hgmm. A repedés — mely 7 cm hosszú volt — két szakaszban következett be: először az intimára és mediára szorítkozott, s ú. n. aneurysma dissecans képződött; ez 18 óra mulva szakította át az adventitiát. A halál szivtamponade következtében állt be. Az esetnek biztos magyarázatát nem sikerült adni; valószínűnek kellett tartani, hogy az aorta-fal meggyengülésében a vitium okozta károsodás mellett a gyermekágyi regressiv szövetváltozásoknak is szerepe volt. Bár a betegen végzett WaR negativ volt, számolni kellett az aorta-insufficientia lueses eredetével; emellett szólt a fiatal kor (31 éves), továbbá az a körülmény, hogy a pupillák egyenlőtlenek voltak és fényre igen renyhén reagáltak.

Gipsz J.: *Ureter fejlődési rendellenesség megnyilvánulása a késői gyermekkorban.* Kilenc éves leányka ureter fejlődési rendellenességének esetét mutatja be. Közvetlenül a vesemedencénél lefűződött ureter hydronephrosist okozott. Műtétkor a fluctuáló, jóval megnagyobbodott veséből az eltávolítás utáni felmetszéskor 250 ccm geny ürült, mely secundaer úton fertőződött genykeltő kórcsírok által.

Előadások:

Weinstein P.: *Pupillareactiók és értékelésük.* A pupillareactiók mechanismusának tárgyalása után ismerteti a gyakorló orvos szempontjából fontosabb kóros pupillatüneteket és pedig anisochoria, iridoplegia reflectorica, lues cerebri, agydaganatok pupillatünetei, amaurotikus pupilla, pseudoreflectoros pupillamerevség, Wernicke-féle hemianopiás pupilla reactio, pupillotonia (Odie-féle syndroma), paradox, myastheniás pupilla reactio, hippus. Fejtegeti ezen reactiók kórjelző értékelését.

Eisenberg D.: Ideggyógyászati szempontból mutat rá a pupillareactiók értékelésének néhány nehézségére. 1. A Poliklinika idegosztályán lázkezelésbe kerülő paralytikus betegek 13.1%-ának kifogástalan a fényreactiója. 2. Agyvelőgyulladásban észlelhető pupilla-anomaliákról szólva ismerteti egy nem lueses beteg esetét, akin heveny meningoenkephalitis során hetekig fennálló Argyll-Robertson-tünet teljesen és véglegesen elmult. 3. Dementia senilis-es eseteket említ, ahol dementia paralyticával szemben a pupilla-lelet alapján elkülönítő körjelzésbeli nehézségek merültek fel. 4. Ismerteti az igen ritka Behr-féle pseudo-reflectoricus (traumás) pupilla-merevség egy esetét.

Kuti L.: *Hozzászólása Hajós Károly: „Az orvos, a lelet és a beteg" címmel tartott előadásához.* Kétségtelen, hogy az orvos és a beteg közti viszony megváltozott. Az orvostudományt eddig bizonyos mysterium vette körül, s ez a gyógyításban is segítségére volt. Ezt a mystikumot az orvostudomány teljesen feladta, mikor bajaival a nyilvánosság elé lépett. A háziorvosi rendszer megszünése, a betegellátás mai rendszere, nem alkalmas az orvosi tekintély megóvására.

A közönség körében az orvossal szemben bizonyos kritikai szellem alakult ki. Ennek sajnálatos oka az úgynevezett, népszerűsítő orvosi irodalom, melyet a közönség előszeretettel olvas és ezek alapján zavarja az orvos munkáját. Az olyan szépirodalmi könyvek, mint pl. Croniné, bár helyi viszonyokat írnak meg, mégis alkalmasak arra, hogy a nagyközönség általánosítson. Oka még a helyzetnek természetesen a gazdasági válság és az ennek következtében leromlott kari szellem is, mely az orvosokat sok esetben versenytársakká alacsonyítja le. Ha ezeken a körülményeken, s a túlságos specializálódásokon segíteni lehetne, az orvosi rend visszakapná azt a helyet, amit nemes hivatásával tulajdonképen megérdemel és ami meg is illeti.

A Ferenc József Tudomány Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának május 4-i ülése.

Előadások:

Mészáros G.: *A terhesek táp- és élelmianyagszükséglete.* A terhesség alatt részben közvetlen okokból, főként azonban a magzat szükséglete miatt a tápszükséglet állandóan növekszik. Ez elsősorban a fehérjére, a szervetlen anyagokra és vitaminokra vonatkozik. A szükségleti többletet azonban jelentősén befolyásolja az a tény, hogy az élelem kihasználása a terhesség alatt sokkal tökéletesebb. Ennek következtében a tényleges szükségleti többlet egészen minimalissá válik. A terhes tápanyagszükséglete a következő: Testsúlykilogrammonkint 1.5 g fehérje, melynek 25%-a állati eredetű s ennek túlnyomó része tejfehérje kell hogy legyen. A caloriaszükséglet kb. 55/testsúlykilogramm, ezt a fehérjén kívül főleg szénhydrattal kell fedezni, a zsír mintegy és legfeljebb 18—20%-ot fedezzen. A calciumszükséglet 1.5 g., magnesium: 0.5 g., vas: 100 mg., Ph.: 1—2 g., jód: 0.05 mg. A vitaminszükséglet a következő: A 10, B_1 1, B_2 1. C 100 mg, D 3 gamma. Ezt a tápanyagmennyiséget igen jól fedezi a magyar nemzeti népélelmezési bizottság által a férfiak számára megállapított élelmianyag. Kilenc hónapra átszámítva és kikerekítve a következő: I. Tej 160 l, túró 4 kg; II. Tojás 60 drb., III. Hús belsőség, hentesárú, vér 11 kg; IV. Burgonya 90 kg; V. Színesek: paradicsom 23, zöldhüvelyes 15, káposzta, kel, kalarábé 42, sárgarépa, petrezselyem, cékla, zeller, retek, ugorka, stb. 37, saláta, paraj, sóska és egyéb leveles 10, zöldpaprika 8, hagyma 12, tök, sütőtök 30; VI. Gyümölcs 115; VII. Liszt, kása 27; kenyér egységes lisztből 150; VIII. szárazhüvelyes 9; IX. zsír 9, szalonna 4; X. cukor 4, konyhasó 3. Hiány csak a B_2-nél és a D-nél van, ez utóbbit főként nem napsütéses időre eső terhesség esetén csukamájolajjal kell pótolni. Ennek az élelemnek az ára a jelenlegi vidéki piaci árak mellett mintegy napi 50 fillér.

Kühbacher F.: A helyes és célravezető terhesvédelem ma már el sem képzelhető a táplálkozásnak a terhes szervezetigényeihez mért rendezése nélkül. Ezzel azonban a probléma szerves összefüggésbe kerül a népélelmezés nagy feladataival, mert a sociographusok *(Matolcsy Mátyás)* szerint Magyarországon mintegy 3,000.000 embernek naponta és fejenként 13—15 fillérből kell fedeznie összes szükségleteit, tehát az ezek soraiból kikerülő mintegy 80.000 terhesnek csak a gazdasági élet alapvető átalakításával volna biztosítható 9 hónapon át a minimalisan 50 fillér értékű élelem.

Lőrincz F.: A táplálkozás hygiene jelentőségét ma már általánosan kezdik elismerni és ezen belül mindinkább kihangsúlyozódik annak a jelentősége, hogy kor, nem, foglalkozás stb. szerint a különböző embercsoportok különböző igényeket támasztanak a táplálkozás szempontjából. A terhes nők megfelelő táplálkozása a születendő magzat egészsége, épsége, de az anya szempontjából sem hanyagolható el. A Magyar Nemzeti Népélelmezési Bizottság munkálatairól szól, melynek activitása komoly eredményekkel kecsegtet. Azt hiszi, hogy az előadó által napi 50 fillérben calculált átkezési kiadást ez alá az ár alá lehet szorítani, ugyanis ez falusi népességünk igen jelentős részére nézve elérhetetlennek látszik napi kiadásként. Erre a célra a nevelés mellett a termelés irányitása és propagálása fog leggyorsabban eredményhez vezetni. Meggyőződése, hogy ezeket a kérdéseket charitative nem lehet megoldani, hanem intézményes megoldásra várnak.

Füsthy Ö.: *Az enterobius vermicularis pathogenitására vonatkozó vizsgálatokról.* Annak a kérdésnek vizsgálatára, hogy mi a viszony az appendicitis és az enterobiasis között, operált és sectiós appendixeket vizsgált enterobius vermicularisra és a fertőzött appendixeket szövettanilag is feldolgozta. 300 műtétileg kiirtott féregnyulványt 22%-ban, 500 post mortem eltávolítattat pedig 6%-ban talált E-sal fertőzve. 10 éven alóli egyének nagyobb számban voltak E-sal fertőzve, mint 10 éven felüliek. Klinikailag chronicus gyulladás eseteiben 26, acut esetekben pedig 14%-ban talált E-okat az appendixekben. 100 drb. 70 cm-es sectiós bélszakasz közül 19 esetben talált E-t. Az egyes bélrészletek fertőzöttségi aránya a következő volt: csak az appendixben magában egy esetben sem, más bélszakaszokkal egyidejűleg pedig 7 esetben, — ezzel szemben a coecumban 14, — a vastagbélben pedig 13 esetben volt fellelhető a féreg. Ez arra mutat, hogy ez utóbbi két hely az E. természetes tartózkodási helye. 65 operált és 20 post mortem eltávolított fertőzött féregnyulvány szövettani vizsgálata során, 5 klinikailag subacut, illetve chronicus oppendicitis esetben E.-okat talált a roncsolt nyálkahártyára furakodva. Az esetek túlnyomó többségében azonban nem talált az E.-sal közvetlen kapcsolatba hozható szöveti elváltozást. Az esetek kis részben (6.0%) az E. „appendikopathia oxyurica" okozójaként volt feltételezhető, appendicitist azonban specificusan nem okoz. A nálunk különösen iskolásgyermekekben elterjedt E. az általa előidézett pruritus ekzema stb. miatt a gyermekek testi és szellemi fejlődésére káros hatással van, kórtani jelentőségét elsősorban ez utóbbi körülményekben látjuk és az ellen folytatott küzdelmet ezért tartjuk indokoltnak.

Vidakovits K.: 7 éves fiúbeteget mutat be, akinek egy éve fáj a lába. Betegsége lassan, idülten kezdődött, majd gipszkötés viselése után meggyógyult. Gümős eredetre semmi támpont nincsen. A röntgenfelvételen a sajkacsont széttöredezése látható, majd sorozatos felvételeken a lassan bekövetkezett gyógyulás állapitható meg. Ezen alapon a betegség a chondritis neve alatt ismeretes elváltozáshoz sorolandó. Összefüggését kóroktani szempontból az újabb vizsgálatok — *Erich Schneider* — az A-vitamin-hiánnyal állapitották meg. Előadó az újabb vizsgálatokat ismerteti e betegségeket illetőleg, ezek szerint az elváltozás kisérleti úton könnyen állítható elő és gyógyitható A-vitaminnal.

Május 11-i ülés.

Előadás:

H. Bennhold: *A vérfehérje vivő-működéséről.* (Kézirat nem érkezett.)

Troján E.: *A szívburokgyulladásról és műtéti kezeléséről.* (Kézirat nem érkezett.)

A Debreceni Orvos Egyesület május 5-i ülése.

Bemutatás:

Cserey Pechány A.: *Módosítások a Bassini-műtéthez. (Filmvetítéssel.)* A különböző műtéti eljárások közül mindig azt kell választani, amely a sérv mineműségének s az adott anatomiai helyzetnek megfelel. Legtöbbször a Bassini-féle műtétet szokta végezni, azonban annak két gyenge pontját: az újonnan képzett canalis inguinalis felső, azaz lateralis és alsó, azaz medialis végét az ismert és részben újabb, az irodalomban nem talált eljárásokkal erősíti meg. Lehetségesnek tartja azonban, hogy ezeket az eljárásokat az adott körülmények közt más sebész is végezte már.

Az alsó mediális polus megerősítését *Pólya* vagy *Sauerbruch* eljárásával végzi. A sérvtömlő ellátását, különösen ha az nagy, nem egyszerű átöltéssel és lekötéssel, hanem matracöltésekkel végzi, aminek előnye, hogy a lekötés nem csúszik le a csonkról. A lekötés fonalait nem vágja le, hanem az obliquus internus alá praeparálva, a *Kocher*-műtéthez hasonlóan, az obliquuson átölti s a csonkot alája rögzíti. Végül a funiculus kilépési helye fölé is tesz egy Bassini-öltést.

Cserey Pechány A.: *Uj műszer Michel-kapcsok eltávolítására.* (Kézirat nem érkezett.)

Előadás:

Puskás Gy.: *Az aplasiás anaemiáról.* Ezen eredetileg *Erlich* által leírt kórképnek újabb magyarázója *Frank*, aki ezt egy haemorrhagiás diathesisnek tartja és aleukia haemorrhagicának nevezi. Szerinte ez egy autonom megbetegedés, ahol primaer leukomyelotoxikosis van jelen aleukiával, thrombopeniás purpurával, az aregeneratio minden jelével, mely végül is kifejlődvén teljesen a panmyelophthisis képét tárja elénk. — Kétségtelen, hogy *Frank*-nak sok tekintetben igaza van, vannak azonban a betegség folyamán olyan tények, amelyekre magyarázatot adni nem tud. E kórképet kísérletileg is előidézték, így elsőknek *Blumenthal* és *Moravitz*, majd *Erich Mayer* és *Isaac* haemotoxikus mérgekkel, *Bettmann* kis arsen dosisokkal. Pathogenesisét illetőleg a gyermekkórban föltétlenül fel kell vennünk egy endogen, constitutionalis factort, mely oka lehet vagyis alapja a csontvelő e súlyos elváltozásának. *Eppinger* szerint a kórokozó noxa a közös anyasejtet érinti, így a különböző sejtféleségek productióját, megszületését akadályozza meg. *Wiple* szerint e betegség esetén hiányoznak azok az inger anyagok, melyek a vérképzésnek elengedhetetlen feltételei. Hogy e betegséget diagnostizálni tudjuk, szükséges a periferiás vérkép ismeretén kívül magának a vérképző csontvelőnek a vizsgálata is. Mint typusos elváltozást a csontvelőnek myeloblastos átalakulását találjuk. A csontvelő sokszor zsíros elfajulást mutat, teljes egészében sárga, néha vöröses, ennek oka a csontvelői capillarisok tágulása és a következményes bevérzés, épen a haemorrhagiás diathesis alapján, ezért nem találnak mindig a kórboncnokok legalább is makroskoposan elzsirosodott csontvelőt. Aetiologiáját illetőleg fontos, szerepe van a csontvelő egy veleszületett gyengeségének és könnyű sérülékenységének, amikor minimalis okok is kiválthatják e súlyos kórképet. Mint okok szerepelnek: Rtg., radium, thorium mérgező hatása, sepsis, influenza, typhus, diphtheria, botriocephalus fertőzés, sublimat mérgezés. Klinikumát illetőleg a francia szerzők megkülönböztetnek lázas és egy haemorrhagiás formát, jellemző a normochrom vagy hypochrom anaemia. Kis vörös és fehérvérsejtszám; itt a lymphocyták dominálnak. Magvas vörösvérsejtek szinte sohasem találhatók. Klinikai tünetei igen szegények, dominálnak a nyálkahártya és bőrvérzések. Kimenetele halálos, therapia vértransfusio és csövescsont Rtg. besugárzás. Egyik, félév óta megfigyelt esetünkben a kórkép kifejlődését láttuk, a controllt sorozatos sternum punctiókkal végeztük. Az időleges therapiás sikereink csődöt mondottak, a halálos kimenetelt sietette az igen érdekes és kórszövettanilag is megerősített subleukaemiás myelosis.

Május 12-i ülés.

Bemutatások:

Varga B.: *Mindkét kéz teljes ujjhiányában szenvedő gyermek kézimunka teljesítménye.* Néhány szóval vázolja a kisegítő-iskola munkaterületét a gyógypaedagogiai oktatás keretében és a kisegítő-iskola növendékanyagát. A bemutatott gyermek az állami (debreceni) kisegítő-iskola V-ik osztályának növendéke. 14 éves, szegény szülők gyermeke. (3 testvére közül egy szintén iskolánk növendéke. Intelligentia hányadosa 70%.) Nehéz szülés. Fogzása rendes, 2 éves korában jár. 2½ éves korában kezd beszélni, felvételkor 8 éves korában súlyos beszédhibás, beszéde alig érthető. 2 éves kora előtt angolkór, bélhurut, szamárhurut. Egy éves korában egy malac mindkét kezének ujjait lemarta, a megmaradt balhüvelyk csonkkal írószert megtudja fogni. Irni megtanult, írásformája átlagon felüli. Szépen kézimunkál, az osztály átlagánál jobb rajzoló. Beszéde szépen javult. Intelligentia hányadosa *Binét-Simon* szerint felvételkor 0.518, elmaradása 4 év. 1938 május 7-én: 0.742, elmaradása 3.6 év.

Árokháty V.: *Szokatlan elhelyeződésű és kiterjedésű akrochordon.* Erysipelas után jelentkező, két hét alatt kifejlődő alsó- és felsőajak akrochordonról számol be. Az ajakpir nagy részét elfoglaló, több borsónyi, barnásvörös, keskeny alapú, felfelé kiszélesedő, egyenetlen, szemölcs felszínű, tömött képletek keletkeztek, melyeket egymástól keskeny rések választottak el. Ezen rések alapján ép ajakpir látható. Ismerteti az aránylag ritka elváltozás irodalmát, kóroktanát, szöveti szerkezetét. A bemutatott eset létrejöttét azzal magyarázza, hogy a lázas betegség — erysipelas — által teremtett kedvező időben a localis dispositio következtében kedvező talajon herpes-készségre hajlamos betegen, a rossz fogazat, gyulladásos száj — és garatnyálkahártya voltak azok a tényezők, melyek a kórkép kifejlődéséhez vezettek.

Sántha K.: *A temporo-occipitalis határról kiinduló focalis epilepsia* (operált eset). 18 éves fiún 4—5 éves kora óta petit mal.-ok. Később pár perces vaksággal és szikralátással járó rosszullétek. A legutóbbi időben összetett látási és hallási érzékcsalódásokkal, valamint görcsökkel járó nagy rohamok. Az egyes rohamok ellenoldali pupillaszűkölettel és conjugált deviatióval kezdődnek, melyekhez fejforgás, adversiv mozgások és főleg az arcra és felső végtagra kiterjedő rángógörcsök társulnak. Az érzékcsalódások részben a rohamok tartalmát képezik, részben mint aurák és postparoxysmalis tünetek jelentkeznek. A halmozott rohamokat követőleg a mozgató és érző körre kiterjedő muló bénulásos jelenségek fejlődnek ki: ellenoldali pupillatágulás, tekintési gyengeség, hemiparesis, hemihypaesthesis és hemianopsia. Enkephalographiás felvételeken a jobb oldalkamra hátsó szarvának kitágulása látható. A kórelőzmény, a klinikai tünetek és az enkephalographiás lelet alapján megalkotott kórisme a jobb temporo-occipitalis tájék körülírt agysorvadása. Osteoplasticus craniotomia után a szóbanforgó terület, mint epileptogen gócot kirtjuk. A kimetszett agyrészletben, túlnyomólag a velőállományban régi vérzéses lágyulásból eredő hegszövetet találunk. A kéreg cytoarchitektoniás szerkezete a Brodmann-féle 19-es és 37-es mezők átmeneti helyének felel meg. A műtét után néhány héttel a beteg gyakorlatilag tünetmentes, néhány ízben voltak petit mal.-jai. Az eset elemzéséből kitűnik, hogy a temporo-occipitalis határon, túlnyomólag a 37-es mezőben ülő, de a 19-es mezőre is rátterjedő és a 22-es mezőt is érintő epileptogen gócról van szó, melyből a kisülés hátrafelé terjedve a 19-es mező felől opticomotoros tünetként pupillaszűkületet és conjungált deviatiót, opticosensoros tünetként pedig elemi és összetett látási érzékcsalódásokat hozott létre. Előrefelé a 22-es mező felé terjedve elemi és összetett hallási érzékcsalódásokat okozott. Végül a parietalis lebeny felé futva motros részről adversiv mozgásokat és tonicus-clonicus görcsöket, sensoros részről pedig repülés és égés érzést váltott ki.

A Magyar Phonetikai Társaság május 17-i ülése.

Előadás:

Bognár E.: *A szónoki beszéd kellékei.* Előadásában kifejtette, hogy a színész és szónok eszközei között bizonyos hasonlóság van, éppen azért a színművészet alapvető tanait szónokokkal és előadókkal is meg kell ismertetni. A beszéd művészetének vannak előfeltételei, — és pedig az, hogy tisztában kell lennünk beszédünk anyagával még mielőtt beszélni kezdünk. Továbbá hinnünk kell annak igazában, amiről másokat akarunk meggyőzni és mindenáron akarnunk kell a sikert elérni. Akik nyilvánosság előtt gyakran szerepelnek, azoknak beszéde mindenek előtt érthető legyen. Le kell szokni a modorosságokról és meg kell tanulni színesen, érdekesen és lebilincselően beszélni, mert a szónok csak abban az esetben képes eszméit másokba átönteni, — ha biztosítani tudja magának állandóan hallgatóinak éber figyelmét. Ennek eléréséhez szükséges, hogy a szónok hangja szinezőképes legyen, azaz, érzékeltetni tudja a lelkében végbemenő indulatokat. Kívánatos, hogy a beszéd ne tünjék betanultnak, úgy kell előadni, mintha ott születnének a gondolatok. Ezen a téren nagy szerepe van a művészien elhelyezett szüneteknek, amelyekkel izgalmassá és érdekesé lehet tenni az előadást. Befejezésképen ismertette, mint a beszéd kísérőeszközeit: a gesztikulálás hivatását és technikáját, továbbá a szem fontos feladatait, amelyeket a szónok ügyesen kihasználhat sikere érdekében.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának május 19-i ülése.

Előadások:

Fekete S.: Bejelenti, hogy az amsterdami nőgyógyászati congressus egyik ülésén *Frigyesi* tanár elnökölt s beválasztották őt a jövő congressust előkészítő petit comité-ba. Ajánlja, hogy ebből az alkalomból a szakosztály *Frigyesi* professort üdvözölje. Bejelenti továbbá, hogy megjelent *Frigyesi* professor Nőgyógyászata. Aki e könyvet átnézi, látni fogja, milyen óriási munkát végzett a szerző s milyen hálára kötelezte evvel a magyar nőgyógyászatot. Ajánlja, hogy *Frigyesi* professort, akinek a szakosztály létesítésében és vezetésében hervadhatatlan érdemei vannak, a szakosztály tiszteletbeli tagjává válassza.

A szakosztály egyhangúlag elfogadja az indítványt.

Neubauer Gy.: *Adatok a tubasterilisatio kérdéséhez.* Az ékkimetszés és Menge-féle tubasterilisatiós műtét rövid tárgyalása után részletesen szól a Madlener-féle meddővételről. Két Madlener-műtét utáni terhesség esetét ismerteti (egy intra- és egy extrauterint), melyek közül az egyiken végzett szövettani vizsgálatok recanalisatiót tesznek valószínűvé. A recanalisatio és tuboperitonealis sipoly létrejöttének és megelőzésének felemlítése után a meddővétevő műtétek hysterosalpingographiás utóvizsgálatairól szól. Végeredményben néhány módosítással a Madlener-féle módszert eléggé megbízhatónak tartja.

v. Szathmáry Z.: Külföldi tanulmányútja alkalmával alkalma volt részletesen szövettanilag is megvizsgálni egy Madlener-műtét után 8. napon emboliában meghalt nőnek belső nemzőszerveit. Nem tartja kizártnak, hogy a későbbi terhességek azért jönnek létre, mert a kürt méhfelőli részének szélén a teljes szövetelhalás következtében szabaddá vált a kürt nyilása. Célszerűbbnek tartja sterilisatio céljából a kettősen lekötött tubát átvágni és peritonisálni.

Batizfalvy J.: A klinikán császármetszésekkel kapcsolatban végzett sterilisatiókat nehány év előtt ellenőrizte és azt találta, hogy közel 20 évi anyagában egyetlen eset sem fordult elő, ahol a sterilisatiós eljárás csődöt mondott volna. Nem tartja a Madlener-féle eljárást jobbnak, mint az Asch-félét, amit a klinikán végeztek, amely a kürtök átvágásával és a proximalis csonk elsüllyesztésével jár. A recanalisatio lehetőségének nem is oly ritka előfordulása miatt jogos az a törekvés, hogy még bizonyos technikai nehézségek árán is a tökéletesebb és mgbízhatóbb módszert válasszuk. Ennek egyik legfontosabb feladata a peritonisálás.

v. Sövényházy A.: Az e tárgyról évekkel ezelőtt írt dolgozata óta a Frigyesi-iskola is híve lett a Madlener-féle tuba-sterilisatiónak. A műtéthez fűződő két szempontnak: az eredményesség és a veszélytelenség szempontjának a legújabb tapasztalatok alapján ez a megoldás felel meg a legjobban. Egyszerűségénél fogva kétségtelenül a legveszélytelenebb. Megbízhatóságát azzal lehet fokozni, hogy 1. a tubát óvatosan zúzzuk, nehogy rajta sipolynyilás képződjék, 2. esetleges recanalisatio ellen *Frigyesi* prof. ajánlatára a lekötött kacstól oldalfele még egy helyen biztosító lekötést teszünk mindegyik petevezetőre.

Ismerteti a császármetszésekkel és a nőgyógyászati műtétekkel kapcsolatban szóbajövő sterilisatio kérdésében vallott álláspontjukat.

Fekete S.: Bár a Madlener-féle eljárás sem absolut megbízható, mégis ezt tartja legjobbnak. A teljes tubakiirtáskor könnyen sérül a petefészek vér- és idegellátása. Ahol a tubát átvágjuk s peritonisáljuk, a hashártyaboritás hiányával kell számolni. Az extraperitonealisan helyezett tuba onnan kihúzódhatik, mint pl. az implantált ureter hónapok mulva is kivongálódhatik a hólyagból. A Madlener-féle eljárás kiegészíthető volna oly módon, ha a tuba nyálkahártyáját galvanokauterrel elpusztítanók s azután végeznők a zúzást s lekötést.

Batizfalvy J.: *Endometriosis és terhesség.* Esete az első észlelés, ahol az endometriosis externa súlyos szülési szövődményt okozott.

A beteg nagyfokú „méhvérzés" és végbélvérzés tüneteivel került a klinikára. A septum rectovaginalében ülő endometrioma tört át a hüvelyboltozatba és okozott a hüvely, illetőleg a végbél felé vérzéseket. Időleges röntgenradium castratiónak vették alá a beteget, akinek havibaja rendeződött, majd nehány hónapig amenorrhoeássá vált. Ekkor újabb kimetszés és szövettani vizsgálat igazolta, hogy az enyhe sugárkezelés aránylag mélyreható degenerativ elváltozásokat idézett elő a burjánzás szövetében. A beteg később másállapotba jutott, a terhességet zavartalanul kiviselte. A terhesség elején diónyinak tapintott endometrioma a szüléskor lúdtojásnyira duzzadt és absolut szülési akadályt képezett. Emiatt császármetszést és amputatiót végzett, amikoris élő, életképes magzatot nyert. Az asszony simán gyógyult, a gyermek szépen fejlődik. A műtét óta eltelt 1½ év folyamán az endometrioma megkisebbedett, ma kisdiónyi, tömött, enyhén dudoros tumor, mely panaszokat nem okoz. A méhamputatio ellenére az asszony endometriosisából szabályosan menstruál, amit a havibaj idején végzett tükörvizsgálattal is megállapított.

Az endometriosis externa előfordulása esetén terhes állapotban a legmesszebbmenő conservatismust ajánlja, mert még nagy daganat jelenléte sem zavarja a terhesség lefolyását és ha a szülés közben nehezségek merülnek fel, azok a szülőcsatorna elkerülésével megoldhatók. Fiatal korban megkísérlendő a temporaer castratio.

A Magyar Röntgen-Egyesület május 23-i ülése.

Előadás:

W. Teschendorf: *Über die Totalbestrahlung.* Ezt a módszert először a vérképző szervek betegségeiben alkalmazta, mivel ezen betegségek gócai szétterjednek az egész testben. Régebben a leukaemiákat csupán a lép besugárzásával, polycythaemiát pedig a csöves csontok velőállományának besugárzásával kezelték. Az új eljárással most nagy távolságból sugározzák be az egész testet vagy teljes egészében, vagy egyes nagyobb részleteiben. A vérképzőrendszer betegségeiben szenvedő emberek gyengék, bágyadtak, a betegség a kezelés után gyakran kiújul. Az egész test időnkénti besugárzásával a fehér vérsejtek mennyiségét tartósan egyforma szinten lehet tartani, így a betegek munkaképesek maradnak és csupán kéthetenként részesülnek egy-egy rövid ideig tartó besugárzásban. *Polycythaemia esetében* szintén tartós gyógyulást lehet ezzel az eljárással elérni anélkül, hogy a beteg különleges étrendet tartana, gyógyszereket szedne, vagy pedig az életmódját korlátozná. *Lymphogranulomatosis* esetében a megnagyobbodott mirigyeket az egész testfelülettel váltakozva sugározza be. Utóbbi nemcsak egyes elrejtett gócokra hat, hanem az esetleges elért eredményt állandósíthatja. Az egész test besugárzásával egyes nehezen kezelhető bőrbetegségek gyógyulását is elősegíthetjük. *Teschendorf*-nak sikerült számos, más gyógymóddal nem javuló beteget az egész test besugárzásával meggyógyítani (psoriasis, ekzema, lichen ruber planus). Az elért hatást előadó a szervezet áthangolása következményének mondja. Ujabban az egész testfelületre, vagy nagyobb testrészekre terjedő rákos áttételek (amelyek rövidesen a beteg halálát okoznák) kezelését is megkísérelte az egész test besugárzásával. Jelentős eredményeket ért el e téren is, ugyanúgy, mint *Mallett* Párisban. Egy betegről készült röntgenfelvételeit mutatta be, akinek emlőrák következtében tüdejében néhány áttéti rákos góc, mellhártyaüregében izzadmány és számos bőráttételi góca volt. Ebben az esetben a rákos áttételek 2—3 hónapos kezelés után teljesen eltüntek, a beteg munkaképes lett, alkalmazást vállalt. Továbbiakban előadó bemutatta a test üregeiben levő kisebb rákos gócok kezelésére kidolgozott eljárását és színes képekkel demonstrálta a méhrák, nyelvrák gyógyításában elért kedvező eredményeit. Az utóbbi módszerrel eddig 6—10 éves tartós eredményeket ért el.

Kelen B. professor elnök mondott köszönetet az értékes előadásért.

Coagucit Eri

Mindennemű **vérzéskor** úgy helyileg, mint távolható, gyors, biztos hatású.
Injectio, solutio, tabletta.
Rózsavölgyi Speciallaboratorium »ERI«
Budapest, VI., Aréna-út 124. szám

Lenhossék Mihály, a neuron-tan egyik megalapítója.

Az anatomiailag képzett idegorvosnak lehetetlen *Lenhossék Mihály*, a nagy magyar anatomus emléke felett átsiklania, mert tudatában kell, hogy legyen annak az elvi jelentőségű nagy munkának, melyet ő a neuron-tan kialakításával a normalis idegtanban és így közvetve az idegkórtanban végzett. Érthető tehát, hogy miként *Ramón y Cajal*nak 1934-ben bekövetkezett elhunyta arra indított engem, hogy róla 1935-ben megemlékezzem, ugyanúgy érzek neurologus létemre belső késztetést *Lenhossék Mihályról* szólni. Igaz, hogy már közöltek róla különböző szempontból megírt bel- és külföldi megemlékezéseket, melyek azonban részben életrajzok, részben egyéni visszaemlékezések voltak, de tény az is, hogy *Huzella Tivadar*nak az 1937-iki „Anatomischer Anzeiger"-ben közölt terjedelmes és meleghangú nekrologja *Lenhossék Mihály*nak idegtani munkásságát is behatóan méltatta. Mindezek ellenére éppen mint neurologus érzek indító erőt arra, hogy a neuron-tan terén kifejtett rendkívüli fontosságú munkásságáról egész röviden szóljak. Teszem ezt annyival inkább, mert ő maga is tisztában volt ezirányú tudományos tetteinek nagy jelentőségével, amint ez kitünik önéletrajzából és *Cajal*ról 1935-ben „Die Naturwissenschaften" német folyóiratban írt fényes megemlékezéséből. Ez utóbbiban utal arra, hogy az 1889-iki Berlinben megtartott anatomiai congressuson *Cajal* által bemutatott merőben új adatok a kisagy, a gerincvelő és a recehártya szerkezetére vonatkozóan neki is indítékot adtak, hogy saját vizsgálataiban az új és egyszerűsített chromezüstös eljárást igénybe vegye, amikor is kiindult a csirkeébrényből, mondván: „Ich schätze mich glücklich, schon von Anfang der neunziger Jahre an mich an diesen Untersuchungen beteiligt zu haben". Önéletrajzában pedig a következőket jegyzi meg: „Ich möchte keine Prioritätsansprüche geltend machen, will aber doch betonen, dass meine Untersuchungen vollkommen unabhängig waren von denjenigen, die *Ramón y Cajal* zur gleichen Zeit über denselben Gegenstand und an demselben Material ausgeführt hat".

Lenhossék Mihály az érzékszervek idegszövettanáról, a földi giliszta érző rostjáról, a kephalopodák recehártyájáról, a madár- és pristiurus-ébrény idegrendszere szövetfejlődéstanáról és még számos fontos kérdésről írt dolgozatain át eljutott nagy összefoglaló munkájához: „Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen". Ebben bontakoznak ki a fajlagos Lenhossék-qualitások mind a tudományos kutatások, mind a tudományos irály tekintetében és túlzás nélkül mondhatjuk, hogy ezzel oly tudományos emlékművet állított fel magának, mely a neuron-tan történetírójának figyelmét sohasem fogja kikerülni. És bár utal *Cajal*, valamint a saját munkájára, a neuron-tan kiépítésében, mégis az igazi tudós pártatlanságával hangsúllyal emeli ki *His Vilmos*nak alapvető munkáját, aki fejlődéstani vizsgálataival elsőként derítette ki az ébrényi idegsejtből eredő tengelyfonálnak a környezettel szembeni önállóságát, amint ezt sokkal később *Harrison*nak szövettenyésztési kisérletei is meggyőzően bizonyították. Tehát *Lenhossék*nak épúgy, mint *Cajal*nak vizsgálatai beigazolták *Forel* intuitiv megállapítását, hogy az idegsejtből kiinduló tengelyfonál eredéséhez közelebb, vagy távolabb fagallyszerűen szabadon végződik és így minden idegsejtalkotta egység, a neuron, tulajdonképen egyúttal idegegyén; a neuronok egymással csakis érintkezés útján kapcsolódnak.

*Lenhossék*nak a neuron szövettanára vonatkozó felfogásában van egy igen fontos positivum, mely az ú. n. neurofibrilláknak jelentőségére vonatkozik. Ezek finom fonalas képletek, melyek részben valósággal fonalak, részben ezeknek összenövése folytán valóságos recét alkotnak az idegsejt testében, szerinte csupán támasztó vázul szolgálnak az idegsejt plazmája (a neuro-, vagy hyaloplasma) számára és így jóformán endocellulás skelettumnak tekintendők, aminthogy kötőszövetes, mirigyes és egyéb sejtekben is mutathatók ki fibrillák („tonofibrillák"). Ehhez képest feladatuk csupán az, hogy a neuroplasmának nagyobb állandóságát kölcsönözzenek, amire főleg az ébrényi fejlődés és a regeneratio folyamán szüksége is van, mert ők biztosítják a neuronnak ekkor kívánatos merevségét. *Lenhossék* ezzel nem akarja a neurofibrillákat az ingerület vezetéséből teljesen kizárni, de erre a működésre ezek mégis csak a neuroplasmával *együttesen* képesek és így semmiképen sem egyedüli, tehát nem fajlagos ingerületvezetők. Nézetünk szerint helytelen is a „neuro"-fibrilla elnevezés, mellyel csak zavart okozunk és így az idegrendszerben helyesen csakis *támasztó* fibrillákról lehetne beszélnünk. *Lenhossék* munkásságának egyik igen fontos mozzanata az idegsejtek fibrilláinak *igazi* értékelése működési szempontból, mert ezzel bennünket megóvott olyan megtévesztő tudományos felfogástól, mint amilyen *Apáthy István* tana az ideges syncitiumról. Nagyon találóan mondotta *Lenhossék*, hogy a fibrilláknak vezető elemek gyanánt való felfogása akkor lenne indokolt, hogyha elrendeződésük olyan volna, hogy ilyen természetű élettani szerepük visszautasíthatatlanul, szinte magától tolulna fel tudatunkban. Ámde ez sem a gerinctelenekre nem áll fenn, még kevésbbé a gerincesekre vonatkozólag, sőt ellenkezőleg elrendeződésük, receképződéseik, lefutásuk, áthajlásuk egyik idegsejtnek dendritjéből egy másikéba és ehhez hasonló jelenségek érthetetlenek lennének és éppen az *élettan* az, mely ezekkel mit sem tud elkezdeni, mondja *Lenhossék*. Ehhez hozzátehetjük, hogy a *kórtan* sem kedvez e felfogásnak, mert olyan betegségekben, melyekben az idegelemek *elsődleges* bántalma szerepel (családi átöröklődő betegségek), a fibrillák kimutathatóan a *másodlagosan* bántalmazott alkatrésze az idegsejtnek. A „neuro"-fibrilla szó használata sajnos olyan uralkodó lett, hogy a tudományos köztudatban ébren tartotta ezen képleteknek vélt fajlagosan idegtani jelentőségét.

Nincs okunk ez alkalommal a neuron-tannal olyan értelemben is foglalkozni, hogy az időközben keletkezett antineuronos tanokat (az *Apáthy*-, a *Bethe*-, a *Nissl*-, a *Joris*- és *Held*-féléket) méltassuk. Csupán egyik látszólag leghatározottabb ellentmondóját, a *Boeke*-féle periterminalis recét akarjuk felemlíteni, amely szerint a mozgató idegvégződések és a harántcsíkolt izomzat között ez a rece alkotná a megszakítás nélküli hidat és így e helyen a szabad végrost (végfácska) mint ilyen nem léteznék. Ezzel szemben *Ramón y Cajal* épen legutolsó közleményében elismeri ugyan a periterminalis rece valóságát, ellenben vitatja a feltűnően halványan impregnálódó recének ideges természetét és a végrosttal folytatólagos összefüggését. *Cajal* szerint e rece, mint közbeékelt rendszer az idegingerület közvetítője a mozgató véglemez és a harántcsíkolt izom között, de vezető functióját nagyon feltevésesnek nézi. *Boeke* módszerének nagy hátrányát abban látja, hogy a periterminalis recének a végkészülék neuroplasmájához

való viszonyát nem tudja biztosan kimutatni. Igy tehát a *Boeke*-féle vizsgálatok után (1910, 1926) is joggal mondhatta *Lenhossék*, 1928-ban, önéletrajzában: „Die Neuronenlehre steht heute fast vier Jahrzehnte nach ihrer Aufstellung fester begründet und anerkannter denn je da". Főleg a pathologia az, mely a neurontannak hathatós támasza, annyival inkább, mert a pathologia a *Waller*-féle másodlagos elfajulás tanával valósággal posztulálja a neuron-tant. Ehhez, mint az utolsó vizsgálati évek eredményét hozzáfűzhetem az átöröklődő családi szervi idegbajokat, amelyek meghatározott neuronrendszerek értelmében alakulnak ki, mint mozgató, érző, kisagyi, extrapyramisos rendszerbetegségek, melyek tiszta formájukban kóros megfelelő alakjai az ép neuronrendszereknek. Ezek szerint a pathologia valósággal megköveteli a neuronrendszerek létezését, mert a normalis neuron fogalma nélkül nem tudnók megérteni bizonyos pályarendszerek elszigetelt bántalmát. A neuropathologia tehát megkívánja a neuronok pathologiáját; mint igen találóan jegyzi meg *Miskolczy Dezső:* nincs neuropathologia neuronpathologia nélkül!

Fentebb mondottuk, hogy *Lenhossék Mihály* nagy összefoglaló neuronmunkájában az ő fényes *fajlagos* tulajdonságai úgy a tudományos kutatás terén, valamint a tudományos irály tekintetében érvényesültek. Kutatási módját illetőleg különösen kiemelendő rendkívüli alapossága, amely úgy a szakirodalmi adatok hiánytalan összehordásában, mint szabatos észleléseken nyugvó fényes tudományos termelésében nyilvánult meg, úgy hogy az idegrendszerre vonatkozó megállapításai mindvégig helytállóknak bizonyultak és mindezt betetőzte meggyőző, rendkívül folyamatos, mondhatnám könnyed és elegáns stilusa, minélfogva minden munkája különösen élvezetes volt. Visszatekintve tudományos egyéniségére, azt kell mondanunk, hogy benne kivételes és harmonikus búvártehetség testesült meg: elsőrendű vizualis typus volt és így az ő figyelmét a legcsekélyebb részlet és árnyalat sem kerülte el, emellett a látott dolgokat megelevenítő leírásban tudta az érdeklődő elé vetni. *Lenhossék Mihály*ban, az anatomusban egyaránt csodálhatjuk a meglátó, alkotó búvárt és a leíró stilus-művészt!

Schaffer Károly dr.

VEGYES HIREK

Halálozás. Megdöbbentően tragikus körülmények között hunyt el f. hó 8-án *Incze Klára dr.*, a szegedi Tudományegyetem szemklinikájának tanársegéde. Mint ismeretes egy exaltált ember revolver golyója oltotta ki fiatal munkás életét. Temetése folyó hó 10-én folyt le nagy részvét mellett.

Szabadságon lévő egyetemi tanárok és consiliarius kartársak névsorának közlését megkezdjük. Kérjük az érdekelteket, hogy szabadságuk hidejét minden hét keddjéig szerkesztőségünkkel közölni szíveskedjenek.

Az Orsz. Közegészségügyi Intézet 1936. évi jelentéséről szóló ismertetésünkben foglaltakra nézve az intézet vezetőségétől az alábbi megnyugtató adatokat kaptuk a községi és körorvosok, valamint a védőnők kiképzésének bővítésére nézve, mit örömmel közlünk: Az intézetben azóta lefolyt bővítő átalakítások lehetővé teszik, hogy a tisztiorvosi tanfolyamra felvehető orvosok száma 24-ről 34-re emeltessék. A sokkal sürgetőbb körorvos-hiányon pedig azáltal segítenek, hogy két tanfolyamot tartanak egymásután: szept.—okt.-ban az egyiket, nov.—dec.-ben a másikat. Igy a felvehetők száma (80) megduplázódik. — A védőnőképzés terén pedig nagy könnyebbséget jelent a szegedi új védőnőképző intézet megnyitása, amely 120 ágyas internátussal kapcsolatos. Mivel a tanfolyam 3 éves, ez 40 első éves védőnő felvételét teszi lehetővé, ami a budapesti intézet 50 elsőévesének számát lényegesen emeli. A szegedi új intézetet, mi *Lőrincz* prof. vezetése alatt áll, legközelebb ismertetni fogjuk.

Mindez örvendetes bizonyítéka annak, hogy az államtitkár úr és az intézet vezetősége idején gondolt az általunk felhozott hiányok orvoslására, amik ennek következtében el voltak tüntethetők.

Az alsó Margitszigeten újonnan feltárt Magda gyógyforrás vize calcium (42%), natrium (38.6%), hydrocarbonat (50.3%), sulfat (21.8%), ionokat, kénhydrogent és szénsavat tartalmaz. 300 m. mélyből fakad, 69.3 C° hőmérsékletű.

A Magda-gyógyforrás gyomor- és bél-megbetegedések kezelésére szolgál. Jóhatású étvágytalanság, gyomorégés, idült gyomorhurut és gyomorfekély, valamint idült bélhurut gyógyításában.

Hunyadi János gyógykeserű vízzel combináltan végzett ivókúra epehólyag-gyulladás, epekő betegség, sárgaság, elhízás esetében és epehólyagműtétek után kedvezően befolyásolja a fennálló panaszokat. A kezelés eredményességének fokozására a betegek ivókúrájukat *termoforral fekve végzehetik.*

Svéd film Budapestről. A központi gyógy- és üdülőhelyi bizottság meghívására a közelmultban Budapesten járt a Svensk-Filmindustri rendezője, kinek irányítása mellett az említett svéd filmvállalat felvételeket készített Budapest gyógyfürdőiről.

A filmet, amelynek címe: „Buda-Bada", a napokban mutatták be előkelő közönség előtt Stockholmban, ahol a film művészi felvételei és tökéletes rendezése igen nagy sikert aratott. A filmet Svédország valamennyi mozgóképszinházában vetiteni fogják.

Asso-ban Como közelében gyógyintézet nyilt meg enkephalitisesek gyógykezelésére. Az intézet gyönyörű parkban épült s 150 ággyal rendelkezik.

A török köztársasági elnök rendeletére az istambuli Aga Ismail Háremet 200 ágyas szülőotthonná alakítják át.

Egyptomban rendelet jelent meg, mely megtiltja, hogy az utcán heverő szivar- és cigarettavégeket felszedjék. Ez ellen vétőket 25 török font büntetéssel sújtják.

A világ rádiumkészlete ezidő szerint 600 g-t tesz ki.

Pótlás. Múlt heti számunkban megjelent *Sántha Kálmán dr.* „Agyi véráramlásvizsgálatok kisérletileg előidézett görcsök alatt" című cikkében szereplő ábrák magyarázata:

1. ábra. Macacus majom bal agyféltekéjének lateralis felszine. A számok a Brodmann-féle agykérgi mezőket jelzik. A beárnyékolt terület a tág értelemben vett mozgatókéregnek felel meg. prcs. = sulcus praecentralis superior, prci = sulcus praecentralis inferior, pc. = sulcus postcentralis.

2. ábra. Majomkisérlet, a thermoelektrikus tű a baloldali mozgatókéregben. A jobboldali mozgatókéreg elektromos izgatására (CL) a bal mozgatókéregben véráramlásfokozódás nem jelentkezett, a véráramlás inkább csökkent, de ez az általános vérnyomás (BP) csökkenésével párhuzamos. A baloldali mozgatókéreg izgatásakor (IL) a thermoelektrikus eszköz véráramlásfokozódást jelzett, amely mindhárom alkalommal az általános vérnyomás-süllyedés ellenére is, érvényesülni tudott. TV. = a thermoelektrikus tű által jelzett temperaturavariatio görbéje, amely az agyi véráramlás ingadozását fejezi ki. A görbe felfelé irányuló kitérése fokozódásnak, a lefelé kitérés csökkenésnek felel meg. R = légzés, BP = vérnyomás a bal arteria femoralisban, CL = contralateralis (jobb), IL = ipsilateralis (bal) kéregizgatás. A legalsó vonal egy beosztása 1 percnek felel meg.

3. ábra. Majomkisérlet, a thermoelektrikus tű a baloldali mozgatókéregben. Erős elektromos igzatásra mind a bal, mind a jobb oldal felől általános görcsrohamot eredményezett, amelynek tartama a légzés görbéjén (R) jól látható. A görcsöket kisérő véráramlásfokozódás két ipsi- és két contralateralisan kiváltott roham alatt teljesen azonos és a vérnyomás ingadozásától független, sőt maximumát éppen akkor éri el, amikor a vérnyomás legalacsonyabbra süllyed.R = légzés, TV = temperatura-variatio = agyi véráramlás kifejezője, CL = contralateralis, IL = ipsilateralis mozgatókéreg izgatás, BP = vérnyomás a bal arteria femoralisban, időbeosztás = 1 perc.

4. ábra. A véráramlás görbéje majom mozgatókéregben (C) és putamenében (P) intravenásan adott adrenalin (1/10.000 higítású oldatból ½ ccm) hatása alatt. A két görbe az arteria femoralisban mért vérnyomásgörbével (BP) párhuzamos és egymással csaknem mm-nyire egyezik. R = légzés, A = adrenalin befecskendezés pillanata. Az alsó vonal időbeosztása egy percnek felel meg.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik június 7—13. közt. Az időszak aránylag szokatlanul hosszú frontmentes periódussal kezdődött. Az első frontátvonulás csak 11-én éjszaka következett be. Az elsőt még csak két frontátvonulás követte. Mind a három frontátvonulás igen gyenge volt, de előfutárjai voltak egy igen heves és rendkívül erős frontátvonulásnak. 13-án este és éjjel már igen erős postfrontalis hatásnak voltunk kitéve.

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő esemenyei
hó	nap	óra			
Junius	11	24	betörési	gyenge	Gyenge szélátfordulás
	13	1	betörési	gyenge	Kis záporeső 0·1 mm. csapadékkal
	13	12	betörési	gyenge	Egész kis zápureső, szélélénküléssel

* A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. K. Országos Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. a jún. 4-i számban.

15.911—938. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló budapesti m. kir. áll. gyermekmenhelyen f. évi június hó 30-ával megüresedő *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, valamint az önköltségi ár 50-%-ának megtérítése ellenében I. osztályú intézeti élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtóknak a m. kir. belügyminiszterhez címzett kérvényüket legkésőbb *folyó évi junius hó 18.-ának déli 12 órájáig* kell hozzám benyujtani.

A pályázati kérvényhez a következő okmányok csatolandók: *a)* születési anyakönyvi kivonat; *b)* magyar honosságot, vagy optálást igazoló okmány; *c)* hatósági erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; *d)* az egyetemi leckekönyv, a kórházi szolgálati könyvecske és a szigorlati bizonyítványok; *e)* az 1883:I. tc. 9. §-ában előírt képzettséget igazoló, újkeletű tisztiorvosi bizonyítványt; *g)* eddigi működést is feltüntető életleirást.

Az állás betöltése megbízás útján történik, amely nyugdíjra igényt nem ad, egy évre szól és annak elteltével, pályázat mellőzésével további egy évre meghoszabbítható.

A segédorvosnak az intézetben kell laknia. Az egy szobából álló segédorvosi lakás csak saját személye részére vehető igénybe.

A gyermekvédelmi közigazgatásban és gyermekgyógyászatban jártas pályázók előnyben részesülnek. Magángyakorlat folytatása nincs megengedve. Hiányosan felszerelt, a pályázat feltételeinek meg nem felelő, vagy elkésve érkező kérvényeket nem vehetek figyelembe.

Budapest, 1938 május 31-én.

Igazgató főorvos.

Oriza szárított rizsnyák. Mint az idevágó klinikai vizsgálatok megállapították a *Krompecher-féle Oriza*-ból 5 perces főzéssel kolloidalisan jól oldott tápanyagokban gazdadabb, könnyebben emészhető, jobban kihasználható nyákfőzet készíthető, mint ugyanolyan mennyiségű egyéb nyákalapanyagokból, rizs-, buza-, vagy zabőrleményekből több órás főzéssel. Ezen előnyös kolloid chemiai tulajdonságok folytán a csecsemőgyógyászatban tejhigitásra, valamint a hasmenések kezelésében gyógytáplálékul használatos nyákoldatok készítésére az *Oriza* használata a legcélszerűbb és leggazdaságosabb, mert a belőle készült nyák felel meg legjobban az idealis nyák követelményeinek.

Lapunk mai számához a Human Gyógyszerüzem kft., (Budapest, VI., Szondy utca 100.) *Vitarsan*-ról szóló ismertetését mellékeljük.

42—1938. ikt. sz. Sümeg község közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A m. kir. belügyminiszter 257.400—1937. sz. rendeletével kórházunk részére egy *kisegítő-orvos* alkalmazását engedélyezte. Az állásra pályázatot hirdetünk.

A kisegítő orvos alkalmazása csak egy évre terjed, ideiglenes jellegű, bármikor minden jogigény nélkül megszüntethető és végleges alkalmazásra jogalapot nem szolgáltat.

Javadalmazása havi 80 pengő, a kórházban természetbeni lakás, fütés világítással és élelmezés.

Szabályszerűen felszerelt kérvények Zala-vármegye alispánjának címezve, *1938 július 15-ig* hozzám küldendők.

A pályázathoz csatolandók: 1. születési bizonyítvány; 2 orvosi oklevél, vagy annak hiteles másolata; 3. hatósági erkölcsi bizonyítvány; 4. egyetemi leckekönyv és kórházi szolgálati könyvecske, 5. életleírás (curriculum vitae); 6. esetleges működési bizonyítvány.

Az alispáni kinevezés után a szolgálat azonnal megkezdendő.

Sümeg, 1938. június 9.

Aczél Elemér dr. s. k.
igazgató-főorvos.

Győr szab. kir. város Szentháromság közkórháza.

79. Ig.—1938. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Szentháromság győrvárosi közkórháznak *sebészeti-, bel- és ideg- (elme-) osztályán* megüresedett 1—1, összesen három *segédorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 300—1935. B. M. sz. rendeletben megállapított fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítással, valamint I. oszt. élelmezés, utóbbi az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében.

A kinevezés két évre szól, de alkalmasság esetén meghoszabbítható. Bentlakás kötelező, magángyakorlat nincs megengedve. Pályázhatnak nőtlen orvostudorok. A kérvények kétpengős okmánybélyeggel ellátva Polniczky Lipót Győr város és Győr-, Moson- és Pozsony k. e. e. vármegyék főispánjához címezve legkésőbb *1938. évi június 25-ig* közvetlenül, vagy posta útján a kórház igazgatóságához nyujtandók be.

A kérvényhez csatolni kell: 1. születési anyakönyvi kivonatot; 2. illetőségi bizonyítványt; 3. erkölcsi bizonyítványt; 4. orvostudori oklevél hiteles másolatát; 5. esetleges egyéb tanulmányi, vagy szolgálati bizonyítványokat.

Győr, 1938. június 8.

Petz Aladár dr. s. k.
egészségügyi főtanácsos.
kórházigazgató főorvos.

Streptococcus tenyészetben a haemolysis teljes hiánya tapasztalható para-aminobenzolsulfamid hozzáadása után. A streptococcus legártalmasabb toxinjának leküzdése, a haemolysin közömbösítése a fertőzések kórjóslatát lényegesen megjavítja. Ehhez társul, — Levaditi vizsgálatai szerint —, hogy a para-aminobenzolsulfamid akadályozza a streptococcusok tokképződését is és ezáltal azokat a phagocytosisra teszi alkalmassá. A Nigmával, a Dr. Wander-féle hazai para-aminobenzolsulfamiddal elért feltünően jó klinikai hatás ezekre a tényezőkre vezethető vissza. Nigma kup és tabletta alakjában kerül forgalomba.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

ORIZA A rizs tápanyagait változatlan mennyiségben tartalmazó **szárított rizsnyák**

a csecsemő-gyógyászatban tejhigitásra és gyógytáplálékul használatos rizsnyákoldatok gyors elkészítésére.

Közgyógyszerellátás terhére rendelhető. Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari Kft., Budapest, V., Nádor-utca 15.

ELEKTYL – CHINOIN tabletta

4- (4' -aminobenzolsulfamido)- benzolsulfondimethylamid, tablettánként 0·5 g

a gonorrhoea chemotherapiás gyógyszere

Enyhe helyi kezeléssel egybekötve a legjobb eredmények érhetők el!

10 tablettás eredeti phiola ára P 4·—
20 tablettás eredeti phiola ára P 7·50

Magyarországon 1938 május 29-től június 4-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis		Paratyphus		Dysenteria		Diphtheria		Scarlatina		Mening. Cerebrosp. e.		Poliomyelitis ac. ant.		Anthrax		Morbilli.	Varicella	Pertussis	Influenza complic	Malarina	Typhus exanth	
		Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mt	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	Mb	M
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	2	—	2	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	—	1	—	—
3. Baranya	251.834	2	—	—	—	2	1	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	2	9	—	—
4. Békés	337.414	1	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	5	17	—	3	—	—
5. Bihar	181.746	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	6	1	1	7	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	1	—	—	—	13	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	170	2	4	—	11	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	50	3	—	—	—	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	5	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	2	—	—
9. Fejér	231.470	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	56	5	8	—	1	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	34	—	—	—	1	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	20	3	6	—	4	—	—
12. Heves	323.712	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	1	—	—	2	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	1	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	2	—	21	4	5	—	2	—	—
14. Komárom-Esztergom	182.975	6	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	18	5	1	1	5	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	46	2	—	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	15	—	—	—	5	—	18	1	37	1	—	—	—	—	—	—	222	23	24	1	3	—	—
17. Somogy	390.794	1	—	—	—	1	—	6	1	3	—	—	—	2	—	1	—	35	2	1	—	39	—	—
18. Sopron	142.399	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	7	1	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	155	8	1	—	53	—	—
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	159.705	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	38	—	—
21. Tolna	265.884	5	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	52	—	6	—	—	—	—
22. Vas	272.599	3	1	—	—	—	—	2	—	14	—	—	—	—	—	—	—	62	—	6	—	1	—	—
23. Veszprém	248.310	1	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	29	—	45	—	3	—	—
24. Zala	369.469	1	—	1	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	9	11	4	—	17	—	—
25. Zemplén	149.916	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	1	—	—	35	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—
II. Budapest	1 051.895	6	—	—	—	2	—	30	1	76	—	—	—	—	1	—	—	301	54	16	1	1	—	—
III. Debrecen	125.368	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	5	8	—	5	—	—
IV. Győr	50.962	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	—	1	1	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	47	—	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	2	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	2	1	—	—
IX. Sopron	35.881	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	1	—	—	—	—	—
X. Szeged	139.702	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	18	1	1	—	1	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,991.179	64	4	7	—	35	3	96	3	191	1	—	1	5	1	4	—	1595	149	165	8	250	—	—
Medián 1937		55	4	3	—	24	2	171	7	182	2	1	—	2	—	3	—	635	109	154	5	72	—	—

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS

82. évfolyam. 26. szám. Budapest, 1938 június 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, MISKOLCZY DEZSŐ, VIDAKOVITS KAMILLÓ, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, HÜTTL TIVADAR, JENEY ENDRE

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Benedek László és **Juba Adolf:** Agyvelőgyulladással társult polyganglioneuritis. (627—630. o.)
Dózsa Jenő: A vese laphámrákja. (630—634. o.)
Pap Károly: Adatok a pajzsmirigy idült fajlagos gyulladásaihoz. (634—637. o.)
Kalo Andor: A chemotherapiás gyógyszerek a férfi-gonorrhoeában. (637—639. o.)
Vásárhelyi Béla: A Heine—Medin-kór dehydratiós therapiája. (639—641. o.)
Lajos Sándor: Klinikai tapasztalatok a „Citrin"-nel (P-vitamin). (642—643. o.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (101—104. o.)
Lapszemle: Belorvostan, — Sebészet. — Szülészet. — Szemészet. — Gyermekgyógyászat. — Orr-, torok-, gégegyógyászat. — Bőrgyógyászat. (644—646. o.)
Könyvismertetés: (646—647. o.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (647—648. o.)
Darányi Gyula: Iskolaegészségügyünk actualis kérdései. (648—649. o.)
Vegyes hírek: (650. o. és a borítólap III. és IV. o.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

Agyvelőgyulladással társult polyganglioneuritis.

Írták: *Benedek László dr.* és *Juba Adolf dr.*

A központi idegrendszer gyulladásos megbetegedései körében mindinkább nagy szerep jut a filtrálható virusok okozta bántalmaknak; az enkephalitis epidemica, a Heine—Medin-betegség, a lyssa, a herpes zooster egyaránt gyakorlatilag is igen fontos megbetegedések, melyek az említett formakörhöz tartoznak. Nagyban hozzájárul a virusbántalmak jelentőségének elismertetéséhez az, hogy a legdistalisabb idegrendszerterületekben, a környéki mozgató és érző neuron körében is ismeretessé váltak olyan kórformák, melyek klinikai — kórtani és kórszövettani tulajdonságaik alapján valószínűleg szintén a virusmegbetegedésekhez sorolandók. Így francia szerzők *(Beriel-Devic, Cruchet-Verger)* a „neuraxitisekkel" kapcsolatban az enkephalitis epidemica „peripheriás" formájától beszéltek; mások az azonosságot igazolva nem látták és *Marinesco--Draganesco,* különösen *Pette-Környey* önálló peripheriás kórformát állítanak fel, melyet azonban valószínüleg szintén filtrálható virus okoz. Ezen esetekben klinikailag jellemző lehet a bénulások Landry-szerű heveny felszállása, mely idültebb lefolyás esetén természetesen háttérbe kerül; szövettanilag fontos, hogy a környéki mozgató és érző neuron legkezdetibb szakaszai, vagyis a csigolyaközti duc és a gyöki ideg mindig súlyosan károsulnak, míg a környéki idegek ártalma másodlagos és kisebb fokú is lehet. Ezen ritka kórforma körébe tartozó eseteket ujabban többen leírtak, megemlítendő, hogy egyes hasonló esetekben a sérült szövetben bakteriumokat is ki lehet mutatni. *(Gärtner, Holländer—Karolini.)*

A fentiekből kiderül az, hogy ilyen polyganglionitisnek agyvelőgyulladással társulása rendkívül figyelemreméltó mozzanat, hiszen az enkephalitises összetevő klinikai, de főként kórszövettani elemzése választ ad arra a kérdésre, hogy jogos-e az epidemiás enkephalitis környéki formájáról beszélni, vagy pedig az önálló kórkép lehasítása és csak bizonyos csoportrokonság (virusbántalom) felvétele a helyes. Következő esetünk jelentőségét részben ebből a szempontból fogjuk kifejteni, részben pedig rámutatunk arra, hogy a klinikai pontos észleletek és a szövettani leletek közt milyen meglepő párhuzam áll fenn.

B. K. 47 éves gépkocsivezető, 1937 XII. 6-án vettük fel a klinikára. Háboru alatt typhus exanthematicus; 1937-ben ulcus ventriculivel állott kezelés alatt. Jelen betegsége 1937. X. 16-án kezdődött: kocsivezetés közben szédülni kezdett és kettősen látott. Később a lábai fájni kezdtek, gyengültek is az alsóvégtagok, úgyhogy járása fokozatosan romlott. Végül lábai már állás közben is összecsuklottak. Nehezen vizel, aluszékony. Láza állítólag nem volt.

Jelen állapot: Pupillák szűkek, egyenlők, szabályosak, direct és consensualisan azonnal kis kitéréssel reagálnak; összetérítés a beteg tudatállapota miatt nem vizsgálható. Ez az agyidegek vizsgálatát is megnehezíti, mindenesetre kétségtelenül értékelhető tüneteket kimutatni nem lehetett. Pulsus 108, egyenletes. Ágyban oldalt fekszik, nyakát hátraszegi, lábait felhuzza. Kifejezett tarkómerevség, *Kernig, Brudzsinsky* III. positiv. A csontok kopogtatása igen fájdalmas, érintések, helyzetváltoztatások ellen hevesen tilta. kozik. Ágyában bizonytalanul, ügyetlenül mozog, felkelési kísérletkor lábai támogatás ellenére is összecsuklanak. — Tricepsreflex m. o.: +. Biceps-, radialperiost-, ulnaris, has-, cremaster-, patella-, achilesinreflex m. o. hiányzik. Az érző kör a beteg állapota miatt alig vizsgálható. Erős spontan fájdalmakról panaszkodik, talán distalfelé fokozódó felszines hypaesthesia is fennáll. Szemfenék ép.

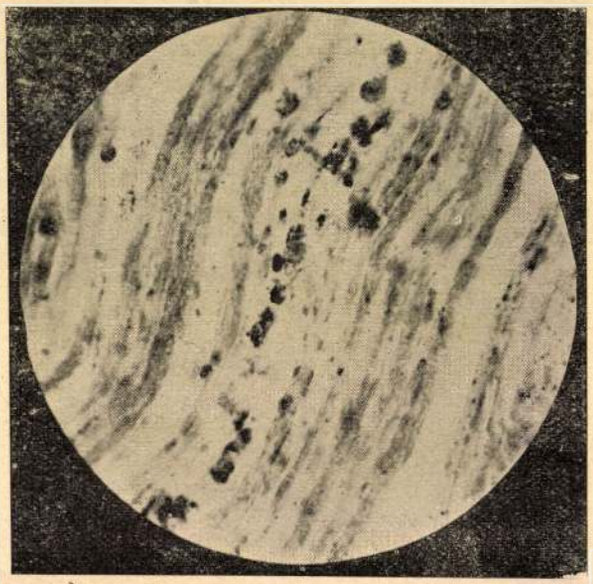
Beszéde elkent, nehezen érthető. *A klinikai észlelés kezdete óta állandóan alszik, vizsgálat alatt is, csak nehezen és időlegesen ébreszthető.* Térre, időre desorientált. Betegségének kezdetét, fő panaszait elmondja.

Vérben és liquorban Wa. r., vérben Meinicke r. és további praecipitatiós reactiók negativak. Liquor-sejtszám $^3/_3$. összfehérje 23 mg%, globulinreactiók negativak, kolloidreactiók értékelhető eltérést nem adnak. Vizeletben urobilinogen r. +; más eltérés nincs.

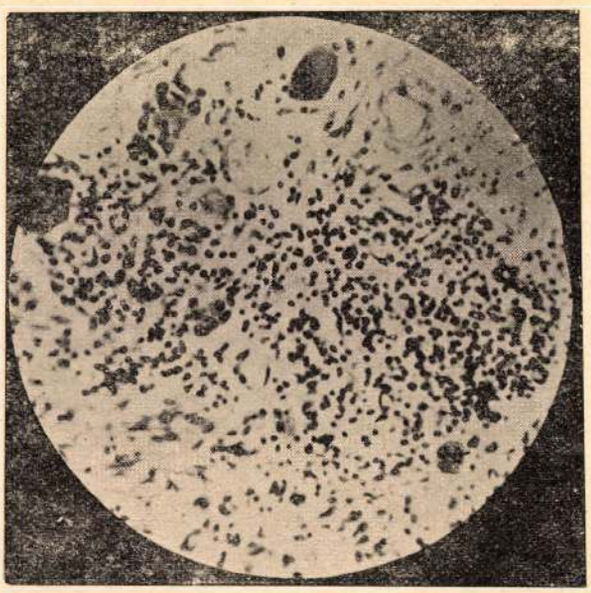
Kórlefolyás: A kezelés ismételt liquordrainageból, urotropin és germanininjectiókból, sajátvéroltásokból állott. Átmeneti javulás után hányás indul meg, felfekvés képződik, majd bronchopneumonia tüneteit észleltük és a beteg az erélyes szívtámogatás ellenére XII. 17-én szívgyengeség tünetei között meghalt. Betegségi tartama kb. 4 hét.

A boncolás passiv hyperaemiát, a szivizomzat elfajulását és kitágulását, továbbá bronchopneumoniát állapitott meg. A gyomorpylorus szűkült és beszürődött; a szöveti vizsgálat atypiásan burjánzó hámszövetet, carcinoma scirrhosumot állapitott meg.

Az idegrendszer szöveti vizsgálata: Az egyik nerv. ischiadicus zsírkészítményeiben kezdődő, de elég kiterjedt felöshüvelyszétesés mutatkozik, a szemcsesejtek nem egyszer kis hosszanti gócokat alkotnak (1. ábra.) Magfestéses készítményekben az idegnyalábok közti laza zsírszövet gerendáiban több, erekkel összefüggő lymphocytákból álló beszürődés látható. A csigolyaközti ducokban velőshüvelypusztulás nincs. Annál feltűnőbb a gyakran észlelhető beszűrődések jelenléte (2. ábra), melyek a ducsejtek közti laza kötőszövetben foglalnak helyet és összetételük a környéki idegben megállapitott infiltratumokkal egyezik. A ducsejtek maguk szintén nagyszámmal elfajultak; részint erős tigrolysis indult meg és a sejtmag oldalra szorult (következményes, retrograd sejtelváltozás: „primäre Reizung"), részint pedig a mag sötétre és egynemüre festődve zsugorodik, úgyhogy a tigriodszegény plasmától gyűrűszerű tér választja el. A gyöki idegekben sem elfajulást, sem beszűrődést nem láttunk; a gerincvelő burkai és fehérállományai épek, a szürkeállomány elülső szarvában foglalt mozgató ducsejtek nem egyszer retrograd jellegű elváltozásokban szenvednek.

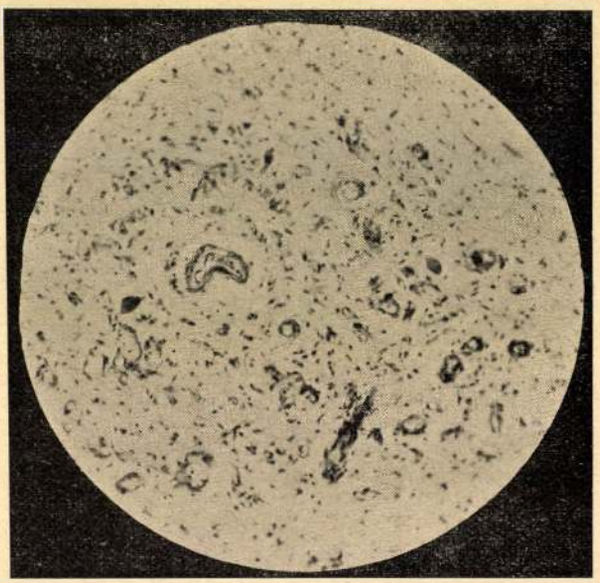


1. ábra. Velőshüvelyelfajulás a n. ischiadicusban. Herxheimer-festés. Mikrophotogramm. Nagyítás 260-szoros.

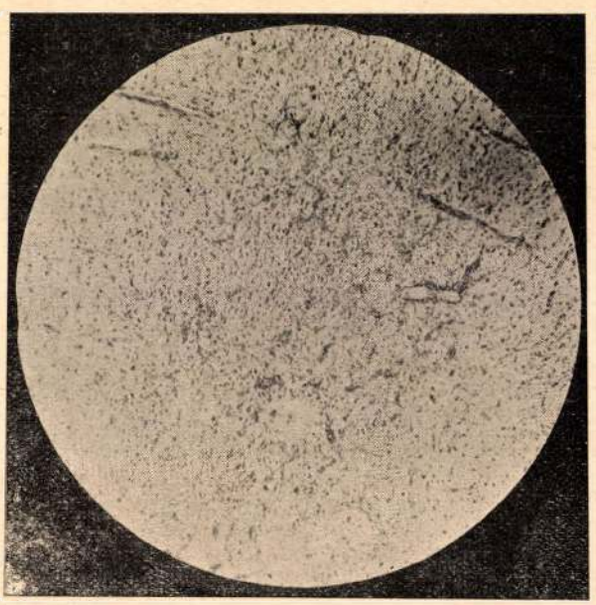


2. ábra. Kereksejtes beszűrődés a csigolyaközti dúcban Häm. eosin-festés. Mikrophotogramm. Nagyítás 260-szoros.

Újabb figyelemreméltó jelenségeket a nagyagyvelő területén láttunk. A negyedik agykamra fenekét alkotó szürkeállományban, különösen a dorsalis vagusmag területén gócszerűen a ducsejtek néhány sorvadt, vagy duzzadt példánytól eltekintve megsemmisültek és igen kifejezett gliaszaporulatnak adtak helyet. (3. ábra.), melyben a makroglia vezet, bár a mikroglia részvétele is fennáll. Feltünő, hogy az oligodendroglia az elpusztult ducsejtek helyét nem tölti ki, vagyis a koporsóképződés folyamata („Totenladenbildung", „neuronophagia") nem indult meg. Igen erős viszont a kötőszövetes elemek, az erek túltengése és burjánzása. Ezek az elváltozások a vagusmagon kívül a vestibularis magcsoport területén is kimutathatók és a hypoglosus magokat szabadon hagyva kevésbbé élesen elhatárolva a másikoldali vagus- és vestibularis vidéket is elpusztítják; ezen oldalon a mikroglia burjánzása helyenként sokkal feltünőbb. Elszórt érkörüli beszürődések. Teljesen hasonló folyamatot találtunk a thalamusok medialis-felső vidékén, a III. agykamra falában is, ahol a makrogliaburjánzás igen szembeugró. Érkörüli beszürődések a thalamusokban a gócon kívül, elszórtan is kimutathatók.



3. ábra. Érburjánzás és gliaszaporulat által jellemzett góc a dorsalis vagusmag területén. Nissl-festés. Mikrophotogramm. Nagyítás kb. 100-szoros.



4. ábra. Enkephalitises góc az alsó ikertelepekben; részletes magyarázat a szövegben. Nissl-festés. Mikrophotogramm Nagyítás kb. 30-szoros.

A fenti elváltozásoktól eltérő és nyilván fiatalabb, tehát később keletkezett gócképződést az alsó ikertelepekben láttunk. Már átnézetes nagyítással is feltűnik (4. ábra), hogy egy ilyen gócban a glia, elsősorban a mikroglia erősen felszaporodott és ezáltal lényeges sejttöbbletet idéz elő. Az erecskék külső rétegében beszűrődéses jellegű elemek is felbukkanhatnak, melyek talán magába az idegszövetbe is behatolnak. A dúcsejtpótló neuronophagiát itt sem találjuk meg. Az aquaeductus környéke és ennek a III. agykamrába átmenete, a nucl. ruberek határolta terület és — ami igen lényeges — a substantia nigra teljesen ép. Elváltozásokat a vizsgált kéregterületekben sem láttunk.

A klinikailag észlelt tünetek három csoportba oszthatók: a már kezdetben észlelt súlyos járászavar, majd a lábak összecsuklása miatti teljes állásképtelenség a mozgatórendszer bántalmára utal és az in-periost-reflexek kialvása már teljesen beigazolja azt a feltevést, hogy a környéki mozgató neuron szenvedett. Az érzőkör magatartását a beteg tudatállapota miatt pontosan vizsgálni nem lehetett; hogy defectusok itt is fennálltak, az a súlyos fájdalmakból és a gyanított distalis typusú hypaesthesiából kövekezik. Ezen környéki tünetekhez csatlakoztak a központi idegrendszer elváltozásaira utaló jelenségek is. A bevezető és látszólag igen jellegzetes kettőslátástól eltekintve elsősorban az álomébrenlét mélyreható zavaraira hivatkozunk, mely az egész megbetegedés legkimagaslóbb tünete volt: a beteg a klinikai észlelés folyamán — különösen kezdetben — éjjel-nappal, szinte állandóan aludt; ebből az álomból felkölthető és ilyenkor a kérdezővel az összeköttetést felveszi, magára hagyva azonban azonnal elalszik. Mindez olyan jellegzetes középagyi jelenség, hogy ezen második tünetcsoport alapján már az első rövid consilium is valamely enkephalitises folyamatra hívta fel a figyelmet. A harmadik tünetfajta az agyhártyaizgalom okozta jelenségekből, a jellegzetes fekvésből, a nagy érzékenységből és az ismert különleges jelekből állt, mindez a betegség előrehaladtával fokozatosan háttérbe szorult.

Az idegrendszer szöveti vizsgálata az átmeneti meningeális tünetektől eltekintve a többi jelenségek anatómiai alapját megtalálta. A környéki idegben lefolyó velőshüvelyelfajulás és beszürődés, a csigolyaközti ducok erősebb beszűrődései és a sejtes elemek megváltozása a környéki jellegű bénulásokat és a reflexek teljes kialvását, továbbá a súlyos spontan fájdalmak jelenlétét teljesen megmagyarázzák. Mindez amellett olyan vonásokat árul el, melyek a *Marinesco—Draganesco, Margulis,* de különösen *Pette—Környey* leírta és önálló peripheriás bántalomnak tartott polyganglioradiculoneuritisnek felelnek meg; már bevezetőleg említettük, szövettanilag ezeket az eseteket az jellemzi, hogy elsősorban a peripheriás mozgató és érző neuronnak a gerincvelőhöz közeleső szakaszai *(Pette—Környey* szerint különösen a csigolyaközti ducok) szenvednek és az elváltozások itt mindig igen mélyrehatók; ez pedig jelen esetünkben teljes mértékben fennállt.

A kórkép értelmezése tekintetében, minek lehetőségeire már szintén bevezetőleg utaltunk, rendkívül fontos az enkephalitises elváltozások elemzése. — Az egyes fiatalabb és előrehaladottabb gócok felépítésében nagy szerepet játszik a gliafelszaporodás és az érburjánzás; sokkal kevésbbé fontos az érkörüli beszürődés és teljesen hiányzik a ducsejtek „koporsóképződés" általi helyettesítése. Ha mindezeket *Spatz*-nak az enkephalitis epidemicára vonatkozó adataival vetjük össze, melyek szerint az enkephalitis epidemicában súlyos az erek beszűrődése és a nodulus-residualisok képződése is elmaradhatatlan, meg kell állapítanunk azt, hogy a mi esetünkben észlelt folyamat tulajdonságai enkephalitis epidemicának nem felelnek meg. Alátámaszthatjuk ezt azzal is, hogy itt az enkephalitis epidemica leggyakoribb, előszeretettel megtámadott pontjaiban, elsősorban a substantia nigrában semmilyen elváltozás sem volt, sőt az enkephalitises gócok elhelyezkedése inkább a „pseudoenkephalitisek" körébe tartozó Wernicke-féle polioenkephalitisre emlékeztetett; ez utóbbi szövettani formától a mi esetünket azonban a jelenlévő érkörüli beszőrédések teljes biztonsággal elkülönítik.

Abból kiindulva, hogy esetünk enkephalitises összetevőjében a járványos agyvelőgyulladás vonásait nem tudtuk felfedezni, az eset nosologiai hovatartozósága tekintetében azt mondhatjuk, hogy az enkephalitis epidemica *Beriel—Devic, Cruchet—Verger* értelmében felfogott környéki formájának felvételéhez támpontunk nincs; tehát előtérbe kerül az a lehetőség, hogy a szintén virusmegbetegedésnek tartott polyganglioneuritises kórforma ritka kiterjedésével állunk szemben, mely a jelen esetben szinte egy „neuraxitis" képét mutatja. Ez a feltevés azzal is igazolható, hogy újabban más, a gerincvelőben, tehát szintén elég peripheriásan meginduló virusmegbetegedésekben is hangsúlyozták azt (Heine—Medin kór: *Horányi—Hechst;* lyssa: *Schükrü —Spatz),* hogy a nagyagyvelő maga is részt vesz a fofolyamatban és enkephalitises összetevő szabályszerűen mindig kialakult. Vagyis ha polyganglioneuritissel kapcsolatban a központi idegrendszer magas szelvényeiben felszínre kerülnek elváltozások, az tulajdonképen a példaként említett classikus virusmegbetegedésekkel való csoportrokonság mellett szól.

A környéki mozgató és érző neuront a kezdeti szakaszaiban súlyosabban megtámadó bántalmakkal kapcsolatban eddig enkephalitist csak ritkán írtak ie. Közelálló jelenségeket említenek *Pette-Környey* egyik esetükben és valószínűleg ide tartozik *Pehu-Dechaume* esete is. Ez utóbbi szerzők észleletüket valódi enkephalitis epidemica peripheriás formájának tartják, bár ez nézetünk szerint leírásukból teljesen meggyőző módon nem igazolható. Természetesen nincs kizárva az, hogy az agyvelőgyulladásos jelenségeknek a környéki alapbántalomhoz csatlakozása a virusnak bizonyos járványonként módosuló tulajdonságaitól is függ; hiszen magánál az enkephalitisnél is ismeretesek egyes variatiók, melyeket „X-disease" (Ausztrália), „polnische Enkephalitis", „Schienenstangenkephalitis" (Bécs) néven ismerünk. Magyarországról is van olyan észlelet *(Benedek),* mely szerint egy kisebb alföldi epidemia eseteiteiben törvényszerűen súlyos formában hányás lépett fel, ami a nyúltagy különleges részvételére utal.

A szövettanilag kimutatható enkephalitises gócok közül a III. agykamra falának elváltozása teljesen megmagyarázza a súlyos alvászavart; hiszen agydaganatokkal, elsősorban azonban magával az enkephalitis epidemicával kapcsolatban tudjuk, hogy ennek a vidéknek az álom-ébrenlét szabályozásában nagy szerepe van és sérülései után góctünetként alvászavar jelentkezik. A bevezető kettőslátás magyarázata központi gócokkal nem sikerül, mert a szemmozgató magvak területén elváltozást nem láttunk. Elképzelhető azonban az, hogy a környéki idegfolyamathoz hasonló bántalom az agyidegek körében is létrejött („Polyneuritis der Hirnnerven") és átmeneti kettőslátást eredményezett. A teljesen negativ liquorlelet (fehérje-, sejtszámszaporulat, Guillain-féle „dissociation albuminocytologique" hiá-

nya) magyarázata talán abban rejlik, hogy itt az anergiás és pathergiás folyamatok vetélkedése igen nagy szerepet játszik és negativ irányú eltolódás következtében a liquor maga sem mutat lényegesebb reactiót.

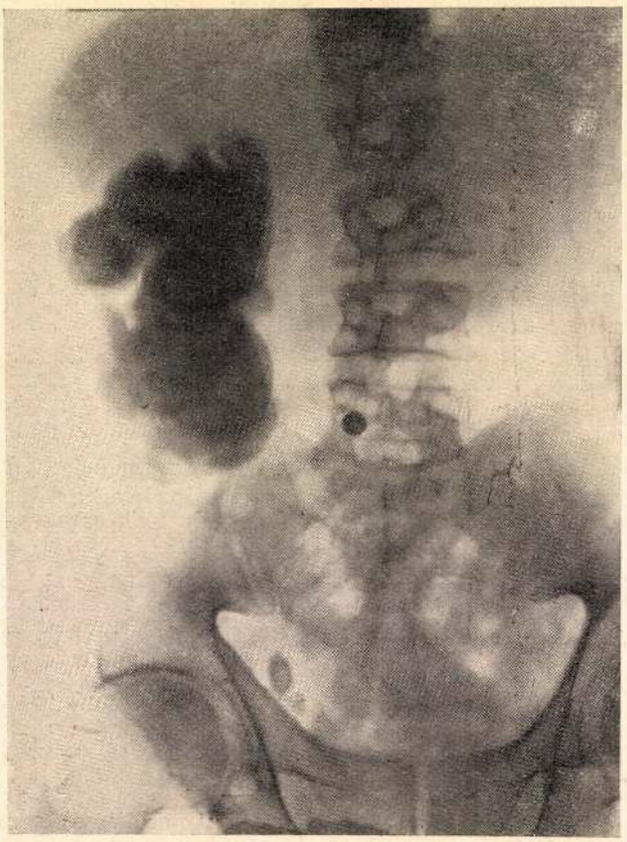
A Gróf. Apponyi Albert Poliklinika urológiai osztályának közleménye. (Főorvos: Dózsa Jenő egyetemi magántanár.)

A vese laphámrákja.

Irta: *Dózsa Jenő dr.*, egyetemi magántanár.

A vese tömör laphámrákja igen ritka. *Scholl* és *Foulds* a Mayo-klinika 15 éves nagy beteganyagából mindössze 5 esetet közöl; *Eiselsberg* 101 operált vesetumora közül csak 2, *Illyés* 131 operált vesedaganata közül csak 1 volt a vesemedencéből kiinduló laphámrák. *Gilbert* és *Macmillan* a világirodalomból összesen 57 esetet tudtak összegyüjteni. A legfiatalabb beteg (*Kischensky* esete) 32 éves, a legidősebb (*Hedenius* és *Waldenstrom* esete) 79 éves volt. A legtöbb beteg életkora az 5-ik decenniumra esik (57 esetből 28 = 49%). Nők és férfiak egyenlő arányban vannak képviselve.

Esetemet — melyben a vese laphámrákja ökölnyi kővel szövődött — a következőkben ismertetem:



1. ábra. Egyszerű Röntgenfelvétel. Jobb old.-t óriási, a vese alakját nagyjában utánzó vesekő; az ureter legalsó részében mogyorónyi és egy kisebb kő látható.

S. J. 60 éves szíjgyártó, 20 év óta érez jobboldali tompa vesefájdalmakat; vizelete azóta zavaros, évek óta időnkint véres is. 1 év alatt 10 kg-t fogyott. Kórházi felvételéig dolgozott.

A beteg nagymértékben sovány, fakó arcszínű, mellkasa lapos, idült hörghurutja van. Szíve ép. Megnagyobbodott májtompulata van, a máj széle jól tapintható. Jobb vese nagy ökölnyi, kőkemény, rögzült képletként tapintható.

Hólyagtükrözés: Vizelet erősen zavaros, benne sok geny. Idülten hurutos nyh. Bal u.-szájadék ép, belőle tiszta actio, jobb u.-nyílás tátongó, felhúzott, belőle törmelékes geny ürül.

Ureterkatheter baloldalt jól felvezethető, belőle rendes rhythmusban tiszta vizelet ürül, jobb oldalt a szájadék fölött 1 cm-re elakad, ezért a jobb oldal vizeletét hólyagon át fogjuk fel.

Indigocarmin (i. v.):

Bal oldalt	*Jobb* oldalt
4 perc m. halvány kék,	festékkiválasztás nem észlelhető.
5 perc m. intensiv kék.	
Bal △ = 1,62 vörösvértestek.	*Jobb* △ (hólyagon át) = = 0,58 rengeteg genysejt.

A kétoldali röntgenfelvételen jobb oldalt a II. és V. lumb.-csigolya közt a vese alakját nagyjában utánzó óriási kő erős árnyéka látható; az ureter kismedencei szakában egy mogyorónyi és alatta egy kisebb kő (1. ábra).

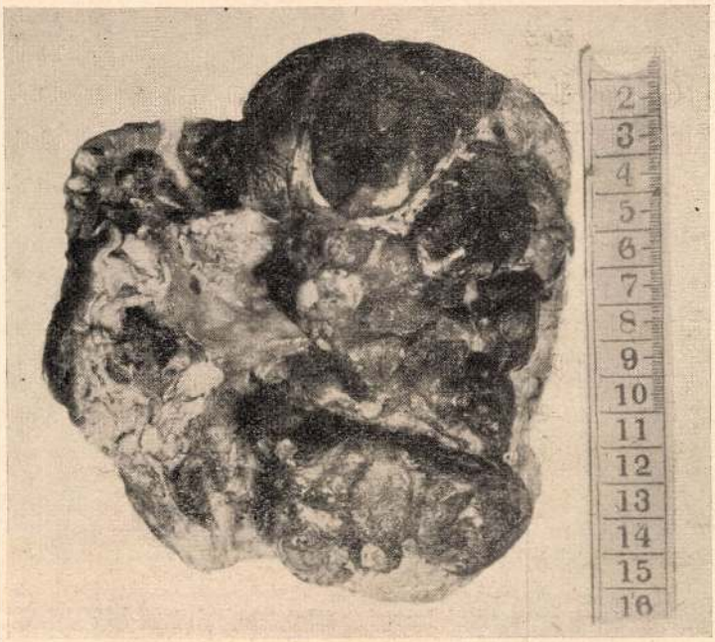
2. ábra. A kivett veséről készült Röntgenfelvétel, melyen jól látható a vesét kitöltő nagy kő és a körülötte megmaradt, helyenként papirvékonyságú veseállomány eltérő árnyéka.

A beteg *köves pyonephrosis* kórisméjével került műtétre. Paravertebralis érzéstelenítésben ferde lumbalis metszéssel tártam fel a vesét, mely környezetével szívósan összenőtt. A kiválasztást ezért mindjárt intracapsularisan végeztem, de így sem ment simán, mert a helyenként egészen elvékonyodott veseállomány gyakran beszakadt; de ott, hol a parenchyma vastagabb is volt, nem sikerült jó válóréteget kapnom s így a hylushoz való eljutás elég nehezen ment. A merev, heges szövetbe ágyazott, ujjnyi vastag ureter kikészítése, lekötése és átégetése után, ennek mentén felfelé haladva sikerült a sklerotikus zsírtömegben levő edényeket kocsányosítani s a vesét eltávolítani. Szádlás, sebzárás.

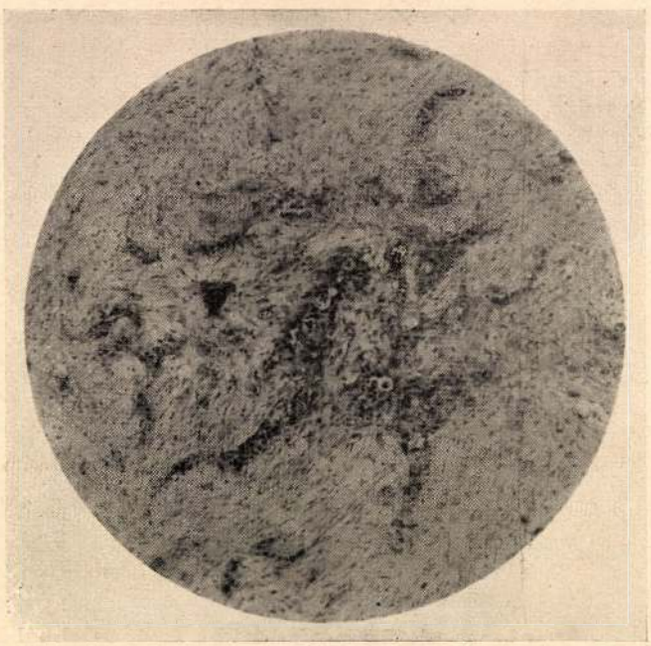
A *kivett vese* majdnem kétökölnyi, dudorzatos, súlya 750 gr. A praeparatumról készült röntgenfelvételen jól látható a vesét kitöltő nagy kő és a körülötte megmaradt, elvékonyodott, egyes helyeken csak papírvékonyságú veseállomány eltérő árnyéka (2. ábra). A vesét felmetszve, az állomány helyét nagy barna kő foglalja el, melynek nagysága 15x7x5 cm. A megmaradt szívós parenchymán a vese normalis rajzolata sehol nem ismerhető fel, de helyenként lencsényi-babnyi, szürkésfehér tömött területek láthatók. A pyelum nyh.-ja helyenként igen megvastagodott és leukoplakiára jellemző opál elszíneződésű (3. ábra).

Szövettani vizsgálat végett *Korényi dr.* a vese különböző részeiből készített metszeteket. Ezek eléggé érdús kötőszövetbe ágyazott különböző alakú és nagyságú sejtfészkeket mutatnak. A sejtfészkeket polymorph kerek, hosszúkás és polygonalis sejtek képezik, melyek magoszlásos alakokat

is tartalmaznak. Helyenként a stroma vékony csíkok alakjában mutatkozik s a daganatsejtek között leukocyták és lymphocytákból álló beszűrődés is látható. A kis nagyítással fotografált metszetrészekben (4 ábra) a vese rendes szöveti képe sehol sem ismerhető fel. A metszet alapvázát hosszúkás, ovális, világos magvú kötőszövetisejtek alkotják, itt-ott néhány lymphocytával és néhány tágult, vértestekkel telt capillárissal. E kötőszövetes vázban kisebb-nagyobb sokszögletű, szabálytalan alakú, sötét, chromatindus magvú hámsejt-fészkek láthatók, melyeknek sejtjei atypiát és polymorphismust mutatnak. Az erős nagyítással fotografált metszetrészlet (5. ábra) az előbbi metszet központi részét



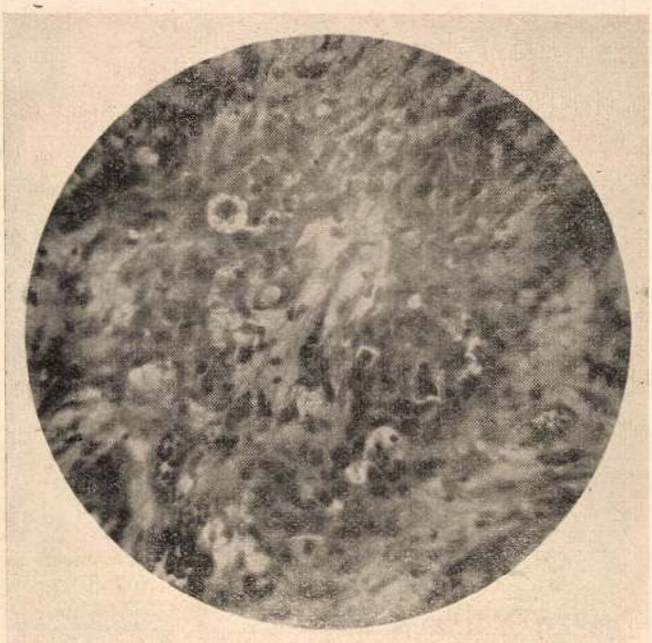
3. ábra. Az eltávolított vese Jobb old.-t a nagy kő, középütt a leukoplakiásan elváltozott pyelum, bal oldalt rákos göbök a veseállományban.



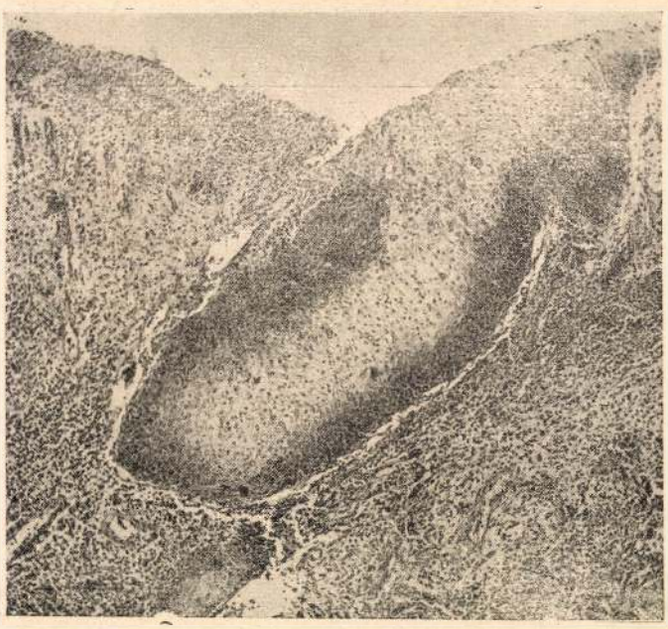
4. ábra. Mikrophotogramm a laphámrákról (kis nagyítás).

tünteti fel. Itt is jól láthatók a tág érlumeneket tartalmazó kötőszövetes vázba beburjánzó nagy, el nem szarusodó laphámrákfészkek, az előbb említett összes tulajdonságaikkal. A következő metszet ill. az erről készült mikrophotogramm, a vesemedence egyrészét és az alatta lévő szöveteket mutatja. (6. ábra). A metszet bal oldalán a pyelum ép nyálkahártyája látszik s ennek megfelelőleg a felszint többrétegű hámsejtek borítják. Jobb oldalt hosszú, vaskos hámcsap nyulik a felületről a mélyebb rétegek felé, melynek felszinén valamint tengelyi részében a sejtek elszarusodása,

hyperkeratosisa mutatkozik. Ez a rész a pyelum-nyálkahártya egy részének felel meg, melynek hámja, — minden valószinüség szerint, a kő hosszas nyomása folytán szenvedte el ezt az elváltozást, mely prosoplasiás metaplasia utján a hám jellegét megváltoztatta s melynek folytán a pyelum-nyálkahártyájának uroepithelje elszarusodó laphámmá alakult át. *(leukoplakia)*. A leirt hámcsap alatti laza kötőszövetben sokszögletű szabálytalan alakú, chromatindus magvú hámsejtek láthatók, melyek kettesével, hármasával, ill. többesével állanak és hámfészkekre emlékeztető képződményeket alkotnak. E hámsejtek nagy mértékben elfajultak, határozott atypiát és polymorphismust mutatnak és úgy



5. ábra. Mikrophotogramm a laphámrákról. Erős nagyítás az előbbi metszet központi részéből.



6. ábra. Mikrophotogramm a pyelumfal egy részéből és az alatta fekvő rákosan elfajult szövetrészről. Bal old.-t a pyelum ép nyálkahártyája, jobb old.-t mélybenyomuló hámcsap hyperkeratosissal (leukoplakia), alatt a leukoplakia átmenete laphámrákba.

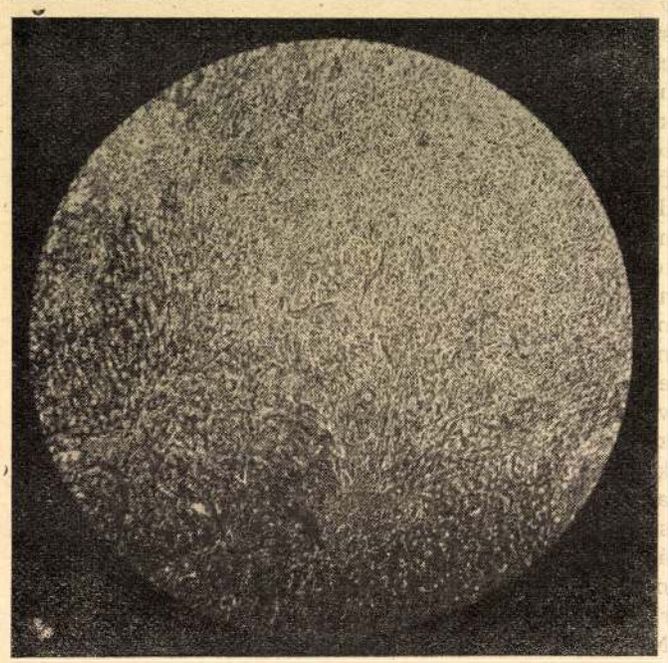
tünnek fel, mintha az előbb leirt hámmetaplasiából levált és daganatosan elfajult, tovaburjánzó hámsejtek lennének. A leirt képződmények körül laza és eléggé sejtes kötőszövet teszi az alapállományt, mely apró, vérrel telt érlumeneket tartalmaz, vmint leukocytákkal, lymphocytákkal, eosinophyl-sejtekkel erősen beszűrődött; ezek a fehérvérsejtek a metaplasiás hámpapilla sejtjei közé is bevándoroltak. Az ettől még mélyebbre eső szövetrészlet már a 4. és 5. ábrán

ismertetett typusos *laphámrákot* mutatja. *A szövet kórisme* ezek alapján *carc. planocellulare*, ami természetesen megmagyarázza azt is, hogy a vese intracapsuláris kihámozásánál miért nem kaptam jó válóréteget a daganatnak a tokfelé terjeszkedő burjánzása következtében.

Műtét utáni lefolyás: az első héten csak kis hőemelkedések, jó közérzet. Diuresis napi 1000 g körül. Második héten nagy lázak, kétoldali bronchopneumonia. A seb per primam gyógyult, csupán hátul, a szádló helyén ürül bő sebváladék. A második hét végén szívgyengeség tünetei közt meghal.

A *kórbonctani lelet:* pleuritis fibr.- purulenta l. d. Bronchitis, bronchiolitis purulenta. Bronchopneumonia cat. disseminata partim absc. lob. inf. pulmonum. Carcinoma hepatis metastaticum. Deg. parenchym. myocardii.

A májáttételből készített metszetek képe a vesedaganat szöveti képéhez hasonló. Itt is megtalálhatók ugyanazok a polymorph daganatsejtekből álló rákfészkek, mint a vesetumorban (7. ábra).



7. Mikrophotogramm a májáttételből. A metszet alsó részén az ép májszövet — felső részén a rákos áttét látható.

A vesemedencéből kiinduló rákos daganatok közt a bolyhos rák sokkal gyakrabban fordul elő mint a tömör laphámrák. Ellentétben az előbbi karfiolszerű külsejével, utóbbi különösen a kezdődő szakban gyakran a pyelum egyrészének vagy valamely kehelyfal leukoplakiaszerű megvastagodásában nyilvánul meg és az esetek meglehetős nagy számában elszarusodást tüntet fel. A leukoplakia tumor-vonatkozásaival sokan foglalkoztak. *Patsch* sorozat-metszetekkel tanulmányozta a kérdést és minthogy a leukoplakiából a rákba átmenő alakokat talált, a leukoplakiát praecarcinomás állapotnak tartja. *Kurzmann* 67 leukoplakia-eset közül 12%-ban talált összefüggést a két kórforma közt és ezért azt hiszi, hogy a leukoplakia a rák előfutárja. *Kretschmer* hasonló értelemben nyilatkozik és a leukoplakiát a rák előszakának tartja oly szervekben, ahol ez a hámféleség rendes körülmények közt nem található. *Lavonius* 24 vesemedence- leukoplakia mellett 8 esetben talált egyidejüleg laphámrákot. *Borza, Illyés* által operált 3 esetben talált átmenetet a leukoplakiából rákos elfajulásba és typusos laphámrákba. Mindezek dacára leukoplakiában nem mindig kell rákképződésnek előállnia és ép ezért nem szabad a leukoplakiát minden esetben a rák előszakának tekinteni *(Corsdres-Häckel)*. Azonban kétségtelenül kell számolni avval, hogy a leukoplakia, mely physiologiailag prosoplastikus metaplasia, később gyakran laphámrákba megy át.

A pyelum laphámrákja később a vesébe is benyomul. A vesemedence és ureterfala a rákos beszürődéssel szemben egy ideig meglehetősen ellenállóképesnek mutatkozik, amit talán folytonos peristaltikus mozgásuknak köszönhetnek. A vesében magában, a rákos burjánzás sokkal gyorsabban halad előre és — a hypernephroma éles elhatároltságával ellentétben — rendszerint diffus módon. A rákos burjánzás szövettanilag három uton történhet: a nyirokutakon, húgyutakon vagy a vérpályán. Tulnyomó a nyirokutakon való terjedés, mellyel kapcsolatban a vesében nyirokpangás és interstitiális lymphocyta-beszűrődés áll elő *(Frank* és *Gruber)*. Ritkább a húgyutakon történő burjánzás, amikor a ráksejtek a húgycsatornácskákban nőve érik el a *Bowman*-tokot *(Grauhan)*. A vérpályán való terjedéskor a rák a vese finom edényeit követi s ezeket tölti ki *(Handon* és *Alter.) Rabinovitch* oly esetet közöl, ahol a laphámrák sejtjei az arteria renalist teljesen elzárták és a vesének tumorral együtt való elhalására vezettek. Természetesen a rák tovaterjedésének említett különböző utjai csak addig különböztethetők meg, mig a rákos burjánzás nem tulságosan előrehaladott s az egész vesét még nem vonta a folyamatba. Később a rák a vese saját tokját is áttöri s beleburjánzik a vesekörüli szövetekbe. Amig tehát a bolyhos rák rendszerint a vizeletfolyás megakadályozása folytán a pyelum és kelyhek fokozatos tágulása által hydronephrosisra vezet s ily módon teszi tönkre a vesét anélkül, hogy abba mélyebben bele burjánzana, a laphámrák daganatosan beszüremíti az egész veseállományt s így pusztítja el a vesét.

Ami az *áttétel* képzést illeti, a bolyhos rák, különösen a keskeny kocsányuak, inplantatiós-metastasisok létrehozásával terjednek a húgyvezetékre, sokszor a hólyagra is s a távoli szervekben később s ritkábban okoznak áttételeket. Ezzel szemben a *laphámrák* nagymértékben hajlamos a nyirok és vérpálya utján távoli áttételek létrehozására és hozzá sokkal *korábban* mint a bolyhosrák vagy a hypernephroma. Némelykor a távoli szervek áttételei korábban mutatkoznak mint maga a vesedaganat s ilyenkor azok utalhatnak az egyelőre rejtve maradt vesedaganatra. *Fruchaud, Busser* és *Méraud* esetében a combcsont condllusában megjelent tyuktojásnagyságú tumor a később felfedezett veserák áttételének bizonyult.

Ami a *vesedaganatnak kővel való szövődését* illeti, a két baj együttes előfordulását ritkán látjuk, mind a vesedaganatok nagy többségét kitevő hypernephromák, mind a vesemedence bolyhos daganatai esetében. — Előbbiekben a kő magját a tumoros veséből származó s a pyelumban megakadt véralvadék képezheti, melyre kőhajlam esetén a kicsapódó húgysók rárakodnak. A bolyhos daganatok kapcsán előforduló kövek gyakoriságával a „gyógyászat"-ban s a „Zeitschrift für Urol. Chirurg." 1927.-ben megjelent dolgozataimban foglalkoztam. Az irodadomból akkor összegyüjtött 80 eset közül, mindössze 2.5%-ban találtam meg a kővel való szövődést. Ha figyelembe vesszük azt, hogy tumoroknál a kövek leszakadt bolyhoknak, vagy magának az egész daganatnak incrustatiojo folytán képződhetnek és így másodlagos kövekkel állunk szemben, világos, hogy a kövek a bolyhos-rákok okozásában nem nagy jelentőséggel binak.

Sokkal gyakrabban látunk kőképződést a vese laphámrákja kapcsán és egészen feltünő, hogy az irodalomban közölt *veselaphámrákok nagy része kővel együtt fordul elő.* A *Mayo*-Klinikáról *Scholl* és *Foulds* által közölt 5 eset közül 4 szövődött kővel. *Gilbert* és

Macmillan által a világirodalomból összegyüjtött 57 eset közül 30 esetben (56.3%) volt a laphámrák mellett kő a vesében. Éppen ez a nagy százalékú együttes előfordulás terelte a figyelmet arra a feltevésre, hogy köztük valamelyes összefüggés lehet s jogosan gondolták, hogy a kő okozta chronicus izgalom és fertőzés a daganat képződésében szerepet játszhat. — Ami a laphámráknak a vesében való keletkezését ill. ennek *aetiologiája* ép oly ismeretlen, mint a többi rosszindulatú tumoré. Azt a tényt azonban, hogy a vese laphámrákjának több mint a fele kővel együttesen fordul elő, még sem hagyhatjuk figyelmen kivül. Az idegentest által fenttartott idült gyulladás mint ismeretes, gyakran vezet a vesemedence nyálkahártyájának hyperplasiájára, majd metaplasiájára és *leucoplakiára*, minthogy ezt kő esetén sokszor látjuk. Azt már említettük, hogy a vesemedence laphámrákja gyakran a leucoplakiából indul ki s ez a malignus elfajulás sokszor kétséget kizáróan követhető és ellenőrizhető. *A kő és leukoplakia* ebben az értelemben tehát *daganatképződésre való hajlamot* jelentenek és ép ezért sok szerző a *vesemedence tömör laphámrákjának keletkezése terén a kőben jelentős oki tényezőt lát s a laphámrák keletkezését a kőmegbetegedésel okozati kapcsolatba* hozza. Az az időpont melyben a kő mellett a rákképződés megindul, természetesen nem állapítható meg, de az esetek egy részében, hol a kő évek, sőt évtizedek óta megvolt a vesében és emellett a rák még nincs nagyon előrehaladott szakban, feltehető, hogy a rákos burjánzás a kő mellett csak később indult meg.

Köveknek és egyébb idegentesteknek a vesemedence nyálkahártyájára való hatását kisérletben is megfigyelték. *Bruni* tengerimalacokon és patkányokon, cement és kátránygolyócskáknak a vesemedencébe való bevarrásával, bizonyos elváltozásokat tudott létrehozni, de 100 napos megfigyelési idő alatt sem sikerült daganatkeletkezést észlelni, csupán gyulladásos és hyperplastikus elváltozásokat. *Pack* és *Buzzanka* hasonló eljárással kisérleti állataik felében szintén epithelhyperplasiát találtak, egyes eseteikben réteges laphámképződéssel, mely azonban elszarusodást és destruáló növekedést nem mutatott.

Másrészt kétségtelen az is, hogy a vesemedence rosszindulatú tömör daganatai, — a kőbetegség mindennapos, gyakori előfordulása ellenére, — elég ritkák. *Fedoroff* 350 vesekő esete közül mindössze kétizben látott egyidejű vesemedencerákot. *Illyés* 962 vesekő esetében csupán 1 izben volt laphámrák. Hasonló az arány más szerzők beteganyagában is. Ez adatok szerint a kő által fentartott chronikus izgalomnak és gyulladásnak nem szabad nagyobb szerepet tulajdonítani a vese rosszindulatú epitheliális daganatainak képződésében. Itt csupán arra óhajtom a figyelmet felhivni, hogy a laphámrák gyakran hosszasan fennálló köves pyonephrosisok és hydroneprosisokban fordul elő (*Felber, Keynes, Haslinger, Boven* és *Benett, Price, Woodhouse, Warterworth, saját esetem* stb.) és éppen ezek a tönkrement vesék ritkán kerülnek szövet vizsgálatra, mivel az elpusztult veseparenchyma részéről különösebb mikropathológiai vizsgálati eredményt nem várunk. Talán ezen eseteknek histologiai ellenörzése a jövőben erre vonatkozólag több adatot fog szolgáltatni.

Minthogy a vese laphámrákja kőképződés nélkül is előfordul, továbbá mivel az okozati összefüggés a két betegség közt sem bizonyított, a daganat aetiologiája eddig ismeretlen s keletkezésének feltételeit még homály fedi. Nem ismerjük még azokat a tényezőket, melyeknek hatása alatt a vesemedense uroephithelje laphámmá alakul át, sem azokat, melyeknek következtében ez némelykor leukoplakiává, máskor laphámrákká változik át. Hogy mennyire játszik itt szerepet a belső elválasztás és mennyire vannak összefüggésben hormonalis factorokkal, azt a jövő fogja tisztázni. *Verebély, Borza* ezirányú megfigyelései alapján már is rendelkezünk ideutaló adatokkal.

A vesében fejlődő laphámrák *műtét előtti kórisméje*, különösen a kezdődő esetekben, amikor a rák még csak a pyelum vagy valamely kehely egyrészére lokalisálódik, nem könnyű, sokszor lehetetlen. A betegség ebben a szakban igen gyakran tünetnélküli. A *haematuria* is a többi vesetumorhoz (hypernephroma, bolyhos tumorok) viszonyítva sokkal *ritkább* és *aránylag később* jelentkezik. Gyakran gyomor panaszok vannak előtérben a csekély uropoetikus tünetekkel szemben. Éppen ezért a vese laphámrákja rendszerint csak később kerül kórismézésre. A *pyelographia*, — még kő nélküli esetekben, — sem ad mindig jellegzetes képet, legkevésbbé a rák kezdetén. De még a mérsékelten előrehaladottabb folyamatokban is, a daganat diffuse beszüremitő növekedése folytán sem torzítja s nem dislokálja oly korán és kórjellegzően a pylumot és kelyheket, mint a hypernephroma. A kővel szövődött esetekben a pyelogrammon látható elváltozásokat könnyen a kő, ill. az ezáltal okozott veseelváltozások következményeinek tarthatjuk. Nem kórismézhető előre a daganat természetesen oly esetekben sem, hol az — mint esetemben — a nagy kő által elsorvasztott keskeny vesekéregben foglal helyet. A műtét előtti kórismét kővel társult esetekben rendszerint kőre teszik, kevesebbszer gondolnak kő mellett tumorra is a a feltárás előtt. Legtöbbször kő miatt történik a sebészi beavatkozás is s csak pyelum vagy a veseállomány valamely malignitásra gyanús részének kimetszésénél s ennek szöveti vizsgálatakor derül ki a rák, ha egyáltalában gondolnak szövettani ellenőrzésre. Nem egy esetben megtörtént, hogy csak a követ távolították el s a vese rákos voltát csak a másodlagos nephrektomia tisztázta (*Battle, Albrran* és *Imbert* esete). — Olyan esetet is közöltek, hol az eltávolított köves vese, rákos voltára csak a műtéti hegben megjelent tumor-kiújulás hivta fel a figyelmet. Ilyen *Keynes* esete, melyben korallkő miatt történt nephrektomia. Az eltávolított szerv a fertőzött köves hydroneprosis képét mutatta; szövetvizsgálat nem történt. A gyógyultnak vélt beteg nemsokára a genyedő sebben keletkező daganattal jelentkezett. A korábban kiirtott vese gyanus részeinek szöveti vizsgálatakor ezuttal megtalálták a laphámrákot. A nephrektomia után 3 hónap mulva elpusztult betegben a vese helyén képződött gyermekfőnyi daganatkiújulást és a távoli szervekben is rákos áttéteket találtak. — *Potts* esetében gesztenye nagyságú vesekövet távolítottak el nephrotomiával. A műtét utáni sipoly nem zárult és a beteg két év mulva senyvedésben el pusztult. Boncoláskor a vesét hatalmas fibrosus tömegbe találták beágyazva, a vesemedencében és kelyhekben jellegzetes laphámrák volt kimutatható. — Hosszasan fennálló vesekövek esetén tehát erre is gondolnunk kell s ott, hol a vese szöveti elváltozását ill. malignitásra a legkisebb gyanú felmerül, *kimetszés és szöveti vizsgálat* végzendő a rák kiderítésére. A közölt esetek nagyrészében a betegek köve már rég megvolt, valószinüleg sokkal régebben, mint a hogy a rákos burjánzás megindult. A kő korai eltávolításával talán a daganatképződés elkerülhető lett volna. — Számolva azokkal a szomorú következményekkel, melyekkel a kőhöz szövődött rákos folyamat jár, s látva a min-

dennapi gyakorlatban a szövődménymentes vesekövek műtéti eltávolításának aránylagos veszélytelen voltát, kétségtelenül helyesnek kell tartanunk azt a felfogást, hogy az önkényes távozás lehetőségén túlnőtt köveket idejekorán eltávolítsuk, vagy legalább túl hosszú időre a vesében bent ne hagyjuk. Vannak sajnos kőrecidivára nagymértékben hajlamos egyének, kiknek szerencsétlen, egyéni köves konstitutiojuk folytán vesekövük eltávolítása után, — minden diatetikus, medicinalis és életrendi szabályozás ellenére, — elég gyorsan ujraképződik. Ezeken kétségtelenül nehéz a segítség. Viszont sok beteg van, ki a kőtől való megszabadulás után hosszú időre, nem egyszer véglegesen megszabadul nemcsak a kő okozta subjektiv kellemetlenségektől, a kőhöz gyakran társuló következményes vesepusztulástól, hanem a kőnek a daganatra hajlamosító említett hatásától is, melyet a kő mellett nem ritkán látható leukoplakia rejt magában.

Ami a veserák gyógyítását illeti, fő a korai beavatkozás, a vesének *lehetőleg idejekorán* való eltávolítása. Tudva azt, hogy a pyelum falát áttörő laphámrák hamarosan beburjánzik a vesébe s azt, majd környezetét beszüremíti, ennek nem szabad időt engedni. A veserák miatt végzett *nephrektomia* rossz hirnevének oka nem a nagy műtéti halálozásban, hanem a *reciditivák gyakoriságában* rejlik. Ez természetesen főleg azokra az esetekre áll nagymértékben, melyek későn kerülnek műtétre, de kisebb-nagyobb mértékben a laphámrák kezdeti szakát meghaladó esetek mindegyikére is.

Tekintettel a vese laphámrákjának nagyfokú rosszindulatúságára, gyors terjedésére, a távoli szervekben korai matestasisokat okozó nagy hajlamosságára, a prognosis is nagyon rossz. Ezt mutatják *a Mayo*-klinika adatai, melyek szerint az 5 operált beteg közül 4 már a neprektomiát követő néhány hónap alatt elpusztult s csak egy maradt ½ éven túl tünetmentes. *Swift*, — ki az 1933. londoni nemzetközi urologiai nagygyülésen a világirodalomban addig előfordult 50 veselaphámrákról számolt be, — a *végleges gyógyulást kivételnek* tartja. Ezt magyarázza: a laphámrák kórismézésének körülményessége, a kővel szövődött esetekben, csupán a kő eltávolítását célzó conservativ műtétek és az a tény, hogy mikor a *laphámrák kórismézésre és műtétre kerül, rendszerint már elkéstünk a teljes eltávolítás lehetőségével. Gilbert* és *Macmillan* által összegyüjtött 57 eset közül egy sem szerepel 5 évet meghaladó gyógyulással. S épp ezért ha *Cathelin* ki is emeli az 1930. francia sebész-congressuson a sebészeknek a rák gyógyítása terén elért szép eredményeit, — amiről szerinte a rákegyesületek és intézetek szeretnek megfeledkezni, — ha szerinte a sebészet százszor annyi rákesetet is gyógyít meg, mint a rádium- és röntgensugarak, — melyekben nem bízik túlságosan, — ha szerinte nem is szabad bevinni a köztudatba, hogy a rák gyógyításában nem a sebészi beavatkozás, de a sugaras-kezelés az eredményes gyógyító tényező: a vese laphámrákja terén mégis erre vagyunk utalva, még az idejében elvégzettnek látszó gyökeres műtétek után is.

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

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

Adatok a pajzsmirígy idült fajlagos gyulladásaihoz.

Irta: *Pap Károly dr.* műtőorvos.

A gümőkór, bujakór és sugárgomba-betegség a pajzsmirigy ritka elváltozásai közé tartozik.

Rockitansky még azt tanította, hogy a pajzsmirigyben a gümőkór egyáltalában nem fordul elő. *Albers* 1847-ben köles-gümőkóros beteg boncolásakor a pajzsmirigyben gümőket talált. *Chiari* pedig 1878-ban észlelt először nagyobb sejtes gócokat.

A bujakór még ritkább. *Demme* 1878-ban örökléses bujakóros pajzsmirigyében gummát talált, szerzett bujakórban pedig 1882-ben *Navratil* látott először.

A legritkább a pajzsmirigy *sugárgombája*. A számomra hozzáférhető irodalomban egy esetet találtam, melyet *Köhler* írt le.

Az említett szerzők óta számosan ismertettek pajzsmirigygümőkórt és gummát, de máig sem alakult ki a pajzsmirigy e betegségeinek egységes képe. Klinikánkon 16 év alatt 3 pajzsmirigygümőkórt észleltünk. Egyik esetben sem gondoltunk gümősségre. Az első kettőn semmi erre utaló tünet nem volt. A harmadiknak már volt ugyan gümőkórra utaló elváltozása (meszes gócok a tüdőben, köteges csúcsok), azonban az első műtétkor eltávolított golyvában a leggondosabb szövetvizsgálattal sem lehetett gümős elváltozást felfedezni, s azt csak később kiújult golyvában észleltük. Hasonló esetet, mikor a gümőkór a kiujult jóindulatú golyvában jelentkezett, az irodalomban megemlítve nem találtam.

Eseteink röviden a következők:

1. N. J.-né 26. é. 1 hónap előtt nyakán fájdalmatlan daganat keletkezett. Az előzményben gümőkórra utaló tünet nincs, tüdeje felett eltérést nem találunk; mellkasröntgen sem kóros. Hasi szervei épek A nyak elülső részén a pajzsmirigy középső lebenyének megfelelően a szegycsont vájulatáig leérő, zölddiónyi, feszes, nyomásra mérsékelten érzékeny terimenagyobbodás. Basedowos vagy myxoedemás tünetek nincsenek. Alapanyagcsere +31%. Gégetükrözés: a légcső a felső gyűrűporcnak megfelelően kissé bedomborított. — *Műtét:* A középső lebenyben kb. kis almányi tömlős daganat. A megnagyobbodott jobb lebeny metszéslapja a kolloid golyva képét mutatta. A tömlő megnyitásakor kolloid anyag ürül.

Kórszövettani lelet (*Orsós F.* prof.): A pajzsmirigyrészlet különböző nagyságú, helyenként tömlősen tágult mirigyürökből áll. A közti állomány helyenkint kolloiddal, más helyen véresen beszűrődött. Részint a pajzsmirigy tokjában, de főleg annak közti állományában több gümő. A tokban különböző nagyságú, főként fiatal fibroblastgümők mutatkoznak. Némelyekben Langhans-typusú óriássejt is látható. A golyva szövetében lévő gümők általában csoportosak, főként reticulum-sejtekből állanak. Egyesekben igen sok a vándorsejt. A gümők határ nélkül mennek át a a szomszédos vándorsejtesen beszűrődött állományba. *Kórisme:* struma colloides, tuberculosis.

Elsőleges sebgyógyulás.

2. Sz. J.-né, 38 é. 1 év óta nő a nyaka, főleg a baloldalon. 3 hét óta légzési, nyelési nehézségek. Mellkasi és hasi szervei épek. A nyak elülső részén baloldalt tojásnyi, jobboldali diónyi, laposan elterülő, tömött tapintatú, a nyelőmozgásokat követő, kissé érzékeny terimenagyobbodás. Basedowos, vagy myxoedemás tünetek nincsenek. Alapanyagcsere +12%. *Röntgen:* a tüdő ép, a légcső kissé jobbra tolt. Gégetükrözés: a légcső fala balodalt a felső szakaszon bedomborodott. — *Műtét:* Mindkét lebeny részleges eltávolítása. A metszéslapon puszta szemmel kisebb-nagyobb kolloid-tömlők láthatók. — *Kórszövettani lelet: (Borsos-Nachtnebel* prof.) a pajzsmirigyrészlet különböző tágasságú mirigyűröket tartalmaz. Több helyen a közti állományban vérzés. A közti állomány helyenkint szélesebb kötegeket

alkot, gömbsejtekkel beszűrődött. Egyes helyeken epitheloid és nyiroksejtekkel körüvett elhalásos képletek. Egyes ilyen gócban óriássejt. E gócok gümőknek felenek meg. Általában lobos jelenségek uralják a szöveti képet. *Kórisme:* strumitis chronica, tuberculosis.

3. Á. A. 16 é. leánynak 6 év óta vastagszik a nyaka. Az utóbbi időben légzési és nyelési nehézségei vannak. Eddig nem volt beteg és arról sem tud, hogy neki, vagy családtagjai közül bárkinek is, lett volna tüdőbaja. Mellkasi és hasi szervek eltérés nélkül. A nyak elülső részén gyermekfejnyi, mérsékelten feszes, fájdalmatlan terimenagyobbodás. Basedowra, vagy myxoedemára valló tünet nincs. Alapanyagcsere +14%. Röntgen: köteges csúcsok, bennük és mindkét tüdőkapuban több meszes góc. A légcső kétoldalt laposra nyomott. Hőmérséklete 36.6 C°, érverése 80. *Műtét:* részleges kimetszés. Elsőleges gyógyulás. Szöveti lelet: (*Orsós F.* prof.) Apró mirigyürös területek között részint kerekded, részint szabálytalanabb, nyulványosan alakult tömlőszerű acinusok. Több helyen az apró acinusok nagyobb tömlőkké olvadnak össze. Kórisme: struma mixta.

3 évig panaszmentes, majd ismét felkeresi klinikánkat s elmondja hogy a nyaka újra megnagyobbodott, légzése nehéz, közérzete megváltozott: ingerlékenyebb és gyakran dobog a szive. Keze izzad. Az utóbbi időben 4 kg-t fogyott. Általános vizsgálat: a 3 év előttihez viszonyítva eltérés nincs. A régi műtét helyén ívalakú hegvonal, melynek bal felében kb. zölddiónyi, tömött tapintatú, alapja felett mozgatható, nem fájdalmas, a nyelési mozgásokat elég jól követő terimenagyobbodás tapintható. *Műtét:* a megnagyobbodott golyvarészlet eltávolítása.

Szöveti lelet: (Orsós prof.): a pajzsmirigy-acinusok egyenetlen szerkezetűek. Kisebb acinusokból álló területen szabálytalan alakú nagyobb űrök vannak, melynek hámja magasabb. A csomóban több gümő található, melyek közül az egyik sűrűn egymásmellé rendezett fibroblastokból áll. A fibroblastok között kevés nyiroksejt mutatkozik. A gümő közepe kezd elsajtosodni. A gümő széleit körkörösen nyiroksejtes lobgát övezi, melynek szomszédságában a mirígyürök között fekvő kötőszövetbe is beterjed a vándorsejtes beszűrődés. A mirigyállományban szétszórva még észlelhető néhány jellegzetes, főként reticulumsejtekből álló gümő, melyek közül egyesekben Langhans-typusú óriássejtek is találhatók. Ezeken kívül a golyva szélében egy, közepében elsajtosodott bősejtű reticularis gümő látható, melyben a reticulum-sejtek óriássejtté változásának különböző szakaszai megfigyelhetők. *Kórisme:* struma colloides, tuberculosis.

Műtét után a beteget panaszmentesen hazabocsátjuk. 7 éve teljesen jól van. Túlműködése tünetei elmultak.

Klinikánk összes golyvaműtéteiben a *gümőkór* (212 : 3) 1.4%-ban szerepel. Ez a szám a többi szerző adatainak középértékénél nagyobb. Még nagyobbnak találjuk ez értékeket olyan vidékeken, ahol sok a gümőkóros beteg. *Ravensway* gümőkóros betegek boncolásakor 4—12%-ban talált egyidejüleg a pajzsmirigyben gümőket.

A pajzsmirigygümőkór ritkaságát jód jelenlétével magyarázták (*Sudeck, Vogel, Carrington*). Mások immunhatásra gondoltak. A másik, merőben ellentétes nézet szerint a pajzsmirigy hajlamos gümős megbetegedésre *(Hedinger),* de csak azért észleljük ritkán, mert a folyamat rendszerint tünetnélkül zajlik le és magától gyógyul. *Nather* a golyvában előforduló gümőket időszakos elváltozásnak tekinti, amely — megállapítása szerint — legtöbbször csak kórszövettani mellékleletként észlelhető.

Minthogy a pajzsmirigy gümőkórja igen változatos, egységes felosztásunk nincs. Ha azonban a különböző csoportosításokat összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy lényegükben megegyeznek egymással. Az első nagy csoportba azok az esetek tartoznak, amelyek általános kölesgümőkór részjelenségei. Ezeknek sebészi szempontgyakorlati jelentőségük nincs. A második csoportba azokat sorolták, melyek a Ranke-féle III. szaknak megfelelően, mint körülírt szervgümőkór, jelesen pajzsmirigygümőkór jelentkeznek. E csoportban találjuk a legváltozatosabb alakokat, ezért itt még további felosztás volt szükséges. 1. Golyva gümőkórral: egy-két gümő a golyvában; 2. gümős golyvagyulladás (strumitis tuberculosa). Gümők között idült golyvagyulladás képe. 3. Gümős golyva (struma tuberculosa). Tömeges gümők, melyek épen úgy, mint a pajzsmirigyszövet is kiterjedten elhalnak.

Ha e fentebbi felosztást vesszük alapul, az első és harmadik esetünket a második csoport első alfajába sorolhatjuk. Második esetünk a második csoport második alfajába tartozik azzal a megjegyzéssel, hogy habár a kórszövettani vizsgálat gümőket és idült gyulladást állapított meg, ezt a gyulladást a gümők csekély száma miatt nem tekinthetjük következményes gümős elváltozásnak.

Van-e elsőleges pajzsmirigygümőkór? Elképzelhető, azonban az irodalomban közölt esetek *(Bruns, Schwarz* és mások) valószínűleg mind másodlagosak voltak. Az elsőnek közölt esetünkben, ha a beteg gümős kórelőzményének hiányát és vizsgálatának negativ eredményét nézzük, ezt is elsőleges golyvagümőkórnak lehet tartani. Azonban, mint *Hofhauser* is írja, a boncasztalra került golyvagümőkóros esetekben mindig ki lehetett mutatni másutt is a gümőkóros fertőzést, ill. annak nyomát.

A golyvagümőkór klinikai kórképe igen változatos, de egyetlen olyan jelünk sincsen, amelynek alapján biztosan felállíthatnánk a golyvagümőkór kórisméjét. E betegség valóságos példája az úgynevezett tünetutánzásnak („symptoma-mimicri"), mert rosszindulatú golyva, golyvagyulladás, bevérzés (*Jones*), Basedow-kór *(Ruppanaer, Castiaque),* vagy myxoedema *(Clatrmont, Marker)* képébe burkolódik. Legtöbbször pedig tünet nélkül folyik le, hasonlóan mindkét esetünkhöz, amelyekben egyáltalában nem gondoltunk, golyvagümőkórra.

Az elkülönítés igen nehéz, sokszor lehetetlen. Rosszindulatú daganatoktól elsősorban a rövidebb kórelőzmény, de biztosan csak a kórszövettani vizsgálat különíti el. Egyébként a nyomásos tünetek, összenövés, súlycsökkenés, stb. mindkettőben egyformán megvan. Gyakran a túlműködéses golyva tüneteit utánozza (magas alapanyagcsere, izzadás, ingerlékenység). Ilyen esetben *Roberts* szerint tekintetbe kell vennünk, hogy a gümőkóros izzadás inkább a hónaljban, túlműködéses golyváson testszerte szokott lenni. Súlycsökkenéskor egyidejüleg a gümőkóros étvágya rossz, másiké jó. Gyakoriak a gümőkóros enyhe hőemelkedései, túlműködéses golyváson ezt aránylag ritkábban tapasztaljuk, azonban a gyorsult szívműködés és a nagy vérnyomás inkább előfordul. Útbaigazíthat a Pirquet-próba is. E tünetek egyike sem döntő értékű, mert a túlműködéses jelenségek csökkenhetnek oly arányban, amennyire a gümős pusztítás a mirigyben előrehaladt, sőt előfordulhat, hogy a gümőkóros elváltozás végső szakában myxoedemás tünetek is jelentkeznek. *(Plummer).* Végeredményben azt mondhatjuk, hogy nem is azért oly kevés a műtét előtti helyes kórisme (2—4% *Pollag, Schwarz),* mert nincs reá vizsgálati módszerünk, hanem azért, mert oly sokféle tünetek kisérik, hogy az észlelőnek rendszerint eszébe sem jut a gümőkór. Találóan jegyzi meg *Starlinger,* hogy „erre is gondolni kell, akkor a helyes felismerés és értékelés magától adódik".

A próbakimetszés, vagy műtét útján nyert anyag szöveti vizsgálata véglegesen eldöntheti a kérdést. De előfordulhatnak a golyvában olyan elváltozások is, melyek csalódásig utánozhajták a gümőt. Ilyenekről írja *Jaffé,* hogy ezek új és idült tüszők gócszerű, nem fajlagos visszafejlődéses képződményei. A gümő néha szö-

vettanilag is megtévesztésig hasonlít a gummához. Ennek elkülöníthetőségéről egyik esetünk kapcsán később lesz szó.

A gyógyítás régebben az általános erőbeli állapot javításán kívül besugárzásból állott *(Diemtza.)* Manapság a besugárzást egyrészt akkar használjuk, ha a beteg nincsen olyan állapotban, hogy rajta műtétet végezhetünk, másrészt műtét után. — Hathatós gyógyítás műtéttel érhető el, az eredmény, — mint három közölt esetünk is igazolja — igen jó. Műtét utáni myxoedemát keveset írtak le *(Clairmont, Rankin).* Műtét utáni hőemelkedés sokkal gyakoribb és nagyobb mérvű, mint egyszerű golyva eltávolításakor szokott lenni *(Starlinger).* Oka a góc-reactio. Ezért a lehetőség szerint kíméletes műtétet ajánlják.

A golyvagümőkór műtét utáni kiujulásáról többen beszámoltak *(Ruppaner, Clairmont, Riedel, Hedinger).* Érdekes és eddig egyedülálló kiujulásként foghatjuk fel a második közölt esetünket. Itt míg az először eltávolított golyvában nem találtunk semmi gümőkóros elváltozást, addig a kiujult golyvában bőven voltak gümők. Feltehető, hogy a műtét helyén előállott viszonyok (szövetroncsolás, vérzés, hegesedés) kedvezően hatottak a gümőbacillusok megtelepedésére.

A *bujakór* még ritkább a pajzsmirigyben, mint a gümőkór (5:2). Tünetei igen változatosak. A gümőkórral könnyen összetéveszthető, nem is azért, mert tünetei ehhez hasonlók, hanem mert klinikailag mindkettő egy harmadik betegséghez, a rosszindulatú golyvához hasonlíthat. Ennek megfelelően a tünetek főleg erőműviek (légcső, nyelőcső, ideg, érnyomás). De előidézhet pajzsmirigy-gumma működési zavart is. Igy *Küttner, Koopman* és *Tovaru* Basedowos tüneteket, *Demme* myxoedemát találtak.

A klinikai kórisme épp oly nehéz, mint gümőkór esetében. Eddig csak *William, Carrington* és *Steinberg* ismertek fel műtét előtt pajzsmirigygummát.

Esetünket eleinte rosszindulatú golyvának gondoltuk, azonban az eltávolított golyvarész megvizsgálásakor már gummának tartottuk.

T. I.-né 42. é. betegnek 1 hónapja érzékeny duzzanata nőtt nyakának elülső részében. Nemibajt tagad. Jelen állapot: Mellkas és hasi szervek eltérés nélkül. A nyak elülső részén a jobboldali pajzsmirigylebenynek megfelelően kb. zölddiónyi, tömött tapintatú, sima felszinű, alapján rögzítettnek látszó, nehezen mozgatható, a nyelőmozgásokat jól követő terimenagyobbodás. Hőmérséklet 37 C°, érverés 78. Alapanyagcsere +31%. Rosszindulatú golyvára gondolva műtétet végzünk, (resectio gland. thyreoideae.) A „daganat" a pajzsmirigy jobb lebenyének, főleg alsó részét foglalja el és innen a mellcsont alá is benyomul. A bal lebeny épnek látszik. A „daganatot" a légcsőről élesen kellett leválasztani, mert kitünt, hogy annak falát kb. 20 fillérnyi területen elsorvasztotta.

A kiirtott pajzsmirigylebenyben kb. diónyi élesen elhatárolt, rugalmas, szalonnás tapintatú, barnás-vörhenyes színű elváltozást találtunk, melyben elhalás, elsajtosodás nem volt. Szabadszemmel annyira jellegzetes volt gummosus elváltozásra, hogy szinte biztosak voltunk a kórismében. A Wa.-r. (++++) nagymértékben támogatta megállapításunkat.

Szöveti lelet, (Ökrös m. tanár): a pajzsmirigy kötőszövete felszaporodott, főként rostos szövetből áll, mely nyiroksejtekkel és plasmasejtekkel áttüzdelt. A kötőszövetszaporodás helyenkint oly tömeges, hogy a pajzsmirigyürök háttérbe szorulnak, sőt helyenkint el is tűnnek. A pajzsmirigy egy pontján egyes átjárható, de elhalt falu véredény azonban még látható. Az elhalás széle általában széles és sarjszövet övezi. A sarjszövetben tág véredények. Ezenkívül foltonkint a sarjszövet lebenyes magvú fehérvérsejtekkel sűrűn áttüzdelt, benne néhány osteoklast-typusú óriássejt mutatkozik. *Kórisme:* gumma gl. thyreoideae.

Elsőleges sebgyógyulás.

A jó és risszindulatú golyva elkülönítő kórismében elsőrendű szerepe van a kórszövettani vizsgálatnak a gumma és gümő elkülönítésében azonban néha szinte értékesebbnek kell, hogy vegyük a kórelőzményt és a Wa.-vizsgálat együttes eredményét, mert ismeretes, hogy sokszor szövettanilag is alig, vagy nem különböztethető meg. *Fasal* a szövettani kórisme biztosítására a Bielschowsky-Maresch-féle ezüstözési módszert ajánlja, melynek segítségével a gummában friss finom szövetrostocskák hálózatát találjuk, a gümőben viszont régiek durvább maradványait. Ennek ellenére éppen az ő esetében a kórszövettani vizsgálat gümőkórt állapított meg. Azonban a Wa.-r. positiv volt és bujakórellenes kezelésre gyors gyógyulás állott be.

Előfordulhat, bár ritkán, még az is, hogy szöveti vizsgálat gummára tereli a figyelmet, az elváltozás azonban mégsem az, nem is gümő, hanem valamilyen nem fajlagos gyulladásos, visszafejlődéses folyamat. Hasonlóan *Jaffé* megfigyeléseihez, aki gümőkórban talált gümőhöz hasonló, nem fajlagos visszafejlődéses elváltozásokat. Ennek megfelelően kerülhetnek észlelésre olyan — gummákat még szüvetileg is csalódásig utánzó folyamatok — melyek igazi mivoltát csak a kórelőzmény és a Wa.-r. döntik el. Tanulságos példa klinikánk egyik esete.

M. I. 30 é. férfi nyakának jobb oldalán 4 hónapja fájdalmatlan daganat nő, melyet 2 héttel ezelőtt megütött. Az ütés helye megduzzadt, fájdalmas lett. Hőmérséklete 39 C°-ra emelkedett. (Bujakóros fertőzésre nem emlékszik.)

Nyakának jobb oldalán kb. női ökölnyi sima felszinű, hullámzó, mérsékelten érzékeny, alapjáról alig elmozdítható, jól elhatárolt terimenagyobbodás foglal helyet. Golyvatályogra gondolunk. A beteg érverése 80. Wa.-r. nemleges. *Műtét:* összenövések és gyulladásos beszűrődés miatt a jobb lebeny eltávolítása nehezen sikerül. Az eltávolított golyvarész tokja gyulladásosan megvastagodott. Felmetszve diónyi többrekeszes űrt találunk, melyet bűzös, genyes, cafatosan széteső anyag tölt ki.

Kórszövettani lelet (*Orsós F.* prof.): A pajzsmirigy sarjszövetesen átszőtt. E területben a szövet igen dús elnyult fibroblastokban és egymagvú sejtekben. Gyéren szétszórva szabálytalan alakú óriássejtek és sűrűbben nagy reticulumsejtek apró halmazokban. A pajzsmirigy szélső részeiben az erek körül perivascularis beszűrődés. A sejtes beszűrődés, valamint az óriássejtek gummára utalnak.

Tehát: gumma mellett szól a rövid kórelőzmény. Genyes beolvadásra a gumma azonban kevésbbé hajlamos, de az említett erőművi hatás kiválthatott szövetpusztulást és genyedést *(Schuster* sponton gummaellágyulást és genyedést észlelt). Gumma ellen szól a hiányzó bujakóros előzmény és főleg a nemleges Wa.-r. A kórszövettani vizsgálat gummára hívja fel a figyelmünket. Ezek alapján nem tarthattuk kizártnak a gumma lehetőségét, azonban tekintetbevéve azt, hogy a bujakór kórisméjében a W.-r. mennyire döntő és hogy mennyire ritka a pajzsmirigyben a gumma és mivel a kórszövettani lelet sem foglal határozottan állást gumma mellett, mégis végeredményben, az elváltozást elgenyedt vérömlenynek kellett tartani.

A kezelés rendszerint, a daganatos kórisme miatt, a beteg pajzsmirigyrészlet sebészi eltávolításából áll. A műtéti eredmény — közölt eseteinkben is — igen jó. Észszerű az erélyes bujakórellenes kezelés, melyet a beteg többnyire csak műtét után kap az utólagos kórismézés miatt. Elismerésreméltó, hogy vannak olyan esetek, amikor salvarsan-kezelésre a pajzsmirigygumma nem kisebbedik *(Poncet, Lasch, Leriche).* Ilyenkor a sebészi kezelés feltétlenül javalt.

A pajzsmirígy *sugárgombás* betegsége klinikánkon nem fordult elő. A *Köhler* esetéből és a szervezet más helyén talált hasonló elváltozások megfigyeléséből ki-

indulva feltételezhető, hogy a pajzsmirígyben a gümő- és bujakórhoz hasonló tüneteket okoz. Kezelése egyrészt sebészi (beszűrődött terület eltávolítása), másrészt tartózkodó. Ez utóbbinak lényeges része a röntgenbesugárzás és az arannyal együttes vaccinna-kezelés. *(Neuber.)*

Az elmondottakból látjuk, hogy eddig még egy olyan tünetünk sincs, mely az említett betegségek klinikai kórisméjét biztosítaná. A felismerés nehézségének és ritkaságának oka maga a kórforma ritkasága, ezért a kórismét elsősorban az segíti elő, ha minden gyorsabb növekedéssel járó golyva esetében gondolunk pajzsmirígy gümőre, illetve gummára.

A téves kórhatározás nem jelent a betegre nézve különösebb veszélyt, mert rendszerint rosszindulatú golyvának tartva műtétre kerül. A műtét eredménye, — mint eseteink is bizonyítják, — igen jó. A mulasztottakat pedig az utólagos tartózkodó kezeléssel könnyen pótolhatjuk. Helyes kórisme esetében is szükséges a sebészi beavatkozás: ha a gümőkór általános orvoslása ellenére a gümős pajzsmirígy vagy golyva panaszt okoz (nyomás, toxicosis, szétesés, stb.); bujakór esetében pedig akkor feltétlen javallt a műtét, amikor vérbaj elleni kezelésre a pajzsmirigygumma egyáltalában nem kisebbedik, vagy pedig komolyabb panaszokat (nyomás, stb.) okoz.

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

A chemotherapiás gyógyszerek a férfi-gonorrhoeában.

Írta: *Kalo Andor dr.* egyetemi tanársegéd.

A gonorrhoea kezelése az utolsó évtizedben alig haladt valamit előre. Örömmel kell tehát fogadni minden olyan törekvést, amely arra irányul, hogy ennek az egyik legelterjedtebb népbetegségnek a gyógyítását elősegíti. A különböző strepto- és staphylococcus fertőzések kezelésében a sulfonamid készítmények hatására jelentkező jó eredmények serkentették a szerzőket a további kutató munkára. Igy hamarosan megállapították, hogy az említett strepto-- és staphylococcus fertőzések mellett eredményesen alkalmazhatók a sulfonamid készítmények a pneumococcus, meningococcus, typhus, paratyphus, coli fertőzés esetében is. *(Rosenthal, Proom, Gray, Stephenson, Levaditi* és *Veisman).*

A prontosilnak a gonorrhoeás fertőzésekre gyakorolt kedvező hatásáról először *Grutz* számolt be. Ő a *prontosilt* a férfi gonorrhoea gyógyításában mindenféle helyi kezelés nélkül alkalmazta és igen jó tapasztalatokat szerzett. Vele egyidőben Franciaországban és főleg Amerikában végeztek vizsgálatokat a sulfonamid készítményekkel. Franciaországban *Milian* volt az első, aki kedvező eredményekről számolt be, utána *Harold, Dees* és *Colston* dolgozatai jelentek meg, amelyekben valamennyien a sulfonamid készítmények therapiás hatását nagy elismeréssel tárgyalják. *Dees* és *Colston* a gonorrhoea kezelésében semmi más eljárást nem alkalmaztak, mint csupán a betegnek per os az első két napon 4.8 g, a rákövetkező három napon 3.6 g, az ezután következő napokon pedig a teljes gyógyulásig 2.4 g. sulfonamid készítményt adtak. Ezzel szemben *Palazzoli* és *Bovet* a napi mennyiséget három g-ra csökkentik és 3 óránként ½ g-os porokban adagolják. Majd ezt a mennyiséget is 2 g-ra csökkentik és emelett az adag mellett maradnak a gonorrhoea teljes gyógyulásáig. A 3 g-os adagok esetében az edemények nem voltak teljesen kielégítők. 10 esetük közül 4 gyógyult meg teljesen, minden helybeli kezelés nélkül. A 4 eset közül egy-egy 6, egy 13, egy 16 nap alatt gyógyult meg teljesen. Ezekben az esetekben a váladék már a második napon megszünt, gonococcusokat nem sikerült nekik kimutatni. Az 5 kedvezőtlen esetben a fertőzés napjától számítva 21. napon, egy esetben pedig a 44. napon a gonorrhoea kiújult. Mind a 6 esetben a váladék látszólag megszünt, a vizeletportiók teljesen feltisztultak. Emellett az adagolás mellett egyik-másik betegen localisan oedema, vérbőség jelentkezett, mások fejfájásról, hasmenésről panaszkodtak. Ezek miatt a kellemetlen tünetek miatt *Palazzoli* és *Bovet* arra gondoltak, hogy a napi adagokat csökkentik és enyhe helyi kezelést is alkalmaznak. Az ilymódon kezelt betegeik meglepően jól gyógyultak. 20 gonorrhoeás beteg közül 13 esetben 6—18 nap alatt teljes gyógyulás következett be, 4 betegen 21—28 nap alatt következett be a teljes gyógyulás.

Az irodalomban olvasható jó eredmények késztettek bennünket arra, hogy úgy a II. sebészeti klinika, mint az Országos Szociálpolitikai Intézet újpesti nemibeteggondozójának nagy beteganyagán a sufonamid készítmények therapiás hatását kipróbáljuk. Eredményeinkről a következőkben számolhatok be. 191 urologiai megbetegedésben szenvedő beteget kezeltünk, a különböző sulfonamid készítményekkel. A 191 eset a különböző betegségek szerint a következőképen oszlott meg:

acut gonorrhoea	70 eset,
subacut és chronikus gonorrhaea . .	56 „
szövődményes gonorrhoea	32 „
urethritis non gonorrhoica	14 „
különböző kórokozók előidézte cystitis	13 „
pyelitis	6 „

A kezeléskor a 191 eset közül 163 esetben neosanamidot, a többi esetekben pedig elektylt és uliront alkalmaztunk. (Mivel ez utóbbi készítményeket csak néhány betegen próbáltuk ki, azért ezekkel külön nem foglalkozom.)

Egyébként is a különböző sulfonamid készítmények hatásmódjukban nagyjában megegyeznek, alkalmazásukat is ugyanazon elgondolás alapján vittük keresztül, így beszámolómban és az eredmények megítélésében is egységes szempontok vezettek.

Acut gonorrhoeás éppúgy mint a subacut és chronikus gonorrhoeás betegek 3 napon keresztül naponta 3x2 db. 0.5 g. tabletta neosanamid készítményt, azaz naponta 3 g. neosanamidot kaptak. Emelett gyenge helybeli kezelésben is részesültek. A 70 acut gonorrhoeás beteg közül 10-en polyvalens gonococcus kezelést is kaptak, azzal az elgondolással, hogy a vaccina natására a szervezetben a gyógyulást elősegítő sensibilisatio gyorsan kifejlődik és ez a gyógyszer chemotherapiás hatását kedvezően befolyásolja. Ez a feltevés nem igazolódott be, mert a vaccina-kezelés sem a gyógyulás idejét nem rövidítette meg, sem a tünetek rohamosabb visszafejlődését nem segítette elő. Ezzel a 10 esettel külön nem foglalkozunk. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy betegeink nehéz testi munkát végző férfiak voltak akiken az erélyes vaccina-kezelés folytán jelentkező magas láz munkaképtelenséget idézett volna elő. Ezt a socialis szempontot véve tekintetbe 200 millió csíránál többet nem alkalmaztunk.

A 70 eset közül a váladékképződés az első hét végén megszünt 28 betegen. Ezek közül, a különböző provocatiós eljárások alkalmazása után, többszöri bakteriologiai vizsgálattal ellenőrizve, meggyógyult 12 beteg. Ezekben az esetekben a vizelet már a 3. napon teljesen

feltisztult. Ezeket a betegeket 21 napon át tartottuk megfigyelés alatt. 16 esetben visszaesés következett be és 3 nap szünet után ezeken a betegeken a neosanamid kúrát meg kellett ismételni, a helybeli kezelést tovább kellett folytatni. Ezek a betegek a második (9 eset), illetve a harmadik hét végén (7 eset) gyógyultak meg. 22 betegen a váladékképződés csak a harmadik héten szünt meg, így ezekben az esetekben 4 sufonamidkúrát alkalmaztunk. A 22 beteg közül meggyógyult 14, 8 betegen a helybeli kezelés megszüntetése után visszaesés következett be. Ezek a betegek csak az ötödik héten lettek teljesen gonococcusmentesek. 4 betegen, mindannak ellenére, hogy állandó megfigyelés alatt állottak és rendesen tartották a neosanamid kúrát, mégis szövődmények jelentkeztek., 3 betegen epididymitis, 1 betegen pedig acut prostatitis. Meg kell azonban jegyeznem, hogy mind a 4 beteg nehéz foglalkozású egyén, vasmuskás, rakódómunkás, biciklista kifutó, volt. Ezek csak a 7. hét végén gyúgyultak meg. 13 esetről még külön kell beszámolnunk, mert ezekben az esetekben a kezelés csak a 8—9. héten fejeződött be. Ezekben az esetekben 8 neosanamid kurát alkalmaztunk, 3 olyan betegünk volt, akiken a sulfamid gyógyító hatását nem észleltük. Ezekben az esetekben a sulfamid kúrát a 8. hét végével beszüntettük és a hely kezelést erélyes vaccina therapiával kapcsoltuk össze.

Az acut gonorrhoea sulfonamid készítményekkel történő kezelését táblázatba foglalva a következő eredményt kapjuk:

1	hét	alatt	gonococcus	mentes	lett	12	beteg	17.01%
2	„	„	„	„	„	9	„	12.8 „
3	„	„	„	„	„	7	„	10.0 „
4	„	„	„	„	„	14	„	20.0 „
5	„	„	„	„	„	8	„	10.14 „
7	„	„	„	„	„	4	„	5.7 „
8	„	„	„	„	„	13	„	18.57 „
3	esetben	gyógyulás	nem	következett	be			4.2 „

Meg kell jegyeznem, hogy mind a 70 beteg a fertőzés korai stadiumában jelentkezett és mindegyiken ez volt az első gonorrhoeás fertőzés, továbbá a rendelésen jelentkezés előtt nem részesültek semmiféle kezelésben.

56 subacut és chronicus gonorrhoeában szenvedő beteg közül 12 a fertőzéstől számított 10—14 napon jelentkezett rendelésünkön, ezeken tehát csak ekkor kezdhettük meg a neosanamid kúrát, 19 betegen pedig a fertőzéstől számított 20—24. napon 25 betegünk volt olyan, aki már többszörösen megismételt kezelésben részesült, a többszörös visszaesés miatt. Ezek között voltak olyanok is, akik már hónapok óta állottak a különböző rendelőintézetekben kezelés alatt. A neosanamid kezelést minden egyes esetben az előbb ismertetett módon végeztük. Tapasztalatainkat a következőkben foglalhatom össze: 56 eset közül az első neosanamid kurára a vizelet teljesen feltisztult 17 betegen. Teljes gyógyulást az első kúra után egy betegen sem értünk el. A második neosanamid kúra után azaz a kezelés második hetében az 56 beteg közül gonococcusmentes lett 14. Ezek közül a szokásos provocatiós eljárások elvégzése után gonococcus mentes maradt 12, tehát csak 2 beteg esett vissza betegségébe. A harmadik neosanamid kura útán, vagyis a kezelés harmadik hetében meggyógyult 22 beteg. 18 betegen 4 neosanamid kurát végeztünk és ezek közül gonococcusmentes lett, azaz meggyógyult 15 beteg. 2 betegen különösebb javulást még az ötödik neosanamid kúra után sem észleltünk. 5 betegen pedig a kezelés befejezésétől számított 2—3 hétre viszaesés következett be. Ezek a betegek most is kezelésünk alatt állanak. Összefoglalva az elmondottakat a következő képet kapjuk:

2	hét	alatt	gonococcus	mentes	lett	12	beteg	21.4%,
3	„	„	„	„	„	22	„	39.2 „
4	„	„	„	„	„	15	„	26.7 „
Nem	gyógyult	.	.	.	.	.	.	7 „ 12.5 „

A gonorrhoea szövődményeiben 32 esetben alkalmaztuk a neosanamidot. Ezek közül 17 beteg egyoldali epididymitisben, 12 beteg acut prostatitisben szenvedett. Ezekben az esetekben a helybeli kezelést mellőztük. Minden egyes esetben emelkedő adagokban polyvalens gonococcus vaccinát alkalmaztunk. Mind a 32 betegünk már meglévő szövődménnyel jelentkezett rendelésünkön. Vagyis ezek a betegek a complicatio kifejlődése előtt orvosi kezelésben nem részesültek. Elért eredményeinket a következőkben foglalhatom össze: A 17 epididymitisben szenvedő beteg közül az első neosanamid kúra után 13 beteg váladékképződése teljesen megszünt, a fájdalmasság erősen csökkent, a mellékhere megnagyobbodása rohamosan visszafejlődött. Ezek a betegek egy hét leforgása alatt munkaképesek lettek. Csak 4 betegünkön kellett a neosanamid kúrát és a vaccina injectiókat tovább folytatni. Ezek a betegek a 3—4. héten jutottak abba a stadiumba, mikor a mellékheregyulladás teljesen visszafejlődött és a helyi-kezelést meg lehett náluk kezdeni. A 17 beteg közül 9-en a mellékheregyulladás gyógyulásával együtt a váladékképződés is teljesen megszünt és a provocatiós eljárások elvégzése után még gonococcusokat sikerült kimutatni. Ezeken a betegeken éppenúgy, mint a másik 4 betegen, a neosanamid kúrát többször meg kellett ismételni és a helyi kezelést tovább kellett folytatni. A teljes gonococcus mentesség 2 betegen a hatodik héten, 3 betegen a hetedik héten, 2 betegen pedig a 8. héten következett be. Csak egy betegünk volt olyan, akin a mellékheregyulladás kiujult. Összefoglalva az elmondottakat epididymitis gonorrhoica esetében százalékban a következő eredményeket kapjuk:

3—4	hét	alatt	gyógyult	9	beteg	. .	28.10%
5—6	„	„	„	2	„	. .	6.25 „
6—7	„	„	„	3	„	. .	9.37 „
7—8	„	„	„	2	„	. .	6.25 „

A 12 acut gonorrhoeás prostatitisben szenvedő beteg közül 3 teljes vizeletretentióval került kezelésünk alá. Mind a három betegben a gonorrhoeás infectio 3 hétnél idősebb volt. A betegek saját magukat kezelték és a vizelet teljes elakadása hozta őket rendelésünkre. Ezekben az esetekben tapasztaltuk a legmeglepőbb eredményeket. Ezekben az esetekben a neosanamid kúra hatására először bőséges váladékképződés indult meg, majd a prostataduzzanat annyira visszafejlődött, hogy a betegek a második, harmadik napon már tudtak vizelni, jól lehet a hólyag kiürülése még nem volt tökéletes. A többi eseteinkben a betegség lefolyása a normalistól nem mutatott lényegesebb eltérést. A fájdalmak úgy a székelés, mint vizeléskor az első neosanamid kúra után jelentéktelenné váltak. A teljes gyógyulás elérésére a neosanamid adagolása és a szokásos helyi kezelés mellett a betegeknek polyvalens gonococcus vaccinát is adtunk. Kétségteelnül megállapítható volt, hogy a gyógyulás időtartama rövidebb, mint rendes körülmények között.

Paraurethralis infiltratio 3 esetében alkalmaztunk neosanamid kúrát. Ezeken a betegeken helybeli keze-

lés nem történt. Mind a 3 esetben a fertőzés 3 hétnél idősebb volt. Az első neosanamid kúra után lényeges javulást nem észleltünk. Tulajdonképen a javulás csak a harmadik neosanamid kura után jelentkezett, amikor a váladékképződés fokozatos csökkenésével az infiltratiós csomó is megkisebbedett. A váladékképződés a megfelelően óvatos sondakezelés után sem fokozódott. Teljes gyógyulás a 7.—.8 héten következett be.

A neosanamid alkalmazása igen jó hatással járt a nem gonorrhoeás eredetű húgycsőhurutok eseteiben is. A sulfonamid készítmények hatását 14 ilyen esetben próbáltuk ki. Mind a 14 beteg már az első neosanamid kúra után teljesen tünetmentessé vált. Csupán 3 betegen jelentkezett visszaesés. Azonban ezek a betegek is egy újabb neosanamid kúra hatására teljesen meggyógyultak. Ebben a 14 esetben helyi kezelést nem alkalmaztunk, így a gyógyulás teljesen a neosanamid hatásának tulajdonítható.

Kipróbáltuk még a neosanamid hatását 13 cystitisben és 6 pyelitisben szenvedő betegen is. Ezekben az esetekben eltérőleg a többiektől a neosanamidot nem kúraszerűleg alkalmaztuk, hanem naponta csak 3x½ g-t adagoltunk. Ezekben az esetekben a helybeli kezelés hólyaginstillatiókból és vesemedenceöblítésből állott. A neosanamid hatására a vizelet már rövid idő alatt feltisztult, a vizelési ingerek száma kevesebb lett, a vizeléskor jelentkező fájdalom csökkent. Kétségtelenül beigazolódott, hogy a sulfonamid készítmények még az ilyen természetű urologiai megbetegedéseknél is eredményesen alkalmazhatók. A 19 beteg közül már az első hét végére teljesen gyógyult 9. A többi esetekben úgy a kezelést, mint a neosanamidot tovább kellett alkalmazni. Ezek a betegek 3—5 hét alatt gyógyultak meg.

Ezek után röviden össze akarom foglalni azokat az észleleteket, amelyek az utóbbi időben az irodalomban a sulfonamid készítményekről megjelentek. Már a francia szerzők felhívják a figyelmet egyes esetekre, amelyekben a sulfonamid készítmények hosszabb ideig tartó adagolása folytán toxikus jelenségek léptek fel, amelyek fejfájásban, hányingerek jelentkezésében és hasmenésben nyilvánultak. Írnak le olyan eseteket is, amelyekben a gyógyszer hatására kiütések jelentkeztek. *Schreus* észlelt olyan eseteket, amikor a betegek a kezelés alatt urticaria-szerű, kanyaróra emlékeztető kiütéseket kaptak. Sőt egy esetben észlelt olyan mellékhatást is, amikor a betegen 36.5 g. sulfonamid beszedése után peroneus és tibialis paresis mutatkozott. A bécsi Orvosegyesületben *Stein* mutatott be olyan beteget, akin exanthema és polyneuritis jelentkezett az uliron hatására. Ez a beteg összesen 132 tabletta gyógyszert vett be. Különösen az exanthemával járó esetekben a vérképben is keletkeznek elváltozások: leukopaenia, balraeltolódás (*Oppenheim, Stein.*) *Stein* még olyan esetről is tesz említést, ahol a májfunctiós zavar, urobilinogenuria jeletkezett. *Stümpke* szintén észlelt exanthemával és neuritissel complicálódott eseteket. Ilyenkor B1-vitamint kell azonnal alkalmazni, amely ezeknek a kellemetlen melléktüneteknek a visszafejlődését hathatósan elősegíti. Mi ilyen kellemetlen melléktüneteket egyetlen egy esetben sem észleltünk. Ennek okát abban keresem, hogy sohasem alkalmaztuk a sulfonamid készítményeket *túl hosszú ideig* és az *egyes kúrák között pár nap pausát tartottunk, ezáltal a gyógyszer kumuláló hatását elkerültük.*

A statistikai adatok összehasonlítása után kitünik, hogy a gyógyszer hatása a legerősebb a gonorrhoeás megbetegedés 2—3—4. hetében. Kellő óvatosság és állandó orvosi felügyelet mellett úgy a neosanamid, mint a többi sulfonamid készítmények minden veszély nélkül alkalmazhatók.

Az elmondottakból következik, hogy úgy a gonorrhoea, mint más fertőzéses urologiai megbetegedés therapiájában a sulfonamid készítmények eredményesen használhatók, a gyógyulási időt lényegesen megrövidítik és a kellemetlen melléktüneteket csökkentik.

Csongrádvármegye Közkórháza belgyógyászati osztályának közleménye. (Osztályvezető főorvos: Vásárhelyi Béla.)

A Heine—Medin-kór dehydratiós therapiája.

Irta: *Vásárhelyi Béla dr.* főorvos.

A Heine-Medin kór állandó szórványos előfordulása és időnkénti járványszerű jelentkezése, valamint a betegségnek egész életre kiható, súlyos bénulásokkal járó következményei teszik indokolttá, hogy vele állandóan foglalkozzunk. A nyomorékká váló gyermekek igen nagy száma magyarázza meg az Egyesült Államokban, Németországban és a Népszövetség keretében alakult állandó poliomyelitis-bizottság működését is. Bevezetésül csupán azokra a jelenségekre szeretném felhívni a figyelmet, amelyekre a továbbiakban állandóan szükségünk lesz.

A Heine-Medin kór okozója mai tudásunk szerint a neurotrop, filtrálható virusok csoportjába tartozik. *Flexnernek* és *Noguchinak* sikerült a virust anaerob körülmények között kitenyészteni s e tenyészettel tovább-oltást és eredményes fertőzést előidézni.

A legújabb vizsgálatok szerint a virus nem a vér, sőt nem is a nyirok utak, hanem egyenesen az idegrostok mentén jut a központi idegrendszerbe s különös affinitása van elsősorban a gerincvelő, másodsorban az agykéreg idegsejtjeihez. A virus hatására a központi idegrendszerben kórbonctanilag elsősorban heveny gyulladásos jelenségek, vizenyő, vér és plasmasejtes beszürődés, majd glia-szaporulat és a mozgató idegsejtek pusztulása jellemző. A vizenyős beszürődés miatt a szürke állomány, különösen a gerincvelő elülső szarvaiban vörösen elszineződött, lágy, szakadékony, előboltosodik s az éles elhatároló vonal a szürke és fehér állomány között eltünik. Ezek a tünetek állatkisérletekben nemcsak a bénulással járó esetekben, hanem már a bénulások előtt is felismerhetők. A kutatások szerint ugyanis vannak u. n. lappangó infektiók, minden komolyabb betegségi tünet nélkül és csupán általános tünetekkel lefolyó fertőzések is. Ezek az esetek ugyanolyan mentességet hagynak hátra, mint a bénulásra vezető fertőzések. A felnőttek csökkent fogékonyságát éppen azzal magyarázzák, hogy ők már gyermekkorban átestek egy latens fertőzésen.

A Heine-Medin kór gyógyítása nem tekinthető megoldott kérdésnek. A leghatásosabb therapia természetesen a megelőzés lenne, melyet activ immunisálási eljárással lehetne elérni. Az activ immunisálás azonban, majom-passage utján gyengített majom gerincvelőből nyert élő virus ismételt befecskendezése által, még most van próba alatt. A reconvalescens savó és felnőttsavóval való passiv prophylactikus oltások hatása viszont igen bizonytalan. A nagy amerikai statisztikák alapján mindinkább nyilvánvaló, hogy a reconvalescens savó hatása a bénulás előtti szakban is nagyon kétséges, a bénulások kifejlődése után pedig legföljebb

a bénulások továbbfejlődését hátráltatja. A szülői-vér hatása természetesen még bizonytalanabb. Nagy anyagon végzett vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy leginkább a reconvalescens vértransfusio jár némi eredménnyel. A chemiai szerekkel (urotropin, trypaflavin stb.) végzett gyógyító eljárások teljesen csődöt mondottak. A Röntgen besugárzásnak, mélyhőnek, liquorcerebrospinal befecskendezéseknek, intralumbális hypertoniás sóoldatnak, adrenalinnak hatásáról és ez eljárások értékéről szintén nem mondhatni végleges eredményt. A sorozatos gerinc-csapolásokat egyesek jó hatásunak tartják, mások azonban óvnak tőle mint veszélyes eljárástól. A *Barla Szabó* által ajánlott lyssás agy kezelés értékéről —, melynek alapja az a meggondolás, hogy a támadási pont azonos, a hatás pedig ellentétes irányú a poliomyelitis virusával — elegendő számú eset hiányában véleményünket szintén függőben kell tartanunk.

Jól tudjuk, hogy a gerincvelő szürke állományában kifejlődő gyulladásos vizenyőnek a betegség lefolyásában és a későbbi következményekben is döntő szerepe van. A virus hatására előálló vizenyő feltétlenül káros hatással van az igen érzékeny mozgató idegsejtekre, melyek már a tartós nyomás folytán létrejövő keringési és táplálkozási zavar miatt is sokat szenvednek, előbb-utóbb el is pusztulnak, de minden valószinüség szerint ilyen körülmények között a neuronophagiának is könyebben esnek áldozatul. Régi elgondolás, hogy ha a nyomás alól sikerül a sejteket még iddejében felszabaditani, bénulás nem következik be, vagy ha bénulás már bekövetkezett, az meggyógyulhat. Ez az idő sokszor nagyon rövid, mert *Pettenek* állatkisérleteiből tudjuk, hogy a functani elváltozások 48 óra alatt elérik tetőpontjukat s néha már néhány óra mulva a ganglion sejtek jelentékeny száma elpusztult.

A vizenyő csökkentésére a sorozatos lumbális punctio nem látszott a tapasztalatok alapján alkalmasnak. Jó hatását egyébként részben a vérkeringési zavarok javításában, részben a toxinok lecsapolásában látják. Csapolás után hypertoniás sóoldatoknak intralumbális befecskendezésére sem voltak az eredmények meggyőzőek. Intralumbális ephedrinsulfat alkalmazásával is megkisérelték a gerincvelő vizenyőt csökkenteni, de minden különösebbb eredmény nélkül. Adrenalin erre a célra nem alkalmas, mert edényszükitő hatását a véredények elernyedése követi.

1. Táblázat.

Sorszám	Név	Kor (éves)	A bénulások fennállásának ideje felvételkor (nap)	A bénulások kiterjedése		
				felvételkor	elbocsátáskor	10 hó mulva
1.	P. L.	2	2	Bal alsóvégtag, törzs	B. o. peronaeus bénulás	B. o peronaeus bénulás
2.	L. M.	8	5	Törzs, alsóvégtagok, bal felsővégtag, hólyag	Alsóvégtagok bénulása, bal felsővégtag paraesise	Alsóvégtagok bénulása, bal felsővégtag paraesise
3.	L. M.	3	5	Törzs, alsóvégtagok, jobb felsővégtag	Jobb o. peronaeus bénulása	Jobb o. peronaeus bénulása
4.	T. F.	6	2	Jobb kézfej és ujjak	Gyógyult	
5.	G. J.	2	4	Alsóvégtagokon és törzsön paraesis, felső végtagokon izomgyengeség	Gyógyult	
6.	L. J.	3	2	Törzs	Gyógyult	
7.	R. J.	3	2	Bal felsővégtag	Bal felsővégtagon gyenge paraesis	Gyógyult
8.	K. E.	3	2	Két alsóvégtag, törzs	Jobb o. peronaeus bénulása	Jobb o. peronaeus bénulás
9.	Sz. P.	5	1	Bal alsóvégtag	Gyógyult	
10.	P. J.	21	1	Alsóvégtagok, törzs, hólyag	Gyógyult	
11.	L. I.	4	2	Alsóvégtagok	Jobb o. peronaeus paraesise	Jobb o. peronaeus paraesis
12.	P. M.	9	1	Alsóvégtagok	Bal o. peronaeus paraesis	Bal o. peronaeus paraesis

A ma legáltalánosabban alkalmazott, de kétséges eredményű reconvalescens-savós kezelés elé nagy nehézséget gördit, hogy a savó nehezen szerezhető be és értékcsökkenése miatt hosszú időre elraktározni nem lehet. Ilyen előzmények után gondolkodóba ejtett bennünket a gyógymód megválasztása, amidőn 1936 julius végén a Heine-Medin kór Szentesen és környékén nagyobb arányban lépett fel. Szerencsére a gyors egymásutánban jelentkező eseteket nem követte általános járvány, de így is julius 24 és augusztus 12 között 11 s később még egy beteg került osztályunkra.

Eljárásomra az ösztönzést *Ambrus Józsfnek a*

meningitisek therapiájára ajánlott dehydratios eljárása adta meg. *Ambrus* a meningitis basilaris tünet mechanismusának vizsgálata közben eszmélt rá az agyvizenyő értelmére és jelentőségére. Szerinte a burkok állapotának a tünetek létrejötte szempontjából csekély szerepe van. Ha megduzzad az agyszövet, a kéreggátlás megszünik és a subcortexben egész sora önállósodik a tónusos reflexeknek: ide tartozik a Kernig-tünet és aequivalensei. Ezért egyforma tünettanilag a meningismus és meningitis (persze csak az elején). Az előbbi toxicus agyvizenyő, a másik a burkok helyi lobjához társuló következményes aogyoedema. Ujabban anaphylaxiás agyvizenyőt is lehetőnek tartunk. *Ambrus* a meningitis basilárisok agy-boncolási lelete alapján arra gondolt, hogy dehyratios eljárással az agy-nyomásos tüneteket kellene megszüntetni, hogy a vegetativ központokat megbénulással fenyegető agyvizenyőt megszüntessük. Ennek keresztülvitelére ajánlott napjában egyszer-kétszer 10—20 ccm. 20%-os dextrosét érbe, magnesium sulfat 20%-os oldatából 5 ccm-t izom közé és natrium acetat, magnesium sulfat és magnesium citrat oldatot szájon át napjában többször. Ezzel az eljárással eltudta érni, hogy a klinikai lefolyás lényegesen megváltozott: a betegek nyugodtabbak lettek, a fájdalmas görcsök kimaradtak s a betegek hetekkel tovább életben maradtak.

A sebészetben *H. Cushing* a hires amerikai egysebész honosította meg ezt az eljárást. A vizenyős, szakadékony agyszövetet dehydratalással úgy teszik a műtétre alkalmassá, hogy 400—500 ccm 50%-os dextroset adnak intravenás infusio alakjában a műtét előtt. A vizenyős agyszövet a műtő szeme előtt zsugorodik össze s a műtétet sokkal könnyebb elvégezni.

Ilyen meggondolások alapján fogtunk neki mi is a Heine-Medin kórban fellépő gerincvelő-vizenyő csökkentéséhez. Eljárásunk az volt, hogy a beteg felvétele után azonnal 20—40 ccm. 40%-os dextroset adtunk venába s ezt az adagot a heveny tünetek lezajlása után is, de legalább 10 napon át megismételtük. Ez idő alatt 2 óránkint egy evőkanál 10%-os natrium acetat oldatot is szedtek a betegek. A hypertoniás szölőcukoroldat dehydráló hatása mellett, mint a szívizom tápszere is értékes szernek bizonyult. A dehydrálást só- és folyadékszűkés étrenddel egészítettük ki.

Hangsúlyoznom kell, hogy a fenti dehydrálási eljárás mellett az acut esetek némelyikében óvatosságból 10—20 ccm. szülővért, később pedig, amikor ahhoz a Szegedi Közegészségügyi Intézet szivességéből hozzájutottunk 10—20 ccm. reconvalescens savót is adunk.

Meg kell említenem még, hogy a fenti gyógymódon kivül minden esetben igen korán, a legacutabb tünetek lezajlása és a láz megszünése után megkezdtük a phizikalis kezelést, ami activ, passiv mozgatásból, massageból, rheumapax bedörzsölésből, illetőleg párakötésből állott. A rheumapaxnak polyarthritis, myositis s neuralgiák esetén tapasztalt jóhatása alapján alkalmaztuk e szert, mint vérkeringés-javítót a Heine-Medinnél is. E bedörzsölések és nedves meleg borogatások minden esetben igen jól befolyásolták a betegek érzékenységét és megnyugtatólag hatottak. Azonkívül természetesen nagyon ügyeltünk a gyermekek gondos ápolására és a bénult végtagoknak megfelelő elhelyezésére. A bénult végtagokat levehető gipszsínekre fektettük.

Mind a 12 beteg heveny szakban, legkésőbb a bénulás ötödik napján került kezelésünkbe. A 12 ilyen módon kezelt gyermek közül teljesen meggyógyult 6. Egy oldali peronaeus paraesissel gyógyult 2, egy oldali peronaeus bénulással gyógyult 3 és egy beteg csak alig javult. Ez a gyermek már öt napja béna volt a kezelés előtt; a peronaeus bénulással illetve paraesissel gyógyult esetek szintén legalább 2 nappal a bénulások után jelentkeztek kezelésre. A gyógyult esetek 1—2 napi bénulás, vagy csak izomgyengeség (ötödik eset) után jelentkeztek.

Az eddigi ismert összes therapiás eljárások eredményességének feltétele, hogy lehetőleg korán, a bénulások jelentkezése előtt alkalmazzuk. A serumos kezelés kilátásai is szoros összefüggésben állanak a korai, úgynevezett praeparalytikus szakban való diagnosissal. A megfelelő serum mennyiségek csakis ebben a szakban tudják a bénulások kifejlődését megakadályozni. Egyöntetű vélemény szerint a bénulásos szakban már teljesen hatástalan az s legfeljebb a bénulások további kifejlődését hátráltatja. A dehydratiós gyógymód kedvező hatása szintén nagymértékben függ a korai alkalmazástól, de tapasztalatunk szerint hatásos voltát a bénulások jelentkezése után sem tagadhatni. Amíg a bénulások frissek vagyis amig az idegsejtekben irreversibilis elváltozások nincsenek, a dehydratiós therapia föltétlenül megkisérelendő, mert nemcsak a bénulások továbbterjedésének megakadályozását, hanem a meglévő bénulások gyorsabb javulását is remélhetjük. Megkisérelendő ez az eljárás *Pette*-nek fentebb említett azon megfigyelése ellenére is, hogy tudniillik a ganglion sejtek egyrésze már néhány óra múlva elpusztul, mivel a betegség kezdetén nincs módunkban megállapítani, hogy az illető bénult izomhoz tartozó ganglion-sejtek neuronophagia által véglegesen elpusztultak-e már, vagy duzzadás folytán csak időlegesen szüntették meg működésüket.

Tudjuk, hogy 12 eset kevés ahhoz, hogy belőle messzemenő következéseket vonhassunk. Az eredmények megitélését nagyfokban megnehezíti az a körülmény is, hogy a Heine-Medin kór lefolyása helyek és járványok szerint igen különböző s hogy sokszor igen súlyosnak látszó esetek is maguktól meggyógyulnak. A fent ismertetett eredmények mégis arra ösztönöznek bennünket, hogy a ma általánosan elfogadott reconvalescens savó alkalmazása mellett a dehydratios eljárást is azonnal és kivétel nélkül bevezessük.

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátrálékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal, bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

Soós Aladár: Etrendi előírások III. bővített kiadás — — —	5.— P helyett 4.— P
Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230. old., 110 ábra és 16 old. mümellékkel	5.— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal — — — Vászonba kötve (8 P. h. 7 P.)	6.50 P helyett 5.50 P
Rigler Gusztáv: Közegészségtan és a járványtan tankönyve — —	25.— P helyett 5.70 P
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala, 86 oldal — — — —	2.50 P helyett 2.— P
Issekutz Béla: Gyógyszerrendelés	8.— P helyett 6.— P
Krepuska István: A füleredetü agytályogok kór- és gyógytana ára	4.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portókölséget is felszámítjuk.

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

Klinikai tapasztalatok a „Citrin"-nel. (P-vitamin.)

Irta: *Lajos Sándor dr.* tanársegéd.

Ismeretes, hogy a tiszta ascorbinsav, a C-vitamin hatása igen gyakra elmarad, ugyanakkor pedig nyers gyümölcsnedvek igen hatékonyak. Valószínű tehát, hogy a gyümölcsnedvben a P-vitamin mellett még egy, önmagában, vagy C-vitaminnal együtt hatásos factornak is jelen kell lennie. *Rusznyáknak* és *Szent-Györgyinek* sikerült is citromból egy kristályos anyagot elkülöníteni, melyet ők citrinnek neveztek el. Minthogy a szerzőknek és munkatársaiknak (*Armentano, Bentsáth, Béres)* sikerült citrinnel a vascularis purpurában szenvedők capillarisainak resistentiáját fokozni, az erek permeabilitási viszonyait javítani s ezzel az egész kórképet gyógyítani, állatkisérleteikben pedig a scorbutogen étrenden tartott állatok élettartamát a controllállatokéval szemben meghosszabbítani, a citrint vitamin jelleggel ruházták fel s „P„-vitaminnak, permeabilitási vitaminnak nevezték el.

A citrinről e helyt csak annyit óhajtunk megjegyezni, hogy az a flavonok csoportjába tartozó glykosidák keveréke, mely a flavon csoport tagjaval összehasonlítva rendkívül erős reactiós képességével tünik ki, főleg oydatiós szerekkel szemben. Maga a citrin világos sárga kristályokat képez, melyek vízben, alkoholban nehezen, alkaliban élénk sárga szinben igen jól oldódnak. *Bruckner* és *Szent-Györgyi* vizsgálatai szerint a citrin két alkotórészből tevődik össze, mégpedig a vízben és alkoholban alig oldódó hesperidinből és a vízben és szeszben jól oldódó eriodictyol-glykosidából. Ennek megfelelően a kristályos citrin nagyobbrészt hesperidinből, s kisebbrészt eriodictyol-glykosidából áll, míg a vízben oldott citrin nagyobbrészt eriodictyol-glykosidát és igen kicsiny részben hesperidint tartalmaz.

A citrin gyógyhatásáról a fenti szerzők adatain kívül semmiféle más adatunk nincs. Fent idézett szerzők és munkatársaik vascularis purpura 3 esetében teljes gyógyulást értek el citrin injectiók után, ellenben thrombopeniás purpura 4 esetében semmiféle gyógyhatást nem észleltek, bár a fokozott permeabilitási viszonyokat és az erek ellenállását itt is sikerült megjavítani. Más, nem haemorrhagiás diathesisben szenvedőkön, kiken fokozott permeabilitást és csökken capillaris ellenállást találtak, ezen tüneteket sikerült citrin injectiókkal megjavítani, jóllehet a klinikai kép az esetek legnagyobb részében nem változott. E közlemény célja, hogy a szerzők adatait klinikai beteganyagunkon szerzett megfigyeléseinkkel részben ellenőrizzük, részben pedig a citrin újabb alkalmazási területére felhívjuk a figyelmet, mely esetekben a P-vitamin meglepő gyógyhatásáról számolhatunk be. Minthogy felmerült az a gondolat is, vajjon a flavanon csoport egyéb tagjai hasonló hatással rendelkeznek-e, mint a citrin, ezek közül a hesperidin hatását is figyelemmel kesértük. A vizsgálatokhoz alkalmazott oldott és kristályos citrint *Szent-Györgyi* professor volt szíves rendelkezésünkre bocsátani. Az oldott állapotban lévő citrin sötét rumszínű s ccm-kint 25, illetve 50 mg-nak megfelelő anyagot tartalmazott.

A citrint elsősorban a vérzéses nephritisek ellen próbáltuk ki. Az eredmények várakozásos felül kedvezőek és annyira meglepőek voltak, hogy szükségesnek tartjuk azokat a nyilvánosság elé hozni:

1. J. J.-né, 26 éves háztartásbeli. *Nephritis acuta haemorrhagica.* 4 nap óta bágyadt, feje, dereka fáj, nagyon lázas, véreset vizel. Előzőleg torokgyulladása nem volt. Klinikai felvétel 1937. III. 8. Conservativ kezelésre annyira javult, hogy IV. 18-án kellő utasítással ellátva hazabocsátjuk. 5 nap mulva, IV. 22-én ismét jelentkezik: panaszai kiújultak, vizelete újra erősen véres. Bejövetelkori hő 37.8 C°. Vizelete igen zavaros, véres. Esbach: 4%. Üledék: rengeteg vvt. sok szemcsés, kevés hyalinhenger, számos fvs. Tensio: 120/80, Hgmm., RN. 30 mg%. NaCl a vérsavóban 643 mg%. Capillaris ellenállás 14 Hgcm, Capillaris filtratumot (CF.) nem vizsgáltunk. IV. 25-től kzedve napi 200 mg citrint kap i. v. IV. 26-án láztalan, vizelete sokkal világosabb, alig zavaros, az üledékben látóterenkint 5—8 vvt, néhány szemcsés henger és zsírosan elfajult vesehámsejt. Esbach: 0.25%, IV. 29.-én jó a közérzete, vizelete teljesen feltisztult, világos szalmasárga. Az üledékben elvétve egy-egy vvt. CR. 21. Hgcm. A citrint érbe adagolás helyet peroralisan adjuk, napi 50 mg-os adagokban. IV. 8. gyógyultan távozik.

2. P. B. 34 éves tisztviselő. *Sepsis. Nephritis haemorrhagica. Thrombosis venae femoralis l. sin.* 4 héttel ezelőtt orbánc az arcon, majd kétlodali középfülgyulladás. 3 hete izületi fájdalmak, 1 hete bal combja végig igen fájdalmas. Betegsége óta állandó 37.5—40.0 C° közti hőmérsékek. Felvétel 1937. IV. 7-én. Rendkivül elesett, jól fejlett férfibeteg, mérsékelt szemhéjvizenyő, a bőrön helyenként genyes szőrtüszőgyulladás. (A genyből staphylococcus aureust lehet kitenyészteni.) A bal comb és az alsó lábszár erősen duzzadt, nyomásra igen fájdalmas, a bal vena femoralis egész lefutása mentén kötegszerűen megvastagodott, nyomásérzékeny. Tüdő, szív ép. Lép 3 ujjnyira tapintható. Vizelete zavaros, hüslészerű. Fehérje 6% Esbach szerint, geny +, urobilinogen ++. Üledékben rengeteg vvt., sok deg. vesehámsejt, szemcsés s néhány hyalin henger. Vvt. szám: 3.300.000, Hgl. 66%, Fvs. szám 11.000 Eo. 1%, P 3%, S 88%, Ly 4%, Mo. 2%. Vérsejtsüllyedés 75 mm 1 óra alatt. Maradék nitrogen a vérben 92 mg%, NaCl a vérsavóban 585 mg%. R—R: 124/70 Hgmm. Bact vizsgálat negativ. Vizeletből stahylococcus aureus kitenyészett. IV. 8.-tól kezdve napi 300 mg. citrint + 200 mg .ascorbinsavat kap a beteg érbe. CR. 13 Hgcm. IV. 14-én vizelet sokkal világosabb. Esbach: 0.5%. Hőmérsék nem csökkent. IV. 20. Jobban érzi magát. Hő 37.3 C°. Vizelete feltisztult. Esbach 0.2%. Üledék: 10—15 vvt., néhány szemcsés és hyalin henger. CR. 17 Hgcm. IV. 25. Jó közérzet, vizelet világos szalmasárga szinű. A citrin kimarad. Az ascorbinsav adagját 300 mg-ra növeljük. IV. 28-án a vizelet imsét sötétebb lesz. Üledékében rengeteg vvt. Napi 200 mg. citrin i. v. V. 1.-én a vizelet teljesen feltisztul. Az üledékben 6—8 vvt. CR. 22. Hgcm. A citrint elhagyjuk. V. 4-én a vizelet ismét igen vérés lesz, mire napi 50—50 mg citrint kap 4 napig per os. Vizeletlelet változatlan. V. 8-án foggyökérgenyedés miatt a b .a. I. moralis fogát eltávolítjuk. Vizelet hüslészerűvé vált. A citrin peroralis adagolásától áttérünk napi 100—100 mg-os érbe adásárga. A 3. inj. után vizelete világosabb lesz s V. 15-én teljesen feltisztult. Fehérje nyomokban. Üledék 1—2 kilugozott vvt. V. 25-én a beteg teljesen gyógyult állapotban elhagyja a klinikát.

3. B. S. 31 éves motorszerelő. *Nephritis acuta haemorrhagica post tonsillitidem.* 2 héttel ezelőtt torokgyulladás. 5 nap óta vizelet véres, kevesebb, feje fáj, szemhéjvizenyője van. Felvétel 1937. VI. 11.-én Szemhéjak, lábszárak oedemásak. Tonsillák hypertrophisáltak, beloveltek. Hőmérsék 39.5 C° RR.: 118/70 Hgmm. Napi vizelet 250 ccm., nagyon zavaros, hüslészerű. Üledékében rengeteg vvt., szemcsés és hyalinhenger, vesehámsejtek. Maradéknitrogen a vérben 76 mg%. NaCl. a vérben 593 mg%. CR. 18.5 Hgcm. C. 8 ccm. VI. 13-tól napi mg. citrin i. ven. VI. 14-én a hőmérsék csökken, 37.3° C. A vizelet nem változott. VI. 17. Láztalan, vizeleterősen világosodik, diuresise megindult. CR. 20 Hg cm. CF. 5 ccm. VI. 21. Vizelet eteljesen tiszta, világos szalmasárga. Fehérje 0.1% Esbach szerint. Üledékben néhány kilugozott vvt, hengerek nem láthatók. A vizenyők teljesen eltüntek. Maradéknitrogen a vérben 50 mg%, citrin elmarad. VI. 23-án tonsillektomia. Vizelete ismét erősen véres lesz, de két napon át i. v. adott 25—25 mg. citrin inj. után teljesen feltisztult. Górcső alatt néhány vvt. látható. VI. 26-án távozik. Azóta is ellenőrzésünk alatt áll, panaszmentes.

Az alábbi két esetet nem a mi klinikánkon észleltük. Az egyik eset a bécsi Eppinger klinikáról szárma-

zik. (Az adatokat *Eppinger* prof. úr bocsájtotta rendelkezésünkre.) Az eset a következő:

4. *L. B.* 50 éves nőbeteg, 1936. XII. 7-én keresi fel az Eppinger klinikát. Gyermekkora óta gyakori tonsillitisek, legutoljára 3 héttel ezelőtt, mandulakörüli tályoggal társulva. Néhány nap óta szemhéjvizenyő, majd vizenyő az alsó végtagokon, szívdobogás, légszomj, a vizelet megkevesbedett, véres lett. XII. 9-én d. e. Landis-féle permeabilitási vizsgálat. CF : 11 ccm, majd 40 mg citrin i. v. d. u. 5 órakor CF. 4 ccm. A beteg még két napon át 40—40 mg citrint kap. XII. 11-én CF. cm. Vizelete feltisztult. Ülevizeletében fehérje ∅, CF. 3 ccm. XII. 26-án teljesen gyógyult állapotban távozik a klinikáról. A távozás előtt végzett részleges vizsgálat (vízmegterhelés és concentratiós kísérlet) rendes eredményeket adott.

A másik esetet *Bedő dr.*, helybeli gyermekorvos észlelte. (A kórtörténeti adatok átengedéséért ezúton mondok hálás köszönetet.)

5. *L. J.* 12 éves tanuló. Orvosa 1937. IV. 15-én látja először. 2 héttel ezelőtt másik orvos vörhenyt állapított meg. Jól fejlett, szemhéjai, alsó végtagjai vizenyősek. A szív felett syst. zörej. Pulsusa 120, rythmusos. Vizelete zavaros, sötét vöröses-barna, erősen véres. Fehérje ++++. Dg.: *nephritis scarlatinosa.* IV. 17-től IV. 26-ig a szigorú gyümölcsdiaeta s gyógyszeres calcium-kezelés ellenére állapota semmit sem javult. IV. 26-án 25 mg, IV. 27. és 28-án 50—50 mg. citrin i. ven. Vizelete sokkal világosabb. Fehérje ++. IV. 29.- és 30-án 75—75 mg citrin i. ven. Vizelete teljesen feltisztult, fehérje +. V. 1-től V. 22-ig peroralisan napi 50—50 mg. citrin. V. 22-én vizelete teljesen tiszta, fehérje nyomokban. Górcső alatt 1—2 vvt. látható.

A közölt esetekben a citrinnel kapcsolatban igen meglepő és kedvező eredményekről számolhatunk be. Először is megerősítést nyertek a szerzők észleletei: a citrin növeli az erek resistentiáját, csökkenti áteresztőképességüket. Mind az öt esetben minden kétséget kizáróan megállapítható az oki összefüggés a makroskopos haematuria megszünése és a citrin adagolás között. A gyógyulási folyamat, ami igen figyelemre méltó, 4 esetben meglepő gyorsan, úgyszólván néhány nap alatt megindult s csak egy esetben (2. sz.) húzódott el hosszabb ideig s csak a focalis fertőzés okának megszüntetése után láttuk a citrin gyors hatását érvényesülni. Ugyanebben az esetben láthattuk, hogy a citrin kihagyása után a haematuria ismét jelentkezett, hogy a szer alkalmazására ismét hamarosan megszünjék. A capillaris ellenállás és permeabilitási viszonyok javulásával párhuzamosan a vizsgált esetekben a klinikai kép javuláso is követhető volt.

A citrin adagokat, mint láttuk nem szabályosan alkalmaztuk. Az adagok 25 és 300 mg között ingadoztak. Pontos adagot nem tudunk megjelölni s azt az esetek szerint kell megválogatni. Véleményünk szerint s eseteink nagyobb része is azt mutatja, hogy napi 50—100 mg között kell keresnünk azt az optimalis adagot, hogyha elérni akarjuk a szervezet telítését azon, a citrinben jelenlévő vitaminfactorral, mely úgylátszik csökkenti az erek ellenállását és növeli áteresztőképességüket. — Az ascorbinsavval (C-vitamin) történő együttes kezelés eredményességéről egy esetünk, (2. sz.) alapján véleményt nem mondhatunk, ez további klinikai megfigyeléseket tesz szükségessé. — Azonban *Huszák* vizsgálatai, melyek szerint a P-vitamin ugyanabban az oxidatiós rendszerben visz fontos szerepet, mint az ascorbinsav, arra engednek következtetni, hogy a két vitamin együttes alkalmazása egymás hatásának növelése révén az eredményesség szempontjából esetleg nagyobb hatást vált ki. Erről temészetesen mint említettük, csak nagyobbszámú megfigyelés alapján lehet majd végső véleményt mondani. Megemlíteni kívánjuk, hogy a citrin injectióktól soha a legkisebb kellemetlenséget sem észleltük akár az erek, akár a beteg általános közérzete részéről.

A citrin a fent közölt vérzéses nephritis esetein kívül más, nem vérzésekkel járó betegségekben is alkalmaztuk, mégpedig heveny polyarthritis rheumatica 2, endocarditis recens 1 és endocarditis lenta 1 esetében. A citrin hatásáról szerzett benyomásaink az említett betegségekkel kapcsolatban igen vegyesek. Igy mindkét polyarthritisben szenvedő jóllehet mind a capillaris ellenállás növekedését, mind az erek áteresztőségének csökkenését megállapíthattuk, a klinikai kép jóformán alig változott. Endocarditis lenta egy esetében semmiféle hatást nem láttunk, míg endocarditis recens egy esetében (nagy lázzal, borzongásokkal, hidegrázásokkal, mikroskopos haematuriával, syst. zörej a szívcsúcson, tapintható lép), miután előzőleg 2 héten át alkalmazott i. ven. antisepticumok, majd egy esetvoltak, összesen 27×50 mg citrin i. ven. befecskendezésével teljes gyógyulást értünk el.

Mint közleményünk elején említettük, vizsgálni óhajtottuk, vajjon a flavanon csoport más tagjai is rendelkeznek-e a citrinhez hasonló hatással. *Armentano, Bentsáth, Béres* stb. kísérleteket végeztek emberen Quercetin-nel és Rhamnetin-nel, de minden eredmény nélkül. Parenteralis alkalmazásuk után igen gyakran lázat és collapsust észleltek. Mi a hesperidin hatását vizsgáltuk idült polyarthritis 2 és nephritis acuta haemorrhagica 1 esetében. Az adagok 20 és 40 mg hesperidin között ingadoztak. Mivel minhárom esetben a beadás után kb. 1 órával hidegrázást és collapsust észleltünk, mely tünetek ugyan nem mindjárt az első injectiók után jelentkeztek, a további kísérletezéstől elálltunk. Az időközben elvégzett cap. resist. és permeabilitási vizsgálatok az erek ellenállásának és a permeabilitási viszonyoknak alig számbavehető javulását mutatták.

Összefoglalás: a citrin („P"-vitamin) pharmakologiailag igen hatásos és kiváló gyógy értékű anyag. Az erek resistentiáját növeli, áteresztőképességüket csökkenti. Vascularis purpurákon kívül különböző eredetű vérzéses vesegyulladás ellen alkalmazva a vérvizelés gyors megszünését és a betegség aránylag igen rövid idő alatti gyógyulását eredményezi. Ez a körülmény igen indokolná a citrin előzetes alkalmazását minden olyan betegségben, hol nephritis veszélye fennáll s így mint prophylacticum is szóba jöhet. Más, vérzésekkel nem járó betegségekben gyógyhatása igen eltérő, bár az esetek legnagyobb részében kimutatható a cap. resist. fokozódása és az áteresztődés csökkenése. Hesperidin i. ven. alkalmazása után minden esetben hidegrázást, collapsust észleltünk.

MONTECATINI TERME

(FIRENZE mellett)

Idény: április 1-től november 30-ig

Thermal gyógyhely:
máj-, gyomor-, bél- és anyagcserebetegségek, rheumatizmus esetén

Kétszáz szálloda és pensio

Nagyszerű, modern thermal gyógyintézetek
Iszapfürdők
50 százalékos vasútkedvezmény

Felvilágosítások: Ufficio Propaganda, Montecatini Terme és az összes utazási és forgalmi irodákban

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Rocky—Mountain láz. *R. R. Parker.* (Journ. Am. Med. Ass. 1938. 110. k. 1185 és 1273. o.)

A Rocky—Mountain-láz (Rocky—Mountain spotted fever), vagy más néven „hegyi láz" endemiásan fordul elő Amerikában, főleg a Sziklás hegység mentén fekvő északi államokban, s ez az oka annak, hogy Amerika sokat áldoz annak leküzdésére. A kiütéses typhussal közeli rokonságban álló betegség és a vele foglalkozó cikk bizonyos analogiák szempontjából tanulságos, habár az utóbbi a tárgykör ismerőjének nem sok újat nyújt.

A hegyi lázat egy, a filtrálható virusok és a bakteriumok határterületén álló Rickettsia faj okozza és a kórokozót, mint vectorok, kullancsok (Dermacentor andersoni és D. variabilis) viszik át csípésükkel az emberre, míg a kiütéses typhust a tetű és a bolha terjeszti. Megállapították, hogy az endemiás területeken a kullancsoknak kb. 5%-a virushordozó, de az hogy a fertőzőképesség folyamatossága évről-évre miként fenntartott, valamint a kórokozó körforgásának a kérdése smber és kullancs között, nem tisztázott még. A betegség, amely a kiütéses typhushoz hasonló tünetekkel és maculosus (ritkán papulósus) kiütéssel jár, néhány hétig tart és egyes vidékeken 80%-ban halálos kimenetelű. Jelenleg a lethalitás átlaga 25—35% között mozog.

A laboratoriumi diagnosisra három mód kinálkozik: 1. *Him tengeri malacok fertőzése* intraperitonealisan, a betegtől a lázas szakban vett vérrel, mire positiv esetben az állatok erős scrotalis duzzanattal reagálnak és immunissá válnak; 2. Weil—Felix-reactio, mely proteus X_{19} és X_2 O-agglutininjeinek a beteg vérében kimutatásából áll. Kifejezetten positivnak az 1:320 titer, igen gyanusnak pedig a 1:160 titer tekintendő; ennél alacsonyabb mérvű agglutinatio csak a legnagyobb óvatossággal értékelhető. A hegyi láz virusával kezelt nyul, vagy a beteg savója mindkét említett proteus törzset agglutinálja, míg ty. exanthematicus esetében csak az X_{19}-el kapunk agglutinatiót; 3. *Közömbösítési próba* a reconvalescens egyén savójának és ismert virusnak a keverékével, tengerimalac hasüregébe oltva.

A betegség kiállása immunitást hagy hátra, de azért második fertőzés is előfordulhat, amivel — szerző szerint — az elsőnél sokkal virulensebb törzs esetén lehet számolni. A *prophylaxisnak* két módja van: 1. az egyéni védekezés, tisztasággal és az élősdiektől óvakodással, vagy pedig 2. a védőoltás, ami az endemiás területeken jön szóba. Az Egyesült Államokban a hegyi láz kutatására létesített Rocky—Mountain Laboratorium (Montana államban) évente 80.000 egyén részére tud előállítani védőoltóanyagot. a virussal fertőzött kullancsok szöveteiből, ami érthetően körülményes és költséges eljárás: 1 liter oltóanyag előállítása 300 dollárba kerül (1 oltásra 2 ccm szükséges). A vaccinának jó védőhatása van, habár 1 oltás esetén ez főleg csak a lethalitás leszállításában nyilvánul. A példaként felhozott számadatok szerint egy körülírt területen a nem vaccináltak között 76%, a vaccináltakban pedig 9% volt a lethalitás.

Dreguss Miklós dr.

Sebészet.

Gyomor- és duodenum-perforatióról. *Hohenwallner.* (Zbl. f. Chir. 1938. 4.)

Huszonöt gyomor- és duodenumperforatiós betegét (21 férfi és 4 nő) mind 6 órán belül operálta. Négy beteget veszített el. A műtét alkalmával a perforatiós nyilást elvarrta, két esetben primaer resectiót végzett, pár esetben a Neumann-féle eljárást alkalmazta. A gyógyult betegek közül hármat fekélye miatt újból meg kellett operálnia. A perforatiós nyilás elvarrásával egyidejüleg sohasem végzett G. E. A.-t, mivel ez könnyen ulcus pepticum jejuni-t okozhat. Megállapítja azt is, hogy a másodízben végzett gyökeres műtét nem ütközik különösebb technikai nehézségekbe.

Winternitz Sándor dr.

A cardioplastikus oesophago-gastrostomia. *Frey.* (Zbl. f. Chir. 1938. 1.)

A fenti eljárást azokban az esetekben ajánlja a szerző, amikor a tágítás heges szűkületek miatt nem vihető keresztül. Szerző felhagyott a cardiotomiával és a cardioplasticával. Ő az oesophagogastrostomiát Sauerbruch-féle transthoracalis behatolással végzi; a Heyrovszky-féle subphrenicus eljárást nem ajánlja. Rosszul működik az anastomosis, ha az nagyon kicsi és ha a nyelőcső felszabadítása sarkantyúképződést okoz. Ennek elkerülésére az általa részletesen leírt széles anastomosis elkészítését ajánlja.

Ittzés Jenő dr.

Vérátömlesztés után létrejövő specificus haemolytikus csoportreactio gyógyult esete. *Gjövik.* (Acta Chirurgica Scand. 80. k.)

30 éves nőbetegen súlyos méhvérzés miatt vérátömlesztést végzett. A vércsoportmeghatározás *Jervell* szerint történt. 500 ccm citrátos vér átömlesztése után hidegrázás, 41 C° láz támad. Vizeletben nagymennyiségű haemoglobin és fehérje mutatható ki. A beteg állapota az első két napon kritikus, a 3. naptól kezdve fokozatos javulás. A szerző a haemolysis okát kutatva megállapította, hogy a vértadó A. a vértkapó pedig egy defectusos O csoportba tartozott. A műtét előtt megejtett vizsgálatkor tehát a vértkapó beteg O csoportú vére azért nem agglutinálta a vértadó A csoportú vérét, mert nem volt benne „α" agglutinin, csak „α" haemolysin, ami később haemolysist okozott. Megállapította azt is, hogy az A. csoportú vértadó savójának agglutinatiós titere az 5. héten 200-ra emelkedett, majd az ezt követő 4. héten 70-re esett le. A vérnek ez az új tulajdonsága a vértkapó vérképző szerveire izgató hatással lehet és egy kiegészítő, veleszületett, latens csoport tulajdonságot idézhet benne elő. Szerző szerint tehát nem elegendő az agglutinatiós próba megejtése, hanem ezt még ki kell egészíteni a haemolysis-próbával és csoportmeghatározással is, nehogy egy újabb vérátömlesztéskor az azelőtt használható vértadó vére veszélyes complicatiót okozzon.

Pongrácz Ferenc dr.

Szülészet.

Eredmények az intrauterin pessariummal. *W. H. Weir.* Cleveland. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 2.)

A csapalakú pessariumot dysmenorrhoea, retroflexio és sterilitas esetében alkalmazta 882 esetben, amelyek közül 318 hosszabb ideig észlelt esetet ismertet. A pessarium behelyezése után a beteget 2, 4 és 6 hónap után ellenőrizte és ekkor a csapot eltávolította. A panaszok csaknem mindig megszüntek. Többizben terhesség is következett be. A csap behelyezése előtt meg kell győződni, hogy nincs-e a környezetben gyulladás. Ajánlatos a behelyezés előtt méhkaparást végezni.

Miklós László dr.

Petefészek fibroma ascitessel és hydrothorax-szal. *J. V. Meigs* és *J. W. Cass.* Boston. (Amer. Journ. Obst. Gyn. 1937. 33. 2.)

7 esetet ismertet, amikor a petefészek különböző nagyságú, egy-, vagy kétoldali fibromája mellett nemcsak ascites, hanem nagyfokú hydrothorax is volt. A betegek nagyrészét panaszaik miatt, amelyek hydrothorax-szal állottak összefüggésben évekig, néha többször is csapolták. A nőgyógyászati vizsgálat után eltávolították a tumort, mire az addig folyton újraképződő mellkasi folyadékgyülem végleg eltünt. A folyadék minden esetben transsudatumnak felelt meg. A jelenség okát magyarázni nem tudja. Felhívja a figyelmet arra, hogy ilyen esetben szükséges a nőgyógyászati vizsgálat.

Miklós László dr.

Nagytömegű daganatsejt-thrombusképződés a tüdőerekben chorionepithelioma kapcsán. *R. Manz.* (Arch. Gynaek. 1937. 164. 1.)

Harminckilenc éves nőbeteg, kinek méhét 2 és fél éve chorionepithelioma miatt csonkolták, s utána sugaras kezelést is kapott, tüdőgümőkór tünetei között meghalt. Boncolás alkalmával a tüdőkben késői chorionepithelioma áttételeket találtak. A tüdőverőerek nagyobb ágait csaknem teljesen elzárta a daganatsejt-érrögök tömege. A jobb tüdőverőér közepes és kisebb ágainak egy részét is daganatsejtekből álló érrögök töltötték ki, ami számos frissebb és régibb vérzéses infarctus keletkezésére vezetett. A bal tüdő felszinén egy, a jobb tüdő zsigeri mellhártyája alatt több, mogyorónagyságú és annál valamivel kisebb chorionepithelioma áttételt találtak. Emellett mindkét tüdőben friss gümőkóros elváltozást észleltek. A kisebb tüdőverőereket elzáró daganatsejt-érrögök részben szervültek. A tüdőverőérrendszer részleges elzáródása a jobb szívfél nagyfokú túltengésére vezetett.

ifj. Mauks Károly dr.

Szemészet.

A ganglion sphenopalatinum carbolizálása. *Thurel.* (Arch. d'Ophthalm. 1938. június.)

Szerző évek óta gyakorolja a localis sympathicus bénítás e módját. Az alkoholbefecskendést veszélyessége miatt elhagyta; helyesebb az endonasalis tamponálás carbol, vagy Bonain-oldattal. A végleges és teljes elpusztításhoz három, egyenként egy órás ülés szükséges. A javallatok a következők: sympathalgiák (gyakran fénykerüléssel), zooster utáni neuralgiák, (sikertelenség esetén alkohol a Gasserducba), keratitis neuroparalytica, episkleritis, idősült glaukoma, a szem vasomotoros chrisisei, retinalis érgörcsök, látóideggyulladás. A beavatkozás hatására a fájdalmak, a fénykerülés megszünnek. A neuroparalyticában észlelt kedvező befolyás ténye is a sympathicus szerepe mellett szól; a szemhéjak összevarrása azonban nélkülözhetetlen; (l.: *Alajouanine* és *Thurel:* Anésthesie pathologique de la cornée.) Szemfenéki elváltozások javulása a retinalis vérkeringés kedvezőbbé válása útján képzelhető el. Az eljárás a sympathicus túlérzékenységét jelző functionalis tüneteket (fájdalom keringési zavarok) szünteti meg; ez nem azonos a rhinologusok által már régebben ajánlott nyálkahártyaérzéstelenítéssel, mely az orri eredetű reflexeket kívánja kiiktatni (reflexotherapia). Hasonló eredményeket ért el *Dubois—Poulsen* (An. d'Ocul 1937 április.) Szerző azt az érdekes lehetőséget veti fel, hogy a különböző szembajok (phlyctaena, neuritis retrobulbaris) ellen végzett rhinologiai műtétek kedvező hatása valójában a sphenopalatintájék cocainizálása, vagy sy.-kiirtás (conchotomia!) révén jön létre; tehát sympathicus kiirtás! A *Magitot* által ajánlott retrobulbaris alkohol (iritis, keratitis, glaukoma) tulajdonképen szintén symtaphicus blokkirozás.

Grósz István dr.

Besnier—Boeck betegség szemtünetei. *Coppez* és *Dujardin.* (Arch. d'Ophthalm. 1938. június).

A benignus sarcoid (lymphogranulomatosis benigna *Schaumann)* számos localisatiója közül a szemészetiek eléggét ritkák. A kötőhártyán tüszők jelenhetnek meg *(Blegvad).* Az uvea részvétele gyakoribb; rendesen gümős typusú iridocyklitis észlelhető, mely azonban szövettanilag ettől eltérő és negativ bakteriologiai lelettel jár. Szerző esetében a kórkép Heerfordt-féle syndroma képét is mutatta: uveitis, parotitis, láz, arcidegbénulás (febris uveoparotidea). Anâlog eseteket jeleztek már mások is. Tehát létezik egy olyan iridochorioiditis is, mely részjelensége egy általános reticulo-endothel rendszer megbetegedésnek. Ha csak a bőr megtámadott, úgy a Besnier—Boeck-betegség képében jelentkezik; ha az uvea és nyálmirigyek, úgy a Heerfordt-, sőt talán a Mikulitz kór alakjában. Talán egyes, a gümős csoporttól elválasztható ismeretlen eredetű uveitisek idetartoznak. A betegség első generalizált stadiumában a tuberculinpróba negativ, a szövettani kép nem follicularis typusú granuloma; a második localizált szakban a granulomában óriássejtek találhatók és a bőrpróba positivvá lesz. Therapia: arany, antigen méthylique, arzén. Bő irodalom. (L. *Meyer* cikkét: Klin Mon. Aug. 1938. márc. Ref.)

Grósz István dr.

Gyermekgyógyászat.

A bakteriologiai vizsgálat, mint döntő diagnostikus segédeszköz a gyermekkorban. *Kleinschmidt.* (Jb. f. Khk. 1937. 149. 5—6.)

Példákkal bizonyítja, mennyire fontos, sőt döntő a bakteriologiai vizsgálat a klinikai diagnosis számára.

I. A vércultura nem csak a sepsis felismerésére szolgál, hanem a bakteriaemiának a megértésére is és sebészi beavatkozások indicatiójában a legnagyobb jelentőségű lehet.

2. A vizelet-cultura biztosítja a pyuria diagnosisát, megakadályozza a glomerulonephritissel összetévesztést, lehetővé teszi a vesetuberculosis felismerését, alátámasztja a nephrektomia szükségességét staphylococcus abscessusok esetében.

3. Liquorvizsgálatkor a negativ bakt. lelet prognostikai szempontból döntő jelentőségű. Mivel mégis egy asepticus serosus meningitis genyesbe mehet át, másrészt a kórokozók kimutatása nehézségekbe ütközhet, kívánatos az ismételt vizsgálat. Meningitis tbc. diagnosisához a tbc. bacillus kimutatása szükséges.

4. A kötőhártyaváladék vizsgálata különösen a diphtheriabacillusok és gonococcusok kimutatása szempontjából fontos. Kötőhártyadiphtheria gyanuja esetén indokolt a serumkezelés.

5. Fiatal gyermekek heveny orrhurutja alkalmával főképpen pneumococcusok, idült hurutok esetében staphylococcusok szerepelnek.

A mandulák di. gyanus megbetegedésében a diphtheria-bacillusok kimutatásának sikertelensége nem teszi feleslegessé a serumkezelést. Streptococcusok kimutatásának eredménytelensége nem zárja ki a vörhenyt, positiv lelet csökevényes, vagy kiállott vörheny mellett szólhat.

7. A fülgenyben lévő streptococcus haemolyticus más gyanus jelek mellett lappangva lezajló vörheny mellett szólhat. Diphtheriabacillusok rendszerint secundaer kórokozók. Középfül tbc. esetében a kórokozók kimutatása legtöbbször kikent készítményben is sikerül, de culturalis vizsgálattal, vagy állatkisérlettel megerősíthető.

8. A pleura-empyema genyben talált staphylo- vagy streptococcusok kiindulási pontjául a tüdőben lezajlott septicus metastaticus vagy pneumoniás folyamatok vehetők fel.

9. A pneumococcus, vagy streptococcus peritonitis gyanuja esetében a kórokozó kimutatására hasi punctiót végez.

10. A székletben a coli és streptococcusok túlsúlya a bifidus florával szemben értékes útbaigazítást ad a nőitejes csecsemők zavarának megítélésében.

11. Fontos a gyomormosó folyadéknak culturalis és állatoltással történő vizsgálata tbc. bacillusra, emellett a torokból nyert kismennyiségű köpetnek strichben történő vizsgálata is.

12. Szamárköhögés esetében a táptalajra történt köhögtetés a korai diagnosisát és az abortiv esetek felismerését teszi lehetővé.

Tamási Gyula dr.

Orr-, torok- gégegyógyászat.

A rhinogen sepsisről. *Kecht.* (Mschr. f. Ohrenhk. u. Lar.-Rhin. 1938. V f.)

A rhinogen sepsis a tonsilláris és otogen sepsishez viszonyítva ritka, de a legnagyobb mortalitással bír. Szerző 2000 melléküreggenyedés kapcsán 14 esetben észlelt sepsist, ami közül csak 5 gyógyult meg (mortalitás 63.4%). A sepsis kifejlődésének két formája van: az egyik — és ez a gyakoribb — a véráram utján terjedés, a vena angularis közvetítésével; a másik, amikor helyi szövődmények (orbitalis phlegmone, extraduralis tályog, subperiostalis tályog) kapcsán fejlődik ki a sepsis, vagy a venae ethmoidalesek, vagy valamely agyi sinus közvetítésével (cavernosus thrombosis). Sepsis az orr és melléküregek nyálkahártyájának bármely pontjáról kiindulhat és spontan, vagy műtétek után keletkezik. Tapasztalat szerint nem annyira radicalis műtétek, mint inkább egyszerű, ú. n. drainage-műtétek (Highmorpunctio; egyszerű trepanatio) kapcsán jelentkezik. A therapia az elsőleges góc kiiktatásából és a tovaterjedés megakadályozásából áll. (Vena facialis communis, ant. post. lekötése.)

Ajkay Zoltán dr.

Idegentest a bronchusban 14 hónapos gyermek esetében. *Almuly.* (Mschrk. f. Ohrenhk. u. Lar-Rhin. 1938. V. f.)

A tizennégy hónapos fiugyermeket azzal a panasszal szállítják a klinikára, hogy pár órával azelőtt vasszseget nyelt, amire fuldokló köhögése támadt. A röntgenvizsgálat a thorax területén mutatta az idegentestet. Felső bronchoskopia segítségével a bal főbronchusból a 2½ cm hosszú vasszeg Brünigns-féle fogóval eltávolíttatott. A beteg pár nap alatt meggyógyult.

Szerző az esettel kapcsolatban rámutat arra, hogy a megfelelő gyakorlattal és gyorsasággal véghezvitt bronchoskopia még ily kis gyermekeken sem igényel trachotomiát, továbbá a narkosis is mellőzhető, ami a tüdőcomplicatiók szempontjából elsőrendű fontosságú. Az eset még azért bír érdekkel, mert az idegentest a bal főbronchusba került, ami ritkább, mint a jobb bronchusba bejutás.

Ajkay Zoltán dr.

Bőrgyógyászat.

Adatok a pemphigus vulgaris virus aetiologiájához. *J. Werth.* (Arch. f. Derm. u. Syph. 176. k. 4. f.)

Szerző 31 házinyúlon, 8 tengerimalacon, 7 egéren és 1 patkányon végzett kisérleteiből megállapítja, hogy a bakteriumfilteren átszűrt pemphigusos hólyagtartalommal az állatok fertőzhetők. Az állatok elülső szemcsarnokába végzett ojtás után 12 órával a csarnokvíz zavarosodását fi-

gyelte meg. További 12 óra elmultával erős kötőhártyaizgalmat észlelt bőséges genyképződéssel. A bulbus teljes beolvadása után a szemüreg begyógyult, de egynéhány állat ezek közül elpusztult; a boncolás alkalmával jellegzetes tüneteket nem észlelt. Ellenőrző kisérleteiben emberi normalvérsavót és syphilises liquort ojtott az állatok elülső szemcsarnokába. A fertőzést kiállott állatok túloldali szemét is fertőzte és mivel ebben 12 óra mulva csak enyhe zavarosodást, további 12 óra mulva pedig teljes gyógyulást látott, ezért arra következtet, hogy a kiállott fertőzés immunitást hagy maga után. Szerző tyukembrio chorionallantoisán tenyésztési kisérleteket végzett és ezek szerinte sikerrel jártak. A virusokat Giemsa- és Viktoria-kékkel sikerült láthatókká tennie.

Preininger Tamás dr.

Az ulcus gangraenosum, illetve phagedaenicum ismeretéhez. *Fritsch.* Köln. (Derm. Wschr. 1938. 18.)

Az ulcus gangraenosumot fertőző betegségnek ismerjük, mely azonos az ú. n. nosocomialis gangraenával. A phagedaeniás betegségek csoportjába tartozik, mint az angina Plaut-Vincenti, a noma és az ulcus tropicum. Két stadiuma van: 1. a fibrinkiválasztás; 2. a nekrosis stadiuma, infiltrált lepedék, ú. n. pulpa képződik rajta. A fekély kerek, vagy szabálytalan alakú, de éles határú, fala meredek, alapja hepe-hupás, a lepedék szürkés-sárga, diphtheriás, környezete sötetvörös szinű. Harangnyelv formához vezet és hatalmas phimosis kiséri bőséges secretummal. — Gyakran 40 C° fölé is emelkedő láz kisérheti. A kórokozó staphylo- és streptococcus mellett a bacillus fusiformis és a refringens spirochaeta lehet egymással synbiosisban. A fertőzés módja elsősorban a nemiélet, másodsorban a tisztátalan száj (Plaut—Vincent angina). Az incubatiós idő 2—14 nap és a folyamat erőssége az incubatiós idővel fordított arányban áll. A fusiformis bacillus aneorob módon tenyészik, tehát a praeputialis zsákban jelentkező folyamat prognosisa súlyosabb. Gyakran a fityma gyulladása, majd a penis tovahaladó destructiója követi. Az üreges test tunica albugienája sokáig ellentáll, majd heves vérzés kiséretében cavernitis jelentkezik. Gyors sebészi beavatkozás, amputatio penis szükséges. Mesterséges átojtás emberre eddig nem sikerült. Kezeléskor cél az anaerob körülmények megszüntetése, a fekély szabaddá tétele, az alávájt szélek eltávolítása; helyi kezelésre a jodoform és carbolsav vált be a legjobban. Szerző 5 g. NaCl-t jodoform porral kever és carbolsavval péppé gyúrja, a gyulladás lezajlása után naponta 1—2-szer a fekélyre keni. Lázas fekélyek esetében *Buschke* chinint ajánl uretanban oldva, melyből 0.3—0.5 g-t injiciál i. m., vagy i. v. A salvarsan hatásáról az irodalmi vélemények megoszlanak. *Spiethoff* 1933-ban adott először sajátserum injectiót. Napi 40—100 cm. saját serumtól néhány nap alatt az elhalt terület lelökődött minden helyi kezelés nélkül. Szerző 26 éves betegének részletes kórtörténetét közli, hol a folyamat syphilissel társult. Th.: többszöri sebészi beavatkozás, ülőfürdők, localisan carbol + jód + natriumchlorid, pankrasyn és 5%-os targesin kenőcs. A folyamat rosszindulatúsága ellenére is hat hét alatt meggyógyult.

Fülöp Gyula dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A balkezesség. *Románné, Goldzieher Klára.* (A Magyar Psychologiai Társaság Örökléstudományi Szakosztálya által kiadott Örökl. Tudom. Füzetek. 1. sz. 16 ábrával. 63. l.)

A tartalmas füzetet *Szabó Zoltán* professor tanulmánya vezeti be, ki a balkezességet az élő lények egész világában megnyilvánuló fejlődési, megjelenési, alak- és szerkezetbeli szabályosságok tanával hozza kapcsolatba. A növény- és az állatvilágból felhozott példák amellett tanuskodnak, hogy a féloldalasság typusos örökletes asszimetriás jelenség és nem rendellenesség, míg az, hogy melyik oldal részesül előnyben, mindenekszerint öröklött alkattani tényezőkre vezethető vissza. A megítélés nem mindig könnyű, mert még igen alsóbbrendű lények is, mint a földi giliszta, a jobb és a bal közötti különbséget képesek szerzett tapasztalás, vagyis tanulás útján elsajátítani. Maga *R. Goldzieher Klára* igen nagy irodalmi anyagot vet egybe saját széleskörű vizsgálataival. Kipróbált módszereivel 840 középiskolás fiun 16-17% balkezest talált, továbbá 566 egy- és kétpetéjű eseteiben 15—16% nyilvánvaló balkezes és 546 egy-, petéjű iker közül 50% lappangó + nyilvánvaló balállapitot meg. Rövid, világos fejtegetésekben foglalkozik a balkezesség elméletével, a féloldalúságnak egyéb szervek területén (vezető láb, vezető szem, stb.) mutatkozó gyakoriságával, jelentőségével, az intelligentiához viszonyával, a jobbkezességre átnevelés lehetőségének és ajánlatosságának problemájával, a balkezességnek a dadogással, az epilepsiával, siketnémasággal és a szinvaksággal correlatiójával.

A kis tanulmány, mely mögött nagy munka rejtőzik, s melyet az ítélés óvatossága jellemez, feltétlenül megérdemli minden természetbúvár és gyakorló orvos figyelmét.

Ranschburg prof.

Medizinische Chemie. *K. Hinsberg* és *K. Lang.* (Urban és Schwarzenberg kiadása Berlin, 1938. 458. oldal.)

E kötet az utóbbi évek biochemiai mikromethodikai haladásának kritikai összegyűjtése. — Főleg a tiszta chemia módszereket ismerteti. Igyekszik a sok módszer közül a jókat kiválasztani és esetleges hibáikra rámutatni. Minden fejezet elején az egyes methoduskoból összefoglalást is ad. A tárgyalási módjuk rövid és szabatos, nem kezdők számára való. Igen sok, kitünő irodalmi felsorolást is nyújt és ezáltal azok munkáját, akik a biochemiai mikroanalisis haladásáról tájékozódni akarnak, nagyon megkönnyíti. Az alapos munka e szerzők több methodusának leírása mellett magyar kutatók módszereit is ismerteti, vagy megemlíti. (*Belák, Illényi, Jendrassik, Pélyi, Straub* Br. stb.) Beszerzése orvosi laboratoriumok számára melegen ajánlható.

Simon Sándor dr.

Les médications de choc en opthalmologie. *L. Hambresin.* (Masson et Cie. kiadása 1938. Páris.)

A francia szemorvostársaság idei nagygyülésén tartott referáló előadás (bővítve). Szerző részint saját tapasztalatai, részint az irodalmi adatok és a körkérdésre adott válaszok alapján jó áttekintést ad az ingertherapiáról mind belorvostani, mind szemészet szempontból. Az első fejezet a shok klinikumáról, a 2. a hatásmechanismusról és az ellenjavallatokról szól általában. A. 3. fejezetben sorra veszi az egyes agenseket hatásmódjuknak ismertetésével (vérképvizsgálatok) együtt; ezek a következők: pepton, tej, sajátvér és -serum, kolloidalis fémek (kén, arany ezüst), serumok, oltóanyagok (dmelcos, Renadr. f. vaccina, propidon, typhus, paratyphus) és a fixatiós tályog. Külön csoportban tárgyalja a tulajdonképeni láztherapiás módszereket: ezek a malaria, kéntherapia és a *physikalis* eljárások. Utóbbiak főleg Amerikában divatosak. A Kettering-féle hypertherm conditionált levegőjü hőkamra, melyben 41 C°-os testhőmérséklet érhető el az 5—6 órás ülés alatt; a vízveszteség elkerülésére 2—5 l. 0.6%-os jeges konyhasó oldatot itatnak a beteggel, feltétel a keringési szervek épsége. *Culler* és társai a luesos szembántalmak terén értek el vele eredményt, fajlagos kezeléssel combinálva (l. ref.: O. H. 1938. 1. sz. és 1936. 22 sz.). A másik physikalis módszer az elektropyrexia, melyben a rövidhullámú tér lázkeltő hatását használják fel. Curiosumnak tekinthető végül a finom dispersiójú szén intravenás bevitele. Az 5. fejezetben az egyes szembajok ismertetése található. A sort a négy legalkalmasabb korkép nyitja meg, m. p. a blenorrhoea, iritis, kúszófekély és a fertőzések. A tej ma is rendíthetetlenül áll a számos eljárás élén. Szerző 2x4 perces forralást ajánl; 5 ccm-el kezd, összesen 3—4 befecskendést ad bőr alá másod, illetve harmadnak. 1 órával előbb 1 ccmét ad túlérzékenység lehetősége miatt. *Hambresin* kiskönyvében mindvégig *Kopaczewskire* támaszkodik, azt ajálja, hogy kisszámú ingertherapiás készítményre szorítkozzunk csupán, hogy azokat azután helyesen és célszerűen tudjuk felhasználni.

A nem fajlagos therapia értéke a szemészetben ma már senki előtt sem kétes. Annál inkább örvendetes jelen referatum megjelenése, melyben óriási irodalmi anyag — számos magyar szerzővel — van feldolgozva. áttekinthető módon. A 245 oldalas könyv a kitünő forrásmunka jellegével bír.

Grósz István dr.

Die physiologische und klinische Bedeutung des Blutammoniaks. *L. Stanojevic.* (Steinkopf kiadása 1938. Dresden. 64. oldal.)

A belgrádi belgyógyász rövid monographiájához *Volhardt* prof. irt előszót. A munka alapos ismertetése és kritikája a vérammonia sokat vitatott kérdésének, amelynek a szerző is eredményes kutatója. Kitünő irodalmi áttekin-

tést is ad. Ma már megbízható methodusok állanak a kutatók rendelkezésére és így kétségtelenné vált, hogy ha csak igen csekély mennyiségben is, de mégis csak van a vérben praeformáltan ammonia. A leírt hyperammoniaemiák egy részének keletkezése is, a sok pathologiás vizsgálat következtében, megmagyarázható.

Simon Sándor dr.

A Ferenc József Tudomány Egyetem Barátai Egyesület Orvosi Szakosztályának május 18-i ülése

Bemutatások:

Kovács Ö.: 21 éves intézeti dajkát mutat be, aki másodszülött, jelenleg 4 hónapos gyermekét táplálja és ezenfelül a gyermekmenhelyen ápolt csecsemők részére tejet fej le. Napi tejproductiója még mindig növekszik és jelenleg egyes napokon már a 4 litert is eléri. Emlői középnagyok, hosszúkás kúpalakúak, kemény mirigyes tapintatúak. Ha nem szoptat egészen kis melle van. Fejéskor melléből a tej több és vastag sugárban ürül. Reggel gyermeke szoptatása után még mintegy másfél liter, délben 5—6 dl, este 7—8 dl tejet fej le. Tapasztalata szerint az intézeti dajkák napi 2—2½ literes tejhozama mindennapos dolog, 3 literen felüli mennyiség azonban már ritkán fordul elő.

Páll G.: *Portio-cervix myoma és terhesség.* Az egész kismedencét kitöltő, jókora csecsemőfejnyi myoma a IV. hónapjas terhes méh corpusát csaknem a köldök magasságáig eleválta. A portio, illetve cervix alsó részéből kiindult daganat a parametrium legalsó részében fogialt helyet, incarceratiós tüneteket okozott. Műtét: hasfali úton a méh és alsó részéből kiinduló daganatnak totalis exstirpatiója. A teherbejutást a méh alsó szakaszából kiinduló, a nyakcsatornát erősen szűkítő daganat sem akadályozta meg (vetített képekkel bemutatás).

Páll G.: *A méhnek intact interstitialis terhesség okozta elsőleges tengelycsavarodása.* Astheniás I. gravida esetében a türhetetlen alhasi fájdalmakat és csaknem shok hatást előidéző, intact IV-ik hónapos interstitialis terhességet műtét előtt diagnostisálták. A paravertebralis, hasfali és másodlagos beszűréses novocain érzéstelenítésben végzett hasmetszéskor kiderült, hogy az óramutató járásával megegyezően több mint 90 fokos elsőleges méhtengelycsavarodás is szerepelt (anamnaesisben 5 héttel előbb jobboldalra esés). Műtét: az interstitialis terhességnek megfelelő méhsaroknak partialis resectiója. Sima sebgyógyulás. Esetükben a méh egyik sarkán, a fundusból csaknem kisökölnyire kiemelkedő, assimetriát okozó interstitialis terhesség nagyobb forgató nyomatékot képviselt, a Seilheim-féle theoriának megfelelően a torsiót kiváltó feltételek és okok is szerepeltek. Az irodalomban sehol sincs adat arra, hogy ektopiás terhességnek ritka megjelenési formája okozott volna elsőleges méhtengelycsavarodást. Az eset érdekességéhez tartozik az is, hogy az operált beteg 2 év mulva otthonában szövődmény nélkül élő, érett magzatot szült, a méh partialis resectiója ellenére (vetített képek, hysterographiás felvétel.)

Előadás:

Páll G.: *A rheumakérdés nőgyógyászati vonatkozásban.* A nőorvosok által elég mostohán kezelt rheuma kérdésnek terhességgel, szüléssel, gyermekággyal, de főképen nőgyógyászati megbetegedésekkel összefüggő vonatkozásait tárgyalja. A gyulai állami kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályának 7 és ½ éves anyagában 12.300 ápolt között 94 olyan beteget észleltek, illetve gyógyítottak, akiknek panaszai és szövődményei részben rheumás eredetű megbetegedésekkel állottak kapcsolatban. Polyarthritis rheumaticával összefüggésbe hozható rheumás karditis, terhesség, szülés, gyermekágy és nőgyógyászati műtevéseik kapcsán 53 esetben szerepelt (mindannyin Wa.-r. negativ volt.) — Részletesen tárgyalja a hasfal, a csontos medence lágybélésének, a lumbo-ileosacralis tájának rheumás eredetű bántalmazottságait (41 eset), elkülönítő kórjelzést von az ismert nőgyógyászati megbetegedések felé, mely által téves kórjelzést és ebből folyóan hibás therapiát, felesleges műtéti beavatkozásokat lehet kizárni, biztosabban és tartósabban fogjuk tudni befolyásolni oki kezeléssel a fájdalmas állapotokat, a definitiv ártalmat is fel lehet tartóztatni. A rheuma-kérdés nőgyógyászati vonatkozásában újabb járható utakat, nagy munkaterületeket tár fel a vizsgáló orvosok számára, a gyakorló orvosok részére pedig nagy therapiás lehetőségeket biztosít. Kívánatos lenne, hogy e kérdéssel a nőorvosok intensívebben foglalkoznának.

Kühbacher F.: Óvatosságra inti a nőgyógyászokat a rheuma kórismézése körül, mert könnyen abba a hibába eshetnek, hogy amit eddig — objectiv elváltozások hijján — neuropathiának, neurastheniának vagy éppen histeriának kórisméztek, most majd rheumának diagnostizálják és amint az előadó is említette előfordulhat, hogy rákos betegeket kezelnek majd rheuma ellen.

A méhnek hossztengely körüli csavarodásával, assimetriásan elhelyezkedésű méhdaganatokkal, egyoldali petefészekdaganatokkal és gyulladásos megbetegedésekkel kapcsolatban nem ritkán találkozunk. Ezekben a torsiókban bizonyítékát látja annak, hogy a méh függesztő szalagjai kizárólag az egyensúly fenntartására szolgálnak és a physiologiás helyzetváltozáson túl hatást kifejteni nem bírnak.

Május 25-i ülés.

Bemutatás:

Kovács Ö.: Tizennégy hónapos gyermeket mutat be, akin ú. n. „vigantollökést" végzett. A Merck-féle concentrált D_2 készítmény 0.015 g.-jának egyszeri szájon át történő adására 12 nap alatt a craniotabes, a röntgen-képben az epyphisisben látható „kehelyképződés" eltünt és a provisorikus meszesedési vonal újból megjelent, a vér anorganikus P. tartalma pedig 3.95 mg%-ról 11.6 mg%-ra emelkedett. A bemutatott betegen kívül még öt esetben alkalmazta a „vigantol-lökést" hasonló kedvező eredménnyel. Ártalmas mellékhatásokat egy esetben sem észlelt.

Előadások:

Gellért A.: *Tapasztalatok és újabb eredmények a paraffinozott anatomiai készítmények előállítása terén.* Számos paraffinos készítmény bemutatásával kapcsolatban beszámol azoknak előállítása terén nyert 4 éves tapasztalatairól és ezen idő alatt elért eredményekről. Ezek szerint: 1. A szöveteknek a beágyazás folytán bekövetkező megbarnulását kisebb készítmények esetében a még rögzítetlen anyagnak alapos kiáztatása útján történő vértelenítésével sikerült meggátolnia. Nagy anyagokon, hol a praeparálás hosszabb tartama miatt a képletek feltárása és kimosása csak később történhetne meg, elkerülhetetlen azok előzetes rögzítése. Ez esetekben a szövetek kifehérítésével akadályozza meg azok megbarnulását. E célra legjobban a hydrogen superoxyd 3—5%-os oldata felelt meg. 2. A szöveteknek a víztelenítés és a hőhatás következtében beálló zsugorodása pontos térfogatméréseik szerint kisebbfokú 96°-os alkoholban történő rögzítés után, mint formol, trichlorecetsav és egyéb rögzítő keverékek használata esetén. 3. A készítményekre az évszakok hőmérsékleti változása (erős hideg és hőség) hatást nem gyakorol, csupán napsütéstől kell óvni azokat. 4. Az arcvonások megőrzése céljából is alkalmazta a paraffinbeágyazást s kisérleteinek eredményeként egy néhány napos csecsemő paraffinozott tetemének mellszoborszerű praeparatumát mutatja be.

Gellért A.: *A ganglion cavernosum praeganglionaris rostjai.* Előző vizsgálatai folyamán emberen kimutatott ggl. cavernosumot különböző háziállatokban is sikerült megtalálnia. Ezen vizsgálataival kapcsolatban szarvasmarhában olyan viszonyakat talált, amelyek alkalmasak voltak e duc praeganglionaris rostjainak felderítésére. Vizsgálatai szerint ugyanis a n. petrosus superficialis major szarvasmarhában átnyomul a ggl. cavernosumon, mely a plexus caroticus internus nyalábjainak a Gasser-duc szomszédságába eső csomópontjában fekszik. Sorozatos metszeteken megállapítható volt, hogy a plexus caroticus internus velőtlen kötegeiben fekvő apró ducsejtek körül hálózatot alkotnak. Ezen észleletek azt látszanak bizonyítani, hogy mint a ggl. sphenopalatinum a ggl. cavernosum is a n. petr. superf. major útján kapja praeganglionaris rostjait és e két duc származási és működési kapcsolatban áll egymással.

Botár Gy. és Battancs L.: *Adatok a vékonybél beidegzéséhez kisérleti vizsgálatok alapján.* Szerzők a vékonybél intramuralis idegfonatait s azoknak a splanchnikusokkal összeköttetéseit vizsgálták macskában. Megállapítják, hogy az Auerbach- és Meissner-fonat mikroskopikus ducai főleg Dogiel II. typusú idegsejtekből állanak. Négy-öt nappal a kétoldali nervi splanchnici átvágása után a vékonybél intramuralis idegfonataiban mélyreható elváltozások következnek be, amennyiben az interganglionaris és intercellularis rosthálózat csaknem teljesen eltünik s maguk az idegsejtek is bizonyos fokig elváltoznak. Kisérleteik alapján szerzők arra következtetnek, hogy a splanchnikusok tainak Doigel II. typusú sejtjeivel áll összeköttetésben. praeganglionaris rostjainak egy része a vékonybél fona-

Boros S. és **Bacsich P.**: *A capillaris erek szerkezete és ennek jelentősége a szemgolyó vérkeringésének szabályozásában.* Előadók *Gellért* és *Bacsich*nak a madárszem fésűszervén végzett régebbi vizsgálatai alapján a hátsó ciliaris arteriák szövettani szerkezetét vizsgálták emberen és emlős állatokon (kutya, macska, tengeri malac, disznó, szarvasmarha). Ezen összehasonlító vizsgálatok során — ellentétben az irodalomban szórványosan előforduló adatokkal — azt találták, hogy a hátsó ciliaris arteriák fala a media körkörös izomsejtjeinek és az adventitia collagen és rugalmas rostjainak aránylagos megszaporodása folytán megvastagodott. Feltevésük szerint a vastagfalu ciliaris ereknek, valószínűleg fontos szerepe van a szemgolyóba haladó vér mennyiségének és nyomásának szabályozásában.

Gerzanits P.: *Adatok a combcsont fejének szerkezetéhez újabb vizsgáló eljárás alapján.* Előadó macerált csöves csontokat injiciált a diaphysisben fúrt lyukon keresztül. A csontok metszetein azt észlelte, hogy az injiciált anyag természetszerűleg szorosan kitölti úgy a sárga, mint a vörös velőüreget egészen a corticalisig, kivéve a femurt, melyen a diaphysis, a distalis epiphysis és a nyak, valamint a trochanter teljesen megtelt massával; *a proximalis epiphysis azonban üresen maradt* s az anyag a fej és a nyak határán felfelé domború ívben végződött. A combcsont fejének a foeva capitisen keresztül történt befecskendezése alkalmával nagy nyomás esetén is, csak a fej telt meg úgy, hogy metszeteken és contrast anyaggal töltött csontról készült röntgen-felvételen is a massa csak a fejet töltötte meg s a fej és a nyak határán a nyomási és húzási trajectoriumok találkozási helyén a nyak felé homorú ívben végződik. — Keresve az anyag tovahaladásának akadályát a fej és a nyak határán a nyomási és húzási erővonalak találkozásának helyén compactából álló lemezt talált, a spongiosába ágyazva, melynek a fenti észlelet szerint a fejet a nyaktól vérkeringés szempontjából is élesen el kell határolnia. — Az ismertetet compactából álló lemezt nem tartja figyelmen kívül hagyhatónak sem a subcapilaris combnyaktörések rossz gyógyulásának elbírálásában, sem pedig az osteochondritis coxae juvenilis deformans pathogenesisének magyarázatában.

A Debreceni Orvosegyesület május 19-i ülése.

Bemutatás:

Gödény S.: *Granuloma pediculatum.* Huszonhat éves juhászbojtár jobb arcfelén borotvasérülés után kb. 6 hétre lúdtojásnyi, vaskos, kocsánnyal bíró, súlyánál fogva kissé lecsüngő, hámtól fosztott, széli részén penetráns szagot terjesztő genyes lepedékkel fedett, a lepedéktől mentes középső részen élénk vörös, helyenként — különösen a periferián — feketésen áttünő vérzéseket mutató, bogyószerűen tagolt, rugalmas tapintatú, vérzékeny képlet keletkezett. Az elváltozás széli részéből vett darabkákon szövettanilag bő érsarjakat mutató granulatiós szövet, helyenként sok fehérvérsejt és elhalások látszanak, valamint a kötőszövet hyalinos degeneratiója és felrostozódása észlelhető, elszórtan előforduló Gram positiv coccuspárok mellett. A friss metszési felületről történt ojtási telepek staphylococcus albust mutatnak. Irodalmi adatok szerint Európában ilyen nagyméretű gyulladásos szövetburjánzást még nem észleltek.

Előadások:

Ebergényi S.: *A fájásmérés jelentőségéről saját szerkesztésű a méh contractiói által hajtott készülékünk ismertetésével.* A fájásmérő gépek ismertetése után beszámol az általuk végzett 200 szülés-észlelés eredményéről. Egyes esetekben (hypo-, hypertoniás fájásgyengeség, hasprés elégtelenség, fájáskeltők alkalmazása stb.) a fájásmérő nagyobb szolgálatot nyujt a hasfal kézzel tapintásánál. Vizsgálataikat *Loránd* készülékével végezték. Ezen vizsgálatok közben jutottak arra a gondolatra, hogy a fájásmérő gép szalagját a könnyen romló óraszerkezet helyett a méhcontractiók alkalmával nyert erő segítségével lehet továbbvitetni. Ezért olyan készülékeket szerkesztettek, amelyben a méh összehúzódása által függőleges irányban kimozduló tengely fogasléccel kapcsolódik a papirszalagot tovamozgató henger fogaskerekéhez. A fájások alkalmával a tengely emelkedése által a szalag előrenyomul, míg a tengely visszaesésének pillanatában a henger lefékeződik a fogaskerék mellett a fogasléc lesiklik és a papirszalag megáll. Ilyen módon emelkedéskor a fájás körívvel, süllyedéskor egyenes vonallal rajzolódik a szalagra. A szalag csak annyit mozdul előre, mint amennyi a tengely fájások okozta emelkedése. Ezáltal a szüléssel kapcsolatos méhtevékenység hosszmértékben kifejezhető. A méh tonusát, tonusváltozását, valamint a fájások amplitudóját az eddigi fájásmérőkhöz hasonló pontossággal jelzi. Azáltal, hogy a szalagon a legkisebb idő is jelezhető, az időegységben lezajlott fájások száma is meghatározható. Nem mutatja a fájások és azok között levő szünetek tartalmát. Ez azonban nem hátrány, mivel a fájások tartama közel egyenlő, kb. 60 mp és azok gyakorlatilag 1—2 órán belül egyenletesen jelentkeznek. A Készülék előnyei: könnyűsége, kicsiny volta (4x6x5 cm), heveder helyett ragasztó csíkkal rögzíthető a hasfalra; egyszerűsége, absolut üzembiztonsága mellett olcsó. *(A készülék bemutatása.)*

A külső és belső fájásmérés közti lényegbeli különbség eldöntésére is végeztek kísérletet. Egy gummiballont kymographionnal kötöttek össze (mint belső mérés), a ballonra pedig fájásmérő gépet helyeztek (külső mérés). A külső és belső mérés görbéje alakilag hasonló, azonban míg a belső méréskor az egységnyi nyomásemelkedés esetén mindíg ugyanannyi emelkedés felelt meg *(Hook* törvénye szerint), addig a külső méréskor a fájásmérő kitérése annál kisebb, minél nagyobb a nyomás *(Weber* törvény). A külső fájásmérő 20—30 Hg mm esetén már eléri maximalis kilengését. A kilengés kezdetén csak 15—17 Hg mm esetén kezd újból esni a mutató. Mindezek azt igazolják, hogy a külső fájásméréssel a méhfal feszességét mérjük korlátozott pontossággal. *Éppen ezen oknál fogva a gyakorlati követelményeknek a drága, precisiós készülékek helyett saját egyszerű gépük is teljesen megfelel.*

Doleschall F.: *A szívbetegek strophanthin kezeléséről.* Ismerteti a debreceni belgyógyászati klinikán újabban bevezetett strophanthin kezelés eredményeit. Decompensatióban megfelelő indicatio alapján eredményei azonosak a strophanthint dícsérő külföldi tapasztalatokkal. Friss myocard infarctusban rossz hatását nem látta. Organicus alapon fellépett angina pectorisban kétségtelen jó eredmények mellett néha hatástalan maradt a kezelés; előrement coronaria thrombosisban, nemcsak kisebb decompensatiós jelenségekben, hanem a tiszta coronaria insufficientia képében is igen jók az eredmények. Mindennemű ártalom biztos elkerülése céljából ajánlja óvatos adagolás mellett az injectiót követő egy-két óra alatt a pontos ellenőrzést. Ekkor legnagyobb a mindíg fellépő gyérülése a pulsusnak, ekkor mutatkoznak először, hacsak jelezve is az esetlegesen komoly bajt okozható tünetek: extrasystolek, vezetési zavarok.

Iskolaegészségügyünk aktuális kérdései

Az iskolaorvos-egészségtantanári tanfolyamokat az egész világon először *Fodor József*, a legnagyobb magyar hygienikus vezette be 1885-ben. A tanfolyamok, amelyek félévesek voltak, gyakorlatokkal egybekötve, az Esterházy-utcai Egyetemi Közegészségtani Intézetben tartattak meg.

Ez az intézet szintén a nagy *Fodor* alapítása 1874-ből. Létesítésére annakidején a legnagyobb lökést a fenyegető choleraveszedelem adta meg. Az Intézet az első ilynemű intézet volt az egész világon. — Közegészségtani tanszék ugyan intézet nélkül már működött 1865 óta Münchenben *Pettenkofer* vezetése alatt, akinek *Fodor* tanítványa volt.

Az iskolaorvos-egészségtantanári intézmény elszórtan azután az ország több helyén valósult meg, anélkül azonban, hogy rendszeres iskolaorvosi munka történt volna. A háború után a Fodor-féle elgondolást alapul véve, a balkáni államok nagy része megvalósította az iskolaorvosi intézményt az egészségtannak orvos által való tanításával összekapcsolva a középiskolákban. Magyarországon azonban, sajnos, az intézmény a legújabb időkig nem fejlődött tovább. Közben Németország, Franciaország, Anglia fejlesztették ki ezt az intézményt, különösen nagyobb városaikban. Magyarországon a háború után csak Budapest Székesfőváros létesített *Fodor* elgondolása értelmében iskolaorvosi, később iskola-fogorvosi intézményt. Az állami iskolák, továbbá törvényhatósági-, egyházi iskolákban általában iskolaorvos nem, vagy csak egészen alárendelt szerepben működött. Az iskolaorvosi tanfolyamot is meglehetősen elsekélyesítették, amidőn háromhetes tanfolya-

mokat rendeztek csak iskolaorvos, nem pedig egészségtantanárok részére. A költségvetésből is törölték az egészségtantanárok tiszteletdíját. Az egészségtan tanítását pedig igyekeztek az állami iskolákban előbb a testnevelési tanárok, majd a természetrajztanárok magukhoz ragadni, azzal a megokolással, hogy az egészségtan tanítása paedagogus kezébe való.

Fordulópontot jelentett bizonyos mértékben az 1933. év, amidőn a budapesti Közegészségtani Intézet igazgatójának kezdeményezésére a kultuszminister az iskolaorvosi és egészségtantanári tanfolyamokat rendszeresítve, 3 hónapos ilyen újrendszerű tanfolyamokat vezetett be az egyetemek közegészségtani intézeteinél. Ezek a tanfolyamok felölelték az iskoláskor egész physiológiáját, pathológiáját. Tartottak előadásokat gyakorlatilag az egyes klinikusok az iskoláskor betegségeiből (szemészet, fogászat, fülészet, orthopaedia ideggyógyászat.) Nagyszámú kirándulást rendeztek különféle egészségügyi intézményekbe és iskolákba, kiváló paedagogusok kiképzést adtak az előadás-, tanítás- és nevelés módjaiból s laboratóriumban pedig az egyszerű iskolaorvos számára is szükséges vizsgáló módszereket tanították meg. Ez a tanfolyam egyik legtökéletesebb továbbképző tanfolyammá fejlődött ki, úgy hogy a hallgatók nagy nyereséggel fejezték azt be. Ez nagy elégtételül szolgál azért, mert egyes, a közegészségügy terén működő férfiak, akiknek nevét nem akarom itt megnevezni, helytelenítették a tanfolyam tartását, részben mivel nem az ő hatáskörükbe tartozott, részben pedig azzal az indokolással, hogy nem lehet kiképezni embereket akkor, amikor állásról nem gondoskodnak. Ez az álláspont azonban egészen helytelen, mert az orvosi diploma sem jelent elhelyezkedést. Azonkívül az, amit ez a tanfolyam továbbképzésben nyujt és amivel az illetők orvosi tudását minden téren gyarapítja, nincs arányban azzal a csekély díjjal, amibe ez a tanfolyam kerül (85.— P). Különösen nem, ha figyelembe vesszük, hogy Németországban milyen nagy összegekért adnak kurzusokat bizonyos szakokból — amely összegek ennek ötszörösét-hatszorosát is kiteszik.

Ez azonban a dolognak csak egyik része. A másik része sokkal fontosabb. Ez pedig az, amit a tanfolyam megkezdése óta az iskolaegészségügy terén tapasztalunk. Ezekről a tanfolyamokról kikerült iskolaorvos-egészségtantanárok, akiknek száma ma már többszázra megy, az egész országban a legbuzgóbb apostolai lettek az iskolaorvosi intézmény megvalósításának. Jelentékeny részük kapott is megbízást, kisebbet-nagyobbat, különféle iskolákban. Az itt kiképzett iskolaorvosoknak lehet azonban elsősorban köszönni, hogy nagyszámú vidéki városunk bevezette iskoláiba az iskolaorvosi intézményt és több egyházi iskolába is kineveztek iskolaorvosokat. Az iskolaorvosi ellátás iránt országszerte nagy érdeklődés támadt. A Zöldkereszt intézmény is bekapcsolódott ezzel együtt az iskolaorvosi vizsgálatokba a gyermekek átvizsgálásával vidéken. Az első iskolaorvosi tanfolyam anyagáról körülbelül egy 40 íves tankönyvet is adtam ki, amelynek első kiadása már jóformán elfogyott és most a másodikon dolgozunk.

Mindezeket csak azért írom meg, mert legutóbb is egy iskolaegészségügyi congressus-félét rendeztek Baján, ahol ezekről a fontos dolgokról szó alig esett.

Tulajdonképen az iskolaorvosi tanfolyamok rendezésének és az onnan kikerült iskolaorvosok mintegy tömeghatásának lehet tulajdonítani, hogy ebben az évben már az állami költségvetésbe is felvették — bár szerény keretek között — az iskolaorvosi intézmény kiépítését az állami iskolákban, elsősorban az egyetemi és nagyobb törvényhatósági városokban. Hogy ezt sikerült elérnünk, ebben különös érdeme van *Tasnádi Nagy András* és *Szily Kálmán* államtitkároknak. Jelenleg az a törekvés, hogy az intézményt igazán mintaszerűvé építsük ki. Itt azokat az elveket kell szemünk előtt tartani, amelyeket az Orvosi Hetilap ezévi 1. számában kifejtettem. Az iskolaorvos legfőbb kötelessége ugyanis az, hogy a gyermekeket *a felvételkor és 3—4 évi időközökben a legalaposabb vizsgálatnak* vesse alá. Ha az megtörtént, akkor a közben lévő időben munkája nagymértékben meg van könnyítve, mert minden gyermek szervezetét ismeri az elvégzett alapos vizsgálatokból. Sokkal tökéletesebb lesz azonban ez a vizsgálat, ha az általam javasolt úgynevezett *egészségvizsgáló intézetekben* történik. Ilyen intézet működik jelenleg a Közegészségtani Intézet keretében, ahol az összes első- és hatodféléves Pázmány egyetemi hallgatók alapos vizsgálatnak vettetnek alá. A vizsgálat kiterjed belgyógyászati (szív, tüdő, sportorvosi), anthropometriai, szem fül, orr, gége, stb. vizsgálatra. Ezenkívül minden hallgatónál röntgenátvilágítás, laboratóriumi vizsgálatok (vér, vizelet, stb.), továbbá különféle képességvizsgálatok történnek. Ezen vizsgálatok nagy jelentőségére most nem térek rá, csak utalok a fentebb említett cikkemre. Ilyenforma vizsgálatokra van szükség az iskolásgyermekeknél is egészségvizsgáló intézetek által, mert ilymódon a gyermek átvizsgálása sokkal alaposabb. E mellett az iskolaorvos munkáját is nagymértékben megkönnyíti, ha a leggondosabb vizsgálati leletet minden gyermekről készen megkapja. Az intézet által kiállított egészségkönyvecskébe azután az iskolaorvos is a további adatokat bevezetheti. Sokkal inkább meg lesz tehát az iskolaorvosnak a módja arra, hogy a gyermekek egészségi állapotát figyelemmel kisérje.

Igen fontos volna az iskolák felső osztályaiban, különösen az iskolából már kikerültekre nézve *a nemi, illetve a nemibetegségekről való felvilágosítást.* Ezt jelenleg miniszteri rendelet az iskolákban eltiltja. Viszont mindenki érzi, hogy megfelelő tanításra e tekintetben szükség van. Ezt a kérdést úgy gondolom megoldhatónak, hogy a tanulónak az érettségi letétele után egy kis könyvet adnak, amelyben az egészségi szabályok leírása mellett felvilágosítást kap a nemi élet terén is megfelelő tapintatos formában. Ezekről előadást tartani ugyanis nehéz dolog, igen nagy intelligenciát kíván, amivel sajnos nem minden tanár rendelkezik. Ilyen módon tehát könyv alakban, írásban való megtanítást tartok legjobbnak. Magam is összeállítottam erre nézve már egy kis könyvet „Hogyan óvjuk meg egészségünket" címmel. Többen kifejezték már azt a felfogásukat, hogy ez a könyv alkalmas volna arra, hogy az országban érettségizett minden tanuló az iskola elhagyásakor megkapja.

Mindent összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy az újrendszerű iskolaorvos-egészségtantanári tanfolyam megindítása az ország iskolaegészségügyének fejlesztése szempontjából igen áldásos volt. Ez a jó hatás mutatkozik abban, hogy a városok, egyházak nagyszámú iskolába neveztek ki már eddig is iskolaorvos-egészségtantanárokat. Az iskolaegészségügy tudományos fejlesztésére is a tanfolyam igen nagy lökést adott folyóiratok, könyvek megjelenésével ezen a téren. Legutoljára pedig az iskolaorvos-egészségtantanári intézményt már az állami költségvetésbe is felvették.

Darányi Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár,
a Közegészségtani Intézet igazgatója.

Az ujjáépített **Rudas gyógyfürdő és gyógyszálló** megnyílt
Juventus rádiumos fürdők (20 kabin)
Törökfürdő hét különböző hőfokú medencével. Elektrotherapia. Massage. Ivókúrák az Atilla, Hungária és Juventus gyógyforrások vizeivel. A legtökéletesebb kényelemmel berendezett gyógyszálló. Diaetás konyha. Napi ellátási rendszer.
Felvilágositást nyujt a gyógyfürdő vezetősége, Budapest, I., Döbrentei-tér 9.

Magyarországon 1938 június 5-től 11-ig bejelentett hevenyfertőző megbetegedések (Mb.) és halálesetek (Mt.)

Törvényhatóságok.	Lakosság	Typhus abdominalis Mb	Mt	Paratyphus Mb	Mt	Dysenteria Mb	Mt	Diphtheria Mb	Mt	Scarlatina Mb	Mt	Mening. Cerebrosp. e. Mb	Mt	Poliomyelitis ac. ant. Mb	Mt	Anthrax Mb	Mt	Morbilli. Mb	Varicella Mb	Pertussis Mb	Influenza complic Mb	Malarina Mb	Typhus exanth Mb	Mt
1. Abaúj-Torna	93.988	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	3	—	—	—	—	—
2. Bács-Bodrog	114.288	—	—	—	—	—	—	3	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—
3. Baranya	251.834	1	—	1	—	3	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	14	3	3	4	8	—	—
4. Békés	337.414	1	—	—	—	2	1	9	1	4	—	—	—	—	—	—	—	38	5	9	—	3	—	—
5. Bihar	181.746	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	24	2	—	—	3	—	—
6. Borsod-Gömör-Kishont	308.584	1	1	—	—	2	1	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	151	—	20	—	10	—	—
7. Csanád-Arad-Torontál	174.806	1	1	—	—	1	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	9	6	—	—	3	—	—
8. Csongrád	148.013	—	—	—	—	—	1	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—
9. Fejér	231.470	2	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	21	5	—	—	1	—	—
10. Győr-Moson-Pozsony	157.117	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	2	—	—
11. Hajdú	181.837	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	14	2	5	—	1	—	—
12. Heves	323.712	2	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	45	2	—	—	1	—	—
13. Jász-Nagykun-Szolnok	426.891	4	—	2	—	—	—	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	19	11	7	—	9	—	—
14. Komárom-Esztergom	182.975	2	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	11	—	3	—	1	—	—
15. Nógrád-Hont	230.272	1	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	30	1	3	—	—	—	—
16. Pest-Pilis-Solt-Kiskun	1.471.679	13	—	2	—	5	—	15	1	40	—	—	—	—	—	—	—	185	14	15	2	5	—	—
17. Somogy	390.794	2	—	—	—	—	—	3	—	8		—	—	—	—	1	—	25	6	1	1	38	—	—
18. Sopron	112 399	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
19. Szabolcs-Ung	424.669	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	42	3	2	—	53	—	—
20. Szatmár-Ugocsa Bereg	159.705	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	17	—	—
21. Tolna	265.884	3	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	18	1	6	1	1	—	—
22. Vas	272.599	—	—	2	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	38	5	7	—	1	—	—
23. Veszprém	248.310	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—
24. Zala	369.469	3	—	1	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	1	14	1	7	—	109	—	—
25. Zemplén	149.916	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	22	—	—
I. Baja	30.774	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
II. Budapest	1 051 895	6	—	—	—	6	1	15	1	51	—	—	—	—	—	—	—	135	22	15	2	—	—	—
III. Debrecen	125.368	3	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	26	3	3	—	4	—	—
IV. Győr	50.962	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
V. Hódmezővásárhely	59.288	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
VI. Kecskemét	82.360	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	2	—	—	—	—	—
VII. Miskolc	66.419	—	1	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	51	1	1	—	—	—	—
VIII. Pécs	70.396	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	4	—	3	2	—	—
IX. Sopron	35.881	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—	—	—
X. Szeged	139 702	1	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—
XI. Székesfehérvár	41.763	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Összesen:	8,991.179	64	5	9	—	23	4	85	5	166	1	—	—	5	1	3	1	1039	104	112	13	305	—	—
Medián 1937		54	5	5	—	22	3	161	8	190	2	1	—	4	—	5	—	515	67	181	5	53	—	—

Rubrophen *Chinoin*
Mindennemü extrapulmonalis gümökór esetén, sebészi, bőr- és szemgümökórnál kiváló hatású
Injectió, tabletta, kenőcs

A hugyutak fertőzéses megbetegedéseinél

VESTIN

phenylazodiaminopyridinhydrochlor. dr. Wander

hugydesinficiens

injectió és dragée alakjában.

A közgyógyszerellátás OTI, MABI terhére rendelhető!

Dr. WANDER GYOGYSZER- ES TÁPSZERGYAR R.T., BUDAPEST

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A kormányzó *Johan Béla dr.* belügyminisztériumi államtitkárnak és *Stolpa József dr.* vallás- és közoktatásügyi minisztériumi államtitkárnak kiváló odaadással teljesített szolgálatai elismeréséül a magyar érdemred középkeresztjet a csillaggal adományozta. — *Frigyesi József* professzort, a francia Nőorvos Társaság tiszteleti tagjává választotta. — *Neuber Ernő* professzort a pécsi orvosi Kamara elnökéül választották.

Szabadságon vannak, Budapestiek: *Rejtő Sándor dr.* junius 2—augusztus 15-ig.

A vidéki Egyetemek Rector és orvoskari Dékán választásai eredménye értelmében az 1938—39. tanévre a *szegedi Egyetemen* Rectorrá *Ereky István*, orvoskari Dékánná: *Kramár Jenő*, orvoskari jegyzővé *Ditroi Gábor; a pécsi Egyetemen* Rectorrá *Birkás Géza*, orvoskari Dékánná *Albrich Konrád*, orvoskari jegyzővé *Gorka Sándor; a debreceni Egyetemen* Rectorrá *Bacsó Jenő*, orvoskari Dékánná *Kreiker Aladár*, orvoskari jegyzővé *Bókay Zoltán* professzorokat választották.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága közgyülését junius 18-án tartotta, melyen a ministeriumok, egyetemek és tudományos testületek képviselői vettek részt. *Grósz Emil* professzor, elnök a lefolyt költségvetési év eseményeit ismertette. *Johan Béla* államtitkár a bizottság titkára a tanfolyamokról számolt be. A Budapesten és vidéken tartott igen különböző typusú cursusokon 1252 orvos vett részt, jóval több, mint az előző években. Az orvosi továbbképzés nemzetközi akadémiája Budapesten alakult meg, s ez alkalomból a kiváló külföldi orvostudósok tartottak továbbképző előadásokat. A bizottság kiadásait állami hozzájárulás fedezi. A társadalombiztosító Intézet saját orvosai továbbképzésére jelentékeny összeget áldoz, úgyszintén a Honvédelmi miniszterium s a törvényhatóságok is nyujtanak támogatást.

Az Orvosképzés folyóirat 1937-ben 50 nyomtatott iven 86 cikket közölt s ezenkívül még 3 külön füzetett adott ki.

A központi bizottság tisztikarának meghosszabbított mandátuma junius hó végén lejár s a bizottság újjáalakítása küszöbön van.

Heim Pál pályadij. Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesületének Orvostudományi Szakosztálya a *Heim Pál*ról elnevezett 600 pengős pályadijra pályázatot hirdet elméleti szakon működő orvosdoktor részére, aki az utóbbi három év folyamán az orvostudomány valamelyik kérdésében valamely újszerű és önállóan felvetett gondolatot saját klinikai, vagy laboratoriumi vizsgálatok alapján bizonyos tényleges eredménnyel tudott megoldani.

A pályázat beküldésének határideje *1938. október hó 1.* A pályamunkák (különlenyomatok) *v. Duzár József* professzor, a szakosztály elnöke címére (Pécs Gyermekklinika) küldendők. A pályamunkák felett az Erzsébet Tudományegyetem orvosi fakultása dönt, melyet erre a szakosztály felkért. A pályázaton résztvehet minden magyar orvosdoktor, bármely nyelven megjelent, Magyarországon készült munkájával. Nem részesülhet a pályadijban nyilvános rendes és nyilvános rendkivüli egyetemi és főiskolai tanár, valamint már, hasonló vezetőállásban lévő szakember. Az eredményt 1939 február 7-i diszközgyülésén hirdeti ki a Szakosztály.

A német fül- és gégeorvosok idén junius 2—3—4.-én *Bonn*ban tartották nagygyülésüket. *Nadoleczky* professzor a gyakorló orvosokat is érdeklő phonetikai kérdéseket ismertette összefüggő előadás keretében, míg *Verscheur* és *Schwartz* és a vitakérdéshez csatlakozó több neves szerző előadása a szerzett és veleszületett süketnémaság megkülönböztetésére alkalmas családi, előzményi, klinikai és szövettani adatokat ismertették igen részletesen. Kiemelkedő volt még *Brüning*snek a füleredetű agyhártyagyulladás kórismézését és gyógyitását célzó technikai újitásokat ismertető értékes előadása, *Gutzmann*nak a hangképzés mechanismusát feltüntető röntgen hangosfilm bemutatása, *Albrecht*nek a cretinismus jellegzetes hallószervi elváltozásait demonstráló előadása igen szép szövettani képek alapján. *Seiferth* és *Kolb* az otosklerosis gyógyitására

RIZOMALTAN

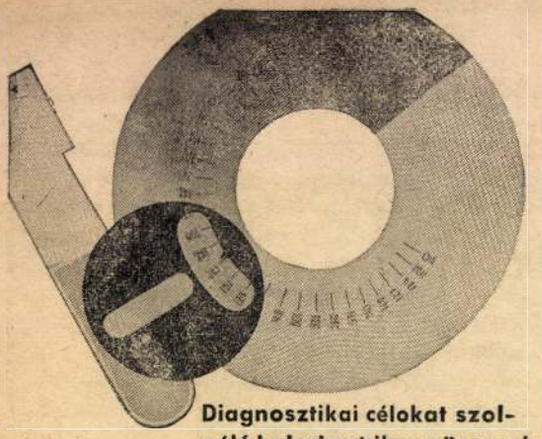
szárított rizsnyák és dextrin-maltose előnyös arányú keveréke

Dyspepsiára hajlamos csecsemők kiváló tápláléka

Újszülöttek táplálására is bevált.

Közgyógyszerellátás terhére rendelhető.

KROMPECHER TÁPSZER- ÉS GYÓGYSZ[illegible]IPARI KFT., Budapest, V., Nádor-u. 15.



Diagnosztikai célokat szolgáló kolorimetrikus műszerek

Szénhidrát-anyagcsere ellenőrzéséhez: Zeiss Ikon vércukorkoloriméter

Hämoglobin-méréshez: Zeiss Ikon hämométer

Epe színezőanyagok meghatározásához a vérben: Zeiss Ikon bilirubinométer

A bél rothadási termékeinek megállapítására a vérben vese-, bél és májzavaroknál: Zeiss Ikon xanthoproteinométer

ZEISS IKON

Magyarországi vezérképviselő:

ifj. Jurány Henrik, Budapest IV

Váci-utca 40. Telefon 183—092

irányuló újabb törekvésekről számoltak be. Magyar orvosok közül *Gyergyay Árpád* és *Krepuska István* vettek részt a congressuson.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti tudományegyetemen június 20-án: *Frey György, Vrede Lina Magdolna.*

Rizomaltan dyspepsiára hajlamos csecsemők táplálására. Nehezen erjedő, könnyen emészthető tápszer. A csecsemő táplálásában nélkülözhetetlen kolloid és christalloid szénhydratokat a legoptimalisabb arányban tartalmazza. A szükséges kalóriát tartalmazó standard tejhigitások a *Krompecher-féle Rizomaltanból* percek alatt, 1 mércényi tápszernek a vízzel megfelelően higított tejben történő felfőzése által nyerhetők. Dyspepsiára hajlam és parenteralis infectiók esetén praeventive, a fenyegető alimentaris ártalom kifejlődésének meggátlására, továbbá csecsemők mesterséges táplálására és vegyes táplálás esetében, mint kiegészítő táplálék, már az ujszülöttkorban is bevált.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik június 14—20. között. Ez a hét meteorologiai szempontból lényeges változást hozott. Egy igen hosszú frontmentes és nyugodt időszak után igen heves és rendkívül erős front (14-én hajnalban) nyitott meg egy új időjárási periódust. E frontot még egy igen erős követte. Nyáron általában, ha hosszú csendes idő után erős a felmelegedés és hűvös légtömeg közeledik felénk, az igen heves reactiókat szokott kiváltani. A fentemlített két front a postfrontalis reactiókra hajlamos egyéneken igen erős hatásokat válthatott ki. Különösen jó alkalom lehetett ez megfigyelésekre, mert előtte és utána is aránylag nyugodt idő volt. Az összes frontok betörési frontok voltak, felsiklási nem fordult elő. A frontátvonulások részletes adatai az alábbi táblázatban találhatók:*)

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Június	14	5	betörési	erős	Igen heves zivat. 8 mm. esővel, erős széllök.
	14	12	betörési	erős	Rendkivül erős zivat. sok villámmal. 12 mm. esővel.
	14	23	betörési	mérsék.	Mérsékelt zivatar 6 mm. esővel
	15	11	betörési	mérsék.	Szélbet. 18 m/sec. Erős hőmérs. visszaesés
	16	20	betörési	gyenge	Felhőátvon. csapad. nélk.
	17	4	betörési	gyenge	Felhőátvon. csapad. nélk.
	17	18	betörési	gyenge	Kis zápor
	18	12	betörési	gyenge	Kis zápor
	20	9	betörési	mérsék.	Szélfordulás S-ről W-re. Erős felhőátvonul.

* A táblázat utolsó rovatában szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. K. Országos Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot l. a jún. 4-i számban.

1311—1938. kórh. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában üresedésben lévő, az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fütés, világitás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. osztályú élelmezésből álló javadalmazással járó *segédorvosi állásra,* illetve betöltése esetén üresedésbe jövő, havi 80 P fizetés, természetbeni lakás, fütés, világitás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *orvosgyakornoki állásra 1938. évi július hó 5-i* lejárattal pályázatot hirdetek. A segédorvos kinevezése esetén 3 évi segédorvosi, vagy azzal egyenlő értékű szolgálattal bíróknak a 300—1935. B. M. rend. alapján, mint alorvosnak a X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés jár. Az állás kinevezés esetén lehetőleg azonnal elfoglalandó. Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybélyeggel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig borsódi és katymári dr. Latinovics János főispán úrhoz címzetten, Baja város közkórházába adandók be.

Baja, 1938. évi június hó 17.

Bernhart Sándor dr. s. k.
polgármester.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

VITAPLEX B - CHINOIN

kristályos B_1-vitamin készítmény

„antineuritises vitamin"

20 tabletta (egyenként 1 mg vitamin) eredeti phiolában
3 ampulla (egyenként 2 mg vitamin) eredeti dobozban
3 ampulla (egyenként 10 mg vitamin) eredeti dobozban

CENTRUM KIADÓVÁLLALAT RT., VIII., Gyulai Pál-u. 14. FELELŐS ÜZEMVEZETŐ: TELEGDY LAJOS

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A nőgyógyászati kórismézés néhány fontosabb kérdéséről.

A kórismézés nehézségei talán sehol sem olyan kifejezettek, mint a nőgyógyászatban. Ennek több oka van: 1. A nőbetegekben meg van a hajlamosság arra, hogy betegségi érzésük elsőleges okát a nemi szervekre vonatkoztassák. Derékfájás, hátfájás, gyomor-bélpanaszok, fejfájás, rossz közérzet, vértódulások, szédülés, gyengeség érzése, fáradtság, sok vagy kevés, vagy hiányzó vérzés, folyás, kiesési érzés, húgyutakra vonatkozó panaszok, a has bármely részén fellépő fájdalmak kétségtelenül mind primaer genitalis megbetegedés tünetei lehetnek, de lehet, hogy egészen más okuk van. 2. A kórelőzmények kibogozása nőbetegek előadásából sokkal nehezebb. Különösen a nemzőszervek működésével, főleg a szüléssel kapcsolatos élményeiket vagy egészen elfelejtik — *amnesia* —, vagy gyakran phantastikusan eltorzítva őrzik meg és adják elő. 3. A gynaekologiai vizsgálat legtöbbet felderítő része, a „bimanualis tapintás" megtanulása határozottan nehéz. Sok évi gyakorlat után, egyenrangú szakemberek véleménye is egymásnak ellentmondhat.

Ezen a priori fennálló nehézségeket növeli az a körülmény, hogy a nagy pénztári rendeléseken — mint az már több oldalról megállapítást nyert, — egy-egy kórismézésre 1 perc esik. Egy perc lehet sok, lehet kevés. Ha a kórelőzmény előre fel van véve, ennek átolvasása után a belépő beteg általános alkatának, mozgásának, néha már szagának percipiálásából egy pillanat alatt is megállapítható, hogy miről van szó. A *„Blickdiagnose"* szerepe különösen nagy annak az eldöntésére, hogy a beteg panaszait túlértékeli, vagy dissimulálja-e? Továbbá arra, hogy azok alkati okokra vagy helyi elváltozásokra vezetendők-e vissza.

Az *infantilis. astheniás, intersexualis* typusú nők fokozottan érzik minden panaszukat és már a normalis genitalis működéssel, tehát az ovulatio, menstruatio, cohabitatio, conceptio, graviditas, partus, puerperium, lactatióval járó tünet nagyobb szenvedést okoz nekik, mint pyknikus alkatúaknak.

Ezért, ha az utóbbi typus jön genitalis panasszal, sokkal többször találunk valóban kimutatható anatomiai okokat, míg a fentemlített kisebbértékű typusokban sokkal gyakoribbak a működési zavarok, psychés, neuropathiás eredetű tünetek. Még néhány támpontot adnánk itt:

Jellemző lehet a beteg járása, tartása is: így nagy hasi daganattal vagy előrehaladt terhességgel, felsőtestüket hátravetve járnak, állanak. Heveny adnexgyulladás esetén előrehajolva, gyakran alhasukat két kézzel feltartva. A vulva gyulladásakor a beteg szétterpesztett lábakkal jár.

A genitalis carcinoma szaga a beteg belépésekor rendszerint már felismerhető. Az abortus maradványból származó vér szaga lepényi és gyakran helyes irányba tereli a kórismézést akkor is, ha a kórelőzmény titkolja a menses elmaradását vagy a criminalis beavatkozást.

A legfontosabb problema eldönteni azt, hogy a paciens nőgyógyászati betegnek tekinthető-e, vagy sem — másszóval — hogyan értékeljük a leletet a gyógykezelés szempontjából!? A gynaekologiai panaszok eléggé egyhangúak: fluor, vérzés, fájdalmak. Ritkábban magtalanság, frigiditas, idősebbeken kiesési tünetek. A lelet felvételekor nem az az irányító, hogy a genitale megtekintése, a bimanualis vizsgálat, a feltárás minden tekintetben a tankönyvekben leírt normalis anatomiai helyzettől valamely irányban eltérést talál-e, hanem, hogy *ez az eltérés olyan fokú vagy jellegű-e, hogy a panaszok okának tekintendő és ennek folytán corrigálást igényel-e?* Igy pl.: minden, már szült nőn kisebb-nagyobb hüvelysüllyedést, gátrepedést, gyakran mozgékony méh-hátrahajlást is lehet találni. Ha már most az ilyen többször szült, erősen dolgozó, rosszul táplálkozó sokgyermekes anya hasi-, derék-, keresztcsonti fájdalmakkal jelentkezik, ezeknek oka a fáradtság, hypovitaminosis, a hátizmok kimerülése, igen gyakran statikai hibák: lúdtalp, lógó has, nem pedig a kisfokú hüvelyfalsüllyedés, vagy a méh hátrahajlott helyzete. Ha azonban a vizsgáló orvos ilyen esetekben kimondja a sententiát, hogy *„be van repedve"*, vagy *„a méh hátra van esve"*, akkor az a beteg addig nem lesz panaszmentes, míg be nem varrják, vagy méhét fel nem varrják.

Hogy ez mennyi felesleges műtétet, mennyi ápolási napot, anyagpocsékolást, a köz milyen megterhelését jelenti, azt csak az tudja, aki kórházi nőgyógyászati osztályt vezet.

Ugyanez a helyzet az ú. n. „adnextumorok" nagy többségében. Ezen lobos conglomeratumok nem tumorok. Maga a „tumor" szó használata a betegben azt a képzetet kelti, hogy neki daganata van, legjobb tehát ezt a kifejezést elkerülni és helyette lobos duzzanatról beszélni. A kórismézés és a lelet értékelése szempontjából tudni kell, hogy a két kéz ujjai közé szorított petefészek mindig érzékeny, ép úgy, mint a here, tehát a vizsgálat közbeni fájdalom még nem jelenti azt, hogy lobos a szerv Az érő Graaf-féle tüszőt, sárgatestet tartalmazó petefészek nagynak tapintható, különösen, ha le nem értékeljük a hasfali rétegek közbeeső tömegét. Még inkább, már gyakorlott vizsgáló által is cystának, tehát újképződménynek vélhető a „tömlős elfajulás", mely pedig valójában csak fel nem fakadt, vagy helyes időben át nem alakult tüsző, tehát functionalis zavar, amely műtétet, kórházi kezelést nem igényel.

Az egészséges méhkürtök nem tapinthatók. Az idült betegek kitapinthatók és bimanualis vizsgálatra jóformán mindig érzékenyek. Itt is meg kell jegyezni, hogy az adnexitis csak akkor igényel kórházi kezelést, ha lázas, ha fenyegető nagyságú, vagy ha évekig tart és conservativ kezelések ellenére sem javulva, műtétre szorul.

Kétségtelen, hogy a pénztári tagok ezrei hordanak oly függelék-duzzanatokat, melyeket, ha állásukat vesztik, vagy hajléktalanok, mindenkor kórházba utalás céljaira igénybevehetnek, anélkül, hogy végleges kigyógyulásukra súlyt helyeznének. Meg kell még emlékezni a fluorral jelentkező betegek tömegéről. Nagyon soknak „hypersecretió"-ja van fertőzés nélkül. Persze, minden esetben górcsövi vizsgálat szükséges. A fluor színéből sok következtetés vonható le. A gonorrhoeás sárgás-zöldes, az ártalmatlan üvegszerű vagy fehérnyákos. A tumoros vizes-véres, rossz szagú.

Az eddig említett példák arra vonatkoztak, hogy kisebb anatomiai vagy tüneti eltérések, hüvelysüllyedés, méh-hátrahajlás, fluor, duzzadt függelékek önmaguk-

ban csak akkor tekintendők a panaszok gyógyítást igénylő okainak, ha nagyfokúak, hevenyek, stb.

Ezzel teljesen ellentétes az, amit a valódi „újképződmények", a „tumorok", továbbá a vérzések területén tapasztalunk.

A legsúlyosabb hiba a vérzések aláértékelése a beteg részéről. A nők annyiszor véreznek: defloratio, menses, szülés alkalmával, gyermekágyban, hogy sokkal kevésbbé félnek ettől, mint a férfiak. Ritka beteg az, aki rendesen jegyzi a hószám napjait. Annál nagyobb gonddal kell az orvosnak a vérzésre ügyelni, a tükörvizsgálatot sohasem szabad elmulasztani. Nemcsak a 40-es években! A napokban megint operáltam 26 éves nőben cervixrákot! Atypusos, különösen cohabitatio alatt fellépő vérzés tehát mindig komoly jelenség! A vérzési panaszok primaer okának kibogozása egy adott esetben mindig a legnehezebb szakorvosi feladat. A vérzések túlnyomó többsége abortusmaradványból és a függelékek lobos betegségéből ered. Úgy a fertőzött vetélés, mint a környezeti lob mellett diagnostikus vagy therapiás okból végzett méhkaparás a beteget súlyosan károsíthatja. A petefészkek dysfunctiójából eredő vérzések felismerése sem könnyű.

Rátérve immár a daganatok felismerésére és értékelésére:

A fibromyomákról sajnos a köztudatban az van elterjedve, hogy azokat nem kell operálni, hanem vagy nem kell semmit sem csinálni, vagy röntgenezni. Nagyon sokszor hiába küzdünk ezen téves felfogás ellen. Kétségtelen, hogy vannak kis myomák, melyek semmi bajt nem okoznak. De ha már a 30-as életévekben a tumor a köldökig ér, vagy submucosus, vagy gyors növésű, akkor bizony a műtét javallt. Itt is gyakran azon múlik a beteg sorsa, hogy az első vizsgáló vagy háziorvos azt mondta, hogy „a myomát operálni nem kell".

A petefészektömlők mindig műtétet igényelnek. Itt a betegek ellenvetése rendszerint az, hogy „nem fáj". Tény az, hogy egy, a Douglasba lelógó ovarium több panaszt okoz, mint egy emberfejnyi cysta. De petefészektömlő, vagy solid tumor mindig malignus lehet és ezért mindig operálni is kell!

A heveny megrepedt méhenkívüli terhesség felismerése könnyű. Csak azt hangsúlyoznám, hogy a hószám kimaradása nincs mindig meg! A tőrdöfésszerű fájdalom, az ájulás, a belső vérzés jelei ritkán hiányoznak.

A nőgyógyászati kórismézés feladata felismerni a nők betegségének egész sorát, melyek a petefészek csökkent hormontermelésének következményei. Igy az ideg- és elmebajok tekintélyes részében találjuk a petefészkek infantilismusát.

A dysfunctio ovariorum folytán kivérzett egyének másodlagos anaemiái, a gestatio következményei szívre, vesékre, májra, izületi fájdalmak és elváltozások egy része ide tartoznak és először a nőorvos elé szoktak kerülni. Éppen ezért éles határ nőgyógyászati és belgyógyászati kórismézés között nem is vonható!

Ezen ismertetés célja főleg az, hogy a gyakorlatban levő, vagy pénztári rendelésen dolgozó kartárs figyelmét némely oly dologra hívja fel, ami a közkórházban működő orvost foglalkoztatja.

Összefoglalva a mondottak lényegét: 1. A nőgyógyászati lelet eltérése az anatomiai normától még nem igazolja, hogy a fennálló panaszok oka az az eltérés; 2. az eltérés közlése a beteggel betegség-tudatát ébreszti, mely most már corrigálás nélkül el nem múlik; 3. újképződmények, daganatok, ezzel járó vérzések kevesebb subjectiv panaszt okoznak, mint a lobosodás okozta, kisebb jelentőségű elváltozások (fluor, adnexitis) és ezért ezen esetek kezelésének szükségességét az orvosnak nyomatékosan kell hangsúlyozni.

Mansfeld Ottó dr.
egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A kankó kezelése elektyllel.

Ha a gonorrhoea (go.) történetét átlapozzuk, úgy azt találjuk, hogy a gonococcusnak (gc.) *Neisser* által történt felfedezésén kivül sokáig alig volt valami érdekesebb eseménye. A kezelés csak az egyes gyógyszerkülönlegességeknek megfelelően, vagy bizonyos speciális műszereknek alkalmazásával módosult anélkül, hogy nagyobb haladást, vagy ugrásszerű fejlődést mutatott volna. Ujabb időben felismerték, hogy a go. csekély gyógyulási hajlamot mutató betegség, szövődményei veszéllyel járnak és csökkentik a népesedést, s ezért gyógyításával behatóan kell foglalkozni. Igy rátértek az auto-heterovaccina, a nem specifikus ingerkezelésre, az immunsavó, a thermikus és az elektromos kezelésre. Azon elv diadalmaskodott, hogy a gc.-ok elleni küzdelmet lehetőség szerint korán kell megkezdeni és ezért a modern kankókezelés a gc.-oknak minél előbbi megölését, vagyis az antibakteriumos therapiát vette alapul. Régi vágya volt az orvosoknak, hogy olyan serumot találjanak fel, mellyel a beteget beoltva annak szervezetében az összes gc.-ok elpusztuljanak, azután csak a még fennmaradó gyulladás és annak utókövetkezményei volnának kezelendők. De mivel az eddigi laboratoriumi kisérletek ellenére teljesen megbizható savót eddig feltalálni nem sikerült, örömmel üdvözöltük a *Domagk, Mietsch* és *Klarer* által feltalált új készítményt *(ulirón)*, amely beteg emberen a diplococcusok és a gonococcusok ellen electivnek bizonyult. Hasonló készítményt állított elő a Chinoin gyár is és *„elektyl"* néven hoz forgalomba. Ezen készítménnyel 82 nő és 5 férfibeteget kezeltem. Kezelési eljárásom *Felke* előirásán alapult: naponta háromszor két drb. 0.5 gr-os pastillát (napi 6 pastillát) adtam 5 napon át, azután 6 napos szünet következett. Minden második nap a húgycsőből és a cervixből váladékot vettem, s azt tapasztaltam, hogy a húgycső váladéka gyorsan eltünt, a hüvely genyes váladéka csakhamar híg, vizszerű váladékká alakult át; mikroskopiai képben a genysejtek eltüntek, az eddigi csupa geny sejtet tartalmazó váladék tiszta epithelsejtes jelleget öltött. Továbbá észleltem, hogy egy sekben a második-negyedik nap a gc.-ok teljesen eltüntek, másokon ugyanez 10—12 napra történt meg. Igy kezelt betegeimnek 53%-ában az első gyógyszerelés után a váladékban gc.-t már nem találtam. Ha ezen első turnusra gc.-mentesség nem következett be, vagy recidiva állt be, úgy a 6 napos szünet után egy második adagolást rendeltem el és 28%-ban ismét gc. mentességet értem el. Azon betegeknek, akiknek váladékában ezen második turnus után is találtam gc.t, megfelelő szünetek beiktatásával még egy harmadik, esetleg negyedik turnust adtam. De ezen III. IV-ik adagolás ideje alatt betegeim a megszokott és eddig bevált helyi és műszeres kezelésben is részesültek.

A kankó szövődményeit, mint Bartholinitist, endometritist, parametrtist, az új gyógyszer rövid idő alatt igen jól befolyásolta. A mellékheregyulladást két-három nap alatt fájdalmatlanná tette és öt-hat nap alatt teljesen visszafejlesztette. Paraurethralis járattal kapcsolatos kankós megbetegedést két turnusban meggyógyított. Hátsó kankóval, cystitisszel kapcsolatos zavaros vizelet feltisztult, a gyakori vizelési inger megszünt. Prostatitis és

ondóhólyaggyulladás visszafejlődött. Arthritis go. az eddigi kezeléshez képest gyorsabb javulást mutatott.

Az elektylnek a szervezetre gyakorolt hatása folytán vagy elpusztulnak az összes gc.-k, s akkor a beteg meggyógyult, vagy nem pusztulnak el teljesen, hanem csak életműködésük és szaporodásuk akadályozott s akkor visszaesések jelentkeznek. Az én kezelésem kapcsán az első turnus után 47%-ban láttam recidivát, amelynek jelentkezési időtartama 7—28 nap volt. A második gyógyszerlökés után meggyógyult, illetve ismét gc.-mentes lett az összes betegek 28%-a. Csak kb. 19% állt ellen az elektyl-kezelésnek és ezen betegeken további elektyl adagolással egyidőben végzett helyi kezelésekkel vagy vaccina adagolással tudtam teljes tünetmentességet, illetve gyógyulást elérni. Gyógyultnak azon eseteket tekintem, melyeken a különböző provocatiós eljárások után, mint a prostata-massage, sonda, lapisbefecskendezés, vaccina-injectio és tenyésztési eljárások, nőkön a menstruatio után végzett vizsgálatok negativ eredményt adtak.

Azon betegeken, akiken a javulás nehezen indult meg, vagy többszöri recidiva fordult elő, a szervezet ellenanyagtermelését vaccina (gonoyatren) adagolásával fokoztam, mert én is osztom *Felke* azon felfogását, hogy ha a szervezet nem rendelkezik kellő mennyiségű fajlagos ellenanyaggal, úgy a chemotherapiás eljárás nem eredményes. Meggyőződtem arról, hogy az elektyl kezelés eredményességé attól függ, hogy a szervezetben van-e kellő mennyiségű fajlagos ellenanyag. Mivel acut elülső go. esetén ez még nem következett be azért ezen kezelési eljárás abortiv kurára nem alkalmas és prophylaxisra sem használható.

Az elektyl-kezelés alatt melléktüneteket is észleltem. Hányást, általános rosszullétet, főfájást, gyomorpanaszokat, étvágytalanságot, morbilli- vagy scarlatszerű kiütést, melyek a gyógyszer szedésének elhagyásával gyorsan megszüntek. Mások az uliron adagolása mellett ajak-, körömcyanosist, purpurát, az egész testre kiterjedő pruritust, sőt *Hüllstrung* és *Krause* polyneuritist is leirtak. E súlyosabb elváltozások akkor következtek be, amikor a betegek az ulirontablettákból egyhuzamban 80—100 darabot vettek be. Ezért fontosnak tartom mind az uliron-, mind az elektyl kezelésben a megfelelő szakaszos adagolást, illetve az egyes adagolások közé 6—7 napos szünetek beiktatását. Ilyen rendszer szerint végzett kezelés folyamán súlyosabb kellemetlen melléktünetet nem észleltem annak ellenére, hogy az általam kezelt betegek közül egyesek 160 pastillát is szedtek. A vizeletben, a vérben kóros elváltozást nem találtam.

Azon esetek, amelyekben a chemotherapiás eljárással, mint új kezelési módszerrel, az eddigi eredményeknél nagyobb gyógyhatást tudunk elérni, a következők volnának: 1. a szegénypraxisban, ha a betegnek nincs megfelelő otthona, 2. oly betegek, akik kankójuk kezelését diszkréten óhajtják elvégezni, 3. leánygyermekek vulvovaginitise, fiúgyermekek go.-ja, mert ezek a kezelés fájdalmasságától már előre félnek és remegnek minden kezelési beavatkozástól, 4. terhesek, akiken a cervix localis kezelése már lehetetlen, 5. végbél-gonorrhoea, 6. paraurethralis járatok és hypospadiasisos esetek, 7. igen nagyfokú congenitalis phimosis, 8. ha a beteg külső nemi szerveit condyloma latumok, vagy kifoszlott, nedvedző papulák nagyszámban borítják, 9. Bartholinitissel, vagy ulcus molleval kapcsolatos go. hol a hüvely helyi kezelése nagy fájdalmat okoz, 10. a kankó összes szövődményei, s végül, 11. virgok, kiken a localis kezelés majdnem kivihetetlen.

Az elektyl-hatás mechanismusát úgy képzeljük el, hogy a szervezetbe vitt gyógyszer behatol a bakteriumokba, azoknak légzését, valamint szénhydratanyagcseréjét bénítja és így közvetlenül elöli őket, vagy hogy a bakteriumok életműködését gátolja, azok virulentiáját és ellenállóképességét csökkenti, ezáltal alkalmassá teszi őket a phagocytákba bekebelezésre és végül a szervezet védőanyagtermelő sejtjeinek működését fokozza. Ez történhet akár természetes úton is, ha a gc.-k nagy száma vagy a go.-s szövődmény maga megfelelő mennyiségű fajlagos ellenanyag termelésére vezet akár pedig mesterséges úton, s akkor úgy érhetjük el ezen ellenanyagtermelés fokozódást, ha a go. vaccinát megfelelően adagoljuk, vagy különböző aspecifikus ingertherapiával, immunsavóval a betegeket előzetesen kezeljük. A gyógyulás eredménye tehát mindig az illető chemotherapiás gyógyszernek a baktériumokra gyakorolt közvetlen hatásától és a szervezet ellenanyagtermelésének fokozásától függ.

Eddigi kisérleteimből megállapithatom, hogy még nem volt olyan belsőleg adható gyógyszer, amely oly kitünő hatást fejtett volna ki a gc.-ra, mint az „elektyl," vagy az „uliron." Épp azért nem helyes azok véleménye, akik e készítményeket a kankó kezelésre szolgáló gyógyszerek közé csak adjuvansként akarják felvenni. E gyógyszerek ennél sokkal többet érnek, mert beigazolódott, hogy a gc.-ra olyan hatással vannak, hogy egyes esetekben bizonyos százalékban in vivo azokat képesek elölni. Másrészt a recidiv esetek arra figyelmeztetnek, hogy ezen ujabb gyógyszerek még nem alkalmasak arra, hogy minden go.-ás esetben a gyógyulási eredményt egyedül a rég óhajtott belső kezeléssel érjük el, és így nem bizhatjuk rá magunkat teljesen a chemotherapiára, hanem emellett a régi kankó kezelési eljárásokat is igénybe kell venni. Ezért épugy mint más szerzők azon véleményen vagyok, hogy jelenleg a go. ujabb kezelési iránya a combinált kezelés kell hogy legyen: *a chemotherapiás gyógyszerek adagolásával párhuzamosan a régi megszokott helyi és vaccinakezelés is végzendő.* Talán, ha sikerül egyszer ezen készítményeket még tökéletesíteni, úgy meg lehet minden reményünk arra, hogy a jövő go. kezelésnek megbizható gyógyszerei a chemotherapeuticumok lesznek.

Brezovsky Emil dr. szföv. közkórházi főorvos.

Pityriasis rosea.

A pityriasis rosea nálunk igen gyakori betegség. Az én anyagomban pld. a bőrbetegségek 2.5%-át teszi ki. Az általános gyakorlatban a pityriasis rosea kórisméje, kórjóslata és kezelése terén tévedések sokszor fordulnak elő.

Kórokozója mindmáig ismeretlen. Mai tudásunk szerint két feltevésnek van a legnagyobb valószinüsége. 1. A betegséget a bőrön kivülről megtapadó élő virus okozza. De mint más parasitarius bőrbetegségekben is (pld. verruca vulgaris, pytiriasis vesicolor, erythrasma) ez a virus emberről emberre nem, vagy csak kivételesen terjed át. A virus-elméletet az alaki sajátságokon kivül a klinikai tapasztalat is támogatja: gyakori, hogy a pityriasis rosea ujonnan vásárolt mosatlan ruhadarabok felvétele után jelentkezik s az elsődleges góc azon a helyen lép fel, ahol az új ruhadarab a bőrhöz közvetlenül hozzátapad. A virus megtapadását minden jel szerint elősegíti a nedvesség: gyakran szerepel a kórelőzményben, hogy a beteg kádfürdő után nem törülközött meg szárazra, sietett az öltözködéssel s bőre hosszabb időn át nedves maradt a ruha alatt. Némelyek a szekrénybe nedves állapotban eltett mosott fehérnemüt is felelőssé teszik. 2. A második felfogás szerint exogen fertőzés csak az elsődleges gócot hozza létre. Az általános kiütés toxicus vagy allergiás, haematogen eredésü exanthema, mely szükségszerüen bekövetkezik az elsőleges góc kifejlődése után. Ezt a felfogást támo-

gatja az elsődleges góc jelentkezését követő lappangási idő, az általános kiütés hirtelen, gócokban jelentkezése s bizonyos részarányosság is. A pityriasis rosea neurogen s egyéb elméleteinek ma már alig akad követője.

A kifejlett, kitörése tetőfokán álló pityriasis rosea sok góca között mindig találunk jellegzetes nagyobb korongokat, melyek a kórismézést a kevésbbé gyakorlott orvos számára is biztossá teszik. Ezen ú. n. medaillon-ok, „érmék" középső harmadában ugyanis finom gyürüalakú, a közép felé leemelődő, a peripheria felé tapadó szarugallérocska („collerette") ül. Ilyen vagy akár csak ehhez hasonló elemet semmilyen más bőrkiütésben sem találunk. Jellemző az érmékre az is, hogy külső harmaduk halvány rózsaszinű vagy élénkebb piros, mig középső harmaduk sárgás szinezetű, úgy hogy a szarugallérocska a különböző szinárnyalatok határán foglal helyet; jellemző az is, hogy az érmék többnyire ovalis alakúak s hosszabb átmérőjükkel a bőr hasadási vonalainak irányában fekszenek. De fajlagosan kórjelzőnek csak a középütt elhelyezkedő *(nem* széli), zárt gyürű alakban megjelenő szarugallérocskát tekinthetjük. Ha sikerült akár csak egy medaillon-t biztonsággal felismernünk, akkor a többi elemekkel s az egyéb elkülönítő ismérvekkel nem is kell törödnünk. A gyakorló orvost ugyanis megzavarhatja az a nagyfokú polymorphismus, amilyent a pityriasis roseaban gyakran észlelünk. Látunk kis-csomós elemeket, melyek a prurigo-göbökre emlékeztetnek, néha follicuris elrendeződésben, csalángöbös elemeket, szabálytalanul hámló kisebb-nagyobb korongokat, kendermagnyi s nagyobb hólyagocskákat stb. Különösen nagyfokuvá válhatik a polymorphismus atypikus esetekben, vagy ha a beteg vizsgálat előtt már valami célszerütlen kezelésben részesült. Nem adhatunk sokat az általános kitörés elrendeződésére sem. Igaz, hogy az elemek többsége a bőr hasadási vonalainak irányában rendeződik el, de nem mindig. A kiütés elboríthatja szinte az egész testfelületet, de szorítkozhatik egyetlen testtájra is, sőt vannak esetek, melyekben 10—20-nál több elem mindvégig nem jelentkezik. Az exanthema egyes lökésekben szaporodik, de kibontakozhatik egészen 24 órán belül is. A localisatióra egyedül az a körülmény jellegzetes, hogy az arcot s a hajas fejbőrt ugyszólván soha sem, a kezet csak nagy ritkán borítja el a kiütés. A subjectiv panaszok különbözőek. Mig egyesek oly heves viszketésről panaszkodnak, hogy éjjeleken át nem tudnak aludni, mások egyáltalában nem éreznek semmit. A viszketés foka nagyjában párhuzamosan halad a gyulladás erősségével.

Segitségünkre lehet a kórisme megerősítésében a már említett elsődleges góc, az u. n. anyafolt felkeresése. Az esetek tulnyomó többségében találunk ugyanis 1 (ritkábban 2), az összes többi gócnál jóval nagyobb kerek gócot. A beteg, ha figyelmeztetjük rá,, vissza emlékszik, hogy ez a góc jelentkezett legelőször s csak 1—2 heti fennállása után tört ki az általános exanthema. Ezenközben az elsődleges góc körkörösen 5-pengőnyire, sőt nagyobbra is nőtt.

A beteg rendszerint csak akkor jelentkezik orvosnál, ha már az általános kiütés szakába eljutott. Ha kivételesen mégis megesik, hogy az elsődleges gócot észreveszi s ezt siet orvosának megmutatni, a kórisme nem könnyű. Az elsődleges góc ugyanis nem mindig, különösen eleinte nem mutatja a medaillon jellegzetes képét. Sőt mondhatjuk, hogy az elsődleges gócot a felületes mykosistól, nevezetesen a trichophytiasistól klinikailag eleinte megkülönböztetni nem lehet. Az ilyen góc kaparékát alapos górcsövi vizsgálatnak kell alávetnünk s csak az ismételt vizsgálat alapján nyert negativ gombalelet kelti fel a gyanut, hogy pityriasis rosea anyagócával van dolgunk. A gyakorló orvos sokszor nem gondol erre a lehetőségre. A gombás folyamatnak tetsző kerek korongra jódtinkturás ecsetelést rendel s kilátásba helyezi a gyógyulást néhány napon belül. Érthető a beteg ijedtsége, ha néhány nap mulva gyógyulás helyett az egész testét kiütés árasztja el. Megjegyzendő, hogy bármily erélyesen kezeljük az elsődleges gócot külső vagy belső fertőtelenítő szerekkel, az általános kitörést elhárítani nem tudjuk.

A pityriasis rosea, ha a természetes folyamatot célszerütlen kezeléssel nem zavarjuk meg, szabályszerüen 4—6 hét alatt gyógyul, az általános kitörés kezdetétől számítva. Hosszabb tartamú lefolyás oly nagy ritkaság, hogy a 6. héten tul is fennálló esetekben a kórismét revideálnunk kell. Szövődmények (a kezelés okozta szövődményeken kivül) nem fordulnak elő, nevezetesen pyogen fertőzések és nyirokcsomó duzzanatok hevesen vakarózó betegeken sem szoktak előfordulni.

Nem ismerünk semmiféle gyógymódot, amellyel biztosan sikerül a betegség időtartamát megrövíditeni. Viszont az erélyesebb kezelési eljárásoknak (különösen magasabb töménységű kén-, salicyl-, resorcin-, kátrányos kenőcsözések, jódozás, quarcfénybesugárzások, erélyes mosások kedveltek) az a nagy kockázata van, hogy általános heves bőrgyulladást okoznak, minthogy a pityriasis rosea *rendkivül ingerlékeny* bőrbetegség. Ezért a magunk részéről csakis közömbös kezelést tartunk megengedhetőnek.

A kitörés szakában a fürdőt és mosdást lehetőség szerint teljesen megtiltjuk s 2—3% kénes hintőporozást rendelünk (Sulf. praec. 1.0—1.5 Zinc. oxyd. Talc. venet. aa ad 50.0,) mert ezzel kedvező gyulladásellenes hatást érünk el. Néhány nap mulva azonban — ez az idő egyénileg különbözően 3—8 napig tart — a hintőporos kezelés kellemetlenné válik, szuró-huzó érzést okoz a tulszárítás következtében. Ekkor rátérünk az enyhe zsírozó kezelésre; ere a célra 1—2%-os kénes zsiradék (pl. Sulf. praec. 0.3—0.6, Vasel. flav. amer. ad 30.0) jól megfelel. A kitörés kezdete után 8—10 nappal újabb gócok már nem, vagy csak kis számban szoktak jelentkezni. Ilyenkor nem túl meleg, rövid ideig tartó fürdőket, óvatos lemosásokat már engedélyezhetünk; fürdő után a bőrt vékonyan bezsíroztatjuk.

A gyakorlatban nagyon hasznosnak bizonyult, hogy a beteget bajának természetéről a következő módon világosítsuk fel: A betegség kellemetlenségei közé tartozik, hogy annak 4—6 hetes időtartamát semmilyen kezeléssel nem tudjuk megrövidíteni. A kezelés csak a panaszok tüneti enyhítésére szolgál. Erélyes külső fertőtlenítő kezelésnek semmi célja s csak kellemetlenséget okozhat. A kezeléssel újabb gócok kitörését megakadályozni nem lehet, már pedig újabb gócok kitörésével 1—2 hétig számolni kell. Ezen kellemetlenséggel szemben viszont megnyugtatásra szolgálhat 1., hogy a betegség ártatlan, jelentéktelen, belső bajokkal nem függ össze, nem fertőző, másokra nem terjed, 2., hogy 6 héten belül biztosan gyógyul minden utókövetkezmény nélkül, 3., hogy az arcra, a fejre a kiütés nem terjed át. Ha ezeket a felvilágosításokat *előre* megadjuk, a beteg az elkövetkező, hosszúnak tünő hetekben a bajával járó kisebb-nagyobb kellemetlenségeket sokkal nagyobb türelemmel és belátással fogja elviselni, mintha ezt előzetesen nem közlik vele.

Rothman István dr.
a giesseni egyet. c. rk. tanára,
O. T. I. osztályvezető orvos.

Figyelmeztetjük ismételten t. előfizető kartársainkat, hogy névtelenül hozzánk intézett kérdéseiket nem intézzük el, de szivesen teszünk eleget azon kivánságuknak, hogy közlés esetén nevüket elhallgatjuk.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A műtét előtti elektrokardiographiai vizsgálatok szükségessége.

Az elektrokadiographiai vizsgálat jelentősége a szív kóros voltának felismerésében az utolsó évek folyamán egyre elismertebbé vált. Sajnos jelentőségét, egyelőre legalább, épen ott nem méltányolják kellőképen, ahol a legnagyobb szükség volna reá a műtéti előkészítésben. E vizsgálat a szívizomzat állapotáról és vérellátásáról tájékoztat bennünket, tehát olyan körülményekről, amelyek a műtéti prognosis szempontjából egyáltalán nem közömbösek. A műtét előtti EKG vizsgálat ellen számos érvet szoktak felhozni ellenfelei. 1 Positiv EKG vizsgálati eredmény nem döntő a beteg sorsára; 2. Elegendő az egyszerű belorvosi vizsgálat, ha az negativ, nincs szükség az EKG vizsgálatra; 3. Negativ EKG lelet esetén is lehet a betegnek szívizombántalma; 4. Helyi érzéstelenítésben végzett műtét nem terheli meg a szívet, tehát nincs szükség előtte EKG vizsgálatra.

Ezekre az érvekre szeretnék a következőkben válaszolni, hogy a műtét előtti EKG vizsgálat feltétlen szükségességét bizonyítsam.

ad. 1. Nem absolut indicatiójú műtétek esetén nagyon komolyan kell venni a positiv EKG leletet, mert nagyobb anyagon bebizonyítható, hogy van olyan műtét, ahol bizonyos EKG elváltozásokat szenvedők 80%-a meghalt a műtét következtében. Az, hogy a szóbanforgó műtét után positiv lelet esetén sem 100%, hanem csak 80% a műtéti halálozás, ellenérvül fel nem hozható, hiszen a 80%-os műtéti halálozási valószínűség is elképesztőn nagy és azt megelőzni a műtő lelkismereti kötelessége.

ad. 2. Hogy egyszerű belorvosi vizsgálattal a szívizomzat és a koszorus verőerek állapotáról meggyőződni nem lehet, ez még talán a belorvosok között sem általánosan elterjedt, a műtőszakmában tevékenykedő orvosok még távol állanak ennek tudomásulvételétől. Pedig a kardiologiai gyakorlattal és az EKG-vel foglalkozók előtt ez a tény lépten-nyomon bebizonyosodik. A közelmultban például EKG-vizsgálatot végeztem egy betegen, akinek bizonytalan, testszerte fellépő fájdalmain kívül igen bizonytalan szívtáji fájdalmai is voltak és orvosa negativ belgyógyászati lelete miatt megnyugtatási célzattal végezte a vizsgálatot, hogy az ideges beteget panaszai tarthatatlanságáról meggyőzze. Az EKG. felvétel azonban meglepetésre negativ T hullámaival és dislokált ST-szakaszaival az igen súlyos szívizom és coronaria-megbetegedés képét mutatta és bizonyította, hogy a beteg panaszai nem ideges eredetűek. Ezt a beteget megoperálni, közvetlen életveszélytől eltekintve, igen kockázatos, sőt egyáltalán nem tanácsolható. Az ilyen meglepetésekkel azonban a kardiologiai gyakorlatban lépten-nyomon találkozunk. Az EKG-vizsgálatra, tehát negativ belorvosi lelet esetén lelkiismeretes műtő számára fokozott mértékben van szükség.

ad. 3. Tagadhatatlan, hogy negativ EKG lelet esetén is lehet a betegnek szívizombántalma. Ezen esetek száma azonban a minimumra csökkent akkor, ha az EKG vizsgálatot végző orvos, sokéves klinikai tapasztalatokkal bíró szívspecialista, aki az esetleges lappangó szívizombántalom kimutatására nem egy előre elrendelt, hanem az adott körülmények között általa legjobbnak tartott sensibilizáló eljárással, megterheléssel végzi az EKG vizsgálatot. Ilyen körülmények között a kóros szívizomzatú betegek műtét előtti negativ EKG-leleteinek a száma igen erősen csökkenne, meggyőződésünk szerint alig haladná meg a cukormentes vizelettel, de már abnormis vércukorértékkel, műtétre kerülő cukorbetegek számát. Az előbb említett példában a vizeletcukorvizsgálat negativ eredménye nem zárja ki teljesen a diabetes lehetőségét, mégis lelkiismereti kötelességének tartja minden műtő a vizeletvizsgálat elvégzését műtét előtt.

ad. 4. Műtő-körökben meggyőződésünk szerint nem értékelik eléggé a helyi érzéstelenítéssel végzett műtétek szívmegterhelő hatását. A chloroformmal és a chloraetyllel szemben az aethernek nincsen direkt szívizom hatása. Az altatásban végzett műtét esetén azonban a nyultvelői központokon keresztül kiváltott hatásokon kívül igen komolyan szóba kerülnek a szív ereire ható viscera-visceralis reflexek, amelyek coronariaszűkítő hatásuknál fogva a műtét alatt végzetes kellemetlenségeknek okozói lehetnek. Ezek a viscero-visceralis reflexek, amelyekhez még a fájdalom és az izgalom coronaria-görcsöt kiváltó hatása is hozzátársulna, helyi érzéstelenítés esetén fennállanak. Fájdalom olyan erős vagushatást tud kiváltani, hogy a szív vérellátása és frequentiája bizonyos egyénekben lényegesen csökkent. Ennek a hatásnak kiváltására aránylag csekély tudatos fájdalom is elegendő, így például kimutatták, hogy már a vérnyomásmérő manchettájának az alkalmazás és egy ideig fenntartása is a pulsus frequentia csökkenésében megnyilvánuló erős vagushatást hoz létre. A fájdalomreflexek a szív vérellátását zavaró hatására magunknak is voltak érdekes eseteink, így pl. coronaria sklerosisos egyénben a tűelvezetés tűinek alkalmazásával kiváltott csekély fájdalom átmenetileg az ingervezető pálya vérellátásának csökkentése révén pitvarkamrai automatiát (blockot) váltott ki. Néhány hónap előtt alkalmam volt látni egy súlyos szívbeteget, akinek orvosa az Amerikában divatos műtétek analogiájára a pajzsmirigyeltávolítás gondolatát vetette fel. Az esetet a súlyos általános helyzetre és a rendkívül súlyos EKG-leletre tekintettel nem tartottam műtétre alkalmasnak. A műtétet helyi érzéstelenítésben mégis elvégezték s a beteg már a bőrmetszés folyamán szívbénulásban meghalt. — Tehát a helyi érzéstelenítésben végzett műtétek is a viscero-visceralis érszűkítő reflexek, a fájdalom és az izgalomokozta reflexek folytán igen komoly megterhelést jelentenek a szívre és feltétlenül szükségessé teszik, hogy a sürgős és életmentő műtétektől eltekintve, a helyi érzéstelenítésben végzett műtétek előtt is az EKG-vizsgálat elvégeztessék.

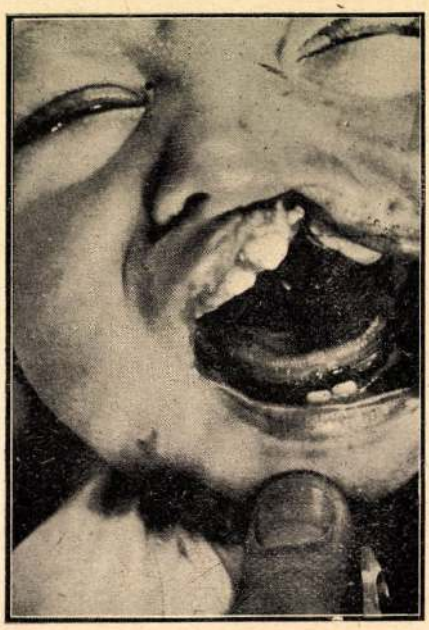
Amint vese- és prostata-műtétet ma már nem csinálnak a vér maradék nitrogen-tartalmának vizsgálata nélkül, úgy reméljük, hamarosan eljön az idő, amikor sebészi, nőgyógyászati és urologiai műtéteket sem fognak elvégezni előzetes EKG-vizsgálat nélkül, mert megfelelő kezeléssel még a kóros EKG esetek egy része is műtétre alkalmassá válik. Ez az elv hatja át ma már műtőklinikáink és vezető műtőink nagy részét. Meggyőződésünk, hogy részben lelkiismereti okokból, részben az esetleges kártérítési jogtalan keresetek elhárítása miatt a műtét előtti alapos kardiologiai és EKG-vizsgálat legrövidebb időn belül magától értetődő és általánosan elterjedt lesz.

Radnai Pál dr.

Farkastorok-műtétet melyik életévben végezzük?

A szájpadhasadéknak műtéti korrigálásában az anatomiai fogyatékosság megszüntetése csak másodlagos jelentőségű, a tulajdonképeni cél a *normális* kiejtés és ezáltal a *hibátlan beszéd* elérése. Ezen utóbbi iránynak szolgálatába kell beállítani a műtét időpontjának megválasztását.

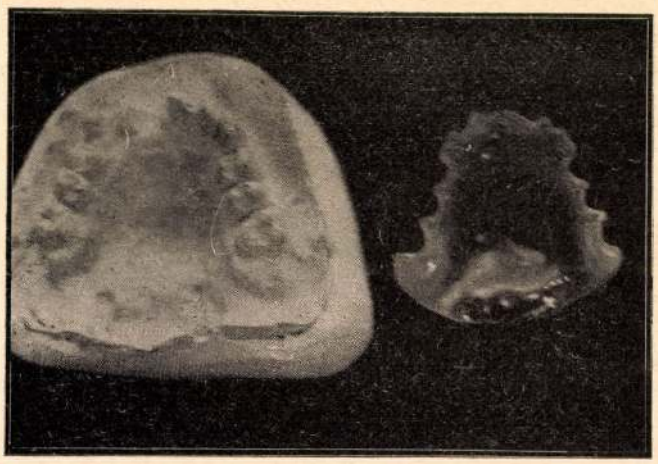
A koponya fejlődésével párhuzamosan halad az agyalap csontos vázának szélesbbedése, ami egyuttal magával vonja a szájpadhasadék nyílásának további kitágulását. A csökevényesen született szájpadszél ezzel szemben a szájüreg fejlődésével *nem tart lépést*, aminek az lesz a következménye, hogy nemcsak a hasadék válik tágabbá, hanem a csökevényes szájpad izomzata — a működés hiányában — mindinkább elsorvad. Ez a két *anatomiai tulajdonság* hozza magával, hogy ha a műtét árán a későbbi életkorban el is választjuk a szájüreget az orrüregtől, a *lágyszájpad merevsége miatt* nem tud kellőképen működni s az újonnan készített szájpad mint feszes, heges köteg, kellően nem vesz részt a hang resonantiájának kiképzésében. Mindezekből következik az a tapasztalatilag is megállapított tény, hogy *a functionalis eredmény csak akkor kielégítő, ha a műtét a beszédgyakorlatok megkezdésével egyidőben történik.* A súlypont azon van, hogy a gyermek a normálissá tett szájpadlással kezdje el a beszédgyakorlatokat, még mielőtt hibás beszédmechanismushoz szokna hozzá. Ellenkező esetben a dünnyögő beszéd korrigálása igen nagy nehézségekbe ütközik.



1. ábra.

2. ábra.

3. ábra.



4. ábra.

Veau 1931-ben 500 kórtörténet ismertetése után vonta le conclusióit és arra a megállapításra jutott, hogy ha a műtét az első és második életév között történik, úgy normális beszédű eredményt kapott 69.6%-ban. Ha pedig a harmadik életév után végezte a műtétet, úgy csak 26%-ban sikerült a jellemző dünnyögő beszédet kikerülni. Halálozási statistikája 5.7%-ot tett ki.

4 év alatt 12 farkastorok-műtétet volt alkalmam elvégezni. Egy beteget sem vesztettünk el. A 12 műtét közül három esetben kellett a műtétet háromszor megismételni, — négyszer két szakaszban elvégezni, öt ízben pedig egy ülésben sikerült eredményt elérni. Tapasztalatunk alapján már 12 hónapos korban a műtét elvégezhető, de legalkalmasabb időpont a 18. hónap körül van. Nem hagyható figyelmen kívül a műtéti

utókezelés fontossága, ami között első helyen kell megemlíteni azt a körülményt, hogy a műtétet sokkal könnyebb egy minden tekintetben *beállított* gyermekosztályon elvégezni, mint ha ez nem áll rendelkezésre.

Nagymértékben megkönnyíti a műtéti eredményt, ha fogász-szakorvossal összedolgozva, a műtét alkalmával moulage készül a szájpadról, aminek alapján a műtét után a második naptól fogva cellophan-fedőt alkalmazunk, ami megakadályozza, hogy a gyermek nyelvével a szájpadrészt állandó traumának tegye ki.

Négy évi gyermeksebészeti tapasztalatunk alapján azon álláspont hívei vagyunk, hogy a farkastorok-műtétek legalkalmasabb időpontja az egy és fél év körüli hónapokban van.

Kubányi Endre dr.
egyet. magántanár, közkórh. főorvos.

Mi a tomographia?

A tomographia egy új röntgenvizsgáló eljárás, amellyel az emberi test bármilyen tetszésszerinti rétegéről készíthetünk röntgenfelvételt úgy, hogy sem a fölötte, sem pedig az alatta lévő rétegek nem látszanak meg a képen. Éppen ezért hívják a németek Schichtphotographie-nak és Schnitt-photographie-nak, is míg az irodalomban szereplő első neve planigraphia és stratigraphia volt. 6—7 évvel ezelőtt jelentek meg róla az első közlemények olasz, holland és spanyol nyelven, németül 1933-ban. Eladás számára az első komolyabb készüléket, a tomographot, a németek készítették.

Az eljárás lényege olyan constructio, amelyen — a röntgenfölvétel egész időtartama alatt — a röntgenlámpa és a film a vizsgálandó testtel párhuzamos síkban, de egymással ellentétes irányban mozog. A mozgás dacára is a photografálandó testréteg minden egyes pontjának projectiója a filmnek kb. ugyanarra a pontjára, míg a vizsgált test minden más pontjának vetülete a filmnek mindig más és más területére esik. Ennek gyakorlatilag az az eredménye, hogy a vizsgálandó réteg egyes képletei aránylag élesen rajzolódnak le, a fölötte és alatta lévő rétegek képletei pedig annyira elmosódottan rajzolódnak, hogy gyakorlati értelemben véve láthatatlanok.

Igy pl. mindjárt az első kisérletezők csináltak olyan isolált felvételeket a sternumról, amelyeken sem a mögötte elhelyzkedő szív és a nagyerek, sem pedig a gerincoszlop nincsenek rajta. Csináltak felvételt a keresztcsontról úgy, hogy felülről lehet belenézni a canalis sacralisba és látni lehet, hogy az idegentest (lipiodol) a corpus *mögött* és az arcus *előtt*, vagyis éppen magában a canalisban fekszik.

Természetesen ma még beláthatatlan, hogy milyen eredményeket sikerül majd elérni a tomographia segítségével, de az máris biztos, hogy a tüdőbetegségek diagnostikájában óriási eredményeket ad. Igy meglepő, hogy milyen gyakran lehet találni cavernát olyan tüdőrészletek mélyében, ahol a rendes röntgenfelvétel nem mutat cavernát, esetleg egyáltalában alig mutat valami kevés elváltozást. Olyan tüdőrészekben, ahol egy-két caverna látható a röntgenképen, a tomographiás felvétel — a tomogramm — mutat a cavernák mögött vagy az infiltrált tüdőrészek mögött, azoktól eltakarva, újabb cavernákat, melyek jelenlétét a rendes felvételen semmi sem sejteti.

A Sauerbruch-klinikán *Chaoul* kezdett el intensiebben foglalkozni a tomographiával. Először a rejtett vernák kimutatásának a lehetőségeit emelte ki, majd igyekezett a tüdőtumorok diagnosisában hozni ki új lehetőségeket.

A bronchuscarcinomák diagnosisában nagy nehézséget okoz az, hogy a rendes röntgenfelvételen látható nagyobb homályról nem lehet tudni, mennyi belőle a tumoros infiltratio és mennyi a bronchus elzáródása következtében előállott atelektasia. Ilyen esetekben bronchographiával szoktunk igyekezni kimutatni a bronchuselzáródást. Utóbbit sokszor fölöslegessé fogja tenni a t. A t. először is elkülöníti a tüdőbeli homályban a tulajdonképeni tumoros infiltratumokat (*Chaoul* szerint „Kernschatten") a hozzá csatlakozó atelektasiától, másrészt directe kimutatja a bronchus-szűkületet, vagy a bronchuselzáródást. Evvel elkerülhetjük a bronchographiát, ami mégis csak kellemetlenebb és a beteget jobban igénybevevő eljárás és sikerül nélküle is biztosítani a tumor diagnosisát. Ezen vizsgálatai közben sikerült *Chaoulnak* megfigyelnie a tomogrammokon olyan elkülönítő kórismei jeleket, amelyek lehetővé teszik a tüdő-abscessus és a tüdőtumor, nevezetesen a széteséssel járó, tehát szintén abscessust képező tumor közötti differentialdiagnosist. A legfontosabb a bronchus elzáródásának kimutatása, mert az tumor mellett és abscessus ellen szól. Az abscessus közvetlen szomszédságában rendszerint nincs tömöttebb, massivabb infiltratio, mint a tumorok szomszédságában, hanem a homály kevésbé intensiv, nem olyan homogen, foltos. Továbbá hiányzanak a carcinomanyúlványok, a „lymphangitis cc." és hiányzanak a nagyobb kisérő atelektasiák. Mindez a tomogrammokon nagyon jól látható. Az atelektasiák hiányának az az oka, hogy nincsen bronchuselzáródás, ellenkezőleg abscessus esetén jól láthatók a normalis tágasságú bronchusok, sőt sokszor directe láthatjuk a drainálo bronchust. A Tuberkulose-Bibliothek kiadványainak sorozatában máris megjelent egy füzet *Greinedertől* a tüdő tomographiás vizsgálatáról. (Tomographische Diagnostik der tuberkulösen Kaverne. Tub. Bibliothek Nr. 62). A legnagyobb hasznát a tüdőtomographiának azokban az esetekben fogjuk venni, amikor hatalmas pleuracallusok teszik lehetetlenné a rendes röntgenfelvételeken azt, hogy a tüdőben finomabb részleteket láthassunk. A tomogrammokon egyszerűen a callosus réteg alá fogunk tudni menni és belelátunk a mélyebben fekvő tüdőrétegekbe.

Egészen bámulatraméltóan szépek és érdekesek a gége tomographiás felvételei, amelyeken a gége nem oldalról, hanem antero-posterior nézetben látható, vagyis a jobb- és baloldali képletek egymás mellett különkülön. Gyönyörűen láthatók különböző mélységben készült metszeteken, azaz felvételeken az epiglottis, a sinus piriformis, a hangszalagok, az ál-hangszalagok, a Morgagni-féle tasak, az aryporcok, a trachealis porcgyűrűk stb. Ezeken a felvételeken *Gunsett* (Strassbourg) már kimutott hangszalagbénulást, egyoldali vérzést a gégében, joindulatú hangszalag-polypot, carcinomák különböző nagyságú kiterjedését stb., ami a tomogrammokon jól leolvasható.

Ma még nem is tudhatjuk, hogy milyen területek lesznek hozzáférhetők tomographiás vizsgálatok számára és milyen eredményeket lehet majd elérni vele, de bizonyos, hogy igen nagy jövő vár reá a röntgendiagnostikában és így az általános orvosi diagnostikában. Ma még korlátozza elterjedését, hogy a készülékek nagyon drágák és éppen emiatt a röntgenlaboratóriumok arra is várnak, hátha hamarosan tökéletesebb typusok kerülnek ki a gyárakból.

Révész Vidor dr.
röntgen-szakorvos, sanat. igazg.-főorvos.

A gégegümőkór, gégehurut és gégerák elkülönítő kórisméje.

A gégegümőkór legtöbbször a tüdő tbc. szövődménye, 20—35 éves korban a leggyakoribb, kétszerannyi férfi betegszik meg, mint nő; a terhesség hajlamosít rá. A bántalom a hámalatti tuberculumok képződésével indul meg, melyeknek tömege a nyálkahártya *infiltratióját* okozza. A gümők szétesése folytán lencsényi *fekélyek* keletkeznek, melyeknek összefolyásával szabálytalan alakú, alávájt szélű, tbc-re jellemző nagyobb fekély keletkezik s ezt a környezet lobos beszűrődése veszi körül. Néha a göbcsék tömege daganatszerű képletet alkot (Tuberculoma), mely kevésbbé hajlamos az elsajtosodásra. Ha a beszürődés eléri a porchártyát, *perichondritis* szövődik a kórképhez, ami az ismert nagy nyelési fájdalmakat okozza. Előrehaladt esetben együttlátjuk a gége-tbc. megnyilvánulásának összes formáit, ilyenkor a kórisme nem nehéz. Kezdődő tbc-re kell gondolni 1. féloldali gégehurut esetében, mely kezelésre nem javul és a hangszalagot nemcsak belöveltnek, de beszűrődöttnek is látjuk; 2. felületes, makacs, de egyoldali hangszalagfekély esetén; 3. a gége hátsó falának beszűrődésekor, amely évekkel megelőzheti a tüdő-tbc. kitörését. Az epiglottis, plica aryepiglottica spec. beszűrődése nem jár rekedtséggel, olykor sokáig lappanghat, ezért a tüdőbajos beteg időnkénti gégevizsgálata szükséges.

A gégehurutra jellemző, hogy az egész gégére kiterjed, az előidéző ok (alkohol, nikotin, foglalkozási ártalom, stb.) kimutatható és kezelésre javul. Az elkülönítő diagnosis szempontjából az idült, körülírt, szövetszaporulattal járó gyulladások jöhetnek tekintetbe. Az álhangszalagok túltengése el;fordulhat a valódi hangszalagok paresise esetén, amikor vacariálólag hangadásra szolgálnak. Göbös álhangszalagduzzanatot okoz a nyirokképletek túltengése. A sinus Morgagni nyálkahártyájának előesése sima felületű terimenagyobbodást okoz. A pachydermia a hám körülírt, szürkés-fehér színű, szemölcsös felületű megvastagodása, a kötőszövet egyidejű gömbsejtes beszürődésével. Megjelenési helye a proc. vocalis, a gége hátsó fala, gyakran több helyen jelentkezik. A hám elszarusodik, fekély keletkezhet, s azok szélein typusos hámburjánzás indulhat meg. A nyálkahártya néha a hangszalagok egész hosszában megvastagodik, vagy lebenyszerűen túlteng. Az ozaenások pörkös gégehurutja a nyálkahártya nagymérvű duzzanatát hozhatja létre pörk- és fekélyképződéssel A hypoglottikus tájékra szorítkozó idült hurutos beszűrődés ritka.

A gégerák legtöbbször idősebb férfiak betegésge. A külső cc. rosszabb indulatú, mert gyorsan áttétet okoz, míg a belső sokáig helyi betegség marad. Leggyakrabban a hangszalagon, mint szemcsés felületű, széles alapon ülő *csomó* jelentkezik és láthatóan benyomul a hangszalag állományába is, környéke nem, vagy csak kissé belövelt. Öregebb egyének polyp, vagy papillomaszerű képződménye, mindig gyanus cc.-re. A *diffus* alakban az egész hangszalag szemcsés-göbösen beszűrődött. A rákos burjánzás tovaterjed a környezetbe és a hangszalag mozgása akadályozottá válik. A rákos szövet szétesése után, dudoros alapú, felhányt szélű fekély keletkezik. Ha a daganatos beszűrődés és szétesés a gége vázát eléri perichondritis keletkezik. A tumor nagysága és a porchártyagyulladás a gége ürét annyira szűkítheti, hogy nehézlégzés jelentkezik. Igen sok beteg kórisméje csak ebben a stadiumban nyer megállapítást.

Tbc.-re jellemző gégetükri kép, lesoványodott, fiatal beteg, activ tüdőfolyamat, láz, nyelési fájdalom *eldöntik a gége-tbc.* kórisméjét. Idősebb egyénen negativ tüdőlelet, hurutos tünetek nélküli rekedtség, renyhén mozgó, vagy mozdulatlan hangszalag esetén, amelyen daganatszerű, szemcsés felületű beszűrődés van, valószínűséggel felállítható a cc. kórisméje. Az előbbieken kívül felemlítendő, hogy a rákos folyamat egy gócból ered, terjedésében a laphám irányát követi, míg a tbc. több gócú lehet, melyeket ép területek választanak el egymástól; továbbá a gümőkórban nagy beszűrődés és fekély mellett a hangszalag jól mozoghat, míg cc. esetén korán akadályozni lehet. A cc.-s fekély felhányt, a tbc.- és alávájt szélű. A tuberculoma gyakran szemölcsös felületű és a tüdőben sem fedezhető fel spec. folyamat, a valódi daganattól csak szövettani vizsgálattal lehet megkülönböztetni.

Kezdeti stadiumban a gége.-tbc, katarrhus és a cc. közös tünete a rekedtség; infiltratio, fekély, vagy szövetszaporulat mindhárom kórképben fennállhat. Ilyenkor legnehezebb a kórisme, pedig különösen cc. esetében a korai diagnosistól függ a beteg sorsa, mikor kisebb műtéttel gyógyulás érhető el. — A laryngoskopiában nem jártas orvos mulasztást követ el, ha idősebb betegek makacs, hurutos tünetek nélküli rekedtsége esetén általános kezelést alkalmaz és nem küldi szakorvoshoz.

Katarrhus kórisméje esetén, a beteg megfigyelése szükséges. Kétoldali szemcsés felszinü álhangszalagduzzanat esetén tbc.-re is gondolni kell, ha a hurutos belöveltség a gége egyéb részein nem kifejezett, egyoldalú, cc-re is gyanus. A prolapsus ventriculi Morgagni kórképe szöveti vizsgálatkor rendszerint tbc-nek bizonyul. Féloldali hangszalag katarrhus, tbc., cc.-, vagy lues első megnyilvánulása szokott lenni. A hangszalagok jóindulatú lebenyes túltengését utánozhatja a nyálkahártya oedemája, amelyet rejtett helyen (subglottis) lévő fekély okoz, mikor csak laryngobronchoskopia directával lehet felfedezni. A hurutos idült subglotticus beszürődés ritka, főleg a tbc. okozza.

A szakorvos gyakran jut abba a helyzetbe, hogy gégetükri kép alapján a kórismét nem tudja eldönteni. Ha a tüdő-köpet és Wa.-vizsgálat sem nyujt támpontot, vagy cc.-re van gyanú, akkor a legnagyobb értékű diagnostikai segédeszközhöz, az endolaryngealis próbakimetszéshez és a szövettani vizsgálathoz kell folyamodni. Fontos, hogy a kivágott rész elég nagy legyen s a kimetszés kellő mélységben történjék; kóros és ép részek közti átmenet látható legyen. Klinikailag malignusnak feltünő esetben a negativ szövettani lelet, nem döntő, hanem a szövettani vizsgálat megismétlendő. — Előfordul, hogy a kimetszés csak direct laryngoskopia útján sikerül, sőt subglotticus daganat, vagy perichondritis esetén a gége külső megnyitása is szóba jöhet a kórisme eldöntése céljából.

Kecskés Zoltán dr.
orr-, gége, fülklinikai tanársegéd.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri *Vámossy Z.* prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII. Üllői-út 26.).

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Allergiás betegségek histaminkezelése.

Az allergiás folyamatok alapja az antigen-antitest reactio. A szervezetbe jutott antigen hatására bizonyos sejtekben és szövetekben ellenanyagképződés indul meg. A szervezet túlérzékennyé válik, ami azt jelenti, hogyha ismételten antigen jut be, ez a sensibilisált szövetekben azonnali reactiót vált ki. Ezt jellemzi a sejtekben lejátszódó ú. n. hyperergiás gyulladás, amit az antigen-antitest találkozás indít meg. Sejtizgalom, sejtpusztulás következtében bizonyos fehérje hasadási termékek válnak szabaddá, melyek a hyperergiás gyulladást hozzák létre. Histamint és histaminszerű anyagokat, továbbá acetylcholint, adenosint és még egy eddig ismeretlen összetételű és hatású anyagot mutattak ki, amelyek közül legnagyobb jelentősége a histaminnak van. Hogy milyen nagy fontosságú a histamin allergiás állapotban, mutatja, az, hogy anaphylaxiás shokban, tüdővénákban lefolyó vérben nagymennyiségű histamin és hozzá hasonló anyag található, a shokszerv pedig a shok kifejlődése után kevesebb histamint tartalmaz, mint normalisan. Valószínű, hogy ez a hyperergiás gyulladás kiváltásában használódott fel. Erre vall az is, hogy a szövettani kép az anaphylaxiás és histaminshokban teljes azonosságot mutat, továbbá, hogy histaminnal allergiás betegeken hyperergiás szöveti reactiót sikerült kiváltani, éppúgy, mintha saját antigenjüket adtuk volna. A histamin jelentőségét allergiás betegségekben mutatja továbbá az a számos vizsgálat is, amely az anaphylaxiás és histaminshok analogiájára vonatkozik.

Már ezen néhány adat is elegendő támpontot nyujt arra, hogy különböző allergiás állapotokban annak a histaminnak juttassunk döntő szerepet, amely az antigen-antitest kapcsolódásakor a sejtekből felszabadul. Ebből logikusan adódott az a gondolat, hogy allergiás betegeket exogen-histaminnal kiséreljük meg betegségükkel szemben ellenállóbbakká tenni. Az első — amerikai — kisérletek nagyobb körben elterjedni nem tudtak, az alkalmazott histamin okozta kellemetlen mellékhatás miatt. Saját — évekre nyuló — kisérleteimben sikerült oly eljárást kidolgoznom, mellyel a histamin-okozta kellemetlen ártalmakat kiküszöbölhettem. Lényege az eljárásnak az, hogy egészen kicsiny adagokkal kezdődő és lassan emelkedő histamin mennyiségekkel igyekezünk a szervezetet fokozatosan saját histaminjának hatásához hozzászoktatni, azaz insensibilisálni. Sulyosabb allergiás esetekben 0.00001, enyhébb esetekben 0.0001 mgr. histaminnal kezdtem a kezelést. Allergiás ekzemákban még kisebb adaggal kellett a kezelést megindítani. Az első adagot az allergiás érzékenység megállapítása végett intracutan adtam és ha nagyobb reactiót nem adott, tértem át a subcutan adagolásra ugyanazon mennyiséggel. Kezelésre a histamin sec. Richter egyezrelékes oldatának physiologiás konyhasóval végzett higításait használtam. Újabban előírásomra a Richter gyár a kezelésre megfelelő oldatokat *histodil* I. II. III. néven hoz forgalomba. A sémás adagolási táblázatot — melyet a gyár minden készítményhez mellékel — az alábbiakban foglaltam össze.

Histaminkezelés esetén — épugy mint minden más kezelésben — fontos az egyéni alkalmazás. Az előbbi táblázat csak keretet ad a kezelésre, melyet a betegség minősége és a szervezet reactiokészsége szerint módosítani kell. A tapasztalat azt mutatja, hogy legjobb a befecskendezéseket másodnaponta adni. Gyakran igen jó eredményeket nyujt azonban a naponkénti adagolás is. Itt irányadónak ismét a szervezet reactiókészségét kell alapul venni. A kezelés közben észlelt fellángolások óvatosabb és kitartóbb kezelésre intenek. Ilyenkor helyesebb másodnaponként végezni az injectiókat ugyanazon adaggal, vagy ha a reactio nagy volt, még kisebbel; csak ha ugyanazon adagolás mellett a fellángolások elmaradnak, térhetünk át nagyobb histamin-mennyiségekre. Fontos kérdés az, mikor indítsuk meg a hista-

Súlyosabb allergiás betegségek kezelésében.

Nap	Histodil fiola száma	felhasználandó mennyisége	Az ennek megfelelő histamin mennyisége milligramban
1.	I.	0.1 ccm.	0.00001
2.	I.	0.1 „	0.00001
3.	I.	0.3 „	0.00003
4.	I.	0.6 „	0.00006
5.	I.	0.8 „	0.00008
6.	I.	2 „	0.0002
7.	I.	5 „	0.0005
8.	II.		0.0008
9.	II.	0.1 „	0.001
10.	II.	0.1 „	0.003
11.	II.	0.5 „	0.005
12.	II.	0.8 „	0.008
13.	II.	1 „	0.01
14.	II.	1 „	0.01
15.	II.	1 „	0.01
16.	II.	1 „	0.01
17.	II.	1 „	0.01
18.	II.	1 „	0.01
19.	II.	1 „	0.01
20.	II.	1 „	0.01

(1. Vagy Histodil II. sz. fiolából 0.1 ccm-t a III. sz fiolából 0.9 ccm-t veszünk és a keverékből 0.2 ccm-t fecskendezünk.

2. Vagy Histodil II. sz. fiolából 0.1 ccm-t, a III. sz. fiolából 0.9 ccm-t veszünk és a keverékből 0.5 ccm-t fecskendezünk.

3. Histodil II. sz. fiolából 0.1 ccm-t a II. sz. fiolából 0.5 ccm-t veszünk és a keverékből 0.8 ccm-t fecskendezünk.)

Enyhébb allergiás betegségek kezelésében.

Nap	Histodil fiola száma	felhasználandó	Az ennek megfelelő histamin mennyisége milligrammban
1.	I.	1 ccm.	0.0001
2.	I.	1 „	0.0001
3.	I.	3 „	0.0003
4.	I.	5 „	0.0005
5.	II.		0.0008
6.	II.	0.1 „	0.001
7.	II.	0.4 „	0.004
8.	II.	0.7 „	0.007
9.	II.	0.9 „	0.009
10.	II.	1 „	0.01
11.	II.	1 „	0.01
12.	II.	1 „	0.01
13.	II.	1 „	0.01
14.	II.	1 „	0.01
15.	II.	1 „	0.01
16.	II.	1 „	0.01
17.	II.	1 „	0.01
18.	II.	1 „	0.01
19.	II.	1 „	0.01
20.	II.	1 „	0.01

(') Histodil II. sz. fiolából 0.1 ccm-t, a III. sz. fiolából 0.9 ccm-t veszünk és a keverékből 0.8 ccm-t fecskendezünk.)

minkezelést. Nagy beteganyagon végzett megfigyeléseink azt mutatták, hogy allergiás roham alatt épugy megindítható, mint rohammentes szakban. A két állapot kezelésében azonban különbséget kell tenni. Allergiás rohamok alatt a legkisebb adaggal kezdjük meg a kezelést és ugyanezen adagot esetleg többször is megismételjük. A befecskendezést rendesen másodnaponként adjuk. Magát az allergiás rohamot és a kezelés kapcsán jelentkező fellángolásokat a vizanyagforgalom rendezésével igyekeztünk befolyásolni. E célra a *Paul* által ajánlott magnophyillin sec. Richtert használtuk 10 ccm-es adagban intravenásan. Rohammentes szakban a kezelés nagyobb adaggal kezdhető, ütemesebb menetben. A panaszmentesség elérésére gyakran 15—20 befecskendezés elegendő, néhány esetben azonban 30—40 kezelést kell végezni, hogy hatást érhessünk el. A 0.01 mgr. histaminmennyiséget csak kivételes esetben léptem tul. Histaminkezelés kapcsán kivételesen a szervezetben lévő focalis infectio fellángolását is észleltem, Egy asthmás betegemen histamin-injectio után 38—39 C° hőemelkedés lépett fel. Rejtett focalis gócra gondoltam, azonban az erre irányuló vizsgálatok negativ eredményt adtak. A kezelés továbbfolytatásakor minden injectio után megismétlődött a lázas reactio, amely rendesen 1—3 nap alatt zajlott le. Utána a beteg mindig jól érezte magát. Ismételt röntgenvizsgálat a 3—4-ik lázas reactio után tbc-s gócokat mutatott a tüdőben. Feltehető, hogy histaminkezelés egy régebbi, teljesen megnyugodott tbc-s folyamatot lobbantott lángra és tette azt aktivvá. Tbc-vel kapcsolatban hasonló jelenségeket észleltek, *Luzzato- Fegitz* és *Geszti*. Egy másik csuzos betegemen, ki kétoldali nem specifikus adnexitisben szenvedett, egészen kis adag histaminra subfebrilitast és az alhasi fájdalmak fokozódását figyeltem meg. Ezen észlelések fokozottabb óvatosságra intenek oly esetek kezelésében, ahol focalis infectióra van gyanunk.

Voltak eseteink, főleg olyanok, melyek hosszú ideje állotak fenn és súlyosabb fellángolásokat mutattak, amelyekben a histaminkezelés egymaga nem vezetett eredményre. Föltehető, hogy ezek az esetek anergiás állapot felé tolódtak el idült fennállásuk folytán. Ily esetekben a histaminkezeléstől nem is lehet eredményt várni. Az allergiás szervezet C vitamin deficitjére tekintettel cevita sec. Chinoin, vagy proscorbin sec. Richter injectiókat adagoltam másodnaponként, polysan, omnosan vagy omnadin intramuscularis befecskendezéssel felváltva (áthangolás?). Ilyenkor combinált — histamin + C vitamin és polysan — eljárással csaknem minden esetben teljes eredményt sikerült elérnem, oly esetekben is, hol egyedül a histaminkezelés nem járt sikerrel.

Hét év óta igen sok allergiás beteget kezeltünk klinikánkon histaminnal. Az eredmények gyakran minden várakozást felülmúltak gyorsaságuk és tartósságuk folytán. Az azóta eltelt idő elegendő arra, hogy kellő kritikával is a legértékesebb és legtartósabb hatású gyógyeljárásnak tartsam a histamin alkalmazását allergiás betegségekben.

Dzsinich Antal dr.
egyet. magántanár, Debrecen.

Munkatársainkat felkérjük, hogy cikkük correcturáját a *kézirattal együtt* ezentúl kizárólag *szerkesztőségünkbe* (VIII., Üllői út 26. II.) szíveskedjenek beküldeni.

A IV. Magyar Gyógyszerkönyvre tett észrevételeit a T. Kartársaknak, valamint kívánságaikat, hogy mely szerek maradjanak ki és mely új szerek vétessenek fel: — kéri *Vámossy Z.* prof., a gyógyszerügyi szaktanács elnöke (VIII.,

A nyálkahártyarelief-vizsgálat jelentősége.

Ha figyelemmel kísérjük a gyomor-bélrendszer röntgen vizsgálatának fejlődését, megállapíthatjuk, hogy elég korán megtörtént azon anatómiai elváltozásoknak felismerése, amelyek állandó alakú elváltozást hoznak létre. Ezek az állandó elváltozások a betegségnek direct tünetei. A gyomor-bélrendszerben előforduló betegségek igen nagy része annak belfelületén, azaz a nyálkahártyán, okoz valamilyen formában elváltozást és így annak láthatóvá- és észlelhetővé tétele a diagnostikában igen nagy jelentőségű lépés volt. A nyálkahártyaredőzet vizsgálatának gondolata és az eljárási technika megvalósítása *Elischer* érdeme. Ő alapította meg az emésztőcsatorna nyálkahártyavizsgálatának tanát; eljárásának továbbfejlesztésében és tökéletesítésében azonban külső körülményei, sajnos, megakadályozták. Maga *Forssell* is *Elischer* eljárásából indult ki. A gyomor-bél reliefvizsgálatának kidolgozásában azóta sok szerző vett részt *(Holzknecht, Cole, Kienböck, Stierlin, Chaoul, Schinz, Knothe, Berg, Rendich* stb.), akik a röntgendiagnostika fejlődését munkájukkal nagymértékben elősegítették. A gyomor-bélrendszer vizsgálatára a röntgenologiában háromféle eljárás van. Ezek: 1. a levegővel végzett felfúvás; 2. contrastanyaggal teljes kitöltés; 3. a nyálkahártyarelief előállítása. A nyálkahártyaredőzet feltüntetése kellő gyakorlatot és technikát igényel; hogy pedig megfelelőképen értékelni tudjuk, ismernünk kell úgy a gyomornak, mint a bélrendszernek normalis nyálkahártya képét. A gyomorredők nincsenek praeformálva, hanem az egyes öszehúzódások után más-más helyen jelentkeznek. *(Forssell.)* A redőzet főleg a hátsó gyomorfalon számosabb, elől alig van. A pars cardiacában ívelten futnak, a pars descendensben a kisgörbületen hosszanti, szabályos lefutású a redőzet, míg a nagy görbület mentén kanyargósabbá válik. A pars pyloricában a redők sűrűbbek és rövidebbek. Az egyes redők szalmaszál-tollszár vastagok. A redőzet előállításának technikája számtalan módosításon ment át és még maig sem egységes. Egy-két kanál sűrű contrastanyag elfogyasztás után a gyomor még nem bontakozik ki, hanem a pép a redők völgyeibe szétterjed. Ezen szétterjedést elősegítjük massálással, vagy distinctorral történő nyomkodással. *Chaoul* külön compressoriumot szerkesztett erre a célra. Hogy a contrastanyag jól tapadjon, szoktak még tojássárgáját, vagy mucilago gummi arabicit hozzá keverni, a gyógyszergyárak pedig külön contrastanyagot állítanak elő reliefvizsgálat céljaira. A nyálkahártya-redőzet vizsgálat alkalmával a látható árnyéksávokat a redőzet völgyeiben elhelyezkedő sugárfogóanyag szolgáltatja, míg a redők élei fehér csikok alakjában jelennek meg. A nyálkahártyaredők a normalistól eltérést mutatnak maró mérgezések után, ha a gyomorba jutott a méreg, amikor is szabálytalanok, zegzugosak, durvák lesznek. Chronikus gyomorhurutban, még pedig annak hypertrophiás alakjában, a redők vaskosak, kanyargósak, szélesek, elágazók; míg a sorvadásos formában kevésbbé kifejezettek, keskenyek, esetleg hiányozhatnak is. Az état mamelonné durva szemcsézettségű. Ulcus ventriculi esetében igen fontos diagnostikai jel a redőzet csillagalakú összefutása a fekély helyén. Tumorok területén a redőzöttség eltünik; kiterjedésük meghatározására igen célravezető eljárás a reliefvizsgálat. Segítségével a tumorok biztosan elkülönithetők a functionalis eredetű árnyékkiesésektől (spasmusok, külső nyomások stb.). Az emésztőcsatorna másik részlete, ahol a reliefvizsgálat komoly és sokszor nélkülözhetetlen tényező: a vastagbél. A colon reliefképe

igen változatos. A nyálkahártyaredőzet képét részben a nyálkahártya hydrodynamikus viszonyai, részben a muscularis mucosae és muscularis propria állapota szabja meg. Az a bélrészlet, amely haustrált, főkép harántirányú redőkből áll, míg ott, ahol haustrum nem látszik, hosszirányú ráncok vannak. A colon reliefképét tehát hossz- és harántirányú redők combinatiója alkotja. A redők száma, nagysága, vastagsága, normalis körülmények között is igen változatos; általában szalmaszálvastagságúak, kissé hajlott vonalakból állnak. A normalis vastagbél reliefképe a következő: A coecum, ascendens és transversum majdnem egyenletes haustrumokat mutat; az egyes haustrumokon belül a redők harántirányúak, míg a szükebb, összekötő részekben hosszanti lefutásúak. Hosszirányúak a redők továbbá a descendensben, sigmában és az ampullában. A reliefkép készítésének technikája nem egységes. A beteg előzetesen hashajtót, majd közvetlen a vizsgálat előtt tisztító beöntést kap. Sugárfogóanyag gyanánt használhatjuk a gyárak által erre a célra készített bariumot, vagy a gummiarabicumos bariumsuspensiót. A beöntés, akár hasi, akár hátfekvésben, az átvilágító ernyőn történő ellenőrzés mellett történik. Ha a colont egész hosszában a coecumig feltöltöttük, a contrastanyagot le kell bocsátani, mert a bél megfelelő fokú kiürítése nélkül jó reliefkép nem készíthető. Normalis esetekben az ascendens és transversum szakaszos haustrumai, az egyes haustrumokon belül a haránt-, a haustrumokat összekötő szűkebb részekben pedig a hosszirányú redők jól előtünnek. A descendens, sigma és rectum főleg hosszirányú redői is kellőképen észlelhetők. Hasmenéses colitisek eseteiben a kép igen eltérő és változatos: míg egyrészt a redőzet lehet sűrűbb a normalisnál, vagy ritkább, durvább, addig másrészt a redők lefutásának iránya is megváltozhat. Igy a descendens vagy csak hosszirányú redőket mutat, vagy redőzet egyáltalában nem látszik és csak simafalú cső képét látjuk. Egyes esetekben a reliefkép durvább, vagy finomabb szemcsézettséget tüntet fel, a bél széle finoman csipkézett. Fekélyek esetén azok, mint bariumfoltok látszanak, körülöttük a redők sokszor csillagalakban összefutnak. Egyes obstipatiós esetekre a descendens és sigma, esetleg a transversum igen kifejezett harántirányú redőzete jellemző. E harántirányú redők az obstipatio mechanikai magyarázatát adják, amennyiben önmagukban is akadályul szolgálhatnak a béltartalom tovahaladásának. A tumorok kiterjedésének vizsgálatára a nyálkahártyavizsgálat igen célravezető eljárás. A tumor helyén a redőzet eltünik; elkülöníthetők a tumorok a functionalis árnyékkiesésektől is (spasmusok, kívülről való megtöretések stb.). A nyálkahártyarendőzet vizsgálata tehát igen sok esetben értékes támpontot ad a gyomor-bélrendszer kóros folyamatainak megítélésében és így az eljárás a legtöbb esetben nem is nélkülözhető.

Ehmann Jenő dr.
Szent Ferenc-kórház.

GRAVOMIT
drazsé és injekció
A TERHESSÉGI PANASZOK
hyperemesis gravidarum
GYÓGYSZERE
világszerte bevált magyar készítmény!
TRES R.-T.
BUDAPEST, 113.

Calciphedrin a tüdőgyógyászatban.

Régi törekvése az experimentalis gyógyszerchemiának az olyan gyógyszervegyületek előállítása, amelyben az egyik szer hatását a másikkal alátámasztani, fokozni tudjuk, vagy pedig az egyik esetleges kellemetlen mellékhatásait a másik szerrel mérsékelni, megszüntetni szándékozunk. A calciumnak sok értékes tulajdonsága mellett a sima izmok tonusára irányuló befolyása arra a törekvésre vezette a gyógyszerkutatókat, hogy ezt a hatását összekapcsolják egy másik hasonló hatású, tonisáló szerrel, az ephedrinnel.

Köztudomású a calcium és a gümőkór összefüggése. A gümőkóros betegnek, különösen betegsége előrehaladottabb stadiumában igen sok calciumra van szüksége, mert a tuberculotikus gócok hatalmas mennyiségben raktározzák fel azt és pedig organikus kötésű calciumphosphat és calciumcarbonat alakjában. A secretiót és exsudatiót gátolja, a gyógyulási folyamatot kedvezően befolyásolja, a gümőkórosok izgatott, vegetativ idegrendszerét a calcium megnyugtatja.

Lang, Neufeld hosszasan adagolt calciumkészítményekkel a minden kezeléssel dacoló exsudativ, progrediáló gümőkór továbbterjedését nagy részben megtudták akadályozni; csökkent a láz és a köpet mennyisége, nyugalmi állapot kezdett beállani.

Alkalmazásának hátránya, hogy a belsőleg adott calcium lassan és rosszul szivódik fel, nagyrésze a belek útján kiürül, úgy hogy nagy adagok hosszas bevitelére van szükség, hogy a normalis vércalcium-értéket kissé befolyásolni tudjuk. A calcium therapia igazi alkalmazási tere a parenterális adagolás, hatása ilyenkor a leggyorsabb és legszembetűnőbb.

Kórházunkban, ahol a legkülönfélébb tüdőmegbetegedések fordulnak elő, számos esetben volt alkalmunk egy calciummal combinált ephedrin készítménynek, a *Calciphedrinnek* értékéről meggyőződni. Az Eggergyógyszer és vegyészeti gyár által előállított és rendelkezésünkre bocsájtott *Calciphedrin* 5 ccm-es ampullákban kerül forgalomba, víztiszta, átlátszó, íztelen készítmény. Tartalmaz 0.045 gr ephedr. basicumot és 0.25 gr calcium laevulogluconatot, ami 0.25 gr fém Ca-ionnak felel meg. Vizes oldat lévén intramuscularis adagolás mellett felszívódása gyors és tökéletes, befecskendése után sem fájdalmat, sem reactiót nem észleltünk. Hatása kb. 15—30 perc mulva áll be hamar elmúló gyenge melegérzés kíséretében (Ca-hatás) és tart kb. 6—8 óráig.

Az előrehaladottabb állapotban lévő, súlyos gümőkóros betegnek egyik legkínzóbb és legfélelmetesebb tünete a légzőfelület folytonos megkisebbedése következtében beálló és növekvő légszomj. Betegeinknek állandó és egyenletes hatás elérése céljából naponta adagoltunk intraglutealisan *Calciphedrint*. Már az első befecskendés után jobban érezték magukat, a pangó, szívós, erősen tapadó és nehezen felszínre hozható hörgi váladék kiürítése könnyebb, a légzés szabadabb, mélyebb lett, a légvételek száma csökkent, a kínzó köhögés ritkábbá és enyhébbé vált. Huzamosabb kezelés után a köpet mennyisége fokozatosan a napi 100—150 gr-ról 30—40 gr-ra csökkent, a zöldes-sárga, gennyes szín lassanként nyálkás-habossá tisztult fel, kiterjedt szörtyölések mérséklődtek. Ennek következtében az ú. n. vegyes fertőzés veszedelme, melyet a pangó váladékkal telt hörgőkben elszaporodott különféle strepto-staphylo-pneumococcusok, spirillumok, spirochaeták stb. tartanak fent, csökkent és a septikus, intermittálló láz fokozatosan alábbszállott. A köhögési inger és nehézlégzés alább-

hagyott, a kitágult tüdőhatárok megkisebbedtek. Ezzel egyidejűleg feltűnő volt a betegek hangulatváltozása; a deprimált, súlyos, ágyhoz kötött beteg kedélye megváltozott, s miután felkelt, életkedve, étvágya is visszatért, öntudata tisztább és élénkebb lett.

Ezen elgondolások alapján kíséreltük meg a *Calciphedrint* öregkori tüdőtágulásban, chr. bronchitisben vagy ezzel társuló emphysemában. Különösen nehéz a feladat idősebb korú betegek esetében, kiknek a vérnyomása többé-kevésbbé emelkedett és további emelést rosszul tűrnek. Kezelésünk alatt ismételten végeztünk vérnyomásmérést, anélkül, hogy egy esetben is észleltük volna annak fokozódását. Különösen az ideges hajlamú bronchitises betegeken láttuk a calciummal combinált ephedrin-készítmény idegzsongító, megnyugtató, jó hatását.

Egy másik esetünkben igen súlyos állapotban beszállított betegünkben a mindkét tüdőre kiterjedő, cavernosus folyamat mellett, egyik oldalon az alsó lebenyben bronchopneumoniás gócokat találtunk. Naponta kétszer 5 ccm Calciphedrint adtunk neki, minek itt is meg volt az eredménye. A súlyos, mindkét tüdőre kiterjedő gümőkór mellett fellépő bronchopneumonia a kisvérkörben fokozott keringési akadályt jelentett, a toxinok által már amúgy is gyengén dolgozó szívre. Kitűnően érvényesült az ephedrin tonus fokozó és szív munkáját támogató, erősítő hatása a calcium gyulladáscsökkentő és kiköpést elősegítő hatásával, amit még kedvezően befolyásolt a calciumnak a capillarisok permeabilitására s a calciumgluconatnak a secretio folyamatára irányuló közvetlen hatása is. A 7—8-ik napon a 39—40 fokos láz kezdett esni, a szörtyölés, tompulat állandóan kevesbedett, a filiformis, könnyen elnyomható 120—140-es pulsus 84—96-re csökkent, a cyanosis eltünt, a zöldes-sárgásbarna köpet fokozatosan feltisztult, úgy hogy a kezelés 26-ik napján az alsó lebenyre szorítkozó bronchopneumonia nyomtalanul felszívódott.

A pneumothorax kezelés egyik kellemetlen és alig elkerülhető szövődménye az izzadmány, ami következményeiben kiszámíthatatlan. Pneumothoraxos betegeink, ha töltés után oldalszúrásról panaszkodtak, lázuk pár tizednyit emelkedett, röntgenátvilágítással még csak sinus exsudatumot lehetett kimutatni, napi 2x5 ccm *Calciphedrint* kaptak s eseteink nagy részében sikerült az izzadmány teljes kifejlődését megakadályozni.

Talán még szembetűnőbb volt a *Calciphedrin* hatása haemoptoeban. Itt kiválóan érvényesült az ephedrin nehézlégzést csökkentő, megnyugtató hatása a calcium vérzéscsillapító hatásával. A vérrel átitatott alveolusok a tüdő légzőfelületét annyira megkisebbítik, hogy az ilyenkor legtöbbször fellépő dyspnoë ziháló légvételeivel akadályozza a vérző tüdő gyógyulását, a nyugalmat. Kórházunkban számos vérköpéskor volt alkalmunk megfigyelni a *Calciphedrin* előnyös hatását a többi vérzéscsillapítóval szemben. Míg az ephedrin megnyugtatja a dyspnoës beteget, a légzést mélyebbé, nyugodtabbá teszi, megteremti ezáltal a vérzéscsillapítás előfeltételeit, addig a calcium kifejti vérzéscsillapító és vegetativ, valamint motoros idegrendszert megnyugtató hatását. Különösen fontos ez, mert még ma is kiterjedten a morphint vagy származékait használják a tüdővérzés ellen, holott ez a betegre veszedelmet jelent, mert a morphin megakadályozza a bronchusokba, alveolusokba került vér kiürülését és az itt rekedt, bomló vér kitünő táptalaj lévén, másodlagosan könnyen fertőződhet. A *Calciphedrin* elősegíti a köpet oldódását és felszínre jutását, ezáltal az aspiratiós, caseosus pneumoniák veszélyét, továbbá a bronchogen szóródás mértékét csökkenteni lehet.

Kezdődő hilaris és perihilaris folyamat esetén is adagoltunk *Calciphedrint* és a 43 napos kezelés után a vérsejtsüllyedés 58/69-ről 29/36-ra, a colloid labilitas ++-ről +-ra csökkent, az időnkénti aprólázakat teljes láztalanság váltotta fel s a beteg 8.30 kg-t hízott. Ezen huzamosabb kezelés mellett sem cumulatiót, sem káros mellékhatást nem észleltünk.

A fentiek alapján kiválónak tartjuk a *Calciphedrint* még az allergiás megbetegedésekben is, különösen asthma bronchiale, szénaláz és urticaria esetén. Kórházunkban azóta is használjuk és komolyan, megbízható, sokoldaluan felhasználható és szerencsés összetételű combinationak tartjuk.

Eseteink nagy számából néhány kórtörténet rövid kivonatát érdemesnek tartjuk közölni.

S. B. 29 éves, gyengén táplált férfi, nyálkahártyái halványak, cyanotikusak. Röntgen átvilágítás szerint kétoldali folyamat disseminatióval és caverna képződéssel. Sokat köhög, köpete nehezen jön fel, Koch +, állandóan fullad. 10 ampulla calciphedrint kap, mire cyanosisa és nehéz légzése mérséklődik, kevesebbet köhög, köpete bőséges és könnyen jön. 2 hét mulva nehéz légzési panaszai ismétlődnek, ismételten naponként calciphedrint kap, az előbbihez hasonló jó eredménnyel.

Cs. A. 56 éves nő, chr. bronchitis, alsó lebenyekben emphysema, kiterjedt szörtyölések, búgások ropogások. Vérnyomása 165/100 Hg. mm. Hypertoniája miatt első alkalommal ½ amp. calciphedrint adunk, mivel a vérnyomásmérés emelkedést nem mutat, másodnaponként kap 5 ccm Calciphedrint, kezelés alatt vérnyomása nem emelkedett.

K. I. 34 éves férfi. Wa: ++++ miatt antilueses kúrát kezdünk. Az első i. v. arsenobenzol után rendkívül gyengének érzi magát, hányingerről és szédülésről panaszkodik. Azonnal kétszer 5 ccm Calciphedrint adunk, másnapra jól érzi magát. További rosszulléte elkerülése végett, arsenobenzol készítménnyel egyidejűleg Calciphedrint is kap, rosszullétei nem ismétlődnek meg.

V. I. 27 éves férfi, ¾ év óta fennálló baloldali pneumothorax. Egyik utántöltés után oldalszúrásról panaszkodik, láza 37.6-ig emelkedik, röntgen-controll sinusexudatumot mutat. Naponta Calciphedrin, egy hét mulva láztalan, fájdalmai nincsenek, exsudatuma nem emelkedett, lassankint felszívódott.

T. E. 18 éves, nő, éjjel a mentők szállítják be tüdővérzéssel. Azonnal 10 ccm Calciphedrint kap, két óra mulva ismét 10 ccm-t, reggelre egyes véres barnás köpettől eltekintve tüdővérzése megszünt.

Sz. M. 45 éves, férfi, Röntgen-lelet szerint mindkét oldalt köteges hilusok, bicuspidalis configuratiójú szív. Physikalis vizsgálat szerint tüdők felett eltérés nincs, szívcsúcson systoles zörej. Állandóan ideges, álmatlan, munkaközben vagy hosszabb sétálás után nehéz légzésről panaszkodik. 15 Calciphedrin injectiót kap, nehéz légzése nincs, ideges panaszai megszünnek, étvágya jó, panaszmentesen távozik.

Kollár Ferenc dr.
a pestújhelyi OTI-kórház orvosa.

MONTECATINI TERME
(FIRENZE mellett)
Idény: április 1-től november 30-ig
Thermal gyógyhely:
máj-, gyomor-, bél- és anyagcserebetegségek, rheumatizmus esetén
Kétszáz szálloda és pensio
Nagyszerű, modern thermal gyógyintézetek
Iszapfürdők
50 százalékos vasútkedvezmény
Felvilágosítások: Ufficio Propaganda, Montecatini Terme és az összes utazási és forgalmi irodákban

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Ahaematogen vesemegbetegedések sebészi gyógykezelése

Megfelelő belgyógyászati kezelés mellett a haematogen vesebetegségek rendszerint simán gyógyulnak, de egyes szerzők szerint az esetek 10, mások szerint akár 30%-ában a vérnyomás emelkedés nem tér vissza a rendesre, s a vizeletben a vér, a fehérje és a vizelethengerek továbbra is kimutathatók és a vesék nyomásra érzékenyek maradnak. Ezekben az esetekben a vesegyulladás idősült lesz. Hogy a vesegyulladás idősültté válását megakadályozzuk, a vesebetegségeket korán kell kórisméznünk és mindjárt a legnagyobb gonddal kell kezelnünk, mert az idősültté vált vesegyulladást már meggyógyítani nem tudjuk.

Harrison 1878-ban azt észlelte, hogy a gyulladásos vesék tokjának a felhasítása, részleges eltávolítása, vagy a vese tokjának a lehuzása a vesegyulladások gyógyulását elősegítik. Ezért több esete kapcsán a nem gyógyuló vesegyulladások műtéti kezelését ajánlotta. *Harrison* ajánlatát azóta sokan után vizsgálták, s kiderült, hogy a vesetok lehúzása, a decapsulálás tényleg elősegíti a vesegyulladások gyógyulását. A hatás abban leli magyarázatát, hogy a heveny gyulladásos vese igen megduzzad. A duzzadásnak a vese rostos tokja határt szab, aminek az a következménye, hogy a vese a saját tokjába beszorul. A gyulladásos izzadmány végül is nyomást gyakorol a vese ereire, amiáltal a vese vérellátása szenved, s a vizeletválasztás csökken vagy meg is szünik. Ha a megnagyobbodott vese tokját eltávolítjuk, akkor a vese állománya a nyomás alól felszabadul, vérellátása megjavul, aminek jeléül a halvány vese a szemeink előtt pirosodik meg s a vizeletelválasztás megindul. A decapsulálás sokszor a beteg életét menti meg. A tapasztalás azonban azt mutatja, hogy a vesetok eltávolításának a jó hatása csak akkor érvényesül, ha a vizeletelapadás 3 napnál nem idősebb. Ezért a belgyógyászati kezeléssel dacoló vizeletelapadások, anuriák lehetőleg az első 24 órán belül megoperálandók.

Edebohls azt remélte, hogy a vesetok eltávolításának a chronicus esetekben is lesz hatása, mert az eltávolított tok helyén a vese felületén új erek képződnek, a melyek a vese vérellátását megjavítják és így a gyulladást meggyógyítják. Ez azonban nem igazolódott be. De ha keletkezne is a veséhez menő új érhálózat, az idősült vesegyulladások esetén már olyan szövetelváltozások vannak a vesében, amelyek vissza fejlődésre nem képesek, s így az idősült vesegyulladások már teljesen nem gyógyíthatók meg. Az azonban kétségtelen, hogy a vesetok lehuzása az idősült vesegyulladásokra is jó hatással lehet, s e műtéttel a vesegyulladás sokszor kellemetlen egyes tüneteit, mint a nagy fokú vesevérzést, vagy a nagy vesefájdalmakat megszüntethetjük. Mivel az idősült vesegyulladásos vesék már nem duzzadtak, a műtét kedvező hatása itt már nem a tokfeszülés megszüntetésén, hanem inkább azon a tényen alapszik, hogy a tokkal együtt a veséhez menő idegek nagy részét elroncsoljuk, aminek következtében a vese vérkeringése meggyorsul. Amióta ezt tudjuk, azóta idősült vesegyulladások műtétekor a fősúlyt nem is a vesetok lehúzására, hanem a veséhez menő idegek átvágására, az ugynevezett enervatióra fektetjük.

A heveny vesegyulladások idültté válásának megakadályozására *Eppinger* azt ajánlotta, hogy a 4 hét alatt nem javuló heveny glomerulonephritisek megoperálandók. *Eppinger*nek négy ilyen beteget sikerült teljesen meggyógyítania. De ha beigazolódik *Volhardt*nak az az érvelése, hogy a heveny glomerulo-nephritisek sorsa felől a szomjazó-koplaló kúrával már 10 nap alatt is tájékozódhatunk, akkor a glomerulo-nephritiseket már ilyen korán kellene operálnunk, hogy a folyamat idősültté válásának elejét vegyük.

A hámelfajulással járó *nephrosisok* közül a sublimát és oxalsav mérgezés által előidézett vizeletelapadás operálandó, de csak akkor, ha a mérgezés nem túlságosan súlyos. A mérgezés ugyanis nemcsak a vesét, hanem az egyéb életre fontos szerveket — máj, bél, szív, agy — is megbetegíti, amelyek a beteg sorsára szintén döntő súllyal bírnak. Ha a műtét után a vizeletelválasztás megindul, akkor teljes gyógyulásra is számíthatunk, mert a vesehámsejtek újjáképződési hajlama nagyon nagy. Ezért, ahol csak egy kis remény van van arra, hogy a beavatkozás sikeres lehet, el kell végeznünk a műtétet.

A terhességi nephrosis okozta vizeletelapadás csak akkor operálandó, ha a méh kiürítése, a vérvétel és gerincagyi csapolás után sem indul meg a vizeletelválasztás. A terhességi nephrosis is általános mérgezés részjelensége. A kettős fénytörésű, úgynevezett lipoid szemcséket tartalmazó *lipoid nephrosis*, belgyógyászati kezelés mellett rendesen meggyógyul, de ha a beteg állapota folytonosan romlik, akkor a decapsulálás megindíthatja a gyógyulást.

Volhard és *Fahr* a vesebetegségeknek azt a csoportját, amelynek a lényege a véredények elsőleges megbetegedése, nephrosklerosis néven elkülönítették s jó- és rosszindulatú nephrosklerosisokat különbözettek meg. A jóindulatú nephrosklerosis kezdetben csak az erek működészavara. A magas vérnyomást az erek görcse idézi elő, amelyhez csak később csatlakozik a vese kis ereinek szövettani elváltozása, a vérerek belhártyájának a megvastagodása. A rosszindulatú nephrosklerosis esetében a véredényelváltozások mellett az erek körüli kötőszövetben gyulladásos jelenségek is vannak. Amíg a rosszindulatú alakban a vizeletben alig találunk elváltozást, addig rosszindulatú esetben a magas vérnyomás és szívtúltengés kiséretében a napi vizeletmennyiség megszaporodását, szemtüneteket és vizenyőt is találunk. Az erek kezdeti görcsét ideges, humoralis és hormonalis tényezők szabályozzák.

A nephrosklerosisos vesék idegeinek átvágását újabban *Rovsing* melegen ajánlotta. Műtétei után a fáradságérzés, fejfájások megszüntek, a vizelet fehérje tartalma csökkent és a magas vérnyomás visszafejlődött.

Az újabb vizsgálatok ara utalnak, hogy a magas vérnyomás kóroktanában a vese játssza a főszerepet. *Braun* megállapította, hogy ha az állati vesék vérkeringését a vese sympathikus rostjainak átvágásával növeljük, akkor a vesében vérnyomáscsökkentő anyagok keletkeznek. *Fuchs* megállapította, hogy ezek a vérnyomáscsökkentő anyagok a vérben keringenek, mert a már enervált veséjű kutyák vérének a mesterségesen magas vérnyomásúvá tett kutyákba átömlesztése azok vérnyomását is leszállította. *Goldblatt* majmok és kutyák vese ütőerének kisfokú leszorításával a

jóindulatú, nagyobbfokú leszorításával pedig a rosszindulatú nephrosklerosisnak megfelelő kórképet tudott előidézni. Az átültetett vesék ütőerének leszorítása ugyancsak vérnyomásemelkedést okozott, ami amellett szól, hogy a vérnyomásemelkedés az idegrendszertől független. Meglepő azonban *Goldblatt*nak az a megállapítása, hogy ha a mellékvesék kéregállományát eltávolította, a veseütőerek leszorítása után a vérnyomásemelkedés elmaradt. Ez amellett szól, hogy a vesékben keletkező nyomásfokozó anyagok csak a mellékvesék közvetítésével hatnak. E kisérletek valószínűvé teszik *Volhard*-nak azt a megállapítását, hogy a vesebetegségek kezdeti szakában a vesékben érgörcs van, amely azután a vérnyomást fokozó anyagok termelése révén másodlagosan okozza a vérnyomás emelkedését és a vérerek elváltozását.

Müller és *Rieder* a vesekocsány idegeinek az átvágásával a vérnyomást egy esetben 220-ról 140 Hgmmre szállította le, s a beteg 3 és fél évig panaszmentes maradt. Mások eredményei azonban a vese enerválással nem voltak ilyen jók. Ezért az amerikaiak a vérnyomásemelkedés megszüntetésére sokkal erélyesebb beavatkozásokat végeznek. Végezték a mellékvesék kiirtását-, a mellkasi splanchnicus átvágátás-, a 6 alsó háti és az I—II. ágyéki elülső gyök átvágását. Ezeket a nagy beavatkozásokat elkerülendő újabban *Adson* ajánlatára előbb az egyik, azután néhány hét mulva a másik oldalon ferde ágyéki metszésből a XII. borda eltávolítása után átvágják a splanchnicust, kiirtják az I—II ágyéki sympathicus idegducot és a mellékvese felét. A műtétekkel úgy a jó, mint a rosszindulatú nephrosklerosisok esetében jó eredményeket értek el, de a legjobb eredményeket még a fiatal, 40 év körüli olyan betegegeken, akik súlyosabb veseelégtelenséget még nem mutattak és így a vesék, a vérnyomáscsökkentő anyagok termelésére még képesek voltak. A systolés vérnyomáscsökkenés átlaga betegeiken 44, a diastolésé pedig 38 Hgmm volt. Ezek az eredmények indokolttá teszik azt, hogy a magas vérnyomás műtéti kezelésének a kérdését továbbra is szőnyegen tartsuk.

Mező Béla dr.
egyetemi magántanár.

Veszettség és védőoltás.

A veszettség hazánkban már igen régóta okoz komoly gondot az illetékeseknek. Nagy közegészségügyi jelentőségén kívül tetemes közgazdasági károsodás kiséri nemcsak az oltásokra felutazó nagyszámú ember (az utóbbi években évente kb. 6—8000-en jelentkeztek a Pasteur-intézetben) elmaradt munkaidejével, stb., hanem a veszettségben elpusztult állatok értéke folytán is. A betegség, Ausztráliát kivéve, minden világrészben honos. A világháborút követő években erősebben elterjedt. A legutóbbi időben Nyugateurópában mindinkább gyérül, míg nálunk, a Balkán-államokban, Csehszlovákiában, Lengyelországban, Romániában és főleg Oroszországban egyre terjed. A betegség filtrálható ragályanyaga az idegrendszerben szaporodik el, a szabadban elpusztul. Továbbtenyésztése is csak az élő szervezetben (idegállományban) lehetséges. A veszettség ragályanyaga az idegrendszeren kívül a nyálban, nyálmirígyekben található. A vérben, tejben csak kivételesen, vagy egyáltalán nincs kimutatható mennyiségű virus. A bonctani elváltozások nem jellegzetesek, csak a gyakran, de nem szükségképen kimutatható *Negri*-féle képleteknek van diagnostikai értékük. A *Negri* képletek hiánya nem bizonyít a veszettség ellen, ez esetben a kisérleti állatoltás ad felvilágosítást.

Fogékony a ragályanyaggal szemben az ember, az összes háziállatok és a madarak. Mesterségesen még a hidegvérüek is megbetegithetők. A fertőzést csaknem kizárólag veszett állat, elsősorban a kutya, virustartalmu nyála a marás alkalmával létesíti. Régebbi sérülésbe jutott virusos nyálnak már jóval kisebb a jelentősége; a sértetlen nyálkahártyán át még bekövetkezhet a fertőzés, a bőrön keresztül azonban nem juthat virus a szervezetbe. Csak a veszett állat marása veszedelmes. A felesleges oltást kerülni kell, annál is inkább, mert bár ritkán, bajt (gerincvelő gyulladást, stb.) okozhat. A betegség megállapítása és egyben a megmartak érdekében, a veszettségre gyanus állatokat a marás után nem szabad elpusztitani, hanem 14 napi megfigyelését lehetővé kell tenni. Ugyanis a még egészségesnek látszó kutyában *Negri* test még nincs, de nyála a betegség kitörése előtt 2—5, sőt néha 8—12 nappal már tartalmazhat fertőzőképes virust.

Ismeretes, hogy a marás helyétől az idegek mentén jut el a ragályanyag a középponti-idegrendszerbe. Ha itt elszaporodik, kitör a veszettség, amely csaknem kivétel nélkül halálos. Szerencsére a virus be- és feljutásának sok akadálya lehet. Az eredményes fertőzés is több körülmény függvénye. Bár az idevonatkozó statisztikák igen eltérőek, mégis általánosságban elfogadhatjuk a *Hőgyes* által közölt 20%-ot. Meg kell azonban jegyezni, hogy csupasz testrészeken, az agyvelő közelében, idegekben gazdag területen ejtett marások igen veszedelmesek, következésképen sokkal kedvezőtlenebb a megbetegedés aránya is. Az utóbb említett esetekben néha a lappangási idő oly rövid lehet, hogy még az idejében megkezdett védőoltások sem képesek a veszettség kitörését megakadályozni. Az immunisálás elvégzésére azonban legtöbbször hosszabb idő áll rendelkezésre. Nevezetesen a lappangási idő az esetek 4/5 részében 30 napnál hosszabb. A megfigyelt legrövidebb incubatió emberben 13, állatban 8 nap. Általában 1—2 hónap, néha ennél jóval több, sőt 1—2 és több éves incubatióra is van példa.

Pasteur eredeti védőoltási eljárása 1885. óta sokmódosítást szenvedett. Az eljárás lényege, a rögzített erősségű ragályanyagnak (fix virusnak) velőemulsiók alakjában sorozatos bevitele azonban ma is megmaradt.

A beoltandó fix virus mennyiségének megbizhatóbb szabályozásával először *Hőgyes* és *Lőte* fektették az oltásokat biztosabb alapra. Később mások ugyan ezt a célt melegítéssel, karbollal, aetherrel, chloroformmal, stb. vélték elérni, ismét mások a virust glycerinnel konzerválták, majd egyes eljárásokat kombináltak, úgy, hogy ma már igen sok módszert alkalmaznak. Az antirabikus intézetek, egyazon eljárás mellett, az oltások számát és egyben a beoltott virus mennyiségét a marás körülményeitől függően is változtatják. Az immunitás fokozása érdekében a legtöbb intézet fokozatosan erősítette módszerét, ami az oltások számának csökkenésében és egyben a beoltott virus mennyiségének emelésében nyilvánult meg. Ez az eljárás a statisztikák szerint hasznosnak bizonyult; ma jobbak az eredmények, mint régebben. Ujabban a *decentralisált* oltási módszerek felé fordult az érdeklődés. Részlegesen már több államban meg is valósították, sőt az Északamerikai Egyesült Államokban gyakorló orvosok végzik az oltásokat. A háziállatok decentralisált védőoltását, — a külföldet megelőzve — *Aujeszky* valósította meg, a dilutiós eljárás módosításával.

A megmart emberek és állatok oltásával a betegség terjedése számottevően nem befolyásolható. A lyssa okozta veszteségek ezzel lényegesen csökkennek ugyan, de, teljesen meg nem szünnek. 1920—1933-ig az oltások ellenére 35 ember halt meg, régebben, 1890—1895. végéig 238 veszettségi halálesetet jegyeztek fel, közülük 59-en idejében, 45-en megkésve oltattak, 134 egyén pedig nem volt oltva. A kiragadott adatok is igazolták, hogy a veszettség csak a betegség forrásának, a kulyaveszettségnek, kiirtásával szüntethető meg. Amig ez nem valósul meg, addig kisebb-nagyobb mértékben ki vagyunk téve a fertőzés veszélyének és következményeinek. Nyilvánvaló, hogy itt is a megelőzésnek van a legnagyobb jelentősége. Ezért értékesek a hatósági rendszabályok: ebadó, ebzárlat, kóbor ebek kiirtása szájkosár, stb. E kétségkivül hatásos rendszabályokkal sok, főleg continentális államban, köztük hazánkban is mégsem vetettek gátat a betegségnek. E szükreszabott helyen messze vezetne a sikertelenség okainak ismertetése. A kutyaveszettségnek oltással megelőzésére már *Bouley* és *Hőgyes* is gondoltak. Az elmés terv sorozatos oltásokkal nem volt megvalósítható. A háború alatt megváltozott a helyzet. Japán állatorvosoknak *(Umeno, Doi, Kondo)* egyetlen oltással sikerült kutyákat kb. 1 évre a természetes fertőzés ellen megvédeni. A külföldi ellenőrző vizsgálatok ellenmondóak, hazai kisérletek *(Aujeszky)* kedvezőek voltak. A fakultativ kutyaoltások (1929—1933.) a betegség csökkentése terén nagy befolyást nem is gyakorolhattak, csak összefüggő, nagyobb területek összes kutyáinak kényszeroltása lehet sikeres.

Budapest és környéke összes kutyáinak kényszeroltását (1935.) az egész Dunántul (1936.) végigoltása követte. 1937-ben Pest és Bács—Bodrog vármegyék, 1938. tavaszán pedig az északi vármegyék kerültek sorra, úgy hogy csupán a Tiszántul hat vármegyéje maradt oltatlan. Nagy valószinüség szerint ezekre még az idén sor kerül. Ag ország egész területére fokozatosan kiterjeszkedő, rendszeres és évenként megismétlődő, praeventiv kutyaoltásokkal, — amit az eredeti oltóanyag készítési eljárás *(Kerbler)* és az oltások végrehajtásának organisátiója tett lehetővé, — a veszettség elleni küzdelem hazánkban *uj fejezethez érkezett.* Ha az eddigi oltások eredményét röviden összegezzük, megállapíthatjuk, hogy az oltott területen *a veszettség gyakorlatilag megszünt. Budapesten már több, mint egy éve egyetlen veszettségi eset sem fordult elő,* mig az oltások előtt évek hosszú sorában c saknem állandóan fertőzve volt. Hasonló hatásuk volt a pestmegyei és a dunántuli oltásoknak is. Az utóbbi területre a határon túlról néhány esetben behurcolták a veszettséget, de ez itt továbbterjedni nem tudott. A kényszeroltások óta a *Pasteur* intézet betegforgalma is nagy mértékben csökkent.

Az ország nagyobbik részében elért és itt csak vázlatosan ismertetett kitünő eredmény arra a feltevésre jogosit, hogy nálunk a lyssa rövidesen a ritka betegségek közé fog tartozni. Ha pedig a környező államok a mienkhez hasonló rendszeres védekezést foganatosítanak, akkor hazánk tartósan megszabadul az évszázadok óta honos borzalmas betegségtől.

Kerbler Nándor dr.
Az állami bakterologiai intézet v. adjunktusa.

Halálos káliumpermanganát-mérgezés.

Káliumpermanganattal történő halálos kimenetelű mérgezések, dacára e szer könnyű hozzáférhetőségének és kiterjedt használatának úgy az orvosi praxisban mint az iparban, igen ritkák. Bizonyítják ezt az idevonatkozó irodalom adatai, melyek szerint az eddig közölt halálos $KMnO_4$ mérgezések száma 11-re tehető. Az első kimerítő és összefoglaló közleményt a $KMnO_4$ mérgezésekről *Balázs* irta 1932-ben a „Sammlung von Vergiftungsfällen"-ben. Az általa 1922—1931-ig észlelt 221 $KMnO_4$ mérgezési esetek közül csupán kettő volt halálos. A következő évben 1933-ban *Anders* közölt egy esete, ahol a halál $KMnO_4$ mérgezés folytán érvérzés következtében állott be. Majd 1934-ben *Palmieri* közölte agy acut $KMnO_4$ mérgezés esetét. — Végül az utolsó közlemény halálos $KMnO_4$ méregzésről *Simundtól* származik.

Esetünk a következő: M. N.-né 44 éves asszonyt, d. u. 3 óra tájban a mentők szállították osztályunkra lakásáról, ahol 1 órával felvételét megelőzően öngyilkossági szándékból 2 kávéskanál kristályos káliumpermangánátot adatott be magának gyógyszer gyanánt 6 éves unokájával. Meg kell jegyezni, hogy az egyén 1933 óta fennálló sclerosis multiplex miatt mind a 4 végtagjára teljesen béna volt.

Felvételkor a beteg rendkivül elesett, ajkak, gingivák és nyelv erősen duzzadtak, a duzzadt nyelv alig fér el a szájban s a félig nyitott szájból a fogsorok között kilóg. A száj környéke, az ajkak, a gingivák, nyelv és szájnyálkahártya, valamint az uvula és lágyszájpad kékes-feketén elszineződött. A szájnyálkahártyán, a nyelven és a gingivákon számos vérző, helyenként piszkos-szürke lepedékkel fedett erosio. A nyított szájból bő véres-tapadós nyálka folyik. Légzés stridorosus. szív és tüdők felett lényeges eltérés nem mutatható ki. Epigastrium erősen nyomásérzékeny. Hőmérsék: 36.4 C°. Vérnyomás 95—80 Hg mm. R. R. Pulsus rhythmikus, könnyen elnyomható, száma percenkint: 120.

Az idegrendszer részéről a sklerosis poliinsularisnak megfelelő tünetek, mind a 4 végtag bénulásával és incontinentiával. A beteg ágyban megmozdulni sem tud. Vizelet 1025-ös fajsúlyú, savi vegyhatású, fehérje nyomokban, sok genny. Üledékben: 2—3 vörös vérsejt, 10—15 fehérvérsejt és néhány oxalat kristály.

Gégészeti lelet: ajkak, foginyek, nyelv és nyelvgyök, garativek, uvula és epiglottis duzzadtak, lilás-feketén elszineződöttek, helyenként a nyálkahártyán egyenetlen felszinű hámhiányok, tapadós váladékkal fedve.

2-ik napon a temperatura 38.7° C. Pulsus: 130. Vérnyomás 90 Hg mm. A tüdők felett sem hallgatódzási, sem kopogtatási eltérés az érdes légzésen kivül nem hallható. Vizeletben fehérje. *Esbach* szerint 0.5 °/°°.

3-ik napon temparatura 39.6° C. Pulsus könnyen elnyomható, száma percenkint 140. Vérnyomás 90 Hg mm. Stridorosus légzés. Erős hátfájdalmak. Az ajkak és nyelv duzzanata lényegesen csökkent. Normális kopogtatási lelet a tüdők felett. Szapora felületes légzés. Hallgatódzással éles, hangos, megnyult be- és kilégzés. Th.: digipuratum, cardiazol, i. v., transpulmin i. m.

5-ik napon temperatura 39.3° C. Pulsus: 130. Vérnyomás: 100 Hg mm. Az ajkak és a nyelv duzzanata majdnem teljesen eltünt. A jobb állkapocsszögletben gyermekökölnyi, elmosódott határú, fájdalmas duzzanat (parotitis). Bal oldalon az interscapularis tér felső harmadától lefelé tompult kopogtatási hang. Fölötte hörgi

légzés és mély belégzéskor crepitatio. Vizeletben 0.2‰ fehérje (*Esbach* szerint.) Üledékben 30—40 fehérvérsejt, 8—10 vörösvérsejt, látóterenkint és 2—3 hyalincylinder.

6—9 napon status idem.

10-ik napon temperatura 39.7° C. Mindkét oldalt a tüdők felett az alsó lebenyek területén középhólyagú szörtyzörejek. A tompulat eltünt. Pulsus: igen könnyen elnyomható. Th: digipuratum, cardiazol i. v., transpulmin i. m.

12-ik napon temperatura 39.5 Vérnyomás: 100 Hg. mm. Hűvös, cyanotikus végtagok, majd egyre fokozódó szívgyengeség tünetei között exitus.

Sectiós lelet: (*Orsós* prof.):

A központi idegrendszerben sklerosis poliinsularisnak megfelelő elváltozások. A szív súlya 340 g, állománya nagyon zavaros, a billentyük épek, a koszorus verőerek szájadékai szabadok. A tüdők mindkét oldalt szabadok, a bal tüdő alsó lebenyét helyenkint rostonya fedi. A tüdő állománya göbös tapintatú, vérbő, felmetszéskor kitünik, hogy a tüdő szövete lencsényi, mogyorónyi szürkés-fehér, beszürődött gócokkal van behintve, mely gócok mindenütt csirizsűrűségű genyes váladékkal teljesen kitöltött hörgőkkel vannak összefüggésben. Egyes gócok belseje elfolyósódott. Ez a tályogképződési folyamat igen előrehaladott stadiumban van, a bal tüdő rekesze felszinén, ahol több tályog összefolyásából keletkezett szivacsos szerkezetű eves tüdőszövetet találunk. A jobb tüdő alsó lebenyében az elváltozások hasonlóak, de kisebb fokúak. A hörgők mindkétoldalt erősen belőveltek, a nagyobb hörgőkben helyenkint rostonyás lepedék látható, a kisebb hörgők az alsó lebenyekben sűrű gennycsapokkal kitöltöttek. A hörgők váladéka átható eves büzű.A hangszálak és a gégebemenet elülső része helyenkint rostonyás lepedékkel fedett. A nyelőcső nyálkahárnyája ép, vérszegény. A lép vérszegény, petyhüdt. A vesék vérszegények, állományuk zavaros. A máj petyhüdt, törékeny, nagyon zavaros, egyenetlen vérelosztódású. A gyomor nyálkahártyája ép, kissé halvány, a nyombél, vékonybél és vastagbél nyálkahártyája ugyancsak ép, vérszegény. A hólyagban mintegy 10 ccm zavaros vizelet. A hólyag fala összehuzódott, erősen gerendázott. A gerendázat tarajan a nyálkahártya erősen vérbő, belövelt és vastag rostonya réteggel fedett.

Esetünkben tehát a halál közvetlen oka a szívizom zavaros elfajulása volt, ami viszont a $KMnO_4$ helybeli maróhatása következtében létrejött mindkét oldali lebenykés tüdőgyulladás, ehhez csatlakozó eset tályogosodás és eves hörggyuladás következtében állott be. Az elhalt ezenkívül sklerosis poliinsularisban szenvedett, ami a bénaságot és a hólyagzáróizombénulás folytán beállott lepedékes hólyag és vesemedencegyulladást okozta.

A káliumpermanganát mérgező hatása helybeli izgató és maróhatásában van.

A tudományos közleményből egyöntetüen kiviláglik, hogy a $KMnO_4$ bevétele csak akkor vezet halálhoz, ha a légutak és tápcsatorna nyálkahártyáján szövetsérülés keletkezik, aminek következtében nyálkahártyaduzzanat áll be, ami a felső légutakban glottis oedemát, vagy spastikus görcsöt okozhat, a légzőszervek mélyebb része pedig az esetek többségében bronchopneumoniával reagál a maróanyag aspiratiója, vagy a félrenyelés következtében. Halálhoz vezethetnek ezeken kívül másodlagos infectiók (nyaki phlegmone, gyomor és nyelőcső phlegmone) is, ugyanis a helybeli maróhatás következtében megsérült nyálkahártya táptalaja lehet bakteriumok elszaporodásának. Végül a helybeli maróhatás következtében elvérzés is következhet be, mint *Anders* esetében. Tehát mindazon szövődmények létrejöhetnek, mint bármely más maróanyag bevétele következtében, kivéve a nyelőcsőszűkületet, mely az eddig közölt irodalomban nem észleltetett $KMnO_4$ bevétele után.

Különösen a késői halálos esetekben a halál vagy a megmart nyálkahártya helybeli kevert fertőzése, vagy a másodlagos aspiratiós pneumonia következtében áll be.

Ezen helybeli maróhatás okozta szövődményekkel szemben teljesen háttérbe szorul mind a kalium, mind a mangánnak a vérre és belső szervekre gyakorolt távolhatása, úgy a klinikai képben, mint a sectiós leletekben.

Nagyon kérdésesnek látszik, hogy a $KMnO_4$ per os bevétele után ilyen hatást egyáltalán felvehetünk-e.

Vargha Péter dr.
közkórházi adjunktus.

KÉRDÉS — FELELET

Kérdés: 65 éves férfibetegemnek hosszú idő óta tartó vizelési nehézségei vannak. Ezirányú panaszaival egy budapesti urologus szakorvost keresett fel, aki rajta *„sklerosis sphincteris urethrae"* diagnosist állapított meg. Mivel hasonló megbetegedés nyomát a szakirodalomban sehol sem találtam, kérdem, hogy létezik-e ilyen megbetegedés, mint önálló kórkép, vagy csak ez általános arteriosklerosisnak egyik részjelensége lehet?. Ha létezik, mik a betegségi tünetek, milyen a kórbonctani képe a betegségnek és hogyan gyógyítható, illetve kezelhető?

Felelet: A sklerosis sphincteri urethrae nevű megbetegedés létezik az urologiában, csaknem minden szakkönyv megemlíti, a legtöbb a prostata atrophia gyűjtőneve alá sorozza. (*Illyés:* Urologia.)

A prostata hypertrophiához hasonló zavarokat okoz a vizeletkiürítésben, eleinte részleges, majd teljes vizeletrekedéshez vezet. Ezek a zavarok is hasonlóan a prostata hypertrophiához az öregebb korban jelennek meg, amikor a vizelet könnyű kiürítését akadályozó, merevvé lett belső záróizommal szemben a hólyagizomzat fokozott munkára kényszerül, hypertrophisál, majd kitágul és a vizeletet nem képes többé tökéletesen kipréselni. Pathologiai és anatomiai alapon azonban a prostata prostata hypertrophiától különbözik. Az általános arteriosklerosishoz semmi köze nincsen, ellenben prostatagyulladás, főleg genyedés, vagy gyógyuló prostatagümőkór után jelentkezik. A gyulladás, vagy genyedés elpusztította prostata helyét kötőszövet foglalja el, ami zsugorodik és ennek következtében a belső záróizomban vagy az egész pars prostatica urethraeben hegesedések keletkeznek. A hegesedés következménye a hátsó húgycsőben a vizeletkiűrítés útjába kerülő billentyű, vagy sarkantyúképződés, vagy az egész belső záróizom körkörösen merev, sklerotikus lesz.

Kezelése ugyanaz, mint a prostata hypertrophiáé: Állandó katheter, ha pedig a beteg általános állapota megengedi, akkor műtéti beavatkozás. Utóbbi esetben igen jó eredményt ad a belső záróizomnak elektromos kaccsal a húgycsövön keresztül történő kimetszése. Ha ez valami okból nem menne (szűk húgycső), szóbajön a magas hólyagmetszés és ezúton a heges sphinctergyűrű eltávolítása. Mindkét eljárásnak lényege az, hogy a kimetszett szövetdarabban benne legyen a heges sphinctergyűrű. Utólagos vizeletcsepegéstől félni nem kell, mert az akaratlagos compressor épségben marad.

Babics Antal dr.
tanársegéd az urologiai klinikán.

Az érspasmusos megbetegedések gyógykezelésében nagy segítséget jelent a Richter-féle *Etorupin tabletta*, amely darabonként 0.03 g. Etovalt (butylaethylbarbitursavat) és 0.10 g theophyllint tartalmaz. *Etorupin* egyesíti a theophyllin szív-, vese- és agy-ereket tágító, valamint kardionotinuk hatását, a butylaethylbarbitursav sedativ, a fokozott értónust csökkentő és érspasmust oldó hatásával. Ennek alapján *Etorupin* egyaránt sikeresen alkalmazható a szív ereinek spasmusos megbetegedéseiben (angina pectoris, szívneurosis, pseudoangina, klimakteriumos szívfájdalmak), az agy ereinek spasmusaiban (migraen, arteriosklerotikus fejfájás, fűlzúgás) és egyéb peripheriás erek spasmusos megbetegedéseiben (arteriosklerotikus végtagfájdalmak, akroparaesthesiák, klimaxos vasoneurosisok..) *Etopurin* nemcsak a subjectiv tüneteket szünteti, hanem objective is észrevehető hatást gyakorol, amennyiben a fokozott vérnyomást csökkenti s a megbetegedett területek vérkeringését javítja. *Etopurin* adagja 3-szor naponta 1—2 tabl. 20 tablettát tartalmazó phiolákban kerül forgalomba.