83. évfolyam. 40. szám. Budapest, 1939 október 7.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

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

A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Bálint Gyula: Still—Chauffard—Felty symptomacomplexumról két eset kapcsán. (917—920. oldal.)
Szendi Balázs: Féloldali méhfüggelékhiány öncsonkulásos esetei. (920—922. oldal.)
Kibédi Varga Aladár: Gyomorbéleredetű seborrhoeás kórképek gyógyitása. (923—924. oldal.)
Torday Árpád: Cukorvizelés alacsony vércukorérték mellett. (924—925. oldal.)
Irodalmi szemle: (925—927. oldal.)
Könyvismertetés: (927. oldal.)
Meduna László: Megjegyzések Petrovich Ferenc dr. cikkére: A schizophrenia görcskezelésének három évi tapasztalata. (928. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Lapszemle: (a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek és **hetirend:** (a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati diagnostikai klinikájának közleménye. (Igazgató: Purjesz Béla ny. r. tanár.)

Still-Chauffard-Felty symptomacomplexumról két eset kapcsán.

Irta: *Bálint Gyula dr.*

Still 1897-ben Londonban 12 gyermeken észlelt betegségről számolt be, melyet chronikus deformáló arthritis, multiplex nyirokmirigymegnagyobbodások és lépmegnagyobbodás jellemeztek, amellett majdnem mindig kisfokú vérszegénységet, leromlott állapotot, hyperpigmentatiót, polyserositist és lázat talált. 1896-ban *Chauffard* és *Ramon* Párisban tőle függetlenül 7 felnőttön észlelt hasonló betegséget s azóta az ismertetett elváltozásokkal járó betegség az európai irodalomban általában *Still—Chauffard-kór* néven szerepel. Amerikában ezt a tünetcsoportot felnőtteken *Felty* ismertette először 1924-ben. Az európai irodalomban 1914-ben *Pollitzer* (Chauffard-kór néven), 1917-ben *Schmidt* (Still-Chauffard kórnak nevezi. Az esetében elvégzett bakteriologiás vérvizsgálat negativ volt), 1926-ban *Goldstein*, 1930-ban *Steinitz* és *Casper—Fürstenheim*, 1933-ban *Moltke* közlik egy-egy betegre vonatkozó megfigyeléseiket.

Amerikában *Felty* közlése után 1932-ben ismertet *Hanrahan* és *Miller* egy, 1933-ban *H. A. Singer* két, 1934-ben *B. Craven* egy (kinek esetében az eltávolított nyirokmirigyből streptococcus viridans tenyészett ki), ugyancsak 1934-ben *Price* és *Schönfeld* (az első teljes boncolati leletet közlik), 1936-ban *Williams* egy beteget, 1936-ban *H. A. Singer* és *Levy két* (pathologiásan és bakteriologiailag is lenta-sepsis képét mutatták), 1937-ben *Bloem* és munkatársai két, végül 1938-ban *Breu* és *Fleischhacker* négy beteget ismertetnek Felty-syndroma néven.

Az elmúlt év folyamán két hasonló tüneteket mutató beteget észleltünk a klinikán s minthogy a magyar orvosi irodalom eddig ezt a kórképet nem ismertette, annál is inkább megokoltnak tartjuk észleléseink közlését.

I. eset: Sz. J. 28 éves férfi, napszámos. Négy éve fájnak az izületei, hol az egyik, hol a másik megduzzad. Az utóbbi időben sokat fogyott, állandó hőemelkedése van. Gyermekkorában tüdőgyulladása volt. Más betegségre nem emlékszik. Nemi bajt tagad.

Jelen állapot: Közepesen fejlett, lesoványodott férfi. Bőre sötétebb, különösen a lágyékhajlatokban és a kéz hátán, ahol éles határral megy át a pigmentben szegény tenyéri bőrbe. Nyálkahártyái eléggé vértelenek. A nyirokmirigyek mindkét lágyékhajlatban borsónyi-babnyi nagyságúak, közepesen tömöttek, rugalmasak, elmozdíthatók. Kisebb számban hasonló mirigyek tapinthatók a hónaljárkokban és a kulcscsont feletti árkokban is. Mindkét belső boka duzzadt. Az ujjperecizületek mindkét kézen orsószerüen duzzadtak. A mozgás egyébként minden izületen szabad és fájdalmatlan. A jobboldali musculus pectoralis major és minor teljesen elsorvadt. Reflexeiben eltérés nincs. A tüdő felett sem physikalisan, sem röntgennel eltérés nem tapasztalható. A szívtompulat balfelé kismértékben megnagyobbodott. A szívcsúcson fúvó systolés zörej. Igen heves tachykardia. Nyelve bevont. Garatmandulák rendes nagyságúak. A has eléggé feszes. A máj egy harántujjal, a lép két harántujjal tapintható a bordaív alatt, sima felszínű, tömött, nem érzékeny. Vizeletében kisfokú albuminuria, erősen felszaporodott urobilinogen, üledékben semmi kóros. A Wassermann-reactio negativ. A bacteriologiás vérvizsgálat negativ. Felvételkor: Hb. 68%, vvs. szám 4.190 000, festékindutató 0.83, fvs. szám 7.900, a vérkép rendes. Vérsüllyedés Westegreen szerint 69 mm. Vércukor 108 mg%, a myelogramm lényeges eltérést nem mutat.

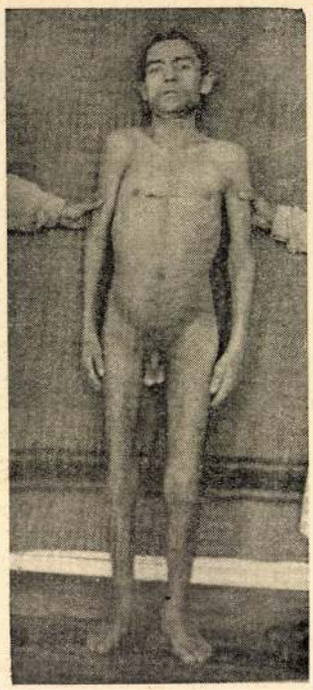
Röntgenfelvételei az izületekről: A kezek dorsoventralis átvilágítása rendes tágasságú izületi réseket mutat, absolut éles izületi felszinek. A jobb negyedik ujj első percének cistalis fejecsében lencsényi tömörült csontállomány. Mindkét kézen a csontok inactivitás jeleit mutatják. A nyaki csigolyákon semmi kóros.

A lágyékhajlatból kimetszett nyirokmirigyek vizsgálata azt mutatta, hogy a sinusok tágabbak s a nagyszámban levált endothelsejt mellett kevés leukocytát is tartalmaznak.

Kórlefolyás: A tizhónapi megfigyelés első hónapjaiban a beteg általános állapota és testsúlya fokozatosan romlott, hőmérséklete szakaszosan septikus intermittáló-remittáló volt. Az anaemia fokozódott, a fehérvérsejtszám kezdeti csökkenés után 14.000-ig növekedett; a tachykardia fokozódott. Intermittáló izületi duzzanatok és fájdalmak jelentkeztek a boka, térd és ujjperecizületekben. A lép- és májduzzanat növekedett. Az észlelés harmadik hónapjában ereiyes solganal-B oleosum, perhepar és vas-kurát kedtünk, melyre az általános állapot fokozatosan javult, a beteg hetenként egy, egy és fél kg-ot hízott, fokozatosan előbb subfebrilissé, majd láztalanná lett. A izületek duzzanatai részben visszafejlődtek. Az anaemia eltünt. A fehérvérsejtszám és a vérkép rendessé vált és a beteg jó erőbeli állapotban hagyta el a klinikát.

II. eset: J. G. 21 éves joghallgató. Első betegségi tünetei 1937 júliusában kezdődtek, kezének kis izületei meg-

duzzadtak és fájdalmassá váltak. Betegségével intézetbe vétette fel magát, ahol négy hónapig kezelték. Ezalatt az idő alatt 39 C°-ig emelkedő láz kíséretében fokozatosan csaknem az összes izületei megduzzadtak. Lassanként néhány izületében részleges merevség fejlődött ki, a kis izületek csomóssá lettek, térdeiben hatalmas izzadmány keletkezett. 1938 elején nyaka mindkét oldalán fájdalmas mirigyduzzanatok jelentkeztek, melyekre röntgenbesugárzást kapott. Elmondása szerint minden gyermekkori fertőzőbetegségen átesett. Gyakran volt mandulagyulladása. Nemi betegséget tagad.

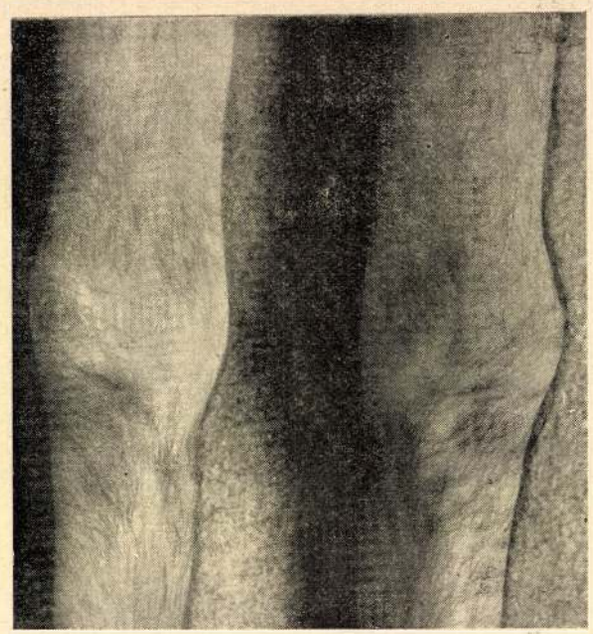


1. ábra. Sz. I. felvételkor.

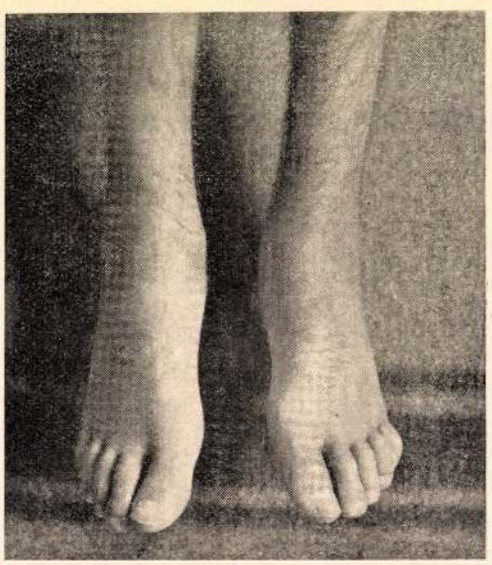
2. ábra. S. I. felvételkor.

Jelen állapot: Jól fejlett, közepesen táplált férfi. Bőre halványan festenyzett. Nyálkahártyái közepesen vérteltek. A nyak baloldalán diónyi, közepes tömöttségű, elmozgatható mirigy tapintható, mely kisfokban fájdalmas. Jobboldalt az áll alatt valamivel nagyobb és érzékenyebb mirigy van. A jobboldali vállizület kissé duzzadt, mozgása kismértékben korlátozott és fájdalmas. Mindkét könyökizület mozgása korlátozott és fájdalmas, a baloldali nagyobb mértékben. Mindkét kéz metacarpophalangealis és interphalangealis izületei duzzadtak, fájdalmasak, eltorzultak. Mindkét térdizület, a jobb nagyobb mértékben duzzadt és teljes mértékben nem nyújtható ki. Reflexei rendesek. A tüdőben eltérés nincs. Szívtompulata rendes. Szívhangjai tiszták, nyelve és garatképletei ugyancsak. A lép alsó polusa elérhető. Vizeletében semmi kóros. Wa.-r.: negativ. Bakteriologiás vizsgálat: a vérből streptococcus viridans tenyészett ki. Haemoglobin: 86%, vvs. szám: 4.400.000, fvs. szám 9.600. A vörösvértestek süllyedési sebessége: 45 mm 1 óra alatt. Állandó subfebrilitás. Testsúlya változatlan.

Kórlefolyás: A térdizületi folyadékgyülem tetemesen csökken, egyébként a megfigyelési idő alatt állapota változatlan. Távozásakor a vörösvértestsüllyedés 27 mm-re csökkent. A beteg solganal-B oleosum kúrában részesült.



3. ábra. Sz. I. felvételkor.

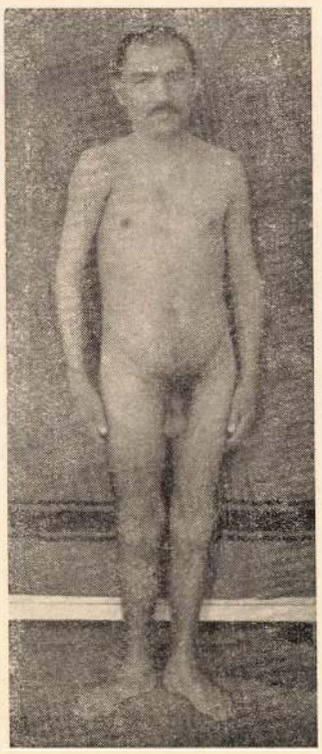


4. ábra. Sz. I. felvételkor.

Az ismertetett két esetben a betegség 20—30 év közötti férfiakon lappangva fejlődött ki. Előzetesen gyakran szenvedtek torokgyulladásban. A bőrön különböző erősségű hyperpigmentatio. Lassan, fokozatosan izületi elváltozások fejlődtek ki a kéztő, kézközép és ujjpercizületekben, továbbá a boka, lábközép és lábujjpercizületekben, a térdizületekben, kevéssé egyéb területeken. Az izületekről készült röntgenfelvételek rendes tágasságú izületi réseket, sima, éles izületi felszinket mutattak. Az első esetben a jobb mellizomzat sorvadt, a beteg veleszületettnek tünteti fel. A praedilectiós helyeken mindenütt megnagyobbodott nyirokmirigyek. Egyes helyeken tömegesebben. A lép mindkét esetben jól tapintható, tömött. A kimetszett nyirokmirigyek a lymphadenitis simplex képét mutatták. Mindkét esetben septicus lázmenet. A fehérvérsejtszám

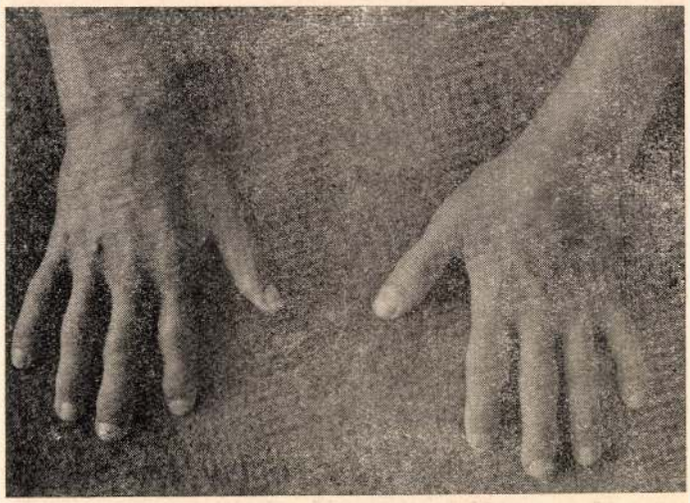
csaknem rendes. A vörösvértestek száma, a vérfesték százaléka csökkent. A csontvelőlelet a szabályostól alig tér el. A vörösvértestek ülepedési gyorsasága az észlelés kezdetén nagyobb volt, mint a klinikáról való távozásuk alkalmával. A többször megismételt bakteriologiás vérvizsgálat csak az egyik esetben, egyszer járt positiv eredménnyel, mikor is streptococcus viridans tenyészett ki.

5. ábra. Sz. I. felvételkor.

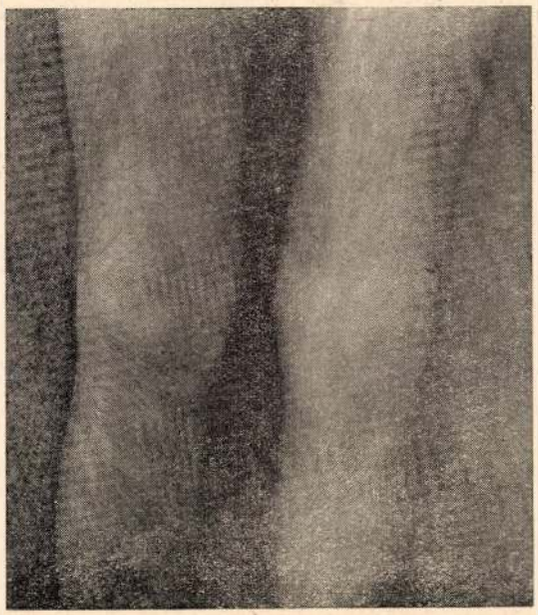


6. ábra. Sz. I. kibocsátás előtt.

Az eddigi észleletek alapján a betegség lappangva fejlődik ki. Feltünő, hogy a kórelőzményben mindig nagyszámú infectio szerepel, főként gyakran visszatérő angina (*Breu* és *Fleischhacker*). Az első tüneteket az izületi elváltozások teszik. Rendszerint fájdalom és láz nélkül fejlődnek ki izületi duzzanatok, főként a kis izületekben. Évek múltán az izületek mozgathatósága csökken, izomatrophiák és izületi tok- és szalagok zsugorodása következtében contracturák és subluxatiók fejlődnek ki. A további lefolyásban időszakos septikus hőmérsékek jelentkeznek, melyet subfebrilis stadium előz meg. A beteg általános állapota fokozatosan romlik. A bőrön gyakran hyperpigmentatio észlelhető. Gyakori a subikterus. A tüdő rendszerint érintetlen marad, úgyszintén az endokardium is. A gyulladásos izületek körébe tartozó nyirokmirigyek megnagyobbodnak. A máj majdnem minden esetben, a lép pedig mindig tetemesen megnagyobbodik. A fehérvérsejtszám rendes, helyesebben csökkent. A vörösvértestek számának csökkenése hypochrom anaemiát idéz elő. A csontvelőpunctatum lényeges eltérést nem mutat. A vörösvértestek süllyedési sebessége mindig tetemesen gyorsult. A bakteriologiás



7. ábra. Sz. I. kibocsátás előtt.



8. ábra. Sz. I. kibocsátás előtt.

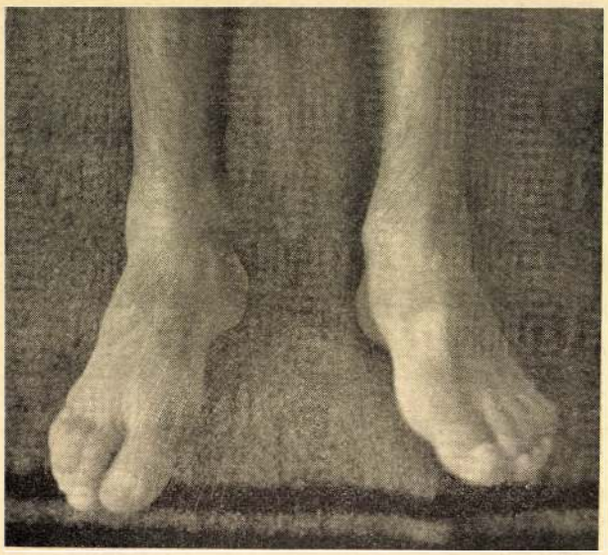
vérvizsgálat rendszerint negativ eredményt ad. Azonban a keringő vérből *Reimold* és *Stoeber*-nek, *Leichentritt*-nek streptococcus viridanst, *Bennholdt—Thomsen*, *Weinwright* és *Neugebauer*, *Kuhn*-nak staphylococcusokat, *Musca*-nak enterococcust, *Zesne* és *Gallerani*-nak streptococcust sikerült kitenyészteniök. *Isecke*, *Reimold*, és *Stoeber*, *Leichentritt*, *H. Singer*, *B. Graven*, *H Singer* és *Levy* pedig post mortem a különböző szervekből, vérből tenyésztett ki streptococcus viridanst.

Neugebauer, *Hanrahan* és *Miller*, *Breu* és *Fleischhacker* achlorhydriát állapítotak meg.

Az eltávolított nyirokmirigyek szövettanilag lymphadenitis simplex képét mutatták. A therapeutikus célból eltávolított lép szövettani képe azt mutatja, hogy a sinusok dilatáltak s a sinusokat bélelő endothelben

nagyfokú hyperplasia van. A pulpa sejtekben gazdag, főként plasmasejtekkel van kitöltve.

A kórbonctani lelet általában idült vérmérgezés képét mutatja. *Price* és *Schönfeld*, kik az első teljes boncolási leletet közölték, idült gyulladásos elváltozásokat találtak az izületek körüli szövetekben, az izületi belhártyákon, továbbá mellhártyagyulladást, szívizom- és szívburokgyulladást. Szövettanilag a máj, a lép, a nyirokmirigyek csak olyan elváltozásokat mutattak, mint aminő bármely idült gyulladásban található. Ezzel szemben *Williams* az idült vérmérgezésre utaló elváltozásokat nem találta meg. A betegség tartama az idősebb kori alak esetében hosszú, évtizedekre nyulhat. A fiatalkori alak rendszerint rövid lefolyású.



9. ábra. Sz. I. kibocsátás előtt.

A közelmúltban akadtak még klinikusok, akik a *Still* és *a Felty* leírta typusokat elkülönítették. Az újabb adatok és eseteink alapján mi is ahhoz a felfogáshoz csatlakozunk, hogy a Still—Chauffard és Felty-tünetcsoportok egységes kórfolyamatok eredményei, melyek valószínűleg egységes alapon fejlődnek ki.

Ha a klinikán észlelt, két betegen kapott adatokat a Still—Chauffard—Felty-kórképre a betegség lefolyásá: a vonatkozó irodalmi adatokkal összehasonlítjuk s valamennyi idetartozó betegséget elkülönítő kórisme szempontjából tekintetbe veszünk, akkor nem marad fenn kétség afelől, hogy az általunk észlelt esetek a Still—Chauffard—Felty-kórformához tartoznak.

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

Féloldali méhfüggelékhiány öncsonkulásos esetei.

Irta: *Szendi Balázs dr.*, tanársegéd.

A természetes féloldali méhfüggelékhiány nagy ritkasága, de a közölt esetek keletkezésének sokféle magyarázata is felkeltette az utóbbi évek érdeklődését. Ez érdeklődés nyomán az elmúlt hat esztendőben a régieken kívül újabb 14 esetet közöltek. (L.: *Caffier* s az újabb eseteket). Ezekhez klinikánkról most még két újabb eset ismertetésével járulhatunk, ami azt mutatja, hogy a kórkép nem is olyan ritka. Nem ritkább, — sőt gyakoribb —, mint ahány százalék az ivakszervek fejlődési rendellenességeinek variatioiból erre a typusra esik. A keletkezés mechanismusára utaló nyomok, mint pl. egyéb fejlődési zavarok, klinikai tünetek, lobmaradványok, stb. azonban az esetek csupán egy kis részében (*Fraenkel, Rokitansky, Schweitzer* s mások eseteiben) mutathatók ki, minek folytán a kórkép keletkezésének magyarázatára sokféle elmélet keletkezett. (L. *Caffier.*) A kérdést jogosan teszi rejtélyessé, hogy bár szomszédos, de elhelyezkedésben, functióban és különösen érellátásban egymástól meglehetősen független, véredényekkel-külön-külön kétfelől is biztosított szervek (tuba és ovarium) együttes hiányával, vagy pusztulásával állunk e kórképpel szemben. Bizonyosan többféle kóros folyamat van e szervhiányok mögött, mégis a keletkezés módja és a gyakorlati hasznosság szempontjából lehet és célszerű 2 nagyobb csoportra osztani a féloldali adnexhiányokat:

a) elsőlegesen és b) másodlagosan hiányzó adnexumok csoportjára.

E két csoportba választáshoz szükséges adatokat csaknem minden esetben sikerült kimutatni. Emellett az ilyen beosztás a kórkép lényegét is áttekinthetővé, könnyen érthetővé s így a gyakorlati orvostudomány szempontjából is hasznossá teszi.

Az adnexhiányok *a)* első csoportjába az aplasiákat, azaz a méhfüggelék fejlődési hiányait sorozhatjuk. Az aplasiának különböző oka lehet, így:

1. Biologiai atavisticus visszaütés. *Lartschneider* szerint férgekben, halakban, csőrös emlősökben biologiai célszerűségből gyakran csak egy ivarmirigy fejlődik és általában a jobboldali petefészek hiányzik. Akad-e és milyen gyakran ilyen visszaütés emberben, nem dönthető el.

2. Gyakoribb és nagyobb szerepű az adnexumok fejlődésének elmaradásában az egyén nemi beállítottságának tökéletlensége akár elsőlegesen *Goldschmiedt, Moskovitz* s mások értelmezésének megfelelően a masculin és feminin adottság hibás combinatiója folytán, akár másodlagosan, bizonyos, az ivarszervek kifejlődését gátló hatások következtében (pl. hormonhatásokra vonatkozólag l. *Kovács, Ludwig—Ries,* s mások kísérleteit). A him és női adottság tökéletlen összhangja következtében az ivarszervek hiányosan, vagy egyáltalán nem fejlődnek ki. Az idetartozó esetk meghatározásában —, mint arra klinikánkról ismertetett példákban is rámutattunk *(Szendi).* — két körülmény is segítségünkre lehet. Először az ilyen egyének *egész nemi karaktere* tökéletlen, nemi zavarok (az ivarszervek hypoplasiája, az ivarmirigyek hypofunctiója, menstruatiós zavarok, gyermektelenség, stb.) jelentkeznek. Másodszor az ilyen eredetű fejlődési rendellenességben az ivarszervek mellett igen gyakran a húgyszervekben is fejlődési vazar mutatható ki. *Kermeuner* is csak az utóbbi esetekre korlátozza a fejlődési hiány jogos felvételét. A húgyivarszervek fejlődési hibájának közössége abban leli magyarázatát, hogy a húgy- és ivarszervek térben és időben egyszerre és valószínűleg azonos erők hatására indulnak fejlődésnek azonos helyen, a *Wolff*-testek mentén. Utóbbit — legalább is irányítónak — mindkét szerv felhasználja. — A Müller járat, a Wolff-csatorna mentén alakul ki a coelomahámból, az ureterek és a veseparenchymát képződésre bíró vesekelyhek szintén a Wolff-csatornából burjánoznak elő és a petefészek is az ősvese medialis részében képződik. E felfogásban *Scipiades* nem osztozik ugyan, de érdekes, hogy *Ballowitz* és *Paltauf* megfigyelése szerint is a női ivarszervek fejlődési rendellenességeinek felében húgyszervi fejlődési zavar is kimutatható. *Blümel* férfiak

adnexhiányaiban szerzett megfigyelései alapján szintén fontosnak tartja a húgyszervek állapotát a keletkezés megítélése szempontjából. Klinikánk említett eseteiben úgy találtuk, hogy különösen a Müller-cső származékainak (tuba) fejlődési hiányával jár együtt a húgyrendszer fejlődési zavara is, az ivarmirigyek ilyen esetekben épek is lehetnek.

Az *elsőleges féloldali adnexhiánynak* érdekes *esetét* közöltük klinikánkról az Arch. f. Gyn. 169 k. 1 f.-ben. Egy összenőtt leánymagzat egyikében (jobboldaliban) hiányzott nyomtalanul jobboldalt a kürt és petefészek. Ettől eltekintve az ivarszervek alakja mindkét magzatban rendes volt.

A *b)* csoportba a már egyszer kifejlődött szervek utólagos regressiv elpusztulásából keletkező adnexhiányokat soroljuk. Ezek keletkezésében — végeredményben — *e szervek ereinek elzáródása* okolható, mely létrejöhet az erek

1. eldugulása, vagy
2. leszorítása folytán.

1. Az *eldugulásban* a fejlődés korai idejében célon túllövő érvisszafejlődések, később thrombosisok, obliteráló méhbelhártya burjánzások volnának okolhatók. A petefészek is és a petevezető is kétfelől, tehát többszörösen ellátott tápláló erekkel. Ennélfogva alig tehető fel, hogy az adnexhiányok keletkezésében az érelduguláshoknak gyakoribb szerepe lenne. Talán még leginkább a túlzott érvisszafejlődések vádolhatók az adnexum ilyen elpusztításával az embryonalis élet korai idejében, amikor az adnexumok igen szorosan vannak együtt s a fejlődésüket megelőző szervek (Wolff-test) visszafejlődése élettanilag ércsoportok visszafejlődésével jár.

2. Azt hisszük, hogy az adnexhiányok létrejöttében — a 2. *a)*-ban ismertetett okok mellett — leggyakrabban a méhfüggelék összes ereinek egyszerre leszorítása szerepel éspedig a *függelék kocsányának megcsavarodása* folytán. Feltehető, bár nem valószínű, hogy a környező szervek (appendix) lobosodásából keletkezett összenövések s azoknak a függelékek köré csavarodása is előidézheti az erek leszorítását és a függelék együttes elpusztulását. *(Rokitansky).* Azt azonban nem hisszük, hogy az adnexumok lobos (fertőzéses) betegségei azokat nyomtalanul elpusztítanák. A másodlagosan létrejövő adnexhiányokat elsősorban kocsánycsavarodás okozhatja. E szervek mind anatomiai, mind különösen vérellátási viszonyai ezt a feltevést teszik legelfogadhatóbbá Fejlődési, helyzeti, functionalis és pathologiai sajátságaiból egyaránt könnyen adódhatnak e szerveken olyan viszonyok, amelyek előmozdítják, hogy e két szerv, mint közös egység kocsánya körül megforduljon s így — kétfelől haladó erei egyszerre elzáródva — közösen elpusztuljon. A méhbeli életben az adnexumok élettani vándorlása és függőlegesből harántba fordulása nyujthat ehhez alapot, különösen, ha a kocsány laza. A szülés utáni életben egyrészt a szervek cyklus alatti mozgása, szalagjainak lazábbá válása, megnyulása, változó súlya (vértartalma), ami mind különböző a cyklus különböző idejében is, másrészt az adnexumokat rögzítő, felfüggesztő helyek (méh, stb.) megváltozása *(Thaler)*, harmadszor a petefészek megnövekedése *(Rokitansky)*, tömlős elfajulása azok a tényezők, amelyek a függelékeket kocsánycsavarodásra alkalmassá teszik. A petefészek daganatos tömlős megnagyobbodása mellett nem szokatlan jelenség — ha nem is gyakori — a kocsánycsavarodás. Klinikánkon myomás, sőt terhes méhek mellett is normalis nagyságú petefészek jelenlétében is észleltük az adnexum, máskor csak a tuba kocsánykörüli csavarodását. *Matusovszky* II—III. hónapos terhesén sok táncolás váltotta ki a bal függelék kocsánycsavarodását. Környezeti lobosodások összenövésekkel, a rögzülési pontok megváltoztatásával, vagy e szalagoknak a függelék alá fekvésével okozhatják a függelék kocsánycsavarodását. — Ebben esetleg appendicitis után keletkező összenövéseknek lehet szerepe, mert ilyenkor maguk a méhfüggelékek szabadok és mobilisek maradnak. Az ilyen módon keletkező adnexhiányokra a kórelőzményből torsióra utaló (gyakran másképértelmezett) panaszokból, a műtéti leletekből ,stb. és adnexmaradványok szövettani adataiból biztosan következtethetünk. A féloldali adnexhiányok keletkezésének ilyen lehetőségét nemcsak a műtéttel talált adnextorsiók s a lecsavart adnexcsonk lobos, heges maradványai bizonyítják, hanem azok az esetek *(Fraenkel, Rokitansky, Haselhorst, Lipschütz, Ogerek* s mások is), amelyekben a lefűződött függelékek a Douglasban megtaláltattak. Hasonlóan bizonyító példái ennek következő *két esetünk:*

1. 24 éves leány. Ivarszervi működésében zavar nincs. Hószáma 12 éves korától 4 hetenként jelentkezik, hol bővebb, hol kevesebb mennyiségben. Teherben még nem volt. 7 év előtt hirtelen keletkező és pár hétig kisebb-nagyobb lázzal járó *alhasi fájdalmai* miatt appendektomiát végeztek rajta. Az appendix ép volt s amennyire az appendektomiás hasnyilásból tájékozódni lehetett a cseplesz egyes részei és egyes bélkacsok mutattak körülírt subacut lobosodást, minek oka nem tisztázódott. Nőorvos nem látta akkor a beteget. A hőemelkedés a műtét után sem szünt meg, ezért 2 hónap múlva tonsillektomiát végeztek rajta. A hőemelkedés, de különösen az alhasi fájdalom azonban még félévig tartott, majd megszünt. Az elmult 2 év alatt fokozódó deréktáji fájdalma van, különösen munka közben, ezért jelentkezik klinikánkon.

A panaszok okául méhhátrahajlást állapítva meg, hasmetszést végeztünk a betegen. A méh teljes retroflexióban a Douglas mélyén foglal helyet, jobboldali ép, rendes nagyságú, szabadon álló függelékével. *A bal tubasarkon a méh a cseplesz és sigma-bél széles, régi lobos szálagokkal lenőtt,* amiket leválasztva kitünt, hogy a *baloldali függelék,* petevezető és petefészek *teljesen hiányzik.* Csupán egy 2 mm-nyi hegyesre sodródott tubacsonkocska volt a méh sarkában. A ligamentum infundibulopelvicum is sorvadt, spermetica vastagságú erek hiányoztak belőle. Sem a széles szalag lemezein, sem a Douglasban nem találtuk a bal adnexumot. A méhet *Doleris* szerint ventrofixáltuk. A bal tubasarkot a rövid csonkkal szövettani vizsgálatra kivágtuk. *A csonk kötőszövetből állott,* belsejében keskeny, hengerhámmal bélelt csatornával. A lobosodás nyomai már eltüntek belőle, hiányzot az izomrétege is.

Most utólag gondosan megvizsgáltuk a *húgyszerveket* is. Semmiféle fejlődési rendellenesség, vagy kóros eltérés nem volt bennük.

Nemcsak ebből és az ivari működések zavartalanságából, de különösen a műtéti és szövettani leletből (éppen a hiányzó függelékek helyén volt parametricus bél és cseplesz összenövés) is csak arra lehet következtetni, hogy az adnexhiány másodlagos, a petevezető és petefészek utólagos torsiós elpusztulása folytán jöhetett létre. Igen valószínű, hogy az appendektomiát megelőző alhasi fájdalmak — melyeknek kiindulási helyére a beteg már nem emlékezik — és a műtét közben talált körülírt subacut peritonitises elváltozások e függelék-torsióval és pusztulással függettek össze.

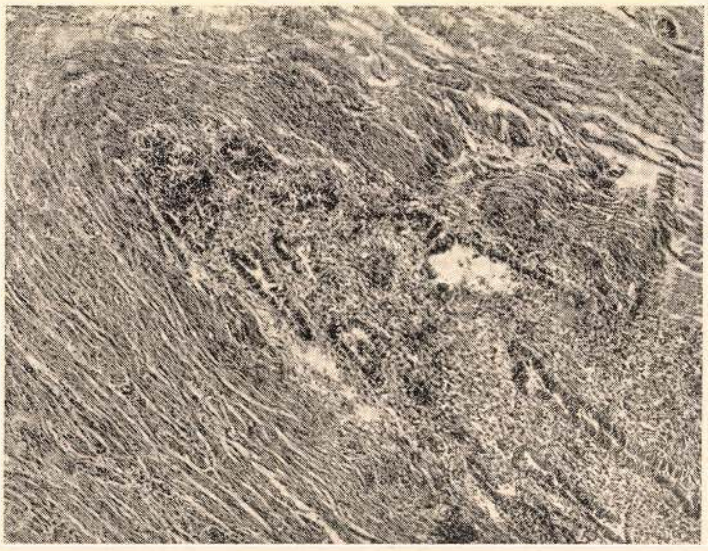
2. 36 éves beteg. Ivarszervi működései mindig rendben voltak. 18 év előtt egy rendes szülése, 7 év előtt egy III. hónapos önkéntes vetélése volt, mely utóbbit méhkaparással fejeztek be. Azóta nem esett teherbe. Emlékezete szerint 1½ év előtt voltak alhasi görcsei, főleg jobboldalt, ekkor lázas is volt. E betegsége néhány hétig tartott s magától lezajlott. Klinikánkon most újabb — már 2 hete tartó — alhasi fájdalma miatt jelentkezett. Ez idő óta úgy érzi, hogy daganat van a hasában. Az utóbbi időben gyakorivá és fájdalmassá vált a vizelése is.

A panaszok okául két ökölnyi méhmyomát állapítva meg hasmetszést végeztünk. A sokszoros és látszólag is el-

fajult, elhalálos myomagóc torzította méhet supravaginalisan csonkoltuk. A baloldali adnexum kis, tojásnyi, lobos daganatot képezett ujjnyi vastak hydrosalpinxsal és zöld-diónyi kistömlősen elfajult petefészekkel. *A jobb tubasarok környékére idült lobos szálagokkal többszörösen odanőtt a coecum és feltünően hosszú,* de egyébként *ép appendix.* Az összenövések oldásával a szerveket leválasztva *a jobb petefészket és petevezetőt hiába kerestük.* Csak a petevezető isthmusából volt 2 cm-nyi darab (1. ábra) a méh

1. ábra. 2. betegünk supravaginalisan csonkolt méhe, a *jobboldali tubacsonkkal* és a baloldali petevezetővel s petefészek egy részével. Alatta az egyik nagyobb myomgóc.

sarkán, rácsapódva a daganatos méh hátsó falára. Kisodródott hegyes végével a méh felszinén lapszerint tapadt, illetőleg az appendixhez és a coecumhoz volt nőve. A petefészek és a petevezető többi részének helyén a coecum és a féregnyulvány szálagos lenövését nem tekintve, semmit sem találtunk. *Szövettanilag* a petevezetőcsonkban oblite



2. ábra. A lecsavart tubacsonk szöveti képe keresztmetszetben. A tubalumen helyén vándorsejtekben bővelkedő kötőszövetben endometrioid mirigyfészkekkel.

ráló chronikus endosalpingitist állapítottunk meg (2. ábra.) A lecsavarodott distalis vég csatornája vakon végződik, hegesen zárt, a lumen helyén régi vérrel telt lacunák vannak, melyek falában itt-ott még hámsejtek is találhatók. A környező kötőszövet (submucosa) még kiterjedt plasmasejtcsoportokkal beszürt. A méh mellett megmaradt tubarészben a hám endometrioid mirigyfészkeket alkot, a submucosában itt is sok kereksejt van. (l. 2. ábra). Utóbbi arra utalhat, hogy az adnexum elpusztulása óta kevesebb idő telt el, mint 1 esetünkben. A tubaizomzat szintén gazdag vándorsejtekben. A fundussal szomszédos tubarészben a hám szintén endometroid mirigyfészkeket alkot. A baloldali petevezető is endosalpingitis chronica szöveti képét mutatta, a petefészek resecált része retentiós tömlőkkel telt. A myomgócok nagyrésze elhalt, ez okozta az újabb panaszokat. A féregnyulványnak (appendektomiát is végeztünk) csak a tubacsonkra tapadt distalis végében találtunk lezajlott lobosodást, lobosodásának, összenövésének oka is tehát valószínűleg az adnexumban volt.

A műtéti lelet, s a szövettani vizsgálat eredménye bizonyítja, hogy ebben az esetben is meglévő szervek utólagosan pusztultak el, mégpedig kétségtelenül kocsánysorvadás következtében. Ez sodorta hegyessé a tubacsonk végét és az adnexum elhalását követő lobosodás okozta a hegtüneteket és az appendixnek és a coecumnak a tubasarok környékéhez tapadását. Támogatja ezt az *urologiai vizsgálat* is. A húgyszervekben semmiféle fejlődési zavar nem volt. A kórelőzmény adatai valószínűvé teszik, hogy a másfél-két évvel korábbi pár hetes jobboldali hasfájások idején zajlott le ez az öncsonkító folyamat.

Mindkét esetünk érdeklődésre tarthat igényt, mint több oldalról is bizonyítható ritka példái a másodlagosan keletkező adnexhiányoknak. Második esetünkhöz hasonlót hazánkban *Lajos* ismertetett.

Caffier összefoglaló munkájában nagyobb figyelmet szentelt a féloldali adnexhiányú nők ivari működésének, a hószám járásmódjának, teherbeesés, petefészek elfajulás gyakoriságának, stb. Ilyen szempontból alig lehet meszebbmenő következtetést vonni már csak a közölt esetek idevonatkozó hiányos adatai folytán is. Betegeink mindegyikén zavartalan volt általában mindig a hószám, nem változott meg a feltételezett torsióra utaló panaszok után sem. Egy petefészek ugyanúgy mozgatja a cyklikus változásokat tehát, mint kettő. 2. betegünkben a megmaradt petefészek kistömlősen elfajult, de lobos is volt. A lop éppenúgy lehetett az elfajulás oka, mint a *Runge, Bock,* s mások által feltételezett túlzott reactiós készség, mely a másik petefészek hiánya folytán állana elő, de lehet a cystás elfajulás hypohysis hormonalis zavar következménye is.

Összefoglalás. A féloldali méhfüggelékhiánynak két esetét észleltük klinikánkon. Az 1.-ben a hiányzó baloldali adnexum helyén lobos összenövésekkel a sygma és a cseplesz volt a méh sarkához nőve, a 2.-ban a jobboldali adnexum hiányzott s helyére lobos összenövésekkel a coecum, appendix és cseplesz volt tapadva. A heges tubacsonkok lezajlott lobosodás nyomait mutatták. A húgyszervek mindkét betegben rendesek voltak. A klinikai két és a kórelőzmény alapján mindkét esetet másodlagosan, adnextorsio következtében létrejött adnexhiánynak tartjuk.

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD) minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

A Bethesda diakonissza kórház bőrgyógyászati rendelőjének közleménye.

Gyomorbéleredetű seborrhoeás kórképek gyógyítása.

Irta: *Kibédi Varga Aladár dr.*, főorvos.

A seborrhoeán alapuló kórképek gyógyításával foglalkozó szerzők egyrésze még kitart a fertőzéses kóroktan mellett s a dispositionalis tényezőkre csak mellékesen utal. Másik részük a külső kezelés mellett súlyt vet a belsőre is. Az újabb kísérletezés eredményei és az ezekből leszűrt felfogás pedig mindinkább arra mutatnak, hogy a seborrhoeát lehet tisztán belsőleg is gyógyítani. *Bommer* monográfiájában nagy áttekintéssel oldja meg az összefüggéseket a két irány között s a seborrhoea kóroktani kutatására értékes tervvel szolgál Jelen dolgozatomban szeretném kifejteni ezeknek a terveknek egy részét, amelyeket észleléseim kapcsán megoldottaknak látok; másfelől azokat az eredményeket közölni, melyeket az utóbbi években tapasztaltam a seborrhoeával kapcsolatban.

A seborrhoeás kórképeket külső kóroktani eredetűeknek tartják: *Moore* és *Társai, Kile, Roy* és *Engmann, Mac Kee* és Társai, *Sabouraud* stb. A külső és belső kóroktani felfogás között átmenetet képeznek *Marchionini* többirányú kísérletei. Egészséges és más bőrbetegségekkel szemben seborrhoeás ekzemánál nemcsak a bőrfelszín összes cholesterinjének megszaporodását találta, hanem a cholesterinfractio cholesterinester irányú eltolódását is észlelte. Marchionini másik közleményében bebizonyította, hogy s. e-nál a pH nagyobb mint normalis bőrnél. Elméletileg ez a physiko-chemiai feltétel alkalmas arra, hogy a csírák fejlődését elősegítse. Ez volna — szerinte — *egyik alapja a seb. ekzema fertőzéses tanának.*

Lovemann a makacs akne-esetek 50%-ában achlorhydriát, a fennmaradt 50%-ban hypochlorhydriát talált. A gyomorsavelválasztás zavarai szerepelnek okként *Miller, Spinner* stb. szerint is.

Skin a kén helyi alkalmazásán kívül különösen a táplálkozásra hívja fel a figyelmet. *Nagy* külsőleg és belsőleg ként ajánl, só és fűszermentes étrendet, megfelelő hormon-adagolást, súlyos esetben quarzot és D-vitamint. *Sellei* vegetariánus étrenddel gondolja fokozni a D-vitamin hatását. *Comel* gyermekkori ekzemáknál jó eredményeket ért el D-vitamin, azonkívül B-vitamin és zsírszegény étrend alkalmazásával. *Pascual* és *Montejo* allergiás betegségek ellen adták a D-vitamint, a mész és foszfor-anyagcserére gyakorolt jó hatása miatt. Szerintük az elért jó eredményekben a parathyreoidea, máj és bél bír egyelőre még meg nem határozható fontossággal. *Cuningham* és *Mendelhall* aknés betegeiken túlérzékenységet találtak, mégpedig főként a spenót, dísznóhús, burgonyával szemben. Szerintük az akne allergiás dermatosisok közé sorolandó, esetleg csekély %-ban számításba lehet venni endokrinkóroktant is. *Orsós* szerint a juvenilis aknét létrejöttében a seborrhoeás alkaton kívül főleg két működési gyengeség szerepel: 1, gyomorbélrendszeri elégtelenség 2, sexuális hormon-zavar. A gyomor-bél eredetüeknél jó eredményeket látott májkészítményektől, de különösen dicséri a torantil-injectiót. A legtöbb szerző nagy jelentőséget tulajdonít az akne kezelésében a táplálkozás rendezésének. Ezt látjuk a fennt említettek mellett *Naegeli, White, Wills, Bommer*-nél.

Bommer szerint aknénál oki komplexum lehetősége áll fenn. Ebből ismerünk részleteket, de hiányzik az összekötő hid és összefüggő kép. Szerinte az oki kiindulást táplálkozási ártalom indítja meg. Ez is rendszerint összetett természetű. Leggyakoribb hiba az elégtelen vitamin-felvétel s a táplálék hibás összeállítása (fehérje és zsirtelítés viszonylagos szénhydráthiány mellett). Konyhasó-tuladagolás útján zavar keletkezik az ásványisó egyensúlyban s ugyanakkor hiány a természetes sókban (főzelék, gyümölcs,tej). Ezeknek következményei: 1, zavarok az emésztőrendszer részéről (máj, gyomor, belek,) 2, a már hiányos vitaminfelvételnek további elégtelen kihasználása 3, belső elválasztásos zavarok 4, nutritiv tulérzékenység kialakulása 5, hajlam gennyes elváltozások keletkezésére 6, sejtoxydatiós folyamatok gátlása (a belső légzés rendszerében). Ez utóbbira példa az elszarusodási zavar és abnormis összetételű faggyúmirigy-secretió szállítása. A lipoid-anyagcserezavart is mint a májártalom következményét és a belső légzési systéma gátlását foghatjuk fel.

Emiatt *Bommer* első helyre teszi a táplálkozási gyógyeljárást. Szerinte nem elegendő só- és zsirszegény vagy hasonló rövid formájú étrendet ajánlani. Kisérletezni kell minden szóbajöhető táplálkozási faktor megfigyelésével. Az ártalmast ki kell iktatni s a szükségest elegendő mennyiségben adni. A természetes viszonyt kell helyreállítani. Ha szóba kerül valamelyik élelmiszerrel szembeni tulérzékenység, azt diaétikus kiküszöbölési móddal is könnyen elérhetjük. Diaetás eljárása kiegészítésére vitamin-adagolást (A és B), fénykezelést, kénadagolást és általános bőrápolást ír elő.

A seborrhoeás kórképek vitamin-kezelésének bevezetése előtt jó hatást láttam arzen belső adásától. 64 éves, generalizált seb. ekzemával küzdő férfibetegem (előzetesen két évig tartott makacsul a baja) a bevezetett zsirmentes és sószegény étrend mellett ázsiai pilulákat szedett nagy adagokban (0.003 g 3 szor 1—3 szor 3-ig). Pár hónap alatt teljesen tünetmentes lett s az elmult pár év óta csupán akkor voltak könnyű visszaesések, amikor a gyomorbélműködésben valamelyes zavar állt elő. Az Orvosi Hetilap 1938. 22 sz.-ban közölt 1 sz. betegnek évekig tartó seborrhoeás ekzémás elváltozásait az alkalmazott nagymennyiségű arsen időnként elmulasztotta, de legalábbis nagymértékben csökkentette. Ezért további gyógyítókisérleteim során beiktattam az arzént is az étrend és vitaminkészítmények adagolása mellé. Az eredmény mindig jónak mutatkozott, különösen azokban az esetekben, ahol a tünetek javulása nem volt elég gyors. Ezek az észlelések késztettek arra, hogy megkeressem az összefüggést az arzennek a seborrára való hatásában.

Tudjuk, hogy a fehérjék, szénhydrátok, sók vagy aktiválják, vagy éppen tönkreteszik a vitaminok hatását. Ilyen ellentétes hatása van seborrhoeában a konyhasónak, ezért a szerzők valamennyien megegyeznek a sószegény étrend alkalmazásában. Nehéz fémek és vitaminok összefüggését látjuk, amikor a beri-berit mangannal, a funicularis myelosist vassal, E-avitaminosist *(Zagani)* rézzel és zinkkel befolyásoljuk. Más fémek pedig éppen rontják ellentétes hatásuk révén a vitaminok hatását, olyképpen ,hogy velük inactiv vitamin-komplexeket alkotnak.

A vitaminoknak vannak olyan nem-fajlagos hatásai is, amelyek nem vitamin voltukkal, hanem valamely vegyi tulajdonságukkal függenek össze. Ilyen hatása van más, nem vitamin jellegű anyagoknak is. Igy a C-vitamin fertőző és allergiás betegségek ellenes hatása redukáló sajátságával van összefüggésben. Viszont hasonló hatásúak a reducáló natriumthiosulfat, cystein, glutathion is.

Az arzentrioxyd (acidum arzenicosum) As_2O_3, részben oxydáló, részben redukáló szer. Izzó szén, vagy ol-

datban a nascens hydrogen, stannochlorid stb. hatására elemi arzénné reducálódik, másrészt halogenekkel, salátromsavvá, stb. arzénsavvá oxydálható. — Gyógyító adagjának hatására a vérsejtképzés fokozódik igen tetemesen és a vérképzőszervek mikroszkopos vizsgálata azok fokozott tevékenységét bizonyítja. Itt az arsennak a sejtek oxydáló-képességét csökkentő hatása érvényesül. Csontrendszerre kifejtett hatása nagyon hasonló a phosphor hatásához. Arzénre is látjuk, hogy fejlődő állatokon a szilárd csontállomány rohamosan gyarapodik és *rachitis* valamint *osteomalacia* ellen gyógyhatása kétségtelen. Régóta ismeretes jó hatása a bőrre és az epidermis-képletekre. Hosszabb arzén-szedés után a bőrben, szőrben, hajban, körömben jelentékeny mennyiségű arzén halmozódik fel. Anyagforgalomra való hatásaként súlygyarapodás, fejlődő szervezeteknél élénkebb növekedés észlelhető. A súlygyarapodás főként a zsírlerakódás okozza, de kihasználja a szervezet a táplálék fehérjéit is u. i. az arzén fokozza az assimilatiót a dissimilatio rovására.

Angolkóros gyermekeken jó eredményt értek el Vigantollökéssel (15 mg.). A különböző szerzők kisérleti eredményei azonban feltünő különbségeket mutattak, mégpedig osztályos betegeknél az eredmények jobbak voltak. *Küster* ezt annak tulajdonítja, hogy mig osztályokon a Vigantolt étkezés közben adták, addig ambulanter az étkezéseken kivül. Ebből jött arra a gondolatra, hogy a jó eredmények okát az adagolás különböző módjában keresse, valamint az a gyanúja, hogy a magában adott olaj csak részben szivódik fel.

„A zsirfelszivódás alapfeltétele a felület megnagyobbodása a finom elosztódás és emulgeálás által." *Künster* szerint lehetséges, hogy az olajnak magában való adagolásakor a felszívódást többé-kevésbbé rontja részben a tej emulgeáló hatásának hiánya (amennyiben étkezésen kivül adjuk), másfelől a kicsiny zsirmennyiség (Vigantol) elégtelen epehajtó hatása. Mivel pedig az epe jelentősége a zsiremésztésben az emulgatori tulajdonságában rejlik, *Küster* kisérleteiben azt figyelte meg, van-e különbség a természetes formában adott és a mesterségesen emulgeált kismennyiségű olajok felszivódása között. További feltevése természetesen az is, hogy az olajos oldóanyag hiányos felszivódásával együtt az abban oldott vitamin felszivódása is hiányt szenved.

(Folytatjuk.)

Budapest székesfőváros Szent István közkórháza I. belosztályának közleménye. (Főorvos: Torday Árpád egyet. c. rk. tanár.)

Cukorvizelés alacsony vércukorérték mellett.

Irta: *Torday Árpád dr.* egyet. c. rk. tanár.

A hypoglykaemia, mint önálló betegség a hasnyálmirigy fokozott működésével járó állapotokban fordul elő. Mint kisérő tünetet a hasnyálmiriggyel ellentétes irányban működő belső elválasztású mirigyek és a máj működési zavaraiban észleljük. Az insulintültermelés a szigetszerv adenomájában, rákos betegségében, diffus hyperplasiájában, hasnyálmirigykövekkel vagy e szerv fertőzésével kapcsolatban fordul elő. Állatkisérletekben a hasnyálmirigy kivezető csöveinek alákötése által is érhető el fokozott insulintremelés, amit gyógyító szempontból is értékesíteni próbáltak. Pathogenetikailag érdekes a hyperinsulinismus megjelenése cukorbántalomban szenvedő anyák kisdedein, ami a csecsemők hasnyálmirigyeinek vikariáló működésével áll kapcsolatban. Functionalis hyperinsulinismus kivételesen kifejezett vagononiában is előfordulhat.

A vércukorszint alacsony voltát a hasnyálmiriggyel correlatióban lévő szervek hiányos működése is okozhatja, minők a mellékvesék, a hypophysis, a pajzsmirigy és a mellékpajzsmirigy. A mellékvesék hiányos működése okozza a hypoglykaemiát Addison-kórban, mert a csökkent adrenalinképzés miatt a májban és az izmokban a glykogenolysis hiányos. Ezért, — amint arra *Umber* rámutatott —, Addison-kórban szenvedő cukorbetegekre insulin alkalmazása esetén ügyelni kell. A mellékvesegyengeségen alapuló hypoglykaemia a hyperinsulinismustól a klinikai tüneteken kívül a dextrosemegterhelésre történő reagálás módjában is különbözik. Utóbbi bántalomban ugyanis a cukormegterhelési görbén az első nagyobb emelkedés után egy nagyobb süllyedés észlelhető, míg mellékvesebetegségben a görbe alacsonyan kezdődik, csak mérsékelt magasra emelkedik, majd megint esik. Ez a süllyedés azonban nem nagy, mert a hypoglykaemiás szak nem kifejezett.

A hypophysis hátsó lebenyének bántalmai közül hypoglykaemia fordulhat elő diabetes insipidusban és a dystrophia adiposogenitalisban. A hátsó lebeny hypofunctiója miatt nagyon alacsony lehet a vércukorérték hypophysaer kachexiában, a Simmonds-kórban. A tünetek keletkezésében valószínűleg a harmadik agygyomrocs és környékének, valamint a közti agy változásai is közreműködnek. A hypophysis eltávolítása után a mellékvesék is sorvadnak, ami a két szerv közti kapcsolatot is mutatja. Azonban a Cushing-kór, mely szinte a mellsőlebeny betegsége, hyperglykaemiával és cukorbántalomra emlékeztető tünetekkel jár. A hypophysis elváltozásain alapuló betegségekben a hypoglykaemiás tünetek nem annyira kifejezettek, mint a mellékvese sorvadásában. A szigetszervek megszaporodását és így a hyperinsulinismust is a hypophysis pankreatotrop harmonja is okozhatja, amit azonban az újabb vizsgálatok kétségbe vonnak.

A pajzsmirigy csökkent működésével járó állapotokban, különösen a myxoedemában alacsony szokott lenni a vércukor. Ezért tisztázatlan okokból fennálló hypoglykaemiában ajánlatos az alapanyagcseremeghatározást elvégezni.

A máj is részt vesz avér állandó cukorszintjének fenntartásában, mert a máj kiírtása hypoglykaemiához vezet. A hypoglykaemia a máj különböző betegségeit kisérheti, minők a heveny májsorvadás, az As., a phosphor, a tetrachlormérgezés, a májrák és az epehólyag betegségei. Ismeretes, hogy hurutos sárgaságot vagy a máj súlyosabb természetű betegségeit gyakran kiséri alacsony vércukorszint. A máj epeelválasztó képessége befolyásolhatja a glykogen hasadását és synthesisét a májsejtekben. A vércukor szintjére az epesavak is befolyással bírnak. A hypoglykaemia oka az is lehet, hogy a májsejtekben a glykogen ugyan fel van halmozva, azonban a szervezet azt nem képes mobilizálni. (Gierkeféle betegség, csak gyermekeken fordul elő.)

Egyes fertőző betegségek is hypoglykaemiával járnak a szigetszerv időleges fokozott működése következtében és ez magyarázza meg a cukorbetegek időleges tolerantia-javulását lázas bonyodalmakkal kapcsolatban. Kisebb fokú, önként beálló hypoglykaemia labilis anyagcsereforgalommal bíró egyéneken is előfordulhat, ha a megszokott étkezési időt és az étrendet nem tartják be pontosan. A sport túlhajtása következtében elégtelen mennyiségű szénhydrat elfogyasztása után hypoglykaemiás állapot mutatkozhat a máj glykogen raktárának gyors kimerülése miatt. A hypoglykaemia versenyzés közben, a mellékvesék időleges elégtelensége

következtében is előállhat, ha ez idő alatt a májban a glykogennek folytatólagos átalakulása szőlőcukorrá, kimarad. Vita tárgyát képezi az is, vajjon a rohamokban jelentkező fejfájások, a migrainek, nem tulajdoníthatók-e hypoglykaemiának?

A hypoglykaemiának sokféle megjelenési alakja és egyéb kórképekhez nagy hasonlósága az elkülönítő kórismében sok nehézséget okozhat.

Esetemet az teszi érdekessé, hogy a tüneteket alig okozó hypoglykaemiát cukorvizeléssel kapcsolatban észleltem.

40 éves elég jól megtermett gépész kórelőzményében Go. és izületi csúz szerepel. Egy év előtt vizeletében cukor jelent meg, azonban étrendi megszorításon kívül insulinra nem volt szüksége. Állandó szomjúságot érez, torka száraz. Álla alatt néhány fájdalmatlan mirigy tapintható. Luest tagad és Wa.-r.-ja is negativ. A vizelet napi mennyisége 1000—1900 ccm, fajsúlya 1014—1016 és a cukortartalom vegyes étren mellett 0.1—0.7% között ingadozik. Szénhydrat megvonására mindjárt cukormentes. Éhgyomri vércukorérték 40—58 mg% között ingadozik, ami azonban különösebb kellemetlenséget nem okoz. Csupán egy ízben érzett reggel dextrosekisérlet előtt éhgyomorra kisebb mellszorongást és izgatottságot. A próbareggeli teljes savhiányt mutatott. Duodenalis sondázást epevizsgálatra, valamint diastase meghatározást nem végeztünk. Dextrose megterhelésre a vércukor 40 mg%-ról ½ óra alatt 87 mg%-ra és 1 óra alatt 114 mg%-ra emelkedik és két óra múlva 52 mg%-ra esik vissza. A görbe tehát alacsony, de a normalist megközelíti. I. v. adott adrenalin-kisérletben (0.0001 g) a vérnyomás 155 mg%-ról 50 mp alatt 185 mg%-ra emelkedik és 3 p. 10 mp. alatt 140 mg%-ra esik vissza. Az ütérlökés a megfelelő vizsgálati időkben 90, 108 volt és a kisérlet végén ugyanennyi maradt. Ugyanez idő alatt a vér cukortartalma 50—70 mg% között ingadozott. Nagyobb mennyiségű tonogen subcutan adását a vércukorgörbére nem figyelhettük meg, mert a beteg eltávozott és további kisérletekre nem jelentkezett.

A beteg hypophysis betegsége a röntgenvizsgálat és a klinikai megfigyelés alapján biztosan kizárható volt. Sem a Simmonds-kór, sem a dystrophia adiposogenitalis tüneteit nem észleltük. Pajzsmirigye is normalis volt és a myxoedemát ki lehetett zárni. Vérnyomása nem alacsony és vércukorgörbéje sem hasonlít azon görbékhez, amelyeket mellékveseelégtelenségre jellegzetesnek tartunk, mert 1 óra után az esés nem volt nagyfokú, sőt a kiindulási pontot sem érte el. Latens tetaniára utaló tünetet nem találtunk és klinikailag nagyobbfokú májártalmat sem tudtunk kimutatni. A hasnyálmirigy váladékát fermentekre nem vizsgáltuk. Ilyen körülmények között a rendelkezésünkre álló functionalis vizsgálati módszerekkel határozottan nem tudtuk megállapitani, hogy a hypoglykaemia mely szerv (főleg a máj, esetleg a mellékvesék) működési zavarával hozható összefüggésbe. Az eset veseredetű cukorbántalomnak nem tekinthető, mert a szénhydratok elvonására a vizeletből a cukor eltünt és ezért nem tételezhető fel az, hogy a glukose vízfelszivódása a vesék tubulusaiban zavartatott volna meg. Az irodalomban is közölnek néhány hypoglykaemiás esetet, cukorbetegségben, amit a máj glykogenállományának kimerülésével hoznak kapcsolatba, ami relativ hyperinsulinismushoz vezetett. Esetleg a glykogenolysis gátlása is megmagyarázhatja a hypoglykaemiás állapotot. Az esetet is az teszi érdekessé, hogy a cukorvizelés mellett a beteg egyúttal hypoglykaemiában is szenvedett.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

A sérüléses gyomorfekélyátfúródás kérdéséhez. *Golla.* (Zbl. f. Chir. 1939. 22.) Esetei kapcsán és az irodalmi adatok alapján megállapitja, hogy a hasi sérülést elszenvedett fekélyes betegeken létrejöhet gyomorfekélyátfúródás. Különösen áll ez a tompa hasi sérülésekre vonatkozóan. A hasat ért ütés következtében a hasizomzat hirtelen összehúzódása, valamint a rekesz reflektorikus görcse következtében a gyomorban a nyomás oly nagyra fokozódhat, hogy a fekély által elvékonyodott gyomorfalat kirepesztheti. A betegség kórismézése nehéz és legtöbbször csak a műtét mutatja a hasfal átfuródását. Éppen ezért minden olyan hasi zúzódás esetében, amelyben a hashártya részéről tünetek mutatkoznak, a hasmetszést el kell végezni, hogy a később feltétlenül halálos szövődmény megelőzhető legyen. (V. 52.)

ifj. Verebély Tibor dr.

A kezelés következménye-e a myositis ossificans traumatica. *Bergk.* (Chirurg. 1939. 10.) Különösen izületkörüli csonttörések után gyakran jelentkezik a környéki sérült izomzatban izomelcsontosodás (myositis ossificans), amelynek elkerülésére legtöbben az izületek korai mozgatását ajánlották. A mozgatásos töréskezelés következményeképpen azután ezek az esetek egyre szaporodtak. Szerző vizsgálataiból *Böhler*rel egybehangzóan az derül ki, hogy a csontosodó izomgyulladás az élettani gyógyulásában a mozgatásos kezelés által megzavart izomzat reactiója az erőszakos behatásokra. Elkerülésére, ill. megszüntetésére legajánlatosabb a sérült végtag teljes nyugalombahelyezése és nyugalomban tartása. (V. 54.)

ifj. Verebély Tibor dr.

A talcum sterilizálásáról. *Mündel* és *Baumann.* (Chirurg. 1939. 10.) A talcum, minthogy talajból bányászott ásvány, bár eléggé csíraszegény, olykor erősen pathogen csírákat is tartalmazhat, igy a gázbacillust is. Éppen ezért a műtéti használatra szánt talcumot különös gonddal kell csírtalanítani. Az eddig használatos eljárások, a hőlég, a magasnyomású gőz, valamint a kiizzítás mindegyike adhat jó eredményt, de míg hőlég használatánál a csírtalanítás ideje hosszú, kiizzítás után már a steril pornak tárolása körülményes, legcélszerűbbnek látszik a magasnyomású gőzcsírtalanítás. Az eljárás lényeges része, hogy a por ne legyen 5 cm-nél vastagabb rétegben elhelyezve, mert vastag rétegen keresztül a magasnyomású gőz sem tud áthatolni és azt sterilizálni. Éppen ezért célszerű a talcumot a kötszersterilizátordobozhoz hasonló, széles alapú, átlyukgatott fenekű dobozban sterilizálni, s azután ugyanebben a dobozban használatig elraktározni. (V. 55.

ifj. Verebély Tibor dr.

A szájfenéki phlegmonék altatási halálozásának hatásmechanismusáról. *Weese.* (Zbl. f. chir. 1939. 22.) Az intravenás narkotikumok bevezetése után egyre több hiradás érkezett a szájfenéki és nyaki phlegmonek esetében bekövetkezett halálozásról. Eredetileg ezek a halálozások az altatószerek rovására könyveltettek el. Kisérleti sorozatban kimutatta, hogy állatban mesterségesen előidézett nyaki phlegmone esetében még mérgező adag alkalmazására sem következett be légzésbénulás. Ezt a jelenséget a carotis sinus reflexmechanismusának megváltozásával magyarázza ilyen esetekben, mert azt találta, hogy csak phlegmonén végzett beavatkozás esetében áll be a légzésbénulás. A magyarázat szerinte az, hogy az említett kórfolyamatban a carotis sinus idegelemei túlérzékeny állapotban vannak és ezáltal a környékén végzett beavatkozáskor a carotis sinusból kiinduló légzéstgátló élettani hatást fokozottabb mértékben közvetítik a lágzőközpontra. Minthogy a narkotikum a légzőközpont működését amúgy is gátolja, a fokozott gátlóhatásnak az eredménye a légzésbénulás. A kisérletek szerint a

„Expectin" Expectorans 1 üveg 10 gr. P 2.20
„Dialgin" fájdalom ellen. 1 doboz 20 tabletta 1.60 pengő
Gyártja és forgalomba hozza:
DIACHEMIA
STRAUB SÁNDOR
gyógysz. és vegyészeti laboratórium
Budapest, Teréz-krt 27. T. 121-83

légzésbénulás elkerülhető úgy, hogy a beavatkozást az elalvás kezdete után későbbi időpontban végezzük, amikor már a carotis sinus idegelemei is narkotizálva vannak. — Minthogy a carotis sinust egyetlen arteria látja el, amely a környéki gyulladás következtében amúgy is szűkült lehet, az intravenás narkotikum pedig a légzőközpont működését hamarább gátolja, minthogy a narkotikum testszerte eloszlott volna és különösen a szűkült arterián keresztül a carotis isnust elérte volna, érthető, hogy az intravenás narkosisban végzett nyaki phlegmone feltárások után oly gyakran következett be halál. Mivel ily esetekben az intravenás altatás — bár kellő körültekintéssel alkalmazható — mégis veszedelmes, célszerűbbnek látszik kimondani, hogy szájfenéki és nyaki phlegmonek esetében a gyorsan ható intravenás altatószereket kerülni kell. (V. 53.)

ifj. Verebélyi Tibor dr.

Kisérleti vizsgálatok különböző gyógyszerek hatásáról a III. fokú égési sebek kezelésében. *Anagnostidis.* (Dtsch. Ztsch. f. Chir. 252. 4—6.) Nyulakon végzett nagyobbszabású kisérlet alapján a szerző kimutatta, hogy igen kiterjedt égések esetében a főcél a fehérje bomlástermékek felszívódásának megakadályozása. Kisterjedelmű égések alkalmával a gyors sebgyógyulás és a kozmetikailag kielégítő eredmény a főcél. Szövettanilag forró víz és tüzes vas okozta égési sebek között lényeges eltérés kimutatható nem volt. A forró víz okozta sebek gyógytartama mintha valamivel rövidebb volna. A gyógykezelés céljára felhasznált 5—10%-os tanninoldat, a 10%-os ezüstnitratoldat, a bismut-kenőcs kötés, valamint *Löhr* ajánlotta csukamájolajas kenőcs gyógyhatása között szerinte lényeges különbség nincsen, sem klinikailag, sem szövettanilag. (F. 48.)

Fedeles-Findeisen László dr

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Charlin-féle syndroma. *Albernaz.* (Arch. d'Ophthalm. 1939. 5.) A naevus nasalis syndromájának tünetei: a szem mellső segmentumának gyulladása, ezzel nem arányos intensiv szem, ill. orbitalis fájdalmak és nátha. Az orr érzéketlenítése (befúvás, tampon) utána a tünetcsoport azonnal megszűnik. A számos kóroktani tényezőn (fertőző betegségek, cukorbaj, gócfertőzés) kívül orrbántalmak is kiválthatják. Részletes irodalom. (G. 76.)

Grósz István dr.

Szemkankó sulfamidkezelése. *Ulrich.* (Klin. Mon. Aug. 103. 2.) A kölni szemklinikán 6 csecsemő-blenorrhoeát kezelt ulironnal. Adagolás: 4 napon át háromszor 0.25 g, vagy napi 0.5 g. Helyileg oxycyanat mosás. A szer a váladékot kifejezetten csökkenti, de elhagyásakor az újból megindul. Végleges klinikai illetőleg bakteriologiai gyógyulást nem biztosít. Vom *Hofe* négyszer ½ tbl. uliront ad, míg *Marchesani* A-vitamint nyújt belsőleg a szarú védelmére. [L.: O. H. 1939. 24. (G. 78.)]

Grósz István dr.

Rickettsia és trachoma. *Barley.* (Arch. of Ophtalm. 1939. 8.) Trochomás indiánok tetvei csak 1%-ban tartalmazzák a Rickettsiát bélcsatornájukban (R. pediculi). Elemi testre gyanus képlet nem található bennük; a tetveket szétdörzsölve azok nem hoznak létre majmon kötőhártyagyulladást. Trachoma virust tetűbe oltva eltünik 48 órán belül; szétdörzsölve szintén apathogenek. Ezek szerint a tetű nem vectora a tr. virusának. [*Cuénod*, stb. (G. 79.)]

Grósz István dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Ritkábban előforduló daganatféleségek a homloküreg területén. *H. Uffenorde.* (Der Hals-, Nasen- és Ohrenarzt. *30. 4.)* Cikkében egy igen nagy kiterjedésű mucokelet; kétoldali pneumosinus dilatanst, szokatlan nagy osteomát; egy, a homlokcsontból kiinduló valódi cholesteatomát; egy, a mellső rostasejtekben helyetfoglaló óriássejtű sarkomát és egy orbitalis neurofibromát említ. A mucokele kiterjedése miatt bír különös érdekkel, a jobb sinus frontalisból kiindulva átterjedt a másik homloküregre, a rostasejtekre és a bal orbitára, nagy darabon szabaddá tette a durát is és a bal szemgolyó mögött betört az azonoldali iküregbe is. Tartalma kb. 200 ccm, szürkés-sárga, genyhez hasonló nyálkás váladék, melyben azonban fehérversejt csak elvétve volt. Traumás eredetű. A frontalis eredetű pneumosinus dilatans abban különözik a pneumatokelétől, hogy növekedésével nem roncsolja a csontos falat. Keletkezése a megfelelő ductus nasofrontalis elzáródására vezethető vissza. Az osteoma nagyságával tűnik ki. (3.5 : 2.5 : 2 cm). Traumás eredetű. Valódi cholesteatoma a homloküregben ritka. Keletkezése még a foetalis korban szétszórt epidermis csírokra vezethető vissza. A nagy cholesteatoma a duraból indult ki és áttört a homloküregbe és az orbitába. A rostasejtekből kiinduló óriássejtű sarkoma igen ritka, szerkezetében hasonló az epulishoz. Néha bevérzések miatt barnás színt kap, ezért „barna daganat"-nak is nevezik. Lefolyásában és gyógyulásában jóindúlatúságot mutat. A Recklinghausen-féle betegségben szenvedő betegen megfigyelhető volt az orbita és a töröknyereg neurofibromája, mely ráterjedve az iküregre, azt szétroncsolta. Ez a megjelenési forma egészen kivételes. — (A. 59.)

Ajkay Zoltán dr.

A nyakcsigolyák garateredetű osteomyelitise. *E. Urbantschisch.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 7.) A nyakcsigolyák osteomyelitise ritka betegség, főleg gyermekeken fordul elő. Rendszerint phlegmone, angina kapcsán jelentkezik. A csontvelőben lezajló gyulladás néha pyemiának, vagy sepsisnek lehet az okozója. Előfordul, hogy a garatban lévő elváltozás már meggyógyul, amikor a csontmetastasis mutatkozik. A betegség rendesen hirtelen kezdődik, magas lázzal. A csigolyák tövisnyulványa nyomásérzékeny és hullámzó tésztatapintatú duzzanat keletkezik. Nem ritkán az idegrendszer részéről kóros elváltozások jelentkeznek. Szerző két esetet közöl, ahol a nyakcsigolyák osteomyelitise közvetlenül tonsillektomia után lépett fel, koponyaalapi és nyaki tályogok jelentkeztek, majd pachymeningitis és sinus thrombosis keletkezett. A nyaki csigolyák infectióját minden valószínűség szerint a paratonsillaris szöveteknek az infiltratiós anaesthesia és a műtét okozta ártalma hozhatta létre. Ehhez járult még a szervezet ellenálóképességének a műtét következtében beállt csökkenése, továbbá bizonyos egyéni dispositio. (A. 65.)

Hajnal György dr.

Az otogen sepsis sajátosságai a csecsemő- és gyermekkorban. *Hofer.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 8.) Szerző az otogen sepsis tünettanában klinikailag megkülönböztet egy metastasis képződéssel (pyaemia) és egy metastasis képződés nélkül (sepsis) jelentkező általános infectiót. Ez a két forma gyakorlatilag a lefolyásban, a tünetekben és a lázgörbében tér el egymástól. Otogen pyaemiánál a csecsemőkorban főleg tüdőmetastatisok fordulnak elő. A lefolyás elhúzódó, lázas és láztalan napok váltakoznak. Az otogen sepsis lefolyása ezzel szemben gyors- és súlyos: a toxikus tünetek, az öntudatzavarok és a collapsus előbb utóbb halálhoz vezetnek. Gyakori a csecsemőkorban a latens mastoiditis, amikor a diagnosis eldöntésére próbaantrotomiát kell végezni. A therapiára vonatkozólag a szerző hangsúlyozza, hogy mindenek előtt a fül területén az elsőleges góc sebészi eltávolítása fontos. A conservativ kezelés lényegében nem különbözik a felnőteken használatos chemo-, sero- és vaccinatherapiától. Prontosil használata előnyösnek látszik. (A. 66.)

Hajnal György dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

Besnier—Boeck—Schauman-féle betegségnek a tüdőben localisált esete 13 éves leánygyermekben. *Goldschlag-Gröer és Meisels.* (Ztschr. f. Khk. 1938. 59.) 13 éves leány grippés tünetek között betegedett meg. A gyermek étvágytalan lett, fogyott, bágyadt és elesett volt és sokat köhögött. Láza 37—38 C° között ingadozott. A vizsgálatkor a physikalis lelet negativ volt. A tüdőről készült röntgenfelvétel azonban a hilusokban hatalmas daganatárnyékot mutatott, amely az egyik oldalon kisalmányi, a másikon egy középnagyságú uborkának felel meg. A tuberkulin-próbák mind negativnak bizonyultak s a vérkép sem mutatott semmi jellegzetes elváltozást. Röntgenbesugárzást adtak, majd magaslati kúrára küldték. ½ év mulva jelentékeny javulás állott be a gyermek állapotában: fáradtsága, étvágytalansága, köhögése elmúlt, subfebrilitása megszünt. Ez a remissio kb. 3 hónapig tartott, akkor állapota újból rosszabbodott, amenynyiben a fentemlített tünetek ismét megjelentek. A betegség 2 évi tartama alatt 3 ilyen remissio és 3 rosszabbodás következett be teljesen hasonló körülmények közepette. Közben a röntgenkép lényegesen megváltozott. Míg u. i. az első felvételen csak massiv daganatárnyék látszott a hilu-

sokban, ½ év múlva ez kissé feltisztult és felritkult, újabb ¾ év múlva a felritkulás annyira terjedt, hogy teljesen a miliaris tbc-nek megfelelő képet mutatott a tüdőfelvétel. Közben a hilusok mind kisebbek, az ágazatosság mind erősebb lett s a miliaris foltozottság fokozatosan visszafejlődött, úgy hogy a betegség kitörésétől számított 2 év múlva a tüdőröntgen teljesen normalis képet mutatott, s a gyermek meggyógyult. Az egész idő alatt többször megismételt tuberkulin-reactiók mindvégig negativoknak bizonyultak. A betegséget *Boek* ismertette először, sarcoidnak tartotta, a későbbi szerzők a lymphogranulomatosis jóindulatú alakját vélték benne felismerni. Most csak annyit jegyeznek meg róla, hogy sem nem sarkoma, sem nem lymphogranulomatosis, a lényeget illetőleg teljesen bizonytalanok. (K. 134.)

Geldrich János dr

Diphtheria elleni védőoltás és vérantitoxin. *Paschlau.* (Klin. Wschr. 1939. 2.) 26 olyan gyermeket, akik az első aluminiumtoxoid oltás után 0, vagy minimalis antitoxin-(AT)-termeléssel reagáltak, 6 hónap múlva újra immunizált aluminiumtoxoiddal. A 26 rossz AT-képző gyermek közül 17 a második oltás után jelentékeny mennyiségű AT-t termelt. A gyakorlatban kétszeri aluminium-toxoid oltást ajánl 1 hónapos, vagy ennél nagyobb időközökben. Azok a gyermekek, akik az aluminiumtoxoid oltásra nagy általános reactióval feleltek, jobb AT-termelőknek bizonyultak — (K 128.)

Teveli Zoltán dr.

A gyermekkori pneumococcusmeningitisek pneumococcustypusai. *Joppich.* (Klin. Wschr. 1939. 50.) A gyermekkori pneumococcusmeningitisek esetében alkalmazható specifikus serumtherapiák értékét bírálja. A pneumoc. X. csoportba tartozók közül a 7. és 18. typusnak van nagy affinitása az agy- és gerincvelői burkok iránt. Ennek alapján régebben sok reményt fűztek a specificus serumkezeléshez. Újabb kutatásai alapján táblázatot közöl az utolsó 3 évben észlelésre került 28 pneumoc. meningitises gyermek liquorjának bakteriologiai leletéről (mind a 28 eset halállal végződött). A táblázatból kitünik, hogy a betegséget a legkülönbözőbb pneumococcusfajták idézhetik elő. Más szerzők véleményével szemben a typus-specificus serumtherapiáját gyakorlatilag kivihetetlennek tartja, mert nem lehet állandóan készenlétben tartani valamennyi törzs homolog immunserumát. Viszont a polyvalens pneumoc. serum alkalmazásának nincs értelme, mert hatástalan a gyermekkori fertőzésekben nagy szerepet játszó pneumoc. X. csoporttal szemben. (K. 126.)

Zvolenszky József dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Porphyrin-kimutatás különböző bőrbajokban. *J. Yamazaki.* (Jap. J. of Derm. and Urol. 1939. 45. 121.) A Brugsch-féle minőleges eljárás segítségével nyert eredményeket erősségük szerint osztályozta: a vizeletek negativ, gyengén positiv és erősen positiv reactiókat adtak. Ellenőrzésül 30 egészséges egyén vizeletét vizsgálta, 26 negativ, 4 gyengén positiv eredményt kapott. Xeroderma pigmentosum 2 esetét, epidermolysis bullosa hereditaria 2 esetét, pellagra 1 esetét volt alkalma vizsgálni, valamennyi erősen positiv volt. Lupus erythematodes disseminatus 3 esetéből 2 erősen positiv, 1 positiv volt, 10 lupus erythematodes discoidesből 3 volt gyengén positiv, 7 negativ. Positiv eredményeket kapott még psoriasisban (7 eset), erythema exsud. multif.-ban (5 eset) és salvarsan-exanthemában (7 eset). 33 ekzemás közül csak 6 beteg vizelete volt gyengén positiv. Dermatitis herpetiformis és bőrgümőkór negativ reactiót adtak. (Sz. 99.)

Emődi György dr.

Sarkoma eredet és trauma. *S. Tappeiner.* (Wien. Klin. Wschr. 1939. 35.) Bebizonyított dolog, hogy rosszindulatú blastomák keletkezhetnek külső behatásokra és ilyirányú kisérletes vizsgálatok a *Virchow* felállította ingerelméletnek első helyet biztosítanak a daganatelméletek között. Viszont szükséges a szervezet dispositiója is a daganatképződéshez. Éppen a bőrgyógyászatban figyelhető meg, gyakran az összefüggés, daganatfejődés és különböző idült ártalmak között, (physikai, chemiai és sugáringerek.) Igy gyakori a a rosszindulatú daganat dohányzók között, phimosis esetében, régi égési sebek nyomán, lupusos területeken, többnyire röntgenbesugárzás után, sőt késői syphilises elváltozásokon is. Sokkal jelentősebb, bár ritkább, ha egyszeri súlyos trauma okozza a daganatot. Hogy a szervezet dispositiója is szükséges mutatja, hogy a naponta előforduló számtalan sérülés semmi következménnyel nem jár. Egyesek kétségbevonták a sarkomák traumás eredetét, mások *Sauerbruch, Thiem, Borst)* lehetségesnek tartják. Újabban *Pick* írt mellette. Egyik közölt esetében az erőszakos behatás bizonyított: a trauma következtében hegképződés és ennek nyomán jelentkezett sarkoma. Ezek megfelelnek *Thiem* követelményeinek, viszont azt, hogy a baleset és daganat fellépése közt 3 héttől 2 évig terjedő időnek kell lennie, ma már nem tartja szükségesnek. *Borst* és mások többévtizedes intervallumot sem tartanak szokatlannak, néha viszont néhány hét elegendő. Végértelemben a szerző két csoportba osztja a traumák okozta sarkomákat I. évekkel a behatás után keletkeznek, s ez a regeneratiónak és proliferatiónak idült zavara, esetleg idegentestek által tételezhető fel. II. Pár héttel a behatás után jelentkező, még éretlen, úgyszólván csak sejtekből álló daganatok, melyek külsőleg gyors növekedést mutatnak, a vérpályába törnek, hamar képeznek áttételeket. Ilyenkor a szervezet dispositiója különösen szerepel. (Sz. 98.)

Horváth Dénes dr.

Kis mezők sugáradagja és reactiója elaprózott adagokkal, kis távolságról végzett röntgensugárzás mellett. *Kautzky.* (Strahlentherapie. 65. 2.) A Chaoul-féle eljárásban a mezőnagyságon és bőrgyujtópont-távolságon kivül a gyujtópont szélességét is figyelembe kell venni. Ha ez utóbbi nagyobb, mint a besugárzandó mező, a gyújtópont és a mező szélein keresztezés nélkül keresztülhaladó sugarak egymáshoz közelednek és bizonyos távolságban metszik egymást. Az ezek által bezárt térben a sugárhatás egyenletes lesz, ez a sugárzás magja. Ezt körülveszi a keresztezett sugarak létrehozta félárnyék-köppeny, ahol a sugárhatás kisebb, mint a magban. E meggondolások alapján a mezőnagyság és a gyujtópont szélességének megfelelő változtatásával el lehet érni azt, hogy a keresztülsugárzot szövet viszonylag kisebb legyen és csak egy bizonyos mélységig hasson a sugárzás. E jelenségek megfelelő kihasználásával fokozott sugárzási biztonság érhető el.

Dziobek László dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die feinsten Blutgefässe des Menschen in gesunden und kranken Tagen. II. kötet: **Zur speziellen Pathologie des feinsten Gefässabschnittes beim Menschen.** *O. Müller.* (XXII. + 928 lap, 233 nagyrészt szines ábrával, 4 táblával. F. Enke, Stuttgart. 1939. Ára fűzve: 57 RM.) A két év előtt megjelent első kötetet, mely a legkisebb erek bonctanát, élettanát és általános kórtanát ölelte fel, most követte az elsőnél még terjedelmesebb második kötet, melyet szerzője a tübingeni egyetemnek ajánlott. E kötet igen gazdag tartalmának részletes ismertetése lehetetlen, csak fontosabb fejezeteit említhetem. Az első részben főképen endogen, öröklődő betegségekkel foglalkozik és először részletesen ismerteti a legfinomabb vérerek hypo- és hypertoniáját, a hypertoniás-hypotoniás tünetcsoportot, annak keletkezését és az erre hajlamos emberek reactióját hormonokra, vitaminokra, különféle chemiai anyagokra, mechanikai és más hatásokra. Ezután tárgyalja a kis vérerek viselkedését az exsudativ diathesiben, különféle környéki keringészavarokban, majd a glaukoma kérdésével a szem ereivel a Manière-féle tünetcsoporttal, a gyomorfekély keletkezésére vonatkozó megfigyelésekkel, az endokrin és az allergiás betegségeket illető észleletekkel foglalkozik. A vesegyuliadás és az arteriosklerosis után nagy fejezetben ismerteti a kis ereknek a hypertonia különféle alakjaira jellemző viselkedését. A második részben a túlnyomóan exogen eredetű elváltozásokat tárgyalja: a hőmérséknek, a fürdőknek, a klimának, a sugárzásoknak a chemiai ingereknek és a fertőzésnek hatását a legkisebb erekre. — Új megfigyeléseken kívül összefoglalja saját és tanítványai 25 év folyamán végzett vizsgálatainak igen gazdag eredményét, de ezenkívül részletesen, sok helyütt szószerint idézve ismerteti másoknak, köztük a magyar szerzők megfigyeléseit is. A rengeteg adat értékelésében, az azokból levonható következtetésekben óvatos és ismételten hangsúlyozza, hogy ezek az adatok csak az egész klinikai kép alapján ítélhetők meg helyesen. Az előszóban kutatásainak céljául az ember hajszálérpathologiájának megalkotását jelöli meg és ezt mondja hagyatékának, melyet e könyvben közrebocsát. — A munka kiállítása kifogástalan, az ábrák, különösen a szinesek, kitűnőek.

Herzog prof.

Megjegyzések Petrovich Ferenc dr. cikkére: A schizophrenia görcskezelésének három évi tapasztalata (O. H. 31. sz.)

Petrovich Ferenc dr. idézett cikke a tárgyi ismeretek hiányát mutatja, ami a jóhiszemű olvasó figyelmét elkerülheti s így azokra rá kell mutatnom:

1. Cikke bevezetésében ezt írja: „A *Meduna* által propagált camphor- és a vele azonos cardiazol-kezelés, (mely nem más, mint synthetikus camphor) már a XVIII. században is jól ismert volt."

Meg kell jegyeznem, hogy a cardiazolnak semmi köze a camphorhoz, a cardiazol nem synthetikus camphor, mint azt *Petrovich dr.* hiszi, hanem chemiailag penta-metyléntetrazol. A comphor pedig trimethyl - 1 . 7 . 7 - bicyclo - (1 . 2 . 2) heptanon - 2. Erről különben akármelyik kézikönyvből meggyőződhetett volna a szerző.

A camphor belső adagolása tényleg ismeretes volt a XVIII. században, de később teljesen feledésbe merült. Körülbelül négy évvel a görcstherapia felfedezése után *Havas Gyula dr.* közölt egy cikket, amelyben ezekre a rég elfelejtett kisérletekre hivatkozik. Magam is találtam errevonatkozólag néhány adatot, hogy a legelőször *Auenbrugger* ajánlotta camphor-kezelés még a XIX. században is Magyarországon, Ausztriában és Franciaországban itt-ott felbukkant. *Ezeket az adatokat én is közöltem.* Természetesen ezek az adatok ismeretlenek voltak abban az időben, amikor a görcskezelést kidolgoztam, mert annak theoretikus alapja *Nyírő, Müller, Glaus* munkásságán épült fel s akikre mindenütt és minden alkalommal hivatkoztam; s így kétségtelenül rosszhiszemű *Petrovich dr.* beállítása, aki szerint én a régebbi, szájon keresztül adagolt camphor-therapiás eljárást csak felújítottam.

2. *Petrovich dr.* szerint „a cardiazol-kezelés . . . elől a betegek legtöbb esetben szinte természetszerűleg dissimulatióba menekülnek."

Eddig a világirodalomban körülbelül 5000 cardiazolkezelésről számoltak be a szerzők, de a félelem miatti dissimulatióról mindössze a *Simon-féle* (Budapest, Új Szent János kórház) közlemény ismeretes, (kb. 5—6 eset), ami valamennyi kezelt esetre vonatkoztatva egy ezreléket jelent. Ez a valószínűségnek olyan kis foka, ami *Petrovich dr.* kartárs urat nem jogositja arra, hogy „a betegek a *legtöbb* esetben a dissimulatióba menekülnek".

Petrovich dr. véleménye szerint: „A cardiazol kezelés . . . a központi idegrendszerben . . . semmiféle olyan biztosan kimutatható elváltozást nem hoz létre, mely a remissió bekövetkezését egy későbbi időpontban megmagyarázná."

Ez az állítás ellentétben van irodalmi ismereteinkkel, mert e pillanatban körülbelül kétszáz olyan közlemény van a világirodalomban, amely a cardiazolkezelésnek a központi idegrendszerre irányuló hatásával foglalkozik.

4. Érthetetlen szerző következő állítása: „Mindenesetre nagyon érdekesnek látszik megpróbálni, hogy a cardiazolnál lényegesen kisebb shokhatást előidéző, de nem a camphor-csoportba tartozó, nem hypo-, hanem hyperglykaemiát okozó gyógyszerrel milyen eredmények volnának elérhetők."

Mindenki tudja, hogy a cardiazolkezelés nem hypo-, hanem hyperglykaemiát okoz.

5. *Petrovich dr.* állítása szerint a cardiazolkezelés „magára az idegsejtekre hatástalan". Ez nemcsak hogy nem „kisérletileg és szövettanilag bizonyított tény", hanem még az ellenkezője sem áll. E pillanatban Északamerika több intézetében folynak errevonatkozó kutatások, amelyekből eddig még semmi sem került közlésre, az egy Wortis-féle közleményen kívül, amely az agyszövet respiratiós quotiensével foglalkozik.

Felsorolhatnék még több tévedést és pontatlanságot (*Moniz* a neve helyesen az agyműtéteket végző szerzőnek és nem Monitz; „cardiazol" a helyes megjelölés és nem cardiasol, ahogy sok helyütt írja), de nem akarom az olvasó figyelmét túlságosan igénybevenni s így csak két súlyosabb tévedésre hívom fel a figyelmet:

6. *Petrovich dr.* arra hivatkozik, hogy a cardiazolkezelés eredményeit azért nem lehet ma még pontosan elbírálni, mert hiányzik a „schizophreniás spontan remissiók pontos megállapítása hosszú évekre visszamenőleg".

Petrovich dr. összekeveri az ú. n. hosszmetszeti és keresztmetszeti statistikákat, amelyek összehasonlítása matematikai képtelenség. A világirodalomban régebben és újabban közölt spontan remissiós statistikák mind hosszmetszeti statistikák (5 évtől 16 évig tartó megfigyelési idő), míg az eddig publicált cardiazolkezelési statistikák keresztmetszeti statistikák. Két ilyen különböző statistikának összehasonlítása pedig megengedhetetlen. Eddig tudomásom szerint csak egy statistika jelent meg, amely a cardiazolkezelés remissióit azonos keresztmetszetben tünteti fel a spontan remissiókkal. Ez a közlemény a szegedi elmeklinikáról származik és végső eredménye az, hogy a cardiazolkezelés eredményei legalább 100%-kal jobbak, mint a spontan remissiók.

7. A szerző állítása szerint a Lipótmezei Elmegyógyintézetben a schizophreniás betegek gyógyulási arányszáma 26%, de elfelejti megemlíteni azt a tudományos közleményt, ahonnan ezt a statistikai adatot merítette. Ennek a forrásműnek megjelölése annál is inkább fontos lenne, mert szerző épepn a 26%-os spontan gyógyulási arányszámra hivatkozással jut arra a következtetésre, hogy a cardiazol-görcskezelés a betegek gyógyulási esélyeit rontja. Az igazság ezzel szemben az, hogy a Lipótmezei Elmegyógyintézet schizophreniás beteganyagának spontan gyógyulási arányszámát *Nyírő Gyula dr.* vizsgálta 1000 betegen, három éven keresztül és nem 26%, hanem 10—12% spontan gyógyulást talált.

Legyen szabad végül egy személyes jellegű megjegyzést tennem: *Petrovich dr.* véleménye szerint: „az egész eljárás egyedüli érdeme, hogy a figyelmünket a schizophrenia felé fordította." Ennek kapcsán üzenem azoknak a — reménylem nem kívülről — ösztönzött alorvos uraknak, akik eddig nem törekedtek irodalmi babérokra és most jóideje engem támadnak; nem lenne-e okosabb és célravezetőbb ha ők is fedeznének fel olyan eljárásokat vagy írnának olyan cikkeket, amelyek az egész művelt világ figyelmét egy-egy gyógyíthatatlan betegség felé fordítják?

Ilyen építőmunka helyett ezúttal is *Petrovich dr.* cikkének tendenciája arra irányul, hogy az olvasóval elhitesse, hogy én a cardiazol görcs-kezelési eredményeimet önkényes statistikai beállítással értem el. Hogy ez állításának súlyt adjon, cikkében kénytelen kétségbe vonni az amerikai szerzők hozzáértését, illetve tárgyi tudását: „Amerikai szerzők chronikus esetekben elért 48.4%-os eredménye olyan feltünő, hogy önkénytelenül is arra kell gondolnunk, hogy a kezelt esetek legnagyobb részét nem valódi schizophreniások adták", írja. — A hozzáértő olvasó számára felesleges hangsúlyoznom,

SEDYLETTA tabletta 30×0·015 gr

Általános hatású psychikus megnyugtató, kitűnő spasmolitikum | Szabadon rendelhető: OTI, MABI, MÁV, Székesfőv. S.A, DOBBI | Podmaniczky-gyógyszertár Budapest, VI

hogy a tudományos élet nívója az Egyesült Államokban jelenleg a legmagasabb európai nívót eléri és a szerzők megbízhatósága minden vitán felül áll.

Az eredményes amerikai statistikával párhuzamosan mellettem szólnak a svájci, olasz, osztrák, jugoszláv, angol, német statistikák is s a különböző nemzetiségű szerzők nyilván nem statistika-corrigálással értek el még az enyéimnél is jobb eredményeket, s talán a felfedezés értéke mellett szól még az is, hogy az utolsó három évben több mint 50, a gyógyítással foglalkozó kutató keresett fel Budapesten engem, a cardiazol görcskezelésnek a helyszinén tanulmányozása céljából.

Körülbelül 600 közlemény jelent meg eddig a világ minden művelt nyelvén, amelyek a görcs-kezelés eredményeiről és a kisérő physiologiai, biochemiai, stb. elváltozásokról számoltak be; s ha volt is egynéhány, amelyik lelkesedés helyett kritikával illette felfedezésemet, egy sem akadt, amelyik *Petrovich dr.*-hoz hasonlóan a statistika subjectiv kezelésével vádoljon. Ez az eljárása felment engem attól, hogy a jövőben munkásságával foglalkozzam.

Meduna László dr.
főorvos, a chicagói Loyola Egyetem ideg és elmekórtani tanszékének ny. rk. tanára. (Associate Professor.)

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 39. sz. *Rietschel H.* és *Schick H.*: 160 napig tartó C-vitaminmentes táplálkozás. Megfigyelések emberen. — *Petzold G.* és *Zaeper G.*: Megjegyzések a tüdőgümőkór kezeléséhez. — *v. Hofe K.*: Az intermediaer zsiranyagcsere élettana és kórtana. — *Branscheid F.* és *Ehrhardt L.*: Egészéges egyének lymphocytaszáma Jénában és ennek viszonya a vérsavó kationtartalmához. — *Condorelli F.*: Adalék a Takata—Dohmoto pelyhesedési reactio methodijákához és biochemiai mechanismusához. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 39. sz. *Mühlens P.*: Malariaellenes tömegproyphylaxis. — *Boldt A.*: Nekrobiosis lipoidica. Adat a diabetes mellitus és bőr összefüggéseihez. — *Fervers C.*: Functionalis-psychikus betegségek elterjedése és szaporodása. — *Wallbruch E.*: Tapasztalatok Leukichtan mite ichthyolkenőccsel friss felületi és fertőzött sebek kezelésében. — *Reding R.*: Folliculin és rák.

Deutsche Medizinische Woschenschrift. 39. sz. *Löhlein* A szem és látópálya leggyakoribb háborus sérülései. — *Werner:* Óvóintézkedések malaria és kiütéses typhusfertőzés ellen a lengyel haditerületen. — *Pfaff:* Totalis tuberculosisleküzdés. — *Bundelmann:* Sziv, keringési és koszorusérelégtelenség. — *Hahn:* Adat a spontanpneumothoraxhoz. — *Grafe:* Ágybavizelési tünet lues congenitalis esetében. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 39. sz. *Stracker O.*: A bécsi lakosság egyes korosztályainak testi állapota a katonai szolgálat szempontjából. — *Chwalla R.*: Ágyéki fájdalmak elkülönítő kórismeje. — *Matras A.*: A haematologia jelentősége a bőrgyógyászatban. —

Medizinische Klinik. 39. sz. *Pels Leusden F.*: Sipolyok kezelése. — *Klewitz F.*: A thyreotoxicosisok conservativ kezelésének határai. — *Eichholtz Fr.*: Újabb megismerések a vastherapia és pharmakologia terén. — *Decastello A.*: A bélnyálkahártya angiomaszerű teleangiektasiái cystikus nyirokértágulattal, mint halálos belvérzés forrása. — *Haring:* Chronikus gastritis jelentősége a gyomorrák keletkezésében. — *Irle S.*: Nyersnedvkúrák egyes belső betegségek kezelésében. — *Günther H.*: Heveny és chronikus betegségek. —

La Presse Médicale. 73. sz. *Darriaux A.* és *Desgrez H.*: Idegentestek localizálása a Stroh-féle eljárással. — *Leriche R.*: Hasznos és hasznavehetetlen csonkok. A felső végtag különböző csonkításainak és kiizesítéseinek összehasonlító értéke. — *Cain A.*: Az aranyeres végbélelőesés kezelése.

British Medical Journal szept. 23. *P. K. Mc. Cowan:* Hallási és látási hallucinatiók jelentősége. — *W. Critchley:* Látási és hallási hallucinatiók ideggyógyászati szempontból. — *A. M. Fleming:* Puerperalis sepsis és streptococcus haemoliticus. — *A. Sorsby:* A civil lakosság szemészeti ellátása háború esetén. — *E. C. Benn:* Sulfanilamid a scarlatina kezelésben.

VEGYES HIREK

Személyi hírek. A Kormányzó Úr Őfőméltósága *Borsos-Nachtnebel Ödön dr.*, a debreceni Tud. Egyet. nyilvános rendkívüli tanárát és *Melczer Miklós dr.* a szegedi Tud. Egyet nyilvános rendkívüli tanárát, egyet. nyilvános rendes tanárrá kinevezte. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Páll Gábor dr.* egyet. magántanárt a kassai, *Vajna Gábor dr.* egyet. tanársegédet az ungvári bábaképző intézet igazgató tanárává, *Kovács Imre dr.* egyet. magántanárt bábaképzőintézeti tanárrá kinevezte.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen szeptember 27-én: *Lenkey Györgyi, Parczer Ágnes, Lőrinvz Árpád, Papp Károly, Kimmerling József, Szabó Zoltán, Bengernó M. József, Wathy István, Göbölyös János, Thezarovich Antal, Klébert Márton, Lampérth Zoltán* és *Bihari Tibor.* Üdvözöljük az új Kartársakat!

Lapunk mai számához a Magyar Pharma gyógyáru rt., Budapest, *gyógyszerkészítményeiről* szóló ismertetését csatoltuk.

2028—1939. 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, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *segédorvosi állásra*, illetve ennek betöltése esetén üresedésbe jövő, havi 80 P fizetés, természetbeni lakás, fűtés világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *orvosgyakornoki állásra 1939. évi október hó 10-iki* lejárattal pályázatot hirdetek.

A segédorvos kinevezése esetén 3 évi segédorvosi, vagy azzal egyenlő értékű szolgálattal bírónak a 300—1935. B. M. sz. rend. alapján, mint alorvosnak a X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés jár. Kinevezett orvos magángyakorlatot nem folytathat.

Az állás kinevezés esetén lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybélyeggel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja thj. város főispánjához, Dr. Nagykászonyi Kászonyi Richard főispán úrhoz címzetten, baja város közkórházába adandó be.

Baja, 1939. szept. hó 28.

Bernhart Sándor dr. polgármester.

Leukoplast pagtapasz azonnal tapad, a bőrt nem izgatja, ragadóképessége kifogástalan
Magyar gyártmány!

Elastoplast rugalmas tapaszkötés
Beiersdorf Vegyészeti Gyár R.-T. Budapest, XIV.

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. józű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik szeptember 24—30. között. Szeptember 24., 25. és 27-ike *a betörési frontok* iránt érzékenyek számára súlyos napok voltak. *Felsiklási frontra* utaló reactio csak az utolsó napon jelentkezhetett. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Szeptember	24	7	Betörési	Mérsék.	Szélélénkülés 5 m/mp-ig.
	24	8	„	Erős	Széibetörés, max. s-b 14 m/mp.
	24	14	„	-	Le nyomásugrás, a Mátrában zivatar.
	24	17	„	Gyenge	Kis zápo eső.
	25	6	„	Er s	Hirt. szélvih r 22 m/mp, Mátrában első hó.
	25	18	„	Mérsék.	Széle ősődé , légnyomasugrás.
	2	8	„	-	Uj szél oh mok 11 m/mp-ig.
	27	11	„	-	Szél o hamok 15 m/mp-ig.
	27	16	„	Erős	Szélvihar 17 mmp, hirtelen lehülés.
	27	20	„	-	Szélvihar 18 m/mp, lehülés +6 fokig.
	28	12	„	Gyenge	Hirtelen szelélénkü és
	28	15	„	„	Szélrohamok NY-ról É-ra.
	28	19	„	„	Szélélénkülés.
	28	23	„	„	Kis szel lénk., szélford. NY-ról K-re.
	30	7	Felsikl.	„	Felhőátvonulás DK-ről, nyomásül yedés.

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

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

HETIREND

Október 17-én este 3/47 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése: *Fischer Aladár dr.:* Az ulcus pepticum sebészete. (Benedict emlékelőadás.)

„Belgyógyászatban jártas és esetleg szülészethez is értő fiatalabb keresztény *orvost keresek azonnalra* fix fizetéssel. Jelentkezés fizetési igényekkel, szakorvos előnyben. Kórházban elhelyezkedni óhajtó, tőkével rendelkező szakorvosoknak később esetleg kitünői végleges elhelyezkedésre is alkalom nyílik. *Rémy Ferenc dr.* Mezőkövesd. Kórház.

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.

131—1939. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló szolnoki m. kir. Bábaképző Intézetben megüresedett *tanársegédi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, az Intézetben egy bútorozott szobából álló lakás, ingyenes fűtés és I. oszt. ingyenes élelmezés. A kinevezés egy év időtartamára szól, mely pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Intézeti bentlakás kötelező. Magángyakorlat folytatása tilos.

Felhívom a pályázni óhajtó nőtlen orvosdoktorokat, hogy az alábbiak szerint felszerelt és 2 P-s okmánybélyeggel ellátott kérvényüket a vallás- és közoktatásügyi miniszterhez címezve, de hozzám, *f. év október hó 15-ig* annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kényvényeket figyelembe nem vehetem.

A kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat és a leszármazást igazoló irat a 7720—1939. M. E. sz. rendelet 1., 3. és 9. §-ai szerint; 2. erkölcsi bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma másolata; 5. orvoskamarai tagság igazolása; 6. életleírás; 7. egyetemi leckekönyv; 8. szakorvosi képesítés igazolása; 9. eddigi működést igazoló okmányok. Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Szolnok, 1939. szeptember 30.

Konrád Jenő dr. s. k.
eü. főtanácsos, igazgató-tanár.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál-utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 41. szám. Budapest, 1939 október 14.

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 SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Németh Pál: Uj streptobacillus (Ducrey) vaccina. (929—932. oldal.)
Kibédi Varga Aladár: Gyomorbéleredetű seborrhoeás kórképek gyógyítása. (932—933. oldal.)
Angyal Lajos és **Gyárfás Kálmán:** Újabb adatok az idegrendszeri lues fajlagos vaccinakezeléséhez. (933—935. o.)
Geldrich János és **Dudás Pál:** A gyermekkori pyuriak mandulasavas kezelése. (935—936. oldal.)
Goreczky László és **Berencsi György:** A hypertoniás betegek plasmafibrinogen tartalma. (936—937. oldal.)
Puskás Zoltán: Féregnyúlvány és megcsavarodott petefészektömlő együttes kiirtása. (937—938. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (153—156. oldal)
Irodalmi szemle: (938. oldal.)
Petrovich Ferenc: Válasz Meduna László dr. „Megjegyzés"-eire. (938—939. oldal.)
Grósz Emil: † Harvey Cushing. 1869—1939. (939. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (939—940. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Kún-utcai fiókközkórház II. sz. női bujakóros osztályának közleménye. (Főorvos: Kollarits Béla.)

Új streptobacillus (Ducrey) vaccina.

Irta: *Németh Pál dr.* alorvos.

Ito alapvető kutatásai, amelyek 1913-ban a lágyfekély immunitási és allergiás kérdéseire vonatkoztak, teljesen új útat nyitottak a lágyfekély gyógyítására. *Ito* mutatta ki először lágyfekélyes betegeken, majd immunisált állatokon az agglutinatiót és praecipitatiót, majd ugyancsak ő végzett először sikeres complementkötési reactiókat. Ezek a vizsgálatok megállapították, hogy a lágyfekély nemcsak helybeli megbetegedés, hanem vele kapcsolatosan a szervezet jelentékeny allergiája következik be, ami viszont a gyógyítás terén újabb lehetőségek keresésére adott alapot. *Ito* vizsgálatai nyomán számos szerző foglalkozott a lágyfekély immunitási és allergiás kérdésével, akik minden tekintetben megerősítették vizsgálatának helyességét. Igy elsősorban *Reenstierna, Frei, Nicolle,* és *Durand, Rivalier* stb., akik az immunitási kérdések mellett különösen az allergiával foglalkoztak. E kutatások eredményezték azt a már minden oldalról megerősített és elfogadott tényt, hogy a fajlagos vaccinával bőrbe adott ajtások az esetek igen nagy százalékában positiv eredményt adnak, ami a lágyfekély nagyfokú allergiáját mutatja. Ezen allergiás állapot évtizedekig fennállhat, amint azt *Reenstierna* 50, *Frei* pedig 28 esztendővel a fertőzés után kimutatta.

A lágyfekély cellularis és humoralis allergiájával *Szép* dr.-ral mi is foglalkoztunk 1932-ben és a complement fixatio, valamint a bőrbe adott ójtások positivitásának messzemenő fajlagosságát kétségen kivül bizonyítottnak találtuk.

A lágyfekély gyógykezelésében ezen immunitási és allergiás folyamatok megállapítása előtt a helybelileg alkalmazott vegyszerek játszották a legfőbb szerepet. Ismert tény ugyanis, hogy a lágyfekély gyógyítása igen sok esetben egyszerű, helybeli kezeléssel könnyen, simán megoldható. Azonban bizonyos esetekben nagyon megnehezített, vagy legalább is soká elhuzódó ez a kezelés. Ilyen eseteket képeznek a nehezen hozzáférhető helyeken fekvő fekélyek (fekélyek a húgycsőben, hüvelyben, cervixben, nőkön nagyon gyakran az anusban, phimosisos praeputium belső lemezén stb.) mely helyeken a kezelési nehézségektől eltekintve a fekélyesedés igen nagy fájdalmassággal is jár.

Csak az immunbiológiai kérdések tisztázása után fordult nagyobb figyelem a fajlagos gyógykezelés felé. Fajlagos vaccina kezelést *Ito* alkalmazott először 12 buboval szövődött lágyfekélyes betegen a legjobb eredménnyel. *Ito* után fajlagos vaccinával kezelt esetekről a szerzők hosszú sora számolt be, akik közül különösen a franciák vannak nagy számmal képviselve. A vaccinát eleinte izom közé befecskendezve használták. Később a gyüjtőeres kezelésre tértek át. A vaccinakezelés fejlődése eleinte lassan haladt, aminek fő oka abban rejlett, hogy autovaccinával dolgoztak. A streptobacillus kitenyésztése nehéz, ezért az autovaccina készítése is igen körülményes. Régebben állandó vaccina nem állott rendelkezésre. A szerzők különböző eljárásokkal készült autovaccinát alkalmaztak és az elért végeredményeik is ezért igen különbözők voltak.

1925-ben *Nicolle* és *Durand* előírásai alapján a párisi *Specia* (Societé Parisienne D'Expension Chimique) gyár *Dmelcos* néven állandó, kifogástalan jóhatású streptobacillus-vaccinát hozott forgalomba. A vaccina néhány év alatt az egész világon elterjedt s az elért gyógyeredményekről számos, különösen francia szerző számol be. Hazánkban 1930. óta használják a Dmelcos-vaccinát és az elért gyógyeredményeket több hazai szerző ismerteti.

A streptobacillus tiszta tenyészetét legelőször két orosz szerzőnek *Istamanoff* és *Akspianz*-nak sikerült előállítani, 1897-ben emberi bőrextractummal készített agar táptalajon. Az így nyert tiszta tenyészetből emberre visszaojtva kifogástalan streptobacillus tenyészetet kaptak. Mivel eljárásukkal csak gyér eredmény volt elérhető, a figyelem inkább a vérsérummal készült táptalajok felé fordult. *Besancon, Griffon* és *Le Sourd* 1901-ben megjelent alapvető munkája, mely a streptobacillus tenyésztését tárgyalja mindmáig irányadó e kérdésre vonatkozóan.

A streptobacillus kitenyésztése nem könnyű feladat. Az első akadály a kiindulási anyag tisztán vételének nehézségében rejlik. T. i. a lágyfekély elsőleges pusztulája igen rövid életű, hamarosan felszakad s az így nyított fekély ugyszólván azonnal másodlagos

uton fertőződik. Idősebb fekélyek kivételnélkül genykeltőkkel fertőzöttek. Ojtási anyagot nyerhetünk zárt felpuhult bubokból, ojtási fekélyekből és végül megfelelően előkészített fekélyekből. Ha bubokból vesszük az anyagot, rendkivül fontos, hogy a sterilen megnyított bubo *falától* vegyük azt, mert a streptobacillus a genyes beolvadással autolyticus bomlást szenved és igen gyorsan elpusztul. Épen ezért a bubokból vett anyaggal aránylag ritkán érünk el eredményt. Inkább jár sikerrel az ojtás az ojtott fekélyekből. Ojthatunk a bőr felületen, a Pirquet-féle eljárással hasonló módon, bőr alá, valamint bőrbe. Lényeges az, hogy az ojtásra szoruló anyagot megfelelő helyről (az alább leírt módon kezelt helyről) vegyük és az ojtott területet a legpontosabban védjük (legmegfelelőbb óraüveggel) a másodlagos fertőzéstől. Ha az ojtási anyagot az eredeti fekélyből vesszük, szükséges azt előbb amennyire lehetséges a genykeltőktől megszabadítani. Legcélszerűbb a fekélyt és környékét alkohollal alaposan megtisztítani, majd a fekély alapján és szélét jodtincturával megecseteljük és felületét collodium-hártyával vonjuk be. 1—2 nap mulva a collodium-hártya eltávolítása után a fekély széle alól a falról vesszük az ojtáshoz az anyagot.

A tiszta tenyészet nyerésének második főkelléke a megfelelő kifogástalan táptalaj. A streptobacillus életfeltételeit tekintve a kényesebb természetű bacillusféleségekhez tartozik. Életbentartásához vér, illetve vérserum nélkülözhetetlen. Kiszáradást, hőmérsékingadozást rosszul tűr. Hőoptimuma 38 C°; 40 C°-nál igen hamar elpusztul, úgyszintén nagyon ártalmas rá az alacsony hőfok. Ugyanazon tenyészetek növekedési változatai az átojtások folyamán, szintén egyik főjellegzetessége a streptobacillus törzseknek. Ezen változás oka feltétlenül a táptalajok minőségében keresendő, mely viszont a ma használt véres, illetve serumos táptalajok H-ion-concentratiójának változásával van összefüggésben.

Újabb szerzők merev, félmerev, illetve folyékony táptalajokat alkalmaznak, melyeken adataik szerint különböző százalékban sikerült tiszta tenyészeteket nyerni. Előkísérleteimben csaknem az összes eljárásokat kipróbáltam többszáz ojtással kapcsolatban eredménytelenül, míg végre a *Kollarits* ajánlotta összetételű táptalajon az esetek mintegy 70%-ában már rögtön az eredeti, előkészített fekélyekből sikerült tiszta, kifogástalan streptobacillus-tenyészetet nyernünk.

Az ojtáshoz az anyagot a már ismertetett módon előkészített, vagy ami megfelelőbb, a meg nem nyílt fedelű fekélyekből vesszük. Az ojtás után 24 óra múlva finom, szabad szemmel alig észlelhető felhőszerű gomolyagban jelentkező pelyhek mutatkoznak, amelyek újabb 24 óra múlva nagyobbodva, összetapadva, finom, szürkésfehérszínű hártyává alakulnak, kissé a kémcső falára is ráterjednek. Egyes esetekben csak a második, vagy a harmadik napon jelentkeznek szabad szemmel látható telepek. Átojtásukat 48 óránként végezzük. A bakteriumok azonosítása mikroskopiai úton egyszerű. A streptobacillus igen jól festődik lúgos methylenkékkel. Leggyakrabban használják az *Unna* polychrom methylenkék oldatát, mely festés lényege az oldat methylenazur tartalmán alapszik. A kettős festések közül a legszebb képet adja, egyszersmind a legtökéletesebb eljárás a *Pappenheim* carbol-methylenzöld-pyronin festése. Az eljárás a következő: A tárgylemezre vékonyan kikent anyagot levegőn megszárítjuk. A higítatlan festékkel leöntve enyhén melegítjük. Festési idő 8 perc, majd lemosás. A bakteriumok élénk vörös színűek, a polynuclearis leukocyták magvai kékes-zöldek, a monocyták és lymphocyták vöröses kékek. *Gram* szerint a streptobacillus negativ, tehát differentiálás után utó-festék színét mutatja. A streptobacillusok 1.5 mikron hosszú, 0.4—0.5 mikron vastag, rövid, végükön lekerekített pálcikák. Néha olyan rövidek, hogy kissé megnyult coccus formát mutatnak. Rendkívül jellegzetes a láncokba való elhelyezkedésük, azonban kisebb csomókat is képeznek. A láncok 30, 40, sőt több tagból is állanak. Jellegzetes még a különösen higított carbolfuchsin festéssel feltüntethető kétsarkú festődés. A tenyésztett streptobacillusok, miképen az emberi szervezetben, láncokban helyezkednek el, melyek egymást keresztezik. A bacillusok kétsarkú festődése, mint azt a fekélyből vett készítményen gyakran észlelhetjük, itt ritkán látható.

A kitenyésztett törzsekkel számos ojtást végeztünk lágyfekélyes betegeken, majd az ojtási fekélyekből kifogástalan tenyészetet kaptunk. A tenyészetek élettartama igen hosszú. Van olyan törzsem, amely már a 150 átojtáson is túl van, kétnaponkénti átajtások mellett. Ezen idősebb törzsekre jellemző, hogy bár alakilag streptobacillusoknak felelnek meg, velük ojtásokat végezni nem sikerül. Jelenleg 14 törzsem van életben.

A Pápai-féle serumtermelő intézettel összeköttetésbe lépve, hosszas kisérletezés után útmutatásaink szerint sikerült az ilyen módon nyert tiszta streptobacillus tenyészetekből állandó, minden tekintetben kifogástalan hatású vaccinát készítenünk. A vaccina fajlagosságát két úton igyekeztünk bizonyítani: az élettani reactiók és a complement-fixatio útján. Az élettani próbák, mint azt már említettük, *Ito*, majd *Reenstierna* kisérletei alapján lágyfekélyes betegeken igen nagy százalékban positivek és csaknem az egész életen át azok is maradnak. Az életani reactiókat bőrbe adott ojátsok formájában alkalmazzuk az alkar hajlító felszinén. Hosszabb kísérlettel sikerült megállapítani azt a csíraszámot tartalmazó mennyiséget, amely negativ esetekben még nem, lágyfekélyeseken már positiv eredményt ad. A legmegfelelőbb 0.1 mm^3-ben 25 millió csíra. Benzinnel és alkohollal alaposan megtisztított alkar hajlító felületén egymástól kb. 5 cm távolságra, pontosan a bőrbe fecskendezzük az említett mennyiséget és a két injectio közé a középre 0.1 ccm 0.5%-os carbolos élettani konyhasó oldatot adunk. Ugyanakkor ellenőrzésképen egy bizonyosan lágyfekélymentes egyénen is elvégezzük a próbát. Az eredmény elolvasása 48 óra múlva történik. Positiv a próba, ha a vaccinaojtás helyein beszűrődött, nyhén kiemelkedő vörös színű, több mm. átmérőjű lobos udvarral körülvett göb keletkezik. A próba sok esetben a gyulladásos tünetek nagyobb fokát is mutatja, a középpontban pustulával, esetleg felületes, kisebb fokú elhalással. A próba positivitásának legjellemzőbb kifejezője a göb körül elhelyezkedő meglehetősen széles lobos udvar. A próba legerősebb buboval szövődött, vagy nagyobb kiterjedésű, esetleg többes lágyfekélynél. Átlag 8—10 napig észlelhető, majd nyom nélkül visszafejlődik. Nem szövődményes, vagy felületesebb, kisebb fekélynél a próba kisebbfokú, de mindig jól kifejezett. Egészségeseken a vaccinaojtások helyén felületes, be nem szűrődött lobos folt keletkezik, mely 3—4 nap alatt teljesen, nyom nélkül eltünik. A helybeli reactióhoz hozzájárulhat még positiv esetben az általános reactio, több-kevesebb hőemelkedés formájában, továbbá a gócreactio, mely lágyfekély, illetve szövődményeinek kifejezettebbé válásában nyilvánul. Saját vaccinánkkal végezve a reactiókat, messzemenő nagy százalékban positiv eredményt kaptunk. Kivételt képeznek erősen leromlott, lesoványodott betegek, kiknek anergiája nyil-

ványaló volt. A fertőzött szervezet allergiája úgyszólván egész életen át fennáll, a fertőzés után évtizedekkel is kimutatható. Allergia mesterséges úton is létrehozható, mint azt *Ito* vaccinával kezelt állatkísérleteive bizonyította. Az allergiát előidéző hatóanyag a bacillustestek szétesése alkalmával felszabaduló endotoxin (streptobacillin). Az élettani próba gyakorlati értéke különösen kórjelzési szempontból jön számításba. Különböző eredetű bubok közötti elkülönítésre hasznos útbaigazításul szolgálhat. Igy a coccogen eredetű, tuberculosisos, gombás és különösen újabban a lymphogranulomás bubok elkülönítésére feltétlenül elvégzendő.

A complement-fixatio szintén a fajlagosság nagyértékű bizonyítéka. Kiindulásul, mint azt *Széppel*, legutóbbi közleményünkben végzett munkánkban, ismét a *Legezinszky* és *Kwiatkowszky* eljárását alkalmaztuk, mely azonos a W.-R.-nak *Calmette* és *Massol* szerinti módosításával. Lényege az antigen titrálása complementtel, a többi reagensek állandó mennyisége mellett. (Részletesen közölve: Arch. f. Derm. u. Syph. 163. 3.) ezért ennek ismertetését mellőzzük. Dmelcos-vaccinával, mint antigennel végezve a complement-fixatiós kisérleteinket *Széppel* arra a megállapításra jutottunk, bár feltétlenül kimutatható a fajlagos antitestek jelenléte és a reactio messzemenőleg fajlagos, de éppen az akkor használt antigen (Dmelcos-vaccina) tökéletlensége miatt nem megfelelően érzékeny. A hiba valószínűleg a vaccina alacsonyi csiraszámában rejlett, vagyis a concentratio csekély volta eredményezi a reactio érzékenységének kisebb fokát. Saját tiszta tenyészetünkből különböző eljárásokkal készült más és más concentratiójú antigenekkel végeztük a complement-kötési reactiót. Az eredmények igen jóknak mondhatók és sikerült a reactió érzékenységét növelni. Tekintve az idevonatkozó kutatásaink további kiépítését, továbbá az e kérdést tárgyaló ismertetés hatalmas anyagát, ezirányú kisérleteimről más helyen fogok beszámolni.

Mivel így az általunk készített vaccinának fajlagosságáról megbizonyosodtunk, gyógyító hatását vizsgáltuk. A használt vaccina 1 ccm-ben 225 millió csírát tartalmaz 0.5%-os carbollal conserválva élettani konyhasó oldatban. Alapos felrázás után (ami alkalmazás előtt elenegedhetetlen) enyhén opalescál szabad szemmel látható szemcséket, foszlányokat nem tartalmaz. Az alkalmazás gyűjtőeres befecskendezés formájában történik, mert a bőr alá, illetve az izom közé adva, eredmény alig mutatkozik. Mintegy 110 légyfekélyes betegen több, mint 200 esetben végeztünk vaccinás kezelést. Az esetek a lágyfekély legkülönbözőbb formáit és szövődményeit mutatták. Legtöbbször egy befecskendezés elegendő volt, de három befecskendezésnél több egyszer sem volt szükséges. Az egyes befecskendezések között öt napos szünetet tartottunk. A vaccina hatásának megítélése szempontjából a kezelés ideje alatt a beteg semmiféle kezelésben nem részesült. A befecskendezés után átlag 1—1.5 óra múlva (ez az időtartam esetenkint különböző: legrövidebb 15 perc, leghosszabb 3 óra) enyhe borzongás és fáradságérzés után hatalmas hidegrázás következik, mely 10—15 percig tart, majd lassú hőemelkedés, mely 6—7 órán belül eléri a tetőfokát. Ez általában 39—41 C°-ig terjed. Azután a hőemelkedés gyorsan süllyed, újabb 6—7 óra alatt normalisra esik. Az egész reactio legtöbbször a beadástól számítva 16—18 óra alatt lezajlik. Gyakran látjuk, különösen nagy kiterjedésű súlyosbab és szövődményes esetekben, hogy a reactio 24 órán túl is tart, bár kisebb erősséggel, mint az első 24 órában, de 48 óra alatt ilyenkor is teljes láztalánság áll be. Jellemző a reactio ideje alatt a nagy fáradságérzésen kívül többé-kevésbbé kifejezett izületi fájdalom. A viszonylagosan igen heves reactio folytán egyszer sem láttunk a szív, vagy más szervek részéről fenyegető tüneteket, a kezelést valamennyi beteg igen jól tűrte.

A vaccina hatásának első, legfeltünőbb tünete, hogy a fekély fájdalmassága, a hőemelkedés megkezdésével csaknem egyidejüleg teljesen megszünik. E tünetről kivétel nélkül minden beteg beszámolt. A fekély alapja, ha az nem túlságosan nagy, már az első befecskendezést követő napon feltisztul, az elhalt részek lelökődnek, 3—4 napon belül lepedéktől teljesen mentesek, széleiken hámosodnak, 5—6 nap alatt pedig teljesen begyógyulnak. A hatás menetét különösen jól megfigyelhetjük olyankor, amikor a fekély külső behatásnak kevésbbé kitett helyen, combokon, hasfalon, mons pubison, stb. foglal helyet, hogy a gyógyulás nagyon gyorsan 2—3 nap alatt bekövetkezik, szemben azokkal a fekélyekkel, melyek elhelyezkedésüknél fogva a gyógyulás zavartalan kimenetelében erősen gátoltak (fekélyek az anusban, húgycsőnyilás körül, stb.) A gyógyulás azanban ezekben az esetekben is gyors volt. A gyógyulási idő természetesen jóval megrövidul, ha a vaccina mellett, illetve azzal párhuzamosan helybeli kezelést is végzünk. Igen jó hatású a fekélyek óvatos, de alapos ecsetelése acid. carbol. liquefact.-mal. Az ecsetelés alkalmával különösen figyelemmel kell lennünk, hogy a carbol az ép szövetekre ne kerüljön, továbbá, hogy a folyadék pontosan bejusson a fekély alávájt széle alá. O.5—1%-os cupr. sulf. oldatos borogatást alkalmazhatunk esetleg ugyanezt 1—2%-os kenőcs formájában. Az alap feltisztulása után valamilyen hámosító kenőccsel (Ungu. Mikulicz vagy 3%-os salicyl, vagy 2%-os pellidol, esetleg 4%-os scharlachrot kenőcs stb.) a fekély hamarosan behámosodik.

Különösen jelentős a vaccina kezelés a lágyfekélyhez szövődmény formájában kapcsólódó bubok gyógyításában. Általános megállapítás, hogy a vaccinás kezelésben részesülő lágyfekélyes betegeken bubo legritkábban képződik, mely tényt különösen jól láttunk járóbetegrendelésünkön. Még jelentősebb a vaccina kezelésnek az a hatása, melyet kezdődő, a genyes széteséshez még nem jutott bubo eseteiben több izben észleltünk. Ilyenkor a vaccina ugyszólván abortive hat. A beszürődött nyirokcsomóduzzanat fájdalmassága egyetlen befecskendezés után csaknem teljesen megszünik. A duzzanat csökken, majd pár napon belül eltünnek ennek a kellemetlen, munkaképtelenséget okozó szövődménynek összes tünetei. Több izben láttuk a már enyhén hullámzást mutató bubot tökéletes visszafejlődését.

Tiszta streptobacillus-tenyészetünkből készített vaccinánk hatásosságát az észleleteink igazolják. A vaccina gyógyítása nem csupán nem fajlagos ingertherápia, mely a szervezetet áthangoló más anyagok (tej, terpentin, kén stb.) parenteralis adagolására is bekövetkezik. A fajlagosságot alátámasztják a vaccinával mint antigennel végzett immunbiologiai kisérleteink eredményei. A humoralis és cellularis antitestek jelenlétének kimutathatósága a fajlagosság teljes bizonyítéka. A gyógyító eredmények hasonló megállapításra vezettek. Más lázkeltőkkel végezve a kezelést, jóllehet ezuton is elérhető bizonyos eredmény, sohasem láttunk olyan feltünő gyors eredményt mint vaccinakezelés után.

Összefoglalás: Hosszadalmas és alapos előmunkálatok után sikerült a sreptobacillus tiszta tenyészetét előállítani. Az ebből készített vaccina gyógyító hatása tökéletesen megfelelő. Fajlagossága immunbiológiai és serologiai vizsgálataink alapján bebizonyított. Gyógyító ha-

tása megbizható és az esetek legnagyobb számában igen gyors. Alkalmazása indokolt, ugyszólván alig nélkülözhető olyan esetekben, melyek a helybeli kezeléssel alig, vagy csak igen nehezen megközelíthetők. A vaccina kezelés anyagi megtakarítás szempontjából is nagyjelentőségű. Ismeretes, hogy a lágyfekély inkább az egyszerű, tisztálkodásra kevesebb móddal rendelkező munkás néposztályokhoz tartozó egyéneken fordul elő nagyobb számban. A vaccinás kezelés a betegségi időtartamot lényegesen megrövidíti. A kevesebb munkaidő elvesztése pedig úgy a munkás, aki munkaképességét hamarabb visszanyeri, mint a biztosító intézet, mely a gyógykezelés és táppénz terhét viseli, számára nagy anyagi megtakarítást jelent. A vaccina mint magyar gyártmány teljesen feleslegessé teszi a drága hasonló külföldi készítményeket. *

A Bethesda diakonissza kórház bőrgyógyászati rendelőjének közleménye.

Gyomorbéleredetű seborrhoeás kórképek gyógyítása.

Irta: *Kibédi Varga Aladár dr.*, főorvos.

(Folytatás.)

Kisérleteinek eredményei a következők:

1. nem emulgeált olajat étkezéstől függetlenül ne adjunk. Itt a felszivódási viszonyok olyan rosszak, hogy némelykor alig egyharmada szivódik csak fel.

2. az étkezéstől függetlenül adagolt emulgeált olaj felszivódása sokkal jobb.

3. tejétkezéssel adott tiszta olaj rosszabbul szivódik fel, mint emulgeált olaj tej nélkül.

4. ha az emulgeált olajat tejétkezéssel együtt adjuk, akkor a felszivódás jelentékeny javulását észleljük.

Az arsen hatása sokban hasonlít a D-vitamin hatásához (rachitis). Kérdés azonban, hogy ez a hatás a fehérjefelhasználás, az assimilatio fokozása, a sejtoxydatiós folyamatok elősegítésében jut kifejezésre, vagy pedig azáltal hat, hogy a D-vitamin felszivódását és felhasználódását segíti elő olyképen, hogy az olaj emulgeálódási folyamatát katalyticus uton elősegíti. Mindenesetre a D-vitaminnal egyező gyógyhatásunak látszik, ami rachitisnél, bőrbajoknál egyformán jó hatásukat illeti.

A csukamájolaj szedésének az emésztésre jó hatását a bőrtünetek javulásával egyidejüleg észleltem. Amint elöbbi dolgozatomban kiemeltem: a bőrtünetek javulása párhuzamosan halad a gyomortünetek javulásával. Adagolására mind a hasmenéses, mind a székrekedéses panaszok javulni kezdenek. Ez a megfigyelés késztetett arra, hogy megvizsgáljam, milyen hatással van a csukamájolaj a gyomorsecretióra. Emiatt 11 nem bőrbetegen fractionalt próbareggelit végeztünk. Az első napon 300 ccm 5%-os alkohollal, mig a másodikat 300 ccm vizbe 1 ek. csukamájolajjal. Az eredményeket a mellékelt táblázat szemlélteti.

Kétségtelen, hogy a normalis alatti savértékek kismértékű fokozódását és a hypersecretiónál következetes enyhe csökkenését észleljük. Hogy azután ezekből milyen hatást tulajdonítsunk magának az olajos vivőanyagnak vagy valamilyen fajlagos vitaminhatásnak, azt más kisérletek vannak hivatva eldönteni.

*) A vaccinát a *Pápay*-féle oltóintézet és szérumtermelő rt. Budapest a közeljövőben *Mollisan* néven hozza forgalomba.

Fractionált próbareggeli.
I. 300 cm³ 5% alcohollal.
II. 300 cm³ vízbe 1 evők. csukamájolaj.

	Éh.	10′	20′	30′	40′	50′	60′	70′	80′
I. Sz. D. 27 é ♂	0/14	0/10	0/8	0/10	0/8	0/8	0/8	0/10	
II. Anacid.	0/3	0/6	0/6	0/4	0/4	0/5	0/5	0/5	
I. S. I. 27 é ♂	5/25	0/10	10/30	14/34	30/45	20/50	16/37	30/50	15/32
II.	0/20	8/22	10/28	8/30	50/68	52/68	46/64	52/62	
I. M. K. 25 é ♂	0/16	0/5	0/5	0/10	2/10	10/20	18/26	10/20	
II. Inact. tüdőfoly.	0/15	0/10	5/15	10/15	15/25	20/30	20/25	25/30	
I. P. S. 23 é ♂	7/27	0/3	0/10	8/16	16/28	24/34	30/42	28/40	18/40
II. Gonit. chr. dext.	10/22	0/5	0/5	4/10	8/16	14/20	20/28	8/22	
I. P. J. 37 é ♂	0	0/3	0/10	2/12	4/14	20/29	31/40	46/52	68/78
II. Anaem. pern.	0/6	0/6	0/5	0/6	0/6	0/6	0/7		
I. E. K. 38 é ♂	0/10	0/6	22/32	38/50	46/58	48/62	50/66	48/58	48/60
II. Hypersec. vent.	0/30	0/10	0/10	0/12	10/30	20/36	30/40	40/60	
I. G. L. 37 é ♂	62/80	24/46	58/70	76/88	54/64	55/66	60/88	56/70	
II. Hypersec. vent.	64/84	20/44	53/60	72/84	50/62	60/70	54/66	50/60	
I. H. J. 39 é ♂	10/21	0/8	6/14	22/32	48/60	58/70	28/42	18/32	
II. Hypersec. vent.	30/50	0/10	22/40	24/40	20/36	0/16	0/20		
I. P. J. 23 é ♂	37/50	60/80	65/80	78/97	90/102	90/100	79/80	65/76	
II. Hypersec. vent.	55/70	15/24	26/31	40/60	45/55	55/65	60/70	65/75	
I. S. J. 29 é ♂	10/12	20/31	38/45	50/62	80/100	68/83	57/72	56/60	
II. Gastroent. ac.	0/10	0/10	5/15	25/40	45/55	35/55	35/45	50/70	
I. S. I. 30 é ♂	30/40	30/50	50/70	64/80	70/86	66/82	64/80	52/76	
II. Ulcus vent. san.	25/40	18/30	30/52	35/60	42/68	50/70	32/38		

Seborrhoeás tünetcsoport valamelyikével biró betegeim egy részénél — különösen nőknél — jó hatást értem el teljes petefészek, valamint combináltan adott tüszőhormonkivonat adagolással. Ezeknek egyik válfajáról, az akne menstruationalisról pár eset kapcsán a Dermat. Wochenschrift 1936. évi 18 sz.-ában számoltam be. A hormonalis gyógykezelés részletezése jelen közleményemnek nem célja.

Az irodalom áttekintése, eddigi gyógyító kisérleteim és eredményeim alapján a seborrhoeás kórképekre, azok okára és gyógyítására vonatkozó adataimat a következőkben foglalnám össze:

Valamennyi seborrhoeás kórkép alapja a status seborrhoeicus. Ha ezt sikerült megszüntetni, vagy javítani, az összes seborrhoeán alapuló kórképek vagy minden külső kezelés nélkül meggyógyulnak, vagy — ami lényeges — nem újulnak ki.

A status seborrhoeicus oka lehet: 1. hormon-zavar 2. emésztési zavar 3. a kettő együtt.

Az oki hormonkezelés jó eredményei nőknél ismeretesek. De ugyancsak eredményről számolnak be szerzők a férfiak kezelésében is részben here-kivonat,

hypophysis elülső lebeny stb. másrészt éppen ellentétes, női hormon adagolásától.

Emésztési zavar úgy keletkezhet, hogy a gyomorelválasztás zavarai rendellenes felszívódást eredményeznek, esetleg nyálkahártyahurutot, ami tovább rontja a felszívódást. Utalok itt elsősorban a zsiroldó szerekben oldódó A- és D-vitaminok hiányos felszívódására. Másfelő azt látjuk, hogy rendes savviszonyok mellett is romlik a seborrhoeás alapon keletkező kórkép, ha az étrend a vitaminok felhasználására alkalmatlanul vagy éppen rosszul választatott meg (pl. konyhasó-, zsír-túladagolás). Itt körforgalom alakul ki, amit abban látunk, hogy a rossz táplálkozás gyomor-bélzavart, rossz felszivódást és emésztést idéz elő. Ez azután másodlagosan kórosan befolyásolja a gyomorsavelválasztást. Természetesen ilyenkor hiányos lesz nemcsak az A és D-vitaminok felszivódása (relativ avitaminosisban való hajtás), de azoké is, amelyek a nyálkahártya épségben tartásához szükségesek (az A-n kívül a B csoport többi tagja és a C). Ismeretes, hogy az A, B_1, B_2 hiánya vagy csökkent mennyisége mellett hypo- vagy achlorhydria jelentkezik.

Figyelemmel kell lennünk arra is, hogy bizonyos élelmiszerek rossz felszivódása és állandó tuladagolása mellett allergiás állapot fejlődhetik ki ugyanezekkel szemben.

Ugyancsak érthető jelenség az is, hogy a szervezetet ért bármely akut vagy krónikus betegség, anyagcserezavar stb. közvetve lerontja az emésztést is. Ez magyarázza egyes szerzők oki kapcsolat-keresését seborrhoeának tuberculoticus állapotokkal, gócokkal stb.

Az étrendben a konyhasó megszorítása mellett a zsirt növényi zsirral vagy olajjal helyettesítsük. Kiiktatva a disznóhúst, részesítsük előnyben az olyan ételkészítési módokat, melyek lehetőleg kevés zsír használatával járnak. Adjunk tejet, tejtermékeket, májat, vesét különböző elkészítési módokban. Ezenkivül fehér husokat, főzeléket, gyümölcsöt. A csukamájolajat reggeli közben vagy közvetlen utánna adjuk, az emulgeálódás segítésére. Anaemiásoknál vagy makacs esetekben az arzén hathatósan támogatja kezelésünket.

A hormonalis és gastrointestinalis ok együttes előfordulását ott tételezhetjük fel, ahol az egyik irányú kezelés bevezetésére a tünetek szépen gyógyulni kezdenek, de egy idő mulva megállapodnak. Valószinű, hogy ez a kevert kórforma az egyik vagy másik rovására irandó bármelyik irányú tünetcsoport túlsúlya szerint. Hiszen ha összehasonlítjuk a D-vitamin és a tüszőhormon vegyi szerkezetét, felötlik, hogy mindkettőben foglaltatik a cyklopenthan-phenanthren gyök. Más hasonló észlelések is szólanak amellett, hogy a vitaminok a hormonok építő-anyagául szolgálnak.

Bommer is azt mondja, hogy az „oki kiindulást táplálkozási ártalom indítja meg, ami rendszerint összetett természetű".

Ez a táplálkozási ártalom azután akár absolut, akár relativ a-, vagy hypovitaminosisra vezet, ami viszont a hormon felépítésben okozhat zavarokat. Érthető viszont, hogy ez a serdülés klimax, stb. idejére esik, mert egy kialakulóban, illetve kialvóban lévő functio sokkal könnyebben kizavarható egyensúlyi helyzetéből, mint az érett kor stabilitása. Viszont pl. terhesség alatt is gyakran látunk a megzavart hormonalis egyensúllyal egyetemben gyomorpanaszokat és bőrtüneteket, amik azután csak jóval a szülés után s csak a rendes viszonyok helyreálltával szünnek meg. — Máskor itt is csak substitutiós gyógymód adja meg a rendeshez visszatérést.

A status seborrhoeicus tehát kiindulhat akut vagy krónikus fertőzésből, hibás táplálkozásból, gyomorelválasztási zavarokból stb., amelyek rossz felszivódásokon keresztül, hypovitaminosisokon tul másodlagos anaemiát, hormonalis zavart stb. idéznek elő.

Gyógykezelési eljárásomat csaknem hatvan eset megfigyelése kapcsán szereztem és alakitottam át mindig a beteg viszonyainak, gyógyulási hajlamainak megfelelően.

Amilyen összetettnek és egyénenként megkeresendőnek látjuk tehát az okot, éppen olyan messzemenőleg összetett lesz az oki gyógykezelésünk is a status seborrhoeicus alapján feltételezett kórformák gyógyításában, amit fenntiekben csak vázlatosan próbáltam jellemezni.

A Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Benedek László ny. r. tanár.)

Újabb adatok az idegrendszeri lues fajlagos vaccinakezeléséhez.

Irta: *Angyal Lajos dr.* és *Gyárfás Kálmán dr.*

A mikroparasítás betegségek orvoslása kezdettől fogva két irányt követett: a sterilisatiót és a szervezet activ, vagy passiv immunizálását. A lues régi tapasztalati gyógyszeres befolyásolhatóságának és a spirochaeta pallida nehezen tenyészthetőségének tudható be, hogy a lueses betegségeket kezdettől fogva inkább chemotherapiás módon iparkodtak legyőzni. A salvarsan feltalálásával ez az irányzat egymagában kielégítőnek látszott és csak amikor a „therapia sterilisans magna"-hoz fűzött remények szétfoszlottak, kisérelték meg egyes kutatók az immunbiologiai kutatások eredményeit a luesre mégpedig elsősorban a gyógyszeres befolyásolásra alkalmatlannak látszó negyedszakos luesre alkalmazni.

Benedek 1931-ben 7, majd 1934-ben már 96 spirochaeta vaccinával kezelt idegrendszeri lues-esetről számol be. Eseteiből 33 tabes dorsalisban szenvedett, utóbbiak közül 104%-ban teljes, 20.7%-ban jelentős és 37.9%-ban mérsékelt javulást ért el. A 33 eset közül combinált fajlagos kezelés 14, lázkezelés 8 esetben történt, de javulás nem mutatkozott. — *Roggenbau* spirochaeta-tenyészetekkel 10 paralysis progressiva esetből 3 javulást, 2 stationaerré válást, 50% liquorjavulást ért el. *Sagel* állandó nyúlpassage által gyengített spirochaetatenyészettel ért el már reménytelennek látszó paralysis esetekben 10-ből 7 javulást, közöttük 2 esetben munkaképességet. Az activ immunisálást megkönnyítették *Hilgermann* törekvései megfelelő spirochaeta-tenyészetek előállítására, amelyeknek végeredményeként sikerült phosphorral oxygenmentesített ascites- vagy pleura-folyadékon, nemkülönben véren élő apathogen spirochaeta-tenyészetet előállitania. Az új oltóanyagot *Benedek, Neuber* és *Spitzer* próbálták ki. *Neuber* a vaccinakezelés jelentőségét immunbiologiai szempontból tanulmányozta és az eljárás fajlagosságát az észlelhető helyi- góc- és általános-reactiókkal bebizonyította. Ő 215 (I—II—III-fokú lappangó, néhány veleszületett lues és kevert fekély eset) esete közül 56-ban észlelt gócreactiót, főképen harmadlagos, kisebb számban másodlagos luesben. Eredményei szerint a spirochaeta oltások után a complement és kicsapódási reactiók positivebbek lettek és csak hónapok múltán tolódtak el negativ irányban. A luetin reactio a kezelés alatt a positivitás felé tolódott el. Rosszindulatú-lues

eseteiben néhány spirochaeta oltásra a negativ vérsavó positivvá vált a szervezet élettani áthangolásának jeleként és egyúttal gyógyszeres beavatkozás számára hozzáférhető lett. Egyébként *Neuber* a legjobb eredményeket harmadlagos és kisebb mértékben másodlagos luesben látta.

Benedek mindkét közleményében hangsúlyozta, hogy a spirochaetakezelésre legjobban az ú. n. gyöki izgalmi tünetek reagálnak, vagyis a lacináló fájdalmak és a zsigeri crisisek. A debreceni elme és idegklinika összes negyedszakos lues esetét feldolgozó közlésében *Bagothay* a teljes anyagra vonatkozóan lényeges visszaesésről számol be (1933-tól 1935-ig a javulások száma 26%-ról 14.6%ra csökkent), de a tabes dorsalis esetek javulási száma csak 3%-kal csappant. Ez az arányszám indokolttá tette, hogy klinikánk tabes dorsalisos anyagának spirochaeta vaccinával kezelt részéről beszámoljunk. Közleményünkben külön kiemeljük a gyöki izgalmi tüneteket, amelyek közül különösen a zsigeri crisisek eddig igen nehezen voltak befolyásolhatók. Az oltásokat 14 napos időközökben a comb feszítő felszínén bőr alá adtuk. Mint már említettük, a befecskendezések után láthatunk általános reactiót (hőemelkedés, főfájás, közérzeti zavar), gócreactiókat (heves lancinálás, paraesthesiák, crisisek) és helyi reactióként 2—10 cm átmérőjű, többé-kevésbbé fájdalmas beszűrődést. A beszűrődés egyes esetekben ellágyul, ilyenkor a genyet punctióval távolítjuk el. A genyedés phlegmonosus terjedésre egy esetben sem hajlott. Kezdő adag általában 0.5—1 ccm volt, utána erős reactio esetén 0.1—0.2 ccm-re csökkentettük az adagot a negativ szak veszélyének elkerülése céljából. A kezelést lehetőleg friss véres tenyészettel kezdtük és csak folytatáskép tértünk át az ú. n. „Dauervakzine"-ra.

19 tabes, illetve taboparalysis esetünkből 11 betegnek voltak gyomor-, 1-nek bél- és 1-nek hólyagcrisisei. — Lancináló fájdalmakat 15, ataxiát 16 esetben észleltünk. — Helyi reactiót 14, gócreactiót 6, általános reactiót 7 ízben láttunk. Természetesen ezek a reactiós módok az egyes esetekben szövődtek. Teljesen reactio nélkül csak négy beteg tűrte az injectiókat. Helyi reactiót többízben még akkor is láttunk, amikor az általános és gócreactiók már elmúltak. 19 betegünk összesen 93 vaccina-oltást kapott, az egyes esetekben alkalmazot oltások száma 1—12 között váltakozott. A javulás leggyakrabban már az első vagy második oltás után észlelhető volt. Az erős helyi, vagy ritkábban gócreactio általában a kezelés sikere szempontjából kedvező jelnek bizonyult. Ami a befolyásolhatóságot illeti, a hasogató fájdalmak 5 esetben teljesen megszüntek, 6-ban lényeges és tartós, 3 esetben pedig átmeneti javulást mutattak. Gyomorcrisises eseteink közül 1 átmeneti javulás után rövid idő múlva visszaesett, radicotomiának vetette magát alá, amiben meghalt. Kiemelendő, hogy ez a beteg csupán 2 oltást kapott, tehát a kezelése nem volt elégséges. Öt további esetünkben szintén csak átmeneti javulást láttunk. 2 esetben a gyomorcrisisek lényegesen és tartósan javultak, 3 ízben pedig teljesen elmaradtak. Bél- és hólyagcrisis anyagunkban csak egyszer fordult elő és ezek a kezelés során ideiglenesen megszüntek. Az ataxia megszünését 1 esetben, lényeges és tartós javulását 3, átmeneti javulását 6 esetben láttuk. A vizelési zavarokat csak igen csekély mértékben tudtuk befolyásolni. Nem láttunk jelentős javulást a tonuszavarokban sem, bár olykor a hypotonia kisfokban javult. Természetesen minden esetben befolyásolhatatlanok voltak a pupilla- és reflexzavarok.

A kezelési eljárás és a kórlefolyás szemléltetése céljáról 4 esetünk kórrajzi adatait röviden közöljük:

2. eset: F. J-né, 59 éves. *Kórelőzmény:* 1910-ben lues. 1912-ben kenőkúra, 1919-ben salvarsankúra. 20 év óta gyomorcrisisek, 8 éve előrehaladó látásromlás. Lancináló fájdalmak. 1933-ban a debreceni idegklinikán kezelték. Akkori lelete: b. o. kissé renyhébb fényreactio, patellar. j. o. hiányzik, b. o. renyhe. Kisfokú ataxia, mérsékelt hypotonia, ataxiás járás. Romberg positiv. A beteg a klinikán lázkúrát és acetylarsan kúrát kapott, emellett physikalis kezelésben részesült, továbbá 1933. X. 5. és 18-án 1—1 ccm. véres spirochaeta oltást kapott. Mindkét vaccina után gócreactióként lacináló fájdalmak. A kezelés alatt 2.5 kg-ot hízott, járása javult. Klinikánkon 1937. V. 22-től VI. 16-ig állott kezelés alatt. — *Felvételi lelet:* Kp. tág, szabálytalan pupillák, fényre a jobb renyhébben, a bal alig reagál. — Patellareflex j. o. hiányzik, b. o. renyhe, Achilles-reflex m. o. hiányzik. Járása ataxiás. Izomtonus csökkent. Romberg positiv. Gyomorcrisisek, lacináló fájdalmak, vizelete nehezen indul. Kezelése: roborálás, physikalis kezelés és vaccinakezelés. VI. 8.: 0.8 véres vaccina, utána 1 napig tartó gócreactióként lancináló fájdalmak. Távozása óta további 6 „Dauervaccina", kétheti időközökben. 2 ízben helyi és egyízben enyhe gócreactio. Tartós javulás, fájdalmai ritkábbak és renyhébbek, crisisek csökkentek, étvágya jó, munkaképes, hízott.

3. eset. R. K., 62 éves. 1937 VII. 1—10-ig állott kezelés alatt. *Kórelőzmény:* A fertőzés ismeretlen. Számos higany-, jód- és salvarsan-kúra. Járása bizonytalan, alsó végtagjaiban hasogató fájdalmak, hólyagzavarok. — *Jelen állapot:* Argyll—Robertson. Bal facialis szája ága paretikus. Patella, Achilles és biceps femoris reflex m. o. hiányzik. Az alsó végtagok hypotoniásak. Járása ataxiás. Romberg kisfokban positiv. *Kezelés:* Röntgenbesugárzás a gerincvelőre, strychnin-injectiók, physikalis kezelés, vaccina-kezelés. A beteg 7, részben véres, részben „Dauer"-vaccinát kapott, az oltások után reactio nem jelentkezett. Lényeges javulás, szaggató fájdalmai ritkábban jelentkeznek, a hólyagzavar lényegesen javult, járászavar szintén enyhült.

4. eset. G. F. 52 éves 1914-ben lues, szabályszerű kezelés. 1935 óta hasogató fájdalmak. 1937. szept.-ben: anisocoria rendes fényreactiókkal, térd- és Achilles inreflex m. o. hiányzik, kifejezett alsó végtagi ataxia. A beteg összesen 6, részben véres, részben „Dauer"vaccinát kapott, utána jódkúrát végzett. Az oltások után gócreactióként heves lancináló fájdalmak jelentkeztek. A 6. oltás után 3 héttel fájdalmai teljesen megszüntek. Katamnesis: állapotában tartós javulást érez, fájdalmai ritkultak, járászavara teljesen elmúlt, munkaképessége fokozatosan visszatér. „Csak nagyon hálás köszönetet mondhatok" — írja 1938 aug. 16-án.

16. eset. T. L. 42 éves 1937 XI. 11—27-ig volt kezelés alatt. *Kórelőzmény:* A fertőzés időpontja ismeretlen. 6 éve hasogató fájdalmak, másfél éve övszerű fájdalmak a gyomortájon. Étvágytalan, sokat soványodott, legutóbb egy hónap alatt 6 kg-ot fogyott. Másfél év óta 2 combinált specifikus kúra, panaszai rosszabbodtak. — *Jelen állapot.* Közepesen szűk, szabálytalan pupillák. Anisocoria. Argyll—Robertson. Patella és Achilles inreflex b. o. élénk, j. o. műfogással sem váltható ki. Járása bizonytalan, széles alapú. Romberg positiv. A D_{3-5} területén hypaesthesia. Elméje ép. Wa. r.: vérben és liquorban negativ. Liquorban sejtszám: $^{13}/_3$. összfehérje: 0.30‰, egyébként a liquor mindenben negativ. *Kezelés:* Tryparsamide, intravenás jódinjectiók, Neuroyatren, spirochaeta vaccina és physikalis kezelés, azonkívül röntgenbesugárzás a gerincvelőre. XI. 12. 1 ccm véres vaccina, utána 37.9 C° láz, gyermektenyérnyi beszűrődés és hasogató fájdalmak jelentkeztek. A lacinálások és heveny övszerű gyomortáji fájdalmak teljesen megszüntek. XI. 27. Tetemesen javult állapotban távozik. 1938. I. 27. Othon további 2 véres és 2 „Dauer"-vaccinát kapott 0.5, 0.6, 0.8 és 1 ccm-es adagokban. Helyi reactio nem jelentkezett. Az első és második vaccina után hasogatás és 37.2 C° hőemelkedés A vaccinakezelésen kívül teljes trypasamide kúrát kapott. A fájdalmak teljesen megszüntek, étvágya kifogástalan, munkaképesége visszatért, üzletét vezeti, 20 kg súlygyarapodás.

Összefoglalva tehát észleleteinket, azok teljesen egybevágnak *Benedek* következtetéseivel és igazolják a vaccinakezelésnek az ú. n. gyöki izgalmi tünetekre mutatkozó kedvező hatását. A legszebb javulásokat azokban az esetekben láttuk, amelyekben erős gócreactio jelentkezett. De hasonlóan nagy fontosságot kell tulaj-

donítanunk a helyi bőrreactióknak is. A *Hoffmann* által ismertetett esophylaxia, a bőr fajlagos védőtevékenysége ezzel megerősítést nyerne. Ezt figyelembevéve, érdemesnek látszana a vaccinakezelésbe a scarificatiós eljárást bevezetni; ez a kiterjedtebb bőrreactio révén esetleg tetemesebb ellenanyagképzést eredményezne. Errevonatkozóan utalunk itt *Jahnel* liquornegativ remittált paralysis progressiva esetére, amelyben a cutan oltás a házinyulon továbbtenyésztett virus Truffi-val positiv eredménnyel járt. További kisérletek lennének még szükségesek az ellenanyagképzés mértékének megállapítására is a vaccinakezelés rendjén.

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

A gyermekkori pyuriák mandulasavas kezelése.*

Irta: *Geldrich János dr.* és *Dudás Pál dr.*

A húgyutak gyulladásos betegségét a gyermekkorban elsőnek *Escherich* írta le 1894-ben cystitis néven. A kórkép nevét *Göppert* pyelocystitisre változtatta át. Később az általános orvosi gyakorlatban az a szokás honosodott meg, hogy a könnyű eseteket cystitis, a súlyosabbakat pedig pyelitis, ill. pyelocystitis névvel jelölték meg. Legújabban *Kleinschmidt* a pyuria elnevezést ajánlja azon meggondolás alapján, hogy a gyulladás igen gyakran a húgyutaknak nemcsak egy bizonyos helyére szorítkozik, hanem több, különböző szakaszára localisálódik s a gyulladás pontos helyének megállapítása egyszerű klinikai vizsgálattal nem, hanem csakis az urologiai módszerek igénybevételével történhetik. Mi is ezt a nézetet valljuk, ezért a továbbiakban mi is a pyuria szót fogjuk a húgyutak gyulladásos betegségeinek megjelölésére használni, tekintet nélkül a gyulladás tényleges localisatiójára.

A pyuria elég gyakori betegség a gyermekkorban és az esetek túlnyomó többségében (kb. 75%) a leányok betegsége. Nem önálló kórforma, hanem csak más betegségekhez csatlakozik. Elsősorban a grippével társul; ezenkívül csecsemőkori táplálkozási zavarok, exsudativ diathesis, heveny fertőző betegségek, stb. kapcsán is kifejlődhet. A kórokozó legtöbbször coli, emellett azonban csaknem minden más bakterium okozhat pyuriát (strepto-, staphylo-, gonococcus, proteus, stb.) A fertőzés útja leggyakrabban a descendáló, haematogen út, aránytalanul ritkábban fordul elő és gyakorlatilag számba sem jöhet a lymphogen és az ascendáló fertőzési mód. A pyuria klinikai képe annyira közismert, hogy ennek ismertetésétől ehelyütt el is tekinthetünk. Fontosnak tartjuk azonban megemlíteni, hogy láz esetén okvetlen gondoljunk a húgyutak gyulladásának a lehetőségére is, sőt a csecsemőkori atrophia, hypotrophia és decompensatio esetén még akkor is gondoljunk rá, ha a csecsemő egyébként teljesen láztalan volna. Itt ugyanis az a helyzet, hogy egyfelől az atrophia elősegíti a pyuria keletkezését, másrészt viszont a pyuria maga is atrophiára és decompositióra vezethet. Épúgy, mint ahogy az acut vagy hyperacut pyuria csecsemőkorban intoxicatiót is okozhat, amint ezt nemrégiben *Duzár* is kimutatta.

A pyuria kezelése nem egységes. Ma már számtalan gyógyszert és eljárást ismerünk, amiket az egyes szerzők a pyuria gyógykezeléséhez használnak és ajánlanak. Sajnos, mint az orvostudományban egyebütt úgy itt is érvényes az a tapasztalati tény, hogy a gyógyhatás fordított arányban áll az alkalmazott gyógyeljárások számával. Ez a körülmény sok szerzőt (pl. *Noeggerathot*, ismert bécsi referátumában) arra indított, hogy húgyútfertőzés esetében minden therapiás kisérletet meddőnek és a harcot ellene már eleve kilátástalannak ítéljen. Ebben az álláspontban nem osztozunk. A legutóbbi időben ugyanis olyan gyógyszereket ismertünk meg, amelyek e téren nagy haladást jelentenek. Ezek közül első helyen kell megemlíteni a *Rosenheim* bevezette *mandulasavat*, valamint az eredetileg egészen más betegségekben alkalmazott *sulfamid-származékokat* (prontosil, deseptyl, ambesid, stb.).

A beteg kora (év)	neme	Társbetegség	Vizelet: Bact.	Vizelet: PH.	Kezelés tartama (nap)	Eredmény	Megjegyzés
			A) acut. esetek:				
4	♀	grippe	coli	5·4	12	gyógy.	
11	♀	bronchitis	steril	5·2	14	„	
7	♀	—	„	4·8	9	„	
10	♀	enteritis	ent.coc.	5·2	8	„	recidivált
12	♀	bronchitis	steril	5·2	16	„	
4	♀	„	„	5·4	17	„	
4	♀	„, otitis	coli	5·0	13	„	
7	♀	„ „	„	4·8	27	„	
4	♀	angina	„	4·6	12	„	
2	♀	bronchitis	steril	5·8	21	„	
1	♀	erysip., seps.	coli	—	14	változ.	Sepsisben megh.
6	♀	grippe	„	5·8	35	jav.	mand. és amb. kap.
4	♀	angina	„	5·7	9	gyógy.	csak mand. kap.
5½	♀	grippe	staph. c	5·4	10	jav.	jav. ambesidtől
8	♀	bronchitis	coli	4·8	24	gyógy.	
8	♀	—	steril	5·2	6	„	
2	♀	angina	coli	5·0	16	„	recidivált
7	♀	morbilli	„	5·2	8	jav.	
7	♀	angina	„	5·2	13	gyógy.	
⅔	♂	„	steril	5·0	6	„	Ketogenin után hány.
9	♀	angina	coli	5·3	10	jav.	
6	♀	bronchitis	steril	5·3	8	gyógy.	
12	♀	„	coli	5·4	15	jav.	
10	♀	„	steril	5·2	12	gyógy.	
			B) chronicus esetek:				
9	♀	b ronchitis	coli	5·0	10	gyógy.	recidivált
13	♀	—	„	5·4	8	„	
9	♀	—	„	5·5	10	„	
9	♀	—	„	5·0	21	„	
1½	♀	exsudativ diath.	„	—	12	„	
15	♀	Lythiasis	—	—	—	jav.	utókezelés

Vizsgálatainkban a *mandulasavat* alkalmaztuk. Hatása azon alapszik, hogy mint középerős organikus sav, változatlanul ürül ki a veséken, a vizeletet nagymértékben savanyúvá teszi, miáltal erős baktericid hatást fejt ki. Mint ebből is kiderül és több szerző kisérletileg is igazolta ezt, a mandulasav gyógyító hatásának két feltétele van, nevezetesen: 1. az, hogy elég nagy concentratióban éspedig lehetőleg 0.25—0.5%-nyi mennyiségben legyen a vizeletben és 2. hogy a vizelet vegyhatása pH 5.0 körül, de lehetőleg 5.4 alatt legyen. Ahol ezeket a kívánt feltételeket nem tudjuk elérni, ott megfelelő

*) Előadták a Magyar Gyermekorvos Társaság 1939. évi nagygyülésén.

eredményt természetesen ettől a kezeléstől sem várhatunk.

A mandulasavat az Egger-féle *ketogenin* nevű készítmény alakjában alkalmaztuk (2 eset kivételével, amikor a Certa gyártmányú *mandurin* tabl.-t adtuk.) Vizsgálatainkhoz azért választottuk a ketogenint, mert ez a mandulasavat ammonium só alakjában tartalmazza és így a vizelet savanyítására nem szükséges még külön valamint egyéb szert, pl. ammoniumchloridot alkalmazni. A ketogeninben 44%-nyi mennyiségben van az ammoniummandelat, úgy hogy a teljes hatás kifejtéséhez szükséges 0.5% concentratiót akkor érjük el gyermekek vizeletében, ha 6 éves koron alul 3x½ kk., 6 éven felül pedig 4x½ kk-nyi ketogenint rendelünk naponta. Vizsgálatainkban a mandulasavat 2—28 napig, átlagban 2 héten át alkalmaztuk.

A kezelés eredményét a táblázat mutatja, melyből kiderül, hogy 30 betegünk közül 23 gyógyult, 6 javult, 1 pedig változatlan maradt. Javult eseteink közül az egyik mandurin tabletát szedett (mandulasavas Ca, külön savanyítás nélkül, úgy hogy a vizelet pH 5.8 volt.) A másik gyermek pyuriáját staphylococcus okozta s ez ambesidre javult. Eredménytelen maradt a kezelés 1 esetben, még pedig egy erysipelas, sepsis és bronchopneumoniában szenvedő csecsemőn, ki meg is halt.

A fentiek alapján tehát azt is mondhatjuk, hogy a mandulasav csakugyan igen értékes eszköze a pyuria gyógykezelésének. Természetesen fontos azon feltételek megtartása, melyek a gyógyhatás elérése céljából szükségesek. Ezek szemelőtt tartásával az esetek igen nagy százalékában teljes gyógyulás érhető el, aránylag elég rövid idő alatt. Különösen nagy jelentősége van a mandulasav alkalmazásának coli-fertőzések leküzdése szempontjából, mert a coli bac.-ra fejti ki a legerősebb baktericid hatását. A coccusok okozta gyulladást általában már kevésbbé befolyásolja. Itt nyerhet kitünő kiegészítést gyógykezelésünk a sulfamid származékokkal, mert ez utóbbiak viszont elsősorban a coccusok ellen hatásosak. A sulfamid készítmények további tulajdonsága az, hogy a leghatásosabb lúgos közegben, tehát akkor fordulhatunk leginkább sikerrel ezeknek alkalmazásához, ha a vizeletet a mandulasavval nem sikerült eléggé megsavanyítani.

Természetesen a mandulasav-therapiára is áll az az alapelv, hogy amennyiben a pyuria a kezelés hatására 4—6 hét alatt sem szünik meg teljesen, feltétlenül urologiai vizsgálatot kell végeztetnünk, mert könnyen lehetséges, hogy ezekben a többnyire chronikus esetekben, a pyuriát, valami anatomiai, valamint egyéb elváltozás (kő, daganat, stb.) hozta létre és tartja fenn, ezt természetesen a mandulasav sem fogja megszüntetni. Végezetül megemlítjük, hogy ártalmas hatást a mandulasav alkalmazásától nem láttunk. Az üledékben 4—5 esetben ugyan 1—2 vvs. volt látható, ennek azonban tapasztalatunk szerint komoly jelentősége nincs.

Összefoglalás: 30 esetben vizsgáltuk (29 leány, 1 fiú) a mandulasav hatását a gyermekkori pyuriára. 18 beteg genyvizelését coli, 1-ét staphylo-, 1-ét pedig enterococcus okozta, 9 esetben steril volt a vizelet. Ezek közül 24 acut és 6 chronikus volt. A mandulasavat 44% mandulasavas ammoniumoldat alakjában (ketogenin) alkalmaztuk, úgy hogy kisebb gyermek napjában 3x½ kk., nagyobb gyermek pedig 4 x ½ kk, ketogenint kapott per os kb. 2 héten keresztül. 30 esetből 23 gyógyult, 6 javult, 1 változatlan maradt. Ártalmas hatást nem észleltünk. A mandulasavat a pyuria gyógykezelésére, különösen coli-fertőzések leküzdésére, feltétlenül ajánljuk.

A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülőhelyi Bizottságnak a Pázmány Péter Tudományegyetem általános kórtani intézetével kapcsolatos Rheuma és Fürdőkutató Intézet közleménye. (Igazgató: Belák Sándor ny. r. tanár.).

A hypertoniás betegek plasmafibrinogen tartalma.

Irta: *Goreczky László dr.* és *Berencsi György dr.*

Korábbi kisérleteink kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a muló vérnyomásingadozásokat a venás vér fibrinogentartalmának eltolódása kiséri.

Ezek a kisérletek, melyeket egészséges fiatal egyéneken végeztünk, felvetették annak lehetőségét, hogy a fibrinogen szaporulat és vérnyomásemelkedés közti összefüggés a pathologiás viszonyok közt állandósult magas vérnyomás esetén is fennáll. Ezért a vérnyomás és a fibrinogen közti összefüggést oly betegeken tanulmányoztuk, akik állandóan magas tensióval bírnak. E célból hypertoniás betegektől vért vettünk, miután azok vérnyomását előzetesen lemértük. Arra természetesen minden esetben tekintettel voltunk, hogy az irodalomból ismert plasma fibrinogent befolyásoló külső és belső tényezők vizsgálataink kapcsán szerepet ne játszanak. Az egyes hypertoniás betegektől származó plasmákban *Howe* szerint kjeldahlometriásan meghatároztuk a fibrinogent. Vizsgálataink eredményét az alábbi táblázat tünteti fel:

I. táblázat.

Vizsg. eset száma	Syst. nyomás	Diast. Hg/mm.	Össz- fehérje g%	Fibrinogen g%
1.	230	—	5.26	0.97
2.	190	—	6.39	0.55
3.	190	—	6.33	1.32
4.	198	100	7.18	1.06
5.	274	120	6.74	1.35
6.	169	100	7.01	0.57
7.	175	90	6.74	1.30
8.	190	—	7.02	0.66
9.	185	—	6.45	0.70
10.	190	—	6.47	0.63
11.	175	90	6.35	0.28
12.	170	110	6.43	0.61
13.	210	160	6.27	0.52
14.	215	105	6.60	0.64
15.	220	110	7.19	0.43
16.	250	110	6.73	0.45

Amint a fentebb közölt eseteinkből kitünik a hypertoniás betegek plasmafibrinogenje 0.43 és 1.35 g% közt ingadozik. Kivételt csupán a 11. sz. eset képez, melyre azonban még a későbbiekben visszatérünk. Az eddig ismert irodalmi adatok alapján a plasma normalis fibrinogen értékét 0.30 g%-nak vehetjük. Az erre vonatkozó irodalmi adatok *Westergren, Theorell* és *Widström* munkáiból származnak, akik a normalis értéket 0.23 és 0.30 g% között állapították meg. A normalis plasmafibrinogen meghatározások közül meg kell még említenünk *Starlinger* és *Winands, Klimesch* és *Weltmann* vizsgálatait is. A nevezett szerzők szerint a plasmafibrinogen 0.22—0.36, illetve 0.20—0.32 között ingadozik. Ezeket az értékeket az alábbiakban közlendő normalis egyéneken végzett vizsgálataink alapján magunk is megerősíthetjük. A táblázatunkban feltüntetett értékek oly egyénektől származnak, kiknek vérnyomása 125 Hg/mm alatt volt.

A táblázatban közöltek alapján tehát a plasma normalis fibrinogen értékét 0.17 és 0.36 g% közt, középértékben 0.24 g%-nak találtuk. Meg kell azonban említenünk, hogy eseteinkben a szóródás nagyobb, mint *Westergren* és munkatársai esetében.

II. táblázat.

Vizsgált eset száma	Összfehérje g%	Fibrinogen g%
1.	7.39	0.36
2.	6.16	0.31
3.	5.90	0.20
4.	6.95	0.17
5.	6.43	0.24
6.	6.19	0.24
7.	6.33	0.22
8.	5.95	0.22
9.	5.84	0.19
10.	5.87	0.32
11.	5.94	0.24

A hypertoniás betegekben talált értékek, mint a két táblázatból kitünik, jóval magasabbak. Magas vérnyomású betegek fehérje eloszlásával *Petschacher, Berger* és *Schretter* is foglalkoztak. Nevezett szerzők azonban kizárólag a globulin-albumin megoszlást figyelték. A fentebb már idézett Westergren, Theorell és Widström-féle vizsgálatok szerint az arteriosklerotikus betegek fibrinogen értékei a normalisnál magasabbak az általuk közölt táblázatban. E fibrinogenszoporulathoz azonban feltételezhetjük, hogy az arteriosklerosissal egyidejüleg, amint azt vizsgálataink is igazolják, a magas vérnyomás is hozzájárulhat.

A fentebb említett 11. sz. esetünkben essentialis hypertoniás beteg fibrinogen értékét normalisnak találtuk, noha vérnyomása elég magasnak mutatkozott. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a beteg vérvétel közben collabált és így a vérvételt meg kellett szakítanunk. A beszúrás alkalmával oly kevés vért kaptunk, hogy azt vizsgálatainkban értékesíteni nem tudtuk. A rosszullét után rövid idővel a vérvétel sikerült. A collapsus idején természetesen a vérnyomás leesett és így még a hypotoniás szakban vettük a vért, amikor is a fibrinogen alacsonyabb, mint egyébként. Eddigi eredményeink szerint bizonyos adott fibrinogen háztartáson belül a vérnyomás emelkedésekor a venás vér fibrinogen értékének emelkedése, a vérnyomás süllyedésekor pedig a venás vér fibrinogenszintjének csökkenése tapasztalható. A hypertonia esetében a magasabb fibrinogen értékek keltekezéséhez tehát hozzájárulhat a tartós vérnyomás emelkedés által kibillentett fibrinogenszint magasabb értékekre beállása.

Összefoglalás: Magas vérnyomás esetében a plasma fibrinogen tartalma erősen megszaporodik. Szemben az általunk talált normális értékekkel, — melyeket 0.17—0.36 g% közt, középértékben 0.24 ± 0.06 g%-nak találtunk, — a hypertoniás betegek 0.43—1.35, középértékben 0.81 ± 0.30 g%-ot tüntettek fel. A magas singificans differentia (6.38) biztosítja az eredmények értékelhetőségét.

Komárom város közkórháza sebészeti osztályának közleménye. (Főorvos Király József.)

Féregnyulvány és megcsavarodott petefészektömlő együttes kiirtása.

Irta: *Puskás Zoltán dr.*

Szakkörökben az a vélemény, hogy a terhesség alatt előforduló heveny féregnyulványlob sokkal veszélyesebb. A megnövekedett méh felfelé tolja a vakbelet s vele együtt a féregnyulványt. Ennélfogva a gyuiladás könnyebben terjed át a környezetre. *Stoeckel* szerint kb. minden 1500 terhességre esik egy féregnyulványlob, melynek 30—70% a halálozása. Az első hónapokban a halálozás kevés, de a terhesség előrehaladásával nő. Nemcsak az anya van veszélyben, hanem a magzat is, mert a helyi izgalom és a fertőzés okozta állapot méhösszehúzódásokat vált ki, ez pedig koraszülést okoz. Ugyanis a vetélés százalékát jó műtéti technika, műtét után adagolt simaizom tonuscsökkentő szerek igen erősen csökkenthetik. *Hromada* négy esetet közöl, mely közül az első egy 7—8 hónapos gravid, műtét alkalmával fibrinnel bevont féregnyulványt és kisalmányi jobboldali ovarialis cystát távolított el. Műtét után 2 napra elvetélt. Műtéti seb p. p. gyógyult. Második esetben három hónapos terhesen távolított el perforált féregnyulványt. Terhesség megmaradt, p. p. gyógyult. Harmadik és negyedik esetben gangraenás és fibrinosus féregnyulványt távolított el. Mindkettő p. p. gyógyult és nem vetélt. Hangsúlyozza, hogy igen fontos a korai felismerés és az azonnali műtét.

Deidgrüber hangsúlyozza, hogy sok esetben igen nehéz a féregnyulványlobot elkülöníteni egyéb betegségektől, pl. cholecystitis, pyelitis, adnexitis, oophoritis, extrauterin graviditástól, mikor a vérzés kisfokú és nincs a Douglas ledomborítva. Zavarja a diagnosist az is, hogy a féregnyulványlob esetében előforduló émelygés, hányás normilas körülmények között is előfordulhat. A betegséget igen komolynak tartja. Halálozását *Jerlov* 9.5%, *Schmid* 24.2%-ra teszi, de hozzáfűzi, hogy az előrehaladottabb állapotban műtétre kerülő esetek halálozása 80%. *Deidgrüber* a halálozást korai műtét esetére 0%-ra, később operálva 26%-ra teszi. *Jerlov* szerint 10% az elvetélés.

Deidgrüber ajánlja az intravenás pyelographiát, (uroselectan) midőn az appendicitist a pyelitistől kell elkülöníteni. *G. Frattin* olyan diagnosis tévedést ír le, midőn a műtéti indicatiót rectum carcinómában állapították meg. Műtétkor pedig kiderült, hogy amint a végbéltől jobbra és hátra tapintottak az a promontoriumon fekvő appendix, mely a sigmával együtt gyulladásos szövettömegbe van ágyazva. *R. Gey* esetében az utolsó vékonybélkacs mesenteriumában lévő kisalmányi gyulladásos daganat volt jelen, mely az appendix végével függött össze. *Bender* megcsavarodott és gangraenescált appendix epiploicát talált midőn appendicitis miatt hatolt be.

Ha összegezzük a felsorolt eseteket, látjuk, hogy normalis körülmények között is előfordulnak olyan esetek, mikor diagnosisunkban tévedünk. Annál valószínűbb a tévedés graviditás alatt, midőn már a has tapintása is nehézségbe ütközik, az esetleges bőrérzékenység miatt. Subjectiv tünetek sem olyan biztosak, mert pl. émelygés, hányás terhesség alatt is előfordul. Ezért, ha a legcsekélyebb gyanú is van appendicitisre, Sonnenburg-féle rácsmetszéssel megnyitjuk a hasat és meggyőződünk a valóságról.

A mi esetünk a következő:

7—8 hónapos terhes, 4—5 nap óta hasában jobboldalt időnként görcsös fájdalmakat érez, széklete két nap óta nincs. A méh, processus és köldök tapintható. Jobboldalt a Mac-Burney pontnak megfelelően fájdalmat jelez a beteg. Fvs.-szám: 7800. Délutánra állapota rosszabbodott, fájdalmai fokozódtak, székletet többszöri beöntésre sem tudtunk elérni, ezért a has kissé meteorostikus, pulsus 100, könnyen elnyomható, láza nincs. Műtétetre szánjuk magunkat appendicitis acuta diagnosis miatt.

A behatolás Sonnenburg-féle rácsmetszéssel történt. A peritoneum megnyitása után bőven ürül zavaros vörhenyes savó. A hasüregben tájékozódáskor, a metszésnek megfelelően vörös-barna színű, szederjes, kissé egyenetlen felületű, terimenagyobbodást látunk, melyet ujjal körüljárva, kb. ökölnyi nagyságúnak bizonyult. Műtéti metszésünket felfelé meghosszabbítva kiderül, hogy a petefészekkel együtt 180 fokban megcsavarodott, elhalt, szétesőben lévő ovarialis cystával van dolgunk. Az elhalt cystát a petefészekkel

együtt eltávolítjuk, a csonkot peritonizáljuk. Most látjuk a vakbelet, fala belövelt, fibrinnel borított. A coecum fixált, előhúzni nem sikerült. In situ keressük fel a féregnyulványt, ekkor látjuk, hogy ez retrocoecalisan felcsapódott, duzzadt, lobos, fibrinnel borított. A féregnyulványt retrográd úton távolítjuk el, a csonkot kétszeresen buktatjuk. Tekintve azt, hogy az eltávolított appendix csúcsán kis gombostűfejnyi perforatiós nyilást találunk és hogy a hasüregben igen sok exsudatum van, a féregnyulvány ágyát drainájuk. Réteges hasfalvarrat.

Műtét után a vetélés megakadályozására papaverint adagolunk subcutan. Műtét utáni második nap jobban érzi magát, széklete beöntésre van, hányingere megszünt. A tampont fokozatosan eltávolítjuk. Műtét utáni 14. nap gyógyultan távozik.

Ez az eset azt mutatja, hogy a legszembetünőbb tünetek és leggondosabb vizsgálatok alapján felállított diagnosist sem igazolja 100%-ban a műtéti lelet. — A szervezetet sokszor támadja meg egyszerre két betegség. A tünetek gyakran annyira különbözők, hogy a leggyakorlottabb szakembereket is tévedésbe ejtik.. Éppen ezért nem a diagnosist tartjuk ilyen esetben a legfontosabbnak, hanem a műtéti indicatiót. Azt kell eldönteni, hogy van-e szükség sebészi beavatkozásra, vagy sem.

Tekintettel arra, hogy a terhesség alatt az appendicitis igen komoly életveszélyt rejtő betegség és hogy a korai műtét, mind az anya, mind a magzat szempontjából kedvező, ha a legkisebb gyanunk van appendicitisre, azonali műtétet javallunk, akár acut, subacut, vagy chronikus stadiumban, mert ha pl. a subacut stadium conservativ kezelésre meg is nyugszik, szüléskor a hirtelen kezdődő erős méhcontractiók, a megváltozott nasüri helyzet az összenövéseket széttépi és szülés utáni, appendicularis eredetű általános hashártyagyulladáshoz vezethet.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

Régi térdizületi plastikák rearthrotomiájáról. *Stumpfegger.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 4—6.) Két esetben, ahol a Lexer-féle zsírlebenybeültetést végezték a térdizületbe a csontos ankylosis megakadályozására, évek után rearthrotomiára került a sor. A beültetett zsírlebeny eltávolítása után történt szövettani vizsgálat alkalmával kiderült, hogy functionalis inger hatására a zsírszövet teljes egészében kötőszövetté alakult. Ugyancsak megfigyelhető volt az izületi tok kötőszövetének és az átalakult zsírszövetnek szerves összefüggése, valamint az előbbinek nagyfokú regeneratiós képessége. (F. 51.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Sérvkiujulás sérvműtét után. *Norndmann.* (Chirurg. 1939. 8.) A sérvkiujulás állandó okai lehetnek: 1. helytelen technika; 2. anatomiai viszonyok (sorvadt izomzat és bőnye); 3. a műtét utáni zavarok (köhögés, tüdőgyulladás); 4. asepsis hibája (a genyedés fellazítja a varratokat); 5. a túlkorai felkelés. A műtéti technikát illetőleg lágyéksérv esetében a Bassini-műtéttet tartja a legjobbnak az egyenes hasizom mobilizálásával. Combsérv alkalmával *Billroth* módszerét alkalmazza, köldöksérv esetében a medianvonal anatomiai helyreállítását. Természetes, hogy a kiújulás elkerülésére a legbiztosabb út a finom technika, a pontos vérzéscsillapítás és a helyes utókezelés. (V. 57.)

Debreczeni Zsigmond dr.

Új eljárással conservált vér átömlesztéséről. *Corelli.* (Klin. Wschr. 1939. 22.) Kisérletek során azt találta, hogy a thiosulfat-oldat a véralvadást kitünően gátolja, ártalmatlan és az anaphylaxiás jelenségeket megszünteti. Éppen ezért a milánói Bracco-cég novotrans nevezetű készítményével, amely lényegében natriumthyosulfat oldatból áll, 450 vérátömlesztést végzett és azt találta, hogy ezzel a készítménnyel a vér akár 4 hétig is conserválható, anélkül, hogy bármilyen kellemetlen mellékhatás lenne a következmény. A vérátömlesztésnél szokásos reactiók elkerülésére ajánlja 1. az éhgyomorra való vérvételt és átömlesztést; 2. mindig azonos csoport átömlesztését; 3. a vérátömlesztés előtt ephetonin vagy sympathol adagolását. A conservált vérátömlesztésnek egyik nagy előnye, hogy harctéri alkalmazásban állandóan rendelkezésre áll; 2. hogy a transfusiót, mint beavatkozást az egyszerű intravenás injectióra egyszerűsíti le. (V. 56.)

ifj. Verebélji Tibor dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

A lépfene Bulgáriában és kezelése immunsavóval. *Batschwaroff. W.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 34.) Bulgáriában 1927—37 között 8.760 lépfene esetet észleltek elsősorban a vidéki lakosság között. Itt évente 2—3000 állat hull el e bajban. Szerző 1932 és 1938 között 346 lépfenés beteget észlelt, ezek közül 15 halt meg. A betegséget leginkább a nyári hónapokban észlelték, amikor az állatok között is leggyakoribb a betegség. Leggyakoribb alakja a pustula maligna. Az átlagos lépfenehalandóság Bulgáriában az utolsó 10 évben 7.84% volt. Szerző legjobb eredményt a nagy dosisokban naponta izom közé fecskendezett immunsavótól látta. A betegség kiterjedése, a lázas reactio, a beteg kora szerint naponta 50—400 ccm immunsavót fecskendezett be a betegeknek. Az esetek legnagyobb részében 2—3 befecskendezés elegendő volt. (Sz. 100.)

Szodoray Lajos dr.

A dermatitis bullosa striata pratensis kóroktanához. *M. Oppenheim.* (Arch. Derm. 1939. 271.) A kórképet *Oppenheim* irta le először 1926-ban. Áttekintést ad a kérdés irodalmáról. A betegség parazitás elméletét hamar elvetették. Jelenleg két elmélet van előtérben. A fénysensibilizálás hirdetői a növényi fluorescáló anyagokat (flavonok, chlorophyll) tartják a baj okának; ezek egyéb növényi anyagok és napfény behatása kapcsán hozzák létre az érintett bőrfelszin dermatitisét. — Az *Oppenheim* elmélete a $C_{10}H_{16}$ képletű cyklikus szerkezetű pinénekben véli az izgató anyagot feltalálni. Ezek valamennyi dermatitis pratensist előidéző növény illóolajában feltalálhatók. Az epicutan-próbák üvegpapirossal felsértett bőrfelszineken positivak voltak, napbarnított bőrfelszineken azonban negativak, vagy gyengén positivak. A szerző egyéb tényezőknek is jelentőséget tulajdonít. (Sz. 101.)

Emődi György dr.

Válasz Meduna László dr. „Megjegyzés"-eire.

Meduna dr. a sértett önérzet hangján tér ki a lényeg és objectiv tények elismerése elől és engem rosszhiszeműséggel vádol. Nem szándékom személyeskedést folytatni, hanem csak a következők megállapítására szorítkozom:

ad 1. Nem állítottam, hogy *Meduna dr.* a camphorkezelés szájon keresztül történő módját újította fel. Én a convulsiós-shok-therapia felújításáról beszéltem, hisz nem az adagolás módja, hanem a gyógyszerek hatása a lényeges. A görcskezelést pedig tényleg a XVIII. században is ismerték, most tehát csak felújításról lehet szó, s hogy ezt *Meduna dr.* nem a régi adatok alapján újította fel, előttem is jól ismert és azt is tudom, hogy ennek alapjait *Nyírő,* stb. elgondolásai vetették meg. A cardiazol vegyi összetétele előttem is jól ismert s azt a megállapítást, hogy synthetikus camphor készítmény, a budapesti Tudományegyetem elmekórtani klinikájának közleményeiből (O. H. 1939. évi 13. szám) merítettem.*)

ad 2. A dissimulatióba menekülés jelentőségét nem csak én, hanem *Kluge* osztálya is kiemelte.

ad 3. *Meduna dr.* úgy látszik, nem értette meg jól cikkemben szereplő finom megkülönböztetést; én ugyanis

*) Tényleg nem synthetikus camphor, csak camphorpótszernek ajánlották. Szerk.

nem azt állítottam, ami ellen ő tiltakozik, hogy a cardiazol a központi idegrendszerre hatástalan, hanem azt, hogy „semmi olyan biztosan kimutatható elváltozást nem hoz létre, mely a remissio bekövetkezését egy későbbi időpontban megmagyarázná." A hangsúly tehát a *későbbi időponton* van és arra utal, hogy a cardiazol-kezelés után hónapok múlva bekövetkező remissiókat nem lehet a cardiazol-kezelés javára írni.

ad 4. E pontban foglaltak szintén arra utalnak, hogy *Meduna dr.* nagy elfoglaltsága alatt nem ért rá alaposan megérteni cikkem tartalmát; én ugyanis azzal, hogy „érdekesnek látszott megpróbálni, hogy a cardiazolnál lényegesen kisebb shok-hatást előidéző, de nem a camphor csoportba tartozó nem hypo-, hanem hyperglykaemiát okozó gyógyszerrel milyen eredmények volnának elérhetők", az intézetünkben folyó glanduitrinkisérletekre utaltam, amit cikkemben meg is említettem; ezzel tehát éppen úgy nem tartom szükségesnek tovább foglalkozni, mint a cikkembe becsúszott és rajtam kívül álló okból származó, *Meduna dr.* által nagyon kifogásolt sajtóhibákkal.

ad. 6. A hosszmetszeti és keresztmetszeti statistika nagy különbségével én is tisztában vagyok, de fel kell hívnom ismét *Meduna dr.* figyelmét a lényegre, t. i. arra, hogy a cardiazol gyógyulások 3 év múlva rosszabb eredményeket mutattak, mint a spontan gyógyulások. Érdekes, hogy *Meduna dr.* tiltakozik a 26%-os gyógyulási arányszám ellen, holott ez nagyon csekély szám; *Éderle 30%, Gaál 45%,* vagy *Whitehead Duncan* 51%-os arányszámához képest.

ad 7. Az amerikai szerzők nagy megbízhatóságát nem kívántam kétségbevonni, csak utaltam az európai és amerikai eredmények közti feltünő nagy különbségre és arra a mindenki által jól ismert tényre, hogy a cardiazol-kezelés eredménye is nagyban függ a beteganyag minőségétől. Az építő munka és a sugalmazott alorvosokra vonatkozó megjegyzése, bár engem nem érint, mégis megemlítem, hogy én intézetünk alorvosaiban mindenkor megbízható, objectiv kritikával megáldott orvosokat ismertem meg, akiknek cikkeiben épen úgy a legszigorúbb tárgyilagosság érvényesül, mentesen minden személyeskedéstől, mint az enyémben; s hogy *Meduna dr.*-ban ezek a munkák milyen reactiókat indítottak meg, nem tartozik a nyilvánosság elé.

Végül tényként megemlítem, hogy *Meduna dr.* igenis szerepeltetett a gyógyultak között olyan betegeket, kik soha meg nem gyógyultak és mindig az intézet betegállományába tartoztak. Erről bármikor tárgyi bizonyítékokkal szolgálhatok s ha cikkemért, mely *Meduna dr.* érzékenységét bántani nem akarta, a jövőben személyemmel és munkásságommal, — mint ő mondja, — foglalkozni nem fog, — őszinte örömmel tölt el.

Petrovich Ferenc dr.

Harvey Cushing
1869—1939

A világ legnagyobb agysebésze, az orvosi tudomány egyik büszkesége 70 éves korában, munkaközben, hirtelen elhunyt. Az Orvosi Hetilap csak nemrég ismertette a nevét viselő társaság kiadványát, mely eddig megjelent irodalmi munkáinak jegyzékét tartalmazza. Még sok értékes közlést várhattunk volna tőle. *Vesalius* biographiája s bibliographiája foglalkoztatta. Csak nemrég érdeklődött, hogy Budapest könyvtáraiban *Vesalius* milyen munkái találhatók. 1909. évi budapesti tartózkodásáról, mint „felejthetetlen és élvezetes időről" emlékezett meg.

Előbb az agysebészet, majd a neurologia, legutóbb az orvostörténelem mestere volt. Hozzá hasonlót nem ismerünk. Első alapvető monographiája a hypophysisről 1911-ben jelent meg s nagyapjának, édes atyjának és testvérének ajánlotta, kik valamennyien orvosok voltak. 24 monographiája és 306 tudományos dolgozatának nagyrésze az agydaganatok kérdésével foglalkozik. Legismertebb 2000 operált agydaganatról írt monographiája. *Sir William Oslerről* írt kétkötetes biographiája élvezetes és tanulságos olvasmány, valóságos mestermű.

Büszkeségünk, hogy 1931. óta egyetemünk honoris causa Doctora.

Elhunyta az orvosi tudomány, a kultúra, az emberiség nagy veszteségе.

Grósz Emil prof.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 40. sz. *Ratschow M.:* Helyi és általános anyagcsere peripheriás vérellátási zavarokban. — *Delius L.:* Korai keringési ártalmakról. — *Ackermann G.* és *Froboese C.:* Bacillus paratyphusos enteritidis Breslau-Gärtner által okozott sepsis. — *Didion H.:* Tuberculosis bakteriumok fluorescentia-mikroskopos kimutatása. — *Drigalski W.* és *Kunz H.:* Az ember A-vitamin szükséglete — *Göbbel O.:* Koraszülési és postinfectiós anaemia kezelése a légzési fermentum hatóanyagaival. — *Kämmerer H.:* A vérfesték lebontása porphyrinekre tiszta bakteriumtenyészetekkel és a koproporphyrin III., egy új biologiai synthesise. — *Kingisepp G.* és *Talli L.:* Percutan insulinfelszívódás. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 40. sz. *Hegler C.:* Váratlanul jelentkező fertőzőbetegségek felismerése a harctéren. — *Hochrein M.:* Ép vérkeringésű sportolók szívproblemái. — *Engelhard A.* és *Friedrich H.:* Gyomorbetegek physikalis kezelése. — *Zschau H.:* Aspirált idegentestek kórisméje és kezelése. — *Umber F.:* Diabetes és öröklött alkat. — *Wille E.:* Hyperinsulinismus. —

Deutsche Medizinische Wochenschrift 40. sz. *Hegler* Ritkább fertőző beetgségek. — *Rösgen* és *Schultze-Gahmen:* Tehenek, mint a Schottmüller-betegségek fertőzési forrásai. — *Pfaff:* Totalis tuberculosisleküzdés. — *Plath:* A thromboendangiitis obliterans centralis alakja. — *Heimann—Trosien:* A szamárhurut petein-kezelése. — *Ehrismann:* Újabb kérdések a munkahygiene köréből. — *Schmidt:* Az egészségtan oktatásának kérdéséhez. — *Gebhardt:* Izommechanikai problemák csípőizületi bifurcatio, vápatetőplastika és az alsó végtagok egyéb műtétei esetén. —

Wiener Klinische Wochenschrift. 40. sz. *Buinewitsch K.:* Sárgasággal járó májbetegség nehéz esete. — *Erlsbacher O.:* Az arthrosis deformans, chronikus myalgiák és neuralgiák kezelése különös tekintettel a kéntherapiára. — *Fuhs H.:* A xanthelasmatosis oki kezelése. — *Iagic N.:* Anyagcsere. vérkeringés és emésztő szervek. — *Kahler H.:* Mellékveseamyloidosis, mint a heveny mellékveseinsufficientia oka. — *Kraut L.:* Megváltozott anyagcsere és női meddőség. — *Lauda E.:* Krisisszerű végbélfájdalmak (rectalgia nervosa.) — *Möschl H.:* Enkephalitis és Basedow-kór. — *Wessely E.:* A rhinolaryngologia és otologia vonatkozásai az emésztési és anyagcserezavarokhoz. —

Medizinische Klinik. 40. sz. *Gilbert W.:* Fertőző szembetegségek a harctéren. — *Schneider E.:* Tompa patkóbélsérülések. — *Griebal C. R.:* A gégegűmőkór klinikája és gyógyítása. — *Loos H. O.:* A gonorrhoea chemotherapiája. (Uliron, albucid). — *Irle S.:* Nativinsulin. — *Grossmann H.* és *Grasnich L.:* Összehasonlító vizsgálatk a diphtheriabacillus kimutatásáról Clauberg-féle II. és III. táptalajjal. — *Raab W.:* Hormonok és zsír. —

La Presse Médicale. 74. sz. *Nageotte I.:* Holt szövetek átültetése a képlő sebészetben(ideg és in). — *Rudler I. C.:* Égési sebek kezelése. — *Camus L.* és *Sacaze Ch.:* A secretin therapiás alkalmazása. — *Lenormant H.:* A tetanusos intoxicatio mechanismusa. —

British Medical Journal. szept. 30. *T. N. A. Jeffevate:* Oestrogen hormon therapiája. — *A. C. Lendrum, W. A.*

FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

Mackey: Glomangioma ‚a fájdalmas bőralatti tuberculum" egy fajtája. — *H. Bailey, R. J. Mc. Neill Love:* Az epehólyag elektrosebészeti elzárása, drainage nélkül. — *J. Kemble:* Urethrographia, technikája, magyarázata és használhatósága. — *G. J. Dixon:* Generalizálódott aktynomikosis domináló specialis tünetekkel, beleértve egy csigolya összeroppanását is. —

The Lancet. szept. 23. *D. C. L. Fitzwilliams:* A rectum inoperabilis carcinomája. — *D. Williams:* Az epilepsia kezelése Na-diphenil-hydantoináttal. — *J. C. Cruickshank:* A kisérleti anthrax infectio chemotherapiája. — *H. B. May* és *S. C. Buck:* A sulfonamidok hatása kisérleti anthraxban. — *H. J. Bower:* Teljes szívblock fiatal egyéneken. — *R. Wenner* és *K. Joel:* Stilboestrol és anhydrooxyprogesterone hatása a menstruatióra és a lactatióra. —

The Journal of the American Medical Association aug. 26. *S. J. Beach:* A gyakorló orvos specialista tevékenysége. — *G. Piness* és *H. Miller:* A felső légző tractus allergiája csecsemő és gyermekkorban. — *S. D. Blackford:* Spontan pneumothorax college-beli diákokban. — *P. D. Woodbridge,* stb.: Érzéstelenítő gázok meggyulladásának megelőzése. — *W. B. Wood:* Pneumococcus pneumonia kezelése concentrált antipneumococcus nyúlserummal. — *L. Mc. Kendree* és *S. F. Haines:* Parathyreoidalis elégtelenség simmetricus cerebralis elmeszesedéssel. — Szept. 9. — *M. B. Visscher:* A coronalis keringés korlátozotsága szívbetegségekben. — *H. J. Williams:* Gyermekek fülbetegségei. — *L. S. Selling:* A nem abnormalitásai törvényszéki közlekedési esetekben. — *P. S. Colonna* és *F. v. Saal:* Az alsó végtag amputált csonkja. — *W. G. Lennox,* stb.: Az epilepsia öröklése. — *E. P. Fowler:* Rendellenes mozgások a nervus facialis sérülése következtében. — *J. F. Lutz* és *L. S. Push:* A csont angio-endotheliomája. — *V. B. Dolgopol* és *H. M. Hobart:* Granulocytopenia sulfopyridin therapia következtében. — *H. L. Smith* és *E. W. Boland:* Auricularis fibrillatio kezelése chinidinnel és strichninnel. — Szept. 23. — *H. B. Matthews:* Szülészeti shok; okai felismerése és kezelése. — *A. B. Rivers:* A rák fontosága, mint a chronikus dyspepsia oka. — *C. Rosser* és *J. G. Kerr:* Fiatal egyének rectum carcinomája. — *F. W. Taylor:* Arteriosklerotikus gangraena. — *H. H. Faxon:* Amputatiók peripheriás arteria obliterans betegségben. — *A. B. Reese.* A chronikus elsőleges glaukoma korai operatiójának az értéke. — *H. Pariser:* Infectiosus recidiváló syphylis, 2 év után. — *H. T. Hymann* és *L. Chargin,* stb.: A korai syphilis nagy dosisu chemotherapiája intravenás csepegő methodussal. — *H. J. Templeton* és *R. T. Sutherland:* Az acut mononucleosis exanthemája. — *L. G. Cole* és *W. G. Cole:* Dyspnoë silicosisban. —

VEGYES HIREK

Vitéz Ambrus József
(1894—1939.)

Élt 45 évet, hősiesen küzdött 45 évet.

Mint orvostanhallgató viruló egészségben vonult be 1914-ben és került ki a frontra, honnan a végzetes kór csíráitól kikezdve tért vissza. Azóta nem is gyógyult meg többé teljesen. Életfeladatát *Szontágh Pál* mellett találta meg, legbűbb tanítványa, elméleteinek leghivatottabb tolmácsolója és továbbfejlesztője lett. Közleményei nemcsak kutató vágyáról, hanem a gyermekgyógyászat határain túlterjedő sokoldalúságáról is tanuskodnak. Lelki ember volt a szó teljes értelmében. A legmélyebb tiszteletet parancsoló volt a szívósság, a lankadásmentes szorgalom, mely a legnehezebb óráiban is égett benne. Példát mutatott nekünk mint hazafi, mint orvos és tudós, de egész különös mértékben, mint szinte páratlan nehéz harcát végigharcoló lélek. Legyen áldott emléke!

Waltner Károly dr.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik okt. 1—7. között. Ezen a héten nem csak a betörési frontok, hanem a felsiklási frontok is aránylag nagy számban fordultak elő. A frontátvonulások részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Október	1	12	Felsikl.	Gvenge	Praefrontalis borulás.
	2	8	„	Mérsék.	Praefrontalis eső éjfeltől 4 mm.
	2	17	Betörési	Gvenge	Kis zápores.
	3	8	„	Mérsék.	Hirtelen szélrohamok 10 m|mp.
	3	18	Felsikl.	„	Kevés praefrontalis eső 18 o.-tól.
	3	19	Betörési	„	Szélélénkülés, kevés eső.
	3	24	„	„	Szélrohamok, max seb. 10 m|p
	4	3	„	Erős	Szélvihar 15 m|mp. e ős postfr. nyomásem.
	4	17	„	Mérsék.	Széllökések, szélugr s É-ról DNY-ra
	5	13	Felsikl.	Gvenge	Erős praefront. borulás (Nimbostrat. felhő).
	5	14	Betörési	Mérsék.	Kis záporeső.
	5	16	Felsikl	„	Praefrontalis eső 0.5 mm, nyomászuhanás
	5	19	Betörési	Erős	Heves zápor 2.5 mm. légnyomásugrás.
	5	20	„	„	Heves zápor 10 mm. „
	5	23	„	Gvenge	Szélélénkülés.
	6	17	Felsi l.	Mérsék.	Praefrontalis eső 10 o.-tól, 3 mm.
	6	19	Betörési	„	Kis záporeső.
	6	23	„	„	Szélcsend ut. hirt. szélroh. 8 m|mp. zápor

517—1939. sz. Körmend nagyközség közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Körmend nagyközség közkórházában megüresedett egy *kisegítő orvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kisegítő orvos alkalmazása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Alkalmaztatása csak egy évre terjed és pályázat útján kerül újra betöltésre. Javadalmazása egy bútorozott szobából álló lakás, fütés, világítással, havi 80 P dijazás. Élelmezésért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A pályázati kérvényhez csatolandók: születési anyakönyvi kivonat, erkölcsi bizonyítvány, magyar orvosi diploma, magyar állampolgárságot igazoló okmány, kamarai tagság igazolása, működési bizonyítvány a korábbi alkalmaztatásról. Szigorló orvosok pályázatát is figyelembe veszszük.

A kérvények Horváth Kálmán dr. alispánhoz címezve, a kórház igazgatóságához nyujtandók be *1939. november hó 15-ig.* Az állás kinevezés után azonnal elfoglalható.

Körmend, 1939. évi október hó 6-án.

Remetei Filep Ferenc dr. kórházigazgató-főorvos.

HETIREND

Október 16-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése: *Doby József:* Budapest székesfőváros elsőfokú közegészségügyi szolgálata. *(Pauer Károly* emlékelőadás.)

Október 18-án d. u. 6 órakor: a „Közkórházi Orvostársulat ülése: Bemutatások: 1. *Csiky-Strauss Árpád:* Kettősfalu epehólyag; *Schifferer János:* A Takata-Ara reactiót helyettesitő egyszerű kémlés. Előadás: *Pelle László:* Sikeresen kezelt tetanus esetek tanulságai. *Fejér Árpád:* Nehéz fémsók kis adagjainak gyógyító hatása.

Október 20-án d. u. 6 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület CIII. nagygyülése. Balassa-előadás: *Manninger Vilmos:* Rákkutatás és rákgyógyítás.

VOMISAN KUP

hányinger ellen mindenkor megbízható

Főraktár: **DR BAYER ANTAL**

gyógyszertára. Budapest, VI., Andrássy-ut 84.

Náthánál ANARA - CHINOIN

Gőzeinek beszippantása azonnali könnyebbséget okoz! Használatrakész tubus

1203—1939. sz.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A lévai m. kir. állami kórházban megüresedett *alorvosi állásra* a m. kir. belügyminiszter 204.800—1939. XVI. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek. Az alorvos javadalmazása az állami rendszerű X. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, az intézetben egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés-, világítással és I. oszt. élelmezés, melyért azonban az önköltségi ár 50%-a megtérítendő.

A m. kir. belügyminiszterhez címzett és szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeket *1939. évi október hó 23-án déli 12 óráig* kell hozzám benyujtani. Elkésve érkezett, vagy nem kellően felszerelt kérvényeket nem vehetek figyelembe.

A pályázati kérvényhez csatolni kell: 1. orvostudori oklevél; 2. magyar honosságot igazoló okirat; 3. életleírás, (curriculum vitae); 4. Magyarországnak a trianoni békeszerződés megállapította területéről pályázóknál az orvoskamarai tagság igazolása; 5. esetleges katonai szolgálatra vonatkozó okirat; 6. közszolgálatban nem állók hatósági erkölcsi bizonyítványt és köszolgálatra alkalmasságot igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyítványt csatoljanak; 7. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok.

Közszolgálatban állók a fentebb felsorolt követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, ennek hiteles másolatával igazalhatják. A pályázok a 7.720—1939. M. E. sz. rend. 1. és 3. §-ában foglaltak értelmében igazolni tartoznak, hogy nem esnek az 1939. évi IV. tc. korlátozása alá, továbbá kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől is, hogy közhivatalban, közintézetben és közintézményben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e, vagy sem? Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett járandóságok összegét is meg kell jelölni.

Az állás betöltésekor a 2.300—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapest Közlöny 1939. évi febr. 26-i 47. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségben részesülnek azok, akik e rendelet hatálya alá esnek. Az emlitett 7. §. hatálya alá eső pályázók képesítésüket az idézett 2.300—1939. M. E. sz. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében, állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni. Az esetleg idegen nyelven kiállított bizonyítványok hiteles magyar fordításban csatolandók.

A fenti állás átmeneti létszámba tartozik és ezért az ideiglenes jellegű.

Léva, 1939. október 4-én.

Doleschall Frigyes dr.
egyet. m. tanár igazgató-főorvos.

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt., Ujpest, *gyógyszerkülönlegességeiről* szóló ismertetését mellékeltük.

Abauj-Torna vármegye „II. Rákóczi Ferenc" Közkórház, Szikszó.

978—1939. G. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A vezetésem alatt álló Abauj-Torna vármegyei „II. Rákóczi Ferenc" közkórház szülészet- és nőgyógyászati osztályán lemondás folytán megüresedett kórházi *segédorvosi* állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatában megállapított fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világitás és kiszolgálással, továbbá I. oszt. élelmezés, az önköltségi ár 50%-ának megtérítése ellenében.

A kinevezés két évre szól, mely javaslatomra — pályázat mellőzésével — egy évre meghosszabbítható. Az intézeti bentlakás kötelező, orvosi magángyakorlat folytatása tilos. Az állásra csak nőtlen (hajadon) orvosdoktorok pályázhatnak és az állást kinevezés után azonnal el kell foglalni.

Felhivom a pályázni óhajtó orvosokat, hogy az alantiak szerint felszerelt és kellően felbélyegzett kérelmüket báji Patay Sámuel dr. főispánhoz címezve *1939. október hó 31. napjának déli 12 órájáig* hozzám adják be, illetőleg küldjék meg. Elkésve érkezett vagy nem kellően felszerelt kérvényeket figyelembe nem vehetek.

A kérvényhez a következő okmányok csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat, valamint a szülők és nagyszülők anyakönyvi kivonatai az 1939. évi IV. tc. értelmében; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbizhatóságról); 3. magyar honosságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma, vagy hiteles másolata; 5. orvoskamarai tagság igazolása; 6. Életleírás (curriculum vitae); 7. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 8. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletü tisztiorvosi bizonyítvány; 9. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok, katonai okmányok.

Közszolgálatban állók azokat az adatokat, melyeket a törzskönyvi lap magában foglalt, ezzel igazolhatják, az 1. és 5. pont alatti okmányokat azonban külön is csatolni kell.

Szikszó, 1939. szeptember hó 23.

Kiszty Jenő dr. s. k. kórházigazgató

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A szombathelyi Emberbaráti Egylet Közkórháza keres helyettes alorvost, bizonytalan időre szóló megbizással.

Az alorvos javadalmazása: havi 80 P tiszteletdij, élelmezés, egy bútorozott szobából álló lakás, fütés és világitással.

Őskeresztény családból származó, Németországban államvizsgázott okleveles **betegápolónő** akár kórházban, klinikán, vagy szanatóriumban, akár privát beteg mellett, vagy orvosi rendelőben állást vállalna. Több németországi kórházban praktizált, magyar és német nyelven beszél. Címe: Richter Elza, Rákosszentmihály, József utca 76.

Műtétek utáni, vagy más eredetű fájdalmak esetén:

HYPANODIN INJECTIO SUPPOSIT. DR. REX

Opium-alkaloidát nem tartalmaz.
Hányást, székrekedést, megszokást nem okoz.

10x1 ccm. amp. P. 3·-
10x2 ccm. amp. „ 4·70
3 kúp P. 1·80
6 „ „ 2·80

Pneumonia? Ptaeventivum Mecajol „Certa" 5×2·2 Kcm=P 2·50

201.705—1939. XVI. B. M. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Magyar Szent Koronához visszatért kárpátaljai területen állami igazgatás alá került közkórházakban üresedésben lévő *2 sebész, 1 belgyógyász, 1 bőrgyógyász osztályos főorvosi és 7 alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A betöltésre kerülő állások a következő kórházakban vannak: *a nagyszőllősi m. kir. állami kórházban* 1 sebész, 1 belgyógyász és 1 bőrgyógyász főorvosi állás, továbbá 5 alorvosi állás.

Az aknaszlatinai m. kir. állami kórházban: 1 sebész főorvosi és 2 alorvosi állás.

Egy pályázati kérvényben pályázni lehet az illető szakmának mindkét kórházban szóbajöhető állásaira. A pályázó kérvényében megjelölheti azt a helyet, ahová kinevezését elsősorban kéri. Fenntartom azonban magamnak azt a jogot, hogy a pályázókat a fenti kórházak bármelyikéhez nevezzem ki. Akik főorvosi állásra pályáznak e kérésüket ugyanazon pályázati kérvényben jelenthetik be.

A pályázati kérvényekhez eredetben, vagy hiteles másolatban csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat, nősek házassági anyakönyvi kivonata is; 2. a zsidók közéleti és gazdasági terfoglalásának korlátozásáról szóló 1939. évi IV. tc. végrehajtása tárgyában kiadott 7.720—1939. M. E. rendelet 1. és 3. §-a értelmében leendő igazolása annak, hogy a pályázó nem tartozik az idézett törvény 1. §-ának korlátozó rendelkezései alá; 3. Orvostudori oklevél; 4. Főorvosi állásra pályázók szakorvosi képesítésüket; 5. állampolgárság igazolása; 6. életrajzi adatok (curriculum vitae) és esetleges tudományos működés igazolása; 7. Magyarországnak a trianoni szerződés megállapította területéről pályázók orvoskamarai tagságának igazolása; 8. esetleges katonai szolgálatra vonatkozó iratok; 9. köszolgálatban nem állók feddhetetlen előéletüket, korszolgálatra alkalmasságukat igazoló hatósági erkölcsi, illetőleg újkeletű tisztiorvosi bizonyítványa; 10. egyetemi leckekönyv, kórházi szolgálati könyvecske és szigorlati bizonyítványok; 11. Nyilatkozat arra nézve, hogy a pályázó bírja- e a magyar-orosz nyelvet s milyen mértékben?

A pályázók kérvényükben nyilatkozni kötelesek afelől, hogy közhivatalokban, közintézményekben és közintézetekben állandó javadalmazással járó, orvosi képesítéshez kötött alkalmazást betöltenek-e vagy sem. Igenlő esetben az alkalmazó szervet és az élvezett összes járandóságokat meg kell jelölni. Közszolgálatban álló pályázók a fenti követelmények közül azokat, amelyek a törzskönyvi lapon, (minősítési táblázaton) fel vannak tüntetve, az említett törzskönyvi lap (minősítési táblázat) hiteles másolatával igazolhatják.

Az állások betöltésekor — feltéve, hogy a közszolgálatban alkalmazáshoz szükséges követelményeknek és szakszempontból az illető állásra képzettségünknél és gyakorlatuknál fogva megfelelnek, a 7.800—1939. M. E. sz. rendelet (megjelent a Budapesti Közlöny 1939. évi aug. hó 20-ik 188. számában) 7. §-ában foglaltak értelmében — más jogszabályokban meghatározott elsőbbségi igényre tekintet nélkül elsőbbségi igényük van azoknak: *a)* akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelékben állottak és akiknek állomáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszatért kárpátaljai területeken volt, állásukat azonban magyarságuk, vagy politikai magatartásuk miatt a cseh-szlovák uralom alatt minden ellátás nélkül elvesztették és azóta állandóan a visszatért kárpátaljai területeken laktak; — *b)* akik az 1921. évi július hó 26. napjáig kinevezett (évi fizetéses, megválasztott) minőségben, mint magyar közszolgálati alkalmazottak szolgálatot teljesítettek, vagy szolgálati kötelékben állottak és akiknek államáshelye az 1921. évi július hó 26. napján a visszatért kárpátaljai területeken volt, állásukat azonban magyarságuk, vagy politikai magatartásuk miatt a cseh-szlovák uralom alatt minden ellátás nélkül elvesztették és Magyarországnak a trianoni szerződés megállapított területére költözve, itt a közszolgálatban sem elhelyezést nem nyertek, sem ellátásban nem részesültek; — *c)* akik az 1939. évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területeken kinevezett (évi fizetéses) megválasztott) minőségben cseh-szlovák közszolgálatban állottak; — *d)* az *a)* pont alatt említetteknek olyan leszármazói, akik jelenleg Magyarország területén laknak; — *e)* mindazok, akiknek az 1939. évi március hó 15. napján a visszatért kárpátaljai területeken állandó lakhelyük volt, feltéve, hogy azóta is állandóan Magyarország területén laknak.

Az *a)*, *b)* és *c)* pontok alá eső személyek a *d)* és *e)* pontok alá eső személyekkel szemben egyenlő sorban vétetnek figyelembe; az *a)*—*e)* pontok alatt említettek közül azonban legelsősorban azok vétetnek figyelembe, akik a kárpátaljai területeknek visszatérése iránti mozgalmakban érdemeket szereztek. — A 7.800—1939. M. E. sz. rendelet 7. §.-a (1) bekezdésnek *a)*, *b)* vagy *c)* pontjai, továbbá a 8. §. (2) bekezdése alá eső pályázók e rendelet 13—19. §-aiban foglaltak figyelembevételével lesznek fizetési osztályba és fokozatba sorozva. A pályázók hiteltérdemlően igazolni tartoznak azt, hogy az említett kormányrendelet 7. §-a *a)*—*e)* pontok hatálya alá tartoznak.

Az említett kormányrendelet 7. §. hatálya alá tartozó pályázók képesítésüket az idézett 7.800—1939. M. E. rendelet 11. §-ának (1) bekezdésben állampolgárságukat pedig ugyanezen §. (4) bekezdésében foglaltak értelmében tartoznak hiteltérdemlően igazolni.

A pályázati kérvények magyar, vagy magyar-orosz nyelven nyújtandók be. A kérvényhez mellékelt és nem magyar, vagy magyar-orosz nyelven kiállított okmányok hiteles fordítása is csatolandó.

A meghirdetett állások átmeneti létszámba tartoznak és ezért azok a végleges létszám megállapításáig ideiglenes minőségűek. A főorvosi állások általában az állami rendszerű VIII. fiz. oszt., az alorvosi állások a X. fiz. oszt. legalacsonyabb fokozata szerinti javadalmazásban részesülnek.

Az alorvosok a megjelölt illetményeken kívül egy bútorozott szobából álló természetbeni lakásban részesülnek, azonkívül az élelmezésért az önköltségi ár 50%-át tartoznak fizetni. Az alorvosi állásokra csak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok pályázhatnak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felbélyegzett pályázati kérelmeiket e pályázati hirdetménynek a „Budapesti Közlöny" c. hivatalos lapban történt első közzétételétől számított *15 napon belül* hozzám címezve — közhivatalban lévők hivatali főnökük útján — nyújtsák be. Az e határidőn túl érkező és nem kellően felszerelt kérvényeket nem veszem figyelembe.

Budapest, 1939. évi október hó 3-án.

M. kir. belügyminiszter.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

Eggoplast A KIVÁLÓ MAGYAR RAGTAPASZ

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál- utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 42. szám. Budapest, 1939 október 21.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

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

Szerkesztőbizottság:

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

Schaffer Károly
(1864-1939)

Pontot tett *Semmelweis Ignác* lelkivilágáról készült tanulmányának utolsó mondata után, felkelt az íróasztalától és pihenni tért. Mielőtt kilobbant volna fáklyája, felnyitotta jóságos kék szemeit és azt hagyta meg körülötte álló kedveseinek: szeressétek egymást.

Mint tanuló ifjú egyszer a mikroskopba tekintett és attól fogva a természet alkotásainak közvetlen szemlélete kötötte le minden érdeklődését. Tanulmányainak kezdetén *Lenhossék József* oldalán az idegrendszer ismeretlen területeinek felkutatása volt a vágya, majd később *Scheuthauer* mellett ráeszmélt arra, hogy az orvosi segítés alapja a bomlasztó betegség lényegének pontos ismerete. Magasbalendíteni azt, akit jó sorsa nagyra szánt és felemelni azt, akit az élet porig sújtott, ez irányította *Schaffer Károly* minden gondolatát és cselekvését.

Munkássága az idegrendszer fejlődését, szerkezetét és kórtanát ölelte fel. A gyakorlat terén a psychotherapiának volt egyik leghivatottabb alkalmazója magyar földön. Nem kereste a divatos problémákat, mert nem a mának dolgozott. Ezért tudott mindig újat mondani azok számára, akik a holnapra készültek fel. Ez volt a titka annak is, hogy hamarosan melléje szegődtek olyanok, akik *csak* tanulni akartak tőle. Így vált az ifjúság hivatott nevelőjévé, *mesterévé*.

Útja mindvégig töretlenül egyenes volt. Mint amilyen ő maga is: nem ingadozott soha és nem hajlott meg senki előtt. Mivel sohasem kereste az elismerést, az kereste fel őt. Talán egyszer-másszor korábban is érkezhetett volna, de szerencsére nem jött későn. A hétköznapok nyilvánossága nem érdekelte, csak a zajtól messze fekvő dolgozószobában vagy a tudományos előadóteremben érezte jól magát. Az ő sikerei a hazai és külföldi tudományos világ osztatlan megbecsülésében nyilvánultak meg és abban, hogy munkáiban lefektetett tudományos eredményei közkinccsé váltak.

Természetesen voltak olyanok is, akik nem egy tudományos kérdésben más álláspontot képviseltek, mint ő. *Schaffer Károly* ilyenkor is az igazi tudós maradt; ha a felfogása ellen felhozott érvek bizonyítók voltak, magáévá tette, ha a legifjabb tanítványa ajkáról is hallatszott el az ellenmondás. De felvette a harcot, ha szükségét látta. Minden támadást tárgyilagosan, higgadtan és előkelően vert vissza.

Tudományos közléseit, akár az írott betűt, akár az élő hangot választotta a kifejezés formájául, világos csoportosítás és nemesen egyszerű formába öltöztetés jellemzi. Kifejezésmódja a szó szoros értelmében plasztikus volt: a szobrász apának méltó fia volt ő. Pompás tudományos rajzaival, nagy illusztráló készségével tudott gondolatainak testet adni és beléje életet lehelni.

Mikor pihent meg ez a megállás nélkül munkálkodó ember? Szűkebb és tágabb családja, vérei és tanítványai körében. Akkor, amikor dolgozott. Bizonyosan ez volt a titka felülmúlhatatlan munkakészségének. Egyetlen nagy és kielégíthetetlen szenvedelye volt: a szomjúság a megismerés után. Egytől írtózott: a csonkától, befejezetlentől. Mire egyik feladatát megoldotta, már nyomban feltolult a másik rejtély és így forrongott benne minden a nyugodt külső mögött. Egyéniségét vonzóvá férfias szerénysége, lelkesedő tudásszomja és példaadó buzgósága tette.

Így élte *Schaffer Károly*, az elvonuló tudós, értékekben gazdag életét. A sors mindent megadott neki, amiért küzdeni indult. A családi boldogság meghitt melegét, a tudományáért és egyéniségéért lelkesedő iskolát, kutatása eredményeinek mindannyiunkat túlélő szilárdságát. Megadta neki azt, hogy befejezhesse, amibe mint ifjú belefogott: tanainak büszke épületét.

Amikor ezzel elkészült, elindult nagy kortársai és barátai: *Santiago Ramón y Cajal* és *Lenhossék Mihály* társaságába.

Így élt közöttünk és ment el tőlünk egy nagy magyar tudós, a reménységek és próbáltatások esztendejében, őszi harmat hullásakor, ezerkilencszázharminckilencben.

Miskolczy Dezső.

TARTALOM:

Miskolczy Dezső: † Schaffer Károly 1864—1939. (941. oldal.)
Manninger Vilmos: Rákkutatás és rákgyógyítás. (942—945. o.)
Dorogi Lajos: A hyperfunctiós golyva műtéti előkészítése. (945—947. oldal.)
Ebergényi Sándor: A Takata-reactio ovulatiót kimutató értékéről. (948—950. oldal.)
Irodalmi szemle: (950—951. oldal.)
Hermann Károly: Megjegyzés Bálint Gyula dr. „Still—Chauffard—Felty-symptoma complexumról két eset kapcsán" c. cikkére. (951. oldal.)
Vámossy Zoltán: † Meyer Hans Horst 1853—1939. (951. oldal.)
Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (951—952. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Rákkutatás és rákgyógyítás.

(Balassa emlékelőadás.)

Irta: *Manninger Vilmos dr.*

Most száz éve vette fel *Wattmann* bécsi sebészeti klinikájára *Balassa Jánost* műtőnövendéknek. Ez volt kiindulópontja annak a tüneményes pályafutásnak, amely *Balassát* nemcsak a magyar sebészet megalapozójává avatta, hanem európai viszonylatban is az akkori sebészek első sorába állította. Nagy hírnevét mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a bécsi egyetem és a Josefinum 1857-ben a sebészeti tanszékre meghívta. — *Balassa* élete munkájának jelentősége azonban ennél sokkal mélyebb. Az ő nevéhez és munkájához fűződnek mindazok az elindulások, amelyek orvostudományunkat magyarrá tették és egyben az európai kultúra szintjére emelték. Az egyetem orvosképzésének újjászervezése, a könyvkiadótársulat megalapozása, az orvosegyesület tudományos színvonalának emelése, az Orvosi Hetilap megindítása, a közegészségügyi tanács első szervezetének kidolgozása az ő nevéhez fűződik. E munkában, mint csendes társat ott látjuk *Markusovszkyt*, aki *Balassa* korai halála után továbbfolytatta és kiépítette a megkezdett munkát. A felelős vezető, az elnök, a vállalkozás látható feje azonban mindenütt *Balassa*.

Balassáról ezideig életrajz nem jelent meg. Az a kevés adat, ami kortársainak levelezéséből, emlékbeszédekből és a szájhagyomány útján reánk maradt, halkbeszédű, a közszerepléstől inkább elhúzódó, szerény és szorgalmas munkásnak festi. Nem szerette a szónoklást és a nyilvános szereplést. Mi az oka annak, hogy ennek ellenére az egyre változó felettesek és kartársai minden alkalommal őt állították a küzdők első sorába zászlóvivőnek? Ritka tehetsége, kristálytiszta jelleme, éles ítélőképessége mellett feltétlen megbízhatósága volt az a tulajdonság, amely a közpályára különösen alkalmassá tette. Orvosi pályatételének jeligéjét: „vivere aliis non sibi constituit essentiam medici", egész orvosi és közpályáján szigorúan betartotta. Emellett gyors és pontos munkás volt. Példának csak két adatot említek. 1848 július 5-én *Eötvös* az egyetemi osztály tanácsnokává nevezte ki és megbízta az egyetem megszervezésével. A tervezet 12 nap alatt, július 13-ára elkészült. — 1861-ben a helytartótanács július 13-án az orvoskari tanterv újjáalakításával őt bízta meg. Július 31-én a kész javaslatot átnyujtotta megbízóinak. Mind a két javaslat jövőbelátó, nagyvonalú tudományos tervezőkészségről és bölcs gyakorlati érzékről tesz tanuságot. Évtizedek keserves küzdelmébe került, míg annak fontosabb tételei megvalósulhattak.

Pályája delelőjén, röviddel huszonötéves tanári jubileumának országos ünneplése után, kétnapos betegség szakította meg a magyar orvosvilág legeredményesebb munkásának életét. Hallgatói két hónapra gyászruhát öltöttek, ezzel bizonyítva azt a szeretetet és ragaszkodást, amellyel mesterüket körülvették.

Balassa neve leányának, Teréziának végrendelete útján került vonatkozásba azzal a kérdéssel, amely mai előadásom tárgya. Az atyjától öröklött házat *„Balassa János és Terézia"* alapítvány nevével a budapesti egyetem orvoskarára hagyományozta azzal a kikötéssel, hogy annak jövedelme a rákkutatás előmozdítását célzó pályamunkák díjazására fordíttassék. A sors különös szeszélye folytán e végrendelet végrehajtása még ma sem lehetséges.

*

Tervem az volt, hogy a rákkérdés mai állásáról teljes, összefoglaló képet adjak. Minél mélyebben hatoltam a kérdés irodalmába, annál több egymással ellentétes adat merült fel, úgyhogy beláttam tervem kidolgozásának lehetetlenségét. Arra kellett szorítkoznom, hogy a rákkutatás néhány, a kezelés szempontjából lényeges kérdésének összefoglalása után a belőlük levonható következtetések gyakorlati bírálatát adjam.

Kiindulópontnak az a korszak kínálkozik, amelybe *Balassa* munkássága esik. Az ő mestere *Rokitansky* és annak kortársai voltak az úttörők, akik a daganatok finomabb kutatásával megkísérelték azok osztályozását.

Ez a tisztán *morphologiai kutatás*, melynek legkiválóbb képviselője *Virchow*, a múlt század nyolcvanas éveiben a *kóroktani kutatás* kérdéseinek felvetésével bővül. A századfordulóval indul meg a *kisérleti rákkutatás*. E hármas felosztásnak határai nem élések. Minden új gondolatnak vannak előfutárjai és utórezgései, melyek a mai napig megtartották hatásukat. Az áttekinthetőség szempontjából azonban ez a hármas felosztás elég pontosan alkalmazkodik a rákkórtan irányainak változásához.

I. A morphologiai kutatás elindulása. Rokitansky világhírű tankönyvének 1855-ben megjelent harmadik kiadásában is „szervült újképletek" címe alatt együtt tárgyalja a jóindulatú kötőszövetes daganatokkal és a rákkal a gümőkóros és lueses szövetszaporulatokat. Szerinte „az újképletek anyagát az ú. n. histogenetikus anyagok, amelyek néha nagyobb, de többnyire szinte észrevehetetlen mennyiségben a vér plasmájából eredő folyadékok, a blastémák szolgáltatják." A „blastema rostanyagtartalma folytán többnyire szilárdabb állapotba megy át." Ebben képződnek, mint „kezdetleges alakelemek az elemi testecskék." „Ez az elemi testecske a sejtmagnak alapja, amely intussusceptio folytán önálló maggá nő meg. A blastema további elkülönülése folytán képződik körülötte a sejt."

Virchownak „a kóros daganatokról" megírt kétkötetes munkája 1863-ban jelent meg. Archivumában régebben megjelent munkáiban ő is *Rokitansky* blastema-elméletéből indult el. Csakhamar azonban „sejtkórtanának" eredményeit a daganatok kórfejlődésére is átvitte. Az ebből folyó tételeket megtaláljuk a daganatokról szóló könyvében. Szerinte „a daganatok osztályozása csakis anatomikus-genetikus alapon lehetséges". „A daganat a testnek egy része. A szervezet törvényei a daganatokra is érvényesek." „A nem differentiált szövetek azok, amelyekből a daganatok kiindulnak." „Ha a hámképleteket vesszük szemügyre, mindig a legfiatalabb réteg az, amely még nem érte el a különbözés szakaszát és így különösen a Malpighi-réteg elemei azok, amelyek ily burjánzásra hajlamosak."

„Mindazon esetekben, amelyekben a szervezet productiv működést fejt ki, e működés megindítására különleges in-

gernek (irritamentumnak) kell jelen lennie." „Ez az inger lehet valamely különleges vegyi anyag — hasonlatos az ismert fermentumos anyagokhoz — vagy lehet mechanikus természetű is."

A fertőzés, amely az elsőleges gócokból tovaterjed „valami contagium-féle, amely vagy közvetlen átivódás és a szomszédságba történő endosmosis útján terjed vagy részben a nyirokutak útján a legközelebbi nyirokcsomókban vagy a vérkeringés mentén, a gyűjtőerek útján okoz áttételeket." „Nagyon nehéz megmagyarázni, milyen módon tudja ez a kóros seminium a későbbi daganatfejlődésnek oly bonyolult jelenségeit előidézni. Az, ami termékenyül, ami eszerint az ilyen kóros ingerületben a petének felel meg, az a matrix, az anyaszövet, amelyből a daganat fejlődése megindul."

„A helyi okok (causa occasionalis) mellett szerepelnek hajlamosító tényezők is" (causa praedisponens). „Ezek közül első helyen említendő az öröklött átvitel." „Ez néha igen korán jelentkezik, úgy hogy a daganat már a születéskor mutatkozik, szűkebb értelemben tehát világrahozott". Sokkal gyakrabban „30 és több év telik el, mire a betegség megindul." „Ezekben az esetekben csak a hajlamosság öröklődik." Ide sorolhatók például az anyajegyekből kiinduló daganatok.

„Ilyen hajlamosság azonban szerzett is lehet. A magasabb életkor egymagában is a zavaroknak oly állandó halmozódásával járhat, amely a szöveteket egyre növekvő hajlamosságba juttatja." „Ezzel jól egyeztethető az a tapasztalat, hogy olyan helyeken, amelyeken valamely betegség lezajlott, később daganatfejlődés indulhat meg. Igy kétségtelen, hogy hegek bizonyos körülmények között daganatfejlődés kiindulópontjai lehetnek." „Tudjuk továbbá, hogy a nyálkahártyákon daganatok főleg ott fejlődnek, ahol előzőleg egyszerű gyulladások zajlottak le." „Ebbe a sorozatba kell sorolni azokat az eseteket, amelyekben daganat ott indul, ahol a test bizonyos tájékain ezek különleges helyük, berendezésük, vagy működésük folytán gyakori insultusoknak vagy zavaroknak voltak kitéve." „Mindezt összefoglalva, nagy valószínűséggel azt a következtetést lehet levonni, hogy a daganat anyagócának fejlődése *nem* dyskrasiának folyománya."

Néhány mondatban *Virchow* saját szavaival igyekeztem tömöríteni a daganat kórfejlődésére vonatkozó nézeteit. E vázlatból is látszik, hogy mind az az elmélet és feltevés, ami rákkutatóinkat foglalkoztatja, megtalálható már *Virchow* könyvében Különösen azt szeretném hangsúlyozni, hogy az „ingerelmélet" e nagyszabású épületnek csak egyik, bár fontos alapköve.

Az elméletnek gyenge, sebezhető pontja az áttételek keletkezésének magyarázata volt. „Nem tagadom annak lehetőségét — így tanítja *Virchow* — hogy szövetrészecskék leválhatnak és tovavitetnek és hogy ezekből fejlődhetik újabb góc. De valószínűtlennek tartom, hogy ez a lehetőség gyakran megvalósul;" „én a tisztán humoralisat tartom a fontosabbnak." Eszerint „nem az ilyen seminium nő ki az átvándorolt sejtekből, hanem ezen a helyen az ottlévő szövetek betegednek meg és ezekből fejlődik az új góc, az ú. n. metastasis."

Harminc év heves, sokszor elkeseredett vitáira volt szükség, amíg *Virchow*nak ez, a sejtátalakulásra, a metaplasiára vonatkozó tantétele megdőlt. Az „omnis cellula e cellula" tétel kiegészül az omnis cellula e cellula eadem-mé. Kiderült, hogy a rák és a sarkoma áttételeiben mindig ugyanaz a sejtféleség található, mint az elsőleges daganatban, hogy kötőszöveti eredetű sejtből hámsejt nem képződik és fordítva. Az áttételben növő sejt nemcsak alakját tartja meg, hanem élettani működését is. (*Eiselsberg* híres esete a pajzsmirigyrák áttételeivel).

A hangyaszorgalmú részletkutatás a századforduló idejére kitermelte a daganatok osztályozásának *Virchow*-követelte feltételét, a morphogenetikus alapot. Csak azután vált lehetővé a tisztán alaktani ismereteknek kapcsolódása a klinikához. Itt első helyen meg kell említenünk *Krompecher* alapvető munkáit, aki a basalsejtes rákra kimutatta, hogy ez a rákféleség sokáig marad helyhez kötött, hogy áttételeket későn okoz, annak ellenére, hogy a sejtkülönböződés (differentiálódás) sokáig elmarad. Hasonló elgondolással, a szöveti szerkezetnek és a daganat rosszindulatúságának összefüggéseivel főleg amerikai kutatók foglalkoztak. *Mc. Carty* (1912) után főleg *Broders* (1920) vizsgálatai keltettek nagy feltünést. A Mayo-klinika nagy anyagán a differentiálatlanság (D), a lymphocytás beszűrődés (L), a fibrosis (F) és a hyalinképződés (H) fokából alkotta meg a daganat rosszindulatúságának „grading"-jét, fokmérőjét. Követői közül *Hueper* és *Schmitz* már 20 kérdés pontozásával törekedtek hasonló értékelésre. *Cushing* és iskolája pedig az agydaganatoknak műtét közben vitalisan festett sejtalakjaiból igyekezett következtetni a kórjóslatra és ennek eredményéhez szabta a sebészi eljárás mikéntjét is. A mindennapos sebészet körében a „grading" nem tudott elterjedni az eljárás sok időt igénylő, szövődött volta miatt. Annál nagyobb a jelentősége a daganatok sugárkezelésének szempontjából. Itt nemcsak a kórjóslat, hanem a sugáradagolás megállapítására is döntő befolyású lehet.

II. *A kóroktani kutatás megindulása.* Az a forradalom, amelyet az orvosi gondolkodás terén *Pasteur* és *Koch* kutatásai megindítottak nem maradt hatás nélkül a rákkutatásra sem. A *kórok* keresése került a kóroktani kutatás előterébe. *Boll*, majd *Cohnheim* (1875—1882.) elméletüket arra a hasonlóságra építették, amely a megtermékenyített petesejt rohamos oszlása és a ráksejt gyors, határtalan burjánzása között kétségtelenül megvan. A rosszindulatú daganat kiindulási pontját *Cohnheim* a különböző és fokozatosan beérő sejtek között embryonalis állapotban megmaradt és határtalan osztódási képességüket megtartó sejtekben kereste. Elméletének bizonyítására főleg arra hivatkozott, hogy rák legtöbbször olyan helyeken fejlődik, ahol a magzati élet folyamán a csíralemezekből fejlődő szervek ébrényi helyzetkei találkoznak. Ily helyeken a feleslegben kitermelt, ébrényi jellegű sejtek eltokolódhatnak, hogy az élet folyamán valamely inger hatására korlátlan oszlásnak induljanak. Az elmélet kisérleti bizonyítása nem sikerült. *Cohnheim* a felelettel adós maradt arra a kérdésre is, mi az az inger, amely ezt a burjánzást kiváltja.

A *Virchow* elméletében említett „seminiumot" a bakteriologia megindulásakor a kutatók a bakteriumokban, majd egyéb véglényekben keresték. A kutatók hosszú sora — közöttük az akkori orvostudomány leghíresebb művelői — nagy lelkesedéssel, hihetetlen szorgalommal, de többnyire tökéletlen tudással és kevés önbírálattal vetették magukat az új tudomány művelésére. Ma már nevük felsorolását is elhagyhatjuk, mert az összes, kórokozóknak vélt bakteriumaik és véglényeik a gondos ellenőrzés fényében vagy ártatlan élősködőknek, véletlen, másodlagos fertőző csiráknak vagy a szövettani feldolgozás műtermékeinek bizonyultak. A gondolat azonban, hogy a daganatok növekedését élő kórokozók indítják meg, ma is él és a legutóbbi évek során új virágzásnak indult.

III. *A kisérleti kutatás bekapcsolódása* csak akkor vált lehetségessé, amikor oly eljárások birtokába jutottunk, amelyek megfelelő kisérleti állatban tetszés szerinti számban rákfejlődést tudtak megindítani.

Ma főleg három eljárás használatos. Az első *Jensen*nek és *Ehrlich*nek kisérleteiből fejlődött, akiknek sikerült patkányoknak és egereknek spontan daganatait egyező fajú egészséges állatokba sorozatosan átoltani. Az átültetés másfajú állatra — még rokonra is — csak elvétve sikerült. A sorozatos oltások a megeredések számát egyre növelték, úgyhogy ma az említetteken kívül nyulakban, tyúkokon, sőt kutyákon továbbvihető daganattörzsek állanak a kutatók rendelkezésére.

A másik eljárás *Jamagiwa* és *Jshikawa* nevéhez fűződik, akiknek 1915-ben következetes kátrányecseteléssel sikerült valódi rák keltése. Ennek az iránynak rendszeres kiépítése *Cook*nak, *Kennaway*nek és munkatársaiknak érdeme. 1924. óta különböző kátrányokból elkülönített, vagy synthetikusan előállított, jól ismert szerkezetű vegyianyagokkal részben bőrecsetelések, részben bőr alá, vagy gyüjtőérbe fecskendezéssel az emberi rákhoz nagyon hasonló rosszindulatú daganatokat tudtak kiváltani.

A harmadik eljárást 1911-ben *Rous* és *Murphy* fedezték fel. Önként fejlődött tyúkdaganatok sejtmentes szűrletével sorozatban sikerült hasonló szerkezetű daganatok keltése tyúkokon. Emlősökön elsőnek *Shope* irt le amerikai vadnyulon (cottontail) jelentkező, sejtmentes szűrlettel házinyulakra is átoltható szemölcsképződést, amely különösen az utóbbiakon rosszindulatú daganattá alakulhat át.

Az említett három módszer tette lehetővé, hogy a rákkórtan kutatói a mesterségesen keltett, illetőleg átoltott daganatokon a rákkeletkezés és fejlődés minden kérdését kisérleti úton tehessék vizsgálat tárgyává. Hatalmas könyvtárrá nőtt meg a kisérleti jegyzőkönyvekből megszerkesztett dolgozatok sorozata. Önálló életet élő, külön tudománnyá fejlődött a kisérleti rákkutatás, mely gyakran szinte elvesztette a kapcsolatot az emberi rák klinikájával. Ebből a zavaros, sokszor ellentétes adatokat tartalmazó tömkelegből csak néhány sok-

szoros ellenőrzéssel igazolt adatot emelek ki, amelyek alkalmasaknak látszanak arra, hogy az emberi rák gyógyításának alapvető kérdéseire fényt is vessenek.

A rákos hajlam *átöröklődésének* kérdése még néhány év előtt egyszerűnek és tisztázottnak látszott.

Közismertek *Maud Slye* és *Clara Lynch* nagyarányú egér-kisérletei, amelyek hosszú nemzedéksorozatokban, megfelelő kereszteződéssel és beltenyésztéssel oly törzseket termeltek ki, amelyek egyik sorában a rák igen nagy százalékban öröklődött, a másikban 30—40 nemzedéken át egyetlen egéren sem jelentkezett. A következtetés egyszerűnek látszott. *Mendel* első törvénye értelmében a hajlamosság, mint átütő, a védettség, mint rejtett tényező öröklődik. Pontosabb ellenőrző vizsgálatok csakhamar kideritették, hogy az általános hajlamosító tényező mellett helyi tényezőt is kell feltételeznünk. Az erősen hajlamos törzsben a daganat rendesen csak egy szervben (pl. az emlőben, vagy a tüdőben) jelentkezett és csakis a nőstény egereken. Már *Loeb*nek és *Murphy*nek sikerült oly egértörzseken, amelyekben a nőstények 70—100%-a 6—8 hónapos korában emlőrákban betegedett meg, ezt a petefészek kiirtásával kis százalékra lenyomni. *Cori* mutatta ki, hogy az emlőrák fejlődése teljesen kikapcsolható, ha a petefészek-kiirtást korán, egy hónapos egereken végezte. Ezzel szemben az egyébként mentes hímeken is ki lehet váltani az emlőrák fejlődését, ha herélés után petefészket ültetünk be az állatba. *Lacassagne* hajlamos törzsű hímegereken oestron, equilin„ illetve equilenin rendszeres befecskendezésével tudott emlőrákot előidézni. A legerősebb hatású az oestron. 68 állatból (R. III. törzs) 53 kapott emlőrákot (70%).

Ezzel szemben *Bagg* és *Jackson* megfigyelései azt igazolták, hogy rákmentes törzsekben — ilyen *Little* C 57-es törzse, amelyben 47 nemzedéken egyetlen rákesetet sem észleltek — 15%-ig lehet rákos daganatképződést kiváltani, ha 6—7 egymást követő terhesség közében az anyákat a szoptatásban megakadályozta és arról gondoskodott, hogy az egyes terhességek között hosszabb szünet ne lehessen.

Ezek és ehhez hasonló megfigyelések igazolták azt, hogy a rákhajlamosság és mentesség feltételei igen szövődöttek. *Maud Slye* újabb munkáiban már 5 oly tényezőt sorol fel, amely a rák öröklékenységét szabályozza. Az egységes általános hajlam (C) és a helyi tényező mellett (L = local-factor), mint kiváltó tényezőt, a mechanikus ingerlést, a rákkeltő hormonok befolyását, az anyagcsere megváltozását és végül ötödiknek az életkort biztosító általános tényezőket sorolja fel. *Bittner* igen nagyszámú keresztezési kisérletei 7, 8, sőt egyes sorozatokban 12 tényező hatását igazolták, ami teljesen egyezik az elméleti számítás eredményeivel. A petesejt plasmájának nagy befolyására utal *Bittner* következő keresztezési kisérlete. A rákos törzsből származó anyának rákmentes törzsű apától származó ivadékaiban a nőstények 80%-a megkapja az emlőrákot, míg a rákmentes törzsű anyának rákos törzsű apától származó ivadékai rákmentesek. Az ilyen öröklődés *nem* követi *Mendel* törvényét és *nincs* a chromosomákhoz kötve.

A kisérleti rákkutatás összes adatai arra utalnak, hogy a ráksejt a szervezet egészséges sejtjeiből *mutatio* útján képződik. Az így képzett ráksejt nemcsak alakjában, osztódásában, anyagcseréjében különbözik az éptől, hanem mindezeket a tulajdonságokat nemzedékek hosszú sorozatain átöröki.

A több percig —195.7 C°-ra lehűtött *(Rössle)*, 2 évig jégen tartott *(Ehrlich)*, évtizedekig szövettenyésztéssel a szervezeten kívül továbboltott sejt abba az állatfajtába visszaoltva, amelyből származott, minden tekintetben megtartja az eredeti daganatsejt minden tulajdonságát.

A nagy kérdőjel, a rák kóroktanának alapkérdése az, mi indítja meg a sejteknek ezt a megváltozását. Erre a kérdésre biztos feleletet ma még nem adhatunk A kutatók nagyobbik csoportja a sejtet — főleg a sejtmagot — érő physikai vagy vegyi behatással magyarázza a mutatio megindulását. Az általános élettanból közismert megfigyelés, hogy növényi vagy alacsonyrendű állati szervezeteken, de különösen a droserákon végzett kisérletekben legkönnyebben röntgen, radium, vagy ibolyántúli sugarakkal sikerült mutatiókat megindítani. A drosera petéjének egy bizonyos chromosomájára célzott sugár ártalmával az ivadékokban sikerül daganatot is fejleszteni.

Nagyobb kisérleti állatokban is sikerült az említett sugárzásokkal, de a napsugár kellő idejű behatásával daganatok keltése. E kisérletek *(Bloch, Schürch, Ludin)* azt is kimutatták, hogy a rákkeltéshez bizonyos sugármennyiségre van szükség (pl. nyulfülön 1000—2000 r.) Ezen az adagon alul a daganakifejlődés bizonytalan. Radiummal (3—5 mikrogramm vaselinben) nyulakon *Schürch* és *Uehlinger* csontsarkomákat, *Daels* pedig patkányon, fehéregéren, tengerimalacon a daganatok egész sorát tudta kelteni. *Biltris* tengeri malacon epehólyagrákot, a vesében, lépben, agyhártyákon sarkomát észlelt radium és mesothorium befecskendezése után. Az ibolyántúli sugarak hasonló hatására *Huldschinsky* alapvető kisérletei után főleg *Roffo* kiterjedt vizsgálatai terelték a figyelmet, aki a bőr cholesterin-tartalmának megváltozásában és fluoreszkáló tulajdonságok jelentkezésében kereste a sejtmutatio megindulásának okát.

E kisérletek, amelyeket emberen tett szomorú tapasztalatok is igazoltak (röntgen és radium okozta bőrrák, a Schneebergi és Joachimsthali tüdőrákok, a radium- és mesothoriumtartalmú óralapok festőinek csontsarkomái, a hajósok és földművesek bőrrákjai), a sugárhatások mutagen befolyását bizonyítják. A rák általános kóroktana szempontjából azonban jelentőségük igen szűk területre korlátozódik. A szabadon szárnyaló fékevesztett képzelet a sugárzások hatásának eredményeiből a daganatképződés egységes elméletét próbálta kiépíteni. Egyrészt az úgynevezett földsugárzás, másrészt a földkéregből visszaverődő kozmikus sugarak hatásával próbálta meg a rák kóroktanának megfejtését.

Gondos állatkisérletek a földsugarak rákkeltő hatását igazolni nem tudták. A földkéregből visszaverődő kozmikus sugarak rákkeltő hatásának elmélete az alluviumon, illetve az érctartalmú őskőzeten épült emberi lakóhelyek nagyon is ingatag alapon készült halálozási kimutatásaira támaszkodik.

Sokkal átfogóbb jelentőségű a vegyi rákkeltő anyagok szerepe a sejt mutatiójára. A kátrányecseteléssel elérhető rákkeltés — amely csak megismétlése volt az emberi kórtanból régen ismert kéménysepről, brikettmunkás és kátránypároló munkások bőrén észlelhető rákos elfajulásoknak —, izgató és az egész világ rákkutatóit fokozott munkára serkentette, amikor a kátrány rákkeltő alkotórészeinek vegyi képletét megismertük. A legerősebb rákkeltő anyagok szerkezeti képletéről kiderült, hogy azok igen közeli rokonságban vannak a szervezetben képződő vegyianyagokkal, elsősorban a cholesterinnel, az epesavakkal és a női és him ivari hormonokkal. Közelfekvő gondolat volt annak feltevése, hogy ezek keletkezése, illetőleg elbomlása közben ilyen rákkeltő anyagok azokból a szervezeten belül is képződhetnek és a sejtmutatiót megindíthajták. *Cook* és *Kennaway*, akiknek a rákkeltő vegyi anyagok felkutatásában és vegyi szerkezetük felismerésében oly sokat köszön az orvostudomány, ezt az elméletet világgá is bocsátották. Az alapvető kérdést azonban, hogy az említett vegyianyagokból a szervezeten belül képződhetnek-e ilyen rákkeltő anyagok, sem elméletileg, sem gyakorlatilag még nem oldották meg.

Beznák a hormonokról tartott nagy összefoglaló előadásának adatai szerint ez valószínűtlen. Ezzel szemben *Butenandt*, akinek az ivari hormonok synthesisét köszönhetjük, az ilyen átlakulást nemcsak lehetségesnek, hanem valószínűnek tartja. Ha az utóbbi be is igazolódnék, felmerül az a kérdés, mi indítja meg a cholesterin anyagcserének és az ivari hormonoknak rendellenes átalakulását. A normalis hormonokkal (pl. az ivari hormonokkal) rákképződést csakis oly szervezetekben lehet megindítani, amelyeknek rákhajlamossága öröklött. Biztosan rákmentes törzseken eddig semmiféle hormonnal rákfejlődést megindítani nem sikerült. Csak annyit tudunk biztosan, hogy a szervezet hormonalis egyensúlyának zavara a rákkészséget befolyásolja. Hogy mennyire bonyolult ez a hatás, néhány példát említek. *Lacassagne* kimutatta, hogy oly állatokon, amelyekben a hypophysis elülső lebenyét elroncsolta, a legerősebben ható rákkeltő anyagokkal sem lehet rákot előidézni Az átültetett

rákos daganat azonban az ily állatokon is megered. *Cramer* és *Horning* rákhajlamos törzsek hímjein oestrinisatio után a 7. hónapban emlőrákot igen nagy százalékban tudott kelteni. Ha a kezelés előtt az adrenalsystemát kiírtotta, az oestrinisatio rákkeltő hatása elmaradt. Nem jelentkezett az akkor sem, ha a hypophysis elülső lebenyének thyreotrop vagy adeno-thyreotrop hormonját fecskendezte be az oestrinisatióval együtt. Ilyenkor az emlődaganat nem ered meg. E kisérleti adatokkal szemben igen nagy feltünést keltett *Sauerbruch* és *Knacke* kisérleti sorozata. Egészséges törzsekből származott patkányokon egyébként ártalmatlan ingerekkel (apró sérülésekkel, tejsav vagy cholesterin kis mennyiségének befecskendezése után) sikerült 60 állatból 8-ban rákos daganatot kelteni, ha előzőleg a petefészket eltávolították. 40 ellenőrzésre beállított patkányból —, amelyeket nem castráltak —, csak egyen fejlődött rák. A rákfejlődést a petefészek eltávolítása után beálló prolan-többletre (hypophysis) és a lép működésének zavarára vezetik vissza.

Nem folytatom ezeket a példákat, amelyek csak azt bizonyítják, mennyire ellentétes és zavaros mindaz, amit a kisérleti rákkutatás eddig a hormonalis egyensúly megbillenéséről kimutatott.

VI. Még egy kisérleti sorozatra kell kitérnem, amely némi fényt derít a sejtmutatió keletkezésének módjára. Ha ébrényi sejtek keverékét állatokba befecskendezzük, egyideig annak sejtjei továbbfejlődnek, majd eltokolódnak. Megindulhat a sejtek különböződése is és teratoma képződhetik. Többnyire ez is teljesen felszívódik. Ha az ilyen embryonalis sejtkeveréket a szövettenyésztés módszerével a testen kívül továbbtenyésztjük és igen kis mennyiségű mérgező, vagy rákkeltő vegyianyagot adunk a tenyészethez, a keveréknek állatokba fecskendezése rosszindulatú daganatot idézhet elő.

Askanazy, Carrel és *A. Fischer* arzénnek 1 : 125.000—200.000 oldatával látott rák- és sarkomafejlődést, *Des Ligneris* dibenzanthracen hozzáadásával lymphosarkomát, *Murphy* és *Landsteiner* igen kis mennyiségű kátrány hozzáadásával rákot tudott kelteni. A rákkeltő anyagok oly kis mennyisége szerepelt e kisérletekben, amely egymagában biztosan elégtelen daganatkeltésre. E kisérletek elméleti jelentősége nemcsak abban van, hogy a sejt mutatióját in vitro sikerült elérni, hanem főleg abban, hogy bemutatták, mily elenyésző kis mennyiségű vegyianyag szükséges és elégséges a sejtváltozás megindítására.

VII. A rák kóroktatának parasitikus elméletéről kevés a mondanivalóm. *Pólya Jenő* a múlt évben a „Rákaethiologia és rákprophylaxis" című előadásában, mely azóta nyomtatásban is megjelent (Therapia 1938. 12. sz.) igen alaposan és szellemesen foglalta össze mindazt, amit e kérdésről ma tudunk. A madaraknak sejtmentes szürlettel átoltható daganatain kívül emlősökön ma is csak a Shope-féle nyúlpapilloma és myxoma kisérleti adatai állanak rendelkezésünkre.

Csak a teljesség kedvéért említem az emberen és több emlősön (teheneken, kecskéken, stb.) észlelt sejtmentes szürlettel átoltható szemölcsöket. Ezekről *Baló* kitünő monographiája mutatta ki, hogy belőlük rák nem fejlődik. Sejtmentes szürlettel még a molluscum contagiosum és nyulakon *Rivers* fertőző myxomája oltható át.

A viruskutatók 28 éve *Rous* és *Murphy* első közleményének megjelenése óta világszerte kisérleteznek a daganatok sejtmentes szürletével. Összefoglalva e kisérletek adatait, azt kell mondanunk, hogy azok jóformán kivétel nélkül negativ eredménnyel jártak.

Mc. Intosh kisérleteit, akinek három esetben sikerült kátrányokozta ráknak sorozatos átoltása sejtmentes szürlettel, az ellenőrző, igen nagyszámú kisérlet nem igazolta. *Gerlach* adatait, aki állati és emberi rákok sejtmentes szürletéből mesterséges táptalajon is tenyészthető mikroorganismust mutatott ki, az azóta eltelt két év alatt senki igazolni nem tudta. A Shope-féle vadnyulvirusból *Beard* és *Wickoff* oly nehéz proteint állított elő, amely hasonló a növények mozaikbetegségéből nyerhető, félig-meddig kristályositható fermentumhatású fehérjével. A házinyulra átoltott és azokban papillomát keltő virus tovább nem oltható; az ezen az alapon keletkező rák sem vihető át újabb nemzedékre.

Azok a kutatók is, mint pl. *Andrews*, akik a daganatok virus-okozta kórtana mellett kardoskodnak, kénytelenek beismerni, hogy a „valódi daganatok nem fertőzőek" „Nincs értékelhető támpontunk arra, hogy akár ember, akár állat daganata egyik egyénről a másikra érintkezés útján átvitetett volna."

Ez a sok negativum nem zárja ki azt, hogy ultravirusoknak a daganatok megindításában szerepe ne lehetne. Aki az orvostörténelem szemüvegén át nézi a fertőző betegségek tanának fejlődését, nagy óvatosságot tanulhat abból. Annyi azonban kétségtelennek látszik, hogy a jólismert virusbetegségek jelenségei és a sejtmentes szürlettel átvihető daganatos betegségek eddig ismeretes feltételei között még nehezen áthidalható szakadék tátong. (Folytatjuk.)

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

A hyperfunctiós golyva műtéti előkészítése.

Irta: *Dorogi Lajos dr.*

Sürgös műtét előtt többnyire nincs mód annak latolgatására, hogy a beteg állapota általában alkalmas-e műtétre. A nem sürgős esetekben azonban a viszonylagos javallatok elemzésekor bőven van időnk a beteg részletes átvizsgálására és kellő műtéti előkészítésére.

A műtét előkészítése a pajzsmirigy-műtétekben, különösen pedig a tulműködéses golyvákban elengedhetetlen.

A pajzsmirigy tulműködésében szenvedő betegek tapasztalat szerint többnyire a heveny rosszabbodás szakában jelentkeznek műtétre. Régi tapasztalat az is, hogy az ilyen betegek műtét-utáni állapota átmenetileg kisebb-nagyobb mértékben rosszabbodik. Ha a heveny rosszabodás szakában műtétet végzünk, az ezutáni rosszabodással esetleg végzetesen súlyos állapotba kerül a beteg.

A hyperthyreosisban a szemtüneteket és a pajzsmirigy alaki változását nem tekintve a kórképet az anyagcsere-zavar, a szív-érrendszeri (cardiovascularis) és idegrendszeri (psychoneuroticus) tünetcsoport uralja. A műtéti előkészítés szempontjából a szív-érrendszeri és az idegrendszeri tünetek jelentősek. A szív-érrendszeri tünetek közül a legjellegzetesebb és rendszerint a legkorábban jelentkezik a mérgezéses érlökés-szaporulat, toxicus tachycardia. A szapora s igen ingadozó érlökés testi munkára, vagy lelki izgalomra mértéktelenül fokozodhatik. Kezdetben mérsékelten a balszívfél, később mindkettő tulteng és kitágul. A csúcson és a tüdőütőér felett néha finom zörej hallható. A szívtünetek visszafejlődhetnek, de ha a szív izomzatának ártalma hosszan tart, szívbillentyű-elégtelenség és szíveredetű pangás fejlődik ki. A környéki edények, különösen a hajszálerek elernyednek, a bőr bővérű lesz és ennek következtében állandó kellemetlen melegérzés jelentkezik.

Az érmozgató-rendszer ingadozása hirtelen kipirulást, sápadást s dermographismust okoz. E tünetek a pajzsmirigy-tulműködés okozta vegetativ idegrendszeri, különösen a sympathicus izgalomnak a kifejezői.

Az idegrendszeri tüneteket nemcsak a vegetativ, hanem általában az egész idegrendszer fokozott ingerlékenysége jellemzi. A finom remegés, az érzőkör kisfokú zavarai mellett különösen a psychés elváltozások rendkivüli fontosságuak. A változó fokú nyugtalanság, a legkülönfélébb behatásokra való élénkebb visszahatás, kedélyhullámzás, álmatlanság, stb., súlyos esetekben (Ba-

sedow-kórban) a szellemi cselekvőképesség jelentős csökkenéséig, elmezavarig fokozódhatnak.

Az anyagcsere zavarai elsősorban abban fejeződnek ki, hogy elégséges táplálék-felvétel mellett kisebb-nagyobb súlycsökkenés tapasztalható. A súlyveszteség már a betegség kezdő szakában is jelentkezik s oka az oxydatiós folyamatok fokozódása.

A műtéti előkészítéssel az alapanyagcsere csökkenését, a szív és érelváltozások okozta panaszok enyhítését és a néha igen súlyos idegrendszeri tünetek kiküszöbölését szándékozunk elérni.

A hyperthyreosisos beteg műtéti előkészítése történhetik: *a)* fektetéssel, pihentetéssel; *b)* gyógyszeres és étrendi kezeléssel; *c)* psychikus befolyásolással; *d)* a pajzsmirigy röntgenbesugárzásával; *e)* a pajzsmirigy ütőereinek lekötésével. Célt legtöbbször ezek együttes alkalmazásával érünk el.

A fektetés és pihentetés kétségtelenül befolyásolja bizonyos mértékig az anyagcserét és egy idő múlva majdnem mindig súlyszaporulat is észlelhető. *Barnhill* rendkívüli jelentőséget tulajdonít az elkülönítésnek. Tapasztalata szerint megnyugtató az is, ha a betegek gyógyuló, golyva miatt operált betegekkel vannak egy teremben. Fontos, hogy az előkészítést is maga a műtő végezze.

A gyógyszeres kezelés célja: egyrészt a szív-érrendszeri, másrészt az idegrendszeri tünetek csökkentése.

A szív-érrendszeri panaszok csökkentésére azok természetéből folyóan legalkalmasabbak lennének az ú. n. szívszerek és ezek közül is elsősorban a digitalis. Azonban ez túlnyomórészt egészen hatástalan. Ellenben kíváló eredmények érhetők el jóddal. Jóddal a heveny hyperthyreoidismus kifejlődését akadályozzuk meg. Jód adagolására annak mennyisége a vérben megkevesbbedik, a mirigyben felhalmozódik és a hyperplasiás golyvából colloid-golyva lesz *(Walter Nell)* és így közvetve a szív-elváltozások is javulnak.

A jódot *Plummer-Boothby* ajánlatára Lugol-oldat alakjában adjuk. Ez általánosan ismert előkészítési eljárásban 10—20 napi kezelés után az alapanyagcsere csökken és a hyperthyreosis egyéb tünetei is javulnak. Az alapanyagcsere-csökkenés néha rohamos, *Fritz Schürer—Waldheim* szerint általában naponta 3%. Érdekes, hogy a súlyosabb hyperthyreosisos betegeken, különösen a Basedow-kórosokra a digitalis-készítmények általában hatástalanok, de Lugol-oldatos előkészítés alatt már a 4—5. napon a digitalis-hatás mutatkozik. A jóddal általában olyan fokú javulás érhető el, hogy a műtét elvégezhető. Az erre alkalmas időpont *Gerhard Müller* szerint a 14. nap. Ez alatt a pajzsmirigyben colloid halmozódik fel s a szervezet méregtelenné válik. *(Altenkamp.)* A szerzők nagyrészének az a véleménye, hogy ha ez időpontot akár a további javulás reményében, akár valamilyen más ok miatt elhalasztjuk, a betegek állapota rosszabbodik, a szervezet a jóddal szemben ellenállóvá válik s a második előkészítés már eredménytelen lesz. *(Merke). Westerborn* a jódos előkészítés megszakítását életveszélyesnek tartja. A *Plummer* szerinti előkészítés szükségességét egyébként *Sistrunk, Breitner, Rahn, Haas, Troell, Zondek, Körbler, Hueck, Pemberton* és még sokan mások hirdetik.

Strauss véleménye szerint a jódos előkészítés és a jód-hatás eredménye a kortól és a betegség fennállásának időtartamától függ. *Rahm* és *Haas* azt tapasztalta, hogy fiatalabb, súlyosan hyperthyreosisos betegek általában jobban tűrik, mint az idősebbek.

A jódos műtéti előkészítésnek azonban hátrányai is vannak. Igy a már említett megkötöttség a műtét idejét illetően, azután az, hogy megismételni nem lehet. Nagyon fokozott alapanyagcserében (70—80%) az eljárás nem veszélytelen. Vannak olyan esetek is, mikor a jód hatástalan. *Flörcken* említi, hogy előfordul az is, hogy az alapanyagcsere csökken, de a nyugtalanság maradandó.

A Lugol-oldatos előkészítés helyett néhány év óta sokan a dijodtyrosint alkalmazzák. A dijodtyrosint *Harrington* és *Randall* mutatta ki és állította elő. A thyroxin mellett a pajzsmirigyben található dijodtyrosin chemiai sajátságaival *I. Abelin* foglalkozott; megállapította, hogy szabad elkülönített formájában 3, 5-dijod-4 oxyphenil-alanin. *Abelin* egyébként mellékhormonnak tekinti. *Möller* szerint a dijodtyrosin hatása nem tisztán jódhatás, mert tetemes része a vizeletben átalakulás nélkül kiválasztódik. *Gerhard Müller* úgy véli, hogy a dijodtyrosin fokozottabb képződése által a jódkezelés hatásosabb lesz.

B. Kommerell, Buresch, Schürmeyer, Wissmann, Dennig, Zimmermann és *Gerhard Müller* vizsgálatai alapján a dijodtyrosin előnyeit a Lugol-oldattal szemben a következőkben foglalhatjuk össze: A dijodtyrosin adására erősebben csökken az alapanyagcsere, elhagyása után nincs veszélyes visszahatás és ismételten is adagolható. Fokozotabb alapanyagcsere esetén is veszélytelen. Az érlökés-görbe rohamosan javul, a beteg hamarabb kezdi jólérezni magát, hamarabb szűnik meg a szívdobogás, nagyobb a súlyszaporulat s a gyógyszert a betegek kivétel nélkül jól tűrik.

A jódnak Lugol-oldat formában történő adása és a dijodtyrosin mellett természetesen számos más gyógyszerrel is kisérleteztek a golyvák műtéti előkészítésében s ezek kitünő eredménnyel is jártak. E gyógyszereket részben magukban, részben jóddal vagy jódos készítményekkel adjuk a betegeknek. *Breitner* a jód mellett chinidint és natrium-phosphatot tart szükségesnek, *Jurasz* az atoxyl-előkészítést megbízhatóbbnak mondja, *Öszterreicher* ergotamint ajánl, *Adamson* és *Cameron* jódozott zsírsav és A- és B-vitamin együttes alkalmazását véli legjobbnak. *Fraser* vitiodum (A- és D-vitamin + jód) előkészítést ajánl, *Hedry* jodatoxyl-kezelést, *Dikanskij* gynergen-előkészítést, *Dissel* szőlőcukor és insulin rendszeres adását, *Heim* verodigent és chinidint, *Wendt* és *Strauss* A-vitamin adását tartja szükségesnek.

A gyógyszeres előkészítés célszerű és megfelelő voltát nincs módunkban kétségbevonni, de a tapasztalat szerint a dijodtyrosinnal és a Lugol-oldattal egyik sem versenyezhet.

A jódos előkészítés következtében a szív- és érrendszeri tünetek, általában a thyreotoxikosis tünetei oly mértékben csökkennek, hogy az ideges tünetek is javulnak. Ha ez nem volna elégséges, akkor olyan gyógyszereket is kell adnunk, melyek e tüneteket nagyobb mérvben és gyorsan meg tudják szüntetni. Ilyenek a brom, veronal, sevenal, stb. esetleg hűvös fürdők is jótékonyan befolyásolják a hyperthyreosisos beteg állapotát.

Jelentős szerepe van az előkészítésben az étrendnek is. Az ilyen betegek szervezetében ugyanis nagy az alkaliszegénység. Ezt elsősorban basisos táplálkozással lehet megszüntetni, mégpedig az ú. n. laktovegetabilis diaetával, mely az alapanyagcsereérték csökkentésével és a gyakori ideges hasmenés megszüntetésével a betegek erőbeli állapotát nagymértékben javítja.

Egy további tényező az előkészítésben a pajzsmirigy röntgenbesugárzása, vele a mirigy szövetének pusztítását

és így a túlműködés csökkentését igyekszünk elérni. Különösen *Henle* és *Ramsohoff* ajánlják műtéti előkészítésül a pajzsmirigy röntgenbesugárzását, míg *E. Liek, Garré* és *Sauerbruch* ellene vannak. *Rahm* azt írja, hogy 25 betege közül mindössze 1 esetben látott besugárzástól javulást.

Általábanvéve megállapítható, hogy a röntgenbesugárzás, bár értékesen támogathatja az előkészítést, mégis csak kivételesen és igen szigorú kritikával alkalmazható, mert esetleg olyanfokú hegesedést és összenövést hoz létre a pajzsmirigyben és környékén, hogy nemcsak megnehezíti, hanem gyakran lehetetlenné is teszi a műtétek elvégzését, többnyire még az ereket sem lehet lekötni.

A pajzsmirigy ütőereinek esetleg több ülésben lekötése a therapiás megoldások mellett, mint műtéti előkészítő eljárás csak igen súlyos esetekben jön szóba, mikor sem gyógyszerrel, sem egyéb eljárásokkal sem sikerül az alapanyagcserét 40% alá nyomni. Ilyen esetekben azonban számolnunk kell heveny thyreotoxikosis jelentkezésével, ez azonban 2—3 nap alatt visszafejlődik. Nagyon súlyos esetekben nem tanácsos mind a 4 ütőeret egyszerre lekötni. *Crile* tanácsára az érlekötéseket — ha egyáltalán lehetséges, — — legcélszerűbb a betegszobában végezni.

A műtéti előkészítés fentebb vázolt formái mellett természetesen számos más, az előkészítésben jó eredményt adó egyéb tényező is van, pl. a klimatotherapia.

Klinikánkon a hyperthyreosisos betegek előkészítése általában így történik: Nem különítjük el őket, mert tapasztalatunk szerint jó hatású, ha az előkészítés tartama alatt más betegek javulását, gyógyulását látják. A műtő és a segédlet azokból áll, kik az előkészítést végzik és akiket a beteg már megszokott. Szigorú ágynyugalmat rendelünk, a szívtájékra hűtőt, vagy jégtömlőt helyezünk. Ha erre néhány nap múlva javulás mutatkozik óvatosan megkezdjük a jódos előkészítést és Lugol-oldatot adunk 8—10 napon át. Ezzel egyidejüleg chininum hydrobromicumot (2x0.10 g. napjában) és az idegrendszer állapotától függően bromot, sevenált, sedatint, vagy neurolint adagolunk. A 8—10. napon, ha az érlökés megfelelő lasubbodását s az általános erőbeli állapot javulását látjuk s nincs valamilyen feltétlen tilalom, elvégezzük a műtétet.

Az előkészítés egész tartama alatt betegeink lactovegetabilis étrend — Alt-diaeta — szerint étkeznek.

A pajzsmirigy röntgenbesugárzását csak kivételes esetekben végezzük.

Ha a vázolt előkészítés megfelelő eredménnyel nem járt, amikor az alapanyageserét 40% alá szorítani nem sikerült, lekötjük az ütőereket. Az a nézet az irodalomban, hogy műtét veszély nélkül 40%-os alapanyagcsere érték felett nem végezhető. Gyökeres műtét szempontjából ezt az értéket túl magasnak tartjuk s műtétet egyszerre csak akkor végzünk, ha az alapanyagcsere az előkészítésre 30% alá csökkent.

A fenti előkészítéstől —, mely néha akár több hónapig is eltarthat — láttuk a legjobb eredményeket.

Néhány tanulságosabb esetünket foglaltam össze a mellékelt táblázatban, ebből kitűnik, miképen változott különösen az érlökés és alapanyagcsere-szám a különböző tartamú előkészítés után.

Újabban rendkívül nagy súlyt vetünk arra, hogy a betegeink már bizonyos fokú bódulatban kerüljenek műtétre. Néhány esetben ugyanis azt tapasztaltuk, hogy megfelelő előkészítés ellenére betegeink igen rosszul tűrik a műtétet, s nyugtalanságuk a műtét alatt annyira fokozódott, hogy a műtétet abba kellett hagynunk. Ennek megelőzésére a műtét előtti estén s a műtét előtt 2—3 órával veronált, sevenalt, esetleg etovalt adunk.

Abban a néhány igen súlyos esetben, melyet elvesztettünk, nem a helytelen és elégtelen műtéti előkészítés volt a szomorú vég oka, hanem előre nem látott és befolyásolhatatlan szövődmény. Ezeket, sajnos, tökéletesen kiküszöbölni nem tudjuk.

Beteg (éve)	Előkészítés előtt: Hő	lökés	Alap-anyagcsere	Megjegyzés	Előkészítés időtartama (nap)	Előkészítés előtt: Hő	Érlökés	Alap-anyagcsere %	Megjegyzés
8	37·7	114	+35	Exophtalmus	7	37·0	94	+26	Exophtalmus keveset csökkent
6	36·4	104	+28	Exopht ; Stellwag trem.; dermograph.	14	37·0	104	+22	Idegrendsz. tün. kevésbbé kifejezettek
2	37·4	120	+67	Basedow tünetek. — Arythmia	135	37·0	110	+38	Arythmia megszünt. Nagy mért. jav.
4	37·7	120	+26	Basedow tünetek észlelhetők	21	37·4	108	+20	Nagy mértékben javult
2	37·0	120	+29	Kisfokú exophtalmus	10	37·0	96	+17	Exophtalmusa alig észlelhető
1	37·0	92	+40		14	36·4	80	+28	
4	37·3	120	+57	Szem ideglünetek. — Hasmenés	21	37·0	93	+45	Kisfokú exophtalm. — Hasm. megsz.
2/3	37·3	130	+30	Súlyos based. tün. — Arythmia	90	37·0	106	+30	Tünetek enyh. — Arythmia megsz.
1 1/2	37·4	120	+44	Nyugtalanság, dermographizmus	14	37·0	100	+30	Nyugtalansága megszünt
5	36·9	120	+38	Szemtünetek	10	37·2	104	+21	
1	37·1	124	+60	Súlyos idegrendszeri tünetek	21	37·2	100	+31	Kisfokú nyugtalanság
6	36·4	112	+42	Középsúlyos idegrendszeri tünetek	21	36·5	100	+29	Kisfokú nyugtalanság
14	37·0	116	+59	Exophtalmus	14	36·0	98	+18	Exophtalmusa csökkent
1	37·4	132	+42	Szemt. Hasm. Súly. ideg. rendsz. tün.	28	37·2	108	+25	Hasm. megsz. Egyébb tün. csökk.
20	36·8	112	+56	Enyhe idegrendszeri tünetek	14	36·9	100	+27	Kisfokú nyugtalanság
16	38·0	128	+38	Hányás-hasm. nagyfokú nyugt.	10	37·1	98	+18	Hányás hasm. megsz. Nyugt. csökk.
2	37·6	132	+27	Középsúlyos basedowos tünetetek	42	37·0	92	+13	A tünetek súlyossága csökkent
5	36·8	128	+60	Súlyos idegrendsz. tün. Szemtün.	18	36·7	94	+15	Idegrendsz. tün. elm. — Enyhe exopht.
3	37·4	128	+55	Arythmia. — Nagyf nyugtalanság	75	36·2	86	+19	Arythm. megsz. — Nyugt. alig észl.
2	37·0	114	+35	Szemtünetek	16	36·7	88	+21	Szemtünetek keveset csökkentek

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

A Takata-reactio ovulatiót kimutató értékéről.

Irta: *Ebergényi Sándor dr.* tanársegéd.

Nemcsak a régebbi (*Fränkel* 1911, *Grosser, Zangemeister* 1914), hanem az újabb vizsgálók (*Araya* 1936) is állítják, hogy az ovulatio és menstruatio között nincs megszabott *időbeli* összefüggés és az ovulatio a cyklus csaknem valamennyi, *Fränkel* szerint 8—26, *Grosser* szerint a 4—24 napon bármikor megtörténhetik. *Löwenhardt, Vilemin* és *Hishaito* a bekövetkezendő *vérzés előtt* 5—8, illetve 12—24 napon gondolják az ovulatio idejét. *Whithouse, Halban, Schaw, Allen,* stb. az *elmúlt havibaj után* a 8—18 nap közötti időre, *Schröder, Ancol, Tschirdewahn, Raisch,* stb. 14—16, középértékben 15. napon tételezik fel az ovulatiót. *Knaus* (1929) a méh pituitrin érzékenysége alapján a bekövetkezendő vérzés előtt 12—16 (középértékben 14) napon, *Ogino* (1932) hasmetszéses ellenőrzés alapján a 12—16. napon véli az ovulatio megtörténtét, — *Albrecht, Wittenbeck, Junghans, stb. megerősítették, Tachezy, Clauberg, Araya* stb. megcáfolták *Knaus* állítását. Ilymódon tehát a fáradságos kutatások még nem vezettek célhoz, sőt még annak tisztázásához sem, hogy az ovulatio kiszámításánál az elmúlt vagy bekövetkezendő havibaj idejét helyes-e alapul venni. *Burger* és *Korompay* a terhességi időszámítással kapcsolatban is rámutatnak az ellentmondó eredményekre.

Az ezirányban érdeklődőket a legutóbbi években két, sokat igérő újítás lepte meg. Az egyik *Samuels*-é volt, aki eszközével az ú. n. cykloskoppal a szövetlégzés spektroskopos megfigyelése útján az ovulatio, sőt a carcinoma fellépésére is következtetett. *Samuels* egy cykluson belül több ovulatiót is lehetségesnek tart. A másik újítást *Takata* és *Dohmoto* hozták, akik a máj működésének vizsgálatára kiterjedten alkalmazott próbájuk módosításával végzett sorozatos meghatározásaiknál az ivarérett menstruáló nőkön két hullámú *(diphasisos)* görbét adó értékeket kaptak. A görbe első mélypontja a havibaj idejére, a második az ezt követő 6—10 napra jutott, miért is ez utóbbit hajlandók voltak az ovulatio bekövetkezése jelének tartani. Amenorrhoea és klimax esetében a görbék a csak rikább időközökben jelentkező ovulatiónak megfelelő esést mutattak *(monophasisos* görbék). Hangsúlyozzák, hogy az ovulatio az elmúlt havibajjal áll kapcsolatban, nem függ a cyklus hosszától, leggyakrabban annak közepén és pedig a 11—15., középértékben a 13. napján következik be. Eseteik csak 30%-ban egyeztek *Knaus, Ogino* számításával. Feltevéseik gyakorlati igazolására három steril asszonyon az előre megállapított ovulatio idején végeztetett coitus után az asszonyok teherbe jutottak. Ugyancsak alátámasztja véleményüket az is, hogy a gestatioval kapcsolatban nem kaptak hullámzást mutató görbét. *Terhességben,* annak előrehaladásával egyre lejebbszálló középmagas értékeket, a *szüléskor* emelkedő, *a gyermekágyban* újból egyenletesen süllyedő értékeket észleltek.

Samuels megfigyeléseit *Imbrah* és *Wenner* vizsgálták felül és azt mind az ovulatio, mind a carcinoma kimutatása szempontjából alkalmatlannak találták. A cykloskop hátránya, hogy túlérzékenységénél fogva sok a hibaforrása és így nem is terjedhetett el. — Érthetetlen azonban, hogy a *Takata* és *Dohmoto* nagyobb érdeklődésre méltó megfigyelését a hazai, de még a külföldi szakirodalom is mennyire figyelmen kívül hagyta. A próba ismertetésétől eltelt 2 és ½ év alatt csupán *Charamis, Isbruch* és *Koller-Müller* végeztek vizsgálatokat.

Charamis a vizsgált 33 terhesen a terhesség végével fokozatosan süllyedő alacsony értékeket, 25 szülőnőn magasabb, a gyermekágyban változó, a köldökzsinórvérben alacsonyabb értékeket talált és megerősítette *Takata* állítását. Vizsgált még egy-egy hyperemesises és praeeklampsiás terhest, az elsőn igen magas, a másodikon igen alacsony értékeket kapott. *Isbruch* kis anyagon hyperemesis esetében és gyermekágyban ingadozó értékeket talált. Három esetben végzett hasmetszés és méhkaparás eredményével is megerősítette *Takata* feltevését. *Koller-Müller* a fehérvérsejtszám, vörösvérsejt-süllyedés, vérfehérje interferometriás vizsgálatainak eredménye alapján nem mindenben támasztották alá *Takata* megállapításait, ezért a próba további utánvizsgálatát ajánlják. Ezen indokok alapján érdemesnek tartottuk az értékes adatokkal kecsegtető próba használhatóságát megállapítani, illetve azt más szempontból is alkalmazni.

A debreceni szülészeti és nőgyógyászati klinikán a másfél év előtt megkezdett vizsgálataink során összesen *150* nőn, 410 esetben végeztük el a reactiót. A próba kivitelének és zavaró körülményeinek pontos leírása *Takata* eredeti közleményében megtalálható. Itt csupán annak lényegét vázoljuk:

A karvenából vett 5 ccm vért 24 óráig 20 C°-on tartjuk, a savót leszívjuk és 20 percig centrifugáljuk. A Takata-reagensből (0.5%-os vizes sublimat oldat és 0.02%-os vizes fuchsin-oldat) frissen egyenlő arányú oldatot készítünk. Az 1 ccm savót 9 ccm élettani konyhasó oldattal felhigítjuk, abból 8 Wasserman-csőbe 1—1 ccm-t teszünk és ahhoz 0.25 ccm 10%-os N_2CO_3 oldatot adunk. Ehhez a reagensből először általános tájékozódás céljából tizedes pipatta segítségével annyi cseppet teszünk (kb. 40—50) amíg pelyhesedés áll elő. Ennek alapján elindulva a hátralévő csövekbe fokozatosan mind kevesebb reagenst adunk, hogy megállapítsuk, mennyi az a cseppszám, amely az egész finom pelyhesedést előidézi. E cseppszámot százzal szorozva kapjuk a pelyhesedési fokot, a Takata-próba értékét (Flockungszahl). A pelyhesedés megállapítását megkönnyíti a Kahn-reacti.óban használatos lupé alkalmazása.

A vizsgálathoz szükséges vér legalább 1 hónapra kiterjedő, 2—3 naponkénti vételét még az igen vékony subcutan tű használatával sem tűrték a betegek. Az ambulans anyagból kikerültek nagyrésze ezért csakhamar elmaradt és így ezek közül egy teljes cyklust nem is tudtunk megfigyelni. Csupán három olyan esetet használhattunk fel, ahol az észlelés legalább fél cyklusra terjedt ki. Sikerült azonban az egész periódust megfigyelni az önként ajánlkozott *14* bábanövendékünkön, akik valamennyien 4 hetenként menstruáltak. Igy 17 sorozatos vizsgálat adatát állítottuk össze, ami viszonylagosan elég sok, mivel *Koller* is csak 13 menstruatiónál tett megfigyelésről számol be.

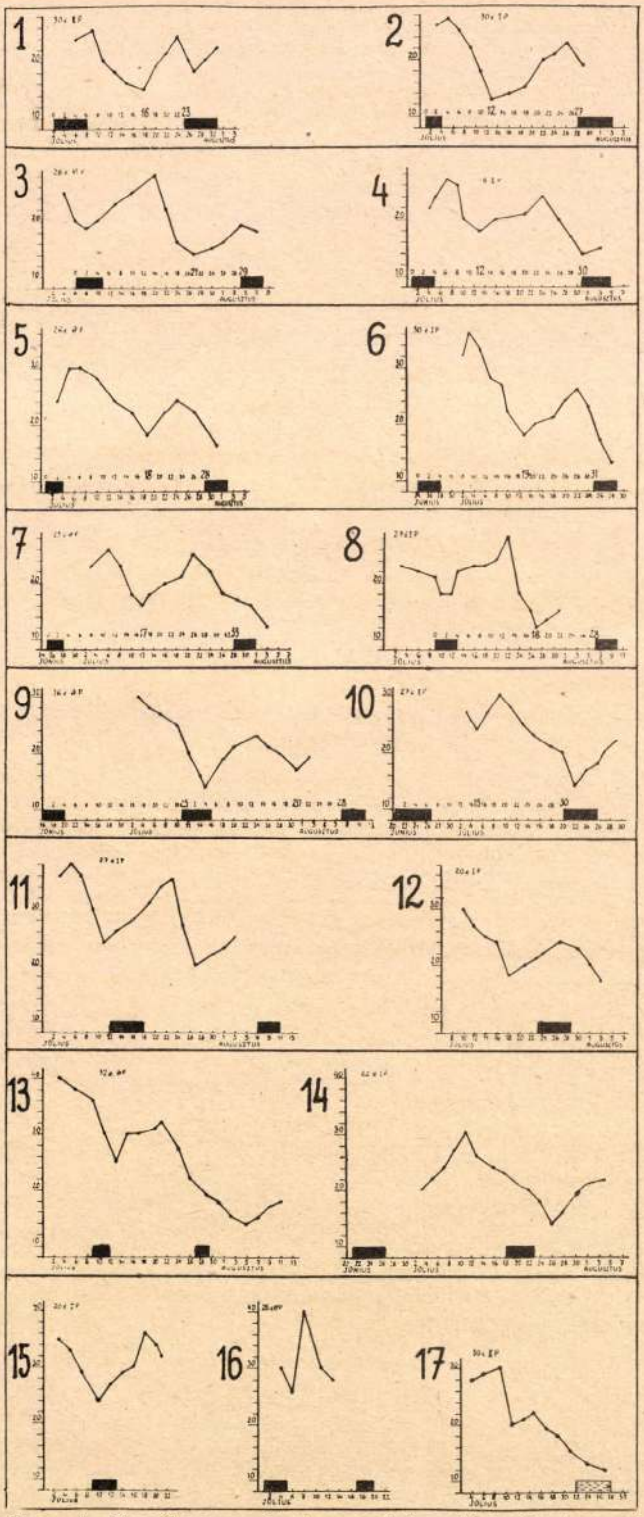
A 17 esetből leszámítva a 3, csak fél cyklus alatt vizsgáltakat, a *14* egész cyklusra kiterjedő esetünk közül: *10 görbén* jól felismerhető a havibaj és az ovulatio idejére eső mélypont; *4 görbén* nem esik egybe az első süllyedés a menstruatióval és így a második süllyedést nem tételezhetjük fel az ovulatiónak, tehát ez esetben a Takata-próba csődöt mondott.

I. Ha a *10 eset* (l.: 1—10 görbe) adatai alapján kiszámítjuk a 25—31 nap között váltakozó cyklusok tartamát, úgy középértékben 28.7 napos cyklus 12—21. napján, azaz középértékben *16.8* napján következik be az ovulatio.

Takata az ovulatio jelentkezésében három typust különböztet meg: Az I. negyedben a *korai,* a II. és III. negyedben a *közép,* a IV. negyedben a *késői* typust. Anyagának megoszlása: korai 14.5%, közép 84.3% és késői: 1.2%.

Ha eseteinket ilyen módon csoportosítjuk, úgy valamennyi a *középcsoportba* jut, mivel a II. negyedbe 3, a III. negyedbe 7 eset tartozik.

Takata anyagában a cyklus hetei szerint az *első* hétre 3.95%, a *második* hétre 51.34%, a *harmadik* hétre 44.71% és a *negyedik* hétre 0% jut.



1. ábra. A *függőleges* számok a pelyhesedési fokot, a *vízszintes* számok közül a *felső* a periódus tartamát és az ovulatiónak megfelelő napot, az *alsó* pedig a naptari hónapot és napot jelöli. A *vastag vonal* a havibajok idejének felel meg.

Saját anyagunkban első hétre *0*, második hétre *2*, harmadik hétre *8* és a negyedik hétre *0* eset jut.

II. A 4. eset görbéje (11—14. görbe), mint említettük, nem mutat az ismertetett 1—10. ábrán látható szabályos hullámzást, így ezekből az ovulatio és menstruatio közötti viszonyra vonatkozó következtetések nem is vonhatók le. A 11. és 12. görbén a menstruatiós süllyedés megelőzte, a 13. és 14. görbén túlhaladta a havivérzés idejét. Ez utóbbi két görbén az ovulatiónak megfelelően nem süllyedés, hanem emelkedés látható.

III. A 3., nem egész cyklusra kiterjedő vizsgálatunk (15—17. görbe) közül egyen (15. görbe) bár az értékek első hullámzása megfelelt a menstruatio idejének és a második süllyedés is feltételezhető az ovulatiónak, azonban a vizsgálat napjainak száma olyan kevés, hogy azt nem soroltuk az előbbi 10 teljes cyklust felölelő vizsgálatokhoz. A 16. görbe 26 éves virgótól származik, havibaja éve óta 2—3 hetenként jelentkezik. Itt is kevés a vizsgált napok száma. A 17. görbe 3 éve nem menstruáló 30 éves II. P adatai. Az asszonynak nincs ugyan havivérzése, ellenben a régebben azt kisérő tünetek (haspuffadás, görcsök, fejfájás) 4—5 hetenként 3—5 napig szabályszerűen jelentkeznek. A szaggatott vonal egy ilyen állapot bekövetkeztét jelöli.

A Takata-reactio hormonális befolyásolása folytán gondoltunk arra is, hogy talán az Aschheim—Zondek-reactióra használt nyulak véréből előre lehetne következtetni a próba eredményére és így a reactiót egyszerűsíteni, ill, rövidíteni, bár a vér igen körülményes nyerése megnehezítette ezt a kisérletet. A vizsgálatra beállított 10 nyúl tekintet nélkül az Aschheim—Zondek-próba positiv, vagy negativ voltára, kivétel nélkül a 48 óra után vett vér értéke mindig nagyobb volt, mint a vizelettel beoltás előtti érték.

Koller és *Müller* anyagukon megfigyelték, hogy 1938. ápr. 31. és máj. 1. között valamennyi esetünkben erősen emelkedtek az értékek, amelyhez hasonló hullámzást mutattak a refractrometriás eredmények is. Ez megerősíti a Takata-próba és vérfehérje dispersitás közötti összefüggést, amelyre már *Wuhrmann, Lenhardt, Buttler, Montgomeri*, stb. is felhívták a figyelmet. Mivel az érdekes, időhöz kötött ingadozást *Koller* és *Müller* meteorologiai tényezők hatásának tudják be, annak bizonyítására a breslaui időjárási térképekből tájékozódtunk Zürich ez időbeli meteorologiai vizsonyairol. (*Berényi Dénes dr.* egyet. m. tanár, meteorol. int. adj., Debrecen.) Megtudtuk, hogy 1938 ápr. 30-án Schweizon egy betörési front vonult át észak-déli irányban, a front előtt tengeri hideg levegő, mögötte sarki eredetű tengeri levegő volt. A front átvonulása máj. 1. és 2. között ment végbe, amikor a sarki levegő véglegesen átvette az uralmat ezen a területen. Szóbajöhető meteorologiai tényezők hatását biztosan felvenni nem lehet.

Felvetettük azonban a kérdést, vajjon anyagunkban is nem fordult-e elő határozott időpontra eső általános értékemelkedés, vagy csökkenés. A naponkénti átlag (valamennyi érték összege elosztva az aznapi vizsgálat számával) azonban nem mutatott feltünőbb ingadozást. Az értékek 14—35 között mozognak, szélsőséges emelkedés (40—50), valamint csökkenés (5—10) nélkül. Ezek alapján kizárható, hogy eseteinkben technikai hibák, vagy külső behatások szerepeltek volna.

Összefoglalás: A *17* ivarérett, 3 kivételével 4 hetenként menstruáló nőn végzett vizsgálataink alapján megállapíthatjuk, hogy 11 alkalommal a havibajjal egyidőben a Takata-reactióval nyert értékek csökkentek. *10* esetben második csökkenést is tapasztaltunk, amelyet tekintettel arra, hogy az a cyklus 16.8 napjára esik, tehát kb. az általánosan elfogadott ovulatio idejének felel meg, feltételezhetjük abban az ovulatio megnyilvánulását. A további *4* esetben szabálytalan görbét kaptunk, *3* esetben pedig a vizsgálatok száma csak fél cyklus idejére terjedt ki. Ezért ez utóbbi 3 esetet csak

a 10 eset által kapott véleményünk alátámasztására használtuk fel.

Az a körülmény, hogy a görbe a férfiakon, az amenorrhoeásokon, a klimaxban és terherben lévő nőkön nem mutat kettős csökkenést csak megerősíti azt, hogy a menstruation kívüli mély pontokat az ovulatio jelének tudjuk be.

A hormonalis hatásoktól, de feltünő mértékben a tüszőhormon hatásától függés és az Aschheim—Zondek-reactióra beállított nyulakon kapott érdekes emelkedés mind arra utal, hogy a reactióval elvégzett és folyamat ban lévő kisérleteinkhez hasonló vizsgálatok végeztessenek.

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET

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

Terhesség és szoptatás hatásáról az emlőrákra. *Bromeis.* (Dtscht. Ztschr. f. Chir. 252. 4—6.) Asszonyok, akik nem szültek, de méginkább, akik nem szoptattak, emlőrákkal szemben fokozottan hajlamosak, ezzel szemben a rajtuk észlelhető emlőrák kevésbbé rosszindulatú. Csak igen nagyszámú szülések után észlelhető ismét emlőrák nagyobb százalékban. A terhesség alatt igen ritka, de akkor igen rosszindulatú az emlőrák, a terhesség utolsó hónapjai a legrosszabbak ebből a szempontból; a már meglévő emlőrák terhességre rosszabbodik. Szoptatás alatt gyakran észleltek emlőrákot, ez kevésbbé rosszindulatú; ha a beteg szoptat; ha nem szoptat éppen olyan rosszindulatú a rák jellege, mint terhesség alatt. A már meglévő emlőrákra a szoptatás jóformán hatástalan, vagy inkább előnyösen befolyásolja azt. Régebben tartó jóindulatú emlődaganatok rosszindulatú elfajulása a szoptatás alat feltünő gyakori. Radical műtét után bekövetkező újabb terhesség nem fenyeget recidivával. Fenti eredményeit nagyszámú állatkisérlettel is alátámasztotta. A terhesség második, harmadik hónapjában, ha a próbakimetszés különös rosszindulatúságot nem mutat, radicalis műtét végzendő a terheség megszakítása nélkül. Rosszindulatúság jeleit mutató esetekben a harmadik hónapig a terhesség megszakítandó és radicalis műtét végzendő. A negyedik-ötödik hónapban a terhesség csak akkor szakítandó meg, ha az emlőrák radical műtéte eredménnyel kecsegtet. Hatodik hónaptól kezdve a terhesség megszakítása nem ajánlatos. Hetedik hónapban megkisérelhető a koraszülés megindítása. A terhesség megszakítása a radical műtét előtt 2—4 héttel történjék. A szoptatás megengedhető. Jóindulatú emlődaganatok még a terhesség elején eltávolítandók és a beteg állandó felügyelet alatt tartandó. (F. 52.)

Fedeles-Findeisen László dr.

Vizsgálatok a tetanustoxin sorsáról a szervezetben. *Bromeis.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 4—6.) Egereken és tengerimalacokon vizsgálta a tetanustoxin elterjedését a szervezetben. Sikerült kimutatnia, hogy a tetanustoxin felvétele a peripheriás ideg részéről igen gyorsan történik és terjedése kb. óránként 1 cm. Az incubatiós idő fele a méregmolekulának a gerincvelő sejtjeihez kötődésével telik el. Az első tünetek létrehozásában nélkülözhetetlen toxinmennyiség termelésére szükséges idő a virulentia szerint változó egy naptól az incubatiós idő egyharmadáig terjedhet. Ezért a tetanus antitoxin adása, ha az első napon nem is történt meg, még a második, harmadik napon elvégezhető, csak nagyobb adagban. Valamennyi kisérlete odamutat, hogy a tetanus antitoxin kellő adagban mindenesetre feltétlenül befecskendezendő. Fontos, hogy szükség esetén venába és a felvehető behatolási kapu köré is adjuk. (F. 50.)

Fedeles Findeisen László dr.

A sérüléses aneurysmák kezeléséről. *Haberer.* (Chirurg, 1939. 8.) Az aneurysmák kezelésében a véredényvarrat és a zsákon belüli lekötés jön tekintetbe. Eleinte a lekötést alkalmazta, de később azt tapasztalta, hogy az edényvarrat jobb anatomiai viszonyokat hoz létre, mert lekötése után gyakran súlyos keringési zavarok jelentkeznek. Az edényvarrat még fertőzött területen is keresztülvihető, ha sikerült a megvarrt edényt a fertőzött területről izomlebenynyel elkülöníteni. Az aláöltés ott indokolt, ahol a ér már oly kicsi, hogy lekötése súlyosabb következménnyel már jár. A műtét legjobb időpontja a sérülés után 3—4. hét, amikor a lágyrész seb már legtöbbször begyógyult. (V. 58.)

Debreczeni Zsigmond dr.

SZEMÉSZET

Rovatvezető: *Grósz István.*

Intranasalis műtétek szövődményei. *Davis.* (Proc. Roy. Soc. Med. 1939. 10.) 1. A lamina cribrosa perforatiója; 2. A szemüreg bevérzése a rostacsont áttörése folytán, főleg baloldalt. A szemkidüledés és az emphysema még fokozza. nyomókötés alkalmazásakor a szarú hámja figyelemmel kisérendő. Orrfúvás tilos; 3. Látóidegsérülés. Öt esetben észlelte, ugyancsak baloldalt, rostacsont-műtét folyamán. Az ideget ilyenkor a csipesz meghúzza, vagy zúzza (változatos lefutású látóideg!) A sérülés a látás végleges elvesztésével jár. Szerző lehetségesnek tartja, hogy azonali decompensatio — a sérült látóideg feltárásával külső megnyitás útján — a vakságot megelőzhetné; 4. Könnyorrvezeték sérülése Highmore-műtét alkalmával (véres szem!). A keletkező szűkületet és könnyezést dakryocystostomia szünteti meg. (G. 85.)

Grósz István dr.

Sulfamidkezelés a szemészetben. *Guyton.* (Amer. Journ. Opht. 1939. 8.) A baltimore-i Johns Hopkins kórház 443 szembetegén szerzett tapasztalatai: semmi eredményt nem látott go.-s uveitisben, valamint a szem gümőkórjában. Genyes endophthalmitis 8 esetéből 4 (műtét utáni fertőzések) kitünően reagált. Jelentékeny gyógyhatást észlelt szemhéj és szemüreg genyedéseiben, trachomában és záradékblenorrhoeában. Szarúfekélyben a hatás kétséges. Vérconcentratio 5—8 mg%. 10 esetben enyhe mérgezéses tünetek. Egyéb esetben (látóideggyulladás, sympathiás gyulladás) hatástalan. (G. 84.)

Grósz István dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Kerpel-Fronius Ödön.*

A nőitej C-vitamin, inhibine és lipase tartalmának változása állásra, ill. forralásra. *Catel.* (Klin. Wschr. 1939. 10.) A tej sterilisatiós ártalmát ma már köztudomásunak mondja, okairól azonban hiányos ismereteink vannak. Állás, illetve forraláskor a fajazonos tej biolgoiai értékéből veszít, mely elsősorban a felrakódási anyagcsere zavarában mutatkozik, így a fejlődés megáll, vagy csökken. Közli *Pink* vizsgálatait *Kleinschmidt* klinikájáról: 10 koraszülöttet 2 percig 74 C°-on tartott nőitejjel tápláltak s közülük csak 2 nem kapott hasmentést, a többi 8-on súlyos (5 esetben halálosan végződött) dyspepsiát okozott. 8 kezdetben felforralatlan nőitejjel táplált koraszülött közül forralt nőitejre áttéréskor 3 súlyos dyspepsiát kapott, ezek azonban forralatlan nőitejre visszatérve, gyógyultak, míg 2 meghalt. Sterilisatiós ártalom továbbá az immunitás csökkenése (gyakoribb légzőúti hurutos betegségek, hasmenéses zavarok), a fehérje és zsír rosszabb kihasználása, valamint a sóháztartás súlyos zavara is. Ez ártalom okát szerző kisérletei alapján a következőkben látja: a tejfehérje physicalis átalakulása, coagulatiója, az oldható sónak oldhatatlan alakba átmenete, a nyers tej C-vitamin tartalmának oxydatio útján történő nagyfokú megfogyatkozása, illetve eltünése forralás, vagy rövid állás után is. Az antibakterialis anyag, az ú. n. inhibine is tönkremegy forralásra. A lypolitikus ferment már 1 perces 74 C°-on tartás mellett is tönkremegy, míg a phosphatase csak 40 percnyi forralás után pusztul el. Állás révén a tej citromsavtartalma is csökken. (K. 125.)

Gerlóczy Ferenc dr.

Physiko-chemiai viszonyok vizsgálata diabetes insipidus esetében. *Baráth.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 6.) Régebbi vizsgálatok szerint diabetes insipidus esetében a vérserum onkotikus nyomása emelkedett, míg a venanyomás normalis, vagy kissé csökkent. Az onkotikus nyomás emelkedése esetén, relative alacsony venanyomás mellett fokozott folyadékáramlás van az érrendszerben. A serumfehérje physikochemiai állapotát a hátsólebenyhormon szabályozza (onkoregulatiós hatás). A hormonkiesés következménye az onkotikus nyomás emelkedése. Két felnőttön végzett 3 műtétről számol be. A határidő az egyiken 8 hét; a másikon néhány hónap, illetőleg a megismételt műtétkor 9 hónap. A transplantatio jó hatású, de csak átmeneti eredményt ad. *Matolay* szerint gyermekeken még rosszabbak a kilátások. Műtét után az onkotikus nyomás csökkent. A transplantatio

jó hatását *Kylin* hypoyhisis eredetű cachexiában is megállapította; az eredmény nem tartható suggestiv hatásnak, *(Falta.)*. A hatás a transplantatum resorptiójára megszűnik. Az onkotikus nyomás csökkenése kifejezetten bizonyítja, hogy az inplantalt hypophysis gátlást gyakorol a víznek a szövetekből vér felé irányuló felszívódására. (K. 127.)

Romhányi József dr.

ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Ajkay Zoltán.*

Új szempontok az othaematoma kezelésében. *Herrman.* (Mschr. f. Ohrenhk. 73. 8.) Az othaematoma conservativ kezelése meleg borogatásokból, röntgenbesugárzásból, punctióból, jódtinctura-, vagy alkoholbefecskendezésből és nyomókötés alkalmazásából áll. Különösen ez utóbbit tartják sokan fontosnak — egészen érthetetlenül. — A nyomókötés ugyanis a folyadékgyülemet a ballonszerű előmborodásból oldal felé préselheti olyannyira, hogy az othaematoma nem hogy megkisebbedne, hanem inkább nagyobb lesz. Szerző a sebészi beavatkozást ajánlja, melynek előnye a gyorsabb gyógyulás, továbbá az, hogy a fülkagyló megvastagodása nem marad vissza. Szerző eljárása abból áll, hogy a fülkagyló hátsó felszinén metszést ejt, majd a porcból ablakot vág ki. A haematoma kiürülése után a sebet primára egyesíti. Ez az eljárás igen kedvező felszívódási feltételeket biztosít. (A. 67.)

Ajkay Zoltán dr.

A szaglószerv bántalma zoster kephalicus esetében. *Kindler.* (Arch. f. Ohren-, Nasen, etc. 146. 3.) A herpes zosternek két formája van: a h. z. thoracicus és a h. z. cephalikus. Ez utóbbi localisatiója az egyes agydiegeket illetőleg igen változatos lehet. Nem ritkaság a zoster oticus, melynél a fülkagylón herpes eruptiók jelennek meg; továbbá hallás- és egyensúlyzavarok, nem különben trigeminus és facialis laesio jelentkeznek. Szerző esetében a zoster kephalikussal kapcsolatban a szaglóideg bántalma uralta a kórképet, amely ritkaságszámba menő tünet. A megfelelő gyógykezelésre (B1-vitamin, aspirin), a szaglóképesség csakhamar visszatért. Szerző ajánlja, hogy zoster kephalikus esetében ezentúl ne csak a hallásra és az egyensúlyzavarokra, de a szaglásélességre irányúló vizsgálatokat is végezzenek. (A. 68.)

Ajkay Zoltán dr.

BŐRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Lymphogranuloma venereum kórismézése egéragy-antigen vérbefecskendésével. *D. Decker, O. Canizares, R. Reider.* (Arch. of Derm. and. Syph. 1939. 40. 397.) 84 lymphogranulomás és 170 egészséges egyénen kisérletezve állapitották meg a fenti eljárás körülményeit. Positivnak tekintették a reactiót, ha érbefecskendés után legalább 12 óra hosszat 38.5 C°-ot meghaladó láz volt észlelhető. 0.1 ccm egéragy-antigensuspensio 56 lymphogranulomás közül 51-en positiv, 5-ön kétes reactiót adott. 70 egészséges egyén reactiója közül 5 kétes és 65 negativ volt. Egészséges egerek agyának befecskendezése semmiféle viszahatást nem váltott ki. (Sz. 105.)

Emődi György dr.

Megjegyzés Bálint Gyula dr. Still—Chauffard—Felty-symptoma complexumról két eset kapcsán" című cikkére. (O. H. 1939. 40. szám.)

Szerző e ritka betegségről szép és értékes tanulmányt közöl. Cikkében többek között a következőket írja: „... s minthogy a magyar orvosi irodalom eddig ezt a kórképet nem ismertette . . ."

Szerző figyelmét bizonyára elkerülte — ami a mai bő irodalmi termelés mellett nem csoda —, hogy alulirott az O. H. 1927. november 20-iki 47. számában erről a kórképről egy dolgozatot közölt: „A Still-betegségről (Still's disease) egy eset kapcsán."

Hermann Károly dr. belgyógyász, Szabadka.

Meyer Hans Horst
1853—1939

Kialudt egy fáklya, mely amíg égett vezéri lánggal lobogott és vakító fénnyel világított meg új utakat a kutató orvostudomány számára. *Meyer* az experimentalis pharmakologia világszerte elismert mestere volt, ki körül előbb Marburgban, majd Bécsben csoportosultak a világ minden részéből lelkes tanítványai s valóban büszke lehetett arra, hogy alig van a világnak olyan országa, hol egy tanítványa ne töltene be tanszéket.

Mert nem csak pharmakologusokat nevelt. Az a tudomány, amit ő művelt, a fizika és chemia, az élettan és kórtan, sőt a gondolkodó és megfigyelő klinikum terén is otthon volt; — mindenki el kell hogy ismerje ezt, aki csak forgatta és ismeri *Gottlieb*-bel együtt 60 éves korában megirt könyvét, mi 9 kiadást ért meg s a kisérletező kutatók nélkülözhetetlen bibliája.

Munkássága, mellyel valósággal átalakította tudományszakát nem szorul ismertetésre. A glycuronsav felfedezése, a phosphor és arzen sejtméreghatásának felderítése, abban az acidosis szerepének felismerése, melynek mértékéül a CO_2—kapacitást jelöli ki, a tetanustoxin vándorlása az idegek mentén, majd végül az alkohol hatás tanulmányozása közben kifejtett és ma általánosan elfogadott narkozis-theoriája irányító befolyást gyakoroltak az életjelenségekről és kóros változások létrejöttéről alkotott felfogásunkra.

Magas kort ért meg s a sors kemény megpróbáltatásoknak tette őt ki. De minden csapás felett urrá tudott lenni szelíd lelke és az új megismerések utáni olthatatlan szomja. Nyugalomba vonulása alkalmával hűséges tanítványa, *Mansfeld Géza* behatóbban foglalkozott alkotásaival 1924. évi 32. számunkban; mai szűk körülményeink között csak e rövid, de annál melegebben átérzett búcsúztatót szánhatjuk a kutató orvostudomány ez egyik legnagyobb, hozzánk magyarokhoz legközelebb álló Mesterének.

Vámossy

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 41. sz. *Kühnau W.:* Nikotinsav viselkedése pellagrás és egészséges emberek szövetnedveiben. — *Knauser H.* és *Bormann R.:* A szervezet áthangolásának befolyása bőrexanthemákban a központi idegrendszer fertőző betegségeire.— *Wense Th.* és *Granzner O.:* Mellékvesekéreg és konyhasó jelentősége infectio és bélelzáródás esetén — *Nicolai H.:* Quantitativ resorptiós kisérletek tiszta bélmérgekkel. — *Sack G.:* A kis bőrerek normalis szakadékonyságáról. — *Hamaguchi E.:* Adat a Basedow-kórral kapcsolatos jódexanthemához. — *Hungerland H.:* Empirikus formula a vizelet különböző componensei közötti viszonylatok jellemzésére. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 41. sz. *Jaeger F.: Gázüszök.* — *Payr E.:* Kinetikus láncolat. Tonuspathologiai és izületi betegségek. Rheumaproblema — *Sons E.:* Pangási typusok jobbszívelégtelenségben. — *Gilbert W.:* Adatok a szem daganattanához. — *Hoffmann E.:* A tropusi framboesia és syphilis közös amerikai eredete, újabb kutatási eredmények és csontleletek alapján.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 41. sz. *Aschoff:* A háborus pathologia feladatai a világháború tapasztalatai

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere
Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.
Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay-u. 21.

alapján. — *Proell:* Első segély állcsonttörések és lövési sérülések esetén. — *Vogt:* Heveny invaginatio a kisgyermekkorban. — *Morell:* A normalis bélbakteriumsymbiosis jelentősége. — *Heinsius:* A-vitaminhiány és hatása a szemre. *Lommel:* Kezelési kényszer fertőző gümőkorban. — *Boehm:* Physikalis therapia.

Medizinische Klinik. 41. sz. *Schöne G.:* Mit jelent az idejében végzett sebkezelés a harctéren? — *Bernhardt H.:* Az anyagcsere és a belső elválasztású mirigyek kapcsolatai a háborus orvostannal. — *Reinwein H.:* Extrarenalis azotaemia. — *Veiel K.:* Cukorbetegek ambulans átállítása depotinsulinnal. — *Kirchner W.:* Intravenás narkosis a gynaekologiában.

La Presse Médicale. 75. sz. *Roux G.:* Háborus sebek excisiójának alapelve, célja és technikája. — *Armand Delille P F.:* Kiütéses typhus prophylaxisa a hadrakelt seregben. — *Weslaw W.* és *Wroblewski A.:* Kisérletes vizsgálatok a mellékveseelégtelenségről. — *Roch M.:* Recidiváló bronchitisek. A szokásos gyógyszereléssel vissza nem fejleszthető asystolia. — *Leclerc H.:* Retek a máj-epe affectiók kezelésében.

Birtish Medical Journal, okt. 7. *H. Cohen:* A fejfájás intracranialis okai. — *D. Curran:* Fejfájás, mint az ideg és elmebaj korai tünete. — *S. Davidson* és *J. D. Sutherlond:* Fredmények Epanntinnal elmebetegeken. — *R. Stuppel:* Meckel diverticulum által okozott intussusceptio kezelése. — *P. W. Leathart:* Csecsemőkori mastoiditis diagnosisa és kezelése.

VEGYES HIREK

Személyi hírek: A kormányzó a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére *Probstner Artur dr.* Tisza István tudományegyetemi magántanár, székesfővárosi közkórházi főorvosnak a szakirodalom művelése és az orvosképzés terén szerzett érdemei elismeréséül az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta. — *Szent-Györgyi Albert* professort *Pál* jugoszláv régensherceg *Péter* király nevében a Szent Száva-rend II. osztályával tüntette ki.

Halálozás. *Aszalós János dr.* Bereg és Ugocsa vármegye tiszti főorvosa f. hó 3-án, rövid szenvedés után elhunyt.

Az Országos Orvosi Kamara f. hó 14-én tartotta közgyülését. *Verebélyi Tibor* prof. elnöki megnyitójában rámutatott a magyar orvosi rend mind aggasztóbb szociális helyzetére és arra a veszedelemre, mely ennek következtében — az orvosi pálya elnéptelenedése folytán — a magyar közegészségügyet fenyegeti. Ismertette az orvosképzés reformjának a ma idők követelményeivel összhangban álló alapelveit.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága rendezésében f. hó 25-én d. u. 6 órakor *a Magyar Büntetőjogi és Kriminologiai Társaság* rendezésében f. hó 26-án d. u. 6 órakor az Egyetemi Közegészségtani Intézet (VIII., Eszterházy utca 9. fszt.) előadótermében *Friedrich Pietrusky* prof., az Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität, Bonn, igazgatója: „Blutgruppenforschung und Praxis", illetőleg: „Die Bedeutung der Blutgruppeneigenschaften für die Rechtsflege" címen előadást tart.

Tisztiorvosi tanfolyam és vizsgák. A tisztiorvosi tanfolyam és vizsga újabb szabályozásaként kiadott 245.800—1936. B. M. sz. rendeletnek megfelelően 1940. évi január hó 8-iki kezdettel Budapesten a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetben tisztiorvosi tanfolyamot és vizsgát tartanak.

Mindazon orvosdoktorok, akik e tanfolyamra és vizsgára jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket *Johan Béla dr.* államtitkárhoz, a Tisztifőorvosi Vizsgabizottság elnökéhez címezve, közvetlenül a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet (Budapest, IX., Gyáli út 4.) igazgatójához, mint a Vizsgabizottság előadójához *1939 október 31. napján déli 12 óráig,* annyival is inkább küldjék be, mert később érkező, vagy a felsorolt okmányokkal fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszik.

Közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

A kérvényhez eredetiben, vagy hiteles másolatban a következő okmányokat kell csatolni: *a)* születési anyakönyvi kivonatot; *b)* Magyarország területére érvényes egyetemes orvosdoktori oklevelet; *c)* rövid életrajzot (curriculum vitae), amelyben a jelentkező különösen végzett tanulmányairól, nyelvismereteiről és hivatásbeli működéséről — a vonatkozó okmányok csatolásával — oklevele keltétől a jelentkezésig időrendben pontosan beszámol; *d)* hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező, gyakorlatra feljogosító oklevelének elnyerése után legalább egy évig egyetemi, vagy kórházi szolgálatot teljesített, vagy legalább 2 évig magángyakorlatot folytatott; *e)* igazolványt arról, hogy jelenleg milyen állást (állásokat) tölt be; *f)* egyetemi leckekönyvet, szigorlati bizonyítványokat, valamint a kötelező kórházi gyakorlatra vonatkozó szolgálati könyveket. — A vizsgadíj 150 P, amelyet a tanfolyamra felvett orvosoknak a tanfolyam megkezdése előtt a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet pénztáránál kell befizetniök. A tanfolyam időtartama 9 hónap. A tanfolyamra elsősorban az 1936. évi IX. tc. 12. ä-a alapján kinevezett városi orvosokat veszik fel, akik a tisztiorvosi vizsgát még nem tették le, továbbá azok az orvosok, akik legalább 5 évig községi, vagy körorvosként működtek, vagy ezekkel a szolgálatokkal egyenlőnek tekintendő tevékenységet végeztek. A tanfolyamra felvett hallgatók korlátozott számban az Országos Közegészségügyi Intézettek kapcsolatos Orvosok Házában lakást és ellátást kaphatnak, melyért a megállapított önköltségi árat kell megfizetniök. A tanfolyamra (annak syllabusaira, laboratoriumi letétjére, az Orvosok Házában a lakás és ellátás költségeire stb.) vonatkozólag közelebbi értesítést, vagy felvilágosítást az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója nyújt.

Hazatért délamerikai magyar orvosok. *Klobusitzky Dénes dr.,* a braziliai Sao Paolo állam híres Butantani kórtani és serumtermelő intézete biochemiai osztályának vezető orvosa, pécsi egyetemi magántanár 16 évi működés után családostul véglegesen visszatért Budapestre. *Klobusitzky* igen érdemes munkát végzett Braziliában és sok elismerésben részesült. Ő írta az első biochemiát portugál nyelven s lapunkban (1931. 37. sz.) a híres állami intézet kígyóméreg elleni serum-termelését ismertette. Német és angol nyelven több tudományos cikket közölt. Hazavágyó magyar lelke minden anyagi és erkölcsi siker és kitüntetés ellenére is hazahozta őt, s most itthon, vagy Németországban keres tudásának és gazdag tapasztalatainak megfelelő elhelyezkedést.

Másik collegánk, kinek érkezését a napokban várjuk, *Bartha István dr.,* ki Buenos Airesből csak látogatóba jön haza. *Bartha dr.,* ki 1926-ban szerezte meg budapesti diplomáját és 3 évi segédorvoskodás után, 1930 januárjában vándorolt ki Argentinába, arról nevezetes, hogy 1932-ben beiratkozva a La-Plata-i egyetemre ez év júliusában az orvosi diplomát, 31 vizsgát állván ki, szintén megszerezte s ezzel naturalizált állampolgára lett Argentinának. Hogy ezt a kilenc évet hogyan töltötte el új hazájában *Bartha dr.,* arra örömmel következtetünk abból, hogy az ottani magyar kolónia nagyrabecsülését és szeretetét egy népes búcsúlakomán fejezte ki irányában, mire ő a magyar kolónia életét és hivatását jellemző olyan beszéddel válaszolt, hogy azt a helybeli sajtó is méltatta. Nagy érdeklődéssel várjuk *Bartha* collega látogatását.

Magyarországon 1938-ban a halálos kimenetelű balesetek száma 2486 volt, vagyis 131-el kevesebb, mint az előző évben. Korcsoportok szerint a balesetek 24.1%-a 10 éven aluli, 13.2%-a 10—20 év közötti, 17.5%-a 60 éven felüli volt. A sérülések szerint a balesetek 48.9%-a törés, roncsolás, 21.3%-a fulladás, 9.7%-a égés, forrázás, 8.9%-a mérgezés, 220 mérgezésből 83 lúgmérgezés volt, ezek közül 66 öt éven aluli.

Keresztény alorvost keresek azonnalra fix fizetéssel és ellátással. Jelentkezés fizetési igényekkel *Rémy Ferenc dr.* vezető sebészorvosnál, Mezőkövesd-kórház.

DEMALGON-CHINOIN

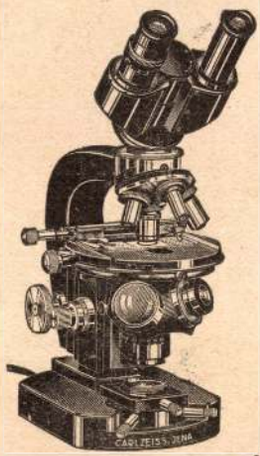
erélyes fájdalomcsillapító

2, 10 és 20 tabletta 5 db suppositorium

ZEISS
mikroszkópok

Az új nagy **Lp** típusú kutató-mikroszkóp

„Lumipan"



A megvilágítóberendezés mikroszkóplabba van beépítve. Cserélhető megvilágítókészülék pankratikus kondenzorral a legkülönbözőbb aperturákhoz 0,16-tól 1,40-ig, kardioid-sötéttér-kondenzorral, valamint lupenagyításokhoz való kondenzorral.

Új háromszoros kondenzor-revolverrel

Kiegészítóberendezések ráeső és polarizált fényhez, mikrofotográfiához és vetítőrajzoláshoz. A készülék alacsony felépítése, mely nem haladja meg a modern L-állvány méreteit, kényelmes testtartást tesz munka közben lehetővé.

Prospektussal és költségvetéssel készségesen szolgál a magyarországi vezérképviselő:

CARL ZEISS JENA

ifj. JURÁNY HENRIK, Budapest,
VI., Váci-ut 40. Telefon: 183-092.

Németországban a gyakorló orvosok egyharmad része teljesít katonai szolgálatot. A többiek szükség szerinti elhelyezéséről is gondoskodtak. Ezenkívül 1200 orvos van tartalékban, akiket bármikor a szükséges helyre beosztanak. Kórházakban a gyakornokok és 4 klinikai semesterrel rendelkező hallgatók teljesítenek szolgálatot.

Angliában az orvosok nagy részét légoltalmi beosztással vidékre osztották szét. Ennek következtében az londoni kórházakban nagy az orvoshiány.

Orvoskari Naptárunkat ez évben ismét kiadjuk. Felkérjük mindazon Kartárs urakat, akiknek neve a Naptárban szerepel, hogy, ha hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szerkesztőségünkkel mielőbb közölni szíveskedjenek. (Bp. IX. Hőgyes Endre utca 7.)

HETIREND

Október 23-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Pályi Márton:* Az ipari mérgezések megelőzése.

Október 24-én d. u. 6 órakor: a Magyar Gyermekorvosok Társaságának ülése. Előadások: *Bründelmeier István:* Ritka lefolyású cyánmérgezés; *ifj. Szlávik Ferenc:* Csecsemőkori latens mastoiditis érdekesebb esete; *Hainiss Elemér:* Hirtelen érelzáródás heveny fertőzés kapcsán; *Kiss Pál:* Halálos kimenetelű szívzavar tonsillitis után; *Geldrich János:* Lipoid nephrosis gyógyulása B-vitamin adagolásra; *Halka Sándor:* Lymphangioma cavernosum linguae.

Október 24-én d. u. 1/2 7 órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület Orr- és Gégegyógyászati Szakosztályának ülése. Bemutatások: *Kenessey L.:* Neuber-féle vaccinakezeléssel meggyógyított nyaki aktinomykosis; *Réthy A.: a)* Rhinolalia aperta műtéttel gyógyított esete; *b)* Kétoldali medianállásos reccurensbénulás műtéttel javított esete; *c)* Skleromás gégeszűkület műtéttel gyógyított esete. — Előadás: *Angyal F.:* Anatomiai adat a tridor congenitus kóroktanához.

Október 24-én este 3/4 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Preisich Kornél:* A gyermekkor és a tuberculosis.

Október 25-én d. u. 6 órakor: a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének ülése. Bemutatások: *Lesz-ler A.: a)* Diverticulum a cardia hátsó falán; *b)* A gyomor csiga alakú begöngyölődésének rákot utánzó alakja. — Előadás: *Várady K.:* A szülészeti röntgendiagnostika gyakorlati javallatai.

Október 27-én d. u. 6. órakor: a Budapesti Kir. Orvosegyesület ülése. Bemutatás: *Neuber Ede:* Fajlagos therapiával kezelt tuberculosis cutis luposa (bőrfarkas). — Előadások: *Krompecher István:* Izületképzésről. — *Kovács Ákos:* A gerinc csigolyaközti izületeinek röntgen-kórisméje.

21.853—1939. sz. Veszprém vármegye alispánja.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Veszprém megyei város közkórházában megüresedett és kinevezés útján betöltendő *két segédorvosi állásra*, valamint a m. kir. belügyminiszter 257.400—1937. sz. körrendelete értelmében a kórházban szervezett, ugyancsak kinevezés útján betöltendő egy *kisegítő orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. — A *segédorvos* javadalmazása az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozatának megfelelő kezdőfizetés; a kórházban természetbeni lakást, I. oszt élelmezést, fűtést, világítást és mosást kap; az élelmezésért azonban az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. A segédorvos alkalmazása két évre szól, melynek elteltével újabb két évre a kinevező hatóság a közvetlen felügyelő hatóság kedvező javaslatára meghosszabbíthatja az alorvosi cím juttatásával. Sem a segédorvosi, sem az alorvosi állás nyugdijigényre nem nyujt jogalapot. A segédorvosi állásra csak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok pályázhatnak. Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó. — A *kisegítő orvos* alkalmazása csak egy évre terjed, tehát ideiglenes jellegű, végleges alkalmaztatásra jogalapot nem nyújt és az alkalmazás minden jogigény nélkül, bármikor megszüntethető. A kisegítő orvos javadalmazása havi 80 P, a kórházban természetbeni lakás, fűtés-, világítással, és mosás; I. oszl. élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Az állást, melyre csak nőtlen orvosdoktorok pályázhatnak, kinevezés után azonnal el kell foglalni.

A pályázati kérvényhez eredetben, vagy hiteles másolatban a következő okmányok csatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi, valamint a családi állapotot igazoló bizonyítvány; 3. magyar állampolgárságot igazoló bizonyítvány; 4. az 1876. évi XIV. tc. és az 1883. évi I. tc.-ben előírt képesítést igazoló okmány; 5. eddigi alkalmaztatást igazoló okmányok és 6. rövid életleírás, (curriculum vitae.)

A pályázati kérvényeket *1939. november hó 20-án déli 12 óráig* Veszprém vármegye alispáni hivatala iktatójába kell beadni. A később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Veszprém, 1939. október 9.

Olvashatatlan aláírás:
alispán.

Az „Expectin" expectorans solvens kíváló a légutak hurutos betegségeiben. A köhögési ingert gyorsan megszünteti azáltal, hogy a váladékot felhigítja és annak kiürítését megkönnyíti. 1 üveg ára: 2.20 P. sec. Diachemia.

„LEO PROTAMIN INSULIN“ (RETARD) minden mennyiségben a gyógytárakban ismét kapható

FAGIFOR „Cito“ lag. orig.

Calcium sókat tart. jódzó mentholos kreosot syrup

Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

„CITO“ gyógszervegyészeti gyár Budapest, XIV.

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik október 8—14. között. Ezen a héten a frontátvonulások száma nem volt nagy. Figyelemreméltó azonban, hogy a felsiklási frontok erősen túlsúlyba jutottak a betörési frontokhoz képest, ami az őszi évszak jellemzője. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Október	8	9	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis eső 0.5 mm.
	8	10	Betörési	Erős	Záporeső 12 óráig, 4 mm.
	9	1	,,	,,	Szélvihar délig, max. sebesség 20 m/m.
	11	2	,,	Gyenge	Kis széllökések.
	12	5	Felsikl.	Mérsék.	Praefrontalis borulás délutántól.
	12	19	,,	,,	Praefrontalis borulás.
	12	24	,,	,,	Kevés eső.
	13	2	Betörési	Gyenge	Szélélénkülés, 6 m/mmásodp.
	13	6	Felsikl.	Mérsék.	0.2 mm praefontalis eső 4 órától
	13	18	,,	Gyenge	Kevés praefrontalis eső 17 órától
	13	20	,,	Mérsék.	Praefronta is eső 1 mm. praefrontalis köd.
	14	4	Betörési	Gyenge	Kis szélélénkülés.
	14	20	Felsikl.	,,	Praefrontalis borulás Nimbostratus-felhővel.

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorologiai Intézet öníró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

1761—1939. Kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádmegyei „Mária Valéria“ Közkórházban lemondás folytán megüresedett *három alorvosi*, illetőleg az esetleges előléptetés folytán megürülő *kettő kisegítőorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás, tiszti élelmezés, melyért az nköltségi ár megtérítendő. Csak nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok pályázhatnak. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre, pályázat mellőzésével meghoszabbítható. — A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az állás végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat betöltésével kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás, és tiszti élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő, havi 80 P tiszteletdij.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. december hó 10-én déli 12 óráig* Baross József főispánhoz intézve a kórházi igazgatójához adandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványok. 7. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. október 12-én.

Kenessey Albert dr. s. k.
eü. főtan., kórházigazgató-főorvos.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

HOGIVAL - CHINOIN

kristályos tüszőhormon készítmény

Injectio: 100, 500, 1.000, 10.000 és 50.000 I. E.
50.000 I. E. 5 kcm-es phiolában osztott adagolásra.

Tabletta: 50, 100, 300 és 1.000 I. E.

Suppositorium: 1.000 I. E.

LUTOCRESCIN - CHINOIN

terhes savóból előállított gonadotrop hypophysis hormon készítmény

Injectio: 5x100 P. E. , 1 és 5x300 P. E. ampullák.

Suppositorium: 10x500 P. E.

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál- utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

83. évfolyam. 43. szám. Budapest, 1939 október 28.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytattak:

ANTAL GÉZA, HÖGYES 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 SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

ifj. Verebélÿ Tibor: A parasagittalis meningeomákról. (953—956. oldal.)

Manninger Vilmos: Rákkutatás és rákgyógyítás. (957—959. o).

Rejtő Sándor: Arcidegből kiinduló daganat esete. (960—961. oldal.)

Szirmai Frigyes: A C-vitamin heveny fertőző betegségekben. (961—962. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (157—160. oldal.)

Irodalmi szemle. Egyesületek ülésjegyzőkönyvei. (962—964. o.)

Lapszemle. Vegyes hírek. Hetirend: (964. oldal és a borítólap III. és IV. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A parasagittalis meningeomákról.

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

Az agydaganatok változatos sokaságában a meningeomák, az agyhártyák daganatai egészen különleges helyet foglalnak el. Bár szöveti szerkezet, a környezethez viszony, szóval a rossz, vagy jóindulatúság szempontjából a legkevésbbé sem egységesek, összefoglalva a meningeoma elnevezés kórbonctani és klinikai értelemben jogosnak látszik, különösen azon tulajdonság alapján, hogy az agyállománytól élesen elkülönítve, körülírtan növekednek. Ez a tulajdonság avatja a meningemoákat a sebészi beavatkozás egyik leghálásabb tárgyává, mert agyroncsolás nem lévén, a tünetek a sikeres műtét után nyom nélkül visszafejlődnek, s ezáltal az operált beteget ismét teljes értékű emberré teszik.

A meningeomák közül azokat, amelyek a hosszanti öböl és az agysarló szögletében az öböl szélével, az öböllel, vagy az agysarlóval összefüggenek, *Cushing, Elsberg* ajánlatára parasagittalis meningeomáknak nevezzük. Gyakoriságukra jellemző, hogy nagy anyagban *Cushing*, valamint *Elsberg* szerint az összes agydaganatok 13.4%-a, *Olivecrona* szerint 15.8%-a meningeoma, ezekből parasagittalis elhelyezkedésű *Cushing* szerint 34.1% — *Elsberg* szerint 24.5% és *Olivecrona* szerint 40%, tehát aránylag gyakran észlelhető daganat.

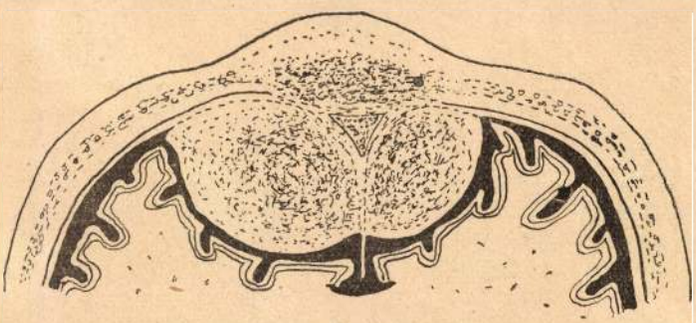
Az I. sebészeti klinikán operált két parasagittalis meningeoma eset kórrajza röviden a következő:

1. K. K.-né, 44 éves jól fejlett, kissé elhízott nőbeteg látása négy hónapja hirtelen romlani kezdett, az utóbbi időben csaknem állandóan fáj a feje. Vizeletét tartani nem tudja, gyakran maga alá ereszti.

Jelen állapot: a koponyán a homlok felett a hajas fejbőr határán, a középvonalban kerek és körülírt csontdudor, melynek átmérője 5 cm, magassága kb. 1.5 cm. Ideggyógyászati vizsgálata szerint m. o. hiányzik a szaglása. A bal láta tágabb, m. o. csökkent fényreactio, baloldalon csak fényérzés, jobboldalon 2 m-ig tárgylátás. Alig észrevehető arcidegfélbánulás. Agyidegeken egyéb kóros elváltozás nincs. Az idegrendszer egyébként ép. Hangulata euphoriás, kifejezett tréfahajlam (Witzelsucht). A szemfenék mindkét oldalon 2 dioptriás pangást mutat. A röntgenfelvétel a csontdudorodás helyén erős meszes tömörülést mutat, ami a koponyaüreg felé is körülbelül annyira dombcrodik, mint kifelé. Egyébként a megnövekedett koponyaüri nyomás eredményeként mélyebb a visszeres rajzolat. A liquorleletben kóros eltérés nincs. Enkephalographia nem volt keresztülvihető, ventrikulographiát pedig nem végeztünk, tekintve, hogy az erősen fokozódó agynyomás az utóbbi napokban aluszékonnyá tette a beteget s a daganat helye a csontkinövés miatt amúgy is biztos volt. A tünetek alapján a valószínű kórisme: koponyával összekapaszkodott parasagittalis meningeoma.

Műtét: 1937. II. 27. Helyi érzéstelenítésben a homlok felé nyelezett bőr-lágyrészlebenyt a csontról visszahajtjuk. A csont elődomborodását kb. 8 cm-es átmérőjű kör kerületén körülvágjuk. A keményburok alatt elterülő gyermekökölnyi daganat a csonttal összekapaszkodott. A csontlebenyt leválasztva a keményburkot a daganat körül kétoldalt körülvágjuk. (A daganat viszonyát az agyhoz és az öbölhöz az 1. ábra mutatja.) A hosszanti öblöt a daganat felett és alatt lekötve átvágjuk és a daganattal együtt kiemeljük, hatalmas vérzés. 500 ccm vér bevitelére állapota lényegesen javult. A kb. tenyérnyi durahiányt szabadon átültetett bőnyelemezzel pótoljuk, a csonthiányt szabadon hagyva, a lágyrészeket rétegesen visszavarrjuk. Vérnyomása 95 Hgmm, újabb 400 ccm vérátömlesztés adunk.

A műtét után rendkívül gyorsan szedi össze magát a beteg, varrateltávolítás a 3. napon, a 8. napon a bőr alatt meggyült 20 ccm-nyi savót lecsapolva a 4. héten elbocsátjuk. Kóros tünetei teljesen visszafejlődtek. Azóta szerzett értesüléseink szerint most is panaszmentes.



1. ábra.

Az eltávolított daganat szöveti képét a 2. ábra mutatja: festett készítményeken elég nagy, alveolaris elrendeződésű, lekerekített plasmájú, részben éles határ nélkül összeolvadó, részben elkülöníthető sejtekből álló sejtdús szövetet látunk, helyenként concentrikus elren-

deződésre emlékeztető csoportosulással. Kifejezett nagyságbeli polymorphismus. Sejtmagok is polymorphok, számos hyalinos megvastagodott falú ér mutatható ki.

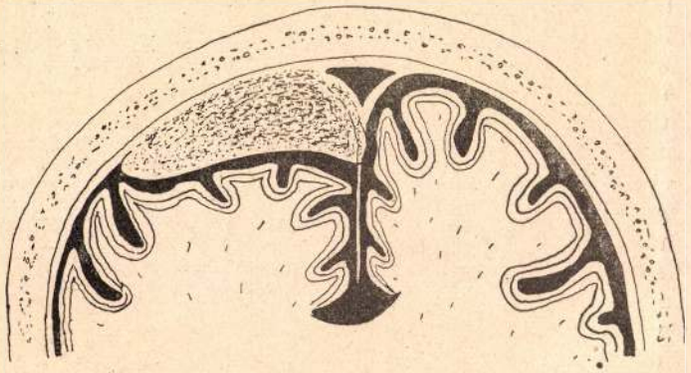
2. K. L. 66 é. földműves. 2 éve bal lába fokozatosan gyengül. Egy éve gyakran ismétlődő rohamai vannak, melyek teljesen ép eszmélet mellett a bal lábfejen kezdődő, térd-, csípő- és hasizomzatra terjedő rángásokból állanak. Érzés-

Jelen állapot: A koponyán rendellenességet nem találunk. Az agyidegek részéről egyedül az arcideg paresise mutatható ki bal felől. A bal alsó végtagon enyhe praedilectiós paresis, amely az izomzat petyhüdtségével jár együtt. Reflexek eltérést nem mutatnak. Bal lábon kisfokú quantitativ hyperaesthesia, valamint a mélyérzés bizonytalansága észlelhető. Szellemi működése ép. Szemészeti lelet a bal papillán 1 dioptriás pangást mutat. Vér-, liquor normalis. A suboccipitalis enkephalographia a jobb centroparietalis tájékon a subarachnoidealis telődés hiányosságáról tanuskodik. A ventrikulographia a kamrák rendes tágassága mellett azt mutatja, hogy a jobboldalkamra felülről benyomott, miáltal a háromszög jobboldalt kiszélesedett, az oldalkamra teleje beiapult, (3. ábra.), az oldalképen pedig (4. ábra) ennek megfelelően a jobb oldalkamra tetejének kifejezett beboltosulása lát. ható. Az egész kamrarendszer alig észrevehetően balra tolódott. A jobb hátsószarv kifejezetten lefelé nyomott. (5. ábra.)

A betegen a vizsgálat ideje alatt többször Jackson-typusú rohamot figyeltünk meg, tonusos-clonusos rángások alakjában, körülírtan a bal alsó végtagon.

A tünetek a jobb centralis mező táján ülő meningeomát mutatnak, az enkephalo- és ventrikulographia alapján pedig valószínű, hogy a daganat parasagittalis elhelyezkedésű.

Műtét: 1938. V. 28. Helyi érzéstelenítésben jobboldali parietocentralis feltárás. A kemény burok megvastagodott, megnyitásakor tyúktojásnyi, mállékony, szürkés-vörös daganat tünik elő, mely az agyat a centralis mező tájékán mélyen benyomja, az öblöt szabadon hagyja, de az agysarlóval annyira összekapaszkodott, hogy abból ki kell metszeni. A sarló kivágása után a daganat a hosszanti öbölről minden további nélkül leválik és az agyállomány sérülése nélkül kiemelhető. A daganatnak az agyállományhoz viszonyát a 6. ábra mutatja. A kemény burok megvastagodott kb. 5 P-nyi darabját eltávolítva, szabad bőnyeátültetéssel a hiányt pótoljuk, a csontlágyrészlebenyt visszahelyezve, a sebet kétrétegű varratsorral zárjuk. 500 ccm vérátömlesztést adunk. A 3. napon varrateltávolítás a reactiómentesen gyógyult sebből. A 14. nap felkel s minden zavaró körülmény nélkül a 18. nap elhagyja a klinikát. Vizelési zavara, rohamai, s minden egyéb panasza nyom nélkül megszünt, teljes egészségben él azóta is.



6. ábra.

Szövettani lelet (7. ábra.): A többé-kevésbbé kifejezett kötőszöveti vázban párhuzamos nyalábokban közepes nagyságú, erősen festődő magvú sejtek rendeződnek helyenként igen jellemző örvény-alakzatban. A sejtek szabályosan hasonlók, polymorphiát, fokozott oszlást nem mutatnak.

Két esetünk rendkívüli érdekessége és jelentősége abban rejlik, hogy mindkettő jellemző lefolyását és megjelenését mutatja annak a kórképnek, amit a parasagittalis meningeomák okoznak.

A meningeomák kivétel nélkül lassan fejlődnek, tehát elsősorban a hosszú kórelőzmény hívja fel a figyelmet jelenlétükre, ellentétben pl. a hasonló tünetekkel jelentkező gliomával, amelynek gyors kialakulása és a tünetek hirtelen kifejlődése már a rosszindulat ismertetői.

Mint minden agydaganat, a meningeomák is általános és helyi tüneteket okoznak.

Az *általános tünetek* az agynyomás fokozódásában nyilvánulnak. — Minthogy az angioma lassan fejlődik ki, tünetei nem éppen szembetűnőek és ilyen körülmények között a betegek legtöbbször már súlyos agynyomási tünetekkel kerülnek sebészhez. *Olivecrona* eseteinek kétharmadában súlyos agynyomás tünetei állottak fenn, sőt comában lévő betegei is voltak. A fokozott agynyomás okozta fejfájás általános panasz, s annyira állandó, hogy azonnal nyomásfokozódásra hívja fel a figyelmet. A koponyaüri nyomás fokozódásának tünete, a pangásos papilla is annyira jellemző, hogy majdnem mindig kimutatható, sőt gyakran látásromlást eredményez. Hiánya elsősorban idősebb embereken fordul elő, akiknek agysorvadása a daganatfokozta nyomást ideig-óráig kiegyenliti. *(Olivecrona.)* Első esetünben a pangás oly nagy volt, hogy a látóképesség nagyon megromlott, a második esetben, idősebb betegben lényegesen kisebb, de kimutatható volt.

A helyi tünetek két lényeges csoportra oszthatók éspedig a daganat feletti csontelváltozásra, valamint az agy helyi nyomásának tüneteire.

A meningeoma az esetek túlnyomó részében a vele érintkező *koponyacsontokon* elváltozást hoz létre, ami állhat a csont sorvadásában a helyi nyomás következtében, vagy a csont megvastagodásában, ha a daganat a csontba betört. Ez a megvastagodás olyan fokú lehet, hogy olykor még a röntgenkép alapján is osteoma gyanúja merülhet fel. A csontelváltozások másik csoportja az érrajzolat megváltozásában jelentkezik. Első esetünk a csontképzés jellemző példája, úgy hogy az első benyomás alapján osteomára gondoltunk.

A helyi tünetek második csoportja az agy helyi nyomatásának következménye. Minthogy a meningeoma az agy állományába ritkán tör be, tehát agypusztulás nincs, kiesési góctünetekkel sem találkozunk. Ezzel szemben csaknem állandóak azok a nyomástünetek, amelyeket a különböző helyeken ülő daganatok létrehoznak. A parasagittalis elhelyezésű meningeomák nyomási tünetei három élesen határolt csoportba oszthatók, éspedig az elülső, középső és hátulsó öbölharmadban ülő daganatok tüneteire.

Az elülső harmad daganatainak jellemző tünete a lelki tünetcsoport, amely a jellemváltozásban, különösen a tréfálkozókedvben (Witzelsucht), nyilvánul. — Ehhez járul *Olivecrona* szerint az agyidegek részéről a már korán jelentkező látóidegsorvadás, valamint a szaglóidegsorvadás, ami részleges, vagy teljes anosmiában nyilvánul, továbbá az enyhe arcidegbénulás. Gyakran észlelt tünet a hólyagzavar, ami *Elsberg*, továbbá *Olivecrona* szerint egyrészt a lelkizavar, másrészt a fokozott agynyomás következménye. Ideggyógyászati szempontból egyébként a homloki parasagittalis meningeomák tünetszegényen fejlődnek.

A középső harmad daganataira egészen jellemzőek a mozgató és érző kéregmezők izgalmi és kiesési tünetei. A kiesési tünetek a mozgató központ részéről ellenoldali félbénulásban (monoparesis) nyilvánulnak meg legjellemzőbben az alsó végtagban, amit legtöbbször a mélyérzés zavara kisér. Az izgalmi tünetek Jackson-jellegű rohamokban jelentkeznek, egész szabályosan azon a végtagon, amelyen a félbénulás fennáll. Ezekhez nagyon szembeötlő tünetekhez járul még elvétve a hólyagzavar, amely azonban általánosan jellemzőnek nem mondható. 2. esetünk a központi parasagittalis meningeoma tünettanának iskolapéldája.

A hátulsó harmad parasagittalis meningeomája *Olivecrona* szerint ritka. Egészen jellemző tünete a homonym hemianopsia, ami a tarkólebeny nyomásának következménye. Ezt a kórképet nem észleltük.

Az ideggyógyászati tünetcsoport kiegészítője a sebészi vizsgálat, ami enkephalo- és ventrikulographiával végezhető. Az enkephalographia az agyfelszin rajzolatában mutatja a daganat helyén a subarachnoidealis tér telődési kiesését és alakváltozását. A ventrikulographia pedig az agykamráknak egészen jellemző alakváltozával teszi biztossá a kórismét. Második esetünk mellékelt ventrikulographiás felvételei bemutatják azt a jellemző elváltozást, amit a középső parasagittalis meningeoma okoz. Ez az elváltozás a daganatoldali oldalkamra tetejének lenyomásában, a kamrai háromszög (trigonum) kiszélesedésében, s a daganat helyzete szerint az elülső vagy hátsó szarvnak lenyomásában nyilvánul. Az elülső harmad meningeomái pedig az elülső szarvat le- és hátranyomják, a hátsó harmad daganatai a hátsó szarvat le- és előrenyomják. Tehát általában az mondható, hogy az ideggyógyászatilag esetleg nem teljesen tisztázott kórképet a ventrikulographiás felvétel teljes mértékben tisztázhatja.

Ha mindezen tünetek alapján a három csoportbeli parasagittalis meningeomák tüneteit állítjuk össze, akkor *Olivecrona* szerint a következő vázlatot nyerjük:

1. Az elülső harmad syndromája:
   a) hosszú kórelőzmény;
   b) lelkizavar;
   c) könnyű arcidegbénulás;
   d) kétoldali pangásos papilla, fokozottabb látásgyengeség a daganat-oldalon;
   e) hypo-, ill. anosmia;
   f) járulékos tünetek: vizelési vazar, csontelváltozás;
   g) typusos enkephalo-, ill. ventrikulographiás kép.

Egészen jellemző példája ennek a tünetcsoportnak a mi első esetünk.

2. A középső harmad tünetei:
   a) hosszú kórelőzmény;
   b) a központi mező kiesési és izgalmi tünetei, ellenoldali monoparesis és Jackson-rohamok alakjában;
   c) általános, enyhefokú nyomástünetek;
   d) a jellemző enkephalo- és ventrikulographiás kép a háromszög kiszélesedésével és az oldalkamra tetejének belapításával.

Iskolapéldája ennek a tünetcsoportnak a mi második esetünk.

3. A hátsó harmad tünetei:
   a) hosszú kórelőzmény;
   b) általános nyomástünetek;
   c) homonym hemianopsia;
   d) érzészavarok;
   e) balodali daganat esetében sensoros aphasia.

Amint tehát látható, a parasagittalis meningeoma klinikai szempontból biztosan és könnyen kórismézhető kórkép.

Kórbonctani szempontból a daganatok makroskopiai megjelenése hasonlóképen egységesnek mondható.

A daganat nagysága változó. *Olivecrona* 12 és 200 g között észlelt daganatokat. A mi első esetünk 150 g, a második 80 g volt.

A daganat állománya általában lágy, törékeny, szürkés-vörös, rendkívül vérbő, általában tömör, üregképződést *Olivecrona* is csak elvétve észlelt.

Elhelyezkedésére jellemző, hogy valahol a keményburokkal összefüggésben van, legyen az a sarló, az öböl fala, vagy a domborulat burka. Az összefüggés kivétel nélkül a kemény burokba benövésből származik, tehát a daganattal együtt a megtámadott burokrészlet is feltétlenül eltávolítandó. Ezzel szemben meg kell állapitani azt is, hogy a távoli környezetbe a meningeoma nem szüremkedik. A keményburok lemezzel összenőtt részlet mellett pár mm-es távolságban már daganatos beszüremkedést kimutatni nem lehet.

A hosszanti öbölhöz való viszonya a parasagittalis meningeomáknak különböző a daganat fejlődési foka szerint. Kétségtelen hajlam észlelhető arra, hogy a daganat a keményburok lemeze mentén növekedjék, aminek következtében az öböl előbb utóbb a daganat terjeszkedésének utjába kerül. Ilyenkor *Olivecrona* szerint előbb az öböl fallal összekapaszkodva, alatta átburjánzik az agysarló tuloldalára, majd az öblöt két oldalról nyomva, belé tör. Ez a folyamat olyan fokot érhet el, hogy az öböl ürtere teljesen eltünhetik. *Olivecrona* tapasztalata szerint a betörés az öböl falán beömlő viszerek nyilásán történik. A nyilásokon át a daganat kis nyulványokkal benövekszik az öböl belhártyája alá és igy az ürteret lassanként kitölti, végül pedig egész vastagságán átszüremkedik.

Az agy állományába a meningeoma nem tör be, attól élesen elhatárolt és könnyen kiemelhető agyroncsolás nélkül. Ennek a jelenségnek a magyarázata abban van, hogy a daganatot az agy felé kemény kötőszöveti burok határolja. Ezzel szemben a lágyburki visszerekkel csaknem mindig összefügg, ezért az eltávolítás rítkán sikerül lágyburok sérülése nélkül.

Az érintkező koponyacsonton *Cushing* 25%-ban talált elváltozást. Ez lehet kimaradás, de az esetek legnagyobb részében mégis inkább megvastagodás, hyperostitis. *Kolodny* szerint a daganat körüli visszeres pangás a megindítója a csontelváltozásnak, ami fokozott csontképzésben nyilvánul meg, a daganatsejtek csak jóval később törnek be a csontba. A csonton való átburjánzás a sarcomásan elfajult meningeománál gyakori.

A parasagittalis meningeomák rendkivül vérdus daganatok, mindamellett érellátásuk még nem tisztázott. *Elsberg* főérnek az agyképeg ütereit, *Olivecrona* inkább az arteria meningea mediát tartja. A visszeres vért a lágyburok erei vezetik le, s mert ezek rendesen igen tágultak, pangásosak, eredményezik azt a hatalmas vérzést, ami a meningeomák eltávolítását annyira megnehezíti.

A meningeomák szöveti szerkezete már jóval kevésbbé egységes. *Golbus* az agyhártyák fejlődését tanulmányozva, azt találta, hogy a fejlődő ébrény skletoneuralis kötőszövetéből vagy mesenchymájából lesz az elsődleges agyburok, amely két lemezre válván, az ektomeninx létrehozza a csonthártyát és a keményburkot, az endomeninx a lágyburkokat. Ha ezeknek a fejlődési fokozatoknak szöveti jellegzetességeit vizsgáljuk, akkor kétségtelen hasonlóságot lehet felfedezni köztük és az egyes meningeomafajták szövetfelépítése között.

Találunk meningeomákat, amelyek laza mesenchymalis sejtekből állanak, ezek a skeletoneuralis kötőszövetből lettek. Találunk olyanokat, amelyekben csont, kötőszövet, hám és érképletek vegyesen találhatók, ezek az elsődleges agyburok utánzatai; vannak daganatok, amelyekben elsősorban rostos kötőszövet van, elszórt hámszigetekkel, ezek a keményburoklemez utódai; vannak olyanok, amelyeknek sejtjei örvényes elrendeződést mutatva az arachnoidea lemezből indultak ki és olyanok is, amelyek a pia lemez szerkezetére emlékeztetnek. Végül találunk olyan daganatokat, amelyek a sarkomás elfajulás ismertető jeleit viselik.

Ha tehát az agyburkok fejlődését vesszük figyelembe, úgy a Globus-féle felosztás látszik észszerűnek, melynek csoportjai a következők:

1. *meningeoma indifferentiale* s. mesenchymatosum, laza kötőszöveti sejtekből, angioblastokból és fibroblastokból áll, (eredet: skeletoneuralis kötőszövet.)

2. *meningeoma omniforme*, csonthártya eredetű csontszövetből, keményburok eredetű rostos kötőszövetből, arachnoidealis hámszigetekből és különböző fejlettségű érképletekből áll. (eredet: primitiv meninx).

3. *meningeoma pachymeningeale* (régi elnevezés durafibroblastoma) nagytömegű collagen rostból és arachnoidealis eredetű hámszigetekből áll (eredet: az ektomeninx duralemeze).

4. *meningeoma leptomeningeale* s. arachnoideale, hatalmas, nyalábos sejtkötegek, amelyek kifejezett örvényes elrendeződést mutatnak. — Olykor fokozottabb eres szerkezet, hajszáleres burjánzással, pia elemek jelenlétére hivja fel a figyelmet és a daganat „vascularis orientátióját" mutatja.- Máskor pedig igen sok cytoplasma, nagy mononuclearis sejtekkel. vagy óriássejtekkel gyorsabb növekedési hajlamot mutat (eredet: az endomeninx arachnoidea lemeze).

5. *meningeoma piale* (vascularis meningeoma), amely szerkezete szerint lehet:

a) haemangio-endothelialis jellegű, kifejezett hajhajszálérburjánzással.

b) haemangiomás jellegű ürképződéssel;

c) psammomás jellegű, ahol a göböket elzáródott burjánzó hajszálerek alkotják, gyakori hyalinisatióval és mészlerakódással;

d) melanomás jellegű, amikor a chromatophor sejtek nagymérvű elszaporodása jellemző. (Eredet: az endomeninx pialemeze.)

6. *meningealis sarkoma*, amely magán viseli a sarkomának egyebütt is ismert jellegzetességeit, általában kizárólag a mesenchymalis, nem differenciált alakból, vagy a pialis alakok valamelyikéből fejlődik ki.

Ebbe a felosztásba a meningeomák bármely szöveti félesége igen könnyen besorolható és amellett olyan világos egyszerűséggel magyarázza a meningeomák keletkezését, hogy a leghelyesebb ezt elfogadni.

Két közölt esetünk mindegyike a szöveti képek szerint a negyedik csoportba, a leptomeningealis, vagy arachnoideális meningeomák közé tartozik. Éspedig a második eset a csoport alalpvető jellegzetességeit, a sejtnyalábok örvényes elrendeződését mutatja, mig az első eset szöveti képében ez a jelenség kissé háttérbe szorul, hogy mellette pialis szövetelemek, hajszálérburjánzás és a nagy mononuclearis sejthalmazok adják a szöveti felépést jellegzetességét, ami ennek a daganatnak fokozott növekedési hajlamát jelzi.

A műtéti megoldást illetőleg a meningeomák a koponyaüri képződmények leghálásabbjai közé tartoznak, azért, mert agypusztulás nem lévén, a daganat eltávolítása a tünetek teljes visszafejlődését jelenti az esetek tulnyomó részében.

A műtét technikailag legtöbbször nem nehéz, de nem lekicsinylendő veszedelme: a vérzés. A meningeomák általában érdús daganatok, de a csont, a kemény- és lágyburok erei annyira tágultak lehetnek, hogy a daganat kiemelésekor katasztrófális vérzéshez is vezethetnek. ilyenkor a vérnyomás hirtelen esése a műtét közben sürgős vérátömlesztést tesz szükségessé, amíg az állapot lényegesen meg nem javul. *Olivecrona* egy esetben hatszor adott a műtét alatt vért, összesen csaknem három litert.

Egyébként műtéti technikai szempontból a daganatoknak csak néhány különleges sajátsága tartandó szem előtt.

Elsősorban amint az a leírtakból kitünt, a meningeoma fejlődésénél fogva a kemény burokkal valahol összefügg. Ezért a kemény buroknak beteg részletét el kell távolítani, mert visszahagyása a kiujulás veszedelmét rejti magában. Ennek nagyobb akadálya nincs, ha a daganat csupán az agysarlóval függ össze. Ha ellenben a domborulat duraborítéka beteg és a beteg részt egész terjedelmében el kell távolítani, akkor ezen a területen az agy fedetlenül marad. Minthogy pedig a daganat helyén a lágyburok feltétlenül sérült, a fedetlenség helyén összenövések keletkezhetnek, ami viszont epilepsiás rohamoknak lehet kiinduló pontja. Éppen ezért mi mindkét esetünkben szabadon átültetett bőnye lemezzel pótoltuk a keményburok hiányát, ami zavar nélkül be is gyógyult.

Kellemetlen szövődménye lehet a daganatnak, ha az öbölbe betört. Ilyenkor az öböl egyidejű resectioját is el kell végezni. Az öböl resectiója azonban nem egészen veszélytelen beavatkozás. Ha ugyanis az öböl lekötése a központi mezőny tájékán a véna Rolandi mögött történik, a keringés megszünése miatt végleges hemiplegia, sőt halál is lehet a következmény. Ez alatt, különösen, ha az öböl már jórészt elzáródott, minden további nélkül csonkítható a sinus. Hogy mindezek ellenére az öböl miatt aránylag kevés szövődmény jön lötre, annak a következménye, hogy legtöbbször az elülső harmad meningeomái törnek be az öbölbe és ha a daganat az öböl ürterét eltömeszelte, az oldalkeringés már annyira kialakult, hogy az öböl lekötése baj nélkül végezhető.

A koponya bezárásakor a csont csak akkor helyezhető vissza, ha elváltozást nem mutat. Minden megvastagodás daganatos beszürődés lehet: ha tehát a csonton bármilyen elváltozás kimutatható, azt visszahelyezni nem szabad.

A lágyrészeknek egészen pontos, kétrétegű varrata, a bőrben, kicsiny, nem mélyre terjedő varratokkal eléggé nem ajánlható. A pontos lágyrész egyesítés az egyetlen lehetőség arra, hogy a sebet megóvja a szétnyilástól és ezáltal a másodlagos fertőzéstől.

A betegek utókezelése parasagittalis meningeoma műtéte után rendszerint nem jár különösebb nehézséggel. Agyroncsolás nem lévén, lényeges agyduzzadás nem jön létre, s a daganat eltávolítása a koponyaüregi nyomást amugyis csökkentette. Ha pedig nagyobb mennyiségű liquor és savó gyülnék meg a lebeny alatt, azt csapolással könnyen eltávolíthatjuk. A varrateltávolítás a harmadik napon történik, ezután a sebet collodiummal fedjük le. A felkelést a 14. nap elteltével engedélyezzük.

Mindkét betegünkön a műtét után utólagos Rtg. besugárzást végeztünk, bár ennek jelentősége a késői eredmény alakulásában ezidőszerint még nincsen tisztázva. Egyébként a daganat gyökeres eltávolítása esetén a késői eredmény még 5 éves időtartamra is kifogástalannak mondható.

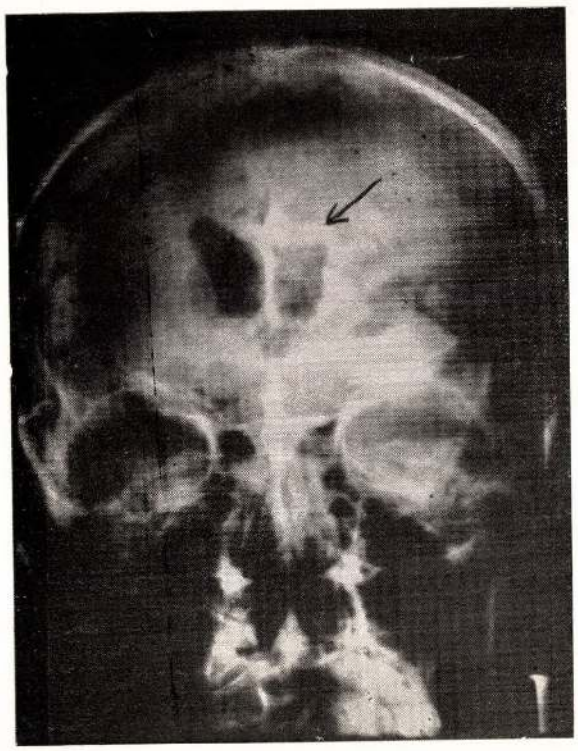
FAGIFOR „Cito" lag. orig.

Calcium sókat tart. jóizű mentholos kreosot syrup

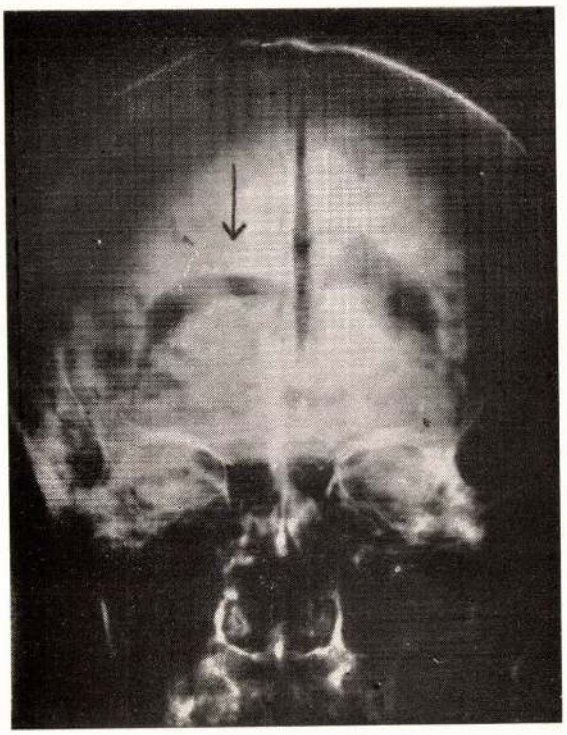
Idealis enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere

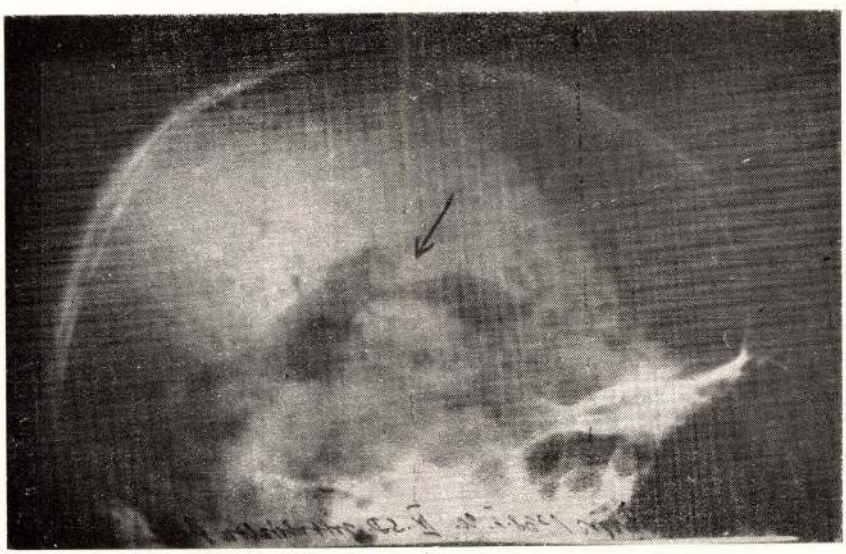
„CITO" gyógyszervegyészeti gyár Budapest, XIV.



3. ábra

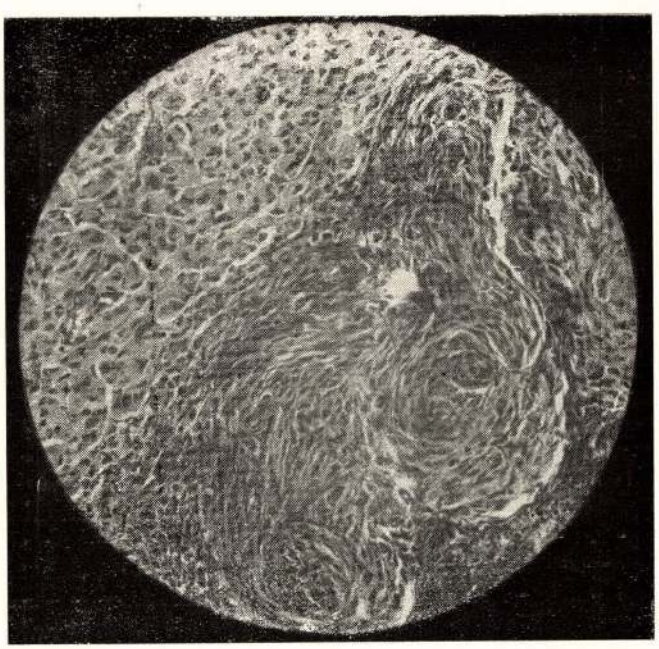


5. ábra.



4. ábra.

2. ábra.



7. ábra.

Rákkutatás és rákgyógyítás.

(Balassa emlékelőadás.)

Irta: *Manninger Vilmos dr.*

(Folytatás.)

VIII. Ha azokat az adatokat, amelyeket a kisérleti rákkutatás felsorolásából merítettünk, összhangba hozzuk azokkal, amelyeket az emberen észlelt daganatok klinikai megfigyeléseiből nyertünk, be kell vallanunk, hogy a rák oktanának és kórfejlődésének elmélete alig változott 75 év óta, amikor *Virchow*nak a bevezetésben körvonalazott tana megszületett. A különbség csak annyi, hogy egyes részletkérdésekben ma már világosabban látunk.

A hajlamosító tényezők közül ma is első helyen áll az *öröklékenység*. Emberen a közvetlen — chromosomás — átvitelnek csak három példája ismeretes. Ezek: neuroblastoma retinae, a xeroderma pigmentosum és a polyposis intestini. *(Schmieden).*

Ebbe a csoportba sorolhatjuk még az egypetéjú ikreken észlelt 15 esetet. Ezeken az ikreken a rosszindulatú daganat többször egyidőben azonos szerven fejlődött. A rákosan terhelt családfák örökléstani elemzése ma még kevés adatot szolgáltat, hisz a legtöbb családnak többnyire csak 2-4 nemzedékre vonatkozó feljegyzése áll rendelkezésünkre. Külön óvatosságra int néhány közismert családfa elemzése, amelyeknek adatai több nemzedéken át rendelkezésünkre állanak. A Napoleonidák rákkal terhelt családjából, beleszámítva a házasságon kívül születetteket is, ma már csak egyetlen férfi él. A család pusztulását azonban nem rákos betegség okozta. — A Hohenzollernek családfájából III. Frigyes és felesége rákban pusztult el. Az utolsó három nemzedékben egy rákesetet sem találunk, annak ellenére, hogy két nemzedékük elérte már a rákos kort.

Az állatkisérletek az öröklött hajlamosság és mentesség törvényeit kétségtelenül igazolták. Ezeket az ismereteket az emberi kórtanra követlenül át nem vihetjük. Elméletileg az eugenika e téren hathatósan belenyúlhatna a hajlamosság irányításába. A gyakorlatban ez a kisérlet ma még teljesen kilátástalan, hisz a legtöbb esetben alig 1—2 nemzedék adatai állnak a házassági tanácsadó rendelkezésére és ezek az adatok is többnyire megbízhatatlanok. *Cramer* a statistika alapján kutatta az öröklött hajlamosság befolyásának tényezőit embereken. Kimutatta azt, hogy öt nagy kulturállamban a rákos halálozási arányszám majdnem teljesen egyező (150 rákos halál 100.000 élőre). Az arányszám állandóságából és egyezéséből *Cramer* arra következtet, hogy ezekben az országokban a rák hajlamossági és mentességi tényezője egyensúlyba került. Ebben az 5 országban ugyanis 20—30 nemzedéken át nagyobb népeltolódás, bevándorlás és település nem igen történt és így a házasságkötések jóformán kizárólag az ország határain belül letelepedett, állandó lakosságban, a beltenyésztés szabályai szerint történtek. *Cramer* világszerte elismert tekintélye ellenére azt hiszem, hogy ez következtetés nagyon merész. Aki ismeri a halálozási statistika rengeteg hibaforrását, az ilyen alapra építeni nem mer.

IX. *A szerzett hajlamosság* feltételei között *Virchow* első helyen az *életkor* meghosszabbodását említi. Ugyancsak *Cramer* hangsúlyozza, hogy nem az öregedés, hanem a hajlamosító tényezők kellő hosszú ideig tartó behatása a lényeges.

E hajlamosítást azok a tényezők készítik elő, amelyeket *Virchow* az inger (irritamentum) neve alatt foglalt össze. Ezeknek az ingereknek hatásmódjára a kisérleti rákkutatás és az embereken gyűjtött tapasztalás teljesen egyező törvényszerűségeket állapított meg. Az egyik és talán legfontosabb az, hogy csak hosszú ideig megismétlődő olyan ingereknek van rákelőkészítő hatása, amelyek kisebb-nagyobb szövetpusztulással járnak. Emberen ez az idő 5—15 év, vagy ennél is hosszabb, kisérleti állatokon több hónaptól 1—2 év. Ha az ember és a kisérleti állat életkorát arányba állítjuk, az előkészítés és a lappangási időszak aránya hozzávetőleg egyezik. Ugyancsak azonos az a törvényszerűség is, hogy bizonyos mennyiségű inger behatása és annak néha hosszabb idejű megszakítása után kezd csak megindulni a daganat fejlődése. Igy van ez a kisérleti kátrányozás után állatokon, így a röntgen- és radiumsugárhatás után, az anilin-, a kátrány- és paraffinmunkásokon, az emberen.

A különböző ingerek helybeli hatásának legkiemelkedőbb eredményét a sejtártalmat követő, ki-kiujúló és meg nem nyugvó regeneratióban látják a kutatók. Az általános élettanból tudjuk, hogy ez a regeneratio mindig felesleges mennyiségben termeli a hiányt kiegyenlítő, pótló szövetet. Ezt a rendesnél fokozotabb sejtoszlást tekintik a búvárok a határtalan szaporodású rákos sejtburjánzás előfutárjának.

Az újabb vizsgálatok azt mutatják, hogy a folyamat ennél sokkal bonyolódottabb. Kiderült, hogy az ilyen kóros regeneratióban nemcsak a sejtosztódások mennyisége szaporodott meg, hanem rendetlen, a szabályos mag- és sejtosztódástól elütő közvetlen osztódás jelentkezik. A többszörös magosztódást nem követi a sejt protoplasmájának osztódása és így óriássejtek keletkeznek. De megváltozik a sejtek és szövetek rendes anyagcseréje is. Amit *Warburg* a rákszövet anyagcseréjére kimutatott: a szénhydrat elégésének megváltozása, az anaërob és aërob glykolysisnek kóros formái, tejsav keletkezése, stb., már az ilyen kóros regeneratumokban is kimutatható.

Ami még ennél is fontosabb: az ilyen ingerszülte góc az egész szervezet anyagcseréjét és életfolyamatait is befolyásolja. Az anyagcsere megváltozása, amelyet *Warburg* írt le, kátrányozott, vagy besugárzott kisérleti állatok egyéb szöveteiben is kimutatható, még mielőtt a rákfejlődés megindul.

Emberen ez az általános hatás ily vizsgálatokkal ki nem mutatható. De ott van szervezetünknek legérzékenyebb rengésmérője, a vér és annak savója. A vér összetételének és a vérsavó fehérjeféleségeinek megváltozásából kisérelték meg a kutatók a rákdiagnostika kiépítését. Mindezen eljárásoknak egy közös hibaforrása van, az, hogy nem specifikusak. Másszóval: nem *csak* a rákos betegség hatására változik meg a savó összetétele. Kiderült, hogy egészségeseknek minősített emberek vérsavója a különböző eljárásokkal 10—30%-ban ugyanolyan „rákreactiót" adott, mint a rákos szervezeté. Az ilyen esetek pontos elemzése azt mutatta, hogy e szervezetekben többnyire találhatók olyan gócok, amelyekben kórosan fokozott szétesés és regeneratio folyik. Lues, gümőkór, egyéb fertőző gócok, röntgenbesugárzás, vagy nagyobb vérveszteség azok a folyamatok, amelyek a vérben a reactiókat zavarni szokták. *Reding* mutatta ki emberen és állatkisérletekben, hogy ezek közös forrása a szétesö fehérjének felszívódása, amely a vér sejtes és savós alkotórészeiben ugyanolyan elváltozásokat okoz, mint a „shokkészséget" kiváltó egyéb behatások. Ennél is meggyőzőbb *Fuchs* megállapítása. Az ő „rákreactiója" adja az összes eljárások közül a legtöbb positiv eredményt (90—92%). Ő mutatta ki azt,

hogy az az anyag, amely a vérösszetétel megváltozását kiváltja, a fokozott sejtoszlással van kapcsolatban. — „Ugyanez az anyag az ébrényi sejt fejlődésének egy szakaszában is kimutatható. Az ébrény a további fejlődés és a szervek különbözésének megindulásával ezen a szakaszon áthalad. Az ébrényi sejtek és a regenerálódó sejtek fejlődésüknek ebben a szakaszában a ráksejttel homológok."

„Az az anyag, amely a kóros sejtoszlást elindítja és a vért is megváltoztatja, rokonságban áll a test építőköveivel, mert az idegen fehérje, mint antigen, ellenanyagokat vált ki. Csak heterolog, de rokon anyag tud „változást" kelteni és „mutagen" módjára hatni, amely —, mint „autokatalysator" — tovább termelődik és a sejtelváltozást irreversibilissé teszi."

Ezek a megállapítások azért oly jelentősek, mert igazolják, hogy a „helyi" inger, mely a rák fészkét előkészíti, az egész szervezetre is befolyást gyakorol. Ez a befolyás a vérképző szervek, a reticuloendothelialis készülék, az anyagcserét szabályozó mirigyes szervek és talán a hormonalis készülék útján fejti ki hatását. A „belső egyensúlynak" ebben a zavarában ismerjük fel a *szerzett* rákkészséknek egyik, ma már pontosabban felismerhető és így megérthető alakját.

E tételnek ellenpróbáját emberen csak kevés megbízható adat igazolja. Ezek közül első helyen említendők *Bernhard* (Dtsch. Med. Wschr. 1939) vizsgálatai. Ő mutatta ki 5 rákdiagnostikai eljárás párhuzamos végzésével, hogy a rákos góc teljes elpusztítása után (akár műtéttel, akár sugaras eljárással) a vér rákos reactiója eltünik a véglegesen gyógyult betegekben. Azok a betegek, akiknek vérében a reactiók positivok maradtak, kiújulásban mind elpusztultak.

Ezek a megállapítások igazolják *Könignek* azt a felfogását, hogy a „szerzett" rákkészség nem jelenti a szervezet állandósult megváltozását, hanem olyan állapotát, amely az elsőleges kiváltó góc kikapcsolásával megszüntethető. Ez a tétel mai rákkezelő eljárásainknak alapköve.

Még egy feltünő és a rákkezelés szempontjából is fontos törvényszerűséget kell megemlítenem. Mindazok az ingerek, amelyek bizonyos mennyiségben a rák keletkezését elősegítik, bizonyos mennyiségben a rákfejlődést megakaszthatják, sőt teljesen visszafejleszthetik. Ez nemcsak a röntgen- és radiumsugárzásra bizonyult be, hanem a legerősebb rákeltő vegyianyagokra is, pl. a 3.4 benzpyrenre, a dibenzanthracenre, stb. *Haddow* állatkisérletekben, *Bauer* emberen végzett gyógyító kisérletekkel igazolta e tétel igazságát.

X. A pontosan ismert rákkeltő ingerek elkerülése vagy kikapcsolása adja meg emberen a *kórelőzés* ma egyedül hatásos módját. Sajnos, hogy ez csak igen szük területen lehetséges, mert a legtöbb — főleg a belső szervekben fejlődő — rák előkészítő ingereit nem ismerjük. *Hurst*nek ezidén megjelent nagy összefoglaló előadása alapján (The Lancet, 1939. 553.) valószínűnek látszik, hogy a táplálkozással összefüggő hibák és rossz szokások befolyással lehetnek a rákos talaj előkiszítésére. Nagy kórházak betegségi és boncolási anyagán kimutatta azt a nagy különbséget, amely Anglia, Svédország és Hollandia beteganyagán a gyomorbélhuzam egyes részeinek rákos elfajulása között kimutatható. Gyomorrák Angliában a rákos férfiak 22%-ában, Svédországban 45%-ában, Hollandiában 55%-ában fordul elő. Angliában a jómódú és a legszegényebb néposztály között is igen nagy a különbség. Az arányszám amazokon 60, a legszegényebbeken 130. A boncolási adatok szerint is feltünő a különbség. A gyomorbélrák aránya Angliában az összes rákban elhalt férfiak 34—44%, Hollandiában 60—70%-a. Ez annál feltünőbb, mert az átlagos rákhalandóság a három országban majdnem azonos (118, 120, 118 : 100.000). A nagy különbség okainak felderítésére külön bizottságot cseréltek ki Hollandia és Anglia két nagy kórházcsoportja között. Ez a bizottság Hollandiára az angol viszonyoktól eltérő következő adatokat szolgáltatta:

1. Nagyon forró és fűszeres ételek; 2. Hirtelen evés és rossz rágás; 3. rossz fogazat (oralis sepsis Hollandiában 44%, Angliában 28% a szegények közt, jómódúakon csak 12%); 4. Hollandiában több az erősen dohányzó, de különösen a bagózó.

A nyelőcső rákos betegségeire összehasonlította a különböző foglalkozásúakat. Ha 1000-rel jelöljük a nyelőcsőrákosok átlagát, a betegség arányszáma bárpincéreken 4289, pincemestereken 4577, pincéreken 4082, anglikán lelkészeken 175, katolikusokon 1144. A vastagbélrákos férfibetegein az arányszám a jobbmódúak és a szegény betegek között nem feltünő (105 : 98) A végbélrákra kiemeli a bizottság a polyposis intestini nagy fontoságát, amire főleg *Schmieden* és *Westhuis* vizsgálatai hívták fel a figyelmet. Ők rák miatt kiirtott vastagbelek 45%-ában találtak polypusokat.

Jól tudom, hogy az ilyen, aránylag kis számú észlelésre alapított statistika mennyire nem megbízható. *Hurst* összeállítása azonban annyiban számithat nagyobb figyelemre, mert több évtizeden át rendszeresen gyűjtött, Anglia legnagyobb kórházaira kiterjedő és igen gondosan selejtezett klinikai és boncolási anyagának Hollandiának hasonló adataival történő összehasonlítására támaszkodik.

XI. A hormonok egyensúlyzavarának befolyása már a kisérleti rákkutatás adatainak megítélésében is nagy nehézségekbe ütközött. Még bizonytalanabb és nehezebb az adatoknak átvitele és megítélése az emberi kórtanban. Csak a női nemiszervek és az emlő rákjára valószínű, hogy növekedésükre a petefészek hormonalis működésének fontos befolyása van.

1. *Gál Félix* ezidén ismertette a II. sz. nőgyógyászati klinika eredményeit, amelyekből, a „méhrák és a petefészekműködés" összefüggését keresve azt találta, hogy:

a) a műtétre alkalmatlan esetek sugárkezelése 45 éven aluli betegeken 9%, 45 éven felülieken 16%-ban adott három éves tünetmentességet.

b) a műtéttel eltávolított méhnyakrák 45 éven aluli betegeken 41%-ban, 45 éven felülieken 19.8%-ban újult ki.

c) méhnyakrákos betegeken a kiújulás 43.2%, ha a petefészket nem irtották ki és 28.2%, ha azt eltávolították.

Méhtestrák eltávolítása után a kiújulás arányszáma 25%, illetve 5.4%.

d) a méhkiirtást követő röntgenbesugárzással, amely a petefészek működését kikapcsolja, a tünetmentesség *Warnekros* anyagában 37.7%-ról 71.8%-ra; *Seisser* és *Mann* anyagában 28.6%-ról 64.3%-ra emelkedett.

A petefészek hormonképzésének befolyását az emlőrák fejlődésére a következő adatok bizonyítják:

1. A világirodalomban egyetlen példa sincs arra, hogy 20 évesnél fiatalabb nőben emlőrák fejlődött volna, míg egyéb szervekben — ha ritkán is — közismert a rákképződés.

2. A terhesség alatt az emlőrák növekedése megállhat, míg a szülés után elég gyakori az igen gyorsan terjedő, általános elrákosodást okozó „mastitis carcinomatosa". *(Volkmann.)*

3. A gyorsan növő emlőrák fejlődése meglassubbodik a petefészek kiirtása, vagy röntgensugaras elpusztítása után. *Wintz* az emlőrák sugaras kezelésének eredményeit lényegesen megjavította, amióta a petefészek működését röntgensugárral kikapcsolja.

Az állatkisérletek adatainak bírálásakor említettem, hogy a rák hormonalis befolyására vonatkozó adatok ma annyira ellentétesek, hogy azokról ítéletet még nem alkothatunk. Csak annyi bizonyos, hogy ez a kérdés sokkal bonyolultabb, mint ahogy azt *Barna Dezső:* „A daganatok keletkezésének újabb magyarázata és az aceton ráksejtpusztító hatása" című, egyébként szellemes munkájában elképzelte. Szerinte a rák a Haberland-féle hormont termelő szervecskék fegyelmezetlen hyperfunctiójának eredménye, amely a sejtburjánzást gátló „mitophrenint" kiválasztó szervecskék működését megakasztja.

XII. Elérkeztem tallózásom végéhez. Hiszem, hogy azok, akik követték az adatok gazdag felsorolását, ugyanolyan zavarban vannak, mint jómagam is, amikor keresem a következtetést, ami ezekből a rák gyógyítása szempontjából levonható. Vissza kell térnünk *Virchow* daganatelméletének végső következtetésére, amely szerint: „a daganat anyagócának fejlődése *nem* dyskrasiának folyománya." Ennek a rákos gócnak megindításához az összejátszó tényezők sorozata szükséges. Eszerint helytelen és céltalan a kérdések olyatén fogalmazása: mi a rák oka? hisz minden adatunk szerint *egységes* ok a rák különböző féleségeire nincs és csak előkészítő és kiváltó tényezők eredőjéről beszélhetünk. Az egyszerűsítés kedvéért *Cramer* rákegyenletét veszem kiindulópontnak. Szerinte a rák: C=a×b. Az „a" jelenti a hajlamosságot, a rákkészséget, a „b" a legtágabb értelemben vett ingereket. A hajlamosság, amelyet talán egyszerűbb „belső tényező"-nek (intrinsic factornak) elnevezni, nemcsak az öröklött rákkészséget jelenti, hanem mindazokat a faji sajátságokat, amelyek bizonyos fajtájú daganatnak bizonyos szervben keletkező féleségét megszabják. Ugyanaz a daganatkeltő vegyi vagy physikalis rákkeltő inger például egereken többnyire rákot, patkányokon sarkomát vált ki. Minél nagyobb a belső készség, annál kisebb külső inger (extrinsic factor) indítja meg a daganat megindulását.

A belső tényezők sorát emberen ma befolyásolni nem tudjuk. A külső feltételek egy részét — sajnos csak kis töredékét — ismerjük. Ezeknek kikapcsolása adja meg ma a rák megelőzésének lehetőségét. A rákkutatás jövő feladatainak legfontosabbja e tényezők további keresése.

A *rák gyógyításának* egyetlen megbízható módja a rákos góc kikapcsolása akár műtéttel, akár sugaras kezeléssel, vagy e két eljárás egyesítésével. Különösen az utóbbinak eredményei javulnak évről-évre. E javulásnak egyik igen fontos tényezője az alkalmazott eszközöknek tökéletesedése. A műtétek végzésében lassan, de biztosan terjed az alvasztó metszés. Ennek első, igen kezdetleges módjának terjesztéséért, a paquelinnal történő igniexcisióért évtizedeken át folytattam — nem nagy eredményű — küzdelmet. Az egyre tökéletesedő technika kifogástalanul megoldotta az alvasztó metszés és a mélyalvasztás eszközeit. A röntgengépek évről-évre fejlődnek és mind újabb kezelési lehetőségeket biztosítanak. A mélybesugárzás pontos adagolásának köszönjük a mélyben fekvő daganatok kezelésének egyre tökéletesedő eredményeit.

Schäfer és *Witte*, majd *Chaoul* a felületi kezelés céljaira szerkesztett megfelelő készüléket, amelynek legújabb alakjai, az *Ungelenk* és *Zimmer* szerkesztette csúcsanódcső a végbélbe is könnyen bevezethető. A v. d. *Plaats* tervei szerint épült legújabb készülék 1 perc alatt 2 cm távolságról 8000 R.-t ad le. Most folynak ezzel a készülékkel kisérletek, hogy műtéttel csak tökéletelnül, vagy már el nem távolítható hasdaganatokat műtét közben besugározzanak. A radiumsugárzás eredményei is javultak, mióta a sugármennyiség mérését megtanultuk. A távoli áttételek eddigi reménytelen kórjóslata valamelyest derült, amióta *Teschendorf* és *Mallet* ajánlatára az egész test óvatos besugárzása néhány esetben feltünő javulással járt.

Arra a kérdésre, hogy ezekkel az eljárásokkal meg lehet-e a rákos beteget véglegesen gyógyítani, határozott igennel felelhetünk. Ennek hangsúlyozását ma azért tartom fontosnak, mert nemcsak a gyakorló orvosok, de a tudomány irányítói között is mindinkább terjed azok száma, akik az öröklékenység és hajlamosság tényezőinek túlzott értékelésével a ma rendelkezésünkre álló eljárások hitelét csökkentik. E belső tényezők befolyását az emberek százezrein végzett gyógyítási kisérletek alapján lehet hozzávetőleges számítással becsülni. Az utolsó évtizedek alatt a külső rákok (ideszámítom a bőr- és az emlő daganatain kívül a méhrákot is) gyógyulási arányszáma nagyon megnövekedett. Nagy átlagban, mint legjobb eredményt, combinált kezeléssel a bőrrák arányszámát, helyesebben a hároméves tünetmentességet 80—90%-ban, az emlőrákét 50—60%-ban, a méhrákét 40—50%-ban lehet nagy, nemzetközi összeállítások alapján megállapítani. Ha ez utóbbi két csoportból kiemeljük azokat, amelyekben a daganat még áttételt nem okozott, az emlőrák I. szakaszában operáltak 3 éves tünetmentességét ugyancsak 70—90%-ban, a méhrákét ugyanebben a szakaszban, 60—75% között találjuk. Az ötödik év végéig e betegek 15—20%-a pusztul még el rák következtében. Ezek szerint a belső tényezők befolyását 15—20%-ra becsülhetjük. Az említett számok igazolják, hogy a már kifejlődött rákos góc kikapcsolása, — ha az akkor történik, amikor a baj még helyhez kötött — a továbbható belső tényezők ellenére is az esetek kétharmadában gyógyuláshoz vezethet.

Hasonló eredményre jut *Schaefer* igen gondos statistikája, aki elődjének, *Stöckel* professornak 18—20 év előtt részben műtéttel, részben sugaras kezeléssel kezelt méhrákos betegeinek további sorsát tárja fel. Az öt éven túl élő méhnyakrákosok közül 2 beteg pusztult el öt év után egyéb szervek rákjában, ami 6%-nak felel meg. Ez a hányados irandó a rákkészség rovására. A méhtestrákosok közül a has felől operáltak 66.7%-a él 5 és 18—20 év óta, a hüvely felől operáltak közül 5 évig 66.7% élt, 18—20 év után 41.7%. Az időközben elhaltak mind közbejött egyéb, nem rákos bajban pusztultak el.

Ezek az eredmények szabják meg a rákgyógyítás mai és a közeljövő útjait. A várható eredmény semmiesetre sem kielégítő. Akinek, ahogy nekem, alkalma volt a gyógyíthatatlan rákosok sok százainak szenvedését látnia, aki az orvosi tehetetlenség bénító hatását átérezte, a jobb és hatásosabb rákgyógyító eljárás eljövetelét nehezen várja. A rák kóroktanának és kórfejlődésének nagy bonyolódottsága folytán alig valószínű, hogy egy eljárással, egy módszerrel a rákgyógyítás megoldható lesz. Addig pedig, amíg ez a ma megoldhatatlan kérdés el nem dől, az egyetlen mód, amellyel a gyilkos betegség pusztítását szűkebb korlátok közé szoríthatjuk, a bevált eljárások tökéletesítése, megfelelő kezelő és ellenőrző állomások szervezése, a minél pontosabb és koraibb kórhatározó eljárások keresése.. Ez az út rögös, nehéz és az orvos részéről sok küzdelmet, munkát, szeretetet és önfeláldozást követel. Lelkesítsen a kitartásra *Balassa* jelmondata: „vivere aliis non sibi, constituit essentiam medici" és ennek megfelelő életének példája.

PRIMOVEROL FORTE MITE
Ideális expektoráns
Igen kellemes izü s igy gyermekek is szivesen veszik.
Pénztári csomagolás a „Forte"-nak felel meg.
Szabadon rendelhető: a Mabi, B. B. I., Szfv. S. A., Kereskedelmi Segélyegylet stb. terhére
Szt Péter Gyógysz. laboratórium Bpest, V., Pozsonyi-ut 1. Tel 121-547

A székesfővárosi Szent János közkórház fülosztályának közleménye. (Főorvos: Rejtő Sándor, egyet. rk. tanár.)

Arcidegből kiinduló daganat esete.

Irta: *Rejtő Sándor dr.* egyet. rk. tanár.

Középfülgenyedések mellett elég gyakran látunk arcidegbénulást. Heveny középfülgyulladásokban (scarlatina, stb.) a chronikus csontnekrosisokban, a cholesteatoma roncsolhatja el az arcidegcsatorna csontos falát és támadhatja meg az idegeket. Egyszerű otitishez rheumatikus alapon arcidegbénulás társulhat, amikor nincs oki összefüggés a két betegség között és így az idegorvos unszolására sem kell műtétet végeznünk.

Előfordul azonban az arcideg elsőleges daganatos betegsége is, melyhez később középfülgenyedés járulhat. Ezek az esetek a fülorvos szempontjából azért fontosak, mert téves kórismézésre adhatnak alkalmat. Korai állapotban a középfül ép, a hallás jó és így nem gondolunk dobüri eredetre; később pedig, a már beállott otitis mellett könnyen hihetjük, hogy a bénulás a genyedés következménye. A kórforma ritkaságán kívül érdemesnek tartom esetünk közlését azért is, mert igazolja a fülorvos kórismézésének nehézségeit.

A 38. éves M. I.-né I. 13-án jelentkezett osztályunkon, állítólag 6 hetes jobboldali középfülgenyedéssel. Elmondta, hogy jobb füle 4 éve zúg, de sohasem folyt. Öt hét előtt fülrendelésre ment, ahol eleinte exostosisnak, majd otitis externának nézték baját; az utolsó három napon beállott magas láza és heves fülfájdalmai miatt kórházba utalták. Jobb arcfelén mind a három ágra kiterjedő facialis bénulása van, mely szerinte 12 év előtti szülés kapcsán jelentkezett és azóta változatlan. Bal füle ép. A jobb hangvezetőcsőbe alig lehet betekinteni, mert körkörösen beszűkült. A dobüregben sarjak látszanak és a csecsnyulvány nyomásra nagyon érzékeny. Fvs.: 5800. A röntgenkép jobboldalon elmosódott antrum-tájékot és kevés fátyolos cellularendszert mutat.

A beteg fülön jan. 19-én gyökeres műtétet végeztünk. Az egész csecsnyulványt sarjak töltötték ki, a csont mindenütt elpusztult, morzsalékony. A petrosus szögletben híg gennyel és sarjakkal telt cellulákkat találunk. — A járomív gyöke felé vésve még találtunk néhány épnek látszó cellulát, mélyebben azonban mogyorónyi üregbe jutottunk, mely az aditusnak és az atticusnak felelt meg. Ezt az üreget is összefüggő sarjtömeg töltötte ki. A hangvezetőcső hátsó falának legnagyobb része elpusztult. A műtétet daganat gyanúja miatt nem folytattuk, s a sarjak szövettani vizsgálatától tettük függővé a továbbiakat. A sziklacsontban talált pusztulás alapján ugyanis joggal gondolhattunk rosszindulatú daganatra és ez esetben radiumos tűk behelyezésével óhajtottuk a kezelést tovább folytatni. A rosszindulatúság gyanúját a vizsgálat nem erősítette meg. — A szöveti kép ugyanis *Kálló Antal dr.* egyet. m. tanár, pathologus főorvos szerint fibromának felelt meg. A szövettani lelet alapján a daganatszövet kiindulási helye után kutattunk.

A beteg jobb fülén a suttogó beszédet 0.30, a társalgó beszédet pedig 5 m-ről hallotta; Webert jobbra, a beteg oldal fél letaralizálva. A vestibularis rész is ingerelhető volt, s így nem gondolhattunk acusticus daganatra. *Angyal F. dr.* a szöveti lelet s a negativ röntgenfelvétel alapján a kemény agyburokból eredő daganatot kizárván feltételezte, hogy a daganat kiindulópontja az arcideg lehetett. Emellett szól, hogy a betegség a facialis bénulásával kezdődött, mely állandó maradt. Megerősítették e feltevésünket az irodalom adatai is, mire a daganat eltávolítását határoztuk el. Febr. 7-én az üreg csontos falát tágan feltártuk, a porcos hangvezetőcsövet a még meglévő csontról leválasztottuk. Ennek egy vastag, törékeny (daganattal átszőtt) része leszakadt. Az aditust, antrumot és a dobüreget daganatszerű tömegek töltötték ki, ezek közé ágyazottak a hallócsatornácskák is. A daganatot az aditus faláról éles kanállal eltávolítván, a lateralis ívjárat fehér csontjához jutottunk, mely mintegy belemeredt az üregbe, mert alatta csont már alig volt. Az arcideg lefutásának ezen a helyén találtuk a legnagyobb daganat tömeget, mely a koponya-alap felé a sziklacsontot teljesen elpuszította. A daganatszövet kitisztítása itt sikerült a legkevésbbé, mert közvetlenül a lágyrészeken (bulbus?) ült. A csecsnyúlvány csúcsa is nagyrészt elpusztult: itt a daganatot raspatoriummal választottuk le az izmokról és a csontos fal megmaradt részéről. Tág plastikát végeztünk, feltünt a porcos részek rendkívüli puhasága. A sebet csak részben varrtuk be. A műtéttel eltávolított daganatot újabb szöveti vizsgálatra küldtük, rosszindulatúságot ez a második vizsgálat sem mutatott ki és képe mindenben az első vizsgálathoz hasonlított. A szöveti és klinikai vizsgálatok mindinkább valószínűvé tették, hogy esetünkben az arcideg dobüri részéből kiinduló jóindulatú daganatról van szó. Hogy a daganat az idegrostokat egybefogó kötőszövetből kiinduló neurofibroma-e, vagy pedig az idegrostok specialis (Schwann-féle) hüvelyéből eredő úgynevezett neurinoma-e, annak az eset klinikuma szempontjából alig van jelentősége. Az ezirányú vizsgálat még folyik.

A daganat szövettani jóindulatúsága nem jelent többet, minthogy az csak helyben és lassan nő; ez a „lassú" terjedés is okozhat azonban évek folyamán középfülgenyedést és annak minden szövődményét.

Az acustikus daganathoz képest a facialis daganatai ritkábbak. *Altmann* közölt a bécsi fülklinikáról 1935-ben 3 esetet, s az irodalom más három esetére is hivatkozik. 1937-ben ismét beszámolt egy esetről s *Greifenstein* újabban közölt esetéről is megemlékezve, így összesen 8 esetből állította össze az arcüregdaganatok klinikáját. Szerinte ezek a neurogen daganatok atypusosak, de jóindulatúak, mert csak terjeszkedésükkel roncsolnak.

A kórismézésben fontos adat, hogy a facialis bénulás ép dobhártya és jó hallás mellett jelentkezik, s a középfül betegsége csak késői szövődmény. Ebben különbözik az otitisek okozta idegbénulásoktól, ahol mindig a fülfolyás az első. Esetünkben is megvolt ez a sorsend, de mi erre nem adtunk sokat, mert tapasztalataink szerint régi fülfolyások kezdeti adata legtöbbször megbízhatatlan. Még a gyermekkori otitisek esetén is csak a baj heveny kiújulásától számítja a beteg füle folyását. A rossz hallás és a sarjakkalt telt, szűkült hangvezetőcső már csak a szövődmények következménye, mégis gyakori lelete a betegségnek, mert fülorvoshoz rendesen csak akkor kerülnek, mikor már az otitis mint szövődmény, megvan. *Altmann* szerint a röntgenkép jó pneumatisatiója is jellemző a daganatra, de ez a lelet esetünkben, a már kifejlődött mastoiditis miatt, nem volt meg. A gyökeres műtétet mindenképen el kellett végeznünk, nemcsak a daganat eltávolítása céljából, hanem az esetleges otogen szövődmények rendbehozása végett is. A megoldottnak látszó esetről újabb adatokat tudtunk meg febr. 16-án. A beteg II. 15-én éjjel epileptiform rohamot kapott, s másnap előadta, hogy e baja 7 év óta van. Régebben 3—4 havonként, most 6—8 heteknént jelentkeznek eszméletlenségei, melyekre nem tud visszaemlékezni. Azt is bevallotta, hogy 12 év előtt lues volt, sokáig kezelték. Hat év óta Wa.-r.-ja negativ. Rohamai miatt idegorvossal vizsgáltattuk meg, hogy nincs-e egyéb helyen is daganata, mire ta-

gadó választ kaptunk. Wa.-r.-ja negativ volt. Ez újabb adatok tehát nincsenek összefüggésben a beteg arcidegdaganatával. A seb igen lassan gyógyult, mert a daganatszerű sarjak erőscen növekedtek, miért is Coutard szerint röntgenkezelést is adtuk, bár ezt egyesek feleslegesnek tartják. Ma az üreg csaknem teljesen behámosodott, a daganatnak nyoma sem látszik, s a beteg hallása: 1 m társalgó és 0.05 m suttogó beszéd.

Az Ujpesti Városi Kórház közleménye.

A C-vitamin heveny fertőző betegségekben.

Irta: *Szirmai Frigyes dr.*, kórházi főorvos.

Több mint három éve foglalkozom e kérdéssel és jelenleg főleg a *toxicus torokdiphtheria, a typhus abdominalis és a pneumoniák* gyógyítása terén szerzett tapasztalatokról áll módomban beszámolni.

I. *Diphtheria.*

Klinikai megfigyeléseim gyüjtésével párhuzamosan kisérletes vizsgálatokat is végeztem, emberen tanulmányozva az ascorbinsavnak (a. s.) a Schick-reactióra gyakorolt hatását*) A 34 csoportot képező 96 egyénnen végzett vizsgálatok főbb eredményei a következők:

1. d. l. m. közömbösítéséhez in vitro kb. 0.375 mg a.-s. elegendő; ha a keveréket rögtön fecskendezzük be, a szervezetben is bekövetkezik a közömbösítés és a quantitativ viszonyok is majdnem ugyanazok, mint előzetes thermostatban tartás esetén. A szurcsatornába utólag befecskendezett 5% a. s. oldat is még kb. fél óráig teljes közömbösítést, kb. 3 óráig lényeges gyengítést eredményez.

Az újabban forgalomba hozott, közönbösített a. s. oldatok vizsgálatakor kiderült ellenben, hogy az in vitro hatás kb. azonos ugyan az a. s. hatásával, de in vitro igen lényegesen gyengébb. Bizonyos, hogy a méregtelenítésben a savgyöknek igen fontos, bár nem kizárólagos szerepe van, di.-ban tehát okvetlenül, sőt mig a hatás mechanismusa tisztázva nincs, a többi fertőző betegség gyógykezelésében is *ne a közömbösített a. s. oldatokat, hanem a frissen oldandó, szabad a. s. port tartalmazó készítményeket alkalmazzuk, a savanyú készítményeket azonban ne keverjük össze a fecskendőben a serummal,* hanem külön fecskendezzük be.

A toxicus di. pathogenesisének ismerete alapján már kezdetől fogva az a. s.-től nem a már végleg megkötött toxin okozta laesiok miatti keringési elégtelenség kezelése terén vártam hatást, hanem inkább az látszott lehetségesnek, hogy amennyiben a szokásos nagy mennyiségű savó befecskendezésén felül a. s.-at is adunk, a magas antitoxin concentratio hatása összegeződvén az a. s. méregtelenítő képességével több még reversibilisen kötött toxint tudunk közömbösíteni, mint pusztán a sóval. Ennek megfelelően a kisérleteket mellékvese kéreghormon (mkh.) *adása nélkül* kezdettem meg. Mindenek előtt felvetődött az *adagolás* kérdése. Tudvalevően újabban mind többen kétségbevonják, hogy valóban a maximalis telítés jelenti a normalis állapotot, az élettani optimumot, hangsúlyozzák, hogy a vitamin szükséglet nem lehet ily nagy, hogy a teljes egészség és a manifest avitaminosis között elterülő latens hypovitaminosisok terrenumát nem szabad tulszélesre kitágítani.

Tény és ezt saját megfigyeléseim is bizonyítják, hogy bizonyos gyógyhatásokat el lehet érni anélkül, hogy a telítés beállott volna. Ezért bár a vizelet a. s. tartalmának meghatározása a dichlorphenolindophenolos módszerrel igen egyszerű és gyakorlati célra teljesen kielégítő eredményeket ad, mégis úgy vélem, hogy heveny fertőző betegségekben a helyes adagolást minden egyes kórformára nézve az empiria, a tapasztalat adhatja majd csak meg.

Mi toxicus di.-s betegeinknek a felvétel napjától kezdve, lehetőleg intravenásan, esetleg intramuscularisan adtunk 1—2-szer napj. 150—300 mgr a. s.-at 3—4 napon át, egyidejüleg és tovább még néhány napig per os is adtunk 3-szor 50—100 mgr-ot. Ezen adagolás mellett ugyan nem mindig állott be az erre vizsgált esetekben a telítés, de az igen jó gyógyeredmény alapján az adagok emelését nem láttuk szükségesnek. Di.-s betegeinken a rendszeres ascorbinsav kezelést 1936 legvégén kezdtük meg, az azóta észlelt eseteket, a kórház megnyitásával (1932) kezdődő időszak adataival állítottam szembe. A toxicus esetek jellemzésére ma is a *Friedemann*-f. beosztást (1916) tartom a leghelyesebbnek, mely két főtypust, az *oedemás* typust és a *haemorrhagiás-necroticus* typust különbözteti meg. A *Seckel* f. typologiának, mely különben is inkább stadiumokat semmint typusokat ír le, a toxicus esetekre vonatkozó részét azért sem tartom szerencsésnek, mert csak a nyaki oedema kiterjedését veszi zsinormértékül. Csupán a *praetoxicus* esetek külön csoportba sorolását tartom magam is helyesnek. *Seckel* ide azokat sorolja, ahol peritonsillaris nyálkahártyaoedemán kivül mi sem árulja még el a toxicitast. A praetoxicus esetek csoportjában az általunk követett, *Bókay* prof. felfogásának megfelelő adagolás mellett (40—50.000 I. E. fele i. v.) ugyan már az a. s. alkalmazása előtti időszakban sem fordult elő halálozás, de azért ezeknek is adtunk a. s.-t.

Ha már most szemügyre vesszük anyagunkat, úgy hangsúlyoznunk kell, hogy egy bizonyos *spontan* enyhülés az utolsó években kétségtelenül felismerhető ugyan, de ez csak abban nyilvánult meg, hogy haemorrhagiás typusu esetet utoljára 1935-ben észleltünk; ha figyelmen kivül is hagyjuk az 1932—36. időszak 3 ide tartozó, kivétel nélkül halálos kimenetelű esetét, *1932—36 -ban 54 oedemás typusú esetből meghalt 15 azaz 27.8%, 37/39-ben 16-ból 1 vagyis 6.2%.* Miután az eseteknek a csoportosítását mindkét időszakra vonatkozólag szigorúan azonos szempontok szerint végeztük, a gyógykezelés megkezdésének időpontjában nem állott fenn érdemleges különbség, sem a fajlagos, sem az aspecificus kezelés tekintetében az a. s. adásán kivül semmiféle változtatást nem eszközöltünk, *jogosultnak tartom annak felvételét, hogy a toxicus torok di. oedémás alakjában a halálozás igen lényeges csökkenése az ascorbinsavnak tudható be.*

A fentiek szerint a. s.-al, *mellékvesekéreg készítmények adása nélkül* is feltünően kedvező eredményeket értünk el, ami lényeges ellentétben áll a külföldi, főleg német szerzők véleményével, kik vagy csak combinált kezeléssel értek el jó eredményt vagy egyáltalában kétségbe vonják e kezelés klinikai értékét. Ezen ellentét főleg a következőkkel magyarázható: 1. Németországban még mindig általában elégtelen vagy felaprózottan adott serummenyiségekkel dolgoznak. Mi toxicus eseteknek 50—200,000 I. E.-t adunk egyszerre vagy legfeljebb két részletben, felét érbe fecskendezve. 2. A nem specificus kezelésben nem méltatják eléggé *Kiss* és mások electrocardiographiás vizsgálataiból adódó azon tényt, hogy már a betegség első napjaiban esetleg

*) A vizsgálatokhoz a Chinoin-gyár Cevita, Vitaplex-C, ill. a Richter-gyár Proscorbinját használtam.

észlelhető keringési zavarok is első sorban a myocarditisre vezethető vissza, 3. A külföldi szerzők anyagában sok a haemorrhagiás typusú eset és döbbenetesen sok az elhanyagolt, előrehaladott állapotban, manifest keringési insufficientiával beszállított beteg, már pedig a malignus di.-t ennek beállta előtt *kell* és *lehet* is felismerni és megfelelő kezelésbe venni. (L.: Orvosi Hetilap 1930. 32. és Gyógyászat, 1931. 33.) Ami az a. s. hatásának mechanismusát illeti, úgy legfontosabbnak azon körülményt vélném, hogy úgy a di. toxin, mint az a. s. a mellékvesekéreg iránt különös affinitassal bir. Az a. s. mint az antitoxintermelésen kívül már régóta feltételezett, egyébb, normalis di. ellenes védőberendezésnek egyik, talán legfontosabb tényezője, itt fejti ki ép savszerkezeténél fogva physiologiás méregtelenítő functióját. Ha idejében kellő mennyiségű a. s. bevitelről gondoskodunk hármas hatást fejtünk ki valószínüleg. 1. Megelőzzük „C avitaminosis ex consumptione" bekövetkeztét, annak a fertőzés elleni védekezésre gyakorolt káros hatásait, 2. oly a. s. töménységet létesitünk a mellékvesékben, mely a gyors felhasználódás ellenére lehetővé teszi itt olyan toxinnak a közömbösítését, mely egyébként a szívizomzathoz jutott volna el, 3. csökkentjük a di. toxinnak a mellékvesékre gyakorolt pusztító hatását s így megakadályozzuk mellékveseelégtelenség bekövetkeztét. Miután pedig az utóbbinak a szerepe az esetleges halálos kimenetelben a szívizomgyulladásához képest alárendelt jelentőségű, érthető, hogy *az a. s. akár egymagában, akár mkh. készítményekkel együtt nem a di.-s keringési elégtelenség gyógykezelésében, hanem csakis annak megelőzésében jelent értékes haladást.*

II. *Typhus abdominalis.*

Osztályomon 1936 nyara óta alkalmazunk rendszeresen C-vitamint oly módon, hogy minden ty.-os beteg naponta 2—3 citrom levét fogyasztja el, a középsúlyos betegek (39° feletti hőm. sensoriumzavar nélkül) ezenkivül 3-szor napj. 50—100 mgr a. s.-at kapnak per os amig lázasok, a súlyos esetek pedig érbefecskendezve kapnak mindezeken felül 4—5 napig 1—2-szer napjában 300 mgr-t, és ezeket az injectiós turnusokat a legsúlyosabb esetekben néhány napos megszakításokkal többször megismételjük. *Az a. s. kezelésnek egy igen örvendetes és fontos eredménye volt: míg a megelőző 1932—36. években 254 betegre 20 bélvérzés (7.9%) jutott, a bőséges a. s. adagolás óta az 1936—39. években 162 beteg között csak egyetlenegy (0.6%) enyhe bélvérzés jelentkezett.* A halálozás csökkenése 8.7%-ról 6.2%-ra is a bélvérzéssel áll összefüggésben, mert ha levonjuk az 1932—36. évek 22 halálesetéből a 6 congóvörössel nem kezelt halálos belvérzést (*Szirmai* Orvosi Hetilap 1935. 32. sz.) a letalitásban nincs érdemleges különbség. A hatás tulajdonképen nem meglepő, mert ismeretes, hogy az a. s. a legkülönbözőbb, nem scorbutos vérzések csillapításában is jól felhasználható. Typhusban a jó eredmény főleg a csontvelőre gyakorolt, vérlemezkeszaporulatot eredményező hatásra vezethető vissza. Szerepe lehet a nyers citromléban foglalt P vitaminnak is, de gyakorlati szempontjából az a fontos, hogy a *bélvérzést szinte tökéletesen meg lehetett előzni oly a. s. mennyiségekkel, melyek sohasem vezettek telítéshez.* Azt mondhatjuk, hogy a. s. és a congovörös birtokában a bélvérzés megelőzése és gyógykezelése ugyszólván megoldott kérdés.

III. *Pneumonia.*

Tüdőgyulladások kezelésére az a. s.-at *Gander* és *Niederberger* ajánlották először és a pneumoniákban igen gyorsan létrejövő igen nagyfokú a. s. hiány *Tonutti* és *Matzner* vizsgálatai szerint arra vezetendő vissza, hogy az alveolaris izzadmány sejtjeiben tömeges a. s. pusztulás megy végbe. Anyagunk 114 esetet ölel fel. Igen sok benne a grippés eredetű lobaris és pseudolobaris pneumonia, az a. s. kezelésre legalkalmasabb crouppos pneumoniák. Igy a halálozásban eredmény nem mutatkozott, a beteganyagnak csak kb. ⅓—¼-ét teszik ki. *Azon kevés esetben azonban, ahol módunkban állott a beteget már a első 2 napon kezelésbe venni, a közérzetre, az általános toxicosisra, dyspnoera, esetleges fájdalmakra gyakorolt hatás nyilvánvaló volt, a pneumonia igen gyorsan, kritikusan oldódott.* Különösen szembetünő volt a hatás gyermekeken, amit első sorban azzal magyaráznék, hogy a napi 1—2-szer érbe adott 300 mgr a. s. ezeken hamarosan telítést eredményez. Úgy látszik, hogy pneumoniákban az eredményes kezelésnek előfeltétele a deficit teljes megszüntetése, amihez az irodalom adatai szerint több ezer mgr.-ig felmenő a. s. mennyiségek szükségesek; ilyenekkel talán képesek leszünk az előrehaladottabb szakban felvett betegekben is az eredményeken javítani, különösen ha a legújabb angol chemotherapeuticum, az M. &. B. 693 is beváltja a hozzáfüzött reményeket.

Összefoglalás. 1. Minden komolyabb heveny fertőző betegségben gondoskodni kell arról, hogy a beteg étrendje minél több C-vitamint tartalmazzon.

2. A rosszindulatú torok diphtheria oedemás alakjában az ascorbinsav befecskendezések a halálozást igen jelentősen lecsökkentették, typhusban pedig a bélvérzések ugyszólván teljes megelőzését eredményezték.

3. Ezen jó eredmények a vitamin deficit teljes megszüntetése nélkül voltak elérhetők. Pneumoniákban fontosnak látszik a teljes telítés elérése, az eddigi adagolással jó hatás csak a rostonyás tüdőlob legelső napjaiban volt észlelhető.

4. A vitaminkezelés csak kiegészítése a therapiának, mely mellett az összes eddig bevált gyógyeljárásokat változatlanul folytatni kell.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

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

A friss és haemolysált vérinjectio hatása a vörösvértest képzésre. *I. Schernhardt.* (Haemat. 62. 1.) Kis mennyiségű (2 ccm), tíz napon át adott sajátvérbefecskendezés a szerző kisérletei szerint, emeli a vörösvértestek számát. 2—2 ccm destillált vízzel haemolysált sajátvér három napon keresztül történt befecskendezése 6—800.000-rel emelte a vörösvértestek számát. Az utóbbi módszer alkalmazása gyorsabb hatást biztosít, mint az izomba történt befecskendezés. 20 ccm izomba adott sajátvér és 10 ccm-en felüli, érbe adott haemolysált vér adagolására a vörösvértestek száma csökkent. A szerző nem jelzi kisérleteinek pontosabb adatait. (B. 46.)

Mayer György dr.

EKG-leletek kamraaneurysma eseteiben. *M. Eliaser* és *J. Königsberg.* (Arch. of Int. Med. 64. 3.) A coronaria thrombosis után jelentkező balkamra aneurysmák EKG-ja két typust mutathat. 27.3%-ban az I. elvezetésben lefelé irányúló főkilengést találunk negativ T-vel és positiv P-vel. A kamracomplexum a III. elvezetésben felfelé irányul. A másik typus 36.4%-ban fordul elő. E typusban a II. és III. elvezetés főkilengése lefelé irányul, míg az I. elvezetésben felfelé. Az I.-ben igen gyakran alacsony főkilengést találunk. 18.2%-ban az EKG-ban bal Tawaraszár-blockot találtak és ugyancsak 18.2%-ban különböző egyéb jeleket, melyek diagnosis szempontjából nem értékesíthetők. (B. 47.)

Mihálkovics Tibor dr.

Az öröklődő fibrinogenopenia. *G. Schönholzer.* (Dtschr. Arch. klin. Med. 1939. 184. 96.) A *Morawitz* és *Frank* megalapította fibrinogenopenia a haemorrhagiás diathesiseknek kevéssé méltatott csoportja. Jellemzője, hogy a fibrinogen a *Risak* által 0.1%-nak meghatározott normalis szint alatt

van, vagy majdnem teljesen hiányzik. A thrombocytaszám normalis vagy emelkedett; az alvadási idő rendkívül meghosszabbodott, ill. nem alvad meg a vér. Különböző okokra nagy vérzés támad, amely transfusióval jól csillapitható. Szerző a fibrinogenopeniát szerzettre és örökölhetőre osztja. A szerzett fibrinogenopenia a fibrinogen-termelés. Az öröklődés feltételét arra alapítja, hogy a beteg család tagjain bizonyos esetekben latens diathesis jelentkezik, továbbá a kórképet gyermekkorban észlelték legtöbbször, gyakran a születés után azonnal, úgyhogy a betegek nem is érik el a felnőtt kort. Az öröklődés nemhez nem kötött, recessiv typusú. (B. 48.)

Kuchárik József dr.

SEBÉSZET

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

Ganglionok Clauden-kezeléséről. *Stumpfegger.* (Dtsch. Ztschr. f. Chir. 252. 4—6.) A ganglionok kezelése eddig punctio, a tok részleges vagy teljes kiirtása volt. Mások gyulladást okozó anyagok befecskendezése által igyekeztek a tömlő falát összetapadásra bírni; mindezen eljárások mellett gyakori volt a kiujulás. A szerző nagyobbszámú betegen novocain érzéstelenítés után a tömlő tartalmát punctióval eltávolította és helyére ½ mennyiségben Clauden oldatot fecskendezett; utána steril nyomó- és sinkötést alkalmazott néhány napra. A kezelést hét-háromszor megismételve igen csekély reactiv gyulladástól eltekintve panaszokat nem észlelt és kiújulás egy esetben sem következett be. (F. 49.)

Fedeles Findeisen László dr.

A heveny hasnyálmirigyelhalás műtéti javallatai. *Schmieden.* (Chirurg. 1939. 8.) Heveny hasnyálmirigygyulladás okai lehetnek anatomiaiak (fertőzéses epekőbetegség) functionalisak (a papilla sphincter dyskinesise) és végül vegyi okok, midőn valamely mérgezés (intoxicatio) következtében roncsoló emésztő nedvek a környező fehérjék bomlástermékeit a vérpályába juttatják és igy collapsushoz vezetnek. A túlnyomólag műtéti beállítottságot *Nordmann* tapasztalata alapján mellőzni kell és műtét javallatát csak ott szabad felállitani, ahol a kezelés alatt álló pankreatitis mérgezéses tünetei nem hogy javulnának, hanem romlanak. A műtét célja: 1. a pankreas környékének méregtelenítése; 2. az általános hashártyagyulladás megelőzése; 3. ha lehet, a kiváltó ok megszüntetése. A műtét technikája a legegyszerűbbre korlátozódik és friss esetekben a pankreas környékének és az epeutaknak drainezéséből áll. (V. 59.)

Debreczeni Zsigmond dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Horváth Kornél* és *Benedek Andor.*

A kankó kórokozójának mikroskopos kimutatása. *K. Zieler.* (Münch. Med. Wschr. 1939. 16.) Szerző szerint a kankó kórismézéséhez nem elegendő egy Gram neg. extracellularisan elhelyezkedő diplococcus felismerése. Rámutat a Neisser-bacillus igen változatos alakjára, elhelyezkedésére és festődésére. Ezek mellett még a pseudo-gonococcusok és az atypikus gonococcusok csoportja is igen megnehezíti a pontos kórismét. A kankó biztos kórisméjét szerinte csak a bakterium kitenyésztése döntheti el. (H. 29.)

Váczy László dr.

A túlbő tejelválasztás csökkentése hormonalis úton. *Lehmann.* (Dtsch. Med. Wschr. 1939. 23.) A túlbő tejelválasztás számos ártalmas következménnyel járhat: 1. fájdalmas és a túlnagy caloriaelvonás következtében az anya leromlására vezet; 2. a tej pang, aminek emlőgyulladás lehet a következménye; 3. mivel a tej teljesen soha nem ürül ki, csökkenő tejelválasztást, majd elapadást eredményezhet. A tejelválasztás csökkentése tehát indokolt lehet, ez legegyszerűbben hormonalis úton hajtható végre. A tejelválasztást ugyanis a hypophysis mellső lebenyének lactatiós hormonja tartja fenn, ennek pedig a tüszőhormon a szabályozója. A lepény megszületése után a terhesség alatti hatalmas tüszőhormon termelődés megszűnik s ennek következménye a tejelválasztás megindulása. Az emlitettek alapján már ezelőtt is alkalmazták tejelválasztás megszüntetésére a tüszőhormon nagy adagjait (100.000—300.000 egység), szerző azonban csak a tejelválasztás csökkentését akarja elérni, ezért ennél jóval kisebb adagokat alkalmaz. (Progynon B. f. 10.000 E. tabl.) E mennyiséget 1—3 napon át adagolta, míg a tejelválasztás a kívánt mértékre nem csökkent. Az adagolás megszüntetése után a később ellenőrzött esetekben sem volt újabb tejtúltermelés kimutatható. (H. 31.)

Váczy László dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 21-i ülése.

Illyés G. elnök megnyitja az ülést. Felkéri *Manninger Vilmos* professzort a „Balassa emlékelőadás" megtartására.

Manninger V.: *„Rákkutatás és rákgyógyítás".* (Egész terjedelmében megjelent az O. H. 42—43. számában.)

Illyés G. elnök a következő szavak kiséretében nyújtja át a *Balassa*-emlékérmet *Manninger Vilmosnak:*

— Mielőtt ezen ünnepi ülésünket bezárnám, engedjék meg, hogy *Manninger Vilmos*ról pár szót szólhassak. Mi idősebbek jól ismerjük az Ő szines egyéniségét, de úgy találom szükségesnek, hogy a fiatalok is, kik egyesületünkben ma már többségben vannak, megismerjék az Ő sokféle tevékenységét.

— Azt mindenki tudja róla, hogy mint műtősebész a legelső rangúak között van, kinek genialis műtéteit sokan megcsodálták s számtalan embertársunk köszönheti neki jólétét, életét. Már fiatal korában előszeretettel foglalkozott a rosszindulatú daganatok kérdésével s előbb mint operateur, majd széleskörű bel- és külföldi tanulmányok után radium- és röntgenbesugárzások útján ért el kitünő eredményeket. Ennek tulajdoníthatjuk mai szép és érdekes előadását.

— A gümőkór társadalmi kérdésével foglalkozva tőle származott az az eszme, hogy hazánkban a tanuló években gümőkóros egyének tanítása szabad levegőn és megfelelő hygienikus viszonyok között történjen s hogy ez mindjárt keresztülvihető is legyen, odaajándékozta édes atyjától örökölt szép soproni házát és kertjét szülővárosának, Sopronnak azzal a kikötéssel, hogy ott erdei iskola létesitessék, ami most is áldásosan működik.

Az Orvosi Nagyhét megtartását *Korányi Sándor báró* ideája alapján Ő hozta létre, azzal az elgondolással, hogy a vidéki orvosok, ha már meghozzák azt a nagy áldozatot, hogy kiszakítják magukat rendes működési körükből egy hétre; összeszorítva megtalálják minden szakmából azt, ami aktualitásuknál fogva őket érdekli. A decorumot, az elnökséget átengedi másnak; Ő a háttérben éveken át, mint főtitkár elrendezi, beosztja, organizálja ezt úgy, ahogy legjobb a cél elérése érdekében.

— Megalapítja a Magyar Sebésztársaság Múzeumát, sok történelmi értékű darabot mentve meg az elkallódástól s ezzel egy továbbfejlődő értékes gyűjteménynek veti meg alapját.

— Kiváló elméleti- és gyakorlati muzsikus s mint ilyen megszervezi az Orvosok Kamarazene Egyesületét, hol Ő maga gyakran active is közreműködik. Sok kellemes órát köszönhetünk ennek a kedves társaságnak, melynek zeneestélyei itt, egyesületünk termében nagy látogatottságnak örvendenek.

— Mint képzőművész is tevékenykedik. Ha valaki budai tusculánumában Őt felkeresi, a szép nagy kertben találkozunk itt is, ott is egy-egy szoborművel, önarcmással, ami tőle származik, olyannal is, ami gyakorlati célt szolgál.

— Azután mint kertész! Itt mutatkozik meg leginkább az Ő nagy vonzódása a természethez, amely párosulva a

„EXPECTIN" EXPECTORANS 1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27. Telefon: 121-283.

széles látókörű nagy orvos-természettudományi műveltségével, gyönyörű eredményeket produkál, mert sokak előtt az sem ismeretes, hogy *Manninger Vilmos* a virágtenyésztés és nemesítés minden részletét ismerő szakember. Az Ő új évelő delphiniumjait és dáliáit minden virágszerető ember megcsodálja. Nagyvirágú, csodás primulái pedig, melyeket hosszadalmas keresztezés útján maga tenyésztett ki, olyanok, hogy meghódította velük nemcsak a kertészeket, de a nagyközönséget is annyira, hogy primulasorozatát aranyéremmel tüntették ki.

Ilyen sokoldalú ember *Manninger Vilmos*, de az Ő sokoldalúsága nem a dilettantizmus szintjén van, hanem minden téren annyira elmélyedő, hogy az említettek valamennyiében, mint szakmabeli is megállná a helyét. Hogy mindezt hogyan tudta megcsinálni, azt az Ő adottsága mellett akkor tudjuk megérteni, ha otthonában látjuk őt, abban a szép harmonikus, nyugodt környezetben, melynek alaphangját élete párja adja meg, amely környezetbe visszavonulhat a mindennapi küzdelmes élet fárasztó légköréből. De nem akarok ezen a téren továbbmenni és nem akarom megzavarni azt a bensőséges intimitást, amely csak azoknak van fenntartva, akiknek mód- és alkalom nyílt arra, hogy őket otthonukban láthassák.

Kedves *Vilmos barátom*, bocsáss meg nekem azért, hogy mindezeket itt, jelenlétedben mondtam el, de ezután a nagyszerű előadás után úgy érzem, kell, hogy Tőled távolabbállók is tudják, hogy Te miért vagy olyan nagy megbecsülésben és szeretetben előttünk, régi barátaid előtt.

Midőn Egyesületünk legnagyobb kitüntetését ezen szerény formában Neked átnyújtom, azt kívánom, hogy soká élvezhesd az életet úgy, mint most, abban a megelégedett, csendes, boldog környezetben, amelyet Neked jó sorsod juttatott.

LAPSZEMLE

Klinische Wochenschrift. 42. sz. *Haas H. T. A.:* Vegetativ központok pharmakoogiai befolyásolása. — *Wahl H.:* Kisérleti adat a B_2-vitamin és pajzsmirigy közötti kapcsolatok kérdéséhez. — *Stodtmeister R.* és *Büchmann P.:* A serumvastükör jelentősége leukaemiás betegek megítélésére. — *Tsuji K.:* Myasthenia gravis, főleg annak kapcsolatai a pajzsmiriggyel. — *Goreczky L.* és *Berencsi Gy.:* A magas vérnyomás és a vérplasma fibrinogentartalma közötti összefüggésről. — *Ritsert K.:* Egyszerű eljárás a cocarboxylase meghatározására vérben és szövetekben a thiochrommethodussal. *Widenbauer F.:* Reducáló anyagok megjelenése C-vitaminhiány esetén. —

Münchener Medizinische Wochenschrift. 42. sz. *Mühlens P.:* Kiütéses typhus és reccurens veszélyei és megelőzése. — *Raithel W.:* Új utak a genyes fertőzések kezelésében. — *Spier W.:* Reinfusio szerepe a kürtrepedés kezelésében. — *Ortloff H.:* Klinikai tapasztalatok lázfürdők alkalmazásával, nem parasitaer chronikus bőrbajokban. — *Kranz H.:* Összehasonlító vizsgálatok natrium salicylicum felszívódásáról szájon és végbélen át történő adagolás esetén. — *Naber:* Terhességi hányás és más terhességi jelenségek (toxicosisok). — *Schmitz W.:* és *Schramm G.:* A haldokló, a halott és az orvos.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. 42. sz. *Siebeck:* A szív teherbírásának megítélése. — *Moschinski:* Tapasztalatok szívbetegek gyümölcsnedvkúra kezelésével. — *Camerer:* Meningitis epidemica kezelése prontosil alb. és eubasinnal. — *Tenneur:* Adat a tetania klinikájához. — *Anthony:* A tüdőszellőzés és légzőmozgások szabályozása.

Wiener Klinische Wochenschrift. 42. sz. *Neuber E.:* Az ifjúság egészségvédelme. — *Langer F.:* Mérgezés párducgalócával. (Amanita pantherina D. C.) — *Strübel H.:* Az orbánc kezelése prontosillal. — *Siegl I.:* Táplálkozási irányelvek a gyermekkorban. — *Stöckel W.:* A vesekő műtéti javallata. —

Medizinische Klinik. 42. sz. *Curschmann H.:* Járványok megelőzése a háborúban. — *Hoche O.:* Háborus sérültek kezelése. — *Haymann L.:* Az orrsövény alakváltozásai, ennek következményei és gyógyításuk. — *Reinwein H.:* Extrarenalis azotaemia. — *Heinrich A.:* A heveny szívinfarctus elkülönítő kórisméje a betegágyban. — *Stejskal R.:* „Sepdelen" ásványsókészítmény hatása belső betegségekben.

La Presse Médicale, 76. sz. *Wilmoth P.:* Műtét utáni progressiv bőrgangraena. — *Malherbe A.:* A ganglion stellatum novocain infiltratiója nasalis és brochialis asthmában, angina pectoris, rhinitis atrophica és a neuro-vegetativ egyensúlyzavar egyéb tünetei. — *Grimberg A.:* Tartós csepptransfusio. — *Hausser G.:* Foglalkozási dermatosisok az Egyesült Államokban.

British Medical Journal. okt. 14. *L. S. P. Davidson* és *J. Smith:* Weil-féle betegség északkelet Skociában (104 eset). — *J. C. Drummond, C. H. Gray,* stb.: Az anyatej antirachitikus értéke. — *A. Lyall:* A chlorid anyagcsere pathologiája emberben. — *G. Pegge:* Megjegyzések a háború első napjaiban előfordult psychés esetekről. — *K. E. Barlow:* Diabetes és veseelégtelenség.

VEGYES HIREK

Büchler Pál dr.

a budapesti elmeklinika volt tanársegéde f. hó 14-én délben, 49 éves korában váratlanul elhunyt. Hirtelen halála megrendítette mindazokat, akik ismerték önzetlen tudományszeretetét, munkájának jelentőségét, szorgalmát, betegeiért melegen érző szivét, férfias bátorságát, amellyel a világháborúban három kitüntetést is szerzett, közöttük a nagy vitézségi érmet is. Kutató munkájával nevét a neuropsychiatria területén külföldön is ismertté tette. Az egyes kórformák származástanában nagy alapossággal biochemiai vizsgálatokat végzett, amelyek e területen akkor a legelsők közé tartoztak. Halála nagy vesztesége a magyar ideg- és elmegyógyászatnak.

Rozgonyi Rössler Viktor dr. kórházi főorvos, és *Heckenast Gusztáv dr.* OTI kerületi orvos Budapesten elhunytak.

A budapesti Orvosi Kamara legutóbbi közgyülésén a betegbiztositó intézeti orvosgyakornoki állásokra kimondták, hogy azok mind erkölcsi, mind gazdasági tekintetben *sértik az orvosi hivatás tekintélyét.* Ezért a kamara tagjai 1939. novemben 15-től kezdődően *ilyen állásokra nem pályázhatnak* és ilyen minőségben a jövőben nem vállalhatnak állást. A jelenleg már alkalmazott orvosgyakornokok munkaidejét a kamara három órában állapítja meg és részükre méltó fizetést és nyugdíjjogosultságot kíván. A klinikai díjtalan tansegédszemélyzet érdekében úgy határozott a közgyülés, hogy a kamara sürgősen járjon el az illetékes minisztériumoknál, mert *az orvosok díjtalan alkalmazása a tudomány továbbfejlődését és igy a magyar közegészségügyet veszélyezteti.* Kimondta továbbá a közgyülés, hogy az Irgalmas Rend óbudai kórházában megüresedő állásokra a kamara tagjai nem pályázhatnak, ott állást nem vállalhatnak és nem helyettesíthetnek mindaddig, amíg a kórház az orvosok dijazására és alkalmaztatási feltételeire vonatkozó keretszerződést a kamarával meg nem köti.

SOMBEN - CHINOIN
hypnoticum és sedatium 10 és 20 tabletta

Protestáns orvosok gyülése. Az Országos Protestáns Napok keretében a protestáns orvosok is gyülést tartanak a belsőlipótvárosi ref. egyházközség imatermében (V., Akadémia u. 3. I.) október 31-én este 8 órakor. *Darányi Gyula* prof mond elnöki megnyitó beszédet, *Thaly Lóránt* igazgatófőorvos: „Krisztus az orvosok eszményképe" címen; *vitéz Csia Sándor* MÁV igazgató főorvos „A Krisztust követő orvos közéleti feladatai" címen tart előadást.

HETIREND

Október 30-án d. u. 6 órakor: a Budapest Kir. Orvosegyesület Orthopaediai Szakosztályának ülése. (II. Sebészeti klinika). Előadások: *Farkas Aladár:* Az amerikai Orthopaed Akadémia congressusa. *Horváth Boldizsár:* Beszámoló a londoni IV. nyomorékügyi világcongressusról.

Október 30-án este 7 órakor: a Budapesti Orvosi Kör ülése. *Somogyi Zsigmond:* A nemi betegségek megelőzése.

Október 31-én este 3/47 órakor: a Budapesti Orvosi Kaszinó ülése. *Rosenthal Jenő:* Újabb szempontok a magas vérnyomás megítélésében és gyógyításában.

November 2-án d. u. 1/27 órakor: a Pesti izr. Hitközség Kórházai Orvosi Karának ülése. Bemutatás: *Fischer Aladár* és *Kovács Endre:* Mastitis cystica és kezdődő rák. Előadás: *Acél Dezső:* A liquor cerebrospinalis colloid reactiójáról. *Farkas Aladár:* A veleszületett csípőizületi ficamodás mai állása.

Orvos vesz használt mikroskopot. Dr. Frank V., Sziget utca 38.

332—1939. i. sz. Somogyvármegye Marcali közkórháza.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Somogyvármegye marcali közkórházában lemondás folytán megüresedett *segédorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a 124.000—1936. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás és tiszti élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Magángyakorlatot folytatni tilos.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. nov. 15-én déli 12 óráig* Gróf Széchenyi Endre főispánhoz intézve, a kórház igazgatójához nyújtandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítvány.

Marcali, 1939. október 22.

Schustek Jenő dr., s. k. kórházigazgató főorvos.

Szülész, belgyógyász vagy sebészszakorvos tőkével és kórházi gyakorlattal betársulhat jólmenő magánkórházba. Felvilágosítást ad: Dr. Rémy Ferenc vezető orvos, Mezőkövesd, Kórház.

1761—1939. Kig. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

A Nógrádmegyei „Mária Valéria" Közkórházban lemondás folytán megüresedett *három alorvosi*, illetőleg az esetleges előléptetés folytán megürülő *kettő kisegítőorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Az alorvosi állások javadalmazása a 124.000—1926. N. M. M. sz. miniszteri rendeletben megállapított fizetés, 1 szobából álló lakás, tiszti élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő. Nőtlen, illetve hajadon orvosdoktorok pályázhatnak. A kinevezés 2 évre szól, mely további 2—2 évre, pályázat mellőzésével meghoszabbítható. — A kisegítő orvos alkalmaztatása ideiglenes jellegű és bármikor, minden jogigény nélkül megszüntethető. Az állás végleges alkalmaztatásra jogalapot nem szolgáltat. Az alkalmaztatás csak egy évre terjed és újabb pályázat betöltésével kerül újra betöltésre. Javadalmazása a kisegítő orvosnak másodmagával természetbeni lakás, fűtés, világítás, és tiszti élelmezés, melyért az önköltségi ár 50%-a megtérítendő, havi 80 P tiszteletdij.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények *1939. december hó 10-én déli 12 óráig* Baross József főispánhoz intézve a kórházi igazgatójához adandók be.

A pályázati kérvényhez csatolandó: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. erkölcsi bizonyítvány (politikai megbízhatóságról); 3. magyar állampolgárságot igazoló okmány; 4. magyar orvosi diploma; 5. curriculum vitae; 6. Testi és szellemi alkalmasságot igazoló újkeletű tisztiorvosi bizonyítványok. 7. esetleges eddigi működést igazoló bizonyítványok.

Balassagyarmat, 1939. október 12-én.

Kenessey Albert dr. s. k.
eü. főtan., kórházigazgató-főorvos.

2203—1939. kórh. szám.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

Baja város közkórházában üresedésben lévő, az állami rendszerű XI. fiz. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *segédorvosi* állásra, illetve ennek betöltése esetén üresedésbe jövő havi 80 P tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás és 50%-os térítmény ellenében kiszolgáltatandó I. oszt. élelmezésből álló javadalmazással járó *orvosgyakornoki állásra, 1939. november 10.-i* lejárattal pályázatot hirdetek.

A segédorvos kinevezés esetén 3 évi segédorvosi, vagy azzal egyenlő értékű szolgálattal bíróknak a 300—1935. B. M. sz. rend. alapján, mint alorvosnak a X. f. oszt. 3. fokozata szerinti fizetés jár. Kinevezett orvos magángyakorlatot nem folytathat. Az állás kinevezés után lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Szabályszerűen felszerelt, kellő okmánybélyeggel felbélyegzett pályázati kérvények a jelzett határidőig Baja thj. város főispánjához, dr. Nagykászonyi, Kászonyi Richardhoz címzetten Baja város közkórházához adandók be.

Baja, 1939. október 17.

dr. Bernhart Sándor s. k., polgármester.

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

Frontátvonulások és kisérő jelenségeik október 15—21. között. A frontátvonulások száma és fejlettsége e hét elején csekély volt, a hét folyamán azonban következetesen fokozódott. A frontok részletes adatai:

Átvonulás ideje Budapesten			A front fajtája	Fejlettsége	Kisérő eseményei
hó	nap	óra			
Október	15	12	Betörési	Mérsék.	Szélcsend után hirtelen szélvihar 12 m/mp.
	16	1	..	Gyenge	Kis szélélénkülés, légnyomásugras.
	16	9	..	Mérsék.	Hirtelen szélrohamok 11 m/mp-ig
	16	21	..	Gyenge	Kis sz lrohamok 5 m/mp.
	17	7	..	..	Kevés e-ő, légnyomásugrás.
	17	8	..	..	Kis zápores.
	17	10	..	..	Kis széllökések.
	17	18	Felsikl.	..	Praefrontal s fels kló borulás
	18	18	Betörési	..	Kis légnyomásugrás, f lh oszlás
	19	10	..	Mérsék.	Szélcsend ut. hirt szel oh 9 m/mp.
	19	18	Felsikl.	..	Erős felsik'ó borul s 14 rától.
	20	7	..	..	Ujabb praefrontalis borulás (Nimbostr.)
	20	8	Betörési	..	Kis záporeső.
	20	10	..	..	Kis zápo , szélroh 10 m/mp.
	20	12	..	..	Uj szélrohamok 16 m/ p-ig.
	20	19	..	..	Fokozodó szélvihar 20 m/mp-ig.
	20	22	..	Erős	Kis zá or, sz lvihar 20 m/mp.
	21	2	..	..	Szélvihar regge ig, max. seb. 21 m/mp.
	21	7	..	Mérsék.	Légnyomásugrás, uj széle ősödés.

*) A táblázat utolsó oszlopán szereplő számadatok Budapestre vonatkoznak és a M. kir. Meteorologiai Intézet öniró műszereinek adatai. Részletes magyarázatot lásd 1939. évi 5. sz., 123. oldalon.

Orvoskari Naptárunkat ez évben ismét kiadjuk. Felkérjük mindazon Kartárs urakat, akiknek neve a Naptárban szerepel, hogy, ha hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szerkesztőségünkkel mielőbb közölni szíveskedjenek. (Bp. IX. Hőgyes Endre utca 7.)

Lapunk mai számához a Chinoin gyógyszervegyészeti gyár rt., Ujpest, *gyógyszerkészítményeiről* szóló ismertetését csatoltuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS: VÁMOSSY ZOLTÁN.

SZENT LUKÁCS
GYÓGYFÜRDŐ
ÉS
GYÓGYSZÁLLÓ

Társas rheuma-osztály
Téli-nyári rheuma-gyógyhely

Kénes források 64 C
Természetes iszaptó

ANARA-CHINOIN
gőzeinek beszippantása
azonnal enyhíti a nátha tüneteit.
Hatása biztos és hosszantartó!
Használatrakész speciális tubus.

LEANDIN-CHINOIN
isolált kristályos Nerium oleander glycosida.
Gyors digitalis hatást adó cardiacum.
Digitalist nem tűrő és refractaer esetekben, extrasystolés szívelégtelenségnél különösen javallt.
SOLUTIO TABLETTA SUPPOSITORIUM

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, VIII., Gyulai Pál- utca 14. T.: 144—422. Felelős üzemvezető: Kulcsár József.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

Bélférgesség gyógyítása.

I. közlemény.

Az emberben élősködő férgek által okozott megbetegedések kezelésében az első és gyakran az egyetlen szempont az élősdiek kiűzése; a kórokozó sikeres eltávolításával általában egyszersmind a betegség is meggyógyul. Mivel a gazda szervezetére gyakorolt hatással a férgeket nem lehet előzni, az ideális féregűző szertől azt kívánjuk, hogy az ember szervezetére egyáltalán ne hasson, csak a férgekre, vagy legalább is azt, hogy az élősdiken kívánt hatás eléréséhez szükséges adagjai ne betegítsék meg a gazdát.

A férgek csak bizonyos környezetben, megfelelő adottságok közt találhatják meg az életükhöz, táplálkozásukhoz és szaporodásukhoz szükséges körülményeket. Védő anyagokat kell termelniök, hogy a szervezet enzymjei ne emészthessék meg őket és védekezniök kell, hogy a peristaltika ki ne sodorja őket a bélből. Ezek szerint a szerek hatásmechanismusa különböző lehet, még pedig:

1. megváltoztatják a milieut, úgy hogy az abban élő férgek nem találván meg további életlehetőségüket, eltávoznak, vagy elpusztulnak. — 2. a szervezet megfelelő fermentjeit hatásukban elősegítik vagy az élősdi antifermentális anyagjainak aktivítását leszállítják, esetleg azoknak képződését megakadályozzák; ily módon a férgeknek a megemésztés elleni védekezése elvész. — 3. Elbódítják a férgeket, bénítják idegrendszerüket, vagy izmaikat, azért, hogy azok kapaszkodó szerveik (horgok, szivótálcsák) elernyedése vagy mozgásuk megszünése után ne tudjanak a bél ürítő mozgásának ellenállni, végül 4. megölhetik a férgeket.

Az emberben élősködő közönségesebb férgeket több ezer év óta ismerik. Mivel a mikroszkóp feltalálásáig az egyéb kórokozókat megtalálni nem lehetett, sokkal nagyobb figyelmet szenteltek nekik, mint manapság, és igen sok betegséget igyekeztek rájuk visszavezetni (. . . omnes morbos de vermis oriri posse, írta Paracelsus). Érthető, hogy állandóan kerestek valami tökéletes szert, mely mindenféle féregre egyformán hatásos, de az emberre ártalmatlan lett volna. Ilyet a mai napig sem találtak. A ma használatos rengeteg szer közül sok még az arab orvostudomány öröksége, de legtöbbjük használata népi tapasztalatokon alapszik. Több van köztük, melyet nem a hatásossága, hanem a tradició tartott meg a gyógyszerkönyvben. A modern parasitologia fejlődésével az ily irányú kutatás is megindult és több oly gyógyszer megismerésére vezetett, melyek hatásban és használhatóságban felülmulják az eddig ismerteket.

Minden féregfajtára egyenlően hatásos szert nem ismerünk. Mivel a különböző élősdiekre más és más anyagok hatnak legjobban, a következőkben nem a gyógyszerek, hanem az egyes férgek szerint tárgyaljuk a kezelés menetét. Szeretném itt is kiemelni, hogy *a kezelést soha sem szabad csak klinikai jelek alapján indikálni*, vagy azért, mert férgek előzőleg távoztak. *Székletvizsgálattal* kell az ürülő proglottisok vagy peték alapján megállapítanunk, hogy egyáltalán vannak-e férgek jelen, s hogy milyenek azok. A gyógykezelés után természetesen megint szükség van székletvizsgálatra. Abból, hogy a tünetek a kúra után nem jelentkeznek egy ideig, még nem következik, hogy a fertőzés teljesen megszünt; ha a kezelés nem üzte el az összes élősdieket, ezek egy idő mulva megint elszaporodhatnak s a panaszok visszatérnek.

I. Ascariasis gyógyítása.

A fertőzés kezdeti szakában az ascarisok még lárvastádiumban vannak csak jelen. Egyelőre nem ismeretes oly eljárás, mellyel a lárvákat elpusztíthatnánk vagy amellyel fejlődésüket befolyásolni lehetne.

A bélben élő felnőtt férgekre ható szerek közül a különböző diaetás eljárásokon kivül manapság a következők jönnek számba: a santonin, a chenopodiumolaj és a hexylresorcin. (A higuerolatexről a trichuriasis kezelésénél lesz bővebben szó).

A *diaetás eljárások*, melyekkel a bél milieujét óhajtják befolyásolni, nagyjából ugyanazok, mint amelyeket az enterobiasis (oxyuriasis) kezelésére ajánlottak. Igy részletesen majd ott fogok kitérni rájuk. Itt csak kettőt említek, a szénhydratos diaetát és a hagymását. Az előbbi főleg a távol keleten divatos. Csak két esetben próbáltam ki, két fertőzött gyermeket 14, illetve 18 napig tartva 60—70% szénhydraton. Egyik esetben sem távozott egy ascaris sem, pedig a későbbi hexylresorcin kúra az egyikből 13, a másikból 9 férget hozott ki. Az általam ismert irodalomban errevonatkozó vizsgálatot nem találtam.

A diaetás szerek közé kell sorolnunk a *hagymát* és fokhagymát is. Az orvostudományba Avicenna hozta be őket; a nép mindenfelé jól ismeri, mint féregűző és fertőzést megelőző szert. Breton parasztok nyakában gyakran látni fokhagymából kötött láncot, hogy megvédje és gyógyítsa őket a férgektől. *Hall, Shillinger* és *Cram* kimerítő vizsgálatai szerint a hagymának hatása ascariasis ellen nincs. Az enterobiasis gyógyszereinél még visszatérek rá.

A *santonin* nálunk még ma is a leghasználatosabb szer ascariasis ellen. Erős méreg és még a legkisebb hatásos adagjai is kellemetlen jelenségeket válthatnak ki (sárgalátás, szédülés, hányinger), komolyabb adagjai igen könnyen vezetnek görcsökkel, aphasiával, comával járó mérgezésre. Különösen gyermekekben gyakori az idiosynkrasia vele szemben. Féregűző hatása azon alapszik, hogy az ascarisok izmait előbb izgatja, majd bénítja (Trendelenburg). Ebből következik, hogy az elernyedt férgeket hashajtóval kellő időben ki kell üríteni, mert a hatás elmultával megint ellenállnak a peristaltikának. Hatásossága *Hall* és *Foster*, továbbá *Shillinger* állatokon végzett igen pontos észlelései szerint 25% körül van. (Valamely féregűző szer hatásosságának azt nevezzük, hogy a jelenlévő férgek közül hányat távolít el, illetve, hogy az ürülő peték számát mennyivel szállítja le. A peték naponta távozó mennyisége általában eléggé állandó s a széklet egy grammjára eső mennyiségüket szokás megadni). Saját összehasonlító kisérleteim is ennek megfelelő hatásosságot tudtak csak kimutatni.

Tekintve, hogy úgy a chenopodiumolaj, mint a hexylresorcin legalább három és félszer hatásosabb, egyáltalán nem megokolt a santonin nagy elterjedtsége és bizvást eltekinthetünk alkalmazásától. Különösen, ha

hozzávesszük, hogy mennyire megbizhatatlan: még nagyobb adagokban is gyakran hatástalan a férgekre, viszont sohasem tudjuk előre, hogy egész kis adagok mikor okoznak majd mérgezést.

A *chenopodiumolaj* használatát az orvostudomány Amerika bennszülötteitől vette át, kik már Columbus előtt is használták. Emberre erősen mérgező, izgatja a gyomor és bél nyálkahártyáját, agyi izgalmi tüneteket is okozhat, de helyes adagban alkalmazva ritkán mérgez és semmiesetre sem annyira kiszámíthatatlan, mint a santonin. A férgekre csak bódító hatása van, nem öli meg őket, így adagolását hashajtóval kell kiegészíteni. Vese és szívbaj, májműködési zavarok, bélfekélyek, stb. szigorúan contraindikálják s a kúra 4 héten belül nem ismételhető meg. Hatásossága *Hall* és *Foster* szerint legalább 90—95%, előzetes hashajtás, stb. hatékonyságát leszállítja.

A hexylresorcin előállításáig kétségtelenül ez volt a legalkalmasabb szer ascariasis ellen. Hibája, hogy erős méreg, hogy adagolásához nagy gyakorlat és állandó orvosi felügyelet szükséges, továbbá, hogy sok betegség kizárja az alkalmazását s hogy a kúra csak hetek multán ismételhető meg. Mivel hatásossága nem nagyobb, mint a hexylresorciné s ez utóbbi gyakorlatilag veszélytelen és rövid időn belül megismételhető, a chenopodiumolaj használata manapság már nem indokolt.

A *hexylresorcin* ma a legajánlhatóbb gyógyszere az ascariasisnak. Fehér kristályos anyag, *Lamson* és munkatársai ajánlották először mint féregüzőt. Szerintük hatásossága 90—95—100%, *Hall* és *Augustine* szerint 99%, *Brown* szerint 90%; szóval a chenopodiumolajéval kb. egyenlő vagy még magasabb is. Saját észleléseim is ezt mutatják. Mivel a nyálkahártyákat megmarja, tokban adandó. Illó alkatrésze nem lévén, szédülést, stb. nem okoz és ha a gyomor és belek üresek, ezeknek nyálkahártyáját sem izgatja. Kellemetlen mellékhatása így egyáltalán nincs és használatát semmiféle betegség nem contraindikálja, legfeljebb haemophilia vagy bélfekélyek esetén szükséges némi óvatosság. Hatása abban áll, hogy a férgek cuticuláját bevonja és megtámadja s így megöli őket. Hashajtás mégis szükséges, több okból. Egyrészt a bél nyálkahártyáját is bevonja s székrekedést okoz, másrészt, és ez fontosabb, az obstipáló bélben megemésztődnek a megölt férgek és mivel cuticulájuk sérült, toxinjaik felszívódhatnak, ami kellemetlen allergiás jelenségekre vezethet.

A kúra menete tehát a következő: zsirmentes vacsora utáni reggel éhgyomorra capsulában veendő be a kellő adag. Kis gyermeknek 0.40 g elegendő (ennél kevesebbet nem érdemes adni, tüneteket sokkal nagyobb mennyiségek sem okoznak, 4—6 éves korban 0.60 g., 6—10 évig 0.80 g, 10 éven felül a felnőtt adag: 1.0 g adandó. Súlyos fertőzés esetén 1.20 g-ig is emelhető az adag; ennél többre szükség nincs, bár 3.0 g sem okoz semmiféle kellemetlenséget. A szer bevétele után 5—6 további óráig kell koplaltatni a beteget, ekkor erélyes adag (gyermeknek 8—10, felnőttnek 20 g) natriumsulfat, esetleg ásványolaj adandó. Ezután bármit ehet a beteg. A hatásosság szempontjából fontos, hogy a szer bevétele éhgyomorra történjék 8—10 órai koplalás után (ezért adjuk reggel a szert) és utána ismét koplalás következzék 5—6 óra hosszat; olajak, zsirok, vaj és sok szénhydrat már az előző napi vacsorában is kerülendők.

A megölt férgek nem egyszerre ürülnek ki, hanem napok alatt. Igy a kúrát 7—10 napon belül nem ismételjük meg, bár ennek veszélye vagy ellenjavallata már másnap sincs. A tokot természetesen egészben kell lenyelni, megrágni nem szabad, mert a kristályok, bár felületesen, de megmarják a száj nyálkahártyáját (phenolhatás). Fájdalmat ez nem okoz, de 7—10 napba telik, mig az okozott fehér lepedék eltünik.

A hexylresorcin teljesen megbizható, majd 100 %-os hatásosságú szer ascariasis ellen, mely annál is inkább ajánlható, minthogy melléktüneteket, mérgezést nem okoz és ellenjavallatai gyakorlatilag nincsenek. Az Egyesült Államokban sok százezer esetben használták teljes sikerrel s ott most már teljesen kiszorította az egyéb ascaricid szereket. *

Nem foglalkoztam az eddigiekben a forgalomban lévő számtalan, ismert vagy titkos összetételű gyári szerrel. Legtöbbjükben santonin vagy ascaridol (a chenopodiumolaj hatóanyaga) a hatószer. Tapasztalatom kevés van velük, de nem is várhatunk tőlük többet, mint előbb letárgyalt alapanyagaiktól.

Véghelyi Péter dr.
gyermekklinikai tanársegéd
(Budapest)

Áttéti vesekörüli genyedések.

Ha a gyakorlatban vesekörüli genyedésről beszélünk, elsősorban a paranephritikus tályog kórképét látjuk magunk előtt. Egyrészt azért, mert ez a kórkép fordul elő leggyakrabban, másrészt mert kórismézése a jól szembetűnő klinikai tünetek miatt nehézségekbe nem ütközik. Az egyik vagy másik vesetájon hirtelen fellépő fájdalom, melyet intermittens jellegű láz kisér, a kifejezett érzékenység a lumbalis tájékon, a lumbalis tájék kitöltöttsége, majd előmborodása, később a bőrön látható lobos elváltozás és tapintható beszűrődés, a gerincoszlopnak, főleg fiatalabb egyéneken a beteg oldal felé concav elhajlása, a musc. psoas mentén süllyedő genyedés miatt létrejövő fájdalmas combflexiós helyzet: tisztán mutatják a vese körüli laza kötőszövet genyes beolvadását. A kifejlődött nagy tályog esetében minden további vizsgálat feleslegesnek látszik s a beteg a tályog sebészi feltárása és a geny levezetése céljából kerül intézeti kezelésbe.

A helyzet azonban mégsem annyira egyszerű, mert még kifejezett kórkép esetén is a műtét, vagyis a tályog megnyitása előtt, tisztázni kell a folyamat kiindulását. A vesekörüli genyedések ugyanis két módon keletkezhetnek. Vagy valamely vesefolyamat terjed reá a környező szövetekre, vagy a genyedés más, közeli vagy távoli, gócból kerül a vesekörüli zsírszövetbe. Elsősorban tehát a vese szerepét kell tisztázni. A vizeletvizsgálat nem ad mindig megbízható adatot, mert veseelzáródáskor, mely pedig a leggyakrabban vezethet veseeredetű vesekörüli genyedéshez, csupán a másik, egészséges vese vizelete ürül ki a hólyagon át. Meg kell tehát állapítani, hogy az adott esetben a tiszta és kóros alakelemet nem tartalmazó vizelet mindkét veséből ürül-e. Erre a legegyszerűbb vizsgálati mód a chromocystoskopia, amellyel a vesén kiválasztásra kerülő festékanyag megjelenését figyeljük meg hólyagtükörrel. Ha mindkét ureternyilásból erélyes kék vizeletsugár lövelését látjuk, a veseelzáródás kizárható. Ez esetben tehát a genyedés más szervezeti gócból került a vesekörüli szövetekbe.

Vesekörüli áttéti genyedés kiindulását képezhetik fertőző betegségek (pl. typhus abd.), elzárt genygócok

*) A hexylresorcin gyógyszerkönyvünkben nem szerepel és Magyarországon megszerzése nehézségekbe ütközik. Egyik előállítója Sharp & Dohme, Baltimore, Md., U. S. A.

Mint a cikk megírása után értesülök, egyik magyar gyár éppen most hoz hexylresorcint forgalomba. Igy nem lesz akadálya, hogy e szer itt is elterjedhessen.

(tonsilla, fogak, appendix, prostata, stb.) és leggyakrabban a bőr felületes genyedései. Utóbbiak eseteiben gyakran azt látjuk, hogy jó idővel a bőrgenyedés lezajlása után (paronychia, furunculus) lép fel a vesekörüli folyamat. Az esetek jórészében azonban a kiindulást képező góc vagy csak a legszorgosabb kutatásra, vagy egyáltalán nem mutatható ki és a vesekörüli genyedés sebészi megoldása után sem kerül többé felszinre.

Ami mármost a vesekörüli genyedések megjelenési formáját illeti, az említett és könnyen felismerhető paranephritikus tályogon kívül rejtett elhelyezkedésük miatt nehezebben kórismézhető folyamatok is előfordulhatnak, melyek elnevezése nem teljesen egyöntetű s helyesebben a bonctani viszonyok figyelembevételével osztályozhatók. Tudjuk azt, hogy a vesét saját rostos tokján kívül zsírszövet veszi körül, melyet azonban a hátsó felszinen a fascia renalis kettéoszt, elől viszont a fascia a hashártyával egy lemezt képez. A fascia mögötti rész a paranephrium, gyulladása a *paranephritis*, a fascia és a saját tok közötti rész, mely tehát elől a hashártyával közvetlenül érintkezik, az epinephrium, gyulladása az *epinephritis*, a *perinephritis* pedig a vese saját tokjának gyulladása. A vese felső polusa körül főleg az epinephrium zsíros tokja helyezkedik el, szélesebb veseágy esetén azonban a hátsó felszinen a paranephrium is felterjedhet.

A kórismézés szempontjából nehézségeket az epinephrium genyedései okozhatnak, főleg, ha a folyamat az elülső felszinen, tehát a vese és hashártya között, vagy a felső polus körül helyezkedik el. Ezekben az esetekben hiányoznak a paranephritikus tályog említett jellegzetes kisérő tünetei s a vesetáji érzékenység és a genyedésre utaló általános tünetek mellett a környezet részéről olyan elváltozások jelentkezhetnek, melyek a figyelmet a vesekörüli szövetekről, mint a baj fészkéről elterelhetik. Igy a felső polus körül elhelyezkedő genyedés az azt fedő rekeszre és így az azonos oldali mellhártyára reáterjedve a mellüregben savós vagy genyes izzadmányt okozhat. A hashártyával közvetlenül érintkező, a vese elülső felszinén keletkezett epinephritises genyedés pedig a hashártyaizgalom képében mutatkozhat. A kórisme tehát adott alkalommal, főleg kezdeti szakban nehéz s néha még a műtéti beavatkozáskor is csak a leggondosabb elbírálással és a bonctani viszonyok pontos mérlegelésével oldható meg.

A kórismét a rejtett szervezeti genygócra utaló általános tünetek, az érzékenység punctum maximumának elhelyeződése, a vese tapintható helyzetváltozása és a röntgenvizsgálat biztosítják. A remittáló láz, emelkedett fehérvérsejtszám, gyorsult vörösvérsejtsüllyedés miatt ismételten vizsgált beteg rendszerint kifejezett vesetáji fájdalmakról panaszkodik, melyek a felső polus körül elhelyezett genyedés esetén a lumbo-costalis szöglet felett, az utolsó bordák nyomkodása és ütögetésekor válthatók ki, míg a hashártya és a vese körül fekvő genyedések inkább a vesétől medialisan, a bordaív alatt mutatják a legérzékenyebb pontot. A megbetegedett oldali vesét a genyedés le, vagy kifelé nyomja s így az tapinthatóvá válik, azonban el nem mozdítható és ha normalis helyzetbe igyekszünk hozni, fájdalom jelentkezik. A röntgenvizsgálat kellő előkészités mellett a vese conturjait mutatva hasonlóképen a vese helyzetváltozásait fedi fel, anélkül azonban, hogy — amint azt a paranephritikus tályog esetén jellegzetesnek ismerünk — a psoas széle elmosódott volna, vagy eltünne. Kellő értékelés mellett még fontosabb támpontot szolgáltat a pyelographia. Miután a rejtett fekvésű, vesekörüli genyedések minden esetben veseelváltozásra is gyanusak, rendszerint urologiai vizsgálat elvégzése is szükségessé válik s az ezzel kapcsolatos pyelographia biztosan kizárja a vese közvetlen szerepét, viszont a vese helyzetváltozásának fokából és irányából, továbbá a vese elfordulásából pontosan értesülünk a tályog helyzetéről és így a műtéti behatolás irányára döntő támpontot szerzünk.

Mind a kórismézés, mind a műtéti megoldás miatt a vesekörüli áttéti genyedésekhez sorolhatjuk a vese tokja alatt, a vese felületén keletkezett áttéti genyedéseket is. Ezek a vesekörüli szövetekben fellépő genyedésekhez hasonlóan távoli gócokból nyerik eredetűket s abban különböznek a húgyúti betegségekről a vese szövetére és így tokja alá is reáterjedő folyamatoktól (pyelonephritis aposthematosa), hogy áttéti genyedéskor a húgyutakban elváltozás nincs. A tokalatti genyedés vagy apró tályogokat alkot (nephritis aposthematosa), vagy az apró tályogok összefolyásából nagyobb genygócok keletkeznek (furunculosis renis), vagy pedig egy nagyobb tályog (abscessus renis) vagy beolvadásra kevésbbé hajlamos szövetszétesés (carbunculus renis) jelentkezik. Mindezek az alakok közös klinikai tüneteket mutatnak: vesetáji érzékenység, elzárt genyedésre utaló általános tünetek ép húgyutak mellett. Az eleinte sima felszinű vese körül idővel a környező szövetek savós beivódása következtében elmosódott határú tömegesebb resistentia tapintható, ami vesebetegség gyanúját kelti. A vesevizsgálat eltérést nem mutat, pyelographiával azonban nagyobb tályog, vagy carbunculus jól kimutatható. Az elkülönítés főleg az epinephritistől nehéz, bár lényegében nem annyira fontos, miután mindkét folyamat mielőbbi feltárást és megnyitást igényel s legfeljebb a pontos tájékozódás és a folyamat kiinduláspontjának felismerése okoz nehézségeket a műtéti megoldás közben.

Az itt felsorolt és a gyakorlatban ritkábban előforduló vesekörüli áttéti genyedések mielőbbi felismerése a klinikai tünetek és az elmondott vizsgálati módszerek alkalmazásával kellő gyakorlat mellett nem tartozik a megoldhatatlan problemák közé. A kórismézést követő műtéti megoldás viszont a beteg súlyos állapotát egy csapásra megszünteti és egyben megakadályozza azt, hogy a folyamat továbbterjedve a környezetben, vagy az egész szervezetben már nem reparálható elváltozásokat hozhasson létre.

Adler-Rácz Antal dr.
egyetemi magántanár.

Az Addison-kór kezelése.

Az Addison-kórt a mellékvese kéregállományának elpusztulása okozza. Leggyakrabban tuberculosis szerpel kóroktanában, ilyenkor idült a betegség lefolyása. Ritkább okok: heveny fertőző betegség, vérzés, daganat, embolia, thrombosis. A betegség nálunk aránylag ritka, a halálos véget mai tudásunk szerint nem tudjuk feltartóztatni, meg van azonban a remény arra, hogy kezelésére talán már rövid idő mulva ép oly hatásos substitutiós anyag lesz kezünkben, mint pl. az insulin. A jelenleg használatos kéreghormon-kivonatok még nem alkalmasok a beteg életben tartására. *Swingle* és *Pfiffner* vizsgálatai nagy mértékben vitték előre az Addison-kór hormonkezelésének kérdését; az általuk előállított hormonnal valószinüleg életben lehet tartani a beteget, de az elterjedés akadálya egyelőre az, hogy a hormon igen drága és nagy adagot kell adnunk. 5 kg mellékveséből csak 100 ccm hatóanyag állítható elő; testsúly kg-ként

VIPERIN
a nátha legújabb gyógyszere
Az ártalmatlan kigyó-méregkenőcs a kar bőrébe dörzsölve gyorsan szünteti a náthát.
Előállítja: Dr. Pápay-f. oltóintézet és szérumtermelő r-t. Bp. IX., Lónyay-u. 21.

1 ccm szükséges mellékvesétől megfosztott állatok életben tartására.

Forgalomban levő kéreghormonkészítmények: eschatin, cortin, encorton és a hazai cortigen. Az eschatint gyüjtőérbe lehet adni, a többit bőr alá vagy izom közé.

Ezekkel a hormonokkal az Addison-kór egyes tüneteit kedvezően tudjuk befolyásolni, néha hosszabb remissiók is bekövetkeznek. A hányás, étvágytalanság sokszor csökken, a hasmenések megszünnek. A betegségre jellemző adynamia is javulást mutat; a betegek az ágyat is elhagyhatják. A vércukorszint, melynek csökkenése az Addison-kór egyik legállandóbb tünete, hormonkezelésre sokszor átmenetileg emelkedik. A vérnyomás lassan, de határozottan magasabb lesz.

Az Addison-kór hormonkezelésének legfőbb javallata az Adison kóros krizis, mikor a beteg állapota hirtelen rosszabbodik és collapsus következik be. Egy másik javallat abban az esetben áll fenn, mint az insuliné a cukorbajban, mikor valamilyen intercurrens betegség, különösen fertőző betegség jelenik meg, vagy ha sebészi beavatkozás válik szükségessé. Hormonkezelés nélkül bármely fertőző betegség, vagy a legenyhébb mérgezés is (erélyesebb hashajtás) végzetessé válhatik.

Vannak „hormonellenálló" betegek, kiknek bármily adagban adunk hormont, semmi javulás nem mutatkozik.

A bőr festenyzettségét hatásosan lehet C-vitaminnal csökkenti. *Szent-Györgyi* a mellékveséből állította elő először a C-vitamint; ez a szerv tartalmazza a legnagyobb mennyiségben valamennyi szerv közül. Valószinünek látszott, hogy az Addison-kór kezelésében is szerepe van a C-vitaminnak. *Szüle* alkalmazta először és azt tapasztalta, hogy a pigmentatiót lényegesen lehet csökkenteni C-vitaminnal. Azóta ezt többen megerősítették. 3—4 héten át adott napi 100 mg-os C-vitamin befecskendezés után nemcsak a bőr, hanem a nyálkahártya-festenyzettség is lényegesen elhalványodik. Sajnos egyébként a C-vitamin kezelés sem eredményezte az Addison-kór gyógyulását, mi sem láttunk különösebb eredményeket. Csak annyiban hatásos, hogy a mindig fennálló sósavhiány, hányás, hasmenés és étvágytalanság folytán létrejövő C-hypovitaminosist megszünteti, miáltal a beteg ellenálló-képessége átmenetileg fokozódik, különösen fertőzésekkel szemben; osztályunkon az utóbbi 3 évben észlelt 4 Addison-kóros beteg mindegyikén nagyfokú C-vitamin hiányt találtunk.

A mellékvese *velő*állományának hormonja, az adrenalin, hatástalan, éppugy az ephedrin kezelés is eredménytelen volt. Addisonkórosok hasmenésének kezelésére *Eppinger* és *Noorden* adrenalin-csepp klysmát ajánlottak jó eredménnyel (20 csepp adrenalin 250 ccm vizre).

Az Addison-kór hormonkezelését megkisérelték oly módon is, hogy mellékvesét ültettek át. Eredmény azonban ily módon nem érhető el; egyes esetekben a vérnyomás átmenetileg emelkedik, de ezután a betegek állapota ismét romlik, mert az átültetett szerv felszivódik.

Strümpell, továbbá *Schill* mellékvese etetéssel jó tapasztalatokat szereztek. Naponta ½—1 friss mellékvesét kell a beteggel elfogyasztatni, lehetőleg nyers állapotban a nyers mellékvesétől igen hamar megundorodik a beteg. Ha ezt nem lehet keresztülvinni, akkor hirtelen kisütve kell elkészíteni mert így legkevésbbé denaturálódik a szerv. A kezelést egyesek összekötötték adrenalin-befecskendezésekkel vagy adrenalin-csepp klysmával. E kezelésnek hátránya, hogy az étvágytalan, sósavhiányban szenvedő beteg hosszabb-rövidebb idő mulva nem tudja a meliékvesét elfogyasztani.

A belsőelválasztású mirigyek kapcsolata révén rendszerint egyéb mirigyek működésében is zavar szokott beállni, ezért pajzsmirigy-, mellékpajzsmirigy- és petefészekkivonatok adagolásával is igyekeztek a beteg állapotát javítani, de siker nélkül. Insulint adni nem szabad, mert az Addison-kóros beteg hypoglykaemiás, a vércukor rendszerint 60—80 mg% de észleltek 33 mg%-ot is. Az insulin a vércukor-szint további csökkentése révén súlyos hypoglykaemiás állapotot idézhet elő, már 1—2 egység adagolására is sulyos tüneteket észleltek.

A hormonkezelésen kívül meg szoktuk kisérelni a konyhasó-adagolását, melytől sokan jó eredményt láttak. Ameddig a beteg nem hány, addig egyszerűen naponta 5—6 gr sót adunk; ha ez nem lehetséges, akkor befecskendezés alakjában juttatjuk a szervezetbe. Az amerikai orvosok isotoniás oldatot ajánlanak, mig a franciák hypertoniásat kétszer naponta 20 ccm 10%-os NaCl-oldatot adnak gyüjtőérbe. Veseelégtelenség esetén nem szabad ezt a kezelést alkalmazni, de ez Addisonkórral együtt ritkán fordul elő. A konyhasó-kezelés hatására sokszor megszünnek az emésztési zavarok, az adynamia javul, a vérnyomás kissé emelkedik.

Rivoire ajánlotta a cysteint, 2 ccm-es ampullákban old 0.20 g cysteint, ezt 20 ccm 10%-os konyhasóoldattal keverve, i. v. adagolja. A kezelés értékét nehéz megitélni, mert lehet, hogy csak a konyhasó hat.

Egyéb kezelési módszerek közül megemlítjük a tuberculin-kezelést, amelytől nem sokat várhatunk. Fontos a beteg roborálása; cukorbefecskendezéssel, vas-, arsénnel, lecithinnel igyekszünk a szervezetet erősíteni. Tünetileg legfontosabb a hányás, hasmenés és az ezzel járó vizveszteség megszüntetése, utóbbi elérésére csepegő csőrét is igénybe szoktak venni.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy az Addison-kór hormonkezelésével ma még csak a tünetek enyhülését tudjuk elérni, de valószinünek látszik, hogy a hatásos substitutiós kezelést nemsokára teljesen ismerni fogjuk.

Góth Endre dr.
A Gróf Apponyi Albert Poliklinika
I. belosztályának orvosa.

„EXPECTIN" EXPECTORANS
1 üveg 10 gr P 2.20. Gyártja és forgalomba hozza: DIACHEMIA Straub Sándor gyógysz. vegy. lab. Bpest., Teréz-krt 27. Telefon: 121-283.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jubileumi évfolyam

A poliomyelitis megelőzése.

Ma már minden kétséget kizáróan meg van állapítva, hogy a poliomyelitis kórokozója *filtrálható virus*, a máig ismert legkisebb kórokozók egyike. Átmérője ultraszürési kisérletek szerint 0.012 mikronra tehető s ezért a legkitünőbb optikájú mikroszkóppal sem látható. A kórokozó virus természetéből két dolog következik: az egyik a betegség igen nagyfokú ragályossága, a másik pedig az a tény, hogy csak élő poliomyelitis virussal lehet eredményesen immunisálni, ami egyezik sok más virus viselkedésével, ellentétben a bakteriumos betegségek kórokozóival, amelyek elölt állapotban is alkalmasak activ immunitás létesítésére. A virus igen ellenálló, a kiszáradást jól birja, gyomornedv, vagy a szokásos fertőtlenítő szerek egy része, pl. a carbol származékai alig befolyásolják. Jóval érzékenyebb az *oxidáló szerek* (hydrogenperoxid, kaliumpermanganat), ugyszintén a hő iránt; rövid idei forralás, vagy félórai 55°-ra való hevítés elpusztítja.

A virus rendszerint az orrnyálkahártyán hatol be a szervezetbe s innen az idegpályák mentén *(n. olfactorius)* jut el a központi idegrendszerbe és itt gyulladást okoz a gerincagy szürkeállományában, az elülső szarvakban (innen származik a betegség elnevezése: *poliomyelitis anterior acuta).* De ez a localisatio korántsem kizárólagos, mert az esetek egyrészében a meningitises tünetcsoport van előtérben. A virus legnagyobb mennyiségben a nyultagyban mutatható ki. A járvány terjedése szempontjából fontos ismerni a *virus kiválasztásának* helyét és módját. Eddig úgy tudtuk, hogy a kiválasztás kizárólag a felső légutakon történik. *Trask* és munkatársai 1937-ben New Haven-ben gondos vizsgálatokkal kimutatták, hogy a virus a lábbadozó és beteg gyermekek bélcsatornájában is jelen van és a *székletben* a betegség kezdete után még a 24-ik napon is kimutatható. Hogy a virus hogy kerül a béltractusba, az nincs eldöntve, Elképzelhető, hogy a virus kiválasztása részben az emésztőcsatornán át történik, de lehetséges az is, hogy pusztán a lenyelt nyállal jut a gyermekek gyomrába s mivel a gyomornedv nem pusztítja el, a székletben megjelenik. A virus jelenléte a székletben igen veszedelmes fertőzési forrást jelent. Áll ez akkor is, ha a fertőzés kapuja kizárólagosan az orr, illetve a felső légutak nyálkahártyája.

A lappangási időt nem ismerjük pontosan, de abból a körülményből, hogy a virussal oltott kisérleti állatokon rendszerint a 8—12-ik napon lép fel a bénulás, kb. egy hétre tehetjük azt. Ezért számolni kell azzal, hogy a beteg kb. egy héttel a bénulás fellépte előtt már fertőzőképes.

A poliomyelitis kórokozójára és immunologiájára vonatkozó ismereteinket elsősorban azoknak a kisérletes vizsgálatoknak köszönhetjük, amelyeket a kutatók majmokon végeztek. Más fogékony kisérleti állatot eddig nem ismerünk. A kisérletre használt majmok *(Macacus rhesus)* végtagbénulással reagálnak a virus intracerebralis beoltására és gerincagyuk ugyanolyan szövettani elváltozást mutat, mint azt az emberi poliomyelitis esetében látjuk. A betegséget a virusnak a majom orrába csepegtetésével is elő lehet idézni. A kisérleti állatok immunisak maradnak, ha túlélik a fertőzést. Lássuk mármost, hogy állunk a megelőzés lehetőségével.

1. A poliomyelitis kiállása immunitást hagy maga után, amely rendszerint az egész életre szól s ezért főleg a gyermekek betegsége, de felnőttek is megkaphatják. Fel kell tételeznünk, hogy a legtöbb gyermek előbb-utóbb érintkezésbe jut a virussal és nyílt, vagy latens fertőzés formájában átesik a betegségen. Emellett szól, hogy nemcsak a betegségen átesett egyének, hanem a legtöbb felnőtt ember vérében ellenanyagok mutathatók ki, amelyek a virust közömbösítik. Az immunitás általában tartós, de kivételek, akárcsak a tartós immunitással járó egyéb fertőző betegségekben, itt is ismeretesek. Mindezek alapján a kórokozó felfedezéséhez a preventiv orvostudomány nagy reményeket füzött abban a hiszemben, hogy az isolált virus alkalmas lesz *activ immunitás* létrehozására mesterséges úton. Csakhamar kiderült azonban, hogy az elölt, tehát ártalmatlanná tett kórokozóval történő oltás nem ad védettséget, az élő virus alkalmazása pedig érthető okokból veszélyes. A legyengített élő virus majomkisérletben hatékonynak bizonyult ugyan, mert az állatok jórésze védett volt újrafertőzés ellen, azonban előfordult — bár kis számban, — hogy az immunisálásra használt virus bénulást idézett elő a kisérleti állatokban. Ennek ellenére akadtak, akik a kezdeti sikerekben bízva gyermekeket is vaccináltak: ilyen módon; a baleset sajnos nem maradt el, sőt halállal végződő esetet is írtak le. Tehát a védekezésnek ez az útja járhatatlan, hacsak nem sikerül az elölt virussal eszközölhető védőoltásra eljárást kidolgozni.

2. *Passiv immunitás* létrehozására vagy a betegségen átesett egyének savója (reconvalescens savó), vagy pedig mesterséges úton előállított immunsavó jöhetne szóba. Az ilyen savók kipróbálása és értékhatározása (kititrálása) csak majmokon képzelhető el, ami nemcsak körülményessé, hanem igen drágává is teszi az eljárást. Történt ugyan próbálkozás immun lósavó előállítására és állítólag az eredmények biztatók, azonban a dolog elfogulatlan megitélésére nincs még elegendő adatunk. Nem rég közölte a svájci *Frauchiger*, hogy a szarvasmarha is fogékony a poliomyelitis virus iránt. Ha ez valónak bizonyul, akkor sokkal több kilátásunk van magasértékű immunsavó készítésére. Igy a *reconvalescens savó* az egyetlen serologiai segédeszköz, amelytől a védettség terén eredményt várhatunk. Azonban az igy gyüjthető savó még arra sem elegendő, hogy a kezdődő bénulás első jeleinél therapiásan alkalmazzuk. Említettük, hogy a legtöbb felnőtt vérében ellenanyagok mutathatók ki. Ennek az alapján jutottak egyesek arra a meggondolásra, hogy a szülők vérének adagolásával kiséreljék meg a beteg és a fertőzésnek kitett gyermekek passiv immunisálását. *Waltner* az 1931. évi szegedi járvány alkalmával nagy anyagon jó eredményt látott a felnőtt-vér alkalmazásától, noha az eredmény nem volt teljes, mert az igy oltottak között is előfordult bénulás. Ha ezt a tapasztalatot a fertőzésnek kitett gyermekek (testvérek) preventiv oltásra hasznosítani akarjuk, úgy egy vagy két izben adhatunk izomba steril fecskendővel szülő-vért, feltéve természetesen, ha a vér adásának nincs ellenjavallata (lues gyanuja, acut fertőző betegség stb.) Ha reconvalescens savóval is rendelkezünk,

úgy azt elsősorban a praeparalytikus stádiumban levő betegek ismételt oltására kell használnunk. Teljesen kifejlődött bénulás esetén a reconvalescens savótól semmit sem várhatunk, hiszen a bénulás az idegsejtek elpusztulása miatt következik be és ezek a savó adására sem regenerálódnak. Nálunk a reconvalescens savó gyüjtése nincs megszervezve, Németországban és Ausztriában pár évvel ezelőtt intézményesen biztosították ezt. Érdekes annak a megemlítése, hogy a leghatékonyabb savót nem a bénulással végződött esetek szolgáltatják, hanem azok a betegek, akik kétségtelenül átestek a fertőzésen, de enyhébb tünetekkel reagáltak. Úgy látszik ezek jobb ellenanyagtermelők és ezért tudott szervezetük sikeresen megküzdeni a fertőzéssel.

3. A specifikus védekezés vázolt nehézségei miatt szakadatlanul folyik a keresés, kutatás egyéb lehetséges védekező eljárások után. Ezek közül nagy hirnévre tett szert *Armstrong* és *Harrison* amerikai kutatók kisérlete, akik az orrnyálkahártya 4%-os timsós ecsetelésével a kisérleti majmok jórészét meg tudták védeni a virussal az orron át történő fertőzés ellen. Az ecsetelés nem a virus hatástalanná tétele útján hat, hanem úgy látszik annak az idegrendszerbe bejutását akadályozza meg adstringens hatás, vagy a n. olfactorius átmeneti bénítása révén. Ezért az eljárást a fertőzési kapu blokádjának is szokás nevezni. *Schultz* és *Gebhardt*, valamint *Pett* és munkatársai 1937-ben pontosan kidolgozták a technikát és 1%-os timsóoldatot, vagy pedig 1%-os zinksulfatot ajánlottak (ehhez még 1% pantocaint és 0.5% Na Cl-ot téve) permet alakjában a gyermekek orrába. Az eljárás nagy arányú kipróbálásáról szóló közlések nem régen láttak napvilágot. *Tisdall* és munkatársai a torontói poliomyelitis járvány kapcsán 4713 gyermeket kezeltek az említett zinksulfat-pantocain permettel két ízben 12 napos időközben, míg 6300 gyermek controllként szolgált. A kezeltek közül 11 betegedett meg, míg a controllcsoportban 18. A különbség tehát nem jelentékeny különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a kezelt gyermekek szülei valószinüleg egyébként is nagyobb gondot fordítottak arra, hogy gyermekeiket a fertőzés lehetőségétől távoltartsák. Egy másik beszámoló két kb. 6000-es csoportról szól, itt a megbetegedések száma 16 volt a kezeltek, és 21 a nem-kezeltek csoportjában. A statisztika tehát a kezeltek javára dől el, de nem szabad szem elől téveszteni a lélektani tényezőket az enyhe atypusos esetek megítélésében. A permettel történt kezelés igen gyakran a szaglóérzék elvesztésével járt, amely több esetben végleges maradt. Bármennyire biztatók voltak ezek a próbálkozások, láthatjuk, hogy a hozzáfüzött remények nem váltak be.

Mivel ezek szerint nem rendelkezünk olyan általános módszerrel, amelynek segítségével eredményesen szembeszállhatnánk a járvánnyal, igyekeznünk kell az *egyéni védekezés* minél teljesebb kiépítésére. Ennek alapja a gondos elkülönítés és a legnagyobb tisztaság. Természetesen nem elegendő csupán azoknak a betegeknek az elkülönítése, akiken már kifejlődött a bénulás, hanem ugyanilyen, vagy még nagyobb fontossággal bir az ú. n. *abortiv esetek* korai felismerése és szigorú isolálása. Az influenzához hasonló tünetekkel járó abortiv formák száma egyesek szerint a bénulással járó esetek 8—10-szeresét is elérheti. Ezenkivül lehetőleg ki kell terjedjen az elkülönítés azokra is, akik a beteggel az incubatio ideje alatt érintkezésben voltak (pl. a beteg testvéreinek a kitiltása az iskolából stb.). Ebből is láthatjuk, milyen fontos a korai diagnosis. Ezért kivánatos a szülők felvilágosítása, hogy különösen járványos időben korán forduljanak orvoshoz. A gyermek nyügössége, tulérzékenysége, az esetleg már jelentkező láz, vagy a meningealis izgalom tünetei a paresis legkisebb jele nélkül is a poliomyelitis lehetőségére fogják irányítani a figyelmünket. Fontos tudnunk, hogy a betegség átvitele nemcsak közvetlenül a beteggel történt érintkezés útján, hanem egészséges átmeneti virushordozók közvetítésével is lehetséges. Ezenkivül, amint már említettük, *a beteg széklete is fertőző* nemcsak a betegség alatt, hanem a lábbadozás idején is. Ezért a legnagyobb tisztaságot kell ajánlanunk úgy a megvédendő gyermekkel kapcsolatban, mint a szülőknek is: gyakori kézmosás, esetleg toroköblítés a már említett fertőtlenítő szerekkel stb. Mivel a testi megerőltetés és a kimerültség elismert disponáló tényezők, járványos időben fontos minden nagyobb testi megerőltetés kerülése és általában a gyermek nyugalmának a biztosítása, aminthogy a betegség gyanuja esetén is a *legteljesebb ágynyugalmat* kell előirni. Mivel biztos hatású eljárás a betegség megelőzésére nem áll rendelkezésünkre, ezeknek az általános rendszabályoknak az alkalmazása és minél szélesebb körben sugalmazása a gyakorló orvos elsőrendű feladatai közé tartozik.

Dreguss Miklós dr.,
adjunktus az Orsz. Közegészségügyi Intézetben.

A bronchographia diagnostikai jelentősége.

Amióta *Sicard* és *Forestier* alapvető munkái megjelentek, azóta a bronchographia igen sok esetben fontos és csaknem nélkülözhetetlen diagnostikus eljárás lett a tüdő és bronchusok kóros elváltozásainak megállapítására. A bronchographia keresztülviteléhez nemcsak röntgenologusra, hanem gégészre, vagy sebészre is szükség van, mert a bronchusok feltöltése, jóllehet relative veszélytelen beavatkozás, mégis szakorvos által végeztetendő el. A contrastanyag, amit a feltöltésre használni szoktak jódolaj (jodipin, lipiodol), vagy brómolaj. A jódolaj használatának veszélyessége abban áll, hogy egyes emberek a jód iránt különösen érzékenyek; miért is ajánlatos, hogy a bronchographia kivitele előtt a jód iránti túlzott érzékenységet kis adag jódtincturával, vagy jódkálival állapitsuk meg. Tüdőtuberkulosisban szenvedőkön azt is figyelembe kell venni, hogy jódolaj töltés után az activ folyamatok rosszabbodni szoktak, úgyhogy ezekben az esetekben a bronchographiától el kell állni. Érzékeny betegek esetében arra is tekintettel kell lenni, hogy az érzéstelenítő anyagokból (cocain, novocain stb.) keveset használjunk. Ezek azok a kellemetlenségek és részben veszélyek, amelyek a bronchographia alkalmazásakor leginkább szóbajönnek és amelyek óvatosságra intenek. Egyes szerzők a contrasttöltéstől bronchiektasiak eseteiben gyakran olyan jó hatást iáttak, hogy a gyógyulás elősegítésére a bronchusokba jódinstillatiókat ajánlanak.

A bronchographia kivitelére több eljárás használatos; különösebben egyik sem veszélyes, de a betegre mindegyik kellemetlen és terhes. *Armand—Delille* és az amerikai szerzők nagyrésze a transcutan eljárást használja, amely abban áll, hogy érzéstelenítés után egy hajlított, kb. 1.5 mm. átmérőjü troicart-t a cartilago cricoidea és thyreoidea között beszurnak a légcsőbe, azt érzéstelenítik és utána 10—20 ccm jódolajjal végzik a töltést. Ez eljárás veszélye abban áll, hogy a troicart beszurásával bőremphysema származhatik, a légcsövet pedig a tű az esetleges köhögési mozgás alkalmával meg-

sértheti. Bár újabban *Sorgo* külön canulet szerkesztett erre a célra, az orvosok jórésze mégsem használja ezt az eljárást, annál is inkább, mert kiméletesebb megoldás is van. A legjobban elterjedt módszer a sondametódus. Erre a célra puha, vagy félkemény gummisonda szükséges, amelyet megolajozva, gégetükör ellenőrzése mellett a kellőképen érzéstelenített garat, gége és nyelőcsövön át vezetnek a megfelelő bronchusba. A sonda árnyékot adó lévén, elhelyezkedése röntgenernyő előtt ellenőrizhető. A töltést 15—20 ccm felmelegített jódolajjal ezen a sondán keresztül végzik. *Wiese, Antal* stb. ezt az eljárást tartják a legkevésbé kellemetlennek és legbiztosabbnak. Egy további metódus abban áll, hogy jódolajinstillatiót végeznek a szokásos gégefecskendővel, amely főleg az alsó és középmezőben jó töltést ad, ha természetesen a gége és légcső az elágazásig jól van érzéstelenítve. Ebben az esetben nincs szükség a nem mindig könnyű és egyszerű és a betegre terhes sondabevezetésre. Különösen érzékeny betegeken *Leroux* a transnasalis methodust ajánlja. Ennek keresztülvitele a következő: A beteg fejét enyhén hátra kell hajtani, a nyelvét előrehuzni; az előrehuzott nyelvre nyomást kell gyakorolni, hogy azt a fogak ne sértsék meg. Ebben a helyzetben 5 ccm érzéstelenítő folyadékot fecskendezünk be lassan a beteg orrába. Az erre bekövetkező köhögési inger alatt a beteg fejét fogjuk, nyelvét visszaengedjük és mélyen lélegeztetjük. 5—6 perc mulva megismételjük az érzéstelenítő folyadék befecskendezését; ekkor már kisebb a köhögési inger; a larynx már csaknem teljesen érzéstelen, míg a légcső most kezd azzá válni. További 5 perc mulva újra adunk 5 ccm érzéstelenítő folyadékot, mire már köhögés nem jelentkezik. Rendszerint további ismétlés elkerülhető, de adhatunk még egyszer 5 perc mulva 5 ccm-t. A bekövetkezett anaesthesia után lassan 15—20 ccm felmelegített jódolajat instillálunk az orron keresztül, miközben a beteg nyelvét erősen kihuzzuk. A betegnek közben nyugodtan, szabályosan, mélyen kell lélegzenie, a köhögési ingert el kell nyomnia, hogy a contrast-anyag a kivánt helyre és nem más tüdőrészletbe kerüljön. A beteg testtartása is fontos. Ha a bal alsó lebenyt akarjuk tölteni, akkor az ülő betegnek felső testét balra kell hajtani, fejét pedig jobbra fordítani. A jobb alsólebeny töltésekor az ülő beteg felső testét jobbra hajlítja, fejét pedig balra fordítja. Ha pedig egyidejüleg mindkét alsólebenyt akarjuk tölteni, a beteg fejét egyenesen tartja és egyenesen ül. Utóbbi néha complicatiót okozhat. A jobb felső lebenycsúcs töltésekor a beteg jobboldalán fekszik úgy, hogy válla az asztal szélére kerül, jobb karja a föld felé lóg, a fejét balra hajtjuk és így adjuk a contrastanyagot. A bal felső lebeny-csúcs töltésekor a helyzet ellenkező. Ezzel az eljárással a felső és középső mezők jól láthatók, az alsó mezőkbe csak kevés contrast anyag jut. Ha egyidejüleg utóbbiakat is tölteni akarjuk, akkor a beteget a felső lebenyek telődése után félülő helyzetbe emeljük.

Akármelyik bronchographiás eljárást használjuk is, a következőkre fordítsunk gondot: A beteg ¼—½ órával előbb kapjon valami csillapító gyógyszert. (codein, dilaudin, domopon, stb.) A 40%-os jódolajból (lipiodol, jodipin) legfeljebb 40 ccm-t használjunk fel, de 20 ccm is elég szokott lenni; ezt testhőmérsékletre kell felmelegíteni. A bevitt contrastanyagok jórésze köhögéssel, illetőleg expectoratióval kiürül, sőt a jód az utóbbit elősegíti, csak figyelmeztessük a beteget, hogy ne nyelje le, hanem köpje ki. 1—2 órával később itassunk a beteggel folyadékot annak megállapítására, hogy megszünt-e az anaesthesia és így nem nyel-e félre. Egyesek a brochographia előtti napon transpulmint adnak a betegnek, hogy a hörgőkben lehetőleg váladék ne legyen. A contrastanyag bevitele után átvilágító ernyő előtt megnézzük a beteget és ha jó a telődés, felvételt készítünk.

Bronchographiás eljárást a következő esetekben végzünk: 1. Bronchiektasiák kimutatására. A normális bronchusok szabályos, az alveolusokba fokozatosan szükülve átmenő árnyékot mutatnak. A közép- és nagyobb bronchusok cylindrikus tágulatai: egy vagy mindkétoldali világos, a rekesz vagy sinus phrenicocostalis felé húzódó lumenek. Zsák alakú bronchiektasiák: kerek, szabályosan határolt, csoportosan halmozott foltok, szőllőfürt alakú képhez hasonlítanak, inkább a felső részekben helyezkednek el. A bronchiolusok tágulatai: kis, sötét, rakásra halmozott foltok az alsó mezőkben; a főbronchus ágak csak rosszul érzékelhetők. A bronchiektasiák lehetnek veleszületettek; ez öröklött betegség, gyógyíthatatlan; a váladékpangás, köhögés, különféle szövődményekre ad alkalmat, mint tüdőgyulladás, tüdőtályog, perforatio, stb. A röntgenképen zsákalakú szőlőfürtszerű foltokat látunk. A zsákalakú brochiektasiák csoportjában *Brauer* caverniculákról tesz említést, megjelenési formájuk: az alig kiszélesedett bronchusokon a kis cavernák úgy helyezkednek el, mint a szőlőszemek. *Löschke* ezeket praeterminalis bronchiektasiáknak mondja. 2. Bronchostenosis. Okai lehetnek a hörgőn belül, vagy kivül; Utóbbi esetben összenyomásos szükületről beszélünk. Compressiót hozhatnak létre daganatok, hegesedések, cystaképződések stb. Stenosist, vagy elzáródást okozhatnak a hörgőkben fejlődő daganatok, odakerült idegen testek. Az elzáródás következtében fejlődött tüdőatelektasia oka is megállapítható, azonkivül a stenosis helye. A bronchusban fejlődő daganatok a lumenbe bedomborodnak és azt részben, vagy egészben elzárhatják, ami kimutatható. További jelek: A főbronchus irányának eltolódása, kihuzottsága, egyenetlen telődése, esetleg a tüdőfél áthuzottsága. (Volumen pulmonum diminutum) A stenosis jelei: a rekesz felnyomulása a kóros oldalon, atelektasia. 3. Bronchitis anthracotica deformans et stenotisans. Az anthracosis részjelensége; úgy jön létre, hogy az anthracotikus nyirokmirigyek benyomják a hörgő falát, miáltal részleges szűkületet okoznak. 4. Emphysemában tágult és összefolyó bronchusokat találunk volumen pulmonum auctum és mély rekeszállás mellett. Sokszor bronchiektasiával kombináltan észlelhetjük. 5. Fistulák kimutatására. A fistulák lehetnek veleszületettek, vagy szerzettek. Megkülönböztetünk tracheo-oesophageális és oesophageo-bronchiális sipolyokat. Létrehozhatják daganatok, idegen testek. A contrastanyag a sipolyjáratokat kitölti és így azok láthatóvá válnak. 6. Solitaer és multiplex tüdőcysták, ha nyitottak, kitelődnek contrastanyaggal és ezáltal felismerhetők. 7. Trachea deviatiok (tumor, struma, heges összenövés stb. következtében) helye, nagysága, alakja szintén kimutatható. 8. Végül felhasználhatjuk bronchusba került idegen testek, valamint áttört mirigyek helyének felismerésére.

A brochographiás eljárást tehát a fenti esetekben mint aránylag veszélytelen, de célravezető és sokszor nélkülözhetetlen metódust a cautélák pontos betartása mellett bátran igénybe vehetjük.

Ehmann Jenő dr.
a Szent Erzsébet kórház röntgen laboratóriumának vezetője.

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

Tapasztalataink Novascabinnal a rühösség kezelésében.

Se szeri, se száma a különféle rüh-ellenes szereknek és gyógykezelési eljárásoknak, amelyeket évek hosszú során ajánlottak, mint biztos és gyors módszert, mégis mindegyiknek volt valami hátránya, ami az általános gyakorlatban alkalmazását és szélesebb körben elterjedését megakadályozta.

Legelterjedtebben a kén-alkalit használják kenőcs alakjában. Mindeme módszereknek, bármilyen módosításban is, hátrányuk az, hogy igen sokszor izgatják a bőrt, sőt szórványosan — felszivódás utján — kénhydrogén mérgezést is okoztak. — Ugyancsak mérgező a β-naphthol és a xylol, míg a kátrány, amelyet nálunk különösen a szélesebb néprétegek körében olcsósága miatt gyakran használnak, bőrizgató hatása mellett a fehérneműt erősen piszkitja, és szaga igen átható úgy, hogy a beteget a kezelés időtartamára társadalmilag szinte lehetetlenné teszi. Hasonló hátránya van a styraxnak, továbbá a peru-balzsamnak is, ami még ezenfelül drága is. Ujabban Európa északi országaiban elterjedt a *Kissmeyer* által ajánlott „dán módszer", amelynek hatóanyaga a benzylbenzoat. A módszerről közvetlen tapasztalásunk nincs, az irodalmi adatok jónak mondják, bár izgalmi jelenségeket észleltek alkalmazásakor. Néhány éve *Demjanovics* dolgozott ki egy eljárást, amelynek lényege, hogy 40%-os natriumthiosulfát-oldattal dörzsöli be a bőrt, majd utána 5%-os sósavval mossa le. *Demjanovics* és több más orosz szerző emez eljárással nagy anyagon igen jó eredményekről számolnak be, mások azonban ezt megcáfolják, mert igen sokszor látták a rühösség kiujulását utána.

Néhány hónappal ezelőtt a Wander-gyár „Novascabin" néven új szert adott át klinikánknak, hogy annak gyógyító értékét rühös betegeinken megállapítsuk.

Mielőtt gyógykisérleteinkhez hozzáfogtunk volna, megállapítottuk részben a magunk tapasztalataira, részben pedig irodalmi adatokra támaszkodva azokat a követelményeket, amelyeket minden eszményi rüh-ellenes szertől és módszertől joggal elvárhatunk és eme szempontok figyelembe vétele mellett biráltuk el a Novoscabin-kezelések során kapott eredményeinket.

A szerrel szemben támasztott követelményeinket a következőkben foglalhatjuk össze: 1. Legyen a hatása biztos, azaz alkalmazása után ne lépjenek fel kiujulások és eme biztos hatás lehetőleg rövid idő alatt következzék be. 2. Ne idézzen elő sem a bőrön, sem pedig a szervezetben izgalmi jelenséget, kellemetlen mellékhatást, vagy épen mérgezést. 3. A fehér- és ágyneműt ne piszkítsa. 4. Legyen szintelen és szagtalan, nehogy a betegről már messziről lerijjon a szin és jellemző szag révén betegségének kórjelzése és a kezelés alatt az átható szag miatt ne legyen a társadalomból kiközösítve.

A kezelési eljárás pedig legyen 1. egyszerű és mindenki által könnyen keresztülvihető, 2. gyors hatású és gyorsan bevégezhető, 3. nagy tömeg is könnyen és gyorsan kezelhető, 4. olcsó és 5. egyrészt ne akadályozza meg a beteget munkájának végzésében, másrészt a járóbetegrendelésen, vagy otthon is eredményesen elvégezhető legyen.

A Novascabin szintelen és igen enyhe, de kellemes, mentholra emlékeztető szagú folyadék, amelynek két alkotórésze van: phthalsavas dimenthylester és paraffinolaj. Előbbi a szerben 1%-nyi töménységben van jelen és minthogy a két folyadék nem keveredik, rétegesen helyezkednek el, felül a kellemes illatú hatóanyag és alul a szagtalan paraffin-olaj. Használat előtt jól fel kell rázni és ilyenkor tejfehér emulsiót kapunk, amely a fehérneműt nem piszkítja. A kezelés menete a következő: A beteg mindenekelőtt szappanos fürdőt vesz, majd utána az alaposan felrázott szerrel egy vattagomoly segítségével egész testét, a fej kivételével, bekeni, sőt bedörzsöli különösen a rüh kedvenc helyeit legalább 10 percen át. 15—20 percnyi szünet után, midőn már a bőre a szert felitta, az elsőhöz hasonló módon ismét bedörzsöli magát. 24 óra mulva megfürdik, tiszta fehérneműt vesz és ágyneműt vált. Akik rövidebb idő alatt óhajtják befejezni a kezelést, már 5—6 óra mulva is elvégezhetik a tisztálkodást és fehérnemű-cserét. Az ilyen „gyors kúra" esetében súlyt kell azonban helyezni a különösen erélyes és hosszabb ideig tartó bedörzsölésre. Egy kúra elvégzéséhez, vagyis a kétszeri bedörzsöléshez elegendő a szerből 60—70 gr.

Gyógykisérleteink során a fenti kezelési mód szerint, Novoscabinnal 64 beteget kezeltünk. Óvatos előkisérletekkel mindenekelőtt megállapítottuk, hogy az ép bőrt a szer kisebb, vagy nagyobb területen alkalmazva nem izgatja. A 64 beteg közül tízen a gyors módszer szerint 6 óra mulva végeztük el a kezelést befejező tisztálkodó fürdőt. Betegeink kb. felerészben felnőttek, felerészben pedig gyermekek voltak, sőt kezeltünk egy 5 és 6 hónapos csecsemőt is. A kezeléseket legnagyobbrészt intézeti betegen végeztük, így a kórlefolyás, a szer hatása, vagy az esetleges káros melléktünetek közvetlenül voltak megfigyelhetők és csak kisebb számban kezeltünk járóbetegeket is.

Maguk a gyógykisérletek 100%-os eredménnyel jártak, amennyiben valamennyi betegünk meggyógyult és hosszabb megfigyelés és ellenőrzés után sem fordult elő kiujulás. Vonatkozik ez a megállapításunk a 10 esetben elvégzett gyors kúrára is. Azokban az esetekben, ahol a kezelés előtt az atka kimutatása sikerült, 24 óra mulva atkát már nem találtunk, bár a járatokat, vagy annak maradványait ekkor még sokszor felleltük. A viszketés már az első éjszaka sokkal kisebb volt és legfeljebb 2—3 napig állott fenn, de sohasem oly mértékben, hogy az a beteg nyugalmát zavarta volna. Emez utólagos „mnemoderma" rendszerint csak azokban az esetekben jelentkezett, amelyekben a rühösség minden kezelés nélkül már hosszabb ideje állott fenn, vagy dermatitis és pyoderma társultak hozzá, azonban különleges kezelést ez nem igényelt, önként is elmult 2—3 nap alatt.

Izgalmi jelenséget, káros mellékhatást, vagy épen mérgezést a bőr, vagy a szervezet részéről egyetlen esetben sem tapasztaltunk, sőt a már említett két csecsemő bőre is jól türte a szert. Több esetben, ahol a rühösség mellett már a kezelés előtt dermatitis, vagy pyoderma volt jelen, a vázolt rüh-ellenes kezelést elvégezve, még napokon keresztül naponta egyszer Novascabinnal kentük betegeinket. Egy esetben sem észleltük a szövődmény fellángolását, sőt egyenesen megnyugtatólag hatott rájuk és igen rövid idő alatt teljesen visszafejlődtek.

Mindezek alapján mondhatjuk, hogy a Novascabin közelíti meg leginkább az eszményi rüh-ellenes szerről alkotott fogalmainkat, mert 1. biztosan és gyorsan hat, 2. bőrizgalmat, melléktüneteket nem okoz, 3. az ágyneműt és fehérneműt nem piszkítja, 4. szintelen és enyhe, de kellemes illatú, ezáltal a beteget nem rekeszti ki a kezelés tartamára társadalomból. Maga a kezelés menete 1. egyszerű és mindenki által könnyen elvégezhető, 2. hatása gyors és gyorsan befejezhető, 3. alkalmas nagyobb tömegek kezelésére is, 4. a beteg munkáját akadálytalanul végezheti, mert az intézeti kezelést feleslegessé teszi és végül 5. anyagilag sem ró elviselhetetlen terheket a betegre.

Dziobek László dr.
bőrklinikai tanársegéd Pécs.